

Convegno Scientifico
L'ADOLESCENTE E IL MEDICO
Firenze, 9 giugno 2007

I conflitti psichici in adolescenza e le loro manifestazioni: la zona intermedia fra le aree della normalità e della patologia

Giuseppe Livio Comin

Vi dirò alcune cose sulla **Prima Guerra Mondiale** considerata dal punto di vista della **Croce Rossa**.

Per l'Italia la guerra è iniziata nel 1915 ed è finita nel 1918, ma nel resto del mondo era cominciata l'anno prima, nel 1914. E' stata, come si sa, la prima guerra che ha coinvolto tutto il mondo. E' proprio fra l'età che va dai 14 ai 18 anni che l'adolescenza entra nella sua fase più conflittuale, e si tratta di un conflitto che coinvolge tutto il mondo interno e parte di quello esterno dell'individuo adolescente. Vi dirò alcune cose su questo conflitto, cercando poi di considerarlo dal punto di vista della Croce Rossa, cioè dal punto di vista di chi deve intervenire per soccorrere e curare i feriti: i medici e i sanitari specialisti del settore.

Ciò che dirò si basa sulle conoscenze della **Psicologia Dinamica**, che a tutt'oggi si può ricondurre a quattro aree psicoanalitiche: 1) la Psicologia dell'Io derivata dalla Teoria psicoanalitica classica di Freud; 2) la Teoria delle Relazioni Oggettuali conseguente al lavoro dei membri della "Scuola Britannica": Winnicott e Melanie Klein innanzi tutto; 3) la Psicologia del Sé derivata dall'approccio interpersonale di Sullivan e poi elaborata da Khout nei termini attuali; 4) la Psicoanalisi di Gruppo imperniata sulla teoria e sulla clinica di Bion e sul lavoro di Foulkes.

Il denominatore comune di queste aree della Psicologia Dinamica è il concepire e l'esplicitare i **fenomeni mentali come il risultato di un conflitto psichico**.

Kurt Levin, a cui si attribuisce l'introduzione del termine e del concetto di "Psicologia Dinamica", sosteneva che non c'è niente di più pratico di una buona teoria, cioè di una buona conoscenza concettuale. Certamente, come per curare i disturbi respiratori è necessario quantomeno conoscere il funzionamento dell'apparato respiratorio, così per curare i disturbi mentali è necessario conoscere quantomeno il funzionamento dell'apparato psichico.

Ma mentre nella nostra medicina occidentale la concezione del funzionamento dell'apparato respiratorio o dell'apparato circolatorio è sostanzialmente una, la concezione del funzionamento dell'apparato psichico non è una soltanto, ma ne abbiamo svariate: quella psicodinamica, quella biologistica, quella sistemico relazionale, quella cognitivo comportamentista, per citare le principali. Ed ognuna di queste concezioni comporta una lettura e anche una pratica, una pratica terapeutica diversa. Voglio dire che di fronte allo stesso fenomeno, allo stesso disagio, si possono avere risposte diverse a seconda della concezione del funzionamento della mente che quel sanitario e quel gruppo di sanitari adottano. Questo pone una questione anche a livello di equità distributiva delle prestazioni sanitarie: una questione che qui non ci interessa; e pone poi una questione – che qui invece ci interessa – di coerenza metodologica nel trattare una tematica.

Dunque quello che dirò lo dirò dal punto di vista della Psicologia dinamica, cioè, ripeto, di una concezione che vede i fenomeni mentali, e nel nostro caso i fenomeni mentali dell'adolescenza, come il risultato di un conflitto psichico.

Ma che ruolo ha l'adolescenza nello sviluppo dell'identità di una persona?

Prendiamo il gioco del poker per dirlo con una metafora.

Nel poker vengono date ad ogni giocatore cinque carte di partenza, su quelle carte imposterà il suo gioco, poi giocando potrà cambiarne anche fino a quattro, e con il cambio arriverà al suo gioco finale: le cinque carte di partenza per il gioco della costruzione della nostra identità ci vengono date nella prima infanzia, e la possibilità di cambiare alcune carte – certamente ad integrazione di una impostazione data in partenza – è la possibilità dell'adolescenza. In adolescenza noi possiamo integrare, completare, concludere il gioco della nostra identità.

Per dirvi del punto in cui si cambiano le carte, cioè dell'adolescenza, è necessario che vi dica prima brevemente qualcosa sull'inizio, su quando si distribuiscono le carte. Ve lo dirò dal vertice della **dipendenza**.

La qualità di **mammiferi** pone, fin dall'origine, la condizione umana in un assunto di dipendenza necessaria alla sopravvivenza. Tale dipendenza inizia a caratterizzarsi in maniera psicologicamente individualizzata attraverso le fantasie conscie ed inconscie dei genitori prima e dopo il concepimento, i vissuti durante la gravidanza, la relazione fra feto e madre.

Diaktine evidenzia che "... il bambino faceva parte **dell'universo fantasmatico dei genitori** da prima del suo concepimento, completamento narcisistico (questo del bambino per i genitori) dalle molteplici implicazioni..." (Diaktine R. 1979)

I Cinesi, per altro, contano l'età cronologica con un anno in più; considerano cioè, come appartenente al tempo dell'individuo, i nove mesi di gravidanza ed i tre mesi che mediamente necessitano per la produzione delle cellule maschili e femminili da cui si origina il feto.

Se consideriamo che per esistere dobbiamo esistere nella mente di qualcuno (e quindi anche nei sogni di qualcuno) un bimbo, durante la gravidanza, può appartenere all'inconscio materno sia come un proprio organo sia come un corpo estraneo, ed avere quindi precursori psichici diversi. Presumibilmente i sogni in gravidanza di spazi architettonici che segnalano Birkenster e Breen (1992) sono collegabili anche a funzioni di metabolizzazione del **feto come corpo non estraneo**.

Certamente, un vissuto in gravidanza in cui il feto viene vissuto come un corpo estraneo invece che come un proprio organo interno, diviene un precursore di una maggiore sensibilità psicopatologica per l'individuo che nascerà.

La regressione poi che comporta la gravidanza, è uno stato che riguarda sia la madre che la coppia genitoriale e che si struttura in un assetto psichico organizzato sull'oggetto *bambino che nascerà*; per cui "... il bambino, il suo corpo e le sue funzioni immaginative possono diventare ... la concretizzazione delle fantasie egodistoniche personali e di coppia, secondo le modalità della identificazione proiettiva, ed il figlio eredita su di sé il nucleo patologico condiviso della coppia genitoriale..... Il mondo del bambino è quindi – come ricorda Adriano Giannotti – prima di tutto, il mondo interno dei suoi genitori" (Giannotti A. 1989)

Le fantasie dei genitori prima della nascita, cioè durante quell'anno in più che contano i cinesi, possiamo dunque considerarle come l'arredamento della stanza psichica che poi il bambino abiterà, la stanza in cui costruirà la base della propria identità.

Il neonato vive poi in simbiosi con la figura materna e questo stato di "**fusione primaria**" è indispensabile al bambino non solo per la sua sopravvivenza ma anche per ogni successiva integrazione psichica e competenza relazionale (Neri C. 1985). La fusionalità è dunque una modalità psichica "a priori" della mente e diviene patologica quando invece di esprimere la comprensione empatica ed il reciproco compenetrarsi di due mondi interni, concretizza necessità psichiche dell'adulto di un uso dell'altro come entità indistinta da sé

(Tagliacozzo R. 1985). E' in quest'area dell'esperienza infantile che vanno ricondotti anche i precursori di disturbi attualmente in espansione come i disturbi alimentari.

L'origine psichica dell'individuo avviene con un processo di integrazione, effettuato per mezzo dell'energia vitale (libidica) di isole sensoriali percepite dal neonato. Il fine di tale processo di "narcisismo primario" (Freud, 1914) è il raggiungimento di una entità stabile (Sé corporeo) da cui i "processi di investimento" possono proseguire su "oggetti esterni". Le immagini isolate della madre si condensano progressivamente in una rappresentazione mentale stabile; il processo di integrazione riguarderà poi altri "oggetti esterni".

Nella relazione fra investimenti sugli "oggetti" esterni e risposte degli stessi a questi investimenti, si costituisce il *tessuto connettivo* dell'**affettività** e quindi gli elementi di qualità della "**dipendenza umana necessaria**" e gli eventuali precursori dei **processi psicopatologici**.

Il bambino è dipendente dalle cure materne per la sopravvivenza fisica e psichica (come ha ben evidenziato il lavoro di Spitz R.). La madre, o il sostituto materno, o comunque la "madre ambiente" attivano questa funzione attraverso la "preoccupazione materna primaria" (individuabile, per esempio, con lo spostamento della soglia del sonno). La continuità, la stabilità, l'affidabilità delle cure materne denotano quello che Winnicott definisce una "madre sufficientemente buona" e sono determinanti all'acquisizione da parte del bambino della continuità dell'esistenza di sé stesso e quindi alla strutturazione (coesione) del Sé.

Le cure di una "madre sufficientemente buona" si conducono, nei primi mesi di vita, al fatto che la madre risponde sufficientemente ai bisogni del lattante al momento giusto. Se il seno ed il biberon arrivano quando il bambino ha fame egli può avere l'**illusione** di creare l'oggetto, che sul piano di realtà viene invece semplicemente trovato. Tale esperienza è fondamentale affinché il Sé si costituisca come un **vero Sé** e non come un **falso Sé** (che si forma partendo da una "sottomissione fondamentale" all'ambiente). Il fatto che il bambino abbia l'illusione di creare l'oggetto, gli consente di vivere una breve esperienza di **onnipotenza** in cui può sviluppare la sensazione che il mondo e lui stesso siano reali. Il periodo dell'illusione è quello in cui si colloca l'**oggetto transizionale** (il primo possesso non-me) ed in cui è possibile il **gioco** anche come rappresentazione simbolica; l'illusione è la matrice degli oggetti culturali ed artistici: né dentro né fuori, né realtà interna soggettiva né realtà esterna condivisa.

Come si è accennato, esiste una relazione fra investimenti oggettuali e risposte a tali investimenti. In linea di massima possiamo dire che ognuno di noi ha bisogno che tale relazione abbia un sufficiente equilibrio, ossia che il livello di risposta che il mondo esterno dà ai nostri investimenti oggettuali sia sufficientemente gratificante e consenta così di mantenere l'assetto di scambio. Quando ciò non avviene oltre un certo limite (che è un limite individuale), abbiamo la formazione dei processi psicopatologici.

Lo **sviluppo libidico** attraversa delle **fasi** denotate da "oggetti psicologici" su cui avvengono via via gli investimenti, che nel loro divenire strutturano progressivamente l'apparato psichico dell'individuo e le caratteristiche della sua relazione con l'ambiente, da questo punto di vista si può sostenere che "il bambino è il padre dell'uomo che sarà". Freud, come sappiamo, in base alla zona corporea in cui l'energia libidica è concentrata, ha individuato tre fasi: orale, anale e genitale, collocando il complesso edipico in quest'ultima.

Erikson (1959), analizzando gli aspetti psicosociali dell'ambiente, ha elaborato uno schema evolutivo secondo cui ogni fase è caratterizzata da una **crisi psicosociale**. Nella fase orale il bambino deve affrontare un conflitto fra fiducia di base e sfiducia di base, nella

fase anale un conflitto fra autonomia e vergogna/dubbio, nella fase genitale – infine – un conflitto fra iniziativa e colpa.

La fase edipica svolge un ruolo centrale non solo nella patogenesi delle nevrosi (disturbi d'ansia), ma anche nei maggiori disturbi di personalità (chiamati da alcuni autori "nevrosi del carattere") come quello isterico, quello ossessivo-compulsivo e anche quello narcisistico.

Semplificando molto, si può dire che ciò che accade nel primo anno di vita ha a che fare con possibili precursori dei disturbi psicotici, mentre ciò che accade nella fase edipica ha a che fare con possibili precursori di disturbi nevrotici.

Riassumendo quanto fin qui esposto nella metafora del gioco del poker, le cinque carte con cui ogni individuo parte per giocare il gioco della propria identità sono:

- il patrimonio neurobiologico di base;
- il contesto ambientale in cui un individuo nasce;
- le fantasie sul bambino che verrà e le caratteristiche intrapsichiche dei genitori;
- il primo anno di vita;
- la fase edipica.

Poi abbiamo la fase della latenza a cui segue la possibilità di fare il cambio al nostro poker: la possibilità dell'adolescenza.

Nella letteratura psicologica **l'adolescenza** viene articolata in uno schema cronologico che considera **cinque fasi**:

- preadolescenza, attivata da cambiamenti somatici che comportano una pressione pulsionale;
- prima adolescenza, caratterizzata dalla tendenza al rigetto degli oggetti genitoriali interiorizzati;
- adolescenza effettiva, caratterizzata dalla riattivazione del complesso edipico con il distacco dai primi oggetti di investimento, dalla caratterizzazione narcisistica e dalla comparsa del lutto;
- adolescenza tardiva, caratterizzata dalla formazione dell'Ideale dell'Io (che può essere considerato l'erede dell'adolescenza, come il Super-Io può essere considerato l'erede del complesso edipico) e dal consolidamento degli interessi individuali;
- tarda adolescenza, caratterizzata dall'accettazione di una possibile genitorialità.

Ma cosa accade di specifico nel mondo interno dell'adolescente?

Sintetizzando al massimo il processo psichico dell'adolescenza, abbiamo che i cambiamenti somatici con la conseguente pressione pulsionale, comportano delle trasformazioni nell'organizzazione del mondo interno della persona caratterizzate innanzi tutto dallo **spostamento** degli investimenti psichici dagli "oggetti primari" (figure genitoriali, ecc.) al **proprio corpo**.

Questo spostamento comporta la necessità di elaborare dei lutti, lutti che possiamo riassumere in tre tipologie:

- 1) il lutto dei genitori idealizzati nell'infanzia;
- 2) il lutto del corpo infantile;
- 3) il lutto della propria identità e del proprio ruolo nel mondo infantile.

Su questa tematica dell'elaborazione dei lutti, centrale nell'adolescenza, penso che poi il collega che propone la successiva relazione si soffermerà in maniera più approfondita.

Qui propongo l'attenzione sulle modificazioni che accadono in conseguenza di questo spostamento.

Queste modificazioni riguardano tre ambiti del vissuto del proprio corpo: lo schema corporeo, il corpo sociale, l'immagine del corpo.

Lo **schema corporeo** è l'assetto neuropsicologico derivante dal sistema senso-motorio, esso viene modificato sensibilmente dalle trasformazioni puberali.

Il **corpo sociale** è la rappresentazione di Sé al e nel mondo esterno. Gli adolescenti, più o meno consapevolmente, si chiedono in continuazione se sono normali; per questa domanda, chi ha più potere di risposta sono i coetanei, il gruppo dei pari. Possiamo dire che gli adolescenti con il loro corpo fanno o cercano di fare una sorta di discorso sociale (la moda ed altre manifestazioni come il piercing ed i tatuaggi sono delle articolazioni di questo discorso), che mira da un lato a marcare delle differenze: dagli adulti, e dall'altro a registrare delle somiglianze: con i coetanei.

L'**immagine del proprio corpo**, infine, è l'elemento psichico più importante, essa si colloca nel tessuto connettivo dell'affettività, ha una funzione di "immagine stabilizzante" (Anzieu, 1974) ottenuta con un processo simbolico di rappresentazione di un confine. I vissuti sui confini sono di grande importanza e a volte di grande problematicità nell'adolescenza; alcune manifestazioni ipocondriache, le dismorfobie e sentimenti di estraneità che possono arrivare anche a forme di depersonalizzazione e derealizzazione, sono riconducibili ad instabilità nei confini dell'immagine del proprio corpo. Si tratta di un'immagine in perpetuo "rimaneggiamento" dentro un processo in cui il proprio corpo è l'oggetto di investimento primario e quando questo processo arriva al suo consolidamento, l'"oggetto corpo" e la sua immagine devono essere mantenuti integri in qualunque modo, solo il delirio potrà modificare l'immagine del proprio corpo.

Winnicott ha spiegato l'adolescenza come una "rottura" arrivando a dire che essa è come una malattia e che la questione cruciale è se le persone che sono vicine a questo "malato" sono in grado di sostenerne la malattia, molti autori hanno declinato l'adolescenza ponendo l'accento come essa sia un passaggio evolutivo, qui la proposta è di riassumere tutto quello che si è fin qui accennato con un'immagine: l'adolescenza come una **seconda gravidanza**, alla fine della quale l'individuo partorisce sé stesso (al termine del processo di separazione-individuazione).

Come nella gravidanza la placenta deve permanentemente mantenere un sufficiente stato di funzionamento vitale, così nell'adolescenza la mente dell'individuo deve mantenere una sufficiente **padronanza sul funzionamento pulsionale e sul rapporto fra questo ed il mondo esterno**. E' come un capitano che deve governare una nave in un mare che attraversa continue tempeste. All'inizio sono tempeste ormonali, poi arrivano ad ondate e spesso simultaneamente tempeste emotive, interpersonali, sessuali, aggressive. Il minimo, in un viaggio di questo tipo, è ritrovarsi con oscillazioni dell'umore, ma può succedere di perdere la padronanza della nave. Le procedure di "salvataggio" possono essere di vari tipi, ma ce ne sono due molto usate ed hanno a che fare con il corpo: la procedura anestetizzante e quella regressiva. Una scialuppa di salvataggio per una barca che sta affondando ha a che fare con quello che Freud chiamava l'**ascetismo** dell'adolescente. Di fronte all'impossibilità di mantenere la padronanza durante alcuni vortici pulsionali, una modalità difensiva è quella di non **sentire**: non sentire il freddo, non sentire la frustrazione, non sentire la fame, non sentire gli impulsi sessuali, ecc. Il disturbo più grave dentro questa tipologia è quello dell'anoressia restrittiva (l'unica malattia mentale, per altro, che può avere come termine del decorso la morte).

Un'altra scialuppa di salvataggio è la possibilità di **regredire**, di sviluppare – per proteggersi dall'angoscia di un vortice che può essere vissuto come devastante – una forma di regressione episodica o stabile ad un assetto psichico precedente che possa

consentire – a volte solo l'illusione – di uscire dal vortice. Disturbi adolescenziali come quelli del sonno, la bulimia nervosa e l'abuso di sostanze, che può poi arrivare ad una tossicodipendenza vera e propria, sono ascrivibili nel contesto di questa tipologia.

Altre modalità difensive, usate come scialuppe di salvataggio, possono essere:

La fuga dal mondo genitoriale. Il tentativo è di sentirsi libero ed attenuare le angosce della presenza degli oggetti primari.

L'inversione dell'affetto: l'amore in odio, la dipendenza in ribellione, il rispetto e l'ammirazione in derisione e disprezzo. Questa modalità può portare a forti sensi di colpa.

Il ritiro della libido verso il sé : se la possibilità di investire su nuovi oggetti fuori dalla famiglia è bloccata da inibizioni ed angosce persistenti, un tentativo di uscire dal blocco può essere quello di investire sull'Io e sul Super Io fino ad inflazionarli.

L'uso di queste, come di altre modalità difensive è normale in adolescenza, le difficoltà nascono su differenze di grado, non di tipo.

In altre parole nello sviluppo normale sono insite le caratteristiche e le condizioni che se vissute in anticipo rispetto alla maturità effettivamente conseguita, o se caricate eccessivamente di energia possono portare a difficoltà nell'evoluzione adolescenziale.

Una finalità del viaggio adolescenziale è anche quella di uscire dalla condizione di dipendenza e di passività dell'infanzia per entrare in una posizione attiva propria dell'età adulta. Per altro, l'attività sessuale legata alla produzione di elementi genitali, permette l'accesso al piacere terminale e non più solo l'accesso ai piaceri preliminari e parziali delle zone erogene. Tutto ciò aumenta la tendenza a respingere i propri genitori, la cui presenza riattiva i conflitti edipici; ma questo spinge anche a rifiutare le identificazioni di base della propria infanzia, cioè le proprie immagini parentali. In tale contesto si colloca il pensiero della morte: come una persona che ha subito un lutto, il giovane rimane a volte invaso dal ricordo dei propri oggetti perduti ed il pensiero della morte gli aleggia nella mente.

Si colloca anche, sempre in questo contesto, **l'emarginazione psicologica volontaria**, ossia la tendenza ad estraniarsi, a sentirsi diverso, soprattutto dalle figure parentali o comunque adulte.

E' il **gruppo dei pari** che fra le altre funzioni ha anche quella di poter facilmente riportare "l'emarginato" nel mondo umano condiviso.

Le esperienze identificative ed affettive dei gruppi di appartenenza e di quelli di riferimento, offrono potenzialità integrative – o stimolazioni desintegrative – per il nuovo apparato psichico che scaturisce dall'adolescenza.

Le funzioni del gruppo dei pari sono molteplici ed interconnesse, volendo brevemente accennare agli aspetti più peculiari, va innanzi tutto ricordato che il gruppo dei coetanei è più importante all'inizio dell'adolescenza (13-15 anni) piuttosto che alla fine. Una fondamentale funzione del gruppo è quella di essere un mediatore dei processi di identificazione e di identità. Esso è anche un luogo di esternalizzazione delle diverse parti della personalità dell'adolescente. Il gruppo può anche essere utilizzato per veicolare la propria sintomatologia potenziale (Winnicott evidenzia come un gruppo possa identificarsi – per ricercare nella diversità la propria individualità – con il suo componente più malato: depresso o antisociale).

Il gruppo dei pari, che è più importante nella prima adolescenza, è il laboratorio sociale in cui l'adolescente non solo lavora per elaborare i lutti degli oggetti infantili, ma è anche il laboratorio psichico che l'adolescente può usare per trasformare la scena primaria che, se era stata centrale nell'infanzia, ora è insopportabile e gli adolescenti non smettono di trasformarla affinché diventi accettabile.

L'indicazione della psicoterapia in adolescenza, ed in particolare della psicoterapia di gruppo, ha a che fare proprio con le funzioni che, a condizioni normali, l'adolescente può trovare nel gruppo dei pari e/o nell'amico.

A proposito dell'amico Pietropolli Charmet evidenzia che:

“L'amico serve per poter entrare nel mondo dell'avventura...L'amico regala la possibilità di rappresentarsi coraggioso, cioè capace di avventura, di attraversare la zona buia, l'ignoto, cioè il non detto dalla madre o il proibito, cioè l'interdetto del padre...” (Pietropolli Charmet Amici, compagni, complici , 1997)

Sempre lo stesso autore, a proposito dell'adolescente femmina evidenzia che:

“..L'amicizia fra giovani femmine è anche al servizio del processo di separazione ed emancipazione dalla madre.....l'amica ha il compito di mitigare i sentimenti di colpa che ogni adolescente sperimenta nei confronti della madre, cercando di rendere legittimi i naturali desideri di autonomia e dei conquista di un'identità diversa da quella mestamente proposta dalla madre, spesso troppo rinunciataria e sottomessa agli occhi della figlia” (cit. 1997)

Charmet evidenzia chiaramente la funzione cruciale dell'amicizia precisando che essa ha valenze diverse nei due sessi ma ugualmente importanti. La comunanza è la necessità del distacco dalla madre che rappresenta le funzioni di sicurezza e protezione infantili; la differenza è nelle finalità: per il maschio, che è chiamato al suo compito penetrativo, si tratta dell'addestramento alla lotta per la sopravvivenza, per la femmina, che è chiamata alla funzione evolutiva generatrice, si tratta della elaborazione della femminilità e della maternità. E' il declinarsi di questa differenza che conduce poi all'identità di genere.

Tutti questi processi possono avere grandi sobbalzi, incertezze, oscillazioni nel corso del tempo dell'adolescenza. Zucca Alessandrelli ha proposto l'immagine dell'adolescente come di un **artigiano del tempo**, nel senso che l'adolescente si trova con **il compito** di mantenere nel tempo la continuità del Sé, malgrado i conflitti, le oscillazioni i vortici emotivi e pulsionali.

E il compito della Croce Rossa?

Bisogna innanzitutto precisare che il medico di famiglia di solito non si trova direttamente di fronte le manifestazioni dell'adolescente che possono indicare un bisogno di soccorso sanitario. Non è detto che l'adolescente abbia un rapporto di confidenza personale con il proprio medico di famiglia. Di solito sono gli adulti che sono a casa e quelli che sono a scuola, cioè i genitori, i familiari e gli insegnanti che possono avere elementi di conoscenza più diretta.

E' quindi più facile che al medico si rivolga un familiare. Da qui la necessità per il medico di leggere ciò che gli viene riportato filtrando le ansie e le caratteristiche di personalità dei familiari. E' ovvio che poi ha un rapporto diretto anche con l'adolescente.

Un criterio importante da tenere presente, oltre alla valutazione clinica dei sintomi riportati, è se l'adolescente ha messo a conoscenza qualcuno delle difficoltà che ha, soprattutto se ha dei coetanei con cui ne parla. Se le sue difficoltà sono taciute o nascoste, questo è un forte indicatore di rischio.

Un altro criterio da considerare è se il disagio segnalato investe in qualche modo il corpo. Se anche questo elemento sussiste va considerato un indicatore di rischio in quanto, come si è precedentemente segnalato, è attraverso l'investimento narcisistico sul proprio corpo che l'adolescente costruisce gli assetti della sua identità.

Un terzo fattore è riconducibile alla valutazione del contesto familiare e interpersonale. Se sono presenti situazioni (lutti, separazioni, malattie o disagi psichici dei familiari, ecc.) che possono “preoccupare” l'adolescente, nel senso di richiederli attenzione emotiva in

modo stabile e prolungato; questo, in concomitanza con un sintomo o un disagio soggettivo, è un indicatore di rischio da considerare, in quanto aumentano le probabilità di formazione di un blocco evolutivo o di una organizzazione psicopatologica specifica.

In sintesi, considerando gli elementi di oscillazione propri di questa fase evolutiva, è utile visitare più di una volta l'adolescente, in modo da poter osservare ciò che manifesta in un minimo di arco di tempo, per procedere poi alla valutazione clinica considerando i criteri della medesima ed i tre fattori poco fa segnalati al fine di valutare anche l'opportunità di ricorrere ad uno specialista.

Non ricordo quale poeta o scrittore ha detto che ai nostri figli possiamo regalare solo due cose: le radici e le ali.

Da questa parte del mondo, dalla parte fortunata del mondo in cui noi viviamo, è più facile regalare le radici, più difficile è regalare le ali.

Riferimenti bibliografici

Anzieu D. (1974) "Le moi peau" in Nuov. Rev. Psychiat., n. 9

Birkenster-Breen (1992) "Fantasie e realtà in gravidanza e nel periodo post-natale" in Ammaniti (a cura di) "La gravidanza fra fantasie e realtà", Il Pensiero Scientifico Editore

Blos, M. (1971) "L'adolescenza in una interpretazione psicoanalitica" Franco Angeli

Bowlby J. (1969) "Attaccamento e Perdita" Boringhieri Editore

Corbella S. (1999) "Potenzialità trasformative del gruppo dei pari" Atti del Congresso Internazionale "Sogno e gruppo", Roma 4-5 giugno

Diakine R. (1979) "Le psychanaliste et l'enfant", Nouvelle Revue de Psychanalyse, n. 19

Erikson E. (1959) « Infanzia e Società » Armando Editore

Freud S. (1905) "Tre saggi per una teoria sessuale" Boringhieri Editore

Freud S. (1914) "Introduzione al narcisismo" Boringhieri Editore

Giannotti A. (1989) "Un fuoco che non può estinguersi" Servizio Editoriale Universitario di Pisa

Glover E. (1968) "La nascita dell'io" Astrolabio Editore

Kaes R. (1998) "Il disagio del mondo moderno e i disturbi della vita psichica". In "Psiche", VII, 1

Neri C. (1985) "Fusionalità, agora e claustrofobia e processi schizoparanoidei", Rivista di Psicoanalisi, 31,3

Novelletto A. (1986) "Psichiatria psicodinamica dell'adolescenza", Borla Editore

Pietropolli Charmet G. (1997) "Amici, compagni, complici", Franco Angeli

Tagliacozzo R. 1985) "Angosce fusionali: mondo concreto e mondo pensabile", Rivista di Psicoanalisi, 31,3

Winnicott D.W. (1953/71) "Gioco e realtà", Armando Editore

Winnicott D.W. (1965) "Sviluppo affettivo e ambiente", Armando Editore

Winnicott D.W. (1988) "Sulla natura umana", Raffaello Cortina

Zucca Alessandrelli C. (1999) "Un corpo per soggetto". In "Gli argonauti", 83

