

## **Problemi clinici in preadolescenza: tra fase di sviluppo ed evoluzione patologica**

CHIARA MAROCCO MUTTINI

*Summary* – CLINICAL PROBLEMS IN PRE-ADOLESCENCE BETWEEN THE STAGE OF DEVELOPMENT AND PATHOLOGICAL EVOLUTION. Today, pre-adolescence is considered an evolutionary stage in itself with distinctive features in comparison with adjoining periods. The transitory nature of behaviour corresponds to the still-incomplete and variable structure of the personality. It should be remembered that behavioural features, at times expressed in the form of symptoms, may be transitory and are, therefore, not signs of a clinical situation. It is important to know how to recognise elements which indicate a pathological structuring “in fieri”. These are not always noticed at an early stage, particularly in the family environment. The need for appropriate educative intervention will be highlighted through three cases observed, with a view to prevention of stable pathological evolutions.

*Keywords:* PRE-ADOLESCENCE, PREVENTION, EDUCATIVE INTERVENTION

### *I. Introduzione*

La letteratura si orienta oggi all'individuazione di un periodo “preadolescenziale” separato rispetto a quelli contigui. Sia l'osservazione clinica sia l'esperienza pedagogica fanno ritenere che la preadolescenza vada considerata come una fase dello sviluppo specifica [12] collocabile tra i 10 e i 14 anni circa. Avvengono in questa fascia d'età i fenomeni puberali [9] che condizionano trasformazioni imponenti dal punto di vista fisico. Caratteristica del periodo, anche se contiene una contraddizione di termini, è la transitorietà delle trasformazioni in atto, che sono intese come “migrazioni” rispetto alle condizioni di stabilità precedenti, riguardanti il corpo, i rapporti sociali, l'assetto cognitivo, l'identità.

Oggi la crescita somatica è più precoce che in passato e rientra per lo più nel periodo considerato. Non va tuttavia identificata la preadolescenza con la pubertà, perché le trasformazioni sono più ampie e riguardano aspetti della personalità

meno evidenti ma non meno importanti. Il preadolescente ha attitudini e modi d'essere che lo distinguono anche sul piano delle dinamiche psichiche e su quello relazionale [1] e rendono difficile ma opportuna una valutazione mirata dei suoi comportamenti, nei quali distinguere fisiologia e disadattamento [18].

La preadolescenza non è riferibile solo alle trasformazioni fisiche. Le stesse sollecitazioni che derivano dalle modificazioni del corpo inserite in un programma biologico, sono alla base di importanti cambiamenti cognitivi, affettivo-relazionali e dell'identità, attraverso il variare delle identificazioni. Nel corso della preadolescenza si registra un'accelerazione dei mutamenti, dopo la relativa stabilità della "latenza" nella fanciullezza. Utilizzo questo termine ripreso dalla Psicoanalisi perché è entrato nell'uso: si riferisce al periodo che va dal declino della sessualità infantile all'inizio della pubertà [16], nel quale le funzioni dell'Io hanno stabilito per lo più compensi efficienti e prevalgono quindi sui moti pulsionali.

Si ritiene che i cattivi scolari, i bambini instabili, asociali, turbolenti, aggressivi, esprimano nelle varie forme del comportamento il mancato superamento del sentimento di inferiorità originario, che ostacola le compensazioni a causa dello scoraggiamento [3, 5]. Nell'ottica adleriana questo è il meccanismo che, formulato da altri autori in termini d'ostacoli all'elaborazione edipica, sta alla base di disturbi di sviluppo che porteranno a formare la schiera degli adolescenti votati a molteplici fallimenti [21].

Gli autori di ambito psicodinamico sottolineano il continuum dello sviluppo tra fanciullezza e preadolescenza, affermando che gli scompensi in preadolescenza sono spesso le conseguenze di conflitti bambino-famiglia [15], di errori educativi [4], o di esperienze di vita come delusioni, traumi sessuali precoci [14], ogni altro evento che alteri l'organizzazione della personalità ed i suoi sistemi difensivi. Adler fu un anticipatore nel sottolineare come certi disadattamenti in fase puberale non rappresentino un cambiamento, ma un estrinsecarsi di problemi preesistenti, dovuto alla nuova situazione [3].

Nella preadolescenza si attualizza la lotta contro gli straripamenti pulsionali legati alla problematica sessuale e alle minacce rappresentate dalla trasformazione corporea. La crisi puberale si verifica più precocemente nelle ragazze che nei maschi; essa si manifesta con un insieme di trasformazioni biologiche, corporee, psichiche che aprono un periodo di crisi. Tra le manifestazioni di crisi si può verificare la rimessa in questione dell'identità sessuale, con conflittualità profonde circa le antinomie maschile/femminile, passività/attività, riconducibili alla compresenza di polarità che solo la cultura rende antitetice, come già Adler aveva evidenziato, parlando invece d'ermafroditismo psichico [2].

Anche la messa in discussione delle certezze consolidate nella fanciullezza e resa possibile e fisiologica dalle nuove capacità cognitive genera insicurezza. In que-

sta fase il sostegno e l'accettazione da parte dell'ambiente possono essere determinanti per un'evoluzione positiva della crisi. Può essere invece fonte di insicurezza insormontabile per il preadolescente la percezione del suo cambiamento fisico e di ruolo, come pure il conflitto tra autonomia e dipendenza, quando la attribuzione di responsabilità da parte dell'ambiente è vissuta come prematura e non tollerabile. Altre volte all'opposto, è il desiderio di autonomia non ben gestito, se gli adulti ostacolano di fatto il distacco scoraggiando e sottolineando l'inferiorità [3]. Sono presenti tendenze inconscie ambivalenti non risolte: il preadolescente manifesta atteggiamenti contraddittori [19], che sono l'espressione delle spinte evolutive da un lato e regressive dall'altro sia nel suo comportamento spontaneo, sia ancor più in corso di un trattamento terapeutico intrapreso perché si è già manifestato un disagio. Il risveglio puberale delle pulsioni attiva, infatti, anche sentimenti d'angoscia, con timori di "scompaginamento" del sé che sta nascendo dall'abbandono dell'identità infantile [20].

La crisi della famiglia negli anni recenti ha aumentato il numero di ragazzi in stato di sofferenza e disadattamento, come è sottolineato da una vasta letteratura: nelle famiglie divise o monoparentali l'incidenza di comportamenti antisociali e di evoluzioni patologiche è più alta [8, 10, 11]. In queste famiglie le tensioni intrapsichiche sono meno facilmente smaltite: le richieste dell'ambiente o viceversa la mancanza di sostegno sono generalmente più evidenti e non consentono il permanere in quelle condizioni, talora necessarie alla crescita, dette moratoria [13] o bonaccia [23].

Le sindromi neurotiche, fobiche e isteriche sono sintomi, agiti attraverso il corpo, del disadattamento rispetto al cambiamento. L'insorgenza di una sindrome ossessiva può segnalare il tentativo di mantenere il controllo, da parte di personalità già più strutturate, inclini ai sensi di colpa [17]. Molti esempi clinici confermano problematiche di questo tipo: alcuni preadolescenti accusano sintomi palesemente regressivi come tics, enuresi, encopresi, pur affermando di "non essere più bambini" e rivendicando in modo anche fortemente oppositivo una maggiore libertà di azione e insofferenza al controllo. Di solito situazioni conflittuali di questo tipo sono slatentizzate da eventi che acquistano il significato di causa scatenante: la nascita di un fratello, la separazione dei genitori, eventi che cambiano l'assetto familiare e quindi i rapporti ed i ruoli. Anche situazioni scatenanti meno clamorose sono talora sul singolo di notevole impatto, dato il periodo di vulnerabilità che l'individuo attraversa.

Nei sintomi nevrotici si possono, per il significato simbolico che viene loro riconosciuto, leggere non di rado gli elementi psicodinamici che vi sono sottesi, come il desiderio inconscio di tornare ad un periodo vissuto come più felice, di prendere il posto di un fratello neonato, o di identificarsi con un modello, soggettivamente importante ma disfunzionale come è il leader di un gruppo deviante. Altre

volte il sintomo nevrotico è imitativo di comportamenti patologici presenti in qualche figura dell'ambiente. Come notato da Bergeret [7] la possibilità di manifestare una sindrome neurotica in età evolutiva indica una strutturazione relativamente "normale" della personalità anche se presenta nodi irrisolti di conflittualità. Analogamente Adler sottolinea che il bambino attraverso i sintomi nevrotici mette in atto una condotta "intelligente" in quanto dotata di un finalismo, pur se, in questo caso, mirante a una ipercompensazione, alla meta fittizia [2, 3].

In una fase di modificazioni così estese e transitorie, non è ancora corretto parlare di stallo dello sviluppo né di crollo psicotico. Queste sono situazioni cliniche diagnosticabili in adolescenza, anzi verso il termine di essa, quando la personalità va verso l'acquisizione di maggiore stabilità, e diventano per contro distinguibili eventuali aspetti sia di labilità borderline sia apertamente regressivi.

## II. *Contributo personale: casi clinici*

Nel periodo preadolescenziale si può considerare particolarmente delicata la distinzione fra normalità e patologia, fra crisi passeggera e disturbi di rilevanza clinica. Come, e a maggior ragione che nell'adolescenza, la transizione in atto comporta cautela nella diagnosi. Né l'osservazione né la psicodiagnosi devono condurre ad un etichettamento che rischia di cristallizzare, attraverso una sorta di "previsione che si autoavvera", il comportamento.

Molte volte nell'esperienza clinica di chi scrive si è assistito a errori di giudizio nella valutazione del preadolescente, da parte degli adulti coinvolti: i motivi per i quali il ragazzo è stato condotto alla consultazione non presupponevano un disturbo, ma semplici forme di disagio transitorio, magari alimentato proprio nella relazione con gli educatori, in casa o a scuola. Situazioni più serie sotto il profilo psicopatologico non sempre sono, d'altra parte, percepite correttamente e, talora, sono sottovalutate. La riflessione è quindi opportuna per far crescere una cultura che sappia interpretare correttamente i vari casi, tenendo conto che la prevenzione è in quest'età largamente possibile e rappresenta anzi la finalità prevalente degli interventi.

Per appoggiare tale assunto sono riportati alcuni esempi, di cui si riferisce qualche breve notizia anamnestico-clinica. Inoltre nella tabella sono presentati i risultati dei test di Rorschach. Non si è ritenuto necessario fornire la lettura completa dei singoli protocolli, ma solo mettere in evidenza gli elementi utili per il discorso in oggetto.

### *Caso 1°*

Ragazza di 13 anni. Ha una sorella di un anno, che ha accolto con una certa indifferenza apparente, cercando di svalutarla e di occuparsene il meno possibile. In

rapido collegamento temporale alla sua nascita, la paziente ha cominciato a presentare un tic costituito da un verso, come un singhiozzo prolungato, suggestivamente somigliante al vagito di un neonato. Nonostante questo sintomo, che si presenta in ogni ambiente, ma pare più frequente a casa, la ragazza manifesta interessi consoni all'età, anzi sembra persino più grande: molto curata nel vestire, si trucca, assume atteggiamenti di sfida se i genitori pongono limiti al suo desiderio di uscire coi coetanei; vuole andare in discoteca (di pomeriggio, per ora!), è intollerante nei confronti di ogni proposta che non sia in linea con la sua appartenenza di gruppo (andare in montagna coi suoi, aiutare in casa, eccetera).

Il trattamento psicologico si è svolto per circa un anno, con andamento discontinuo perché la ragazza non era del tutto collaborativa. Passava da atteggiamenti quasi seduttivi, evidentemente finalizzati ad ottenere appoggio nelle sue rivendicazioni presso i genitori, a momenti di opposizione aperta, o di svalutazione del percorso «tanto per quello che serve...!». Si è individuata una carenza educativa nello stile parentale: entrambi i genitori, persone sinceramente attaccate alla figlia ma culturalmente poco attrezzate, non riuscivano a proporre valori in alternativa a quelli conformistici del gruppo (l'apparenza, gli abiti firmati, etc.); le uniche indicazioni erano aiutare in casa, andare a trovare i nonni, trascorrere la domenica in campagna con loro, occuparsi della sorellina, non appetibili rispetto al fascino esercitato dai nuovi comportamenti di gruppo vissuti come alternativi e trasgressivi (le prime sigarette, la discoteca). Le potenzialità intellettive presenti, anche se funzionanti più per adattamento conformistico che con modalità creative, non erano alimentate e gli investimenti anziché dirigersi verso oggetti nuovi, ripiegavano sul narcisismo (la cura esagerata per la propria persona) e la regressione (la ricerca di attenzione mediante il tic che mimava un vagito).

In questo caso appare particolarmente evidente la contrapposizione tra desiderio di essere grande e timore di perdere i vantaggi di essere piccola, probabilmente alimentato dalla nascita della sorellina e da un cambiamento del proprio ruolo all'interno della famiglia. Una richiesta di responsabilità verso la neonata ha fatto sentire gli svantaggi della crescita, non compensati da un'approvazione della nuova immagine corporea e del nuovo ruolo sociale di precoce adolescente. La discrepanza vistosa tra aspetto fisico, desiderio di sperimentare alcune libertà come la discoteca e la frequentazione di un gruppo misto da un lato e immaturità affettiva dall'altro si è manifestata attraverso la patologia che esprime il versante regressivo mentre l'atteggiamento di sfida verso gli adulti difende l'immagine di "grande" che consciamente il soggetto vuole dare di sé.

Il test di Rorschach ha messo in luce una limitata dotazione, la cui efficienza si basa sulla accentuazione di aspetti di precisione, anche ossessiva (F+, A%, per-sev.), che corrispondono all'adeguamento alla "cultura del gruppo", mentre le capacità creative e critiche sono particolarmente deboli (nessuna K). L'identità,

per una serie di risposte “animale”, piuttosto stereotipate alle varie tavole (“rana” “insetto”) si presenta ancora legata a vissuti infantili.

### Caso 2°

Ragazza di 13 anni, secondogenita di due figlie. Frequenta la 3° media. È condotta all’osservazione dalla madre, su sollecitazione degli insegnanti, a causa del cattivo rendimento scolastico. Non porta soggettivi elementi di sofferenza al colloquio. Si presenta ordinata e collaborativa, con aspetto fisico curato, abbigliamento appropriato benché semplice, non particolarmente alla moda. I genitori provengono da un contesto socio-economico modesto e, anche dal punto di vista culturale, la famiglia non è molto evoluta, per quanto sia inserita in modo soddisfacente nel proprio contesto sociale. Si può ricostruire che il rendimento scolastico della ragazza fin dalle elementari non è mai stato buono. Si è sempre attribuito ciò a “poca voglia di studiare” ma la docilità del comportamento non aveva fatto sospettare alla famiglia problemi.

Recentemente, sulla scorta dell’imitazione delle compagne di scuola più mature, la ragazzina ha cominciato a manifestare insofferenza per la disciplina familiare, come i richiami a studiare o a sbrigare faccende domestiche, e le limitazioni nelle uscite. Vorrebbe godere di maggiore libertà, che i suoi non sono disposti a concederle. Ne vengono fuori discussioni anche accese, nelle quali la ragazza manifesta intemperanze verbali, non tollerate in quanto l’aspetto fisico già da grande (la ragazza è mestruta e ben sviluppata) fa ritenere ai suoi che “dovrebbe capire e non fare i capricci come i bambini.” La conflittualità con l’ambiente appare sostenuta da un giudizio poco obiettivo da parte degli adulti che non hanno capito come lo scarso rendimento sia legato ad una sottodotazione intellettuale che si sta rivelando con maggiore evidenza nel momento in cui si accentuano le richieste della scuola e il gruppo dei coetanei sta compiendo lo scatto verso il pensiero formale. L’immaturità, sostenuta dal livello basso, porta la ragazzina a trovare in coetanee più evolute modelli da imitare, peraltro in accordo col momento evolutivo. Le rivendicazioni di un cambiamento nello *stile di vita*, verso una maggiore autonomia non sono comprese né accettate, per quanto fisiologiche, e sostengono comportamenti talora incoerenti e poco adeguati che aumentano le occasioni di conflitto.

Si è qui operato in due direzioni: da un lato attraverso un sostegno alla ragazza per rinforzare l’immagine di sé, che era di scarsa competenza, con desiderio di disimpegno dalle difficoltà (come lo studio). La percezione di sé come donna, fisicamente cresciuta e attraente, non doveva essere messa in discussione perché era anzi l’aspetto di maggiore adattamento su cui fondare la ricostruzione del suo *stile di vita*. L’orientamento scolastico verso una scelta praticabile (come una scuola professionale) diventava essenziale per trovare una linea realizzativa, onde

allargare la fiducia in sé ad altri elementi che non fossero solo legati al corpo. La famiglia era d'altra parte aiutata ad accettare il passaggio verso la autonomizzazione, che doveva essere vista come responsabilizzazione, quindi positiva, invece che come trasgressione da sanzionare.

Dal test di Rorschach emerge la sottodotazione, che comporta non solo lo scarso rendimento cognitivo, ma una rilevante carenza di controllo dell'affettività (CF – C). Pur essendo il nucleo del sé costituito, l'identità non è raggiunta (Tav. III), come pure manca l'identificazione alla figura materna. Anche in questo caso, il tentativo di mantenere un controllo sulla realtà è affidato a vistosi meccanismi ossessivi (persev.).

### *Caso 3°*

Ragazzo di 13 anni, figlio unico. Ha frequentato le scuole con profitto. Giunge all'osservazione su richiesta del padre che, volendo indirizzarlo agli studi liceali, chiede una consulenza sulle attitudini. Il ragazzo si presenta collaborativo ma timido nel rapportarsi agli adulti. Dal colloquio emerge una scarsa socializzazione tra i coetanei, sia nell'ambiente scolastico che fuori; risulta che sia stato educato in un clima di iperprotezione, con genitori ansiosi che hanno limitato le iniziative di autonomizzazione. Oggi, rispetto ai compagni egli si trova in una posizione di inferiorità, confrontandosi con la loro maggiore emancipazione, e ne soffre. In famiglia non sembra esserci percezione adeguata di questo disagio, attribuito a generica "timidezza". Emerge quindi, dall'osservazione, che mentre sul piano cognitivo il ragazzo non presenta difficoltà (il Q.I. è risultato al test WISC 114), sono presenti problemi affettivo-relazionali che ostacolano la rielaborazione dell'identità. I vissuti di inadeguatezza trovano corrispondenza in evidenti problemi di identità al test di Rorschach, nella risposta contaminata alla tav. IV "paterna" ("una specie di albero con rami strani come grossi piedi") e devitalizzata alla tav. VI sessuale ("specie di insetto che è stato schiacciato, esce sangue... ali spezzate"). Analoghi fenomeni alle tavole femminili. L'identità alla III tavola non è corretta ("donne") e il contenuto denuncia una tendenza alla passività ("piegate in avanti") che ben si accorda con la scarsa fiducia in sé, nonostante un livello di dotazione discreto (K – FK). L'im maturità è però tanto pronunciata da compromettere la resa (F+% basso, contam.).

Questo caso, di cui si hanno notizie meno approfondite in quanto l'osservazione è stata breve e solo finalizzata all'inquadramento diagnostico, è stato presentato per l'indubbio interesse che riveste, data la disparità nella percezione dei problemi da parte dell'ambiente, nel vissuto del ragazzo, e nella psicodiagnosi. Rappresenta uno degli esempi di come a questa età i reali problemi possano essere sottovalutati o percepiti in modo non obiettivo, con conseguenti rischi per la salute mentale nell'adulto.

Tabella: riassunti numerici dei test di Rorschach\*

	<i>caso 1°</i>	<i>caso 2°</i>	<i>caso 3°</i>
T	5	5	13
R	17	10	14
G	12	10	7
D	5	-	6
Dbl Do Dd	(1)	(5)	(3)
K	-	-	2
FK	-	-	1
k	-	-	1
F%	88	40	57
F+%	83	50	62
FC	-	-	1
CF	1	4	-
C	-	1	-
FE	-	1	-
EF	1	1	1(+2)
TRI	0/1	0/5.5	2/0.5
TRI II	0/1	0/1.5	2/1
Ban	4	3	5
A%	82	30	43
H%	5	0	14
Tav.III	D F+ no Ban	G CF nat no Ban	Ban
V	Ban	Ban	Ban contam.
VI	Ban	Ban	G EF A dévít mutil
VII	G EF ombra no Ban	G EF nat no Ban	G F- A dévít mutil
IX	G F- A persev.	Dbl CF nat	G k ogg.
IV	G F+ A persev.	G F- nat	G F+ Bot contam
fenomeni particolari	persev 6 dévít 1	persev 5 dévít 1	contam 3 dévít 3 mutil. 1

\*Nel testo sono commentati solo i dati ritenuti specificamente inerenti al discorso in oggetto. [N.d.A.]

### III. Considerazioni

Il momento della diagnosi, anche testologica, assume importanza come elemento che concorre dinamicamente a costruire esperienze di sé e di relazione [6] e risulta quindi di particolare delicatezza. Spesso non c'è corrispondenza fra vissuto soggettivo di sofferenza e obiettività clinica, e tra clinica e struttura. Si tratta di un'età in cui la transizione tra fanciullezza e maturazione si compie in modo eterocronico, non facilmente prevedibile nel suo andamento e nei suoi esiti. Le intemperanze comportamentali, improntate all'azione spesso senza riflessione, né autocontrollo, fanno considerare dall'ambiente come disturbi, quelle che rientrano invece in condotte largamente frequenti e da considerare fisiologiche per l'età (come ad esempio taluni aspetti oppositivi o impulsivi dei casi 1° e 2°). Un eccesso di autocontrollo può essere sintomo di inibizione e di un'immaturità profonda, di ben maggiore rilievo psicopatologico, come si è osservato nel 3° caso in modo quasi fortuito, data la mancata percezione del disagio da parte dell'ambiente che aveva chiesto la consultazione per un orientamento all'indirizzo scolastico.

L'evidenza della sintomatologia clinica nel caso 1° risulta dal conflitto tra tendenze contrastanti, tipiche nel periodo preadolescenziale, nel quale la eterocronia tra aspetti diversi dello sviluppo come la crescita corporea, la maturazione cognitiva, l'affettività, l'identità, è massima. La trasformazione è discontinua ed avviene attraverso continue progressioni e regressioni. Gli affetti infantili, specie quelli per i genitori, sono caratterizzati da forte dipendenza che è di ostacolo alla definizione dell'identità. Il rifluire del passato nel presente è una delle caratteristiche delle difficoltà evolutive, ma è anche l'opportunità di una rielaborazione risolutiva delle antiche situazioni [22]. È importante poter distinguere una sofferenza connessa prevalentemente alla crisi evolutiva in atto da quella che affonda le radici in una struttura patologica costituitasi nel passato. Casi clinici di questo tipo rappresentano una minoranza e potrebbero avere già dato qualche segnale nelle età precedenti, mentre sono assai più frequenti le situazioni di crisi legate ai cambiamenti in atto e pertanto da considerare fisiologiche nel periodo considerato. I tre soggetti presentati hanno una dotazione di partenza differente e diverso contesto educativo.

Il caso 1° presenta una sintomatologia clinica clamorosa: il verso acuto, ad alta voce, che il soggetto emette, con varia intensità e frequenza ma in qualsiasi contesto ambientale, la fa etichettare come "malata". Ciononostante la ragazzina percepisce se stessa come dotata e competente, riconosce di avere qualche problema ma non lo drammatizza, mostrando piuttosto un disagio per il divario tra le sue aspirazioni d'autonomia e i limiti imposti. Il livello culturale familiare è modesto, nonostante le ambizioni di promozione sociale, e non offre stimoli verso una definizione di obiettivi personali più impegnativi, aderenti a quelli proposti dalla

scuola. La carenza di valori univoci e chiari conduce la ragazzina al rifiuto dei limiti imposti e a costruirsi dei valori basati solo sulla cultura di gruppo. Nello stesso tempo, il sintomo è funzionale ad esonerarla dai compiti che apparentemente non vuole, ma fondamentalmente non sa, assumersi, come le responsabilità nello studio, o nell'aiutare in casa (la gelosia verso la sorellina è una delle componenti nella scelta inconscia del tipo di sintomo).

Il caso 2° vive in un ambiente culturalmente poco evoluto, con richieste non troppo impegnative, che, data la bassa dotazione possono favorire l'adattamento. Il conflitto è, in questo caso sorto su problemi di comportamento tipici dell'età (le uscite, le amicizie) e non corrisponde ad una situazione psicopatologica; può pertanto essere affrontato e risolto con un approccio pedagogico.

Il caso 3°, la cui dotazione è discreta, vive in un ambiente più stimolante, che si aspetta però da lui una riuscita brillante. Il divario tra risorse e richiesta ha accentuato l'insicurezza e l'inibizione, come si vede da un rendimento cognitivo (F+%) assai poco soddisfacente e dalla coartazione affettiva (TRI) che ostacola l'adattamento al mondo esterno. Questo caso quindi, nonostante la mancata percezione da parte degli altri di un problema, presenta una crisi evolutiva che si è già tradotta in sofferenza soggettiva (la timidezza, l'isolamento dai coetanei) e può condurre a sviluppo patologico.

Nei tre casi presentati emerge in modo netto la necessità di un intervento educativo, sia da parte della famiglia che della scuola, coerente, saldo e nello stesso tempo aperto e flessibile: il preadolescente non ha ancora raggiunto quella capacità di costruirsi dei valori e di riflettere criticamente sulla realtà, che è premissa per l'autonomia. Tuttavia senza una progressiva responsabilizzazione non può progredire. Gli adulti sono pertanto un punto di riferimento importanti [1].

Interpretare in chiave di patologia ciò che è manifestazione di immaturità conferma nel ragazzo una immagine di sé svalutata e protrae un comportamento che, ricondotto invece all'ambito della transitorietà e della modificabilità, è più facilmente superabile. La scelta dell'intervento terapeutico deve quindi essere attenta, prudente, tempestiva ma non precipitosa. In primo piano va messo l'approccio pedagogico, che a livello del profondo ha una valenza strutturante oltre che correttiva. L'appoggio da parte degli adulti e l'imposizione di limiti sono quindi indicati, ma devono variare a seconda del momento evolutivo, accompagnando la crescita e assecondando le competenze che man mano si sviluppano. Queste danno luogo a richieste, che talvolta l'ambiente considera eccessive. Il soggetto sente di essere in crescita e sperimenta in tal modo qualità ed entità dei cambiamenti. Questi vanno accolti con prudenza, valutandoli in base alle risorse della persona, ben sapendo che la transitorietà della situazione renderà continuamente

te superate le posizioni raggiunte e richiederà modifiche nella relazione. Così si trasmette un messaggio d'incoraggiamento e si contribuisce alla formazione della nuova immagine di sé che il ragazzo sta cercando di costruire.

## Bibliografia

1. ABIGNENTE, G., DINACCI, A. (1990), *Identikit del preadolescente*, Liguori, Napoli.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1929), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1979.
4. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwereziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1976.
5. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
6. ALIPRANDI, M. T., PELANDA, E., SENISE, T. (1990), *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli, Milano.
7. BERGERET, J. (1974), *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes* tr. it. *La personalità normale e patologica*, Cortina, Milano, 1984.
8. BILLER, H. (1974), *Paternal Deprivation: Family, School, Sexuality and Society*, tr. it. *La deprivazione paterna*, Il pensiero scientifico, Roma, 1978.
9. BRUTTI, C. R. (a cura di, 1997), Pubertà e preadolescenza, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 35, Borla, Roma.
10. CHIOSSO, G. (1994), La ricerca di senso nell'adolescenza, in FULCHERI, M., MONACO, F. (a cura di), *Momenti critici dell'esistenza: l'adolescenza, il tempo del lavoro, l'invecchiamento*, Libreria Cortina, Torino.
11. CHIOSSO, G., TORTELLO, M. (a cura di, 1997), *La famiglia difficile*, Utet, Torino.
12. DE PIERI, S., TONOLO, G. (1990), *Preadolescenza. Le crescite nascoste*, Armando, Roma.
13. ERIKSON, E. H. (1968), *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Flammarion, Paris.
14. FAIN, M., KREISLER L., SOULE, M. (1978), *L'enfant et son corps*, Puf, Paris.
15. FONTANA, U. (1990), Con i difficili a scuola, in DE PIERI, S., TONOLO, G. (a cura di), *Preadolescenza. Le crescite nascoste*, Armando, Roma: 306-314.
16. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, tr. it. *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Bari 1968.
17. MÁLE, P. (1980), *Psychothérapie de l'adolescent*, tr. it. *Psicoterapia dell'adolescente*, Cortina, Milano 1982.
18. MAROCCO, MUTTINI C. (1995), L'uso dei tests nella diagnosi delle patologie dell'adolescenza, in GRANDI, L. (a cura di), *La psicodiagnosi*, Libreria Cortina, Torino: 89-96.

19. MAROCCO MUTTINI, C. (2001), La preadolescenza, *Scuola e didattica*, 6: 49-64.
20. RINALDI, R. (1997), Il trattamento psicoanalitico di un grave disturbo ticcoso in età puberale, in BRUTTI C. R. (a cura di), *Pubertà e preadolescenza*, Borla, Roma: 81-92.
21. SACCO, F. (1997), Destino dell'encopresi nella pubertà, in BRUTTI, C. R. (a cura di), *Pubertà e preadolescenza*, Borla, Roma: 43-59.
22. SENISE, T. (a cura di, 1989), *L'adolescente come paziente*, Angeli, Roma.
23. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Family and Individual Development*, tr. it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma 1968.

Chiara Marocco Muttini  
Via Giordana, 5  
I-10100 Torino