

*Federico Amianto*

**BREAKDOWN ADOLESCENZIALE:  
SFIDE E RISORSE**

**Problematiche psicologiche in adolescenza  
e strategie possibili di soluzione**

A cura di

**Giovanna C. Bergui**

Col patrocinio di

**Dipartimento di Neuroscienze  
dell'Università di Torino**

**Fondazione “Piccoli Cuori Joy” Italia**



**ANANKE**

© ANANKE sc

Tutti i diritti riservati / All rights reserved

Via Lodi 27/C - 10152 Torino (Italy)

[www.ananke-edizioni.com](http://www.ananke-edizioni.com) E-Mail: [info@ananke-edizioni.com](mailto:info@ananke-edizioni.com)

ISBN 9788873256410

# INDICE

Presentazione della Prof.ssa Giovanna C. Bergui.....	5
Prefazione del Prof. Benedetto Vitiello.....	9
Introduzione all'opera del Prof. Secondo Fassino .....	11
Premessa del Prof. Federico Amianto.....	17
Premessa scientifica .....	19
Sintesi.....	27
1 - Dipendenze da comportamento.....	29
2 - Bullismo, Prostituzione.....	37
3 - Psicopatologia dell'adolescenza .....	43
4 - Fisiologico sviluppo dell'adolescente e attaccamento .....	57
5 - Ruolo della famiglia nella crisi adolescenziale.....	62
6 - Favorire la maturazione del carattere.....	67
7 - Famiglia come risorsa e counselling familiare .....	75
8 - Terapie della famiglia.....	82
9 - Psicoterapia breve psicodinamica adleriana (B-APP) .....	85
10- Il problema in punti.....	92
11- Conclusioni .....	95
Glossario di base per la navigazione in Internet .....	99
Postfazione del Prof. Giancarlo Panzica.....	109
Elenco dei contributori.....	113

*Al valoroso Team delle Neuroscienze di Torino  
partner prezioso della faticosa disfida con me stessa  
nella impari infinita lotta cuore - cervello.*

*B.G.C.*

## PRESENTAZIONE

### COMPARSA ED EVOLUZIONE DI UNA PATOLOGIA EMERGENTE E PREOCCUPANTE

Questo attualissimo, piccolo volume – descritto da Federico Amianto e da me curato, non senza straordinaria dedicazione – vuole rappresentare una completa e “preziosa” Opera di realizzazione conoscitiva scientifico-culturale, in un *excursus* di semplice linearità e comprensione (anche per educatori, insegnanti, genitori, etc..) sul Tema della crescita evolutiva armonica dei nostri bimbi di oggi, coinvolti e avvolti nelle problematiche delle complesse interferenze maturazionali, così dense di pesanti conseguenze per la loro stessa vita.

Oggi, messo in luce con la precisa determinazione di scuotere fortemente il mondo Scolastico-Didattico oltre a quello Accademico – non esclusi Personaggi della Cosa Pubblica – al riguardo lucido delle molte problematiche adolescenziali, pericolosamente emergenti e intimamente connesse come sono ai gravi rischi ed alle sfide comportamentali, nel nostro difficile mondo mutevole e congesto.

Non sembri quindi ovvio specificare che le normali “crisi adolescenziali” di un tempo, siano profondamente mutate e condizionate da stimoli sociali diversi, da maturità intellettuale precoce, da assenza di controllo ed empatia... e oggi si manifestino clamorosamente, durante il periodo evolutivo, con la comparsa di notevoli turbative neuropsichiche accompagnate da pesante disagio, insofferenza, spesso angoscia e aggressività, che sconvolgono l’incontro/impatto genitoriale, e danno avvio a questo nostro periodo sociale di estrema delicatezza, sul piano esistenziale di tutti, da intuire e affrontare tempestivamente.

Sono dati conturbanti e critici – quelli qui esposti – in concordanza con altri arricchiti da testimonianze preoccupanti, già avute in

riscontro da personaggi della Sanità e della Scienza presenti agli Incontri, Congressi internazionali, Tavole di studio multidisciplinari, che sono stati promossi ed organizzati, di concerto con le singole Associazioni di appartenenza, dalla Fondazione “Piccoli Cuori Joy” Italia che ho l’onere di presiedere da oltre un decennio.

Ne meritano menzione i seguenti:

“Problematiche di crescita armonica nei nostri bambini” (2010)

“Fattori socio-culturali/valori e simboli guida” (2011)

“Difficoltà di sviluppo dei nostri bimbi durante il periodo evolutivo” (2012)

“Sulle gravi interferenze maturazionali del XX secolo...” (2013)

“Tomorrow health Program” (2014)

“Tomorrow health Newtwork Project” (2015)

“Adolescenti oggi... Uomini domani” (2016)

ed altri minori ... argomenti questi dedicati alla popolazione giovanile odierna, che avrebbe dovuto già trovare una propria realizzazione adulta, matura e consapevole. Ma come? In quale contesto?

Anche dalle proficue collaborazioni tra Istituti Clinici, le Neuroscienze, la Neuropsichiatria infantile, le Università di Torino, dell’Olanda, del Giappone e degli USA – protrate e qualificanti nel tempo - sono “esplose” riflessioni ad eccezionale livello di conoscenza, ancora e sempre sulla *“Grave situazione esistente nella vita degli adolescenti ed i rischi nella realtà che li circonda”*, tenendo anche bene in evidenza che *“le tappe evolutive adolescenziali restano di assoluta evidenza per lo sviluppo armonico del soggetto”* e inoltre che *“L’adolescenza rappresenta la fase critica per l’equilibrio psichico e la salute mentale del soggetto”*.

Vanno inoltre citati e bene ponderati gli esiti delle molteplici riflessioni-dibattito circa il selvaggio incalzare dei sempre più complessi social network, che diventano, per i nostri adolescenti, sempre più tecnicamente strutturati per fornire loro la curiosità di materiale inedito, nuovo e diverso, scioccante come potenzialità di interesse e di fruizione. Strumenti questi chiaramente dannosi per l’integrità dello sviluppo armonico, per il prosieguo del corso della vita stessa dei nostri giovani insofferenti, colpiti e disarmati.

Sottolineando poi che negli interscambi concettuali di vari Gruppi, ha preso grande spazio la documentata disamina della debolezza di molti adolescenti per la assenza pericolosa della famiglia, come ruolo genitoriale valido sempre presente - debolezza sta scavando un incolumabile vuoto intorno ad essi, con assoluta carenza di possibilità di interruzione di quel processo patologico neuropsichico ed infuosto già avviato – che determina in essi il progredire della patologia, inesorabilmente fino all'età adulta.

A questa numerosa e impietosa elencazione di avvenimenti contributivi possono soltanto fare eco, soprattutto luce, le recentissimenaccorate parole di Sua Santità Francesco:

**«...Bisogna risvegliare la consapevolezza della gravità dei problemi... controllare gli sviluppi della tecnologia... aiutare educatori e famiglie... educare a un adeguato uso di internet... continuare la Ricerca Scientifica in tutti i campi... »**, parole che riaccendono la carità, la sapienza e la forza con la quale tutti dobbiamo confrontarci per agire al di sopra di ogni difficoltà quotidiana e al di sopra di ogni sfida.

Le molteplici riflessioni e istanze da parte di Istituzioni mediche, illustri relatori e personaggi eccellenti di cui ho inteso dare rilievo su queste pagine, anche troppo chiaramente stanno a confermare l'importante spazio e la preoccupata considerazione che, oggi, sta assumendo il Tema del “normale” sviluppo dei nostri bimbi poi adolescenti. Sviluppo – ripetuto ed espresso a più voci – come maturazione armonica del corpo, ma soprattutto della mente e delle strutture del nostro Sistema Nervoso Centrale, messo così “a dura prova”, e troppo frequentemente, da stimoli ed emozioni di ogni genere: poichè il disturbo adolescenziale, la psicopatologia giovanile e la sua evoluzione fino all'età adulta, possono produrre inevitabili conseguenze anche per la vita stessa del piccolo (o del giovane) soggetto, se non vengono intuiti, intercettati ed “interrotti” in tempo utile.

- Questa è la sfida che il mondo medico psicopedagogico e quello scientifico devono accettare e tentare di arginare negli effetti pratici.

- Questa è la difficile problematica del momento attuale, così popolato di Tecnologia talvolta “distruttiva” se non controllata e non allontanata.
- Questa è l’importanza cruciale del processo di maturazione che avviene durante l’adolescenza e con gli elementi di spicco che consentono (o non consentono) la maturazione armonica stessa (e cioè i fattori genetici, ambientali e culturali, necessariamente interferenti sulla determinazione della personalità dei nostri giovani).

\* \* \*

*Molto interessanti possono risultare - ad una più esatta comprensione del fenomeno maturativo adolescenziale - alcune nozioni sul “corretto” funzionamento del Sistema Nervoso: prendiamone nota.*

*«Nel suo sviluppo fisiologico, il sistema nervoso è regolato, in parte, da a) una serie di programmi genetici che, durante la vita fetale, governano lo sviluppo di strutture specifiche e la formazione di sistemi di connessione fra le diverse parti.*

*b) dalle interazioni tra l’individuo e l’ambiente che lo circonda, le quali influenzano i programmi genetici nel corso della vita pre e post natale (lo sviluppo non termina alla nascita, ma si protrae almeno fino all’adolescenza e oltre).*

*Questa interazione con l’ambiente - si noti bene - svolge un ruolo fondamentale per l’acquisizione - da parte del soggetto - di adeguate funzioni sensoriali, motorie e cognitive, insieme all’aspetto specifico dell’esperienza individuale e le caratteristiche genetiche proprie dell’individuo».*

\* \* \*

*Un’altra conferma della complessità di evoluzione di vita del Sistema Nervoso Centrale - per quanti desiderassero ancora scendere nel “dettaglio del dettaglio” fino al ovo - potrebbe essere rappresentata dal generoso flash esplicativo che segue, - e precisamente:*

*« nella compagine del nostro cervello sono presenti e vivono, in un minuscolo spazio, decine di milioni di cellule nervose con le proprie diramazioni (chiamate neuritiche o dendritiche) che possiedono innumerevoli punti di contatto tra loro, creando così una meravigliosa rete che è continuamente percorsa da stimoli e impulsi elettrochimici di diversa natura,*

*in continuo contatto|collaborazione con altre cellule... tante cellule... e grazie proprio a questa complessa realtà fisiologica, l'essere umano trova la possibilità di vedere, sentire, parlare, camminare, essere felice o infelice; amare, gustare, capire profondamente quanto la circonda. E tutto ciò, per anni e anni dinamicamente, questa realtà di vita continua... ma non per sempre.*

*Può tuttavia continuare ad avere operatività eccellente, tramite i buoni cromosomi e tramite una buona "conservazione" della stessa.*

*E qui nasce il problema: ho detto "buona conservazione" perché se la cellula nervosa (che si chiama neurone) viene raggiunta e colpita da uno stimolo o da un impulso proveniente dall'esterno e dannoso al suo sviluppo, durante il periodo della sua crescita evolutiva (= maturazione fisiologica) non è più in grado di assolvere alla funzione cui è preposta e può perfino porre fine alla propria esistenza, creando interruzioni del processo fisiologico di sviluppo armonico di crescita del nostro adolescente».*

E qui inizia la patologia adolescenziale che, penso, possa essere agevolmente riconosciuta.

In finale, vorrei concludere queste pagine con la forte speranza e la certezza che animano sempre il mio percorso di vita:

- Trasmettere e promuovere, presso tutti i Neuroscienziati, il non facile compito di "potere operare" nelle necessità di ogni giorno e di ogni famiglia bisognosa di concreto conforto *come sarebbe giusto*.
- Incoraggiarli, inoltre, a trovare la capacità e la forza per affrontare e coordinare quegli interventi precoci, volti alla interruzione della "malattia", che in Italia non sono ancora in fattiva pratica clinica.
- Augurare loro fortemente, senza qui accennare ai loro gravi disagi in ospedale o in Strutture, con pazienti adulti (complessi e imprevedibili) e non trattati adeguatamente nel periodo adolescenziale, di potere diventare partecipi ai Progetti operanti nella prevenzione e nel "care" delle situazioni più difficili, sia terapeuticamente sia politicamente, circa questa patologia.

Questa patologia eclatante - ingravescente nel tempo e negli affetti adulti - che personalmente ho avuto modo di poter rilevare, negli

anni 2000, in corso di una Review *sulla qualità di vita a distanza* dei “nostri” piccoli pazienti, portatori di cardiopatie congenite e sottoposti nell’infanzia a terapia chirurgica riparativa o correttiva con successo e conseguente relativo benessere psicofisico.

Molti del mondo Accademico sanno che io ho un lungo passato cardiocirurgico presso il centro di Torino Molinette: dagli anni post laurea (‘54) fino agli anni 1983/84 e oltre, prima della mia presenza all’Università di Milano in seguito a Procedure Concorsuali della nostra vita universitaria... e molti medici ancora oggi conoscono il mio grande interesse e amore per i piccoli pazienti a suo tempo ricoverati, che ho seguito dalla mia giovinezza fino alla loro e ancora, da adulti...

Sono trascorsi tanti anni, tanto lavoro di innovazione, pratica, successi in Italia e all’Estero... vissuti nel Centro di Cardiocirurgia di avanguardia delle Molinette; avevo accettato con gioia la Review dei nostri pazienti di un tempo ora adulti, per la cui valutazione metodologica a distanza era stato necessario “l’incontro” con il gruppo dei “pazienti sani” a indispensabile confronto medico-scientifico.

Così si è aperto per me il capitolo che oggi sto vivendo con la nuova realtà delle Neuroscienze oggetto del presente studio; attraverso la viva collaborazione scientifica ed accademica del Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, che già ben conoscevo, per motivi di studio “**cuore-cervello**”, durante il periodo cardiocirurgico: collaborazione che ancor oggi prosegue con risultati proficui e concreti (ed anche nella Ricerca).

Così, mentre continuo ad aggiungere fogli al Testo “**Vivere con una cardiopatia**” appunto ogni giorno nuove note sulla valutazione della nuova *patologia evolutiva* problematica degli adolescenti “problematici” di oggi...

Perché i nostri adolescenti di oggi saranno i nostri uomini di domani... il nostro futuro, insomma!

*... cosicché troppo c’è ancora da fare nel mondo sanitario e soprattutto in quello scientifico intorno agli adolescenti (non ancora adulti) nelle difficoltà che non finiscono mai. Il miracolo che potrebbe ancora accadere è quello di poter ancora lavorare... scoprire... fare... concludere... con estrema serietà, generosamente condivisa.*

Giovanna C. Bergui

## PREFAZIONE

I più recenti studi dello sviluppo del sistema nervoso centrale condotti con tecniche di risonanza magnetica nucleare hanno mostrato che durante l'adolescenza avvengono imponenti processi di riaggiustamento delle sinapsi neuronali e che la mielinizzazione dei circuiti cerebrali della corteccia prefrontale non è completa sino dopo i 20 anni di età.

Questi dati sono del tutto coerenti con le osservazioni cliniche e epidemiologiche che indicano l'adolescenza come la fase critica per la salute mentale dell'individuo. È questo il periodo in cui emergono le più gravi sindromi psichiatriche, quali la schizofrenia, la depressione e il disturbo bipolare, e in cui i disturbi della personalità diventano evidenti. In aggiunta, i disturbi del neurosviluppo, come l'autismo e il deficit di attenzione con iperattività (ADHD), che si erano già manifestati nell'infanzia, persistono in adolescenza, manifestando però nuove espressioni e sollevando quindi ulteriori problematiche cliniche.

I dati che ci vengono dalle neuroscienze confermano anche che il processo che chiamiamo adolescenza è in effetti più lungo e complesso di quanto si pensava. Non è solo che il percorso educativo e di inserimento sociale si è prolungato, ma è evidente che la maturazione dei circuiti e delle aree cerebrali non è completato fino a dopo i 20 anni di vita, specialmente nelle aree prefrontali che sono preposte alla capacità di valutare situazioni, controllare le emozioni e prendere decisioni ponderate.

In questo volume, il Prof. Amianto, con la eccellente collaborazione della Prof.ssa Giovanna Bergui, ci offre una precisa ed aggiornatissima analisi delle attuali problematiche degli adolescenti. Un'analisi che deve essere di estremo interesse per clinici, genitori, insegnanti, educatori, ricercatori e amministratori della salute pubblica. Dalle pagine di questo nuovo e molto importante contributo emerge chiaro il messaggio che l'adolescenza, con tutte le indubbie difficoltà e rischi, deve essere intesa anche come una grande oppor-

tunità per la prevenzione e l'intervento precoce, portando così ad una migliore salute mentale in età adulta. E sappiamo che adulti in buona salute mentale sono genitori più attenti ai bisogni dei propri figli, il che porta a minor incidenza di problemi psichiatrici nella loro adolescenza, e così via seguendo un armonioso e logico circolo virtuoso.

Deve essere soprattutto chiaro ed evidente che gli interventi per prevenire, riconoscere prontamente e curare al più presto i disturbi di salute mentale degli adolescenti sono un investimento che porterà frutti per tutta la vita e per molte vite!

*Benedetto Vitiello*

## INTRODUZIONE ALL'OPERA

Il presente saggio “*Breakdown adolescenziale: sfide e risorse*” redatto da Federico Amianto nasce da una revisione critica di numerosi contributi tratti da pubblicazioni e Convegni a carattere multidisciplinare (come quello internazionale dell’International College of Psychosomatic Medicine ICPM Torino nel 2009 e ad Alba nel 2013) promossi dalla Fondazione “Piccoli Cuori Joy” Italia a partire dal 2008 sul problema delle gravi interferenze maturazionali del XX e XXI secolo sul patrimonio genetico e quindi sullo sviluppo futuro degli adolescenti di oggi.

Sul tema, molto evocativo, del Convegno di Alba “*Nostri bimbi oggi... uomini domani*” organizzato, tra altri eventi focalizzati su questi problemi, dalla Prof. Giovanna C. Bergui, si sono incontrati studiosi, ricercatori, clinici di discipline mediche diverse come genetica, endocrinologia, fisiologia, psicologia generale, pediatria, ginecologia, neuropsichiatria infantile e psichiatria, afferenti alla Scuola di Medicina dell’Università di Torino. Dalla discussione tra i diversi relatori era emerso un insieme molto complesso di problemi che riguardano il normale sviluppo dei bambini di oggi: questo quadro problematico vuole interrogare la scienza e soprattutto la coscienza non solo dei ricercatori clinici ma pure di educatori, genitori e Amministratori della Cosa Pubblica.

La fase dello sviluppo adolescenziale rappresenta in questa area di spiccata complessità un tema di forte rilievo che vede la comunità scientifica di educatori, ricercatori e clinici e la coscienza civile di decisori della Cosa pubblica impegnati in sfide decisive per i prossimi decenni.

In ricerche convalidate in Europa il 75% dei disturbi mentali si manifesta prima dei 25 anni. Uno studio italiano (Frigerio et al.2009) su ragazzi tra 10 e 14 anni ha rilevato la presenza di un disturbo mentale nell’8,2%, simile a quella rilevata in un ampio campione della popolazione italiana adulta (8%). In un campione rappresentativo di

adolescenti piemontesi (Abbate Daga, Fassino et al.2008; 2014) il 7% presenta *eating problems* con tratti di personalità e condizione preclinica di psicopatologia alimentare. L'assistenza psichiatrica in adolescenza è cruciale. I ragazzi che subiscono una transizione inadeguata tra i servizi neuropsichiatrici e quelli della psichiatria per gli adulti sono numerosi, molti sfuggono alle cure e spesso questo incide pesantemente sull'esito del loro disturbo (Paul et al., 2014, Clin Child Psychol Psychiatry; Singh et al., 2009, Curr Opin Psychiatry). In alcuni paesi con un avanzato sistema sanitario pubblico sono stati applicati specifici progetti di prevenzione e intervento precoce per interrompere l'evoluzione in età adulta (McCann & Lubman, 2012, BMC Psychiatry; Winther et al., 2014, Early Interv Psychiatry).

\*

La recente *Dichiarazione di Roma* del 6 Ottobre 2017 concordata da studiosi ricercatori e clinici riuniti nel World World Congress *Child Dignity In The Digital* promosso dalla Università Pontifica Gregoriana denuncia i gravi effetti sulla maturazione personale di bambini e adolescenti dovuti alla proliferazione incontrollata dei social media. Un crescente esorbitante numero di immagini di abuso sessuale di bambini e giovani è disponibile online: cyberbullismo, molestie e *sextortion* stiano diventando sempre più comuni. L'ampiezza e la portata dell'abuso sessuale di minori e dello sfruttamento online è sconvolgente.

Oggi i minori sono più di un quarto degli oltre tre miliardi di utilizzatori di internet, e questo vuol dire che oltre 800 milioni di minori navigano nella rete. Che cosa trovano nella rete? E come sono considerati da chi, in diversi modi, ha potere sulla rete? Nella rete dilagano fenomeni gravissimi: la diffusione di immagini pornografiche sempre più estreme perché con l'assuefazione si alza la soglia di stimolazione; il crescente fenomeno del *sexting* fra i giovani e le ragazze che usano i social media; il bullismo che si esprime sempre più online ed è vera violenza morale e fisica contro la dignità degli altri giovani; la *sextortion*; l'adescamento dei minori a scopo sessuale tramite la rete è ormai un fatto di cui le cronache parlano continuamente; per arrivare fino ai crimini più gravi e spaventosi dell'organizzazione online del traffico delle persone, della prostituzione, perfino dell'ordinazione e della visione in diretta di

stupri e violenze su minori commessi in altre parti del mondo. Il mondo di Internet presenta qui un aspetto, aree oscure (la *dark net*) dove male e perversione trovano modi sempre nuovi e più efficaci, pervasivi e capillari per agire ed espandersi... rileva Papa Francesco nel suo intervento sulla *Dichiarazione di Roma* al Congresso della Pontificia Università. Anche dal punto di vista educativo ci si sente disorientati, perché la rapidità dello sviluppo mette “fuori gioco” le generazioni più anziane, rendendo difficilissimo o quasi impossibile il dialogo fra le generazioni e la trasmissione equilibrata delle norme e della saggezza di vita acquisita con l’esperienza degli anni “*Si tratta di risvegliare la consapevolezza della gravità dei problemi, - osserva Francesco - di fare leggi adeguate, di controllare gli sviluppi della tecnologia, di identificare le vittime e perseguire i colpevoli di crimini, di assistere i minori colpiti per riabilitarli, di aiutare gli educatori e le famiglie a svolgere il loro servizio, di essere creativi nell’educazione dei giovani a un adeguato uso di internet – che sia sano per loro stessi e per gli altri minori –, di sviluppare la sensibilità e la formazione morale, di continuare la ricerca scientifica in tutti i campi connessi con questa sfida.*”

\*

*L’individuazione delle componenti genetiche* ridefinisce e arricchisce le precedenti teorie psicologiche e familiari e lo studio dell’impatto ambientale sulla vulnerabilità genetica. In molte malattie la componente genetica rappresenta una forte predisposizione, necessaria, ma non sufficiente a sviluppare malattie, come per esempio disturbi di personalità, psicosi ed anoressia mentale. Gli endofenotipi, comportamenti che sarebbero più probabilmente correlati ad aspetti genetici la cui individuazione può essere agevole e percepita da educatori genitori e non solo da personale medico, hanno il vantaggio di rendere più fruibile al clinico il concetto di vulnerabilità. In un assai prossimo futuro la ricerca si focalizzerà obbligatoriamente sul nesso gene-ambiente e il reciproco rinforzarsi dei fattori di rischio.

*Il ruolo della famiglia viene oggi ridiscusso*, non nel senso di colpevolizzare o iperresponsabilizzare i genitori, ma piuttosto nel considerarli irrinunciabili risorse di accudimento ed educazione, persino cura e terapia nelle diverse fasi di sviluppo che caratteriz-

zano i passaggi evolutivi del bimbo fino all'età adulta. Secondo il *principio epigenetico* lo sviluppo della persona avviene attraverso il superamento di fasi consecutive, se una di queste fasi non viene risolta tutte le successive rifletteranno questa mancanza sotto forma di disadattamento fisico, cognitivo, sociale o emotivo. Lo studio del ciclo della vita coinvolge elementi diversi: la maturità biologica, la capacità psicologica, le tecniche di adattament, i meccanismi di difesa, i sintomi complessi, le richieste di ruolo, il comportamento sociale, le capacità cognitive, la percezione, lo sviluppo del linguaggio, le relazioni interpersonali.

Altro tema considerato riguarda *il ruolo del funzionamento intellettuale nei disturbi psicologici conseguenti a malattie somatiche che interagiscono con lo sviluppo*. L'importanza del funzionamento intellettuale nei bambini in età scolare, così come la valutazione indiretta di alcune condizioni dell'umore e del pensiero, ha portato ad un ampio uso di test psicologici. Carenze importanti in questi ambiti potrebbero interferire significativamente con le acquisizioni scolastiche del bambino, oppure con le capacità di lettura, di calcolo o di scrittura. Un approccio terapeutico a pazienti di questa età deve anche tenere conto di questi aspetti, allo scopo di fornire sostegni ed aiuti che permettano a questi bambini di accedere ad opportunità (di istruzione e formazione) che potrebbero altrimenti non essere raggiungibili.

*Il disturbo dell'adattamento* è stato considerato dai diversi studiosi oltre che primariamente conseguenza di pratiche educazionali inadeguate come frequente sindrome reattiva alle patologie mediche e post chirurgiche. È stato recentemente proposto di utilizzare diagnosi più descrittive che aiutino a studiare l'andamento di questi disturbi nel tempo distinguendo diverse possibilità di decorso a seconda dei sintomi principali con cui si presentano (disturbo dell'adattamento con ansia, con umore depresso o con alterazione della condotta). Particolarmente innovative e dense di conseguenze pratiche risultano le nuove teorie dell'attaccamento, crogiuolo biologico-psicologico delle primissime comunicazioni del neonato.

*L'interazione fra fattori genetici e fattori ambientali/culturali* nel determinare lo sviluppo dei tratti di personalità o nello slatentizzare processi patologici è stata oggetto particolare di dibattito. E più in particolare, lo sviluppo di nuovi farmaci che promuovono la plasti-

cità cerebrale, insieme alla messa a punto di nuove procedure prima di rieducazione poi di riabilitazione, si è ipotizzato possano aprire nuove prospettive per un trattamento di difetti funzionali o disturbi del comportamento che insorgono in età infantile/adolescenziale per poi consolidarsi durante la vita adulta.

Un rilievo speciale di primaria importanza ha la necessità di promuovere una adeguata formazione dei nuovi medici - come sostiene Giovanna Bergui -, psicologi clinici degli operatori sanitari e degli educatori/insegnanti alle problematiche psicologiche-psicopatologiche dell'adolescenza, alla gestione delle difficoltà di apprendimento e delle relazionali intrafamiliari ed al supporto alla genitorialità. **Interventi medici precoci e adeguati sono necessari ed efficaci se si collocano a fianco e non in sostituzione di corretti approcci educazionali - come sostiene Giovanna Bergui -**. Lo straordinario aumento in Italia negli ultimi anni di certificazioni neuropsichiatriche di gran lunga superiore alle statistiche internazionali (dati MIUR e Istat) impongono pressanti domande sulle cause di questa tendenza a sostituire la psichiatria all'educazione. Siamo in presenza di una generazione scompensata sul piano psicopatologico e neurologico con disturbi così gravi da far prevedere conseguenze altrettanto significative nell'età adulta? È quanto si chiede D. Novara con altri ricercatori in un recente convegno "Curare con l'educazione" promosso nell'aprile scorso a Milano dal *Centro psicopedagogico per l'educazione e la gestione di conflitti*. Uno dei problemi - osserva C. Bissoli nello stesso Convegno - è che le diagnosi mediche spesso parlano solo il linguaggio neurobiologico trascurando le dinamiche sociali e relazionali. I rischi ambientali e culturali di una società *distratta* nei confronti dei compiti educazionali - che da un lato iperstimola i bambini e dall'altro richiede ai genitori ritmi di vita eccessivi poco orientati alla relazione genitori e figli - rappresenta un potente attivatore, *epigenetico* appunto di predisposizioni genetiche di per sé non causa sufficiente di disturbi psichici se sono presenti adeguate strategie educative.

\*

Gli interventi di prevenzione e cura della famiglia sono di urgenza estrema al fine di ridurre, contenere gli sviluppi di malattie psichiche nell'età adulta. Alcune evidenze incoraggianti sottolineano

come essi rappresentino una concreta possibilità con evidenti benefici sulla qualità di vita delle future generazioni con concomitanti vantaggi sociali e persino economici. Il Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare DCA dell'Università di Torino – in cui opera come Docente e Clinico Federico Amianto, Responsabile dell'Ambulatorio di Collegamento di Psichiatria dell'Adolescenza - offre un modello di intervento articolato tra assistenza psichiatrica, psicologica e nutrizionale agli adolescenti affetti da DCA ed interventi di psicoeducazione, supporto e counseling a i loro familiari. Grazie a tale strategia di intervento rappresenta, accanto ad altri come quello del Maudsley Hospital di Londra, uno dei centri leader nel panorama europeo e mondiale.

Il saggio di Federico Amianto è infine il frutto di una intensa collaborazione - all'interno del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino tra il Centro Esperto regionale DCA con la Fondazione Piccoli Cuori, sotto la direzione appassionata della sua Presidente Giovanna Carina Bergui Pediatra e Docente Universitaria di Cardiocirurgia pediatrica di lungo corso. A questa Docente e Ricercatrice si devono importanti iniziative in ambito formativo per favorire nei nuovi studenti di medicina una innovativa *educazione alla salute* come pure la promozione ambiziosi programmi di ricerca sugli aspetti cruciali psiconeurobiologici del processo di *attaccamento*, cuore di quegli accadimenti tra cervello mente e genitori che sono la base dei meccanismi dell'apprendimento: qui ci sono le premesse degli stili relazionali interpersonali e sociali, decisivi per la qualità di vita delle prossime generazioni.

*Secondo Fassino*

## PREMESSA

Il presente saggio nasce da una felice intuizione e da un Progetto fortemente sostenuto dalla cara Professoressa Giovanna Bergui.

Giovanissima nasce alla medicina come pediatra per un antico amore ed una dedizione ai fanciulli espressa fin dall'infanzia; Giovanna Bergui ha dedicato con genio e dedizione tutta la sua vita professionale ed accademica alla Cardiochirurgia Pediatrica, esprimendo un affetto ed un attaccamento ai "piccoli cuori" dei suoi pazienti che travalica per amore la sua competenza eccellente come chirurgo. È per questo affetto che Giovanna Bergui ha continuato fino ad oggi ad attivarsi in iniziative anche accademiche e scientifiche (proposta e realizzazione del Corso di Perfezionamento "*La relazione terapeutica e il rischio delle fasi evolutive della vita*" del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, ed inoltre la proposta dell'inserimento nel CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA di una nuova disciplina "*Cultura della Salute*", in corso di ratificazione presso il Ministero dell'Università e della Ricerca e quello della Salute). Tali iniziative a favore dell'infanzia e dell'adolescenza hanno coinvolto il nostro gruppo di lavoro guidato dal Prof. Fassino per quasi 20 anni in Congressi ed Eventi da lei promossi e supportati.

Quest'opera sta a dimostrare la coerenza generosa orientata alla salvaguardia dei nostri ragazzi (che Giovanna Bergui abbraccia scientificamente) con l'intento di favorire la crescita armoniosa delle loro vite e del loro futuro.

Da professionista e donna affettiva e illuminata qual è, Giovanna Bergui vuole rivolgere un forte appello anche ai genitori e alle Istituzioni dell'Infanzia per la valorizzazione del capitale umano dalle nuove generazioni (soprattutto di medici e di giovani) permettendo loro di integrare le nuove tecnologie e possibilità formative proprie del nostro tempo nel rispetto dei valori, della sensibilità e dei bisogni affettivi ed umani.

Grazie quindi stimata "Prof" per il tuo stimolo, la passione "con-

tagiosa”, i tuoi saggi suggerimenti e soprattutto per aver ispirato, condotto e diretto questo lavoro che ci auguriamo sia all’altezza della tua statura morale e umana.

*Federico Amianto*

## PREMESSA SCIENTIFICA

Le problematiche psicopatologiche degli adolescenti sono in continua espansione in Italia e nel mondo occidentalizzato (McCann & Lubman, 2012). Nelle società primitive i rituali di iniziazione permettevano una rapida integrazione nel mondo degli adulti. Nella nostra società i tempi si sono molto allungati (di circa 15 anni) perché i giovani richiedono molto tempo per maturare e integrarsi con una società molto complessa come quella contemporanea. Gli adolescenti manifestano sempre più frequentemente problemi della condotta e disturbi di esternalizzazione: dalla prostituzione (Fredlund et al., 2013), all'abuso di droghe o alcoolici (Adams et al., 2013; Brook et al., 2013), alla depressione, atti autolesivi o anticonservativi (Ulberg et al., 2012; Vitiello et al., 2009). Sono frequenti i comportamenti eteroaggressivi come il bullismo (incluso il cyberbullismo – Williams & Godfrey, 2011), la violenza di gruppo, anche sessuale, fino alle violenze intradomestiche (Cleverly et al., 2012; Erdelja et al., 2013; Zaborskis et al., 2005). Non meno insidiosi i fenomeni delle nuove dipendenze da internet e da gioco d'azzardo online (Rusconi et al., 2012). I disturbi dell'adolescenza producono circoli viziosi con gravi conseguenze per la vita e la psicopatologia giovanile, e la sua evoluzione in età adulta. Il 36% dei ragazzi e il 32% delle ragazze sono state vittime di bullismo, mentre il 40% dei ragazzi e il 28% delle ragazze sono stati autori di bullismo almeno due volte al mese (Zaborskis et al., 2005). Il bullismo è legato ad anomalie nello sviluppo della personalità, a sindromi come l'ADHD, esito di problematiche di sviluppo affettivo-relazionali (Sciberras et al., 2012), e può rappresentare una causa di suicidio (Soler et al., 2013). D'altro canto, la riduzione del sonno causata da dipendenza da internet, cybersesso, abuso di sostanze o alcool può causare peggioramento delle relazioni sociali, dei disturbi della condotta, di ansia o depressione maggiore (Clarke G & Harvey, 2012), incrementando l'ideazione suicidaria (Sarchiapone et al., 2013). In-

fine la ricerca sostiene ampiamente l'associazione tra l'abuso di cannabinoidi o altre droghe "minori" e lo sviluppo di disturbi psicotici maggiori come la schizofrenia (Najolia et al., 2012). Stress affettivi e relazionali in adolescenza causano incremento nel BMI (indice di massa corporea) legato allo sviluppo di obesità permanente in età adulta (McClure et al., 2012). La famiglia è in crisi nella gestione delle problematiche degli adolescenti e talvolta è foriera di psicopatologia attraverso maltrattamenti fisici o psicologici, negligenza e incapacità genitoriali (Barran et al., 2013; Erdelja et al., 2013; Silva et al., 2012; Jaffee & Maikovich-Fong, 2011). Disturbi depressivi o altri disturbi psichiatrici nei genitori possono influenzare problematiche di adattamento o psicopatologie adolescenziali (Potter et al., 2012). Peculiarità genitoriali sono legate a disturbi di somatizzazione (Russeau et al., 2014), del comportamento alimentare (Amianto et al., 2011, 2013; Fassino et al., 2009, 2013a) e della personalità borderline (Fassino et al., 2009; Zanarini et al., 2004). D'altro canto i conflitti e lo stress intrafamiliari predispongono a disturbi come quelli da abuso di sostanze negli adolescenti (Skeer et al., 2010). La dipendenza da internet è stata anch'essa correlata con incapacità di relazione e di comunicazione intrafamiliare (Xu et al., 2014). Fredlund e colleghi (2013) sottolineano come gli adolescenti prostituiti abbiano un rapporto deprivato con i genitori durante l'infanzia. A loro volta prostituzione o altre condotte a rischio possono portare a problematiche mediche (ad es. infezione da HIV) che richiedono una rilevante attenzione psicologico-psichiatrica (Salama et al., 2013). Johnson e colleghi (2011) hanno sottolineato come adeguati comportamenti genitoriali siano influenti sulla resilienza dei figli permettendo una migliore gestione dello stress ed un migliore adattamento emotivo, affettivo e relazionale in età adulta, indipendentemente dai disturbi psichiatrici dei genitori (Fassino et al., 2013b). Uno studio italiano su ragazzi tra 10 e 14 anni (Frigerio et al., 2009) ha rilevato la presenza di un disturbo mentale nell'8,2%, simile a quella rilevata in un ampio campione della popolazione italiana adulta (8%). I problemi psichici e comportamentali diventano spesso molto rilevanti e possono compromettere anche il futuro della persona, con un impatto sulla carriera scolastica ed universitaria, sul lavoro, ecc. Secondo un ampio corpus di studi scientifici in Italia ed in Europa il 75% dei disturbi mentali si manifesta prima dei 25

anni. Per questo tra gli eventi del semestre italiano di presidenza del Consiglio d'Europa è stata inclusa anche a dicembre 2014 la Conferenza sulla salute mentale dei giovani promossa dalla Commissione Europea e presieduta dai massimi esperti della psichiatria mondiale dal titolo: *“La salute mentale dei giovani, dalla continuità della psicopatologia alla continuità dell’assistenza”*. In particolare la conferenza ha posto l’accento su un problema di tutti i sistemi sanitari europei: l’organizzazione dei servizi di salute mentale non prevede alcuna continuità assistenziale e vi è una frattura organizzativa, teorica, clinica, tra i servizi di salute mentale che si occupano di infanzia ed adolescenza e quelli che si occupano dell’età adulta. Ciò comporta il rischio che il giovane malato e la sua famiglia siano abbandonati a se stessi fino a quando, magari dopo anni o decenni, il disturbo mentale si manifesta in tutta la sua gravità. Lo stesso vale per i servizi per le tossicodipendenze. I disturbi da abuso di sostanze e di alcool appaiono in giovane età, e rappresentano un unicum in cui è impossibile distinguere il disturbo da abuso di sostanze o di alcool ‘puro’ da quello commisto ad un disturbo mentale, in cui le sostanze o dell’alcool sono un tentativo di ‘automedicazione’. L’assistenza psichiatrica durante l’adolescenza è un problema cruciale. I ragazzi che subiscono una transizione inadeguata tra i servizi neuropsichiatrici e quelli della psichiatria per gli adulti sono numerosi, molti sfuggono alle cure e spesso questo incide pesantemente sull’esito del loro disturbo (Paul et al., 2014; Singh et al., 2009). In alcuni paesi con un avanzato sistema sanitario pubblico sono stati applicati specifici progetti di prevenzione e intervento precoce per interrompere l’evoluzione in età adulta (McCann & Lubman, 2012; Winther et al., 2014).

Accanto a questa generalizzata difficoltà organizzativa dei servizi socio-assistenziali a causa delle difficoltà delle famiglie nel gestire la psicopatologia dei figli le casistiche di adolescenti ricoverati nei reparti di psichiatria per gli adulti sono in crescita. A ciò contribuisce lo sviluppo fisico e sessuale sempre più precoce a fronte di una maturazione psicologica ritardata. Questo disaccoppiamento rende la gestione dei disturbi comportamentali molto complessa. Nonostante l’esistenza di terapie efficaci per la depressione o i disturbi bipolari (Vitiello et al., 2011; 2013) il ricorso a mezzi coercitivi (ricoveri in SPDC in regime di TSO) è sempre più frequente a causa

dell'impotenza dei familiari (McCann & Lubman, 2012). I genitori sono spesso in difficoltà nel costruire e gestire una relazione con i propri figli anche a causa di problematiche personali (Amianto et al., 2013). Essi risultano spesso incapaci di stabilire rapporti di autorità e gerarchia (Fassino & Delsedime, 2007) in grado di contenere i giovani sul versante affettivo e normativo della relazione genitoriale. Gli interventi sulla famiglia sono di estrema rilevanza al fine di ridurre gli esiti infausti (Potter et al., 2012; Silva et al., 2012). Alcune evidenze incoraggianti sottolineano come rappresentino una concreta possibilità di prevenzione del disagio psichico in età adulta con evidenti benefici economici e sociali (Jenssen et al., 2014).

## BIBLIOGRAFIA

1. Adams RC, Tapia C; Early intervention, IDEA Part C services, and the medical home: collaboration for best practice and best outcomes. Council on children with disabilities. *Pediatrics*. 2013 Oct;132(4):e1073-88. doi: 10.1542/peds.2013-2305. Epub 2013 Sep 30. Review.
2. Amianto F, Abbate Daga G, Bertorello A, Fassino S. Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Compr Psychiatry*. 2013 Oct;54(7):797-811. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.005. Epub 2013 Apr 18.
3. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Res*. 2011 May 30;187(3):401-8. doi: 10.1016/j.psychres.2010.10.028. Epub 2010 Nov 20.
4. Barran D. Preventing the cycle of teen abuse. *J Fam Health Care*. 2013 Jul-Aug;23(5):10-3.
5. Brook JS, Lee JY, Rubenstone E, Finch SJ, Seltzer N, Brook DW. Longitudinal determinants of substance use disorders. *J Urban Health*. 2013 Dec;90(6):1130-50. doi: 10.1007/s11524-013-9827-6.
6. Clarke G, Harvey AG. The complex role of sleep in ad-

- olescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012 Apr;21(2):385-400. doi: 10.1016/j.chc.2012.01.006.
7. Cleverley K, Szatmari P, Vaillancourt T, Boyle M, Lipman E. Developmental trajectories of physical and indirect aggression from late childhood to adolescence: sex differences and outcomes in emerging adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Oct;51(10):1037-51. doi: 10.1016/j.jaac.2012.07.010. Epub 2012 Sep 5.
  8. Disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2009)18:217–226 DOI 10.1007/s00787-008-0720-x
  9. Erdelja S1, Vokal P, Bolfan M, Erdelja SA, Begovac B, Begovac I. Delinquency in incarcerated male adolescents is associated with single parenthood, exposure to more violence at home and in the community, and poorer self-image. *Croat Med J*. 2013 Oct 28;54(5):460-8.
  10. Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Compr Psychiatry*. 2009 May-Jun;50(3):232-9. doi: 10.1016/j.comppsy-ch.2008.07.010.
  11. Fassino S, Amianto F, Sobrero C, Abbate Daga G. Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Med*. 2013a Dec;55(4):397-413. Review.
  12. Fassino S, Abbate-Daga G. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry*. 2013b Nov 7;13:282. doi: 10.1186/1471-244X-13-282.
  13. Fassino S. Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality. *Panminerva Med*. 2010 Sep;52(3):249-64. Review.
  14. Fassino S, Delsedime N. *La famiglia è malata?*. Torino:CSE 2007.
  15. Fredlund C, Svensson F, Svedin CG, Priebe G, Wadsby M. Adolescents' lifetime experience of selling sex: development over five years. *J Child Sex Abus*. 2013;22(3):312-25. doi: 10.1080/10538712.2013.743950
  16. Frigerio A, Rucci P, Goodman R, Ammaniti M, Carlet O, Cavo-

- lina P, et al. Prevalence and correlates of mental.
17. Jaffee SR1, Maikovich-Fong AK. Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Feb;52(2):184-94. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02304.x. Epub 2010 Aug 23.
  18. Jenssen IH, Johannessen KB. Aggression and body image concerns among anabolic androgenic steroid users, contemplators, and controls in Norway. *Body Image*. 2015 Jan;12:6-13. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.08.009. Epub 2014 Sep 27.
  19. Johnson CR, Turner KS, Foldes E, Brooks MM, Kronk R, Wiggs L. Behavioral parent training to address sleep disturbances in young children with autism spectrum disorder: a pilot trial. *J Sleep Med*. 2013 Oct;14(10):995-1004. doi: 10.1016/j.sle-ep.2013.05.013. Epub 2013 Aug 27.
  20. Johnson JG, Liu L, Cohen P. Parenting behaviours associated with the development of adaptive and maladaptive offspring personality traits. *Can J Psychiatry*. 2011 Aug;56(8):447-56.
  21. McCann TV, Lubman DI. Young people with depression and their experience accessing an enhanced primary care service for youth with emerging mental health problems: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2012 Aug 1;12:96. doi: 10.1186/1471-244X-12-96.
  22. McClure HH, Eddy JM, Kjellstrand JM, Snodgrass JJ, Martinez CR Jr. Child and adolescent affective and behavioral distress and elevated adult body mass index. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Dec;43(6):837-54. doi: 10.1007/s10578-012-0299-9.
  23. Najolia GM, Buckner JD, Cohen AS. Cannabis use and schizotypy: the role of social anxiety and other negative affective states. *Psychiatry Res*. 2012 Dec 30;200(2-3):660-8. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.042. Epub 2012 Aug 22.
  24. Potter R, Mars B, Eyre O, Legge S, Ford T, Sellers R, Craddock N, Rice F, Collishaw S, Thapar A, Thapar AK. Missed opportunities: mental disorder in children of parents with depression. *Br J Gen Pract*. 2012 Jul;62(600):e487-93. doi: 10.3399/bjgp12X652355.
  25. Rousseau S, Grietens H, Vanderfaeillie J, Ceulemans E, Hoppenbrouwers K, Desoete A, Van Leeuwen K. The distinction of 'psychosomatogenic family types' based on parents' self-reported questionnaire information: a cluster analysis. *Fam Syst*

- Health. 2014 Jun;32(2):207-18. doi: 10.1037/fsh0000031. Epub 2014 Apr 21.
26. Rusconi AC, Valeriani G, Carlone C, Raimondo P, Quartini A, Coccanari dE Fornari MA, Biondi M. Internet addiction disorder and social networks: statistical analysis of correlation and study of the association with social interaction anxiousness. *Riv Psichiatr.* 2012 Nov-Dec;47(6):498-507. doi: 10.1708/1178.13056. Italian.
  27. Salama C, Morris M, Armistead L, Koenig LJ, Demas P, Fardon C, Bachanas P. Depressive and conduct disorder symptoms in youth living with HIV: the independent and interactive roles of coping and neuropsychological functioning. *AIDS Care.* 2013;25(2):160-8. doi: 10.1080/09540121.2012.687815. Epub 2012 Jun 12.
  28. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Haddaczky G, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med.* 2014 Feb;15(2):248-54. doi: 10.1016/j.sleep.2013.11.780. Epub 2013 Dec 18.
  29. Sciberras E, Ohan J, Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012 Apr;43(2):254-70. doi: 10.1007/s10578-011-0264-z.
  30. Silva TC, Larm P, Vitaro F, Tremblay RE, Hodgins S. The association between maltreatment in childhood and criminal convictions to age 24: a prospective study of a community sample of males from disadvantaged neighbourhoods. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Jul;21(7):403-13. doi: 10.1007/s00787-012-0281-x. Epub 2012 May 6.
  31. Singh SP. Shooting the messenger: the science and politics of ethnicity research. *Br J Psychiatry.* 2009 Jul;195(1):1-2. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058685
  32. Skeer MR, Ballard EL. Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. *J Youth Adolesc.* 2013 Jul;42(7):943-63. doi: 10.1007/s10964-013-9963-z. Epub 2013 May 28. Review.
  33. Soler L, Segura A, Kirchner T, Forns M. Polyvictimization and

- risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents. *Violence Vict.* 2013;28(5):899-912.
34. Ulberg R, Hersoug AG, Høglend P. Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Trials.* 2012 Sep 6;13:159. doi: 10.1186/1745-6215-13-159.
  35. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, Mayes TL, Posner K, May DE, March JS. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry.* 2009 Apr 21;70(5):741-7.
  36. Vitiello B. How effective are the current treatments for children diagnosed with manic/mixed bipolar disorder? *CNS Drugs.* 2013 May;27(5):331-3. doi: 10.1007/s40263-013-0060-3. No abstract available.
  37. Vitiello B. Prevention and treatment of child and adolescent depression: challenges and opportunities. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2011 Mar;20(1):37-43
  38. Williams SG, Godfrey AJ. What is cyberbullying & how can psychiatric-mental health nurses recognize it? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2011 Oct;49(10):36-41. doi: 10.3928/02793695-20110831-03. Epub 2011 Sep 16.
  39. Winther J, Carlsson A, Vance A. A pilot study of a school-based prevention and early intervention program to reduce oppositional defiant disorder/conduct disorder. *Early Interv Psychiatry.* 2014 May;8(2):181-9. doi: 10.1111/eip.12050. Epub 2013 Jun 4.
  40. Xu J, Shen LX, Yan CH, Hu H, Yang F, Wang L, Kotha SR, Ouyang F, Zhang LN, Liao XP, Zhang J, Zhang JS, Shen XM. Parent-adolescent interaction and risk of adolescent internet addiction: a population-based study in Shanghai. *BMC Psychiatry.* 2014 Apr 15;14:112. doi: 10.1186/1471-244X-14-112.
  41. Zaborskis A, Cirtautiene L, Zemaitiene N. Bullying in Lithuanian schools in 1994-2002. *Medicina (Kaunas).* 2005;41(7):614-20. English, Lithuanian.
  42. Zanarini MC, Frankenburg FR, Yong L, Raviola G, Bradford Reich D, Hennen J, Hudson JI, Gunderson JG. Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *J Pers Disord.* 2004 Oct;18(5):439-47.

## SINTESI

Numerose e sempre più gravi sono le problematiche che riguardano i giovani durante la crescita. È necessario non sottovalutare il problema sia per la sofferenza e i rischi per la vita e la salute dei giovani, sia per le difficoltà nello sviluppo che tali problematiche possono portare alle generazioni future, con rischi seri per l'evoluzione sociale.

Tra le problematiche comportamentali più diffuse, sebbene rappresentino disturbi meno gravi sul piano della psicopatologia di base (cioè dei meccanismi psicologici profondi legati alla sofferenza soggettiva), vi sono l'uso patologico di Internet (dipendenza da internet), le dipendenze dai Social Network, il Cybersesso (sesso tramite internet), il Gambling (gioco d'azzardo online o tramite macchinette) e l'Hikikomori (ragazzi che hanno scelto di ritirarsi dalla vita sociale e ricercano livelli estremi di isolamento). Comportamenti a elevato rischio a livello personale e sociale sono il Bullismo e la Prostituzione giovanile. Rappresentano invece vere patologie psichiatriche i Disturbi dell'Umore (ad es. depressione), i Disturbi d'Ansia, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, i Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia, Bulimia e Binge-Eating Disorder), l'ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività), le Psicosi, i Disturbi di Personalità, i Disturbi della Condotta, l'Abuso di Sostanze, l'Autolesionismo, il Suicidio ed il recente fenomeno del Blue Whale (gioco online che conduce al suicidio).

Per comprendere come possano svilupparsi tali manifestazioni a rischio è necessario comprendere come si sviluppa l'adolescente e individuare il ruolo della famiglia nella gestione della crisi adolescenziale.

Durante lo sviluppo psicologico dell'adolescente, le mancanze educative e affettive della famiglia non reggono le richieste e le sfide sempre più complesse della nostra società, come pure i fattori stressanti e talvolta traumatici che gli adolescenti si trovano ad affrontare. Tra le risorse più importanti per arginare queste difficoltà,

l'aiuto alla famiglia rappresenta un elemento fondamentale nella prevenzione e nel percorso di cura. Esso può essere rappresentato da un semplice counselling familiare o da vere e proprie terapie della famiglia o della coppia genitoriale nei casi in cui il rapporto fra i genitori presenti problemi difficilmente superabili che compromettono il loro ruolo nei confronti dei figli, in particolare nelle fasi pre-adolescenziali e primo-adolescenziali del loro sviluppo. Gli interventi sui ragazzi possono essere rappresentati invece da counselling mirati, psicoterapie individuali o di gruppo, attivati anche attraverso i mezzi tecnologici alla loro portata.



## **CAPITOLO 1**

# **DIPENDENZE DA COMPORTAMENTO**

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da rapidi cambiamenti nella società e da innovazioni tecnologiche, che hanno trasformato la vita di ognuno di noi. È cambiato anche il modo in cui si manifesta il disagio adolescenziale, che può esprimersi in nuove patologie, non ancora classificate come tali in senso stretto, ma che si trovano a metà strada fra la “normalità” e la “malattia”.

Alle dipendenze finora conosciute, come quelle da droghe e alcool, se ne affiancano di nuove, in cui non viene assunta una sostanza, ma vengono svolte attività di per sé lecite e socialmente accettate. Ad oggi le dipendenze da tecnologia, da internet, social network, da lavoro, da sport, da giochi, da sesso online e da shopping compulsivo sono le più comuni. Anche per queste nuove dipendenze, proprio come per quelle da droghe o alcool, si attivano meccanismi all’interno del nostro organismo (aumento di sostanze quali dopamina, serotonina, oppioidi endogeni) che stimolano una sensazione di ricompensa ogni volta che il soggetto vi si dedica autoalimentando il bisogno di continuare o riprendere tale comportamento inducendo una eccessiva restrizione delle attività quotidiane con una perdita di tempo sempre più importante fino alla esclusione delle normali attività di tutti i giorni, quali dormire, mangiare avere relazioni sociali ecc.

Discorso a parte per le conseguenze più gravi a livello sociorelazionale meritano il fenomeno dell’Hikikomori, il Gambling (ovvero la dipendenza da giochi d’azzardo online) e il Cybersesso.

Verranno trattate in questa sede le categorie che interessano maggiormente gli adolescenti.

### **USO PATOLOGICO DI INTERNET E DIPENDENZA DA SOCIAL NETWORK**

Il mondo di internet, entrato nelle nostre vite negli ultimi vent’anni, ha modificato profondamente il nostro modo di lavorare, studiare,

passare il tempo libero, pensare e, soprattutto, relazionarci e comunicare. Questo cambiamento si può osservare soprattutto in bambini e adolescenti (circa l'80% degli adolescenti possiede un tablet personale e il 30% dei bambini sotto i due anni ha già utilizzato un tablet o uno smartphone) ed ha portato a un alto grado di competenza tecnologica, a scapito della competenza emotiva ed affettiva.

Internet, di per sé, ha portato indiscutibili vantaggi, soprattutto comunicativi, nella vita lavorativa e nello studio, però occorre farne un uso intelligente e moderato. Le statistiche, purtroppo, ci informano che un ragazzo su cinque fa un uso problematico delle tecnologie e il 4,4% degli adolescenti in Italia presenta una vera e propria dipendenza da internet, con una maggior frequenza (seppur lieve) nel sesso maschile.

Questa diffusione è favorita sia dalla riduzione della vita sociale "di persona" che dalla rapida accessibilità al mondo della rete, che garantisce quell'aver "tutto e subito" tanto caro agli adolescenti di oggi. Il problema diventa tale quando si diventa dipendenti dalla tecnologia: si perde interesse per tutto il resto, si ha difficoltà nel dormire o si rimane svegli durante la notte per dormire poi durante il giorno, si è spesso di cattivo umore e ci si isola dagli altri. La dipendenza da internet può essere accompagnata da depressione, ansia, comportamenti autodistruttivi, ostili o aggressivi, difficoltà nel controllare i propri impulsi, difficoltà a concentrarsi e problemi di attenzione, sintomi ossessivo-compulsivi, problemi relazionali, disturbi alimentari, disturbi di personalità e problemi di salute fisica. È ancora poco chiaro in che modo la dipendenza da internet causi questi problemi, ma sicuramente il legame fra causa ed effetti appare bidirezionale.

Molto attuale è poi il fenomeno dei social network (Facebook, Instagram, Twitter, ecc.), che permettono di creare legami senza mettersi in gioco in prima persona. Internet e i social network offrono all'adolescente, che spesso teme il rifiuto dell'altro (soprattutto se del sesso opposto) e la competizione con i propri pari, una sorta di protezione, che gli permette di ignorare l'instabilità delle sue relazioni e la propria insicurezza.

Spesso, sui social, si crea una realtà che sembra perfetta, o si creano molte identità, diverse fra loro, che permettono all'adolescente di sperimentarsi in un mondo "sicuro" sul piano personale. Il legame

che si crea fra pari, tuttavia, non è reale, si è “soli insieme”, cioè connessi virtualmente, ma fisicamente ed emotivamente soli. Esiste poi il rischio di creare “intimità virtuali” con sconosciuti, spesso nascosti dietro false identità, che possono costituire un pericolo per l’adolescente, senza che questi se ne renda conto (cyberbullismo, cybersesso, pedopornografia, ecc.), perché egli è portato più ad agire che a pensare, senza valutare correttamente le conseguenze. Ciò capita perché, nell’adolescente, la parte del cervello che regola il comportamento decisionale (corteccia prefrontale) è ancora in fase di maturazione. Anche senza arrivare a casi estremi, l’utilizzo eccessivo o sbagliato di internet e social può allontanare i ragazzi dalla realtà e creare una sorta di “anestesia emotiva” (cioè la tendenza a non percepire le emozioni, non attivate a causa dell’ “abitudine” causata dalla realtà virtuale). Ciò che in un primo momento allevia ansia, rabbia, dolore e stati emotivi negativi può poi creare dipendenza e peggiorare gli stessi stati emotivi sfavorevoli, in un circolo vizioso che conduce al ritiro sociale di questi adolescenti, ormai incapaci di chiedere aiuto.

Cosa possiamo fare, da parte nostra, per aiutare questi adolescenti in crisi? Innanzitutto è molto importante che i genitori, da parte loro, si avvicinino al mondo informatico dei figli, facendosi aiutare direttamente da loro ad entrarvi e farne parte. Anche i terapeuti possono sfruttare l’aiuto offerto dalla rete: spesso internet resta l’unico modo per comunicare efficacemente con ragazzi che non vogliono alcun contatto. La terapia, nello specifico, si basa sulla psicoterapia individuale e sugli interventi sulla famiglia che verranno descritti nei capitoli 7, 8, 9.

## HIKIKOMORI

L’Hikikomori, termine che significa letteralmente “*isolarsi*”, “*stare in disparte*”, è un fenomeno nato in Giappone una trentina di anni fa, leggermente più diffuso tra i maschi e in tarda adolescenza, che progressivamente si è esteso nel mondo occidentale, dove si registra un continuo aumento (attualmente circa 30 mila casi in Italia). I ragazzi hikikomori sono adolescenti e giovani adulti che decidono volontariamente di ritirarsi dalla vita sociale per lunghi periodi (da alcuni mesi fino a diversi anni), rinchiudendosi nella

propria camera da letto, senza aver nessun tipo di contatto diretto con il mondo esterno. Questo comportamento si accompagna a un profondo sentimento di vergogna, perlopiù inconscio, derivante dal non riuscire a soddisfare le aspettative proprie e degli adulti. Questi ragazzi vivono come un fallimento la differenza tra il mondo che si erano immaginati e la loro realtà personale, e quando questa differenza diventa troppo grande si sentono impotenti e falliti. L'Hikikomori rappresenta quindi una reazione alle eccessive pressioni da parte delle nostre società moderne: l'adolescente smette di uscire di casa e, nei casi più gravi, rifiuta qualsiasi tipo di attività (scolastica, sportiva, lavorativa, ricreazionale) o relazione. Spesso questi ragazzi provano odio per ciò che identificano come causa della propria sofferenza (mondo esterno).

Spesso, ma non sempre, gli unici contatti col mondo esterno avvengono attraverso internet, social network o videogiochi, e, per dedicarsi a queste attività, i ragazzi possono rimanere svegli per tutta la notte. Non è ancora del tutto chiaro se l'utilizzo di internet sia causa o effetto dell'Hikikomori. La domanda che si pone è questa: è internet che allontana dal mondo reale gli adolescenti oppure i ragazzi stanno male perché non reggono il peso del confronto con il mondo esterno e le sue aspettative e quindi, una volta a casa, la rete li aiuta a crearsi una vita fuori dalla vita?

Sulla base degli studi effettuati l'utilizzo di internet sembrerebbe una conseguenza dell'isolamento e non viceversa, innanzitutto perché i ragazzi hikikomori che lo utilizzano, a fronte di quelli che si isolano nella loro stanza senza avere contatti con l'esterno nemmeno con la rete, sono una minoranza (10-30%); secondariamente, in genere lo utilizzano in modo moderato ed adeguato, non andando incontro ad una dipendenza dalla rete. Quindi in questo caso internet rappresenta un vantaggio per i ragazzi hikikomori perché permette loro di mantenere delle relazioni (seppur virtuali) con altre persone. Coloro che scelgono di non usare internet, al contrario, vivono in uno stato di isolamento totale.

A prima vista l'Hikikomori potrebbe presentare tratti in comune con la depressione, ma in realtà è molto diverso: nella depressione il sentimento prevalente è il senso di colpa, nell'Hikikomori la vergogna. Questa forma estrema di ritiro sociale può accompagnare un più ampio disagio psicologico vissuto dall'adolescente o può

anticipare il presentarsi di alcune malattie psichiatriche (schizofrenia, disturbi d'ansia).

Anche in questo caso, come per la dipendenza da internet, il primo approccio terapeutico può provenire proprio dalla rete tramite internet, Skype, i social o le chat.

## **DIPENDENZA SESSUALE E CYBERSEX**

La radice comune a molte nuove problematiche adolescenziali è il desiderio di fuggire da sentimenti dolorosi e relazioni che non si è capaci di gestire. Anche nel caso della dipendenza sessuale vale questo discorso: l'individuo, in questo caso, ricerca solo il piacere fisico per evitare di affrontare un vuoto interiore. In realtà, l'effetto che si ottiene è un vuoto ancora maggiore, e questo porta ad una vera e propria voracità sessuale.

In questo fenomeno si colloca anche il cybersex, dove, grazie allo schermo, si crea quella barriera tra vita reale e virtuale: il 70% dei ragazzi tra 10 e 17 anni si è confrontato con qualche forma di pornografia in rete. Anche in questo caso il computer permette di vivere determinate esperienze senza costruire veri legami e senza mettersi davvero in gioco. L'adolescente è spesso molto diverso nella sua realtà virtuale rispetto alla vita reale: è molto più disinibito, può permettersi di sembrare diverso da come appare nella realtà e spesso vive internet come un laboratorio dove può sperimentare i propri comportamenti.

Quali sono i motivi di questo comportamento? Sono vari e vanno da traumi precoci, problemi nell'intimità e relazionali, difficoltà nel rapporto col proprio corpo e bassa autostima. Tutto ciò può tradursi in un gioco molto pericoloso. Il cybersex può infatti rappresentare sia un uso compulsivo della pornografia online, sia una forma di sessualità attiva grazie a chat, giochi in rete, siti di condivisione di file e foto, social network, ecc. Inoltre, visto che gli adolescenti hanno ormai a disposizione smartphone già in giovanissima età, c'è il rischio che possano praticare sesso online tramite webcam. Tutto ciò permette all'adolescente di sperimentare atteggiamenti seduttivi ed esibizionistici, dove il confine tra realtà e immaginario non è percepito in modo così chiaro. Egli infatti può pensare di avere il controllo della situazione e di poter terminare

questo “gioco” in qualsiasi momento, uscendo dalla chat, ma anche in questo caso, come accennato per la dipendenza da internet, non sempre è così, e l’adolescente può mettersi in pericolo prima di rendersene conto, non considerando la malizia o malevolenza altrui. Campanelli d’allarme per intuire l’inizio di una dipendenza da cybersesso possono essere depressione e ansia, soprattutto dopo l’utilizzo del computer, calo del rendimento scolastico, difficoltà relazionali, isolamento, un aumento del tempo dedicato all’utilizzo del pc, desiderio di incontrare persone conosciute in chat dal vivo. Purtroppo la linea di confine tra uso normale e abuso di internet è spesso molto sottile.

Che si tratti di dipendenza da internet o cybersesso i genitori e gli operatori del settore dovrebbero informarsi circa la tecnologia, i siti e le chat più comunemente utilizzate dai ragazzi, poiché è proprio la mancanza di conoscenza e di dialogo, che crea i problemi maggiori. Ricordiamo inoltre che c’è la possibilità di bloccare determinati siti o funzioni su smartphone/pc o di spostare il pc dalla camera del ragazzo a un luogo comune della casa. Si possono poi stabilire orari di utilizzo che tutti devono rispettare, adulti compresi, regole come utilizzare il pc solo in presenza di adulti o usare come screensaver delle foto di famiglia (questo accorgimento aiuta ad uscire dallo stato di trance cui a volte possono andare incontro i ragazzi).

Questi consigli possono essere senz’altro utili, ma rischiano di creare più che altro un’illusione di controllo del pericolo. Prioritario è invece che i genitori imparino a comunicare, a coinvolgere gli adolescenti nelle decisioni, a parlare con i ragazzi, avvicinandosi al mondo dei figli senza pregiudizi o disprezzo, e non aspettando che capiti il contrario. Inoltre è importante che gli adulti non esitino a farlo anche e soprattutto quando si tratta di argomenti delicati e che possono generare imbarazzo, quale la sessualità. Gli operatori del settore, a loro volta, possono aiutare i genitori in questo delicato ruolo. Di conseguenza le terapie più indicate sono il counselling e la psicoterapia familiare; in seguito può essere intrapresa una psicoterapia individuale, rivolta all’adolescente protagonista di questo disagio.

## DISTURBO DA GIOCO SU INTERNET

Una dipendenza che si sta osservando in quest'ultimo periodo è quella per i giochi su internet, smartphone o TV interattiva. A essere maggiormente interessati sono i maschi nella fascia d'età compresa tra 12 e 20 anni. Il gioco può diventare la principale attività della vita quotidiana (fino a 10 ore/die) a scapito di tutte le altre, e si possono verificare crisi di astinenza (che si manifestano con irritabilità, ansia e tristezza se viene impedita la possibilità di giocare), perdita di interesse verso altri hobby, calo del rendimento scolastico, ripetuti tentativi fallimentari di smettere, uso del gioco per alleviare stati d'animo negativi (disperazione, senso di colpa, ansia). È possibile che gli adolescenti affetti da tale dipendenza si dimentichino di mangiare o dormire, trascurino la scuola o gli impegni familiari. Il gioco, tipicamente, è di gruppo e proprio questo "impegno di squadra" risulta una forte motivazione a proseguire. Spesso si inizia a giocare per noia, ed è l'unica dipendenza dove non siano presenti tratti patologici di personalità in quanto incentivata anche da personalità adeguatamente strutturate sul piano sociale.

Associati al disturbo da gioco su internet troviamo disturbi depressivi, disturbo da deficit di attenzione e iperattività e disturbo ossessivo-compulsivo.

## GAMBLING

Il gambling viene definito come gioco d'azzardo online e ha le stesse caratteristiche delle altre dipendenze (astinenza, tolleranza, tentativi infruttuosi di vincere la dipendenza, ritiro sociale). Ne sono colpiti in Italia circa il 2,6% della popolazione e interessa soprattutto il sesso maschile. Anche un basso livello di scolarizzazione o socio-economico e la presenza di un'altra dipendenza (soprattutto fumo di sigaretta) sono considerati elementi che favoriscono il gambling. I giochi più comuni sono le *slot machine*, i giochi di carte e le scommesse sportive. Quelli che rischiano di creare maggiore dipendenza sono quelli in cui trascorre poco tempo tra la "giocata", la scoperta dell'esito della stessa e dell'eventuale pagamento (ad es. le con le *slot machines*). Spesso la puntata è minima e quindi si tende a continuare il gioco. Al gambling si accompagnano spesso depressione,

ansia, abuso di sostanze, discontrollo degli impulsi, disturbi di personalità, bulimia.

Esistono tre dimensioni di gravità nel gambling, così come nel gioco d'azzardo in generale: sociale (ovvero si gioca con gli amici per stare in compagnia), problematica (ovvero si inizia a giocare da soli) e francamente patologica (si verificano perdita di interessi nelle precedenti attività, ritiro sociale, impiego della maggior parte del tempo o del denaro disponibile giocando d'azzardo).

Le motivazioni che spingono a iniziare a giocare d'azzardo online, così come riportato dagli adolescenti, sono soprattutto vincere la noia, l'incapacità di resistere alle tentazioni, scappare dalla realtà quotidiana e da sentimenti spiacevoli. Solo in un secondo momento si inserisce tra le motivazioni quella di vincere del denaro. A livello profondo può essere presente una profonda insoddisfazione per se stessi e per il mancato raggiungimento di mete esistenziali. L'eccitazione di sapere se si vincerà o perderà è indipendente dal desiderio della vincita stessa. Talvolta, anzi, è stato osservato una sorta di masochismo, perché gli adolescenti sanno che si perde, ma giocano lo stesso. Alcuni parlano addirittura di desiderio inconscio di perdere.

Per quanto riguarda la terapia di gambling e disturbo da gioco su internet, anche in questi casi occorre informare e formare i genitori attraverso un adeguato counselling familiare, mentre da operatori possiamo offrire psicoterapie familiari, di gruppo o individuali.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Szadejko K, Padula MS, Lugli N, Massuras S, Piancone P (2012) Nuove dipendenze e percezione del rischio negli adolescenti in Informa n°19, Novembre 2012
2. Cerniglia L, Zoratto F, Cimino S, Laviola G, Ammaniti M, Adriani W (2016) Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. Neuroscience and Behavioral Reviews 2017 May;76(Pt A):174-184
3. Sito internet [www.minotauro.it](http://www.minotauro.it)
4. Sito internet [www.hikikomoriitalia.it](http://www.hikikomoriitalia.it)
5. Delmonico DL, Griffin EJ (2008) Cybersex and the e-teen: what marriage and family therapists should know. Journal of Marital

- and Family Therapy, October 2008, Vol. 34, No. 4, 431–444
6. American Psychiatric Association (2013) DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore
  7. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD (2017) Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *J Gambl Stud* 33:397–424



## CAPITOLO 2

# BULLISMO, PROSTITUZIONE

### BULLISMO

Il bullismo viene definito come un comportamento sociale aggressivo, ripetitivo, violento e intenzionale, che può essere fisico o psicologico. Si tratta di un problema molto serio e in continuo aumento. Si fonda su un rapporto sbagliato tra coetanei, dove uno o più ragazzi sono protagonisti di aggressione e prevaricazione nei confronti di un soggetto debole e incapace di difendersi. L'età tipica in cui si manifesta è dai 7-8 ai 14-15 anni e l'ambiente ideale è quello scolastico (il 41% dei bambini alle elementari e il 26% alle medie dichiarano di essere vittime di bullismo). È maggiormente diffuso tra i maschi, ma attualmente si sta registrando un aumento anche nel sesso femminile (non solo come vittime, ma anche come aggressori).

Può avvenire anche indirettamente, non vis à vis, ma tramite un freddo schermo di un computer. Si parla in questo caso di *Cyberbullismo*, che mostra una prevalenza del 4% circa. Come per i social network, anche in questo caso viene garantita una sorta di anonimato, una protezione, che in realtà rappresenta un ulteriore stimolo alla vigliaccheria: la vittima infatti soffre anche nella vita reale. Le vittime di questo tipo di bullismo, infatti, raccontano di essere particolarmente traumatizzate non solo dal fatto che le parole offensive usate nei loro riguardi o le loro foto possano essere visibili a tutto il mondo del web, ma anche dal fatto che continuino a essere visibili a loro stessi, con la possibilità di continuare a riviverle ogni giorno, anche quando cessa l'azione lesiva dell'aggressore.

Alla base dei comportamenti del "bullo" vi è la volontà di arrecare un danno, con mancanza di compassione per la vittima, che non riceve generalmente sostegno sociale. Il bullismo può essere diretto, con attacchi aperti alla vittima, fisici e verbali, oppure indiretto, con isolamento sociale intenzionale ed esclusione dal gruppo della vittima tramite pettegolezzi, e suo conseguente isolamento dal gruppo.

Spesso la vittima non riesce a reagire perchè sente di meritare le punizioni che subisce.

È molto importante per gli adulti vicini all'adolescente (genitori, ma anche insegnanti, educatori, eventuali psicologi o altre figure sanitarie) saper riconoscere una potenziale vittima di bullismo. A scuola il ragazzo appare timido, sottomesso, è oggetto di derisione e può presentare lividi o ferite, viene isolato e tende a stare maggiormente con gli adulti, è ansioso e insicuro in aula, mostra difficoltà a parlare. Il rendimento scolastico di solito appare in peggioramento graduale. Anche a casa appare isolato, non invita mai i compagni, non ha amici; è riluttante e timoroso di andare a scuola e, nel recarvi, fa strade diverse dagli altri. Ha spesso sbalzi d'umore e può presentare sintomi fisici (come mal di testa) e disturbi del sonno. Mostra una perdita di interesse per la scuola e può presentare richieste di denaro ingiustificate. Può anche presentare segni più specifici e gravi di ansia, depressione, isolamento (curiosamente questi sono gli stessi sintomi osservati in chi esercita il bullismo, l'aggressore).

Bisogna sempre ricordarsi, però, che il bullismo si fonda su un rapporto a due, in cui troviamo aspetti patologici sia nella vittima che nel bullo. Il bullo tende a dominare e a usare la forza fisica, fatica a rispettare le regole, sopporta male le frustrazioni, è irritabile e ha un apparente alto livello di autostima, è ribelle verso gli adulti e il suo rendimento scolastico-lavorativo è solitamente basso. A livello profondo può covare rancore e rabbia repressa per la trascuratezza o le violenze che a sua volta subisce in famiglia o da altri adulti. Presenta un forte rischio di sviluppare comportamenti devianti da adulto, di fallire a livello scolastico e lavorativo e di fare abuso di sostanze. La vittima appare ansiosa, insicura, con bassa autostima, fisicamente più debole dei compagni, impaurita per la propria incolumità fisica, a volte iperattiva e goffa, con abitudini spesso irritanti, che possono risultare sgradite anche agli adulti. Le vittime di bullismo sviluppano spesso malattie psichiatriche vere e proprie, quali depressione e ansia, possono iniziare ad usare alcol e droghe, possono avere il terrore di andare a scuola. Presentano inoltre insicurezza, bassa autostima, solitudine, relazioni sociali passive, che sono di ostacolo al benessere sociale e all'adattamento scolastico, con associate difficoltà di apprendimento e calo del rendimento scolastico, dovuto anche alle tante assenze.

È necessario parlare anche della "sensibilità alla giustizia e all'ingiustizia" dei ragazzi. Essa è molto variabile da soggetto a soggetto e

ogni ragazzo può reagire molto diversamente quando percepisce un'ingiustizia. Una sensibilità all'ingiustizia più elevata (osservata su altri, non vissuta in prima persona) protegge dal rischio di sviluppare, ma anche di subire, atteggiamenti aggressivi e favorisce al contrario l'empatia. Protegge quindi sia dal diventare bullo, sia dal diventare vittima di bullismo. Sentirsi facilmente vittima dell'ingiustizia, al contrario, favorisce sia atteggiamenti aggressivi verso terzi, sia il diventare vittima di bullismo. Ovviamente l'essere implicati in un fenomeno di bullismo (da aggressori o vittime) può modificare la personalità e la sensibilità all'ingiustizia.

Trattare di bullismo è sempre un argomento delicato e coinvolge più figure. Sono state stabilite, sviluppate e adottate diverse misure antibullismo sia a scuola che nella comunità in generale, ciononostante si tratta di un fenomeno che tuttora non si riesce ancora a controllare. L'idea che ha dato i risultati migliori è stata quella di coinvolgere le figure in causa: ovvero il diretto interessato, vittima di bullismo, gli aggressori, cioè i bulli, gli altri compagni di classe, i genitori ed i professori. In queste occasioni possono essere trattati argomenti quali l'empatia, la capacità di risolvere i conflitti e la modalità grazie a cui la vittima può diventare un protagonista positivo. Gli operatori del settore possono insegnare ai genitori a sorvegliare la situazione ed a parlare con questi ragazzi, che siano vittime di bullismo o bulli, ricordando che nel secondo caso, talvolta necessitano di un aiuto ancora maggiore che non può e non deve ridursi ad atteggiamenti punitivi o svalutanti. In termini più pratici si individuano con la vittima di bullismo alcune strategie che possono essergli d'aiuto: designare una persona che possa aiutarlo nei momenti di difficoltà, aiutarlo a capire che spesso gli episodi si verificano in luoghi isolati o accuratamente selezionati dagli aggressori, favorire il dialogo tra il ragazzo e i genitori, e tra la scuola e i genitori. Esistono poi psicoterapie familiari o psicoterapie individuali indirizzate a queste problematiche. Particolarmente interessanti sono le psicoterapie di gruppo, a cui partecipano sia le vittime che i bulli, in modo da stimolare un confronto diretto tra le parti.

## **PROSTITUZIONE**

Per prostituzione minorile si intende la “dazione indiscriminata e professionale del proprio corpo esercitata da un minorenne a fini di lucro”<sup>76</sup>.

Il fenomeno della prostituzione minorile risulta in costante e rapida crescita (si parla di un aumento di più del 500% negli ultimi 3 anni e di un eguale coinvolgimento di maschi e femmine), pur essendo difficoltoso avere stime realmente aderenti all'entità del fenomeno, dato che "la prostituzione e lo sfruttamento sessuale minorile avvengono generalmente in una dimensione di occultamento e di difficile visibilità" [*Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza*]. La prostituzione di minori può presentarsi in tantissimi modi: da un lato, a causa dei flussi migratori soprattutto dall'Europa dell'est e dai paesi africani, abbiamo una vera e propria tratta di bambini e adolescenti stranieri ad opera di organizzazioni criminali, dall'altro ci sono adolescenti italiani costretti o indotti a prostituirsi dalle famiglie. Il fenomeno, però, si sta propagando anche nelle classi sociali più agiate, in famiglie più o meno benestanti, dove sempre più spesso minorenni giungono a prostituirsi per poter accedere a beni di lusso e/o superflui (capi firmati, smartphone di ultima generazione e così via). Secondo il documento della Commissione, infatti, "le famiglie spesso veicolano messaggi distorti legati per lo più all'apparire, contribuendo alla normalizzazione di alcune condotte dei minori caratterizzate da un interesse insano nei confronti del denaro".

Esistono dunque due vere e proprie "generazioni" relative alla prostituzione: una prima generazione, legata alla povertà e alle difficoltà economiche, e una seconda, in cui la vendita del proprio corpo è finalizzata alla conquista di beni non necessari, ma sentiti come indispensabili nella società dell'apparire.

È da osservare che il ragazzo spesso entra nella prostituzione gradualmente, prima tramite messaggi, poi attraverso la ricarica telefonica, poi tramite conoscenza diretta e infine con l'ingresso nel giro di prostituzione vera e propria. Il *sex offender* (aggressore sessuale) che si rivolge ai minori, inoltre, è oggi di ogni età e può corrispondere alla vittima anche somme di lieve entità: le tariffe dei *baby prostituti* sono accessibili a ogni reddito.

Lo sviluppo delle nuove tecnologie, poi, con i nuovi sistemi di comunicazione, ha favorito il fenomeno: i social hanno creato infatti un sistema di rapporti in cui restano implicati anche i giovanissimi, che dispongono quasi sempre di cellulari e computer, e che cadono nell'adesamento spesso senza averne percezione.

Le vittime della prostituzione di seconda generazione presentano quasi sempre carenze culturali, psicologiche o affettive che portano ad

un profondo vuoto valoriale ed affettivo collegato alla sensazione di non valere nulla per nessuno, se non per la possibilità di ostentare una immagine socialmente vincente. Inoltre, secondo Federico Bianchi di Castelbianco, psicoterapeuta dell'età evolutiva, questi adolescenti considerano l'affettività e la sessualità due cose separate e, se la sessualità senza affetto non ha valore, allora può essere vissuta senza pensieri, senza lasciare tracce negative, anzi portando un guadagno economico [*DIRE, agenzia di stampa nazionale, 11 aprile 2016*]. Prostituirsi per loro non è qualcosa di sbagliato, sono solo pochi minuti di tempo e poi arrivano i benefici economici. In realtà nessuno è consapevole delle conseguenze psicologiche di tale comportamento, ma nessuno esce indenne da tale esperienza: risultato ne sono ferite interne profonde, depressione, insonnia, bassa autostima, comportamenti ancora più trasgressivi, per cercare in essi un superamento dell'esperienza precedente, in una china sempre più marcata.

È evidente che la risoluzione del problema non è facile e richiede azioni forti sul fronte della prevenzione, della formazione, del sostegno alle vittime e alle loro famiglie, della protezione dei minori.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Rettew DC, Pawlowski S (2016) Bullying. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 25(2):235-42
2. Hutson E (2016) Cyberbullying in Adolescence: A Concept Analysis. *ANS Adv Nurs Sci.* 39(1):60-70
3. Pham T, Adesman A (2015) Teen victimization: prevalence and consequences of traditional and cyberbullying. *Curr Opin Pediatr.* 27(6):748-56
4. Bondü R, Rothmund T, Gollwitzer M (2016) Mutual long-term effects of school bullying, victimization, and justice sensitivity in adolescents. *Journal of Adolescence* 48 (2016) 62e72
5. Leff SS, Feudtner C (2017) Tackling Bullying: Grounds for encouragement and sustained focus. *Pediatrics* (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online,1098-4275, Accepted for publication Mar 9, 2017).
6. Pioletti G, voce Prostituzione, in *Dig. Disc. pen, X, Torino, 1995, p. 276*

7. Indagine conoscitiva sulla prostituzione minorile - Esame e approvazione del documento conclusivo, Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, 21 giugno 2016

## CAPITOLO 3

# PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA

Il disagio sviluppato dall'adolescente nel cruciale passaggio dall'età infantile a quella adulta può slatentizzare deficit biologici, psicologici, relazionali latenti durante il periodo dell'infanzia e della latenza, questi rappresentano fattori di rischio per lo sviluppo di alcune patologie psichiatriche ad esordio adolescenziale. A seconda dell'entità dei problemi sottostanti e dei fattori stressanti o protettivi presenti nell'ambiente, queste patologie possono manifestarsi in modo isolato o aggregarsi tra di loro producendo quadri complessi.

### DISTURBI DELL'UMORE

I disturbi dell'umore si suddividono tra quelli in cui prevalgono sentimenti di tristezza e apatia e in quelli in cui sono presenti umore e comportamenti eccessivamente esuberanti.

Tra i primi la patologia più comune è rappresentata dalla depressione maggiore, grave disturbo che colpisce circa l'8-10% degli adolescenti, e che sta mostrando una continua crescita, soprattutto per il sesso femminile. Il ragazzo affetto da depressione maggiore può esprimere un senso di tristezza, disperazione, dolore morale, svogliatezza, stanchezza continua, deficit di concentrazione, autovalutazione, perdita di interesse o di piacere in quasi tutte le attività. Talvolta, invece, il sintomo che prevale è l'irritabilità, l'aggressività o l'agitazione psicomotoria. Spesso gli adolescenti depressi non riescono a distogliersi da pensieri negativi e pessimistici, sensi di colpa, sentimenti di inadeguatezza, idee di morte. Spesso sono presenti paura, angoscia, pianto, ansia, alterazioni dell'appetito e disturbi del sonno. Il rendimento scolastico può peggiorare e così anche i rapporti sociali.

Meno comune è la fase ipo/maniacale, generalmente manifestata nel corso di un Disturbo Bipolare (ovvero un disturbo psichiatrico con forte base biologica e componente ereditaria in cui si alternano

stati depressivi ed euforici): sono continuamente presenti senso di benessere ed euforia, fino all'esaltazione e all'agitazione. Il pensiero è caratterizzato da idee di grandezza e di onnipotenza. Appare aumentata l'attività motoria, le espressioni del viso sono particolarmente vivaci e il soggetto parla moltissimo, saltando da un argomento all'altro.

La terapia dei disturbi dell'umore si basa su: prevenzione, psicoterapia (preferibile nelle forme lievi) e farmacoterapia, preferibilmente in combinazione con la psicoterapia per evitare le possibili ricadute.

## **DISTURBI D'ANSIA**

Altre patologie in continuo aumento in età evolutiva sono i disturbi d'ansia. L'ansia viene definita come un sentimento penoso associato ad un atteggiamento di attesa nei confronti di un evento impreveduto vissuto come spiacevole.

Molti disturbi d'ansia si sviluppano già nella prima infanzia e colpiscono maggiormente le femmine rispetto ai maschi (2:1).

Fra i disturbi d'ansia maggiormente portatori di sofferenza e alterazioni del funzionamento abbiamo:

**Disturbo d'ansia generalizzato (DAG):** continua ansia presente nella maggior parte delle attività quotidiane con costante sensazione di tensione, con la penosa sensazione di "essere sul filo del rasoio" e conseguenti difficoltà a svolgere i compiti della vita quotidiana, a rilassarsi e dormire. Compare spesso nella tarda adolescenza ed è accompagnato spesso da una personalità tendente al perfezionismo, al sentirsi inadeguati e al non credere nelle proprie capacità. L'ansia può essere maggiore in ambiente sportivo e scolastico e spesso vi si riconosce evitando le situazioni che causano stress.

**Disturbo da Attacchi di Panico (DAP):** può comparire in adolescenza o nella prima età adulta. È caratterizzato da attacchi di ansia acuta di breve durata, che arrivano improvvisamente e possono associarsi a tachicardia, problemi gastrointestinali, tremori o contrazioni involontarie della muscolatura, sensazione di morire, impazzire o perdere il controllo, disturbi nella percezione della realtà (derealizzazione o depersonalizzazione, ovvero la sensazione di non

percepire correttamente se stessi o la realtà circostante). Spesso si associa alla paura degli spazi aperti e affollati, induce la tendenza ad evitare le situazioni in cui si sono già presentati questi attacchi o dove sia difficoltosa la “fuga”. A livello profondo spesso sussiste un conflitto tra richieste di autonomia e bisogni di dipendenza. Il disturbo tende a diventare cronico e spesso si accompagna a un’ansia che anticipa il vero è proprio attacco. La durata è di circa 10-20 minuti. La terapia dei disturbi d’ansia è sia farmacologica sia psicoterapeutica (meglio in combinazione), con particolare attenzione all’educazione del ragazzo, alla famiglia e alla scuola.

**Fobia Sociale e Fobia scolare:** nascono nell’infanzia o nell’adolescenza. C’è una forte paura delle situazioni sociali o del mettersi alla prova o anche semplicemente di essere osservati (e giudicati) dagli altri. Questa paura può influenzare pesantemente la vita di tutti i giorni.

La fobia sociale è la vergogna nell’esporsi in pubblico e spesso chi ne soffre ha paura di rivelare agli altri la propria ansia tremando, balbettando, arrossendo o mostrandosi impacciato. I ragazzi affetti capiscono che le loro paure sono esagerate o irrazionali ma non riescono in alcun modo a controllarle e provano forte ansia nell’affrontare le situazioni temute anche molto tempo prima che esse si presentino. La forte ansia costringe i giovani affetti ad isolarsi e ad evitare le situazioni considerate “a rischio”, e questo li fa sentire ancora più inadeguati. La fobia sociale crea problemi nei rapporti sociali, a scuola e sul lavoro. Rende difficile fare amicizia.

**La fobia scolare** è una forma di fobia sociale. In questo caso i bambini o ragazzi rifiutano di andare a scuola spesso senza motivo, talvolta manifestando attacchi di panico nell’uscire di casa o avvicinandosi all’edificio scolastico. Spesso sono presenti insonnia, balbuzie, vertigini, mal di testa, tremori, palpitazioni, dolori al torace, dolori addominali, nausea, vomito, diarrea, dolori alle spalle e dolori agli arti. A volte questo disagio si manifesta con esplosioni di collera. I sintomi scompaiono o si attenuano se il ragazzo rimane a casa da scuola ma ricompaiono la mattina successiva.

Campanelli d’allarme possono essere i frequenti ritardi o le assenze ingiustificate, richieste di tornare a casa o recarsi frequentemente in bagno o richiedere assistenza durante le lezioni a causa di disturbi fisici. Questa paura può colpire anche ragazzi che vanno bene a scuola e

hanno un buon rapporto con compagni e insegnanti. Spesso i soggetti colpiti non sono consapevoli delle cause del loro comportamento.

Spesso possono associarsi problematiche di personalità o altri disturbi, ad es. d'ansia o depressivi.

## **DISTURBO OSSESSIVO – COMPULSIVO (DOC)**

La prevalenza di DOC nella popolazione adulta è di circa il 2%, di cui il 30-50% esordisce in epoca adolescenziale, con maggior frequenza nel sesso maschile.

Le ossessioni sono definite come pensieri, sentimenti, o idee o ricorrenti; le compulsioni come atti mentali o comportamenti come contare, controllare o evitare, che servono a tenere a freno l'ansia generata dalle ossessioni. Le ossessioni più frequenti sono le seguenti: preoccupazione o disgusto per rifiuti, secrezioni corporee, germi e tossici ambientali, paura che possa accadere qualcosa di terribile (morte dei cari), necessità di simmetria e ordine, scrupolosità (timore eccessivo di poter sbagliare o commettere peccato), pensieri o impulsi sessuali proibiti, suoni, parole o musica disturbanti. Le principali compulsioni, non necessariamente collegate all'ossessione, sono: rituali di lavaggio delle mani, doccia, rituali ripetitivi (alzarsi e sedersi un determinato numero di volte), controllare porte, gas, elettrodomestici, rituali di pulizia, toccare simmetricamente alcuni oggetti, ordinare in un determinato modo, contare, collezionare, preghiera eccessiva o altri rituali religiosi.

Spesso chi soffre di DOC arriva a impegnare la maggior parte del suo tempo nelle compulsioni oppure ad evitare le situazioni che può generare ansia facilitando l'inizio delle ossessioni. I sintomi possono variare nel tempo (per es. ossessioni di ordine che lasciano il posto a ossessioni di contaminazione). Talvolta il DOC può essere accompagnato o seguito da depressione, problemi nei rapporti sociali e a livello professionale e coinvolge l'intera famiglia, che risulta colpita in maniera significativa dalla patologia della persona affetta. Una persona con DOC può presentare spesso anche disturbi d'ansia, tic, disturbo da deficit di attenzione e iperattività e disturbi di personalità. L'inizio è spesso improvviso, in pieno benessere. La durata è lunga e variabile; se la patologia si presenta molto presto saranno maggiori le possibilità che diventi cronica. È fondamentale intervenire subito, con farmaci e psicoterapia cognitivo-comportamentale.

## **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)**

Ultimamente si sta registrando una continua crescita dei disturbi alimentari in adolescenza (interessa circa l'1% della popolazione adolescente italiana), con un abbassamento della soglia d'esordio, talvolta addirittura nella tarda infanzia. Permane una distribuzione maschi/femmine di 1:10, sebbene si stia registrando un aumento dei disturbi alimentari anche nel sesso maschile. Essi sono rappresentati principalmente da Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Tutti si presentano spesso associati a depressione, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, abuso di sostanze.

L'**Anoressia Nervosa** è caratterizzata dalla riduzione della quantità di cibo ingerito fino ad arrivare a una perdita di peso che mette a rischio la salute e la vita. Chi ne soffre ha una continua paura di acquistare peso. Spesso si arriva al digiuno assoluto. In genere è presente "dispercezione corporea" (cioè una profonda alterazione nel modo di percepire il proprio corpo) per cui chi ne è affetto si vede più grasso del reale, non viene riconosciuta la gravità del proprio sottopeso e il peso corporeo influisce eccessivamente sulla propria autostima. Quasi sempre, a causa del sottopeso, le ragazze subiscono l'interruzione del ciclo mestruale. In genere si presenta una fissazione del pensiero che riguarda il peso corporeo e l'alimentazione. Possono essere presenti dei rituali legati al cibo. L'anoressia nervosa può essere di due tipi:

- **Sottotipo con restrizioni**: riduzione della quantità e della tipologia di alimenti consumati e spesso iperattività fisica;
- **Sottotipo Binge-Purging**: momenti di riduzione della quantità di cibo alternati a momenti in cui la persona si abbuffa e compensa in seguito provocandosi il vomito, utilizzando lassativi e/o diuretici e con l'iperattività fisica.

La **Bulimia nervosa** è caratterizzata da episodi di abbuffate, cioè dall'ingerire grandi quantità di cibo in un periodo di tempo limitato senza riuscire a controllarsi a cui seguono senso di colpa, disagio verso se stessi e verso il proprio corpo. Dopo l'abbuffata, la persona

cerca di rimediare al temuto incremento ponderale provocandosi il vomito, usando lassativi e/o diuretici, digiunando ed esagerando con lo sport. Anche in questo caso il peso e la propria forma fisica influiscono eccessivamente sulla propria autostima. Si distinguono i due sottotipi con e senza condotte di eliminazione.

Nel **Disturbo da Alimentazione Incontrollata** (o Binge Eating Disorder) sono presenti le sole abbuffate: la persona mangia molto più rapidamente del normale, spesso di nascosto a causa dell'imbarazzo, per sentirsi dopo disgustata da se stessa, depressa o in colpa. In questo caso però non ci sono comportamenti di compensazione. In conseguenza di ciò le persone tendono al sovrappeso o allo sviluppo di obesità a seconda della gravità e frequenza delle condotte.

I disturbi rappresentano l'espressione di molteplici problemi profondi legati alla costruzione del proprio Sé e della autostima e sono generalmente legati a specifici profili di personalità e di attaccamento insorti in contesti familiari e relazionali peculiari. La terapia dei disturbi del comportamento alimentare interessa diverse figure terapeutiche (dietologo, dietista, ginecologo, psichiatra, psicoterapeuta, counselor familiare), e diversi trattamenti: dieta per il recupero del peso, psicoterapia individuale, counselling familiare, psicoterapia di gruppo e terapia farmacologica, soprattutto in caso di compresenza di altre patologie psichiatriche.

## **DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE / IPERATTIVITÀ (ADHD)**

L'ADHD colpisce il 3-5% dei bambini in età scolare (soprattutto i maschi). Questi bambini sono disattenti, iperattivi, impulsivi. Inizia prima dei sette anni di età, ma spesso è difficile riconoscere un bambino che soffre di ADHD scambiandolo per un "carattere difficile" e così questo disturbo può rimanere nascosto fino all'adolescenza o alla prima età adulta. All'inizio si nota che il bambino sembra solo iperattivo, ma dai 10 anni si nota sempre di più la difficoltà nel concentrarsi, l'impulsività e le scarse abilità organizzative. La comparsa di questo disturbo è facilitata dalla genetica, una nascita prematura, dall'ansia materna, consumo di alcol e tabacco in gravidanza, seri

problemi di salute nel primo anno di vita. La coerenza nell'educazione e la regolarità nello stile di vita allontanano il rischio di sviluppare il disturbo. La difficoltà a concentrarsi può rendere difficile il percorso scolastico e le relazioni del bambino. Questi bambini sono instancabili, capricciosi, si annoiano facilmente, hanno necessità di essere sempre in movimento, difficoltà nel rispettare le regole, rispondono precipitosamente alle domande e sono invadenti verso coetanei e adulti. Spesso sono goffi nei movimenti. Devono continuamente fare qualcosa "per non sentire" il proprio disagio profondo. Altri bimbi sono invece sono pigri, rallentati, sonnolenti, introspettivi, disorganizzati, distaccati, timidi e introversi. Spesso l'ADHD è accompagnato da problemi nell'apprendimento, disturbo oppositivo provocatorio (bambini sempre molto arrabbiati e in opposizione ai genitori), disturbo della condotta e disturbi d'ansia o depressione.

L'ADHD rimane presente nel 50-65% degli adulti che risultano persone disorganizzate, irritabili, con esplosioni di collera, sensazione di essere travolti dagli eventi. Il trattamento deve coinvolgere tutte le figure vicine al bambino e valutare diverse strategie.

## PSICOSI E SCHIZOFRENIA INFANTILE

La schizofrenia, in relazione all'età di insorgenza, si può distinguere tra forme ad esordio precoce (prima dei 18 anni di età) e forme ad esordio molto precoce (prima dei 10 anni di età). La prevalenza è circa dell'1% nella popolazione tardo-adolescenziale, con maggior picco d'esordio tra 15 e 30 anni. La comparsa di questa malattia può dipendere da alterazioni della struttura cerebrale, predisposizione genetica, cultura familiare, ritardo mentale.

I sintomi si distinguono in:

- **sintomi positivi**, più tipici della schizofrenia in età adulta (deliri, cioè convinzioni erranee e non criticabili, allucinazioni, cioè percezioni di cose non esistenti, linguaggio e comportamento disorganizzato);
- **sintomi negativi**, tipici della giovane età (difficoltà nel provare affetto e creare legami, povertà di linguaggio, scarsa capacità di prendere decisioni, incapacità nel provare piacere per qualsiasi cosa);
- **sintomi cognitivi** (concentrazione e attenzione compromesse);

Oltre a questi sintomi possono manifestarsi aggressività immoti-

vata, perdita di controllo degli impulsi, depressione e ansia. Segnali iniziali possono essere rappresentati da difficoltà scolastiche, tendenza a isolarsi o pensieri un po' incoerenti. Nella fase che precede la malattia vera e propria (che può durare da giorni ad anni) possono esserci anche indizi meno tipici come la scarsa cura della persona o sintomi somatici (mal di testa, stanchezza, disturbi del sonno). Nella fase acuta della malattia (durata 1-6 mesi) prevalgono i sintomi positivi, mentre successivamente prevalgono i sintomi negativi. La guarigione completa si ha solamente nel 12% dei casi e solitamente la malattia si presenta più grave se è iniziata molto presto.

Il trattamento comprende farmacoterapia, psicoterapia, counseling e terapie della famiglia e interventi psicosociali.

## **DISTURBI DELLA CONDOTTA**

Il disturbo della condotta è caratterizzato da continue violazioni delle regole della società in cui la persona vive e dei diritti fondamentali degli altri. Colpisce maggiormente i maschi e si riconosce per la condotta aggressiva, provocatoria, antisociale (furto, frode, crudeltà verso persone e animali, menzogna, violazione di domicilio). Questi comportamenti possono limitarsi al contesto familiare oppure no e possono portare a problemi di socializzazione come no. Inizia molto presto, anche se è difficile accorgersene (già dai primi due anni di vita, con irritabilità, rabbia, frustrazione), continua nella fase prescolare (con rabbia e provocatorietà), e durante la scuola elementare (con i primi veri comportamenti antisociali: bugie, piccoli furti, rifiuto da parte dei compagni, fallimento scolastico, demotivazione allo studio).

Durante le scuole medie aumentano gli atti vandalici, la cui gravità aumenta nel corso dell'adolescenza: assenze da scuola, innescio di incendi, uso di alcol e droghe, veri e propri atti criminosi, violenze, utilizzo di armi, relazioni sessuali precoci, gravidanze non desiderate. 1/3 degli adolescenti affetto da disturbi della condotta sviluppa in seguito un disturbo di personalità antisociale o un disturbo oppositivo-provocatorio.

È fondamentale prevenire e occuparsi in tempo del disturbo. Il trattamento è sia farmacologico, sia psicoterapico, sia psicosociale (parent training), sia educazionale.

## DISTURBI DI PERSONALITÀ

La personalità è l'insieme di caratteristiche cognitive, affettive e comportamentali organizzate per garantire la sopravvivenza e l'adattamento dell'individuo all'ambiente ed alla società. I tratti di personalità permettono di differenziare un individuo da un altro sulla base delle specifiche strategie che questo adotta per adattarsi all'ambiente, ma anche di permettere una comparazione tra un individuo e un altro. La personalità è formata da una parte innata (**temperamento**) che rappresenta le modalità di adattamento immediato all'ambiente che sulla base della predisposizione genetica si esprimono fino dalla nascita e differenziano il modo (istintuale) con cui gli individui si pongono nei confronti del mondo esterno. Questa componente della personalità è prevalentemente inconscia e si basa sui circuiti della memoria pre-semantica (cioè non correlata a concetti) e procedurale (cioè che memorizza sequenze di comportamenti automatici non controllati consapevolmente). La seconda componente è acquisita tramite l'esperienza (**carattere**) e in particolare attraverso l'interazione con le figure di accudimento e i pari. Il carattere rappresenta il modo con cui concepiamo noi stessi, gli altri ed il mondo in generale, presenta una componente consapevole ed una inconsapevole e si basa sui circuiti della memoria semantica (cioè correlata alla formulazione di concetti) e dichiarativa (cioè che regola i comportamenti controllati consapevolmente in risposta all'ambiente).

In adolescenza la personalità è ancora in fase di formazione; tuttavia se ne possono già individuare i tratti caratteristici e si possono sviluppare disturbi di personalità, cioè caratteristiche configurazioni di tratti rigidi e disfunzionali di personalità che pongono a rischio di suicidio, fallimento scolastico, difficoltà sociali e abuso di sostanze e in generale espressione di disturbi psichiatrici. Sono definiti come esperienze interiori e comportamenti persistenti che si differenziano molto dalle aspettative culturali e sociali. Spesso si manifestano per la prima volta durante l'adolescenza o la prima età adulta e rimangono stabili nel tempo. Si dividono in:

- **disturbi di personalità** del Gruppo A (**Disturbo Paranoide**, caratterizzato da sospettosità e sfiducia nelle relazioni, **Disturbo Schizoide**, caratterizzato da disagio nell'entrare in relazione con gli altri, e **Disturbo Schizotipico** di personalità, caratterizzato da

- difficoltà relazionali e bizzarrie del pensiero e comportamentali);
- **disturbi di personalità** del Gruppo B (**Disturbo Antisociale**, caratterizzato da aggressività relazionale, trasgressione delle regole e mancanza di empatia, **Disturbo Borderline**, caratterizzato da instabilità nell'identità, nelle relazioni e nell'umore con comportamenti autolesivi e rischiosi, **Disturbo Istrionico**, caratterizzato da eccessiva drammatizzazione finalizzata ad attirare l'attenzione altrui, e **Disturbo Narcisistico**, caratterizzato da ipervalutazione di sé e tendenza allo sfruttamento degli altri);
  - **disturbi di personalità** del Gruppo C (**Disturbo Evitante**, caratterizzato da forte ansia relazionale e timore del rifiuto, **Disturbo Dipendente**, caratterizzato da forte insicurezza nelle proprie capacità e dipendenza dagli altri, e **Disturbo Ossessivo-compulsivo**, caratterizzato da rigidità e perfezionismo, e scarsa attenzione relazionale).

I disturbi della personalità sono difficili da trattare, ma se affrontati precocemente, durante la loro strutturazione possono essere corretti, stimolando i ragazzi possono ad adattarsi a alla vita ed alle relazioni attraverso comportamenti più sani. Il trattamento è principalmente psicoterapico con un possibile supporto farmacologico.

## DIPENDENZA DA SOSTANZE

I disturbi correlati all'abuso di sostanze includono 10 gruppi principali di sostanze: alcol, caffeina, cannabinoidi, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi, ipnotici e ansiolitici, stimolanti e tabacco. Le sostanze di sintesi che vengano quotidianamente diffuse sul mercato sono a tutt'oggi più di 2000 e si stima che incrementino con una velocità esponenziale non controllabile.

I soggetti più a rischio di sviluppare una dipendenza da sostanze sono i ragazzi con tratti di personalità caratterizzati da impulsività, irritabilità, alta ricerca della novità, tratti antisociali o, al contrario, forte tendenza all'evitamento e all'ansia sociale. Per alcuni di questi tratti può esserci una predisposizione genetica e la dipendenza può essere favorita da alcune situazioni ambientali (ad es. trascuratezza emotiva o educativa in ambito familiare, genitori che abusano di sostanze, conflitti familiari, precoce attività sessuale, amicizie e ambienti dove si fa uso abituale di alcol o droghe, scarso supporto da parte della scuola, eventi di vita stressanti). Anche il tipo di sostanza usata può influire sulla dipendenza attra-

verso meccanismi di tolleranza (abitudine agli effetti della sostanza con necessità di incrementarne il dosaggio per ottenere il medesimo effetto) o i sintomi astinenziali (sensazioni molto spiacevoli e talvolta rischi per la vita dovuti alla brusca sospensione di una sostanza a cui si è abituati).

Il primo approccio alla sostanza d'abuso si ha solitamente tra i 12 e i 14 anni, a volte anche prima. Le sostanze più usate dagli adolescenti italiani sono l'alcol (l'80% degli adolescenti ne ha fatto uso più di una volta, soprattutto i maschi) e i cannabinoidi; a seguire altre sostanze quali inalanti, cocaina e allucinogeni (3%), amfetamine, ecstasy ed eroina (2%). Chi fa uso di queste sostanze sviluppa problemi cognitivi e comportamentali, che possono persistere anche dopo la disintossicazione. Tali comportamenti possono portare alla compromissione e all'isolamento totali. Essi possono essere: litigiosità, instabilità emotiva, compromessa capacità di critica e giudizio, alterazioni della percezione, della vigilanza, dell'attenzione, del pensiero, del comportamento psicomotorio e di quello interpersonale. La durata e l'intensità degli effetti variano ovviamente da sostanza a sostanza. L'uso di sostanze favorisce l'intossicazione (cioè l'effetto acuto, immediato o tardivo dovuto alla sostanza), la tolleranza e l'astinenza (diverse a seconda del tipo di sostanza utilizzata). I soggetti che fanno abituale uso di sostanze possono sviluppare da adulti disturbi di personalità antisociale e borderline, che a loro volta possono essere considerati anche tra le cause dell'utilizzo di queste sostanze.

La dipendenza, specie in un'età così precoce, si accompagna spesso ad altre patologie psichiatriche: disturbi dell'umore, in particolare disturbo bipolare, psicosi e schizofrenia, disturbi della condotta, comportamenti antisociali, disturbi d'ansia, uso di altre sostanze, ADHD, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, delirium (tra cui il *tremens* tipico dell'alcolismo) e disturbi neurocognitivi. Non sempre è possibile stabilire con certezza se l'uso di sostanze sia causa o effetto di queste malattie. Ciò che è certo è invece la possibile slatentizzazione di un disturbo psicotico da parte dei cannabinoidi. Le patologie associate possono regredire o migliorare dopo circa 1 mese dalla sospensione dell'utilizzo di sostanze, ma in alcuni casi persistono (come nel caso delle psicosi).

Il rischio di suicidio aumenta di circa 20 volte in chi abusa di sostanze, soprattutto cannabis, cocaina, ed ecstasy, che aumentano l'impulsività e diminuiscono l'inibizione del comportamento. Questo un ulterio-

re valido motivo per agire tempestivamente di fronte a un adolescente che fa uso di sostanze indirizzandolo alla terapia.

La terapia è sia psicofarmacologica sia psicoterapeutica e serve a scoprire le motivazioni che hanno portato all'uso di sostanze, a fornire informazioni e consigli a paziente e famiglia, e prevenire ulteriori comportamenti pericolosi. In particolare il trattamento psicoterapico può essere individuale o di gruppo, e fondamentali risultano il counselling o la psicoterapia familiare.

## AUTOLESIONISMO

L'autolesionismo è definito come "procurare volontariamente un danno al proprio corpo, che possa provocare sanguinamento, lividi o dolore, senza arrivare alla morte". È molto frequente in adolescenza, soprattutto tra i 15-16 anni. Ci sono diverse forme di autolesionismo, tra cui tagliarsi, graffiarsi, bruciarsi, accoltellarsi, colpirsi.

L'autolesionismo di solito è associato ad altri disturbi psichiatrici (disturbo borderline di personalità, depressione, abuso di sostanze, disturbi d'ansia). Più a rischio sono giovani nella media adolescenza di sesso femminile, con quoziente intellettivo elevato, vittime di bullismo, con storie di abuso, omosessualità, influenzati da coetanei che sono autolesionisti a loro volta. Influiscono sulla tendenza all'autolesionismo i media (internet, forum, YouTube), l'ambiente e gli eventi di vita durante l'infanzia (deprivazione dei genitori, rifiuto da parte dei genitori, storia di abuso fisico o sessuale in famiglia, maltrattamento, violenza domestica, subita o assistita passivamente).

I motivi riportati dagli adolescenti nel compiere tali gesti sono generalmente ottenere sollievo da una sensazione negativa (tensione, rabbia e ansia) o indurre una sensazione positiva. Solo talvolta la ferita autoinflitta viene descritta come meritata autopunizione. Il sollievo o la risposta desiderata vengono provati durante o subito dopo l'aver compiuto il gesto e questo può stimolare una dipendenza.

I gesti autolesivi generalmente diminuiscono nel tempo, fino a non presentarsi più alla fine dell'adolescenza, anche se spesso rimane un rischio più elevato di consumo di sostanze o di suicidio. Il trattamento delle condotte autolesive si basa principalmente sulla psicoterapia e sul trattamento delle eventuali altre problematiche psichiatriche. Raramente ci si può avvalere dei farmaci (benzodiazepine).

## SUICIDIO

Attualmente è la seconda causa di morte tra i 10 e i 25 anni (fenomeno raro sotto i 13 anni) ed è più frequente nei maschi. Fattori di rischio per condotte suicidarie sono disturbo depressivo, disturbi di personalità e schizofrenia, anche se ultimamente appare sempre più come un fenomeno complesso e non sempre legato alla presenza di un franco disturbo psichiatrico. Scegliere di togliersi la vita, per un adolescente, spesso non è un gesto impulsivo, scatenato da un evento traumatico, bensì un progetto che può durare anche mesi.

È fondamentale riconoscere i segnali precoci del disagio dell'adolescente: solitudine, isolamento sociale, impossibilità di comunicare la propria sofferenza. Bisogna perciò creare un dialogo, che dia finalmente parola al dolore muto.

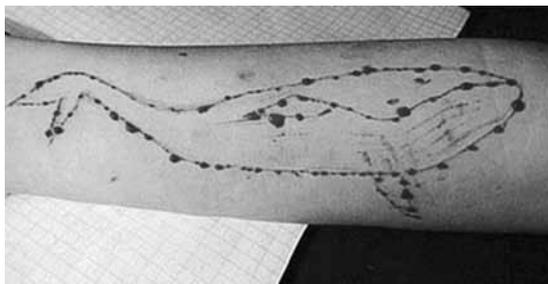
Un discorso a parte anche per la sua attualità merita il fenomeno del **Blue Whale**: nato in Russia, forse come gioco, si è esteso al resto del mondo, Italia compresa. Consiste in un percorso descritto su internet o sui social da individui che si propongono di assistere gli aderenti (che si definiscono “tutor”) composto da 50 prove estreme, proposte una al giorno, che culminano nel suicidio. Gli adolescenti possono “giocare” tramite App o internet. Le prove consistono principalmente in gesti autolesivi (tagli ad avambracci, gambe, labbra) o comunque pericolosi (sedersi su cornicioni, recarsi sul tetto di palazzi). I ragazzi vengono invitati a svegliarsi molto presto per ricevere via mail dai loro “tutor” il nuovo compito e successivamente visionare video psichedelici o musiche, che possono far confondere la realtà con il virtuale.

Pare che questo fenomeno si stia rapidamente diffondendo. È necessario prestare particolare attenzione all'isolamento degli adolescenti e ad un eccessivo consumo di internet su smartphone o PC, come anche ad eventuali gesti autolesivi riscontrabili sul corpo dei ragazzi, rivolgendosi al servizio di Polizia Postale per denunciare i “tutor” adescatori. Nello stesso tempo bisogna evitare di cadere nella “psicosi” ovvero nella paura irrazionale ed eccessiva che questo tipo di fenomeno possa diffondersi e agire fuori controllo e determinare danni irreparabili. Infatti *“un suicidio, o un tentativo di suicidio, quanto più è spettacolarizzato più fa presa nelle menti fragili;*

*bisogna parlarne ma senza indulgere nei particolari*”<sup>9</sup>, facendosi spiegare proprio dagli adolescenti di che cosa si tratta e proponendo un affiancamento adulto e maturo nella comprensione e nella gestione del fenomeno.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Militerni R (2015) Neuropsichiatria Infantile. Ed. Idelson - Gnocchi, 5ª edizione
2. Ruggieri M, Franzoni E (2012) Neurologia e psichiatria dello sviluppo. Ed. Elsevier
3. American Psychiatric Association (2013) DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore
4. Ferrigno G, Penati S, Giacomini G, Guida S, D’Orta I, Pompei F, Marcenaro M (2012) Adolescenti e dipendenza: dal conflitto alla richiesta di cura, in [www.psychiatryonline.it](http://www.psychiatryonline.it)
5. Relazione europea sulla droga, 2016, Osservatorio Europeo delle droghe e delle Tossicodipendenze
6. Brown RC, Plener PL (2017) Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Curr Psychiatry Rep 19:20
7. Galimberti U (2007) L’ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani. Ed. Feltrinelli
8. Francesco Grignetti, La Stampa, Torino, 29/05/17
9. Blue Whale, lo psicologo ai genitori: “Parlatene con i figli” Intervista a Matteo Lancini, Minotauro, Istituto di analisi dei codici affettivi, Maggio 2017.



## CAPITOLO 4

# FISIOLOGICO SVILUPPO DELL'ADOLESCENTE E ATTACCAMENTO

Gli adolescenti vivono in questa delicata fascia d'età profonde trasformazioni sia fisiche che emotive. Nella prima adolescenza (11-14 anni) avvengono le prime modificazioni biologiche, l'aspetto fisico cambia notevolmente, il corpo non è più bambino, le ragazze si trovano di fronte al primo approccio con un corpo femminile, in un'età ancora più precoce rispetto ai primi cambiamenti nel corpo dei maschi, ma entrambi i sessi iniziano lo sviluppo sessuale.

Nella media adolescenza (14-17 anni) inizia il processo di separazione psicologica ed emotiva dalla propria famiglia di origine, dai punti di riferimento rappresentati dai genitori, e ne vengono ricercati dei nuovi all'esterno della famiglia. C'è in questa fase anche un'accelerazione dello sviluppo cognitivo, della personalità e dello sviluppo psicosexuale. All'interno di quest'ultimo e della sperimentazione delle funzioni fisiologiche e dei ruoli degli adolescenti, sono assolutamente normali la masturbazione, le eventuali relazioni omosessuali transitorie e i primi rapporti sessuali con l'altro sesso. Come ultimo passo verso l'età adulta, nella tarda adolescenza (dai 17 anni in poi) i giovani si costruiscono una propria identità personale, sociale e sessuale, costruiscono il loro "Sé" e la loro personalità. Si sviluppa inoltre la loro l'identità morale (fino a quel momento l'adolescente fa generalmente quello che dicono i genitori, senza capire se sia giusto o sbagliato) necessaria per sviluppare la capacità decisionale e di scelta. Avviene in questa fase una lotta tra identità (senso sicuro del Sé) e confusione (incapacità di sviluppare un Sé coesivo, cioè maturo e ben definito).

Gli individui sani, che compiono adeguatamente le tappe dello sviluppo, percepiscono una distinzione tra il proprio corpo, l'altro, le emozioni e le relazioni. Una personalità matura è in grado di distinguere il proprio Sé da ciò che è altro da sé, ciò in pratica si traduce nell'essere in grado di fare delle scelte, prendere delle decisioni e assumersi quindi la responsabilità delle proprie azioni, affermando

così la propria autonomia. Per il corretto sviluppo del Sé servono un ambiente adeguato (cure genitoriali e attaccamento che il bambino è portato a sviluppare con la madre o con chi si prende cura di lui) ed esperienze adeguate.

Il corretto sviluppo del Sé e di una personalità sana passa attraverso le seguenti tappe:

- 1) sviluppo del senso di fiducia nel caregiver durante la prima infanzia;
- 2) lo sviluppo della definizione del Sé nell'infanzia più tardiva con conseguente adeguata autonomia del Sé nel bambino;
- 3) la trasformazione in un Sé autonomo e differenziato nel periodo di latenza ("relazionalità": in questa fase si forma la memoria implicita come modello operativo interno; se i bambini si sentono amati e valorizzati dal caregiver sviluppano un modello degli altri come amorevoli e sicuri);
- 4) reciprocità nella prima adolescenza;
- 5) processi di sviluppo integrati in identità ben definita in tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta (si definisce il Sé come separato dagli altri, ma connesso agli altri).

Nel processo della definizione di un proprio Sé autonomo e definitivo, e dello sviluppo della personalità adulta rivestono particolare importanza i primi anni di vita e le relazioni di attaccamento ai genitori, le relazioni con i coetanei e uno scambio continuo tra la definizione della propria personalità e le relazioni con gli altri. Ciò avviene a scapito del *falso Sé* generalmente prodottosi nell'infanzia sulla base delle richieste implicite ed esplicite dei genitori, degli educatori, delle relazioni con i coetanei e dell'ambiente sociale e culturale.

L'attaccamento è una funzione innata presente nei phylia superiori (uccelli e mammiferi) descritta da Konrad Lorenz nelle anatre come "imprinting" e da John Bolwby negli esseri umani come attaccamento. In entrambi i casi essa è caratterizzata dalla spontanea tendenza del neonato a ricercare e stimolare le cure di un individuo adulto che possa occuparsi di nutrimento, protezione e accudimento emotivo. Il legame che viene formato è stimolato a livello ormonale dalla produzione di ossitocina e dipende dalle caratteristiche individuali e dall'interazione tra i due attori (generalmente ma non necessariamente la madre e il bambino). Le esperienze di attaccamento modificano l'equipaggiamento genetico, diverso da soggetto a soggetto e modellano il modo di elaborare le informazioni carat-

teristico di ognuno di noi rappresentato dal temperamento. Le funzioni dell'attaccamento non si esauriscono nell'infanzia, ma accompagnano l'uomo in tutta la sua vita. I modelli dell'attaccamento che sperimentiamo in infanzia ed adolescenza si riproporranno in tutte le relazioni future attivandosi in tutti i tipi di relazione profonda tra individui. Pertanto le esperienze di attaccamento precedenti sono conservate nella memoria individuale e vengono usate per guidare aspettative e comportamenti futuri. Esistono 4 tipi di attaccamento che si possono osservare nella primissima infanzia:

- 1) L'Attaccamento sicuro è caratterizzato da un buon contatto con la madre, che appare disponibile anche in situazioni nuove. Il bambino protesta un po' per separarsi dalla madre, ma allo stesso tempo non teme di lasciarla per esplorare l'ambiente. La madre, a sua volta, incoraggia queste separazioni, al termine delle quali il contatto è cercato e trovato, ed il bambino si calma subito. I rapporti con gli altri saranno gestiti bene e il bambino svilupperà un senso di fiducia in se stesso e negli altri.
- 2) L'attaccamento ansioso-preoccupato è facilitato da madri apprensive e iperprotettive, imprevedibili e intrusive; l'esplorazione dell'ambiente da parte del bambino è difficoltosa; la separazione è vissuta come stressante (il bambino protesta veementemente e a lungo); al ricongiungimento il bambino ha un atteggiamento ambivalente, cerca il contatto ma ha difficoltà a rilassarsi, continuando a protestare. I bambini saranno tendenzialmente ansiosi, iperattivi, fobici, ossessivi, e in età adulta rischieranno il Disturbo da Attacchi di Panico e i disturbi psicosomatici.
- 3) L'attaccamento evitante è caratterizzato da madri rifiutanti e poco comunicative a livello emotivo; l'esplorazione dell'ambiente è facile; il bambino si stacca facilmente dalla madre, è indifferente, ma ha chiusura e ostilità verso gli altri bambini; quando torna dalla madre tende ad ignorarla o alterna la ricerca di contatto all'evitamento di esso. I bambini saranno a rischio di sviluppare disturbi psicosomatici, disturbi della condotta, ADHD e depressione.
- 4) L'attaccamento disorientato-disorganizzato è caratterizzato da madri spaventate e spaventanti, che hanno comportamenti comunicativi confusi e spaventati, spesso espressione di memorie dolorose irrisolte per una mancata elaborazione di un lutto o gravi traumi con le proprie figure di attaccamento; alla separazione il

bambino è confuso e indecifrabile; al ricongiungimento con la madre, il bambino cerca la vicinanza, ma allo stesso tempo questo espone di nuovo a paure e a tendenza a fuggire o ad aggredire la madre; il mondo viene visto e vissuto come minaccioso. I bambini saranno a rischio di sviluppare disturbi dissociativi della coscienza e psicosi. In mancanza di un attaccamento sicuro, il bambino potrà sviluppare e utilizzare un sintomo per curare la relazione con le sue figure di riferimento.

In sintesi, un attaccamento sicuro nella prima infanzia favorisce l'integrazione di un Sé relazionale e autonomo. L'attaccamento al genitore è quindi essenziale per garantire un punto di riferimento sicuro nell'adolescenza. Se questo è sicuro nella prima infanzia, incoraggerà il bambino e poi il ragazzo a ricercare intimità, protezione, e dipendenza dal genitore in risposta a uno stress ambientale. Con il passare del tempo, nel periodo di latenza e nella prima pubertà, rivestiranno poi sempre più importanza le relazioni con i coetanei nello sviluppo del concetto di Sé e dell'autostima. Il gruppo dei pari è importantissimo, perché qui avverranno la trasgressione e l'opposizione al mondo adulto e familiare, permettendo al preadolescente prima e all'adolescente poi di sperimentare il cambiamento e tollerare le ansie della crescita. Nel periodo adolescenziale si osserverà infine un'aumentata sensibilità ai messaggi sociali e relazionali, le relazioni tra pari metteranno in crisi quelle con i genitori, richiedendo un adattamento nel sistema dell'attaccamento. In questo periodo si dovrebbe quindi sperimentare l'appartenenza al sistema familiare dal quale attingere protezione, ma anche partecipare al sistema relazionale degli adulti, ricavandone una spinta a cimentarsi nella lotta e a impegnarsi per la realizzazione del successo.

Un'identità coesa, favorita da un attaccamento sicuro, promuove l'esplorazione attiva e la padronanza dell'ambiente, e di conseguenza lo sviluppo di autonomia e intimità nell'età adulta. Un attaccamento sicuro ai genitori, con un equilibrio tra incoraggiamento all'autonomia e relazione sicura con loro, permette all'adolescente di sviluppare un'identità chiara e un concetto di Sé positivo. L'identità coesa è associata alla salute emotiva e in generale a una situazione di benessere.

Esistono infatti 3 sistemi relazionali indispensabili alla maturazione del Sé: quello della famiglia, il mondo dei coetanei e il mondo degli adulti, e per una crescita "sana" sono necessari tutti e tre. Il

legame di appartenenza alla famiglia è fondamentale, come anche la necessità di liberarsene, tra la certezza di essere parte di una storia conosciuta e l'incertezza di dover progettare un tempo vuoto e un destino inedito. L'adolescente dai primi rapporti con il genitore apprende i primi modelli interattivi, ma il processo di separazione dalla famiglia, per alcune famiglie, non è proprio possibile, poiché l'ansia di separazione dei membri adulti non consente la mobilità dei suoi membri più giovani. Immobilizzato nella sua famiglia, l'adolescente svilupperà psicopatologie più o meno gravi. Ciò avviene ad esempio nel caso di un attaccamento ansioso, in cui la presenza di madri apprensive e iperprotettive non consente all'adolescente di sviluppare una propria autonomia.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Cerniglia L, Zoratto F, Cimino S, Laviola G, Ammaniti M, Adriani W (2016) Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2017 May;76(Pt A):174-184
2. Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni P (2012) *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico Editore, Edi.Ermes, Milano
3. Bowlby J (1988) *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore
4. Baldascini L (1995) *L'adolescente tra dipendenze e patologie. Terapia familiare*, 47. Ed. Franco Angeli, Milano
5. Baldascini L (1993) *Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni*. Ed. Franco Angeli, Milano



## CAPITOLO 5

# RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA CRISI ADOLESCENZIALE

La famiglia ha subito, nel corso dei secoli, continue trasformazioni. Da un modello matriarcale, tipico delle civiltà mediterranee, si è passati al modello patriarcale, sancito dall'avvento degli Indoeuropei, che poneva al centro la figura e il potere maschile. Tale assetto è durato nei secoli, mantenendosi anche nel passaggio, in età moderna, dall'economia rurale a quella industriale. Recente evoluzione di questo modello è la trasformazione della famiglia da patriarcale a nucleare (cioè costituita dal semplice nucleo genitori-figli).

Attualmente si assiste ad un'ulteriore modifica della struttura familiare in cui la madre assume ruoli lavorativi importanti che la pongono in condizione di parità, se non di superiorità, rispetto al marito, mentre quest'ultimo, spesso assente o carente nello svolgimento del proprio ruolo di genitore, accetta spesso passivamente e inconsapevolmente la nuova situazione domestica. Questo squilibrio dei ruoli, in concomitanza con il minor tempo dedicato ai figli da parte di entrambi i genitori, condiziona l'educazione dei figli e si ripercuote sul loro sviluppo affettivo, emotivo e relazionale.

Il ruolo della famiglia nell'educazione di un figlio dovrebbe essere quello di insegnare le regole del vivere sociale, permettendo a tutti i membri di sperimentare un adeguato repertorio *emozionale* necessario alla crescita. Meltzer, psichiatra e psicanalista, sostiene che la famiglia svolge specifiche funzioni emotive, come “*generare amore, suscitare odio, infondere speranza, seminare disperazione, contenere sofferenza, trasmettere ansie persecutorie*”. In questo modo l'adolescente può apprendere le funzioni emotive e, se alcune emozioni non vengono vissute o vengono messe in secondo piano dalla famiglia, può sviluppare una psicopatologia. Egli deve infatti sperimentare tutti gli stati d'animo ed i sentimenti, solo così può formare una propria ricchezza interiore. Il processo di sepa-

razione è importantissimo: dev'essere concesso all'adolescente di avventurarsi, in senso reale ed emotivo, in spazi più ampi di quelli familiari. Una famiglia funzionale, che può permettere all'adolescente di sviluppare un Sé autonomo, è quella in cui esistono chiari confini, buona flessibilità organizzativa, esplicita definizione di regole, buon livello di autostima, sostegno reciproco, comunicazione chiara, diretta e leale, regole aperte al cambiamento, legame fiducioso con la società, possibilità di giocare con flessibilità e creatività. In caso contrario l'individuo diventa prigioniero delle fitte, caotiche, contorte relazioni della propria famiglia e della rete delle emozioni interne ad essa: il comportamento del nucleo familiare apparirà passivo, teatrale e mutevole, con la prevalenza delle dinamiche familiari sulla personalità del soggetto.

Quale ruolo possono quindi avere i genitori nello sviluppo della crisi adolescenziale? E come reagiscono i genitori di fronte alla crisi adolescenziale del proprio figlio? Ci possiamo trovare di fronte a due casi:

- 1) Il genitore che non ha superato la propria crisi adolescenziale può quindi identificarsi senza empatizzare con il figlio e rivivere lui la propria adolescenza, assumendo posizioni deboli, di compromesso e di aperta complicità verso ciò che del figlio è disfunzionale, non riuscendo ad assolvere alla funzione genitoriale di "limite contenente", che serve affinché il figlio possa trovare la propria identità;
- 2) I genitori che non hanno mai affrontato e superato la propria crisi adolescenziale, al contrario, possono adottare un atteggiamento di rifiuto e condanna dell'adolescente, vissuto come delinquente, erotomane, irresponsabile, privo di capacità realizzative, in cerca solo di divertimenti e facili soluzioni. Tutto ciò innalza una barriera che impedisce la comunicazione tra genitore e figlio e sfocia nella ribellione del figlio. Egli crea quindi un linguaggio da cui gli adulti sono esclusi, ma, spesso, più il comportamento è ribelle, maggiore è la dipendenza dalla famiglia.

Secondo Pietropolli Charmet, psichiatra psicoterapeuta, gli adolescenti di oggi sono cresciuti in un ambiente affettivo e relazionale che si aspetta molto da loro, non a livello economico o sociale (come poteva avvenire nella generazione precedente), ma nei ter-

mini di un riscontro, fin dalla prima infanzia, del fatto che siano felici, impegnati in attività che li istruiscono e li divertono e in rapporti che li gratificano e li aiutano a crescere. I genitori, da parte loro, corrono alla ricerca di conferme, cioè di aver cresciuto nel modo corretto, di non aver sbagliato.

Sempre più i genitori puntano a riempire la vita dei loro figli con attività diverse e stimolanti, ma non sempre corrette. Un esempio di questa situazione, per spiegare meglio questo atteggiamento, è l'offerta ai figli di vacanze in luoghi diversi ogni anno, anziché ritornare nel solito luogo di villeggiatura, dove nel frattempo altri ragazzi si sono costruiti la loro compagnia. È proprio questo l'elemento che manca in realtà agli adolescenti: le relazioni profonde e un'emotività integrata e mentalizzata. La proposta di attività stimolanti ed istruttive che riempiano la mente e le giornate del ragazzino sembra dover placare il fantasma materno di ritrovare un giorno il figlio mollemente sdraiato sul divano, mentre guarda la TV e si rimpinza di merendine, ovvero *“un figlio vuoto e depresso, che invece di godere delle molteplici offerte destinate a distrarlo e divertirlo, intenda pugnacemente rivendicare la nostalgia della mamma, deciso a rifiutare qualunque seducente sostituto e a svelare il patto segreto che li unisce, la decisione di essere entrambi troppo occupati per stare insieme...”*. Purtroppo il fantasma evitato in apparenza alberga comunque nel cuore del figlio e resta latente presagio di difficoltà nel superamento della crisi adolescenziale.

I genitori dovrebbero trovare la forza in loro stessi di accogliere la sofferenza mentale che il figlio proietta transitoriamente su di loro, in modo da poterne comprendere le fasi evolutive e rispondere in modo appropriato, empatico, sensibile e recettivo.

L'errore maggiore che possono fare, invece, è conservare l'immagine di rifiuto ed al contempo di continuo e inesauribile soddisfacimento di bisogni nutritivi illimitati, favorendo un rapporto di dipendenza e deresponsabilizzazione, nel desiderio di vedere i figli sempre piccoli e dipendenti, ma conservandoli, di fatto, in una condizione di sudditanza volta alla simbiosi patologica e al vuoto interiore.

## **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Baldascini L (1995) L'adolescente tra dipendenze e patologie. Terapia familiare, 47. Ed. Franco Angeli, Milano
2. Meltzer D, Harris M (1986) Il ruolo educativo della famiglia, Centro Scientifico Torinese, Torino (ed. originale 1983)
3. Pietropolli Charmet, Riva E (2016) Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà. Come capire e aiutare tuo figlio negli anni difficili. Ed. Franco Angeli, 3° edizione, Milano



## CAPITOLO 6

# FAVORIRE LA MATURAZIONE DEL CARATTERE

Secondo gli autori del modello psicobiologico della personalità, Robert Cloninger e Dragan Svrakic, l'evoluzione del carattere avviene non in modo progressivo, ma per crisi.

Essi immaginano lo sviluppo della personalità come una passeggiata in un territorio collinare dove l'individuo incontra fasi di ottimale adattamento corrispondenti alle sommità delle colline e fasi di crisi corrispondenti alla discesa nelle vallate. Il processo di maturazione della personalità corrisponde al faticoso adattamento nel risalire da un momento di crisi al successivo momento di equilibrio sulla sommità della collina.

La maturazione del carattere in adolescenza, come già in infanzia e durante la successiva vita adulta non è un processo automatico ma rappresenta una delicata interazione tridimensionale tra il cervello dell'adolescente, gli stimoli e le richieste ambientali, e le strategie educative dei genitori. Tra i rischi che i genitori possono correre il maggiore è quello di deviare (cioè viziare) lo sviluppo del carattere dei propri figli.

Adler parlava di bambino "pigro" riferendosi ad un bambino non motivato al raggiungimento di adeguati livelli di funzionamento ed autonomia a causa della tendenza dei suoi genitori ad andare incontro ai suoi bisogni e desideri prevenendo il suo personale impegno maturativo verso la soluzione attiva ai suoi problemi o il soddisfacimento dei suoi desideri.

Viziare i propri figli implica manifestare un atteggiamento costantemente ed eccessivamente regressivo, non stimolante l'impegno alla maturazione personale, inducendo un'errata valutazione della realtà in grado di impigriarli, scoraggiarli verso le sfide della vita e produrre condotte più o meno patologiche e disfunzionali nel raggiungere le proprie mete. In alcuni casi implica impedire ai figli di individuare mete proprie da raggiungere in quanto sostituite da

quelle presentate dai genitori stessi.

Se il compito del genitore è formare i propri figli ad affrontare con successo le sfide della vita, un atteggiamento stimolante da parte dei genitori implica accogliere le sfide che la vita propone ai loro figli ed interpretare come sfide le loro difficoltà o gli ostacoli emergenti nel loro tragitto esistenziale. Non viziando i propri figli, i genitori trasmettono indirettamente un messaggio di forza, inducendoli a un atteggiamento intraprendente nei confronti delle difficoltà e dei bisogni, quindi verso se stessi. Al contrario, viziarli vuol dire indurre i propri figli a non leggere le difficoltà della vita come sfide personali e quindi non ritenersi responsabili in prima persona della necessità di affrontare e superare gli ostacoli al fine di raggiungere i propri obiettivi. Viziarli i propri figli vuol dire renderli deboli e prepotenti, stimolare in loro tratti narcisistici e isterici o perfino psicopatici, comunque inadatti alla vita adulta.

Quello viziante è spesso un atteggiamento che i genitori assumono più o meno inconsapevolmente per gratificare e proteggere i propri figli. Tra i pazienti sofferenti di una psicopatologia dell'età adolescenziale un numero molto elevato è rappresentato da ragazzi con un difetto nello sviluppo del carattere che può essere definito "viziato". Sia ben chiaro, i ragazzi affetti da disturbi psicopatologici sono molto sofferenti e non soltanto "capricciosi" perché frustrati nei loro atteggiamenti "viziati", tuttavia la maggior parte di loro non è stata preparata alle sfide della vita, perlopiù con l'intento di proteggerli dalla loro asprezza.

L'agire in modo "viziante" può consistere in due tipi di comportamenti genitoriali scorretti: concedere troppo e iperproteggere.

Nel primo caso si tratta dei "vizi" concepiti secondo il senso comune: accondiscendere a tutte le richieste di un figlio è notoriamente fuorviante sia per la sua educazione che per la sua maturazione psicologica. Il comportamento per essere problematico deve essere costante: un atteggiamento abituale dei genitori e non soltanto di qualche momento di concessione alla gratificazione. Il figlio all'inizio concepirà la gratificazione in assenza di un merito come un piacere molto forte che lo legherà a colui che l'ha concesso (ad esempio la madre o il padre) gratificandolo a sua volta. Tuttavia ben presto produce una "abituazione" (cioè l'innalzamento della soglia del piacere, per cui allo stesso stimolo corrisponde

un piacere sempre meno forte) e, conseguentemente, l'abitudine, ovvero una attesa costante della ripetizione di tale evento come se appartenesse alla normalità della vita. Questo produrrà progressivamente una riduzione della gratificazione e una reazione di frustrazione e addirittura di rabbia nel caso in cui l'evento non si manifesti. In pratica il bimbo viziato diverrà progressivamente indifferente ai nuovi doni o alle nuove dimostrazioni di affetto ma potrà mostrare risentimento, tristezza, delusione, ira nelle situazioni in cui le sue aspettative siano frustrate. Il legame con la figura viziante sarà quindi molto intenso ma basato su un "dovere" della figura gratificante di fornire gratificazione e una sorta di dipendenza del bambino viziato da tale gratificazione (le reazioni di insofferenza alla frustrazione a volte assomigliano incredibilmente a quelle di astinenza da una sostanza). La conseguenza sarà un rifiuto rabbioso di quanto non accondiscenda rapidamente alle richieste e ai bisogni soggettivi, concomitante quindi in una scarsa resistenza alla frustrazione fino all'estremo di un rifiuto massiccio (e potenzialmente mortale) della vita stessa in quanto continua fonte di frustrazioni e richieste esigenti, come accade spesso nell'anoressia nervosa, nell'abuso di sostanze o nei comportamenti suicidari adolescenziali.

Un'altra conseguenza sarà la progressiva perdita della gratificazione affettiva. I legami interpersonali basati sul calore, sull'affetto, sullo scambio comunicativo verranno a sostituirsi con legami strumentali basati sulla capacità dell'altro di fornire gratificazioni materiali. Questo impoverirà enormemente il patrimonio relazionale e affettivo di questi ragazzi che non riusciranno più a godere delle comuni possibilità di interazione umana e si isoleranno sempre di più in un mondo povero di relazioni. Quelle superstiti saranno povere, strumentali e superficiali e nel complesso il soggetto patirà un forte senso di solitudine e vuoto interiore.

L'iperprotezione è il secondo veicolo dell'educazione viziante. Iperproteggere vuol dire proteggere il figlio dalle sfide, dalle richieste e dalle sofferenze della vita al di là di ciò che le sue forze gli consentirebbero di fare autonomamente. L'iperprotezione è uno degli atteggiamenti più frequentemente chiamati in causa nella patogenesi familiare dei disturbi del comportamento alimentare, dei disturbi di personalità o da abuso di sostanze. Essa comprende un

numero molto vario di comportamenti errati che hanno in comune lo stesso denominatore e che spesso vengono attuati dai genitori con la convinzione di amare i propri figli fino al sacrificio personale. Tuttavia è una delle modalità più subdole ed efficaci nel trasmettere due messaggi svalutanti capaci di inibire la maturazione del figlio, che questi interiorizzerà nel costruire l'immagine di sé: non sei capace (sei un inetto) e questo compito non tocca a te ma ad altri (non sei responsabile).

Il primo messaggio appare paradossale: il genitore pensa di comunicare il proprio bene al figlio, è disposto a sacrificarsi per lui, non vorrebbe comunicargli che è un incapace o un inetto, tantomeno poi se il figlio è un ottimo studente o nello sport raggiunge ottimi risultati. Eppure, per quanto paradossale, è quanto viene inconsciamente percepito dal figlio quando il genitore si sostituisce a lui, gli impedisce di affrontare situazioni o compiti che sarebbero alla sua portata e in cui potrebbe esprimere le sue capacità e sviluppare la sua maturità. Oltre a ciò il genitore impedisce al figlio di sperimentarsi autonomamente sul compito, di costruirsi un'immagine di sé nell'esecuzione di quel compito, di constatare i propri limiti e le proprie capacità, affermando la propria sicurezza e sviluppando in modo concreto l'autostima.

La maggior parte dei compiti della vita richiede esercizio per ottenere i massimi risultati. L'atteggiamento iperprotettivo dei genitori priva i figli della giusta esperienza nelle difficoltà proprie della vita e concretizza, come una profezia che si auto avvera, il messaggio implicito dei genitori: rende i figli degli inetti, incapaci, fragili e insicuri, senza adeguata autostima.

Il secondo messaggio devastante dell'iperprotezione è: "questo non è compito tuo". Questo messaggio è capace di deresponsabilizzare i figli da qualsiasi compito esistenziale, abituantoli a concepire la vita come un insieme di servizi che gli altri devono fornire loro e che loro devono esigere dagli altri. Per i figli di genitori che non siano monarchi assoluti questo atteggiamento verso la vita e gli altri tende a facilitare sentimenti di frustrazione, rabbia e quindi depressione per qualsiasi situazione in cui i figli non abbiano potuto richiedere o non abbiano ottenuto quanto si aspettavano dagli altri. La conseguenza è un atteggiamento fragile, pessimistico, passivo e in definitiva dipendente dagli altri in modo falli-

mentare. Esso porta quasi sempre a fallimenti esistenziali anche gravi, talvolta a pesanti disturbi psicopatologici (come ad esempio la depressione maggiore o disturbi narcisistici di personalità).

Ma perché i genitori sono indotti a viziare i propri figli? Spesso viziare (e mantenere una relazione viziante) è molto costoso (emotivamente ed economicamente), faticoso, pesante e sempre deludente sul piano dei risultati sia educativi che esistenziali e relazionali. Tuttavia molti genitori moderni adottano questa strategia relazionale non rendendosi conto delle gravi conseguenze di tali atteggiamenti oppure traendone vantaggi. “Non viziare” è una delle regole educative più conosciute e diffuse già in era pre-psicopedagogica. È possibile che alcuni genitori fraintendano il termine “viziare” credendo che si riferisca soltanto ai beni materiali, non accorgendosi che non è il bene elargito in sé a produrre un danno, ma l’atteggiamento educativo. Può darsi che alcuni genitori rifiutino di attenersi a questa regola per un rigurgito di ribellione sessantottina, ma con tutta probabilità una scelta così imprudentemente consapevole è praticata da un numero relativamente esiguo di genitori.

In realtà viziare è più facile che educare. Dire “no” a un figlio richiedente è spesso faticoso, difficile, foriero di sensi di colpa e di ansia o di conflitti e di un successivo distacco rabbioso del figlio imbronciato (o affranto) che talvolta colpisce il genitore in modo intollerabile. Inoltre richiede tempo, sia per spiegare i motivi del no che per ricostruire la relazione positiva che può essersi temporaneamente interrotta. Il libro “I no che aiutano a crescere” di Asha Phillips è molto esaustivo al riguardo e può essere utilizzato come orientamento per genitori alle prime armi o in difficoltà con i figli di qualsiasi età. Eppure molti genitori contemporanei sembrano impermeabili al messaggio. Forse l’investimento sociale e personale sul ruolo di genitore non è più sufficiente a motivare padri e madri verso questo tipo di fatica.

Altri fattori possono contribuire al degrado della funzione genitoriale. Genitori affaticati, frustrati dal lavoro o impegnati in affari molto stimolanti non hanno più voglia, una volta tornati a casa, di gestire ricorrenti controversie con i propri figli a riguardo di richieste di oggetti o permessi. I genitori “distratti” dal loro compito educativo lasciano stare, cedono e li viziano, apparentemente es-

sendo “buoni”, in realtà trascurandoli. Quindi il viziare può essere sia l’acquistare beni superflui, sia non esigere lo svolgimento di compiti dovuti (scolastici o domestici), sia il non proibire e sanzionare comportamenti dissociali o rischiosi, sia tollerare abusi di sostanze, giochi, internet o altro senza intervenire e proporre l’adesione a ciò che il genitore è in grado di individuare come “giusto” secondo un modello educativo socialmente condiviso.

Anche il maggior benessere economico di un’ampia fascia di famiglie e la disponibilità di beni e attività ludiche molto vari e interessanti rappresentano una tentazione per i genitori. Spesso sono affetti i genitori stessi da problematiche narcisistiche e intendono, viziando i propri figli, sottolineare il proprio elevato status sociale: “Io a mio figlio non voglio far mancare nulla! (ma implicitamente miro a mostrarmi benestante e sentirmi buono, generoso e quasi onnipotente)”.

Dinamiche analoghe possono riguardare anche gli atteggiamenti iperprotettivi. “Io non voglio che i miei figli facciano nella vita la fatica che ho fatto io (perché altrimenti mi sentirei un fallimento nell’ascesa sociale che ho perseguito)”.

L’iperprotezione può tuttavia derivare anche dal fraintendimento del giusto compito protettivo del genitore. Il pensiero può essere: “non voglio che nessuno possa fare del male a mio figlio e lo proteggo in tutti i modi”. Tuttavia questo può andare contro l’evidenza che il figlio possa o debba farcela da solo in molte circostanze, magari sottolineata dalle osservazioni di buon senso espresse da amici, insegnanti, medici, educatori. Questo tipo di atteggiamento può giungere all’estremo di progettare per il figlio un mondo incantato, una sorta di regno delle favole in cui farlo crescere protetto da tutto e da tutti tanto da renderlo intangibile. Anche dietro questo disegno si celano spesso problematiche narcisistiche o traumi non risolti dei genitori che più o meno inconsciamente aspirano a sentirsi intoccabili, eccellenti, socialmente superiori e quindi proiettano questa aspettativa sui loro figli non rendendosi conto che creare un distacco così netto con la società e una percezione così negativa del mondo degli “altri” può risultare in un grave impoverimento educativo ed emotivo per il figlio che svilupperà problemi riguardanti il senso di appartenenza e l’attaccamento. Perfino la sua identità personale potrà risultare

compromessa, con il rischio di sviluppare più o meno gravi forme di psicopatologia legate alla dis-indentità: dai disturbi borderline di personalità, ai disturbi del comportamento alimentare fino alle psicosi. Inoltre un figlio modellato da questi messaggi non riuscirà a inserirsi adeguatamente nel suo contesto socio-relazionale e si troverà a vivere con una penosa sensazione di inadeguatezza ed isolamento, che gli impediranno di gestire adeguatamente e superare le eventuali situazioni di crisi, conflitto, bisogno nei confronti degli altri.

Assai ingenua sono anche le pretese di proteggere i figli da sofferenza, malattie, morte, fatica per sentirsi buoni genitori, per “dare ai figli ciò che non hanno avuto i genitori”. Proteggere i figli è una componente essenziale del ruolo di genitore ma deve limitarsi agli eventi, le crisi o le situazioni traumatiche che il figlio non ha la capacità o la forza (fisica o psicologica) di affrontare e che non rappresentano esperienze sanamente maturative perché sovraccaricano le capacità e l'autostima del figlio, scoraggiandolo rispetto alla vita.

L'elemento dirimente tra il viziare e il prendersi cura, tra il proteggere e l'iperproteggere è la valutazione da parte del genitore del bisogno e delle risorse del proprio figlio rispetto al suo processo maturativo. Ciò che si richiede al genitore è la capacità di discernere, sentire, valutare e verificare le risorse del figlio e di cosa ha bisogno in quel momento, in quella specifica situazione, sottoposto a quel particolare stimolo. Per svolgere questo compito il genitore non deve essere distratto, sempre impegnato nei suoi affari o problemi personali. Perché non esiste quantità standardizzata di tempo che i figli necessitano dai genitori, tutti i giorni i genitori devono “sintonizzarsi” con i propri figli per capire come stanno, cosa stanno passando nella vita e di cosa possano aver bisogno da loro. Gli stessi atteggiamenti che, se messi in atto indiscriminatamente, possono essere vizianti o iperprotettivi, adeguatamente dosati possono essere terapeutici e maturativi, incoraggianti.

Cosa fare allora in concreto? Una sconfitta scolastica (vissuta con sofferenza), una perdita affettiva, un lutto in famiglia, un trauma relazionale possono richiedere da parte dei genitori un po' di accudimento, e magari qualche piccolo vizio, meglio se affettivo, sicuramente vicinanza, comprensione empatica e dialogo aperto e

comprensivo. La misura del vizio, se proprio è necessario, deve essere rapportata alla misura del trauma, né eccessiva, né inadeguata. Ma i normali compiti di tutti i giorni non richiedono alcun premio o gratificazione particolare se non una costante trasmissione del senso di stima, fiducia e approvazione che ogni figli ha bisogno di percepire dai propri genitori.

Non si devono proteggere i figli dai compiti scolastici, dagli insegnanti, dai compagni di scuola, dai fidanzati ecc., a meno che non vi siano situazioni chiaramente eccessive che superino le risorse del figlio nell'affrontarle e che questi non esprima in qualche modo una richiesta d'aiuto, perché fanno parte delle normali sfide esistenziali che aiutano a crescere, a rinforzarsi, a difendersi e che i figli dovrebbero essere capaci di gestire da soli (con la protezione costante di un attaccamento sicuro ai propri familiari). Al contrario bisogna essere attenti a eventuali immagini scioccanti di internet o televisione, all'esposizione precoce a messaggi sessuali, ad atteggiamenti manipolativi o abusanti da parte di persone adulte o comunque di maggiore età, alle violenze di strada, alle amicizie deviate... e stare a loro fianco (ovvero parlare esaustivamente con i figli per aiutarli e fornire loro gli strumenti di critica e giudizio), empatizzare con loro (cioè cogliere la loro sofferenza senza identificarsi con loro e offrendo loro un aiuto emotivo per superarla) o mettersi tra loro e il pericolo quando questi non sono capaci di affrontarlo costruttivamente. Bisogna essere sensibili e capaci di leggere il disagio, l'ansia, la tristezza, il nervosismo nei figli e reagire come se fossero loro richieste di aiuto nei confronti dei genitori. In ogni caso l'obiettivo è incoraggiare, supportare e affiancare i figli nel superamento della situazione. Condannare duramente, criticare sistematicamente, angosciarsi, arrabbiarsi, minacciare non sono comportamenti utili all'incoraggiamento del figlio nel superamento di una qualsiasi crisi. L'incoraggiamento è la capacità di sopportare insieme al figlio il suo dolore, contenendolo e identificandolo, cercando insieme a lui le strategie per superare la crisi, e accompagnandolo fin dove o fino a quando lui non se la sentirà di proseguire da solo.

## **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):975-90.
2. Phillips A. *I no che aiutano a crescere*. Feltrinelli: Milano, 2013.
3. Rovera GG. Le strategie dell'incoraggiamento. *Rivista di Psicologia Individuale* 2009; 66:139-160.
4. Adler A. *Psicologia del bambino difficile*. Newton Compton, Roma, 1973.



## CAPITOLO 7

# FAMIGLIA COME RISORSA E COUNSELLING FAMILIARE

La famiglia, come trattato nei capitoli precedenti, ha un ruolo fondamentale nell'educazione e nella maturazione dei figli così come nel possibile percorso terapeutico di un figlio adolescente in crisi. Le eventuali responsabilità dei famigliari vanno riconosciute e definite, ma essi non devono essere colpevolizzati come causa del disturbo, bensì coinvolti come risorsa attiva per la cura e la guarigione del soggetto sofferente.

I disagi e i disturbi psichiatrici veri e propri non rispondono all'argomentazione razionale e i sintomi non regrediscono con la logica, le spiegazioni o la razionalità. Tutte le terapie vengono progettate *ad personam* (cioè individualizzate per ciascuno) e sono in costante ricalibrazione.

All'interno di un percorso terapeutico, è fondamentale coinvolgere la famiglia tramite il **counselling familiare**. Etimologicamente il counselling è una consulenza tecnica sulla soluzione di problemi di vita reale in cui il "cliente" si trova coinvolto, in modo che egli possa affrontarli in modo più consapevole ed efficace secondo le sue finalità. È, in termini più semplici, un intervento supportivo (cioè che supporta i funzionamenti psicologici più adeguati dell'individuo per aiutarlo ad affrontare i problemi) e conservativo (cioè che non ha come obiettivo di cambiare il meccanismi di difesa del soggetto). L'obiettivo è di fornire un aiuto nella gestione di problemi di adattamento all'ambiente circostante, nei rapporti familiari, nel contesto lavorativo, relazionale o in altri problemi di vita, senza chiedere al cliente di modificare le proprie caratteristiche di personalità.

La tecnica di counselling si propone di rielaborare i problemi espressi da diversi punti di vista. Tramite l'aiuto di un "esperto" (che viene chiamato counselor e non psicoterapeuta), viene definita una soluzione rispetto alla necessità di cambiare determinati comportamenti e atteggiamenti. Il counselling aiuta i componenti della fami-

glia a diventare consapevoli delle proprie percezioni. I singoli membri confrontano in questo contesto le proprie percezioni con quelle degli altri componenti della famiglia e con quelle della collettività, ottenendo una migliore comprensione di se stessi e producendo un impatto sui sintomi. I genitori non sono da considerare colpevoli per i problemi del figlio e non vanno neanche considerati “per sé” dei pazienti, essi devono essere chiamati a collaborare come “co-terapeuti” in un team che viene orchestrato dal counselor.

Il counselling è importantissimo per dare la possibilità di condividere e comprendere le emozioni e i vissuti generati dalla patologia dei figli, per fornire un supporto alla situazione di disagio e difficoltà, per offrire la possibilità attiva di lavorare insieme su dubbi, preoccupazioni e anche difficoltà pratiche quotidiane, per poter cercare nuove modalità di approccio a un figlio che sta vivendo un momento di crisi. Gli incontri di counselling individuale rappresentano lo spazio in cui si potranno affrontare questioni personali legate alla storia specifica di ogni nucleo familiare, dubbi relativi al percorso di cura e difficoltà concrete quotidiane. Il counselling non è un intervento terapeutico volto a modificare aspetti profondi della persona, ma piuttosto rappresenta la possibilità di trovare nuove modalità relazionali a partire dalle potenzialità che ogni persona possiede già dentro di sé. La presa in carico di familiari e pazienti dovrebbe essere separata ma parallela, con figure di riferimento diverse, ma che tra loro collaborano e comunicano. Questa modalità di lavoro consente a genitori e figli di avere uno spazio libero e dedicato, che va protetto e rispettato. I dubbi dei familiari rispetto al percorso di cura sono sempre possibili ma è opportuno esprimerli alla propria figura di riferimento e non direttamente ai figli/e.

In questo percorso sono fondamentali alcuni aspetti:

- 1) Fiducia: è importantissimo che la famiglia mantenga le proprie abitudini, e se si rilevano comportamenti disturbati nell'adolescente, va bene segnalarli sia a lui che ai terapeuti, ma non ripetutamente, per dare fiducia ai figli e favorire di conseguenza la loro autonomia. “Fare” di meno non sempre corrisponde a trascurare, ma può favorire al contrario un cammino di autonomizzazione. Occuparsi del problema non dovrebbe diventare un “sostituirsi”.
- 2) Autoprotezione, ovvero non sacrificare la propria libertà o dignità

per assecondare le richieste eccessive dei figli secondarie ai sintomi. Il fatto che i familiari possano mantenere una vita adeguata, godendo di momenti di riposo o relax anche se i figli sono coinvolti in un disturbo costituisce un elemento di detensione dello stress intrafamiliare ma anche un incoraggiamento per il figlio affetto che vede attive le risorse di adattamento della famiglia e percepisce meno il senso di colpa verso la sofferenza dei genitori.

- 3) Comprensione verso i figli, cioè deporre l'atteggiamento giudicante o controllante verso di loro, e orientarsi verso una maggiore comprensione, cercando di capire che i comportamenti degli adolescenti perlopiù non sono scelte volontarie, vizi o vendette nei confronti dei membri della famiglia, ma spesso sintomi di un disagio.
- 4) Superamento dell'onnipotenza: i familiari non dovrebbero inseguire la chimera della guarigione forzata dei loro figli, poiché il processo di guarigione è individuale e richiede tempo.
- 5) Deposizione dei sensi di colpa, con incoraggiamento da parte del counselor a percepirsi come co-terapeuti. I sensi di colpa sono spesso forieri di scelte errate da parte dei familiari, oscillanti tra la eccessiva indulgenza e il senso di disperazione impotente.
- 6) Coerenza: i genitori dovrebbero essere costanti e coerenti, non far passare messaggi contraddittori da un giorno all'altro, diventando confusivi. Padre e madre, anche con eventuali differenze di approccio ed emotività, dovrebbero concordare tra di loro le scelte educative, mantenersi sulla stessa lunghezza d'onda nei confronti dei figli, far passare lo stesso messaggio per non generare ulteriore confusione in un adolescente già confuso.
- 7) Miglioramento della comunicazione e della capacità di esprimere pensieri, sentimenti ed emozioni in modo chiaro, inequivocabile, i familiari dei soggetti affetti devono mantenersi consapevoli delle possibili conseguenze delle proprie affermazioni sulla sensibilità degli altri, soprattutto se in un momento di fragilità.

Un tipo particolare di counselling è il **Counselling Parentale Adleriano (CPA)**: tale trattamento non è centrato sui singoli componenti della famiglia, ma piuttosto sulle problematiche relazionali che possono affliggerla, si prefigge quindi di aumentare la consapevolezza

delle relazioni disfunzionali, che possono favorire lo sviluppo e il mantenimento di un disturbo psichiatrico. Il CPA è un intervento breve nel quale il counselor si focalizza sul problema centrale delle relazioni con il figlio problematico, nucleo che viene definito e identificato insieme ai genitori (clienti). Altre eventuali tematiche non direttamente connesse al focus vengono invece demandate ad un percorso psicoterapeutico. All'interno del CPA, la famiglia viene considerata nella sua unità, e i bisogni individuali dei singoli membri sono visti come bisogni del "gruppo" famiglia. Ogni componente cerca di trovare il proprio posto all'interno della famiglia e ogni cambiamento in uno dei membri si ripercuote su tutta la famiglia.

Nel CPA un primo momento fondamentale è l'identificazione precisa del modello di comportamento problematico e di come esso viene rinforzato, la sua direzione, lo scopo, le emozioni che lo sostengono e il luogo e i ruoli che ciascun partecipante assume nel modello. Per ogni famiglia vanno individuate le abilità e le consapevolezze disponibili e necessarie per affrontare il problema. Infine è fondamentale considerare la famiglia nel più ampio contesto nel quale il comportamento si riscontra: cultura, fattori multigenerazionali, fattori sociali, interazione con le altre istituzioni e altro. Successivamente, ci si concentra su ciò che sembra più direttamente pertinente al problema, scegliendo la direzione per il cambiamento. Nonostante numerose tematiche si organizzino attorno alla priorità centrale, è importante che ci si focalizzi su questa, sul cosiddetto focus. Questo è assolutamente cruciale nel CPA proprio perché l'essenza del counselling è un cambiamento estremamente focalizzato. Anche piccoli cambiamenti possono avere un impatto enorme sull'intero sistema familiare e possono spingere ad una riorganizzazione dell'insieme: alla famiglia viene chiesto di impegnarsi fermamente in ciascun cambiamento suggerito mentre il counselor osserva in modo attento e costante la famiglia in modo da esaminare e rinforzare i cambiamenti.

Particolare interesse viene rivolto alla modalità in cui i membri della famiglia comunicano l'uno con l'altro. Alla famiglia possono mancare le abilità di comunicazione di base, ma i counselor possono insegnare queste abilità. Spesso i membri della famiglia hanno difficoltà a comunicare i sentimenti che stanno provando. Il counselling può stimolarli ad esprimere rabbia, tristezza, dolore, in un modo co-

struttivo, funzionale, in contrasto ad un atteggiamento di negazione e annientamento dei sentimenti stessi.

In sintesi, all'interno di un percorso di counselling, i problemi affrontati sono prevalentemente relazionali e non individuali. Non esiste il modo perfetto di comportarsi con un figlio o parente affetto da un disturbo psichiatrico, ma alcuni orientamenti di base possono aiutare nei momenti di difficoltà. Tenere a mente che i figli sono responsabili del proprio comportamento si traduce in un messaggio di fiducia, fondamentale nel processo di autonomizzazione. È grazie alla capacità dei genitori di attendere senza prevenirne i bisogni, che i bambini hanno imparato a parlare, camminare e a nutrirsi da soli. Coloro che hanno trovato risposte troppo pronte hanno imparato più lentamente e reagito con più rabbia e frustrazione alle proprie inadeguatezze. Con i figli adolescenti, confusi e incerti nei loro complessi percorsi evolutivi è ancora più difficile imparare a non scegliere al loro posto, senza tuttavia lasciarli soli. Ma le regole sono quelle di sempre: lasciare il tempo di essere incerti e confusi anche quando sembra di sapere meglio e prima di loro di cosa avrebbero bisogno.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Amianto F, Bertorello A, Spalatro A, Cazzaniga G, Bianconi A, Cavarero S, Signa C, Abbate Daga G, Fassino S (2013) *Counselling Parentale Adleriano per i genitori di pazienti con DCA Riv. Psicol. Indiv.*, n. 73: 29-49
2. Sherman R, Dinkmeyer Don J (2005) *Systems of Family Therapy: An Adlerian Integration*. Ed Routledge
3. Pietropolli Charmet, Riva E (2016) *Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà. Come capire e aiutare tuo figlio negli anni difficili*. Ed. Franco Angeli, 3° edizione, Milano

## CAPITOLO 8

# TERAPIE DELLA FAMIGLIA

Il modello biopsicosociale è un modello medico ideato per studiare le reciproche influenze tra aspetti biologici, psichici e sociali nella vita di un individuo. Partendo da questo presupposto la famiglia rappresenta il più determinante e precoce luogo di interazione sociale dell'individuo. Pertanto essa contribuisce all'origine, al mantenimento ed alla esacerbazione della patologia. D'altro canto funge da risorsa e da agente del cambiamento nella riduzione dei sintomi, nella prevenzione delle ricadute fino al miglioramento della qualità di vita dei soggetti con gravi psicopatologie.

La psicoterapia familiare è una tecnica di trattamento che coinvolge tutta la famiglia per far fronte al disagio dell'intero nucleo o per intervenire sullo sviluppo di sintomi da parte dei membri: la famiglia è infatti vista come l'insieme di varie componenti strutturali che si relazionano all'interno del "sistema famiglia".

I primi terapeuti della famiglia sono stati gli **psicoanalisti** e si sono interessati alle esigenze dei singoli individui in rapporto a quelle della famiglia, evidenziando le dinamiche di carattere affettivo ed emotivo che vengono ad instaurarsi tra i vari membri. Il compito del terapeuta della famiglia di linea psicoanalitica è quello di essere guida e strumento per far sì che le dinamiche relazionali disfunzionali vengano riconosciute e modificate dai vari membri del sistema familiare.

La terapia familiare **strategico-relazionale** vede le dinamiche familiari come basate su rapporti di forza e su relazioni di potere tra i vari membri: lo scopo della terapia è quello di riavvicinare le persone a un potere che possa avvantaggiare tutti i componenti della famiglia e non solo il singolo che in un certo momento sembra essere dominante. In quest'ottica l'attenzione del terapeuta è rivolta non alla comprensione delle cause del problema ma alla soluzione dei problemi che di volta in volta vengono presentati.

La terapia **strutturale** considera la famiglia come un sistema umano basato su regole di interdipendenza tra i membri e su gerarchie che si costituiscono tra i singoli individui e le loro reciproche alleanze. Il terapeuta strutturale ridefinisce la struttura familiare creando le condizioni affinché questa si possa modificare tramite la redistribuzione delle posizioni gerarchiche e di livelli all'interno del nucleo familiare.

La terapia familiare **sistemico-relazionale** nasce considerando il comportamento del paziente in relazione ai comportamenti, ai sentimenti e alle aspettative degli altri membri della famiglia; essa assume un ruolo fondamentale nel bilanciare le relazioni tra i membri in un contesto in cui la “funzione” della persona con il sintomo è quella di avere problemi esprimendo quelli di tutto il sistema familiare, permettendo agli altri membri della famiglia di nascondere le proprie difficoltà. Il lavoro del terapeuta consiste nel prestare la massima attenzione a quello che i membri fanno più che a quello che dicono, ma specialmente a quello che non fanno e non dicono. L'obiettivo da perseguire è quello di intervenire sulle dinamiche disfunzionali modificandole al fine di permettere un funzionamento che non renda necessarie manifestazioni della malattia in uno o più membri della famiglia.

**Il Modello McMaster di Funzionamento Familiare (MMFF)** è un modello di interpretazione del sistema familiare che si focalizza su 6 dimensioni considerate come prevalenti nel condizionare il benessere o il malessere di un nucleo familiare. Esse sono: la risoluzione dei problemi, la comunicazione, i ruoli, la risposta affettiva, il coinvolgimento emotivo, il controllo comportamentale. Per ciascuna di queste aree viene fatta una accurata valutazione insieme ai membri della famiglia e vengono proposte soluzioni per migliorare il funzionamento delle aree deficitarie. Il modello Mc Master dispone di strumenti per la misurazione delle dimensioni basati soprattutto sull'utilizzo di test. Tra questi, il FAD (Family Assessment Device), un questionario autovalutativo che descrive le impressioni che i singoli membri hanno sul funzionamento della famiglia, il MCRS (MC Master Clinical Rating Scale) che è una scala di valutazione in grado di descrivere la tipologia di funzionamento familiare e il

MCSIFF (McMaster Structured Interview of Family Functioning) che è un'intervista che permette al terapeuta di avere una lista di problemi indicati dalla famiglia da cui partire con un percorso idoneo per risolverli.

La **Terapia Sistemica della Famiglia Centrata sul Problema** (Problem Centered System Therapy of the Family: PCSTF) è una terapia che si focalizza sulla definizione di funzionamento familiare equilibrato e squilibrato. Essa si sviluppa attraverso 4 fasi che sono la fase di valutazione iniziale, la fase di contratto, la fase del trattamento e la fase di chiusura. Nella prima fase si identificano le problematiche familiari presentate e si valuta il funzionamento familiare complessivo; nella fase di contrattazione si chiariscono le aspettative, gli obiettivi e gli impegni da assumere; segue la terza fase caratterizzata da un processo di apprendimento e di perfezionamento delle strategie finalizzate alla risoluzione dei problemi attraverso il processo di cambiamento dell'intero nucleo familiare. La fase finale di chiusura definisce gli obiettivi a lungo termine e verifica quelli raggiunti.

## **TRATTAMENTO FAMILIARE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

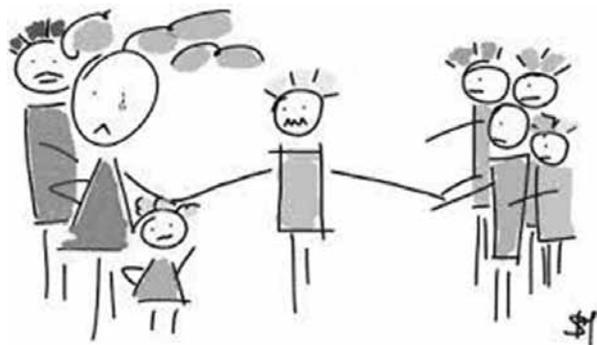
Secondo l'American Psychiatric Association, la terapia familiare è il metodo più efficace, ad esempio, per il trattamento dei pazienti affetti da Anoressia Nervosa in fase adolescenziale. I sintomi dei disturbi alimentari e degli altri disturbi dell'adolescenza sono infatti il risultato di complesse interazioni all'interno del nucleo familiare: la famiglia diventa quindi una risorsa significativa nel processo di guarigione del paziente.

Secondo il modello di terapia familiare dell'ospedale Maudsley di Londra, centro di riferimento mondiale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, nella prima fase del trattamento di questi disturbi la famiglia ha un ruolo fondamentale sul recupero del peso da parte del paziente, successivamente il trattamento si occupa dei problemi familiari che possono interferire con l'alimentazione del soggetto, mentre la terza fase del trattamento si occupa di indagare l'origine del disturbo e di permettere il passaggio al figlio/a delle responsabilità riguardo alla propria alimentazione.

In seguito al successo che la terapia familiare ha ottenuto con i pazienti anoressici, la medesima è stata applicata al trattamento di soggetti con bulimia nervosa e alle relative famiglie. Nello specifico si sono dimostrate efficaci le informazioni fornite alle famiglie sul disturbo e l'aiuto concreto offerto ai genitori per evitare o per interrompere episodi di abbuffate nei figli.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

1. Gurman AS, Kniskern DP. Technolaty, methodolaty and results of family therapy. *Fam Process* 1978; 17: 275-81.
2. Le Grange D, Binford R, Loeb KL. Manualized family- based treatment for anorexia nervosa: a case series. *J am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 41-6.
3. Selvini Palazzoli M, Viaro M. The anoretic process in the family: a six- stages model as a guide for individual therapy. *Fam Process* 1988; 27: 129-48.
4. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russel G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 727-36.



## CAPITOLO 9

# PSICOTERAPIA BREVE PSICODINAMICA ADLERIANA (B-APP)

Si tratta di una psicoterapia breve orientata psicodinamicamente che fa riferimento alla Psicologia Individuale (IP), ovvero all'insieme dei contributi sulla psicoterapia che hanno preso avvio dagli studi di Alfred Adler. L'impostazione dell'IP valuta, fra gli altri, l'importanza dell'ambiente sociale e culturale in cui l'individuo si trova a vivere.

La Psicoterapia Psicodinamica Breve Adleriana (B-APP) è il modello di psicoterapia breve recentemente sviluppato in Italia per la cura di una vasta gamma di disturbi dell'adolescenza e dell'età adulta. Essa fa riferimento alla Psicologia Individuale secondo 3 paradigmi teorici:

1) L'unità psicosomatica dell'individuo, ovvero la inscindibilità delle interazioni tra mente e corpo. Essa cioè presuppone che ogni sofferenza psichica può trovare una modalità espressiva nel corpo e nelle sue funzioni e ogni sofferenze corporea corrisponde ad un certo grado di sofferenza psichica, superando di fatto il dualismo cartesiano mente-corpo.

2) Regolazione del Sé, ovvero necessità dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé per poter sviluppare strategie adeguato ad affrontare le sfide della vita.

3) moduli di legame: le modalità con cui si svolgono le relazioni con i simili sono registrate all'interno dell'individuo, anche nell'inconscio, e diventano "immagini guida" per orientarsi nella vita.

Ne consegue che ogni sintomo mentale o somatico deriva dalla reazione dell'individuo a un ostacolo che non ha la capacità di affrontare e di superare in modo adeguato.

La B-APP è caratterizzata da un numero ridotto e predefinito di sedute settimanali e da un focus, che è rappresentato da una problematica attuale, correlata in modo significativo sia alla personalità e

allo stile di vita del soggetto, sia alla sua sintomatologia.

Il terapeuta, dopo un'accurata valutazione del soggetto, fornisce al paziente informazioni dettagliate sulle regole e sulla modalità di lavoro: infatti per un buon esito del trattamento è fondamentale il consenso esplicito del paziente a partecipare al progetto terapeutico.

Il trattamento è articolato in 5 fasi comprendenti dalle 2 alle 4 sedute; il numero elettivo di incontri è 15, ma può variare da 10 a 20 a seconda delle caratteristiche del paziente, del disturbo da cui è affetto e degli obiettivi che il trattamento si propone di raggiungere.

Gli obiettivi clinici della terapia sono la risoluzione almeno parziale del problema focale, la diminuzione dei sintomi e l'aumento complessivo del benessere del soggetto. In generale i risultati della B-APP dipendono sia da cambiamenti intrapsichici (maturazione del carattere e dunque meccanismi di difesa più adeguati) sia da cambiamenti relazionali (più autonomia per coloro che sono eccessivamente dipendenti e una maggiore ricerca di aiuto per coloro che ricercano troppo l'autonomia).

Il primo obiettivo della terapia è costruire una relazione che permetta sicurezza mentre promuove intimità basata su un atteggiamento di accettazione verso il paziente e di fiducia nella capacità di cambiamento dell'individuo. Lo scopo è quello di modulare autonomia e indipendenza, sia per effetto dell'esperienza relazionale incoraggiante con il terapeuta, sia come conseguenza di quanto si è appreso in seduta. Infine è necessario effettuare una elaborazione precoce e sistematica del distacco dal terapeuta: il numero predefinito di sedute rappresenta di fatto una separazione annunciata.

Le indicazioni alla B-APP dipendono dalla possibilità di trovare un focus circoscritto. Esso deve avere due caratteristiche contemporaneamente: deve rappresentare un problema importante nella vita attuale del paziente e deve esemplificare una dinamica significativa dello stile di vita.

I pazienti con alta tendenza alla dipendenza regressiva e con il rischio di una costante necessità di sostegno, non sono adatti a un trattamento a tempo limitato.

Nella B-APP il terapeuta preserva le difese che costituiscono una risorsa per il soggetto e che non sono distruttive per lo stesso e per le altre persone, mentre lavora sulle difese meno indispensabili o lesive nei confronti dell'autostima del paziente.

Uno degli aspetti più specifici della B-APP è il ruolo centrale giocato dalla identificazione, dall'accettazione e dalla conseguente interpretazione dello stile di vita del paziente e dal suo schema appercettivo ovvero dalla opinione conscia e inconscia dell'individuo circa sé e il mondo, formato dagli schemi cognitivi caratteristici che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali.

La consapevolezza di questi aspetti permette la individuazione di quei fattori che limitano o ostacolano la capacità del soggetto di andare verso un migliore funzionamento.

Gli elementi di cui si avvale il processo terapeutico sono le relazioni incoraggianti, l'identificazione del focus e le aree di possibili cambiamenti all'interno del focus e a loro volta sono suddivise in sottoelementi ed entrambi definiscono i confini delle scelte del terapeuta nell'interazione con il paziente e costituiscono una traccia per valutare come procede il trattamento.

Nell'ambito del focus, il terapeuta aiuta il paziente a tollerare gli eventi esterni più stressanti per la loro gravità o per il loro significato simbolico. A livello più profondo, l'aiuto del terapeuta è volto a filtrare gli stimoli intrapsichici correlati al focus che possono causare regressione maligna o che risultano intollerabili.

I trattamenti psicomodinamici brevi sono largamente utilizzati nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Sono stati effettuati studi su pazienti con DCA trattati con terapia multimodale a rete che comprende alcuni cicli di B-APP, ciascuno di 15 sedute: alla fine del trattamento i pazienti hanno mostrato rilevanti miglioramenti clinici e del funzionamento psicologico e in particolare un cambiamento nel funzionamento della personalità anche se non nella organizzazione complessiva della personalità.

La B-APP è stata anche valutata all'interno di un programma multimodale riabilitativo specifico per pazienti schizofrenici e borderline, evidenziando prove preliminari sulla adattabilità di questa strategia terapeutica per un approccio efficace a questi disturbi difficilmente trattabili.

Con l'uso della B-APP quindi, gli obiettivi specifici del trattamento non sono indirizzati solo alla risoluzione dei sintomi o al raggiungimento della completa guarigione del paziente, ma anche a migliorare il suo funzionamento nell'area del focus, a migliorare le funzioni sociali, a prevenire una ricaduta clinica e sostanzialmente

al miglioramento della qualità di vita del soggetto.

A tutt'oggi, il gruppo di ricerca costituito dal Centro Pilota per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Neuroscienze dell'Università di Torino, dall'Unità di Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale di Chivasso-Torino (ASL TO4) e dall'Istituto di Ricerca della Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi (S.A.I.G.A.) di Torino, ha svolto e svolge trials clinici su centinaia di pazienti trattati con la B-APP in carico a servizi ospedalieri e a Dipartimenti di Salute Mentale per disturbi d'ansia, del tono dell'umore, per disturbo post traumatico da stress, disturbi alimentari e di personalità (cluster C e B).

### **Un esempio concreto di articolazione degli interventi diagnostici, psicoterapeutici e sulla famiglia: il centro DCA di Torino**

Presso il Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino il trattamento dei pazienti affetti da disturbi alimentari parte dalla teoria biopsicosociale che considera i sintomi come espressione di una sofferenza fisica, psichica e relazionale e come meccanismo di difesa dalla sofferenza stessa. La terapia è suddivisa in tre momenti distinti ma correlati tra loro:

1) valutazione biopsicosociale che considera la storia e le caratteristiche attuali della malattia; 2) comprensione dei motivi che hanno determinato un certo quadro patologico nel soggetto in un dato momento della sua esistenza; 3) pianificazione del trattamento a breve, a medio e a lungo termine.

Tale pianificazione si può riassumere nei 3 "Chi" e nei 3 "Cosa" ovvero chi era, chi è e chi vorrebbe essere il paziente e che cosa vuole dal terapeuta, che cosa può fare per sé e che cosa il terapeuta può fare per il paziente.

Il programma di intervento può prevedere diversi tipi di trattamento. Tra questi, è offerto il trattamento ambulatoriale. L'accesso all'ambulatorio avviene tramite una prima visita psichiatrica durante la quale vengono rivolte specifiche domande riguardanti la storia del paziente e al termine della quale viene consegnata una batteria di test volta a indagare alimentazione, immagine corporea, espressioni di rabbia, tono dell'umore, relazioni familiari e caratteristiche di

personalità. Tutto ciò permette al medico curante e all'équipe di formulare un adeguato progetto terapeutico comprendente anche controlli psichiatrici a scadenze fisse, visite dietologiche e dietistiche e psicoterapia individuale breve.

Per pazienti con condizioni più compromesse è previsto il ricovero volontario presso il reparto di Psichiatria e l'eventuale inserimento in day hospital. Il rinvio a strutture territoriali di competenza è previsto in caso di assenza di criteri precisi per la diagnosi del disturbo alimentare.

La psicoterapia psicodinamica breve adleriana (B-APP) è la strategia più indicata per i disturbi alimentari. Il trattamento è articolato in 5 fasi e ognuna comprende da 2 a 4 sedute.

Il terapeuta individua insieme al paziente un focus, cioè il problema attuale connesso significativamente sia con lo stile di vita che con la sintomatologia del paziente e viene impostata una valida alleanza terapeutica. Segue l'approfondimento del focus, con l'elaborazione delle problematiche latenti. Le ultime fasi delle sedute riguardano l'elaborazione delle relazioni, del lavoro terapeutico, delle tematiche di separazione e si concentrano anche sull'incoraggiamento dell'autostima cui segue, nelle battute finali, un riassunto di ciò che è stato affrontato e l'elaborazione di un progetto esistenziale.

Il coinvolgimento e il supporto ai familiari dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare è un aspetto centrale del trattamento poiché la famiglia è parte della causa della patologia e uno stile familiare problematico contribuisce a mantenere il disturbo nel paziente. Gli interventi operati con la famiglia presso il Centro CPR DCA di Torino sono il Gruppo Informativo in cui si presentano ai genitori tutte le sottostrutture facenti parte della Struttura Complessa Universitaria CPR DCA (ambulatorio, day hospital e reparto), ma anche le caratteristiche dell'intervento; il Counselling Individuale volto a tutte le figure significative che ruotano attorno al paziente che manifestino il desiderio di intraprendere il progetto; il Gruppo Psicoeducazionale, che ha lo scopo di informare i genitori circa le patologie dei figli e le dinamiche relazionali e familiari proprie dei disturbi alimentari e nello stesso tempo guida i genitori verso un atteggiamento più comprensivo e incoraggiante.

Infine uno strumento essenziale è il Counselling Adleriano, rivolto a genitori o conviventi che a vario titolo hanno rapporti con il

paziente e centrato sulla riduzione delle dinamiche, degli atteggiamenti e dei comportamenti che i conviventi dei pazienti con disturbi alimentari attuano, ostacolando inconsapevolmente il processo di guarigione. La sfida per il terapeuta è rendere i genitori e i conviventi consapevoli del fatto che il processo di cambiamento richiede spesso pazienza, impegno e apertura nei confronti del partner e del paziente.

### **PER UN APPROFONDIMENTO PERSONALE:**

- Fassino S, Amianto F, Ferrero A. Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *Panminerva Med* 2008; 50: 165-72.
- Fassino S, Pierò A, Levi M, Gramaglia C, Amianto F, Leombruni P et al. Psychological treatment of eating disorders. A review. *Panminerva Med* 2004; 46: 189-98.
- Adler A. Prassi e teoria della Psicologia Individuale. Roma: Newton Compton 1920.
- Gabbard GO, Westen D. Development in cognitive neuroscience: Conflict, compromise and connectionism. *J am Psychoanal Assoc* 2002; 50: 53-98.
- Fassino S, Abbate Daga G, Delsedime N, Busso F, Pierò A, Rovera GG. Baseline personality characteristic of responders to brief psychotherapy in eating disorders. *Eat Weight Disord* 2005; 1: 1-11.
- Fassino S, Abbate Daga G, Pierò A, Delsedime N. Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med* 2007; 28: 141-68.

## CAPITOLO 10

# IL PROBLEMA IN PUNTI

L'adolescenza è la fase della vita in cui si verifica l'esordio della maggior parte dei disturbi mentali. L'età compresa tra i 12 ed i 19 anni è infatti un periodo durante il quale si verificano notevoli cambiamenti fisici e comportamentali. Le problematiche degli adolescenti sono in continua espansione in Italia e nel Mondo. Gli adolescenti manifestano sempre più frequentemente problemi di sofferenza psicologica e questa viene manifestata con comportamenti patologici di vario genere: dalla prostituzione all'abuso di droghe o alcoolici alla depressione, atti autolesivi o anticonservativi. Sono frequenti anche i comportamenti aggressivi nei confronti degli altri come il bullismo, la violenza di gruppo, anche sessuale, fino alle violenze intradomestiche. Il 36% dei ragazzi e il 32% delle ragazze sono state vittime di bullismo, mentre il 40% dei ragazzi e il 28% delle ragazze sono stati autori di bullismo almeno due volte al mese. Sono insidiosi anche i fenomeni come le nuove dipendenze da internet e da gioco d'azzardo online.

Un'attenzione particolare meritano i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che rappresentato in età adolescenziale una modalità di espressione sempre più frequente di disagio psichico e necessitano spesso di supporto psichiatrico. Anoressia, bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata oggi rappresentano la prima causa di morte per patologie psichiatriche tra gli adolescenti. Essi vengono considerati come una patologia complessa in cui interagiscono, in un continuo divenire, fattori biologici, psicologici e socio-culturali diversi. Il centro pilota regionale per i DCA dell'Università di Torino offre un modello di intervento articolato tra assistenza psichiatrica, psicologica e nutrizionale agli adolescenti affetti da DCA ed interventi di psicoeducazione, supporto e counseling ad i loro familiari. Grazie a tale strategia di intervento esso un centro di eccellenza a livello nazionale e rappresenta uno dei centri leader nel panorama europeo e mondiale. Negli ultimi decenni il Centro DCA si è occupato anche di ricerca avanzata nel contesto della Diagnosi

stica per Immagini (ad esempio la TAC, la Risonanza Magnetica o la PET), strumento ormai validato a livello mondiale per lo studio delle basi neurobiologiche di numerose patologie psichiatriche. Ciò nonostante, l'accesso alle cure e gli strumenti di diagnosi e prevenzione anche in questo settore risultano scarsi, le persone che soffrono di un disturbo del comportamento alimentare spesso non sono informate o sono spaventate rispetto a modelli di cura anche ben validati in ambito scientifico, ma poco accessibili se non sconosciuti alla popolazione generale che si avvicina per la prima volta a queste malattie.

Inoltre, accanto alle problematiche dell'adolescente, esistono le problematiche della famiglia dell'adolescente affetto da disagio psichico. La famiglia è in crisi nella gestione delle problematiche degli adolescenti e talvolta è portatrice di psicopatologia attraverso maltrattamenti fisici o psicologici, negligenza e incapacità genitoriali. Disturbi depressivi o altri disturbi psichiatrici nei genitori possono influenzare problematiche di adattamento o psicopatologie adolescenziali. Gli interventi sulla famiglia sono di estrema rilevanza al fine di ridurre gli esiti infausti. Alcune evidenze incoraggianti sottolineano come tali interventi rappresentino una concreta possibilità di prevenzione del disagio psichico in età adulta con evidenti benefici economici e sociali.

Secondo un ampio numero di studi scientifici in Italia ed in Europa il 75% dei disturbi mentali si manifesta prima dei 25 anni. Per questo tra gli eventi del semestre italiano di presidenza del Consiglio d'Europa è stata inclusa anche a dicembre 2014 la Conferenza sulla salute mentale dei giovani promossa dalla Commissione Europea e presieduta dai massimi esperti della psichiatria mondiale dal titolo: *“La salute mentale dei giovani, dalla continuità della psicopatologia alla continuità dell'assistenza”*. In particolare la conferenza ha posto l'accento su un problema di tutti i sistemi sanitari europei: l'organizzazione dei servizi di salute mentale non prevede alcuna continuità assistenziale e vi è una frattura organizzativa, teorica, clinica, tra i servizi di salute mentale che si occupano di infanzia ed adolescenza e quelli che si occupano dell'età adulta. Ciò comporta il rischio che il giovane malato e la sua famiglia siano abbandonati a se stessi fino a quando, magari dopo anni o decenni, il disturbo mentale si manifesta in tutta la sua gravità. I ragazzi che subiscono una

transizione inadeguata tra i servizi neuropsichiatrici e quelli della psichiatria per gli adulti sono numerosi, molti sfuggono alle cure e spesso questo incide pesantemente sull'esito del loro disturbo.

Uno degli ostacoli fondamentali è rappresentato dalla difficoltà dei giovani di avvicinare gli adulti per richiedere aiuto. Gli operatori specializzati (neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi e psicoterapeuti) sono spesso considerati dagli adolescenti difficili da raggiungere o incapaci di fornire un aiuto. La scuola, gli insegnanti sono a loro volta spesso impreparati, talvolta poco motivati a riconoscere il disagio degli allievi e offrire il primo supporto o costruire una rete terapeutica con le famiglie ed i servizi. Gli sportelli di ascolto scolastico rappresentano spesso risorse limitate e talvolta oggetto di stigma. Inoltre generalmente non sono sufficientemente integrati nella rete socioassistenziale e quindi possono rappresentare momenti di aiuto puntiformi e isolati anziché l'inizio di un processo di aiuto e supporto continuativo per i ragazzi. Inoltre, la scarsa presenza fisica dei genitori che sono spesso impegnati in attività, lavorative e non, fuori casa si accoppia alla scarsa disponibilità ad affrontare i problemi emotivi dei figli.

In alcuni paesi con un avanzato sistema sanitario pubblico sono stati applicati specifici progetti di prevenzione e intervento precoce per interrompere l'evoluzione di tali patologie in età adulta. In alcuni contesti extraeuropei, sono stati introdotti strumenti terapeutici in collaborazione con le scuole, come i gruppi creativi nei dopo-scuola affiancati a selezione dei casi a rischio" da parte dei docenti indirizzati verso percorsi individuali e/o familiari di tipo psicoterapico. Alcune nuove ricerche pongono l'attenzione sull'importanza di creare servizi di possibile prevenzione e diagnosi precoce di sofferenza psichica nel contesto adolescenziale fruendo di sistemi in grado di arrivare a quel soggetto con quelle caratteristiche offrendogli la possibilità di usufruire di trattamenti maggiormente personalizzati ed efficaci. Un esempio di questa nuova modalità di approccio ai disturbi mentali in età adolescenziale è rappresentato dalla possibilità di creare delle applicazioni telefoniche di cui il singolo soggetto possa usufruire per esprimere un disagio, chiedere aiuto ed interfacciarsi con il giusto strumento di cura selezionato per il tipo di disagio espresso. Tuttavia, non ci sono ancora studi e protocolli sufficienti per supportare l'efficacia delle applicazioni per bambini, preadole-

scenti e adolescenti con problemi di salute mentale.

In Italia esistono ancora numerose domande e problemi a cui rispondere nel contesto del disagio psichico dell'adolescenza. Le problematiche riguardano ciascun aspetto della catena clinica, socio-sanitaria e relazione dell'adolescente a rischio. Il sistema sanitario e scientifico deve rispondere a problemi di natura clinica (gestione e terapia di nuove forme di sofferenza mentale tra gli adolescenti), socio-sanitaria (programmi di prevenzione, istruzione e diagnosi precoce alle diverse forme di disagio psichico giovanile), relazionale (coinvolgimento, cura e supporto delle famiglie) e istituzionale (formazione di strutture o protocolli di raccordo tra età adolescenziale ed adulta, formazione delle figure educative, facilitazione per gli adolescenti di accesso alle cure e sistemi di informazione efficace).

## CAPITOLO 11

# CONCLUSIONI

Le problematiche psicopatologiche degli adolescenti sono in continua espansione in Italia e nel mondo occidentalizzato. Molti autori si sono chiesti perché vi sia un incremento esponenziale di molte diagnosi, la risposta più convincente è che una società competitiva, stimolante ma capace di poco supporto emotivo e valoriale come quella contemporanea è un ambiente stressante per lo sviluppo adolescenziale.

Gli adolescenti manifestano sempre più frequentemente problemi della condotta e disturbi di esternalizzazione: dalla prostituzione all'abuso di droghe o alcolici, alla depressione, agli atti autolesivi o anticonservativi. Sono frequenti i comportamenti aggressivi come il bullismo, la violenza di gruppo, anche sessuale, fino alle violenze domestiche. Insidiosi sono i fenomeni delle nuove dipendenze da internet e da gioco d'azzardo online. Un'attenzione particolare meritano i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata) che rappresentano una modalità espressiva sempre più frequente del disagio giovanile, sono oggi la prima causa di morte per cause psichiatriche tra gli adolescenti, manifestano peculiari forme di resistenza al trattamento e richiedono un approccio terapeutico multidisciplinare estremamente specialistico e complesso.

A causa delle difficoltà delle famiglie nel gestire la psicopatologia dei figli le casistiche di adolescenti ricoverati nei reparti di psichiatria per gli adulti sono in crescita. A ciò contribuisce lo sviluppo fisico e sessuale sempre più precoce a fronte di una maturazione psicologica ritardata. Questo disaccoppiamento rende la gestione dei disturbi comportamentali molto complessa. Nonostante l'esistenza di terapie efficaci per la depressione o i disturbi bipolari il ricorso a mezzi coercitivi è sempre più frequente a causa dell'impotenza dei familiari. I genitori sono spesso in difficoltà nel costruire e gestire una relazione con i propri figli anche a causa delle problematiche personali. Essi risultano spesso incapaci di stabilire rapporti di auto-

rità e gerarchia in grado di contenere i giovani sul versante affettivo e normativo della relazione genitoriale.

L'assistenza psichiatrica durante l'adolescenza è un problema cruciale. I ragazzi che subiscono una transizione inadeguata tra i servizi neuropsichiatrici e quelli della psichiatria per gli adulti sono numerosi, molti sfuggono alle cure e spesso questo incide pesantemente sull'esito del loro disturbo. In alcuni paesi con un avanzato sistema sanitario pubblico sono stati applicati specifici progetti di prevenzione e intervento precoce per interrompere l'evoluzione in età adulta.

Gli interventi sulla famiglia sono di estrema rilevanza al fine di ridurre gli esiti infausti. Alcune evidenze incoraggianti sottolineano come counselling e terapie familiari rappresentino una concreta possibilità di prevenzione del disagio psichico in età adulta con evidenti benefici economici e sociali. Il centro pilota regionale per i DCA dell'Università di Torino offre un modello di intervento articolato tra assistenza psichiatrica, psicologica e nutrizionale agli adolescenti affetti da DCA ed interventi di psicoeducazione, supporto e counselling ad i loro familiari. Grazie a tale strategia di intervento esso è stato definito secondo centro di eccellenza a livello nazionale ([expertscape.com](http://expertscape.com)) e rappresenta, accanto ad altri come quello del Maudsley Hospital di Londra, uno dei centri leader nel panorama europeo e mondiale.

Infine un rilievo particolare ha la necessità di una adeguata formazione dei medici alle problematiche neuropsichiatriche dell'adolescenza, alla gestione delle problematiche relazionali intrafamiliari ed al supporto alla genitorialità. Infatti interventi medici precoci e adeguati sono necessari ed efficaci nella corretta gestione e prevenzione delle gravi conseguenze che la psicopatologia giovanile può generare in termini di sofferenza psichica e costi sanitari.

In sostanza anche se le numerose problematiche dell'adolescenza rappresentano una sfida cruciale per la società occidentale contemporanea, non mancano le idee e le possibilità concrete di affrontarla e superarla con successo. La via maestra è rappresentata dall'investimento sul *capitale umano* delle nuove generazioni che rappresentano il futuro della società contemporanea e sono essenziali per la sua prosperità e sopravvivenza. Se la nostra società tornerà a valorizzare l'educazione e la formazione dei figli come un compito

essenziale e indispensabile, oltre che affascinante e bellissimo, in mano a genitori, educatori, ma anche medici e politici quelle che oggi appaiono disperate richieste d'aiuto potranno realizzarsi come spinte ad una maturazione culturale necessaria per l'evoluzione della società stessa.



## GLOSSARIO DI BASE PER LA NAVIGAZIONE IN INTERNET

- ACCOUNT:** Dispositivo che permette l'accesso a determinati servizi informatici, dietro inserimento di username e password. Creare o acquistare un account, vuol dire fare una richiesta affinché vengano assegnati uno user id e una password con le quali l'utente può accedere ad un servizio.
- ADSL:** tecnologia di trasmissione tramite la linea telefonica, la cosiddetta "banda larga" che ha soppiantato i modem tradizionali.
- ADWARE:** Software che raccoglie informazioni per spedire messaggi pubblicitari ad hoc (fa parte della categoria degli spyware).
- ALLEGATO:** Si chiamano allegati i file spediti insieme a un messaggio di posta elettronica. Si possono inviare come allegati file di qualsiasi tipo: documenti di testo, immagini, programmi completi, ecc. Vi consigliamo di fare sempre molta attenzione agli allegati, perché possono contenere al proprio interno virus che danneggiano il computer.
- ANTISPAM:** Strumento di sicurezza informatica progettato per contrastare lo spamming. Con tale termine si indica l'insieme dei messaggi di posta elettronica non sollecitati.
- ANTISPYWARE:** Software che cerca nel nostro computer tracce di programmi che installano dati o programmi a nostra insaputa per sapere quello che facciamo con il PC.
- ANTIVIRUS:** Strumento di sicurezza informatica progettato per intercettare, bloccare e rimuovere i virus informatici.
- BLOG:** Contrazione di web log. Sono delle pagine web, che possono essere create senza avere particolari competenze tecniche e che permettono, a chi le legge, di lasciare dei commenti. Hanno la caratteristica di assomigliare ad una specie di diario online, in cui ogni nuova pubblicazione viene inserita in ordine cronologico con data e ora di pubblicazione.
- BROWSER:** Programma che permette di esplorare la rete World Wide Web. È necessario per consultare le informazioni presenti in rete sul proprio computer (tra i browser più diffusi c'è Microsoft Internet Explorer).
- CD ROM:** CD che si può solo leggere, non scrivere. La capacità massima di un CD-ROM è di 700 MB.

- CHAT:** È il luogo d'incontro in rete fra utenti che, in tempo reale, possono comunicare fra loro utilizzando quasi esclusivamente il testo (ma anche voce e immagini) come modalità di comunicazione e trasferimento dati.
- CLIENT:** Componente hardware o software che accede ad un altro, chiamato server, per ottenere un servizio (es. un computer che richiede informazioni presenti su un altro computer).
- COOKIE:** File contenente informazioni raccolte mentre l'utente visita un sito web. Le informazioni sono memorizzate sul disco fisso dell'utente per essere riutilizzate alla successiva connessione a quel sito.
- CONNESSIONE:** serve per collegare il computer a internet.
- COPYRIGHT:** Insieme di diritti esclusivi che regolano l'uso di una forma originale di espressione creativa originale ("opere dell'ingegno"). Nella maggior parte dei casi, questi diritti sono di durata limitata.
- CRIMEWARE:** Modalità di furto dell'identità elettronica legata alla diffusione presso le postazioni degli utenti di home banking di specifiche tipologie di virus informatico.
- CRITTOGRAFIA:** Sistema di mascheramento delle informazioni riservate affinché non possano essere visibili ad eventuali aggressori. Utilizzato soprattutto prima della trasmissione su Internet di dati sensibili (es. il numero della carta di credito), ma è possibile crittografare anche informazioni memorizzate sul nostro computer.
- CYBERCRIME:** crimine informatico, è il crimine che si mette in pratica attraverso le tecnologie informatiche.
- CYBERSTALKING:** il molestatore invia ripetutamente aggressioni e denigrazioni minacciose mirate a incutere paura nella vittima.
- DENIGRAZIONE:** messaggi che hanno lo scopo di danneggiare la reputazione della vittima;
- DIRITTO D'AUTORE:** Il diritto d'autore, che corrisponde al copyright angloamericano, protegge le opere, ossia le creazioni immateriali letterarie e artistiche, che hanno carattere individuale, come la letteratura, la musica, le immagini, i film, i programmi per computer,...
- DOWNLOAD:** Operazione di copia sul proprio computer di file presenti su qualche altro computer della rete Internet. Possono essere scaricati programmi, immagini, musica, video, libri elettronici.
- EBAY:** è un enorme mercato in rete in cui compratori e venditori di tutto il mondo si incontrano per effettuare acquisti e vendite. Per partecipare agli scambi è necessario registrarsi al sito.
- E-COMMERCE:** Il termine e-commerce si riferisce all'uso di Internet per

condurre e portare a termine transazioni tra un'azienda e i suoi clienti, oppure tra due aziende.

**E-MAIL:** Posta elettronica. Il più “antico” sistema di comunicazione elettronica. Permette di mandare un messaggio in pochi secondi a un destinatario (o anche ad un gruppo di destinatari) senza che quest'ultimo sia collegato in quel momento. La prima casella di posta elettronica viene fornita dal provider, ma se ne possono aggiungere altre collegandosi ai molti siti che forniscono gratuitamente questo servizio. È possibile accedere alla propria casella o attraverso il browser, collegandosi al sito presso il quale abbiamo creato la casella, o attraverso un programma apposito (es. Outlook Express).

**EMOTICON:** o smiley, icona che esprime emozioni, riproduzione stilizzata delle principali espressioni facciali umane che si manifestano in presenza di un'emozione.

**EMULE, LIMEWIRE, BEARSHARE,....:** software per la condivisione di musica, foto, video, film e altro ancora.

**ESCLUSIONE:** il molestatore riesce ad escludere la vittima da un gruppo on line per emarginarla;

**FACEBOOK:** è uno dei più popolari siti di social network dove gli utenti possono creare un profilo che spesso contiene foto, video e liste di interessi personali.

**FILE:** Un insieme di dati (caratteri, numeri, qualsivoglia cosa) memorizzato su un computer con un nome che lo identifica.

**FILE SHARING:** Condivisione di file attraverso una rete di computer.

**FIREWALL:** Letteralmente “muro taglia-fuoco”. Sistema di protezione hardware o software che permette di controllare le trasmissioni in entrata e uscita dal nostro computer che possono avvenire a nostra insaputa.

**FLAMING:** messaggi on line violenti e volgari che hanno lo scopo di suscitare liti e battaglie verbali in un sistema informatico;

**FORUM:** Area di discussione, all'interno di un sito, su argomenti di interesse comune. La comunicazione avviene in maniera asincrona.

**FREEWARE:** Software distribuito gratuitamente.

**FTP (*File Transfer Protocol*):** Protocollo per il trasferimento di file in Internet.

**HACKER:** Pirata informatico che penetra, per sfida, dentro reti o computer di altri forzando i sistemi di protezione, scoprendo eventuali password o “buchi” del sistema operativo.

**HARD DISK:** Unità di memoria di massa che costituisce il principale ar-

chivio per il sistema operativo, il software e i dati di un computer. Ogni computer ha un disco rigido al suo interno e il sistema operativo Windows assegna al disco rigido interno la lettera identificativa C.

**HARDWARE:** È l'insieme di apparecchi che vanno a costituire un computer.

**HOME PAGE:** È la pagina di partenza di un sito Internet.

**HTML** (*Hyper Text Mark-up Language*): Linguaggio utilizzato nella costruzione delle pagine web e dei vari collegamenti ipertestuali

**HTTP** (*Hyper Text Transfer Protocol*): Protocollo utilizzato per il trasferimento delle pagine web.

**HTTPS** (*Hyper Text Transport Protocol Secure*): Protocollo per l'accesso a server web sicuri.

**IMAP:** Protocollo per accedere alla lettura delle email direttamente sul server senza che queste vengano scaricate sul proprio computer. In questo modo l'utente può decidere autonomamente quali e-mail scaricare, visualizzandone il mittente, l'oggetto e altre caratteristiche.

**INDIRIZZO IP:** Indirizzo numerico che identifica i PC connessi alla rete.  
**inganno** (trickery): ottenere la fiducia di qualcuno con l'inganno per poi pubblicare o condividere con altri le informazioni confidate;

**INTERNET EXPLORER:** Browser creato da Microsoft ed utilizzato nei sistemi Windows.

**IPERTESTO:** Testo consultabile non solo in modo sequenziale, ma anche seguendo dei collegamenti (link) predisposti. Normalmente comprende informazioni multimediali. È il meccanismo di consultazione alla base del web, ma oggi viene largamente utilizzato anche in altri ambiti.

**LINK:** Collegamento tra diverse pagine web, può essere costituito da immagini o testo.

**MAILBOX:** area di memorizzazione su disco assegnata all'utente di una rete che contiene i messaggi di posta elettronica indirizzati ad un determinato indirizzo email.

**MAILING LIST:** Gruppo di discussione su argomenti di interesse comune, che agisce inviando messaggi di posta elettronica a tutti i membri di una lista.

**MALWARE:** Abbreviazione di malicious software, ovvero software creato intenzionalmente per danneggiare un sistema informatico.

**MESSAGGISTICA ISTANTANEA:** Sistema di comunicazione che permette di comunicare in modalità testuale messaggi brevi in modo sincrono. A differenza delle chat ,generalmente, gli interlocutori sono

conosciuti. I più diffusi programmi sono MSN Messenger, ICQ, Yahoo Messenger.

**MICROSOFT:** Famosa società statunitense che sviluppa software per computer. Fondata nel 1977 da Bill Gates e Paul Allen, ha sviluppato i sistemi operativi MS-DOS e WINDOWS.

**MODEM:** Dispositivo che permette il collegamento di un computer (o di una rete locale) a Internet.

**MOLESTIE (harassment):** spedizione continuativa di messaggi volgari o di insulto volti a irritare e ferire psicologicamente la vittima;

**MOTORE DI RICERCA:** Programma raggiungibile attraverso la rete e in grado di consentire la ricerca di informazioni mediante l'inserimento di una o più parole chiave o, in alternativa, per argomento. I più diffusi sono Google e Yahoo.

**MSN:** è il sistema di comunicazione istantanea più diffuso tra i giovani e permette la comunicazione online via testo, voce o webcam tra due o più persone in tempo reale. Per poter entrare in contatto le persone devono essere reciprocamente inserite nelle rispettive liste di contatti. A differenza della chat gli interlocutori sono solitamente conosciuti in quanto si necessita del loro indirizzo email.

**MULTIMEDIA:** File che contiene testo, immagini, musica e video.

**NAPSTER:** Primo grande servizio di file sharing. Creato nel 2000, ebbe un enorme impatto nel mondo di Internet. A seguito di alterne vicende, venne chiuso due anni dopo.

**NETIQUETTE:** Si tratta di una serie di norme comportamentali da osservare quando si utilizzano i servizi su Internet al fine di non disturbare o arrecare fastidio agli altri utenti.

**NEWSGROUP:** Gruppo di discussione. È una specie di bacheca elettronica che utilizza la rete Usenet per permettere di scambiarsi informazioni su un argomento di interesse comune. Per accedere occorrono programmi adatti (newsreader), ad es. Outlook Express.

**NEWSLETTER:** Notiziario diffuso (di norma gratuitamente) attraverso la posta elettronica.

**NICKNAME:** nella cultura di internet è uno pseudonimo, usato dagli utenti di Internet per identificarsi in un determinato contesto o in una determinata comunità virtuale.

**OPEN SOURCE:** Software del quale viene distribuito, gratuitamente o dietro pagamento di una licenza, il codice sorgente, in modo che sia possibile modificare tale codice. Il principio su cui si basa è la libera

circolazione delle idee.

**OFFLINE:** quando non si è connessi a internet.

**P2P (Peer To Peer):** Rete di computer “alla pari”, in cui i ruoli di client e server sono interscambiabili. Es. le reti che effettuano il file-sharing.

**PASSWORD:** Sequenza di caratteri segreti richiesti per accedere alle informazioni.

**PAYPAL:** è uno strumento di pagamento tramite il quale è possibile effettuare transazioni presso molti negozi online.

**PC:** sigla che indica personal computer.

**PHARMING:** Manipolazione della risoluzione dei nomi tramite DNS e comunicazione locale (ad es. Hosts-file) con l’obiettivo di dirottare l’utente su un server falsificato e di accedere in tal modo a dati confidenziali (dati di login).

**PHISHING:** Tentativi di carpire i dati personali di un utente attraverso la posta elettronica o il web.

**POP3:** Protocollo per la ricezione corretta della posta elettronica.

**POP-UP:** Strumento di segnalazione asincrono che viene presentato all’utente durante l’apertura di pagine Web sotto forma di “finestra”. È generalmente utilizzato per comunicazioni di tipo pubblicitario o altro contenuto di tipo informativo.

**PRIVATE ROOM:** stanza virtuale in cui è possibile avere una conversazione privata con una o più persone scelte dall’utente.

**PRIVACY:** vita personale e privata, diritto alla riservatezza delle informazioni personali.

**PROTOCOLLO:** Insieme di regole che consentono uno scambio corretto di informazioni attraverso la rete. In Internet vengono utilizzati protocolli diversi a seconda del tipo di informazione che deve essere trasmessa e della funzione che ha il protocollo. I principali protocolli utilizzati sono TCP, IP, HTTP, POP3, SMTP, FTP

**PROVIDER: (Internet Service Provider - ISP):** Fornitore di servizi Internet. È una società che consente, attraverso i suoi dispositivi, il collegamento a Internet. Normalmente fornisce anche una o più caselle di posta elettronica e una certa quantità di spazio web.

**RETE:** Insieme di computer e dispositivi connessi fra loro in modo da consentire la comunicazione tra utenti collegati e la condivisione di file e altre risorse.

**RETE GEOGRAFICA:** Anche detta WAN (*Wide Area Network*). Rete estesa sul territorio. Internet è una rete geografica.

- RETE LOCALE:** Anche detta LAN (*Local Area Network*). Rete di dimensioni limitate (ufficio, palazzo, appartamento).
- RIVELAZIONI (exposure):** il molestatore pubblica informazioni private o imbarazzanti riguardanti la vittima per metterla in cattiva luce o per farla vergognare;
- ROOTKIT:** Malware che si installa nel sistema operativo e che permette all'aggressore di avere un completo controllo del computer.
- ROUTER:** Dispositivo hardware in grado di gestire l'instradamento tra due reti collegate ad Internet.
- SECOND LIFE:** è un gioco di ruolo per computer che permette agli utenti di crearsi il loro mondo virtuale dalla A alla Z. Il contenuto di Second Life è creato dagli utenti stessi.
- SERVER:** Componente hardware o software che fornisce servizi ad altri componenti, chiamati client, collegati in rete.
- SHAREWARE:** Software distribuito gratuitamente per un periodo di tempo limitato (in prova) dopo il quale si disattiva automaticamente, a meno che non venga fatta la registrazione dietro il pagamento della licenza d'uso.
- SKYPE:** programma di messaggistica istantanea che unisce le caratteristiche della chat ad un sistema di telefonate. Con Skype è possibile telefonare gratuitamente ad altri utenti Skype, oppure effettuare delle chiamate a basso costo verso i telefoni fissi nazionali, internazionali e intercontinentali.
- SISTEMA OPERATIVO:** Insieme di programmi di base che consentono l'utilizzo di tutte le risorse hardware e software del computer (es. Windows, Linux).
- SITO WEB:** Insieme di pagine collegate tra di loro attraverso dei link accessibili da un indirizzo Internet e contenenti informazioni di vario tipo. Un sito può essere costituito anche da una sola pagina.
- SMTP (*Simple Mail Transfer Protocol*):** Protocollo per il corretto invio della posta elettronica.
- SOCIAL NETWORK:** rete sociale, è una rete di persone che si incontra in spazi virtuali attraverso l'uso di software o siti dedicati.
- SOFTWARE:** È un programma o una serie di comandi da far eseguire al computer.
- SOFTWARE PIRATA:** programma che possiede identiche caratteristiche dell'originale ma che è privo della licenza commerciale alla vendita o all'uso.

**SOSTITUZIONE DI PERSONA** (impersonation): il molestatore mascherà la propria identità facendosi credere un'altra persona per utilizzare un profilo neutro e sferrare altri attacchi o reperire informazioni;

**SPAM**: Posta spazzatura, non sollecitata che in genere intasa la casella di posta elettronica e può servire come veicolo per il phishing.

**SPAMMING**: consiste nell'invio di una stessa e-mail, contenente di solito pubblicità, a centinaia, se non a migliaia di persone.

**SPOOFING**: Versione falsa di qualcosa che esiste veramente (es. il sito web di una banca) per carpire informazioni riservate.

**SPYWARE**: Programma che, senza adeguato avviso, controlla le nostre attività on line e acquisisce nostre informazioni personali.

**TCP/IP** (*Transmission Control Protocol/Internet Protocol*): Coppia di protocolli alla base di tutte le trasmissioni in Internet.

**TEMP FILE**: file temporanei.

**TROJAN**: Virus mascherato all'interno di un'applicazione apparentemente inoffensivo. I Trojan vengono erroneamente considerati worm ma, a differenza di essi, non sono in grado di autoreplicarsi.

**UPLOAD**: Operazione di caricare su un computer in rete e mettere a disposizione degli altri i propri file (per esempio delle pagine web create da noi).

**URI**: Acronimo inglese di "Uniform Resource Identifier". È un identificatore generico che consente l'individuazione di una qualsiasi risorsa.

**URL** (*Uniforme Resource Locator*): Indirizzo usato per identificare la posizione di una pagina HTML o di un file su Internet (es: [www.caspur.it](http://www.caspur.it)).

**USERNAME**: Identificativo di un utente di un sistema informatico.

**VIRTUALE**: Virtuale è tutto ciò che, pur non essendo reale e concreto, ha tutte le condizioni potenziali per esserlo.

**VIRUS e WORM**: Sono programmi o codici che si replicano sui file con cui vengono in contatto. Si attivano in molte maniere e si diffondono soprattutto attraverso la posta elettronica. Possono semplicemente replicarsi o danneggiare i file presenti sul nostro computer, creare back door (botole per l'accesso non autorizzato di eventuali aggressori) o addirittura causare il blocco totale del sistema.

**VOIP** (*Voice Over IP*): Sistema per la comunicazione vocale (e anche delle immagini) attraverso Internet. È possibile comunicare gratuitamente tra due computer che abbiano installato lo stesso programma. A pagamento è possibile telefonare anche a numeri tradizionali. Esistono telefoni particolari che permettono di utilizzare questo servizio senza avere un computer.

- WEBCAM:** Piccola telecamera, destinata a trasmettere immagini in streaming via Internet, ma anche in grado di fare fotografie a bassa risoluzione.
- WEBTI:** social network ticinese che permette di crearsi un profilo, condividere le proprie foto, conoscere nuovi amici. Indicato soprattutto per adolescenti.
- WI-FI** (*Wireless Fidelity*): Nato come standard per il collegamento senza fili (wireless) di reti locali, attualmente si sta diffondendo sempre più perché permette, attraverso dei punti di accesso (access point) il collegamento ad Internet in alberghi, aeroporti e in tutti i posti dove è difficile avere una connessione via cavo.
- WIKIPEDIA:** La più grande enciclopedia on line creata in modo collaborativo attraverso la tecnologia wiki.
- WinMX:** Programma P2P per il file sharing creato nel 2001.
- WORLD WIDE WEB:** Lett. “ragnatela di dimensioni mondiali”. Indica un immenso ipertesto multimediale costituito da un insieme di pagine che possono essere memorizzate in computer sparsi in tutto il mondo. Inizialmente nato per permettere agli scienziati di mettere in comune in modo semplice e veloce i risultati delle loro ricerche, è diventato un “pozzo inesauribile di informazioni” nonché un mezzo per svolgere molte attività da casa o dall’ufficio.
- YOUTUBE:** è un sito web che consente la condivisione di video tra i suoi utenti.
- 3G-4G:** tecnologia (di terza e quarta generazione) che permette di collegare i dispositivi come gli smartphone ad Internet tramite la rete mobile, anch’essa “wireless”.

## MINI GLOSSARIO DI DISPOSITIVI PER LA NAVIGAZIONE INTERNET

- Telefono cellulare:** apparecchio radio mobile ricetrasmittente per la comunicazione in radiotelefonata di una rete cellulare. Prima dell’avvento degli smartphone anche altri cellulari venivano utilizzati per accedere ad Internet, ma ad essi veniva preferito l’uso del PC
- Smartphone:** “telefono intelligente”, il primo modello è stato l’iPhone (prodotto dalla Apple), a cui oggi sono presenti numerose alternative. Attualmente il dispositivo preferito per la navigazione Internet.
- Tablet PC:** computer portatile generalmente con schermo tattile (touch-screen) come gli smartphone.

- Phablet:** dispositivi touch-screen di dimensioni intermedie tra quelle degli smartphone e dei mini tablet, e che ne combinano le caratteristiche (phablet da phone+tablet).
- Smartwatch:** orologio con numerose funzionalità analoghe a quelle di uno smartphone, in connessione wi-fi con uno strumento di navigazione su internet rappresenta una sorta di mini-computer da polso.
- Personal Computer (PC):** ogni computer per uso generico, il desktop computer è la versione fissa
- Laptop:** computer portatile che presenta schermo e tastiera integrati con il corpo del PC, letteralmente "che sta in grembo"(in realtà ne è sconsigliato un uso a contatto con il corpo per le temperature elevate che può sviluppare).
- Notebook:** sottotipologia di laptop dalle dimensioni contenute, è costituito da due blocchi uniti tra loro che lo rendono ripiegabile come un quaderno. È il "portatile" più comune.
- Netbook:** versione in dimensioni ridotte del notebook, popolare prima dell'avvento dei tablet, oggi molto meno frequentemente acquistato.
- Palmare:** personal computer che può essere contenuto nel palmo di una mano.
- Console per videogiochi (PS4, XboxOne, Nintendo Switch...):** le odierne console sono connesse ad Internet e consentono ad esempio partite con altri giocatori in rete.
- Lettore di eBook:** i moderni dispositivi per la lettura di libri in formato digitale dispongono anche di connettività Internet.

## POSTFAZIONE

Il libretto curato con profonda competenza e passione dalla Prof. Bergui e steso dal prof. Amianto e rappresenta un interessante compendio divulgativo sui principali disturbi che affliggono gli adolescenti nel mondo contemporaneo.

Queste problematiche che, a partire dalle alterazioni del comportamento quali la dipendenza da internet, l'hikikomori e il cyberbullismo giungono fino alla fobia scolare, ai disturbi del comportamento alimentare e ad altre forme di psicopatologia dell'adolescenza, suscitano nella comunità scientifica interrogativi su come (e se) le caratteristiche della nostra società possano interferire con lo sviluppo cerebrale delle nuove generazioni.

Lo sviluppo cerebrale dell'età adolescenziale e le sue alterazioni conseguenti a fenomeni psicopatologici rappresentano un oggetto di studio estremamente complesso e variegato che coinvolge molte discipline biologiche, mediche e psicologiche. Durante l'adolescenza il cervello subisce un intenso processo di maturazione evidenziato a livello macroscopico da fenomeni quali l'ispessimento corticale ed l'approfondimento delle circonvoluzioni cerebrali a carico delle strutture frontali, parietali e temporali che riflettono profondi cambiamenti a livello dei circuiti nervosi e corrispondono allo sviluppo di funzioni come l'astrazione, il controllo degli impulsi, la regolazione emotiva, indispensabili all'esistenza sociale e relazionale dell'individuo nell'età adulta.

Tra i fattori che possono influenzare lo sviluppo e la definitiva organizzazione di molti circuiti nervosi gli ormoni giocano un ruolo centrale, infatti gli ormoni tiroidei, gli ormoni gonadici e quelli surrenalici hanno la capacità di guidare la formazione delle connessioni sinaptiche ed indurre il differenziamento di diversi tipi neuronali. In particolare, gli steroidi prodotti dalle gonadi (estradiolo e testosterone) hanno come bersaglio i circuiti che controllano la riproduzione, ma sono coinvolti anche nell'organizzazione di altri circuiti come quelli che influenzano l'aggressività o l'apprendimento. L'età ado-

lescenziale è caratterizzata proprio da alterazioni di questi ormoni che quindi vanno a modificare profondamente l'organizzazione ed il funzionamento cerebrale. L'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisogonadi dipende da molti fattori (non ancora completamente compresi): genetici, ormonali, epigenetici. In particolare, i fattori ambientali (quali lo stress, l'esposizione a stimoli sessuali, l'alimentazione, o l'esposizione a composti in grado di alterare il funzionamento del sistema endocrino), i fattori fisici (come lo stato nutrizionale o il livello di attività fisica), gli aspetti intrapsichici (i conflitti e la maturazione della personalità), e relazionali (le interazioni con i familiari e i pari) interagiscono in modo complesso con le disposizioni genetiche individuali per determinare la sessualizzazione fisica dell'individuo e lo sviluppo dei comportamenti sessuali in ambito relazionale.

L'organizzazione definitiva del sistema nervoso avviene anche per l'eliminazione selettiva delle reti neuronali (*pruning* o potatura) poco utilizzate durante l'infanzia, mentre vengono selezionate quelle che manterranno il funzionamento cerebrale in età adulta consentendo la stabilizzazione di una nuova identità. È chiaro che si tratta di un processo estremamente complesso che, se deviato da fattori interferenti a livello biologico, ambientale e relazionale, può contribuire allo sviluppo di psicopatologie severe, come quelle dei disturbi psicotici. In questo processo entrano anche altri neuro-ormoni come ad esempio i neurosteroidi, la vasopressina e l'ossitocina. Quest'ultimo è il principale ormone implicato nella costruzione dei legami di attaccamento, e viene prodotto in relazione sia a stimolazioni sessuali sia ad eventi relazionali ed a fattori stressanti ambientali che possono quindi agire anche per questa via nella differenziazione dei comportamenti relazionali degli individui adulti.

Le nuove abitudini di vita caratteristiche degli adolescenti contemporanei, soprattutto quelle legate all'uso talvolta eccessivo delle nuove tecnologie, hanno profondamente alterato, complicandoli, i processi di interazione sociale e interpersonale in questa età critica per lo sviluppo cerebrale. Le stimolazioni del cervello attraverso l'utilizzo dei dispositivi elettronici hanno mostrato da un lato la capacità di migliorare alcune prestazioni quali l'attenzione e la risposta riflessa agli stimoli, dall'altro corrono il rischio di ridurre lo spettro delle interazioni sociali e relazionali, alterarne la qualità e comprometterne l'effetto stimolante sulla maturazione cerebrale,

soprattutto laddove non siano controbilanciati da una ottimale interazione con le figure genitoriali, educative e con i pari.

Dato il preoccupante incremento della psicopatologia in età adolescenziale il mondo medico e scientifico dovrà occuparsi in modo crescente dello studio degli effetti a breve e lungo termine delle nuove tecnologie e delle nuove condizioni socio-relazionali dei nostri adolescenti sullo sviluppo cerebrale e sul suo definitivo funzionamento in età adulta.

Al momento questo piccolo manuale può fornire al genitore, come all'operatore sanitario e all'educatore una base di riflessione per affrontare consapevolmente il difficile compito di supportare lo sviluppo armonico dei ragazzi del nuovo millennio in una società in crescita tumultuosa come la nostra.

*Prof. Giancarlo Panzica*



## ELENCO DEI CONTRIBUTORI

Prof. Giovanna C. Bergui

Ordinario di Cardiocirurgia all'Università di Milano, FR;  
Titolare I insegnamento di Cardiocirurgia Pediatrica dell'Università di Milano; "Cultore della materia" nel Dipartimento di Neuroscienze all'Università di Torino; Presidente della Fondazione "Piccoli Cuori Joy" Italia; sedi Torino e Milano.

Prof. Giancarlo Panzica

Ordinario di Anatomia Umana all'Università di Torino; Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino.

Prof. Benedetto Vitiello

Ordinario di Neuropsichiatria Infantile all'Università di Torino Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche; Proveniente dal National Institute of Mental Health di Bethesda (USA).

Prof. Secondo Fassino

Ordinario di Psichiatria all'Università di Torino; Direttore della Scuola di Specializzazione di Psichiatria dell'Università di Torino.

Prof. Federico Amianto

Associato di Psichiatria all'Università di Torino; Responsabile Ambulatorio – Centro Esperto Regionale DCA Dip. Neuroscienze, Università di Torino.

*Si ringraziano Gabriela Dorati, Roberta Ercole, Ambra Galia, Matteo Martini per il loro contributo nella redazione dei capitoli di questa brochure.*

