

Problemi psicologici in adolescenza e possibili strategie di soluzione

FEDERICO AMIANTO

Summary – PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN ADOLESCENCE AND POSSIBLE SOLUTION STRATEGIES. Numerous and increasingly serious are the problems that affect young people during growth. It is necessary not to underestimate the problem both for the suffering and the risks for the life and health of young people, and for the difficulties in development that these problems can lead to future generations, with serious risks for social evolution. Adolescents increasingly experience problems of psychological suffering and this is manifested by pathological behaviors of various kinds: from prostitution to the abuse of drugs or alcohol to depression, self-injurious or anti-conservative acts. Aggressive behaviors towards others are also frequent, such as bullying, group violence, including sexual violence, up to intra-domestic violence. Phenomena such as new addictions to the internet and online gambling are also insidious. To understand how these risky manifestations can develop, it is necessary to understand how the adolescent develops and identify the role of the family in managing the adolescent crisis. During the adolescent's psychological development, the educational and emotional shortcomings of the family do not stand up to the increasingly complex demands and challenges of our society, as well as the stressful and sometimes traumatic factors that adolescents face. Among the most important resources to stem these difficulties, helping the family represents a fundamental element in prevention and in the path of treatment. The interventions on the family are extremely important in order to reduce the unfortunate outcomes. Some encouraging evidence underlines how such interventions represent a real possibility of prevention of mental illness in adulthood with evident economic and social benefits. They can be represented by a simple family counseling or by therapies of the family or the parental couple in cases where the relationship between the parents presents problems that are difficult to overcome which compromise their role towards the children, in particular in the pre-adolescent and early adolescent in their development. The interventions on children can instead be represented by targeted counseling, individual or group psychotherapy, also activated through the technological means within their reach.

Keywords: ADOLESCENZA, PSICOPATOLOGIA, SERVIZI PER LA SALUTE, COUNSELLING FAMILIARE, TERAPIA DELLA FAMIGLIA

I. Introduzione

Le problematiche psicopatologiche degli adolescenti sono in continua espansione in Italia e nel mondo occidentalizzato [23]. L'età compresa tra i 12 ed i 19 anni è infatti un periodo durante il quale si verificano notevoli cambiamenti fisici e comportamentali.

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 di sofferenza psicologica e questa viene manifestata con comportamenti patologici di vario genere [5].

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).

Numerose ricerche condotte in tutto il mondo evidenziano come gli adolescenti manifestano sempre più frequentemente problemi della condotta e disturbi di esternalizzazione: dalla prostituzione [17], all'abuso di droghe o alcoolici [1, 8] alla depressione, atti autolesivi o anticonservativi [37, 40]. Sono frequenti i comportamenti eteroaggressivi come il bullismo (incluso il cyberbullismo [41]), la violenza di gruppo, anche sessuale, fino alle violenze intradomestiche [10, 11, 44].

Non meno insidiosi i fenomeni delle nuove dipendenze da internet e da gioco d'azzardo online [29]. Questi rappresentano indici di un complessivo incremento dell'aggressività e dell'intolleranza sociale, del mancato rispetto delle norme di convivenza, ma anche di una più eclatante richiesta d'aiuto nei confronti del mondo degli adulti.

I disturbi dell'adolescenza producono circoli viziosi con gravi conseguenze per la vita e la psicopatologia giovanile, e la sua evoluzione in età adulta. Un esempio è rappresentato dalla piaga dilagante del bullismo. 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 [44].

Il bullismo è legato ad anomalie nello sviluppo della personalità, a sindromi come l'ADHD, esito di problematiche di sviluppo affettivo-relazionali [32], e può rappresentare una causa di suicidio [36].

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 [9], incrementando l'ideazione suicidaria [31].

Inoltre 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 [25]. Infine è ampiamente dimostrato come stress affettivi e relazionali in adolescenza causano incremento nel BMI (indice di massa corporea) legato allo sviluppo di obesità permanente in età adulta [24].

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 [11, 7, 34, 19]. Disturbi depressivi o altri disturbi psichiatrici nei genitori possono influenzare problematiche di adattamento o psicopatologie adolescenziali [27]. Peculiari attitudini genitoriali sono legate a disturbi di somatizzazione [28], del comportamento alimentare [2, 3, 13, 15] e della personalità borderline [16, 45].

D'altro canto i conflitti e lo stress intrafamiliari predispongono a disturbi come quelli da abuso di sostanze negli adolescenti [35]. La dipendenza da internet è stata anch'essa correlata con incapacità di relazione e di comunicazione intrafamiliare [43]. Fredlund e colleghi sottolineano come gli adolescenti prostituiti abbiano un rapporto deprivato con i genitori durante l'infanzia [17].

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 [30]. Johnson e colleghi [21] 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 [15]. Uno studio italiano su ragazzi tra 10 e 14 anni [18] 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.

II. *Problematiche assistenziali emergenti in adolescenza*

L'adolescenza è la fase della vita in cui si verifica l'esordio della maggior parte dei disturbi mentali. 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 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 condiviso da 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 [5]. 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 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 smartphone per bambini, preadolescenti e adolescenti con problemi di salute mentale.

Alcune evidenze incoraggianti sottolineano tuttavia come gli interventi organizzativi mirati a garantire un maggiore coordinamento della transizione attraverso i servizi sanitari per la salute mentale, socioassistenziali ed educativi rappresentino una concreta possibilità di prevenzione del disagio psichico in età adulta con evidenti benefici economici e sociali [23, 42].

Inoltre, accanto a questa generalizzata difficoltà organizzativa dei servizi sanitari nella gestione dell'adolescente, esistono rilevanti problematiche inerenti la famiglia dell'adolescente affetto da disagio psichico. La famiglia è in crisi nella gestione delle problematiche degli adolescenti e, come accennato sopra, 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.

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 [38, 39] il ricorso a mezzi coercitivi (ricoveri in SPDC in regime di TSO) è sempre più frequente a causa dell'impotenza dei familiari [23].

I genitori sono spesso in difficoltà nel costruire e gestire una relazione con i propri figli anche a causa di problematiche personali [32]. Essi risultano spesso incapaci di stabilire rapporti di autorità e gerarchia [12] 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 [27, 34]. Alcune evidenze incoraggianti sottolineano come rappresentino una concreta

possibilità di prevenzione del disagio psichico in età adulta con evidenti benefici economici e sociali [20].

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, sociosanitaria in relazione all'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), sociosanitaria (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).

Un'attenzione particolare è stata posta nell'ultimo decennio ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA; DSM 5) meglio conosciuti come Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che rappresentato in età adolescenziale e giovane età adulta una modalità di espressione sempre più diffusa 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 socioculturali 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 counselling ad i loro familiari. Grazie a tale strategia di intervento esso è stato definito secondo centro di eccellenza a livello nazionale (expertscape.com) e rappresenta uno dei centri leader nel panorama europeo e mondiale anche grazie alla ricerca sui risultati dei suoi interventi che lo pongono in una posizione di eccellenza rispetto ai maggiori centri del resto del mondo avanzato [6].

Negli ultimi decenni il Centro DCA si è occupato anche di ricerca avanzata nel contesto della Diagnostica 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 [22].

Ciò nonostante, l'accesso alle cure e gli strumenti di diagnosi e prevenzione anche in questo settore risultano ancora scarsi soprattutto nel settore dell'adolescenza, 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.

III. *Famiglia come risorsa e counselling familiare*

La famiglia, come trattato nei paragrafi 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 [26]. 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 [33].

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 meccanismo di difesa del soggetto) con esito "incoraggiante" rispetto alle risorse del "cliente" nei confronti della risoluzione del suo problema [4].

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 famiglia 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 "coterapeuti" 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 [4]:

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) [4]: 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 sui fattori di 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 costruttivo, 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.

IV. 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 auto lesivi 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 autorità 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 infelici. 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 ai loro familiari. Grazie a tale strategia di intervento esso rappresenta, accanto ad altri come quello del Maudsley Hospital di Londra, uno dei centri leader nel panorama europeo e mondiale.

Infine è fondamentale sottolineare 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.

Bibliografia

1. ADAMS, R. C., TAPIA, C. (2013), Early intervention, IDEA Part C services, and the medical home: collaboration for best practice and best outcomes. Council on children with disabilities, *Pediatrics*, 132(4):e1073-88. doi: 10.1542/peds.2013-2305.
2. AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., MORANDO, S., SOBRERO, C., FASSINO, S. (2010), Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology?, *Psychiatry Res.* 187(3):401-8. doi: 10.1016/j.psychres.2010.10.028.
3. AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., BERTORELLO, A., FASSINO, S. (2013), Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics, *Compr. Psychiatry*, 54(7):797-811. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.005.
4. AMIANTO, F., BERTORELLO, A., SPALATRO, A., CAZZANIGA, G., BIANCONI, A., CAVARERO, S., SIGNA, C., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2013b), Counselling Parentale Adleriano per i genitori di pazienti con DCA, *Riv. Psicol. Indiv.*, 73: 29-49.
5. AMIANTO, F., FASSINO, S. (2017), Psychiatric Problems Emerging in Teens: The Situation for the Design of Future Interventions, *Acta Psychopathol.*, 3(1):1. DOI: 10.4172/2469-6676.100073.
6. AMIANTO, F., SPALATRO, A., OTTONE, L., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2017), Naturalistic follow-up of subjects affected with anorexia nervosa 8 years after multimodal treatment: Personality and psychopathology changes and predictors of outcome, *Eur. Psychiat.*, 45:198-206. doi: 10.1016/j.eurpsy.
7. BARRAN, D. (2013), Preventing the cycle of teen abuse, *J. Fam. Health Care*, 23(5):10-3.
8. BROOK, J. S., LEE, J. Y., RUBENSTONE, E., FINCH, S. J., SELZER, N., BROOK, D. W. (2013), Longitudinal determinants of substance use disorders, *J. Urban Health*, 90(6):1130-50. doi: 10.1007/s11524-013-9827-6.
9. CLARKE, G., HARVEY, A. G. (2012), The complex role of sleep in adolescent depression, *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 21(2):385-400. doi: 10.1016/j.chc.
10. CLEVERLEY, K., SZATMARI, P., VAILLANCOURT, T., BOYLE, M., LIPMAN, E. (2012), Develop mental trajectories of physical and indirect aggression from late childhood to adolescence: sex differences and outcomes in emerging adulthood, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 51(10):1037-51. doi: 10.1016/j.jaac.

11. ERDELJA, S. I., VOKAL, P., BOLFAN, M., ERDELJA, S. A., BEGOVAC, B., BEGOVAC, I. (2013), 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.*, 54(5):460-8.
12. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata?* CSE, Torino.
13. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2009), The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters, *Compr. Psychiatry*, 50(3):232-9. doi: 10.1016/j.comppsy.
14. FASSINO, S. (2010), Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality, *Panminerva Med.*, 52(3):249-64.
15. FASSINO, S., AMIANTO, F., SOBRERO, C., ABBATE DAGA, G. (2013), Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental Disorders, *Panminerva Med.*, 55(4):397-413.
16. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2013b), Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge, *BMC Psychiatry*, 13:282. doi: 10.1186/1471-244X-13-282.
17. FREDLUND, C., SVENSSON, F., SVEDIN, C. G., PRIEBE, G., WADSBY, M. (2013), Adolescents' lifetime experience of selling sex: development over five years, *J. Child Sex Abus.*, 22(3):312-25. doi:10.1080/10538712.2013.743950.
18. FRIGERIO, A. I., RUCCI, P., GOODMAN, R., AMMANNITI, M., CARLET, O., CAVOLINA, P., DE GIROLAMO, G., LENTI, C., LUCARELLI, L., MANI, E., MARTINUZZI, A., MICALI, N., MILONE, A., MOROSINI, P., MURATORI, F., NARDOCCI, F., PASTORE, V., POLIDORI, G., TULLINI, A., VANZIN, L., VILLA, L., WALDER, M., ZUDDAS, A., MOLTENI, M. (2009), Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 18(4):217-26. doi: 10.1007/s00787-008-0720-x.
19. JAFFEE, S. R., MAIKOVICH-FONG, A. K. (2010), Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 52(2):184-94. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02304.x.
20. JENSSEN, I. H., JOHANNESSEN, K. B. (2014), Aggression and body image concerns among anabolic and rogenicsteroid users, contemplators, and controls in Norway, *Body Image*, 12:6-13. doi:10.1016/j.bodyim.
21. JOHNSON, C. R., TURNER, K. S., FOLDES, E., BROOKS, M. M., KRONK, R., WIGGS, L. (2013), Behavioral parent training to address sleep disturbances in young children with autism spectrum disorder: a pilot trial, *J. Sleep Med.*, 14(10):995-1004. doi: 10.1016/j.sleep.
22. LAVAGNINO, L., AMIANTO, F., D'AGATA, F., HUANG, Z., MORTARA, P., ABBATE DAGA, G., MARZOLA, E., SPALATRO, A., FASSINO, S., NORTHOFF, G. (2014), Reduced resting-state functional connectivity of the somatosensory cortex predicts psychopathological symptoms in women with bulimia nervosa, *Frontiers Behavioral Neurosciences*, 8:270. doi:10.3389/fnbeh.2014.00270.

23. McCANN, T. V., LUBMAN, D. I. (2012), 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*, 12:96. doi: 10.1186/1471-244X-12-96.
24. McCLURE, H. H., EDDY, J. M., KJELLSTRAND, J. M., SNODGRASS, J. J., MARTINEZ, C. R. Jr. (2012), Child and adolescent affective and behavioral distress and elevated adult body mass index, *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 43(6):837-54. doi: 10.1007/s10578-012-0299-9.
25. NAJOLIA, G. M., BUCKNER, J. D., COHEN, A. S. (2012), Cannabis use and schizotypy: the role of social anxiety and other negative affective states, *Psychiatry Res.*, 200(2-3):660-8. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.042.
26. PIETROPOLLI CHARMET, G., RIVA, E. (2016), *Adolescenti in crisi, genitori in difficoltà. Come capire e aiutare tuo figlio negli anni difficili*, Franco Angeli, Milano.
27. POTTER, R., MARS, B., EYRE, O., LEGGE, S., FORD, T., SELLERS, R., CRADDOCK, N., RICE, F., COLLISHAW, S., THAPAR, A., THAPAR, A. K. (2012), Missed opportunities: mental disorder in children of parents with depression, *Br. J. Gen. Pract.*, 62(600):e487-93. doi: 10.3399/bjgp12X652355.
28. ROUSSEAU, S., GRIETENS, H., VANDERFAEILLIE, J., CEULEMANS, E., HOPPENBROUWERS, K., DESOETE, A., VAN LEEUWEN, K. (2014), The distinction of 'psychosomatogenic family types' based on parents' self reported questionnaire information: a cluster analysis, *Fam. Systn. Health*, 32(2):207-18. doi: 10.1037/fsh0000031.
29. RUSCONI, A. C., VALERIANI, G., CARLONE, C., RAIMONDO, P., QUARTINI, A., COCCANARI de' FORNARI, M. A., BIONDI, M. (2012), Internet addiction disorder and social networks: statistical analysis of correlation and study of the association with social interaction anxiousness, *Riv. Psichiatria*, 47(6):498-507. doi: 10.1708/1178.13056.
30. SALAMA, C., MORRIS, M., ARMISTEAD, L., KOENIG, L. J., DEMAS, P., FERDON, C., BACHANAS, P. (2012), Depressive and conduct disorder symptom in youth living with HIV: the independent and interactive roles of coping and neuropsychological functioning, *AIDS Care*, 25(2):160-8. doi: 10.1080/09540121.2012.687815.
31. SARCHIAPONE, M., MANDELLI, L., CARLI, V., IOSUE, M., WASSERMAN, C., HADLACZKY, G., et al. (2013), Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation, *Sleep Med.*, 15(2):248-54. doi: 10.1016/j.sleep.2013.11.780.
32. SCIBERRAS, E., OHAN, J., ANDERSON, V. (2012), Bullying and peer victimization in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 43(2):254-70. doi: 10.1007/s10578-011-0264-z.
33. SHERMAN, R., DINKMEYER, D. J. (2005), *Systems of Family Therapy: An Adlerian Integration*, Ed. Routledge, New York.
34. SILVA, T. C., LARM, P., VITARO, F., TREMBLAY, R. E., HODGINS, S. (2012), The association between maltreatment in childhood and criminal convictions to age 24: a prospective study of a community sample of males from disadvantaged nei-

- ghbourhoods, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 21(7):403-13. doi: 10.1007/s00787-012-0281-x.
35. SKEER, M. R., BALLARD, E. L. (2013), 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.*, 42(7):943-63. doi: 10.1007/s10964-013-9963-z.
36. SOLER, L., SEGURA, A., KIRCHNER, T., FORNS, M. (2013), Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents, *Violence Vict.*, 28(5):899-912.
37. ULBERG, R., HERSOUG, A. G., HØGLEN, P. (2012), Treatment of adolescents with depression: the effect of transference interventions in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy, *Trials.*, 13:159. doi: 10.1186/1745-6215-13-159.
38. VITIELLO, B. (2011), Prevention and treatment of child and adolescent depression: challenges and opportunities, *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, 20(1): 37-43.
39. VITIELLO, B. (2013), How effective are the current treatments for children diagnosed with manic/mixed bipolar disorder?, *CNS Drugs*, 27(5):331-3. doi: 10.1007/s40263-013-0060-3.
40. VITIELLO, B., SILVA, S. G., ROHDE, P., KRATOCHVIL, C. J., KENNARD, B. D., REINECKE, M. A., MAYES, T. L., POSNER, K., MAY, D. E., MARCH, J. S. (2009), Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS), *J. Clin. Psychiatry.*, 70(5):741-7.
41. WILLIAMS, S. G., GODFREY, A. J. (2011), What is cyberbullying & how can psychiatric-mental health nurses recognize it?, *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.*, 49(10):36-41. doi: 10.3928/02793695-20110831-03.
42. WINTHER, J., CARLSSON, A., VANCE A. (2013), A pilot study of a school-based prevention and early intervention program to reduce oppositional defiant disorder/conduct disorder, *Early Interv. Psychiatry*, 8(2):181-9. doi: 10.1111/eip.12050.
43. XU, J., SHEN, L. X., YAN, C. H., HU, H., YANG, F., WANG, L., KOTHA, S. R., OUYANG, F., ZHANG, L. N., LIAO, X. P., ZHANG, J., ZHANG, J. S., SHEN, X. M. (2014), Parent-adolescent interaction and risk of adolescent internet addiction: a population-based study in Shanghai, *BMC Psychiatry*, 14:112. doi: 10.1186/1471-244X-14-112.
44. ZABORSKIS, A., CIRTAUTIENE, L., ZEMAITIENE, N. (2005), Bullying in Lithuanian schools in 1994-2002, *Medicina (Kaunas)*, 41(7):614-20.
45. ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., YONG, L., RAVIOLA, G., BRADFORD REICH, D., HENNEN, J., HUDSON, J. I., GUNDERSON, J. G. (2004), Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands, *J. Pers. Disord.*, 18(5):439-47.

Federico Amianto
 Viale XXV aprile 159/10 F
 I-10133 Torino
 E-mail: federico.amianto@unito.it