

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XLVII

Luglio-Dicembre 2019

Numero 86

Editoriale di S. Fassino A. Ferrero	<i>Il disagio adolescenziale interroga la psicoterapia</i>	3
E. Ginot	<i>L'inconscio messo-in-atto: un modello neuropsicologico dei processi inconsci</i>	11
S. Fassino	<i>Neuropsicologia dell'inconscio di Efrat Ginot. Considerazioni Individual Psicologiche</i>	23
S. Fassina B. Simonelli S. Lerda M. Rosa	<i>Disturbi della personalità in adolescenza: trattamenti basati ed orientati alle evidenze</i>	35
F. Bocci C. Sala	<i>Il videogioco come strumento creativo e terapeutico in Psicologia Individuale; l'approccio della Video Game Therapy</i>	53
F. Amianto	<i>Problemi psicologici in adolescenza e possibili strategie di soluzione</i>	67
Notiziario	83



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Fondata da Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia. 2. Gli articoli devono essere inviati per e-mail in doppio formato (Word e PDF) esclusivamente alla Segreteria di Redazione, all'indirizzo: rivistasipi@libero.it; non devono essere accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.

Articoli proposti con altre modalità non possono essere presi in considerazione. Il Direttore o, in sua vece, il Vice Direttore può riservarsi di pubblicare articoli invitati o tradotti, motivando le ragioni della propria scelta.

3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.

4. Gli autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.

5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana; 3 keywords.

In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.

6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.

7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:

7. 1. Riviste:

ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.

7. 3. Libri citati in edizione originale:

PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):

ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976

7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):

ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.

7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.

8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2014 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11/10/1972

Direttore Onorario

GIAN GIACOMO ROVERA

Direttore Responsabile

SECONDO FASSINO

Vice Direttore

ANDREA FERRERO

Caporedattori

CHIARA BERSELLI

SILVANA LERDA

Redattori

ANDREA BOVERO

LUCA BURDISSO

SABRINA GAROLFI

CHIARA SCARATTI

GIUSEPPINA ZULLO

Referenti di area

Psicopatologia e clinica:

GIOVANNI ABBATE DAGA

Interventi psicologici in età evolutiva:

ANNA MARIA BASTIANINI

Psicologia sociale e counselling:

GIANSECONDO MAZZOLI

Cultura e Scienze Umane:

EGIDIO ERNESTO MARASCO

Direzione

Via Milazzo, 2 - 10133 Torino

Tel. 011.6601644

E-mail: secondo.fassino@unito.it

Sede legale

c/o Società Italiana di Psicologia Individuale

Via Assalini, 35

42100 Reggio Emilia

Casella Postale

rivistasipi@libero.it

Impaginazione: adrianochiappa@gmail.com

Stampa: ale.for15@libero.it

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XLVII

July-December 2019

Number 86

Editorial by S. Fassino and A. Ferrero	<i>Teenage Distress Questions Psychotherapists</i>	3
E. Ginot	<i>The Enacted Unconscious: a Neuropsychological Model of Unconscious Processes</i>	11
S. Fassino	<i>Neuropsychology of the Unconscious of Efrat Ginot, Individual Psychology Considerations</i>	23
S. Fassina B. Simonelli S. Lerda M. Rosa	<i>Personality Disorders in Adolescence: Evidence-Based and Evidence-Oriented Treatments</i>	35
F. Bocci C. Sala	<i>The Video Game as a Creative and Therapeutic Tool in Individual Psychology; the Video Game Therapy Approach</i>	53
F. Amianto	<i>Psychological Problems in Adolescence and Possible Solution Strategies</i>	67
Announcements	83



Editoriale

IL DISAGIO ADOLESCENZIALE INTERROGA LA PSICOTERAPIA

SECONDO FASSINO, ANDREA FERRERO

Un gran numero di osservazioni cliniche ed epidemiologiche indicano l'adolescenza come la fase critica per la salute mentale dell'individuo.

È questo il periodo in cui emergono le più gravi sindromi psichiatriche e i disturbi della personalità diventano evidenti. I disturbi del neurosviluppo, come l'autismo e il deficit di attenzione con iperattività (ADHD), che si erano già manifestati nell'infanzia, persistono in adolescenza, manifestando però nuove espressioni e sollevando quindi ulteriori problematiche cliniche. I più recenti studi condotti con tecniche di brain imaging hanno mostrato che durante l'adolescenza avvengono imponenti processi di riaggiustamento delle sinapsi neuronali e che la mielinizzazione dei circuiti cerebrali della corteccia prefrontale non è completa sino dopo i 20 anni di età (Vitiello, 2017).

I dati delle neuroscienze confermano anche che il processo dell'adolescenza è più lungo e complesso di quanto si pensava. Non è solo che il percorso educativo e di inserimento sociale si è prolungato, ma è evidente che la maturazione dei circuiti e delle aree cerebrali non è completato fino a dopo i 20 anni di vita, specialmente nelle aree prefrontali che sono preposte alla capacità di valutare situazioni, controllare le emozioni e prendere decisioni ponderate (Vitiello, 2017).

La *Dichiarazione di Roma* del 6 Ottobre 2017 concordata da studiosi ricercatori e clinici riuniti nel World Congress *Child Dignity in The Digital World* promosso dalla Università Pontifica Gregoriana denunciava i gravi effetti sulla maturazione personale di bambini e adolescenti dovuti alla proliferazione incontrollata dei social media.

Un crescente esorbitante numero di immagini di abuso sessuale di bambini e giovani è disponibile online: cyberbullismo, molestie e *sextortion* stanno diventando sempre più comuni. L'ampiezza e la portata dell'abuso sessuale di minori e dello sfruttamento online è sconvolgente. Oggi i minori sono più di un quarto degli oltre tre miliardi di utilizzatori di internet, e questo vuol dire che oltre 800 milioni di minori navigano nella rete. Che cosa trovano nella rete?

E come sono considerati da chi, in diversi modi, ha potere sulla rete?

Nella rete dilagano fenomeni gravissimi: la diffusione di immagini pornografiche sempre più estreme perché con l'assuefazione si alza la soglia di stimolazione; il crescente fenomeno del *sexting* fra i giovani e le ragazze che usano i social media; il bullismo che si esprime sempre più online ed è vera violenza morale e fisica contro la dignità degli altri giovani; la *sextortion*; l'adescamento dei minori a scopo sessuale tramite la rete è ormai un fatto di cui le cronache parlano continuamente; per arrivare fino ai crimini più gravi e spaventosi dell'organizzazione online del traffico delle persone, della prostituzione, perfino dell'ordinazione e della visione in diretta di stupri e violenze su minori commessi in altre parti del mondo.

Il mondo di Internet presenta qui un aspetto, aree oscure (la dark net) dove male e perversione trovano modi sempre nuovi e più efficaci, pervasivi e capillari per agire ed espandersi... rileva Papa Bergoglio nel suo intervento sulla *Dichiarazione di Roma* al Congresso della Pontificia Università.

Anche dal punto di vista educativo ci si sente disorientati, perché la rapidità dello sviluppo mette "fuori gioco" le generazioni più anziane, rendendo difficilissimo, quasi impossibile il dialogo fra le generazioni e la trasmissione equilibrata delle norme e della saggezza di vita acquisita con l'esperienza degli anni: "*Si tratta di risvegliare la consapevolezza della gravità dei problemi, - osserva Papa Bergoglio- di fare leggi adeguate, di controllare gli sviluppi della tecnologia, di identificare le vittime e perseguire i colpevoli di crimini, di assistere i minori colpiti per riabilitarli, di aiutare gli educatori e le famiglie a svolgere il loro servizio, di essere creativi nell'educazione dei giovani a un adeguato uso di internet – che sia sano per loro stessi e per gli altri minori –, di sviluppare la sensibilità e la formazione morale, di continuare la ricerca scientifica in tutti i campi connessi con questa sfida*".

Sebbene i genitori siano i primi responsabili della formazione dei loro figli, bisogna prendere atto - sostiene ancora Bergoglio nell'edizione 2019 del *Child Dignity in The Digital World* - che, nonostante la buona volontà, oggi è sempre più difficile per loro controllare l'uso che i figli fanno degli strumenti elettronici. Pertanto, l'industria deve collaborare con i genitori nella loro responsabilità educativa.

L'identificazione dell'età degli utilizzatori non va quindi considerata una violazione del diritto alla privacy, ma una premessa importante per la tutela efficace dei minori.

Le problematiche psicopatologiche degli adolescenti sono in continua espansione 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 e stimolante, ma capace di poco supporto emotivo e valoriale come quella contemporanea è un ambiente stressante per lo sviluppo adolescenziale. In un campione rappresentativo di adolescenti piemontesi (Abbate Daga, Fassino et al., 2008; 2014) il 7% presenta *eating problems* con tratti di personalità e condizione preclinica di psicopatologia alimentare. L'assistenza psichiatrica in adolescenza è cruciale.

I ragazzi che subiscono una transizione inadeguata tra i servizi neuropsichiatrici e quelli della psichiatria per gli adulti sono numerosi, molti sfuggono alle cure e spesso questo incide pesantemente sull'esito del loro disturbo (Paul et al., 2014, Clin. Child Psychol. Psychiatry; Singh et al., 2009, Curr. Opin. Psychiatry). In alcuni paesi con un avanzato sistema sanitario pubblico sono stati applicati specifici progetti di prevenzione e intervento precoce per interrompere l'evoluzione del disagio psichico in età adulta (McCann, Lubman, 2012, BMC Psychiatry; Winther et al., 2014, Early Interv. Psychiatry).

*

Questo 86° fascicolo della Rivista contiene cinque contributi a diverso titolo pertinenti con questa domanda di adeguamento delle cure e degli interventi di prevenzione in adolescenza.

Considerato che spesso interventi psicoterapeutici e interventi educazionali - dal counselling alle terapie della famiglia o della coppia genitoriale alla psicoterapia psicodinamica del soggetto, alla riabilitazione educativa - sono articolati, interconnessi, nella cura dei disturbi psicopatologici in età evolutiva, è più che mai necessario che terapeuti ed educatori conoscano *le dinamiche inconsce* intrapsichiche e interpersonali dei sintomi psicopatologici come pure delle resistenze e opposizioni ai trattamenti.

Si conferma al riguardo centrale il risultato dalle ricerche cliniche e delle neuroscienze sui meccanismi inconsci della mente, per le quali il sintomo psicopatologico esprime e al contempo ripara/difende - con conseguenze tuttavia controproducenti su comportamenti e affetti - l'angoscia profonda del Sé concernente il disviluppo della personalità del soggetto in età evolutiva.

Negli ultimi vent'anni importanti centri di ricerca - tra i quali il Boston Group di D. N. Stern circa *la relazione implicita* nella psicoterapia infantile, il laboratorio di ricerca alla Columbia University di E. R. Kandel riguardo ai meccanismi sinaptici della memoria, il gruppo di G. Rizzolatti e V. Gallese dell'Università di Parma a proposito dei substrati neuronali delle comunicazioni empatiche - avevano iniziato a rivedere i meccanismi profondi, cioè inconsci e impliciti, dei processi di cambiamento delle psicoterapie: sono state studiate ed evidenziate le correlazioni tra processi neurobiologici e funzioni mentali inconsce responsabili dei meccanismi di cambiamento ipotizzati dai clinici psicodinamici.

I risultati di queste ricerche sperimentali hanno sottolineato l'importanza decisiva dei processi inconsci nelle cure dei disturbi psichici, nelle relazioni terapeutiche, come prefigurato dalle *psicologie del profondo* di Freud, Adler e Jung.

Il primo dei contributi riguarda appunto un aggiornamento critico delle acquisizioni neuroscientifiche sul concetto di inconscio, sulle quali si basano importanti variazioni del modo di essere e fare lo psicoterapeuta, tra cui per esempio la minor importanza dell'interpretazione rispetto alla *messa in atto*, e alla prevalente funzione della *testimonianza di essere* oltre che fare, relazione implicita, sentimenti e convinzioni implicite.

La Prof.ssa Efrat Ginot ha gentilmente consentito di tradurre *The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes*, in cui fa il punto sulle rappresentazioni, sugli effetti e sulle messe in atto dei processi inconsci. Integrando la neuropsicologia con il pensiero e l'esperienza psicoanalitica, questo articolo offre una nuova visione dell'inconscio che si allontana dalle concettualizzazioni più tradizionali. Con argomentazioni documentate si sottolinea l'influenza sempre presente dei processi inconsci in corso su gran parte dei nostri comportamenti e stati mentali. È importante sottolineare che questa nuova comprensione dell'inconscio si basa sull'unità funzionale del cervello/mente.

*

Nel secondo articolo *Neuropsicologia dell'inconscio di Efrat Ginot. Considerazioni individuali psicologiche* Secondo Fassino propone alcune considerazioni di linea Individual Psicologica su un successivo ampio volume (pp.1-378) della stessa Autrice, *Neuropsicologia dell'inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, edito nel 2017 da Raffaello Cortina.

L'articolo della Rivista che apre questo fascicolo prefigura una sorta di utile guida allo studio di questo importante testo. Il libro di E. Ginot riporta una preziosa revisione aggiornata e ragionata della ricerca neurofisiologica e conseguenti implicanze cliniche riguardanti il concetto di inconscio. Questo oggi rappresenta uno dei cardini teorico-tecnici della psicoterapia psicodinamica. Emerge la concezione a favore di un continuum tra funzionamento conscio e inconscio che va oltre il pensiero psicoanalitico tradizionale. Considerando come le profonde dinamiche del processo di cambiamento riguardino principalmente gli aspetti inconsci, si rileva nella attività clinica come le abitudini inconse spesso superino, talora contrastino, l'intenzione e la motivazione dei pazienti e dei loro terapeuti.

Gli enactment, intesi come espressione e *risultato agito* del funzionamento emotivo inconscio, favoriscono nuove ipotesi su concetti consolidati come resistenza, transfert e controtransfert. Queste evidenze sembrano utilizzabili e molto fertili per la Psicologia Individuale adleriana che considera come principale strumento di cambiamento l'articolazione nel clinico di Stile di Vita e stile terapeutico in ogni scambio relazionale nel setting di cura.

Il terzo contributo è *Disturbi della personalità in adolescenza: trattamenti basati ed orientati alle evidenze* di Simona Fassina, Barbara Simonelli, Silvana Lerda e Massimo Rosa. In riferimento ad alcune osservazioni cliniche preliminari sul trattamento dei disturbi della personalità nell'adolescenza, gli autori hanno esaminato criticamente le ricerche e gli studi indicizzati su Pub-Med nell'ultimo decennio.

Alcune indicazioni e linee di intervento basate e orientate sull'evidenza, risultato di tale revisione critica, sono confrontate con il modello di trattamento del Centro Integrato per la prevenzione e il trattamento dei Disturbi della Personalità in Età Adulta e in Adolescenza dell'ASL TO4 di Settimo Torinese (Torino), con particolare riferimento alla psicoterapia psicodinamica adleriana breve sequenziale (SB-APP).

La possibilità di individuare i punti di forza evolutivi e le aree di maggiore disfunzionalità socio relazionale e della personalità del paziente - anche attraverso uno strumento standardizzato la PFL-RS (Psychopathological Functioning Level – Rating Scale) - consente di modulare gli interventi terapeutici “su misura” del paziente.

Questo implica il non assegnare a priori una valenza mutativa o conservativa ai diversi strumenti, in quanto l'efficacia mutativa o conservativa di un intervento è correlata all'organizzazione di personalità, ai diversi livelli di funzionamento, all'assetto delle difese, ai diversi stili di personalità. Gli obiettivi clinici sono rivolti a modificare non solo i sintomi, ma soprattutto aspetti significativi del funzionamento del paziente, sostenendo e rinforzando nel contempo le risorse più adattive.

Il modello delle Adlerian Psychodynamic Psychotherapies (APPs) prevede quindi la possibilità di impostare trattamenti con setting differenziati: aspetto cruciale per gli interventi in età evolutiva specie nella prassi di Servizi di salute Mentale dedicati ai disturbi dell'adolescenza.

*

Il quarto contributo *Il videogioco come strumento creativo e terapeutico in Psicologia Individuale: l'approccio della Video Game Therapy* di Francesco Bocci e Cinzia Sala considera l'esperienza del videogiocare (gameplay) come strettamente collegata alle dinamiche emozionali e finzionali, cosce ed inconscie, e di conseguenza ad atteggiamenti soggettivi, legati a determinate situazioni e relazioni dove possiamo ritrovare i *tre compiti vitali* dell'uomo. I videogiochi sono diventati un oggetto di comunicazione esplicito assai diffuso tra i giovani, le cui immagini sembrano assimilare sempre più elementi tipici del mondo dei videogiochi.

La *Video Game Therapy* non è una terapia a sé stante, ma piuttosto uno strumento, una tecnica da integrare in un percorso psicoterapeutico già in atto, come processo facilitatore della relazione terapeutica idoneo a superare alcune importanti resistenze inconscie attraverso una sorta di *protesi virtuale* del setting.

Infatti proprio come un “gioco” particolarmente affine agli stili di gioco degli adolescenti d’oggi, nativi digitali, esso permette - secondo gli autori - di esprimere inconsciamente aspetti importanti e nucleari del proprio mondo interno ed esterno.

La terapia di videogiochi tramite le tre principali funzioni terapeutiche - contenitiva, compensatoria e creativa - consente agli utenti di iniziare un lavoro psicologico *mettendosi in gioco* appunto col terapeuta, lasciando emergere tratti di funzionamento interiore e relazionali altrimenti molto difesi e sviluppando precocemente una buona alleanza di lavoro/gioco col terapeuta. I ragazzi si sentiranno inoltre motivati nel mantenere l’impegno a muoversi verso gli obiettivi terapeutici concordati, grazie alle proprietà intrinsecamente stimolanti e “protettive” del videogioco.

*

L’ultimo articolo, *Problemi psicologici in adolescenza e possibili strategie di soluzione* di Federico Amianto presenta un’ampia riflessione sul disagio giovanile di oggi. Sono discusse le modalità con cui questo si genera e si manifesta al fine di promuoverne una più agevole comprensione utile ed efficace per interventi mirati di prevenzione e di cura. È necessario non sottovalutare il problema sia per la sofferenza e i rischi per la vita e la salute dei giovani, sia per le difficoltà nello sviluppo che tali problematiche possono portare alle generazioni future, con rischi seri per l’evoluzione sociale.

I comportamenti patologici, risultato di questo disagio, sono di vario genere: dalla prostituzione all’abuso di droghe o alcoolici alla depressione, atti autolesivi o anticonservativi; sono frequenti anche gli atti aggressivi nei confronti degli altri come il bullismo, la violenza di gruppo, anche sessuale, fino alle violenze intradomestiche. Particolarmente insidiose appaiono le nuove dipendenze da internet e da gioco d’azzardo online.

Durante lo sviluppo psicologico dell’adolescente, le mancanze educative e affettive della famiglia non reggono le richieste e le sfide sempre più stressanti della nostra società. Gli aiuti alla famiglia rappresentano un elemento fondamentale nella prevenzione e nel percorso di cura. Essi possono essere rappresentati da un semplice counselling familiare o da vere e proprie terapie della famiglia o della coppia genitoriale nei casi in cui il rapporto fra i genitori presenti problemi difficilmente superabili che compromettono il loro ruolo nei confronti dei figli, in particolare nelle fasi pre-adolescenziali e primo-adolescenziali del loro sviluppo.

Questi evidenti, crescenti segni di disorientamento e sofferenza degli adolescenti interrogano quindi la scienza e la coscienza di genitori, educatori, docenti come pure di ricercatori e clinici, medici e psicologi, dei responsabili della Istruzione e della Sanità Pubblica, della Cosa Pubblica e della Società Civile più in generale.

Gli psicoterapeuti e gli educatori sono interpellati al fine di individuare più efficaci e rapidi percorsi di prevenzione e cura che siano maggiormente adatti alle modalità con cui gli adolescenti di oggi esprimono il loro disagio interiore e relazionale, ancor più adeguati alle loro difese, spesso *invisibili*, controproducenti nei confronti di tale profondo e pervasivo malessere: malessere degli adolescenti e delle loro famiglie spesso ritenute fragili e co-patogene, comunque sempre da coinvolgere come preziose risorse di cura.

Le ricerche che oggi indagano la qualità di questi processi interattivi e le dinamiche inconscie della relazione terapeutica nelle cure di pazienti con patologie di personalità sottolineano come le caratteristiche personologiche del terapeuta correlano in modo significativo non solo con le difficoltà presentate del paziente, ma anche con le opzioni tecniche che sceglie di assumere. A maggior ragione con gli adolescenti le caratteristiche personologiche del terapeuta sembrano assumere speciale rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici: spesso una identificazione *possibile* con la *persona* del terapeuta appare necessaria come modello per la ripresa evolutiva del Sé. Emerge, complessivamente, la funzione di uno psicoterapeuta più partecipante, che può in certi casi agire aspetti inconsci all'interno del setting (enactment), fino a rivelare e mettere in gioco *consapevolmente* delle parti di sé (self-disclosure).

L'inconscio *messo-in-atto*: un modello neuropsicologico dei processi inconsci

EFRAT GINOT

GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes, in *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1406(1):71-76.

Traduzione italiana a cura di Secondo Fassino e Angela Spalatro

Summary – THE ENACTED UNCONSCIOUS: A NEUROPSYCHOLOGICAL MODEL OF UNCONSCIOUS PROCESSES. Integrating neuropsychology with psychoanalytic thinking and experience, this paper offers a new view of the unconscious that veers away from more traditional conceptualizations. Rather, it emphasizes the ever-present influence of ongoing unconscious processes on much of our behaviors and mental states. Importantly, this new understanding is based on the functional unity of the brain/mind.

Keywords: INCONSCIO, BENESSERE, CERVELLO-FUNZIONALMENTO MENTALE, RETI NEURALI, MAPPE NEURALI, RAPPRESENTAZIONE

I. Introduzione

A partire da Freud, molte teorie sull'inconscio hanno considerato questo concetto come un'entità interamente separata in cui venivano racchiuse i ricordi, i desideri rimossi, i conflitti e le esperienze traumatiche. Tutte queste esperienze inaccettabili erano considerate represses e nascoste in una modalità primariamente protettiva per l'individuo. Di conseguenza, scoprire le esperienze represses o dissociate renderebbe l'inconscio cosciente, portando all'integrazione psichica.

Tuttavia, come giorno dopo giorno stiamo imparando, da ricerche e studi neurofisiologici, l'inconscio non si limita a questo. I processi inconsci, infatti, sono sottesi da determinate reti neurali che lavorano costantemente e non possono più essere pensate esclusivamente con la funzione di "custodia" di determinati ricordi, emozioni o processi di apprendimento.

Alcuni neuroscienziati hanno osservato come non esista evidenza da un punto di vista neurale di un “sé” capace di indirizzare le esperienze verso un posto “nascosto” e inaccessibile. La nuova caratterizzazione dell’inconscio indica come questo non rappresenti un luogo statico e oscuro del nostro funzionamento psichico. L’inconscio comprende tutti quei processi che partono dal cervello e arrivano al funzionamento mentale e che rappresentano la gran parte di ciò che siamo e di come funzioniamo abitualmente.

Questo nuovo modello sottolinea la connessione esistente tra i processi consci ed inconsci, in particolare la propensione del pattern cervello-funzionamento mentale a rappresentare automaticamente determinati pattern comportamentali. Di conseguenza, questo nuovo approccio spiegherebbe i nostri continui sforzi, la nostra tendenza a provare emozioni ricorrenti, i nostri pattern comportamentali, anche quando questi sono inappropriati o distruttivi.

Questo modello tenta di dar senso anche a quegli ostacoli che si incontrano quando proviamo a cambiare determinati schemi alla luce del raggiungimento di un benessere maggiore. Un modello integrato di tipo neuropsicologico che veda un continuum tra conscio ed inconscio offrirebbe un’apertura alla possibilità di comprendere determinate difficoltà insite nell’essere umano.

II. Alcune caratteristiche neuropsicologiche dei processi inconsci

Uno degli sviluppi più interessanti di questo approccio riguarda i nuovi obiettivi e l’influenza che i processi inconsci possono avere sulle nostre azioni. Questi processi sono funzioni sottese dal meccanismo cervello-funzionamento mentale, meccanismo pervasivo e molto più importante di ciò che ci era dato pensare. Libet et al. hanno condotto alcuni esperimenti in cui hanno dimostrato come l’attività cerebrale precede le decisioni cosiddette cosce (ad esempio quella di alzare le proprie dita) [29, 30].

È quindi chiaro che i processi inconsci sono coinvolti anche in quelle decisioni che ci sembrano essere esclusivamente cosce. L’inconscio quindi è coinvolto anche nei meccanismi di apprendimento, e non rappresenta esclusivamente materiale difensivo e dissociato. La capacità del nostro cervello di acquisire implicitamente alcune competenze è un punto nodale del funzionamento inconscio. Questi pattern rappresentano il nucleo della maggior parte dei processi di apprendimento, sia per ciò che riguarda i processi affettivo-relazionali che quelli cognitivi. Queste funzioni inconscie, in particolare durante le prime fasi dello sviluppo, risultano fondamentali per i processi di sopravvivenza, adattamento e costruzione del benessere personale.

Rispetto al consolidamento di ciò che si apprende, il sistema cervello-funzionamento mentale diventa fondamentale nello scegliere cosa consolidare e cosa no, diventando anche il sistema deputato a predire determinati eventi sulla base di ciò che si è appreso.

Da un punto di vista relazionale, questo si può tradurre con il seguente esempio. Le persone che hanno coltivato una tendenza inconscia ad essere rifiutati tenderanno ad agire comportamenti che possono essere interpretati come “di rifiuto e di distacco”.

Essi sperimenteranno quindi il rifiuto anche laddove non è davvero presente, e troveranno ragione del loro pensarsi e sentirsi rifiutati. In altre parole, inconsciamente creano specifiche aspettative e convincono i loro processi consci che questo sia vero e giustificato. Questi processi, ovviamente, avvengono in modo non consapevole. Infine, possiamo dire che l'inconscio sia un sistema cervello-funzionamento mentale che attivamente comunica all'ambiente esterno i propri pensieri le proprie azioni e le proprie intenzioni.

III. *Come evolvono i sistemi consci ed inconsci?*

Nel nostro lontano passato abbiamo sviluppato queste capacità per assicurarci la sopravvivenza, l'adattamento e la gestione della vita. Seguendo il concetto di adattamento, è comprensibile come ci sia stata nel tempo una forte pressione nel trovare un sistema in grado di consentirci di sopravvivere, in grado quindi di agire rapidamente, senza ragionamento, ma sicuramente efficace. Abbiamo dovuto sviluppare la capacità di reclutare determinati pattern comportamentali in modo automatico, senza fare affidamento su alcuna riflessione, senza dover pensare al come farlo [38].

Ai problemi ricorrenti è stata data una risposta implicita e con comportamenti automatici appresi ed eseguiti rapidamente in assenza di riflessione. Con il tempo, un altro sistema affianco a questo appena descritto, si è sviluppato: un sistema più flessibile, più lento e maggiormente modulabile. Tale capacità riflessiva ha portato alla gestione di stimoli più complessi, quali le funzioni cognitive superiori e le funzioni esecutive [8, 25, 36]. Quello che è chiaro è che, nonostante lo sviluppo di questo secondo sistema cosciente relativamente più recente, quello più arcaico rimane molto potente. Potremmo dire che persiste come sistema centrale del nostro psichismo, caratterizzandosi come aspetto essenziale del nostro funzionamento psichico.

Essendo ontologicamente più vecchio e molto meglio attrezzato per rispondere rapidamente a situazioni familiari, il *regno inconscio* è diventato un elemento una modalità essenziale di funzionamento che è ancora parte di tutti i nostri aspetti mentali. Studi di sociologia, di psicologia e di economia hanno dimostrato come i processi inconsci guidano tuttora il modo in cui perseguiamo i nostri obiettivi e il modo in cui ci confrontiamo con i cambiamenti e con l'ambiente circostante [1, 2, 12, 18].

IV. *Alcuni aspetti dello sviluppo dell'inconscio: costruire le mappe e gli stati del sé*

Antonio Damasio ha descritto le mappe neurali relative ai processi inconsci e ha codificato le organizzazioni neurali, le reti e le mappe ad essi relative [8]. Queste reti

sono caratterizzate da pattern differenti di attività cerebrale sincrona dal momento che il cervello risponde agli stimoli con la sua attività intrinseca o con lo stato di riposo. Le differenti configurazioni neurali sono mediate da neurotrasmettitori differenti. Dal momento che i circuiti neurali reagiscono a stimoli simili in maniera simile (attivandosi o deattivandosi) essi creano dei cluster di risposta neurale attraverso l'intero cervello. I neuroni che si attivano contemporaneamente sono interconnessi. La combinazione tra attivazione e deattivazione di cluster neuronali in risposta a stimoli differenti crea delle reti neurali (o mappe) e queste si associano a condizioni di apprendimento e sviluppo differenti tra di loro.

Durante lo sviluppo e sulla base di molte interazioni ripetute all'interno di differenti contesti interpersonali, tutti sviluppiamo ben più di una singola mappa neurale comportamentale ed emotiva. Sperimentiamo infatti differenti stati della mente. Quello che è importante ricordare è che le mappe non sono altro che un insieme di differenti esperienze. Esse includono emozioni, pensieri, percezioni, reazioni difensive o situazioni emozionali.

Ci vogliono esperienze simili per rafforzare una particolare mappa. In ogni caso, una parte di queste reti attinge dalle esperienze consapevoli e dagli stati mentali consapevoli [4, 6, 8]. Anche se i circuiti cerebrali operano ad un livello inconscio, essi rimangono attivi e partecipi rispetto agli stimoli provenienti dall'ambiente e da noi stessi. Cervello, corpo e ambiente restano pertanto imprescindibili a partire dalla percezione e dall'interpretazione degli stimoli, fino alla generazione delle risposte emotive o comportamentali [7, 9].

È inoltre utile chiarire che, nonostante i ricordi immagazzinati durante la prima infanzia rimangano impliciti, essi comunque diventano parte delle mappe neurali, influenzando i comportamenti e le nostre percezioni. I ricordi precoci non sono espliciti o accessibili poiché l'ippocampo, centro della memoria, si "satura" a partire dai 4-5 anni. Durante lo sviluppo del senso di sé, le abilità cognitive del bambino ancora immature possono portare a interpretazioni errate del senso di sé e degli eventi interpersonali.

Per tale ragione, il processo di identificazione con i genitori, passaggio fondamentale per lo sviluppo di un individuo, porta il bambino a percepire le esperienze e le emozioni dei genitori come una propria colpa piuttosto che come emozioni e sensazioni provenienti dall'altro. Sentimenti di paura, vergogna, umiliazione, ad esempio, diventano costitutivi del senso di sé contribuendo a definire un'immagine di sé negativa [3].

Inoltre, l'innata predisposizione del bambino a far proprie, imparare ed interiorizzare, le emozioni e le "lezioni" dei genitori, unito alla necessità di proteggere a tutti i costi il genitore spesso si traduce in un pattern di emozioni e pensieri negativi che vengono successivamente rivolte contro il sé. Questa sembra essere la via attraverso la quale da adulti poi sperimentiamo, senza causa apparente, delle emozioni e dei pensieri irrazionali rispetto a noi stessi.

Inoltre, l'innata predisposizione del bambino a far proprie, imparare ed interiorizzare, le emozioni e le "lezioni" dei genitori, unito alla necessità di proteggere a tutti i costi il genitore spesso si traduce in un pattern di emozioni e pensieri negativi che vengono successivamente rivolte contro il sé. Questa sembra essere la via attraverso la quale da adulti poi sperimentiamo, senza causa apparente, delle emozioni e dei pensieri irrazionali rispetto a noi stessi.

Con il progredire del processo di sviluppo e maturazione, nuove esperienze emotive e percettive vengono incorporate all'interno di queste mappe neurali [8, 25]. Queste si traducono in processi adattivi, pattern di risposta a determinati stimoli e meccanismi difensivi, che hanno come obiettivo finale quello di preservare di fatto lo stato di benessere del bambino in crescita. Automaticamente e non in modo consapevole, queste reti si insinuano e rinforzano alcune modalità relazionali apprese nel contesto ambientale, fissandole come modalità implicite di pensiero e percezione [8, 19, 24, 27, 28, 32, 33,].

Per tornare al nostro esempio, i bambini diventati adulti che sono propensi a percepire segnali di rifiuto o di danno, saranno inconsciamente alla ricerca di "segnali" di rifiuto o danno, vedendoli anche laddove non esistono affatto.

V. *L'inconscio messo in atto*

Quello che il nostro cervello fa automaticamente, e al di là della nostra consapevolezza, è immagazzinare le lezioni del passato affinché ogni volta non dobbiamo reimpararle da capo. La "messa-in-atto ripetuta" dell'inconscio (il termine *enaction*, termine veramente utile coniato da Varela et al.) dei propri sistemi neurali fornisce il substrato espressivo ai nostri pattern comportamentali, alle nostre interpretazioni cognitive e ai nostri meccanismi difensivi [37]. Varela et al. come molti altri autori, (ad esempio Colombetti e Gendlin), hanno insistito a lungo sulle proprietà "corporee" del proprio funzionamento mentale e sulle sue capacità di diventare uno strumento rappresentativo dell'ambiente circostante [7, 14, 37].

Ciò che non si riesce a nominare, ciò che non riesce ad essere espresso o descritto, identificato o definito può essere rappresentato.

Pensiamo alle mappe inconscie nell'unico modo pensabile, tangibile ed osservabile. È altresì vero che la gran parte del contenuto rappresentato rispetto a ricordi, in particolare rispetto a quelli che hanno a che fare con la fase preverbale dello sviluppo, non è accessibile al richiamo esplicito. Ciò nonostante, attraverso emozioni o comportamenti ripetitivi, siamo in grado di accedere alla natura di particolari pattern inconsci. Se diventiamo consapevoli di questo, siamo in grado di rendere maggiormente espliciti alcuni aspetti di questo sistema cervello-funzionamento mentale. Questo processo avviene implicitamente, nonostante risponda a stimoli provenienti dal mondo esterno. I pattern emozionali, cognitivi, percettivi e comportamentali appresi implicitamente nel passato, si rendono pertanto accessibili nel presente.

VI. *Vissuti relativi agli altri come espressione dei sistemi del proprio inconscio*

Questa sezione esplora brevemente una delle caratteristiche più familiari del concetto di inconscio ovvero quel pattern di convinzioni negative e del tutto credibili che ciascuno di noi nutre verso sé stesso e verso gli altri. Queste “credenze” di natura emotiva e cognitiva, spesso distorte, costituiscono una parte inseparabile del nostro stato mentale. Per questa ragione, i vissuti relativi agli altri diventano dotati di vita autonoma, diventano immagini, pensieri e credenze incriticabili.

Essi finiscono per dominare i nostri processi intrapsichici e interpersonali. Come espressione di pattern inconsci i vissuti relativi agli altri, durante momenti stressanti, diventano automaticamente reali e rappresentano uno dei migliori esempi dei processi inconsci-consci sopradescritti. Pertanto, storie e narrazioni negative di sé o degli altri, forniscono un substrato emozionale stressante, promuovendo atteggiamenti difensivi. In questo stato disregolato, le emozioni, i pensieri e le sensazioni viscerali sono completamente confuse: i sentimenti vengono rinforzati dalle parole che a loro volta rinforzano i nostri stati mentali. Naturalmente, ci si trova di fronte ad un groviglio caotico, in cui è difficile distinguere parole, pensieri ed emozioni sottostanti.

Per citare Panksepp e Biven, “*negli uomini questi stati affettivi sono sempre accompagnati da cambiamenti cognitivi, nello specifico da ruminazione, da preoccupazione eccessiva, da paure ingiustificate e da attribuzione di significati spesso erronei*” (34, p. 451). Queste espressioni di emozioni e di pensiero assieme, incarnano un aspetto importante del nostro inconscio che riveste una grande importanza sui nostri modelli impliciti. Come osserviamo nella pratica clinica, questi vissuti, attivati più facilmente in situazioni stressanti, diventano progressivamente rigidi e difficilmente criticabili. Essi tendono ad essere distorti e difficilmente si riesce a lavorare sugli stessi per renderli maggiormente imparziali rispetto alla realtà delle situazioni.

Per questa ragione la prospettiva reale tende a venir meno, lasciando maggiormente spazio a convinzioni distorte di realtà e difficilmente correggibili. Diventando parte delle mappe inconsce, questi vissuti tendono a configurare rappresentazioni del proprio sé, portando in primo piano le rispettive emozioni, le esperienze, i ricordi rimossi e le interpretazioni cognitive ad essi correlati.

VII. *Un breve esempio: il caso di Emy**

*Il caso di Amy non si basa su alcun paziente, ma è un amalgama delle difficoltà incontrate da molti.

Amy, una donna di 30 anni, aveva intrapreso una psicoterapia dopo aver iniziato un nuovo lavoro, che le era costato molto da un punto di vista psicofisico. Nonostante il suo desiderio di effettuare un cambiamento di ruolo senza troppe complicazioni, Amy stava sperimentando sensazioni di malessere e ansia dal primo giorno del nuovo inca-

rico, accompagnate da sintomi fisici quali emicrania, tachicardia e fame d'aria. Questi vissuti erano accompagnati anche da una sensazione di fatica e di inerzia psicofisica. Amy era terrorizzata dall'idea di non essere all'altezza del nuovo incarico.

Era certa che avrebbe fallito perché non era in grado di apprendere velocemente ed era certa che questo avrebbe deluso le aspettative di chi aveva creduto in lei. Tentando di combattere senza successo i suoi sentimenti ansiosi e sentendo il senso di fallimento che ne conseguiva, Amy si sentiva sempre più sconfitta. È a questo punto che Amy decide di intraprendere un percorso di cura.

Fin dall'inizio della terapia, Amy si mostrava in grado di riconoscere che in passato era stata capace di ricoprire ruoli di responsabilità e posizioni lavorative invidiabili. Il nuovo lavoro le era anche abbastanza familiare e ne conosceva anche i dettagli. Nonostante queste consapevolezza, il suo disagio non si ridimensionava, anzi spesso raggiungeva livelli di stress elevati e incontenibili. Amy diceva che dato che si sentiva esausta, faceva fatica anche a ricordarsi quali erano i suoi obiettivi: sentirsi motivata e lavorare al meglio.

Quello che fin da subito divenne chiaro fu che Amy ripeteva un pattern che potremmo definire "cadere a pezzi" ogni volta che iniziava un nuovo progetto, un nuovo incarico e ogni volta affondava per un determinato periodo in un vissuto di confusione e di fallimento poco connesso alla realtà. Amy sapeva di essere competente e capace, ma non era in grado di accedere a questa consapevolezza.

A scuola ad ogni passaggio evolutivo, nel mondo del lavoro ad ogni cambio di ruolo, Amy sperimentava un pattern caratterizzato da dubbi sulle proprie competenze e paura di fallire ed essere giudicata. La questione che più la lasciava perplessa era la sua incapacità di imparare dalla realtà. Nonostante tutto, infatti, Amy aveva sempre portato a termine con successo qualsiasi cambiamento, con ottimi risultati e anche riconoscendo che erano stati percorsi positivi, sia quelli scolastici che lavorativi.

La sua perplessità riguardava la natura ripetitiva dei propri vissuti e il modo in cui essi condizionavano i propri pensieri, le proprie emozioni e le proprie sensazioni rispetto a determinate situazioni. Era difficile con lei separare ciò che faceva parte del passato e ciò che riguardava il presente e la situazione che la portava attualmente in terapia.

Le difficoltà di Amy riguardavano la capacità di riconoscere come, in momenti di forte stress e disregolazione emotiva, distorceva la realtà "contaminandola" con i propri vissuti che diventavano così reali da giustificare determinati comportamenti ed esperienze interpersonali. In questo caso, al di là del fisiologico stress relativo ad un nuovo impiego, si insinuava in Amy una sorta di certezza inconscia relativa alla propria fragilità, alla propria incapacità e al proprio fallimento che, assieme, diventavano l'unica realtà della sua esperienza.

VIII. *Le radici dei comportamenti ripetitivi: la relazione tra strutture corticali e sottocorticali*

I sistemi deputati ai propri processi inconsci si ripetono quando l'influenza delle regioni subcorticali (ad es. il cervelletto e i gangli basali, che codificano l'apprendimento procedurale e tutte le abitudini comportamentali, emotive e cognitive) supera l'influenza delle aree corticali di livello superiore.

Quando questo accade, i messaggi neurali inibiscono la corteccia prefrontale per interpretare le percezioni in maniera inflessibile e basata su vecchie mappe e modelli. Le nuove informazioni pertanto non vengono elaborate. In una situazione interpersonale, ad esempio, quando un soggetto prevede un risultato umiliante, come nell'inconscio di Amy, le reti subcorticali predispongono a vecchie abitudini e a comportamenti emotivi indipendenti dalle nuove situazioni, ma frutto dei vecchi pattern acquisiti [24].

Così nel suo caso, le previsioni riguardanti un certo errore, la vergogna e l'umiliazione potenziale sono basate su un solo modello interno, per cui non hanno tenuto conto degli aspetti nuovi inseriti nella realtà attuale. Questi processi predittivi difettosi codificati da tempo hanno portato a distorsioni delle aspettative e delle previsioni [32, 33].

I legami tra il funzionamento conscio ed inconscio, ad esempio tra regioni subcorticali e corteccia prefrontale e le sue varie funzioni esecutive, spiegano l'influenza che i processi inconsci hanno sulle funzioni esecutive superiori. È importante sottolineare la propensione del cervello-mente di impiegare mappe esistenti nello sforzo costante di rendere il senso e interpretare la realtà.

Possiamo tutti riconoscere in noi questa tendenza a vedere il mondo secondo quanto già sappiamo, secondo le nostre mappe subcorticali. Il cervello-mente favorisce l'automatismo. Una risposta automatizzata è quella che si verifica senza partecipazione cosciente, bypassando la corteccia prefrontale per usufruire di vecchi modelli in modo rigido e ripetitivo.

Gli studi di Neuroimaging mostrano che i comportamenti automatici richiedono meno sforzo e stimolano una minore attivazione rispetto ai comportamenti deliberati [5, 38]. Allo stesso modo, vi è una diminuzione dell'attivazione del cervello durante l'apprendimento, il che indica che le rappresentazioni all'interno del cervello sono diventate più efficaci ed automatiche [24].

IX. *La (im)possibilità del cambiamento: pensieri conclusivi*

Il continuo interscambio tra le funzioni dell'inconscio e gli sforzi della corteccia prefrontale per rallentare e riflettere in maniera razionale sugli eventi spiega come i modelli inconsci sembrano comunque avere una vita propria, spesso vincendo l'intenzione cosciente e le decisioni volontarie.

Questa caratteristica spiega ciò che spesso vediamo: una tendenza a sentire, comportarsi e interpretare il mondo in modi molto familiari e prevedibili, anche quando le circostanze della realtà differiscono [8, 27].

Questi sistemi guida agiscono talvolta contro di noi. Questo spiega anche perché i cambiamenti relazionali e anche una determinazione ad agire in modo diverso spesso non riescono a raggiungere un cambiamento duraturo. In questo caso, le abitudini inconsece superano l'intenzione e la motivazione cosciente.

Tuttavia, non siamo semplicemente condannati a ripetere vecchi modelli inadeguati! Le funzioni di ordine superiore della corteccia prefrontale forniscono l'autonomia dai comportamenti veloci e automatici, ma per migliorare la capacità di ignorare l'automatismo, abbiamo bisogno di reclutare le capacità consapevoli più riflessive. Questa capacità può essere particolarmente efficace quando gli aspetti consapevoli si interfacciano con esperienze emotive.

Per molti pazienti, a meno che non si esercitino in maniera consapevole in mezzo alla disregolazione emotiva [22], l'attivazione automatica delle reti subcorticali può superare la corteccia prefrontale più lenta e riflessiva [26, 31]. Comprendere le forze della ripetizione e della resistenza e allo stesso tempo tentare di sensibilizzare i pazienti verso una maggiore consapevolezza, può avere un senso fondamentale da un punto di vista terapeutico [15, 16, 17]. Tutti i cambiamenti terapeutici sono in realtà cambiamenti nelle reti neurali, in particolare nella rete emotiva e nelle molte associazioni e nelle convinzioni cognitive che ne derivano [11].

Come parte di ogni processo terapeutico, dobbiamo riconoscere e affrontare le difficoltà che si oppongono al cambiamento e che ci portano a ripetere inconsciamente e automaticamente i modelli relazionali, difensivi, emotivi e comportamentali appresi e che ora risultano dannosi.

Una migliore conoscenza dei processi inconsci all'interno dei processi neurobiologici ci permetterà di affrontare e migliorare i modelli adottabili con più efficacia. Comprendere il potere della consapevolezza riflessiva per rallentare i processi automatici dannosi può notevolmente accrescere l'efficacia di tali sforzi [35].

Bibliografia

1. BARGH, J. A. (2007), Bypassing the will: toward demystifying the nonconscious control of social behavior, in HASSIN, R. R., ULEMAN, J. S., BARGH, J. A. *The New Unconscious*, Oxford University Press, New York, 37-61.
2. BARGH, J. A. (2014), Our unconscious mind, *Sci. Am.*, 310: 30-38.
3. BRATEN, S. (2007), Altecentric infants and adults: on the origin and manifestation of participant perception of others' acts and utterances, in BRATEN, S., *On Being Moved: From Mirror Neurons to Empathy*, Benjamins, Amsterdam, 111-136.
4. BROMBERG, P. M. (2011), *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*, Routledge, London.
5. CHARTRAND, T. L., MADDUX, W. W., LAKIN, J. L. (2007), Beyond the perception-behavior link: the ubiquitous utility of motivational moderators of nonconscious mimicry, in HASSIN, R. R., ULEMAN, J. S., BARGH, J. A., *The New Unconscious*, Oxford University Press, New York, 334-361.
6. CHURCHLAND, P. S. (2013), *Touching a Nerve: The Self as Brain*, Norton, New York.
7. COLOMBETTI, G. (2010), Enaction, sense-making, and emotion, in STEWART, J., GAPENNE, O., DI PAOLO, E. A., *Enaction: Toward a New Paradigm for Cognitive Science*, MA: MIT Press, Cambridge, 145-164.
8. DAMASIO, A. R. (2010), *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*, Vintage Press, New York.
9. DI PAOLO, E., ROHDE, M., JAEGHER, D. (2010), Horizons for the enactive mind: values, social interaction, and play, in STEWART, J., GAPENNE, O., DI PAOLO, E. A., *Enaction: Toward a New Paradigm for Cognitive Science*, MA: MIT Press, Cambridge, 33-87.
10. DONALD, M. (2001), *A Mind So Rare*, Norton, New York.
11. ECKER, B., TICIC, R., HULLEY, L. (2012), *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*, Routledge, New York.
12. EITAM, B., HASSIN, R. R., SCHUL, Y. (2008), Non-conscious goalpursuit in novel environments: the case of implicit learning, *Psychol. Sci.*, 19: 261-267.
13. FREUD, S. (1915), Instincts and their vicissitudes, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14, J. Strachey, Ed. and trans., Hogarth Press, London, 111-140.
14. GENDLIN, E. T. (2012), Implicit precision, in RADMAN, Z., *Knowing Without Thinking: Mind, Action, Cognition and the Phenomenon of the Background*, Palgrave Macmillan, New York, 141-166.
15. GINOT, E. (2009), The empathic power of enactments: the link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy, *Psychoanal. Psychol.*, 26: 290-309.
16. GINOT, E. (2012), Self-narratives and dysregulated affective states: the neuropsychological links between self-narratives, attachment, affect, and cognition, *Psychoanal. Psychol.*, 29: 59-80.

17. GINOT, E. (2015), *The Neuropsychology of the Unconscious: Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*, Norton, New York.
18. GLASER, L., KIHLSSTROM, J. F. (2007), Compensatory automaticity: unconscious volition is not an oxymoron, in HASSIN, R. R., ULEMAN, J. S., BARGH, J. A., *The New Unconscious*, Oxford University Press, New York, 171-196.
19. HASSIN, R. R. (2007), Nonconscious control and implicit working memory, in R. R. HASSIN, ULEMAN, J. A., BARGH, J. A. *The New Unconscious*, Oxford University Press, New York, 196-225.
20. HASSIN, R. R., ULEMAN, J. A., BARGH, J. A. (2007), *The New Unconscious*, Oxford University Press, New York.
21. HORGA, G., MAIA, T. V. (2012), Conscious and unconscious processes in cognitive control: a theoretical perspective and a novel empirical approach, *Front. Hum. Neurosci.*, 6: 199.
22. JURIST, E. L. (2008), Minds and yours: new directions for mentalization theory, in JURIST, E. L., SLADE, A., BERGNER, S. *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience and Psychoanalysis*, Other Press, New York, 88-114.
23. KAHNEMAN, D. (2011), *Thinking Fast and Slow*, Farrar, Straus and Giroux, New York.
24. KOZIOL, L. F. (2014), *The Myth of Executive Functioning: Missing Elements in Conceptualization, Evaluation and Assessment*, Springer, New York.
25. KOZIOL, L. F., BUDDING, D. E. (2010), *Subcortical Structures and Cognition: Implications for Neuropsychological Assessment*, Springer, New York.
26. LANE, R. D., RYAN, L., NADEL, L., GREENBERG, L. (2014), Memory reconsolidation, emotional arousal and the process of change in psychotherapy: new insights from brain science. *Behav. Brain Sci.*, 15: 1-80.
27. LE DOUX, J. (2002), *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*, Viking, New York.
28. LEWIS, M. D. (2005), Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic system modeling, *Behav. Brain Sci.*, 28: 169-194.
29. LIBET, B. (1985), Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary actions, *Behav. Brain Sci.*, 8: 529-566.
30. LIBET, M., ALBERTS, W. W., WRIGHT, E. W., FEINSTEIN, B. (1967), Responses of human somatosensory cortex to stimuli below threshold for conscious sensation, *Science*, 158: 1597-600.
31. McRAE, K., OCHSNER, K. N., GROSS, J. J. (2013), The reason in passion: a social cognitive neuroscience approach to emotion regulation, in VOHS, K. D., BAUMEISTER, R. F. *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory and Applications*, Guilford Press, New York, 186-203.
32. PALLY, R. (2000), *The Mind-Brain Relationship*, Karnac Books, London.
33. PALLY, R. (2007), The predicting brain: unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change, *Int. J. Psychoanal.*, 88: 861-881.
34. PANKSEPP, J., BIVEN, L. (2012), *Archeology of Mind: The Neuroevolutionary Origins of Human Emotion*, Norton, New York.

35. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, Norton, New York.
36. SOKOL, B., MÜLLER, U. (2007), The development of self regulation: toward the integration of cognition and emotion, *Cogn. Dev.*, 22: 401-405.
37. VARELA, F., THOMPSON, E., ROSCH, E. (1991), *The Embodied Mind*, MA: MIT Press, Cambridge.
38. WEGNER, D. M. (2007), Who is the controller of controlled processes? In HASSIN, R. R., ULEMAN, J. S., BARGH, J. A. *The New Unconscious*, Oxford University Press, New York, 19-37.
39. WILSON, T. (2003), Knowing when to ask: introspection and the adaptive unconscious, *J. Conscious. Stud.*, 10: 9-10.

Neuropsicologia dell'inconscio di Efrat Ginot. Considerazioni individuali psicologiche

SECONDO FASSINO

Summary – NEUROPSYCHOLOGY OF THE UNCONSCIOUS OF EFRAT GINOT. INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CONSIDERATIONS. The article and the book by E. Ginot report a up-to-date and critical review of neurophysiological research and evidence regarding the concept of the unconscious. This today represents one of the theoretical-technical cornerstones of psychodynamic psychotherapy. The conception in favor of a continuum between conscious and unconscious functioning emerges that goes beyond traditional psychoanalytic thinking. Considering how the deep dynamics of the process of change mainly concern the unconscious aspects, we observe how unconscious habits often exceed the intention and motivation. Enactments, intended as representation and en-action of unconscious emotional functioning, favor new hypotheses on consolidated concepts such as resistance and transference and countertransference mechanisms. These evidences appear usable and very fertile for the Individual Adlerian Psychology that identifies the articulation in the clinician between Lifestyle and Therapeutic Style, in the interactions of the therapist and patient and counter attitudes as the main tool of change.

Keywords: INCONSCIO, NEUROPSICOLOGIA, PSICODINAMICA, CAMBIAMENTO

I. Introduzione

Psicoterapia e neuroscienze sono state a lungo considerate discipline distanti, se non antagoniste, all'insegna di vecchie dicotomie. Oggi però nuove evidenze scientifiche si impongono: da un lato le ricerche della psicologia dello sviluppo mostrano l'importanza della intersoggettività e della "relazionalità" come matrice della stessa organizzazione del mondo psichico; dall'altro i costanti progressi nell'ambito della ricerca scientifica neurofisiologica, in particolare tramite *brain imaging*.

Soprattutto a riguardo del concetto di inconscio -cardine teorico-tecnico della psicoterapia psicodinamica- le evidenze neurofisiologiche documentano l'esistenza di un continuum tra funzionamento conscio e quello inconscio che supera il tradizionale pensiero psicoanalitico. Nuove formulazioni teorico-cliniche come quello di enactment -*la manifestazione e messa in atto dell'inconscio*- ricevono conferme sul piano neurop-

sicologico e costituiscono strumento fondamentale e processo intersoggettivo di comprensione. Ecco perché è possibile parlare oggi di recupero dell'unità a lungo perduta tra mente e corpo e di "nuova alleanza" tra psicoterapia e neuroscienze.

Integrando la neuropsicologia con il pensiero e l'esperienza psicoanalitica, il contributo di E. Ginot su questo numero della Rivista offre una nuova prospettiva del complesso tema dell'inconscio assai arricchita rispetto alle tradizionali formulazioni psicodinamiche e psicoanalitiche. Questo articolo propone alcune innovative caratteristiche neuropsicologiche dei processi inconsci. Viene poi discussa la modalità di evoluzione dei sistemi consci ed inconsci soprattutto in riferimento alla costruzione delle mappe neuronali e gli stati del sé.

L'inconscio enacted [14] per Ginot assume una valenza decisiva per il cambiamento durante le psicoterapie: questo processo si svolge implicitamente, nonostante risponda a stimoli provenienti dal mondo esterno. Anche tramite un caso clinico l'autrice approfondisce come i vissuti relativi agli altri siano espressione dei sistemi dell'inconscio proprio del terapeuta. Queste nuove acquisizioni neurobiologiche, concernenti la relazione tra strutture corticali e sottocorticali, appaiono fruibili per accedere alle radici dei comportamenti ripetitivi soprattutto per la centrale questione dell'efficacia dei trattamenti e la presunta (im)possibilità del cambiamento.

II. *Dall'articolo al volume Neuropsicologia dell'inconscio-Integrare mente e cervello nella psicoterapia di E. Ginot*

L'articolo di Ginot costituisce una stimolante sintesi, quasi una guida alla lettura e studio del successivo volume più ampio e articolato della stessa autrice *Neuropsicologia dell'inconscio-Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, edito in Italia da Raffaello Cortina Editore.

L'opera rappresenta una pregevole sistematizzazione argomentata delle più recenti scoperte delle neuroscienze sul tema, arricchita dalla lunga esperienza clinica psicoterapeutica di Efrat Ginot. L'autrice svolge attività di psicoanalista e psicoterapeuta a New York, dove insegna all'Institute for Contemporary Psychotherapy.

Nelle sue pubblicazioni scientifiche ha costantemente articolato neuroscienze e psicoanalisi, e già nel 2002 aveva ricevuto il premio Gradiva Award della National Association for the Advancement of Psychoanalysis, assegnato ogni anno negli Stati Uniti alla saggistica psicologica. Il filo conduttore del libro, ricco di documentazioni bibliografiche puntuali ed esaustive, concerne l'importante e costante influenza dei processi inconsci sui nostri comportamenti e sui nostri stati mentali.

Questa nuova prospettiva si basa sul concetto di unità funzionale del sistema cervello-funzionamento mentale, ed è portatrice di innovative implicanze cliniche pratiche. I processi inconsci non sono più ritenuti espressione della mente soltanto, bensì di

mente-cervello-corpo. Attingendo alla teoria degli affetti, alle neuroscienze cognitive e alla sua prolungata attività clinica, Efrat Ginot analizza la propensione del cervello-mente a percepire l'ambiente interno ed esterno sulla base di mappe inconse preesistenti, e a mettere in atto in maniera automatica pattern profondamente radicati di emozioni, comportamenti e processi cognitivi, anche quando inappropriati o dannosi. Poiché l'interazione tra processi inconsci e consapevolezza riflessiva è al centro dei percorsi di cura proposti, nel volume particolare attenzione è rivolta alle conseguenze terapeutiche di questi assunti che hanno ora importanti conferme neurofisiologiche.

a) Le dinamiche profonde del processo di cambiamento riguardano principalmente gli aspetti inconsci

Il *profondo* è l'inconscio rimosso e pure quello non rimosso -come le memorie implicite procedurali- del funzionamento mentale [16]. L'inconscio, principale concetto/struttura/funzione, fondativo per l'approccio diagnostico e terapeutico psicodinamico, non è più considerato soltanto come espressione della mente. Numerose ricerche recenti nell'ambito delle neuroscienze sostengono un modello integrato cervello-mente-corpo di tipo neuropsicologico che vede un continuum tra conscio/inconscio [14].

Mentre l'emisfero destro è dominante per l'affiliazione, l'appartenenza, il cervello sinistro è coinvolto nella motivazione al potere, la competizione, l'autonomia. I gangli della base sono fondamentali per l'apprendimento procedurale, mentre il cervelletto è la sede dell'azione inconscia [15] e permette comportamenti rapidi e automatizzati in vari contesti. L'inconscio non rappresenterebbe quindi tanto un luogo statico e oscuro del nostro funzionamento psichico, ma comprende soprattutto quei processi che partono dal cervello e arrivano al funzionamento mentale e che rappresentano la gran parte di ciò che *siamo* e come funzioniamo abitualmente.

Numerosi studi, riportati criticamente da Ginot, hanno proposto che il cervello sinistro regoli le funzioni esplicite della coscienza, della consapevolezza, della propria consapevolezza, del linguaggio, dell'attenzione e della memoria dichiarativa. Il cervello destro sarebbe, invece, caratterizzato dal funzionamento implicito, non verbale: substrato biologico profondo dell'inconscio umano dei meccanismi relazionali emisferici destri che sarebbero i principali meccanismi del cambiamento terapeutico [25]. Questo nuovo modello sottolinea la propensione del pattern cervello-funzionamento mentale a rappresentare automaticamente determinati pattern comportamentali.

Tale approccio, soprattutto, è fruibile per dare senso a quegli ostacoli -resistenze e difese- che si incontrano quando terapeuta e paziente provano a cambiare determinati pattern sintomi psicopatologici al fine del raggiungimento di un benessere maggiore. L'inconscio inteso come insieme di strutture e reti corticali e sottocorticali contiene le radici dei comportamenti ripetitivi: i sistemi deputati ai propri processi inconsci si ripetono quando l'influenza delle regioni subcorticali supera l'influenza delle aree corticali di livello superiore.

Quando questo accade, i messaggi neurali inibiscono la corteccia prefrontale per interpretare le percezioni in maniera inflessibile e basata su vecchie mappe e modelli: le nuove informazioni pertanto non vengono elaborate [15]. Si potrà quindi meglio comprendere perché i cambiamenti relazionali e una determinazione conscia ad agire in modo diverso e nuovo per il paziente spesso possano condurre a cambiamenti favorevoli e stabili.

b) *Le abitudini inconsce superano l'intenzione e la motivazione*

Le funzioni di ordine superiore della corteccia prefrontale forniscono l'autonomia dai comportamenti veloci e automatici, ma per migliorare la capacità di ignorare l'automatismo, abbiamo bisogno di reclutare le capacità consapevoli più riflessive.

Tuttavia, sostiene e documenta Ginot nel suo volume, non siamo semplicemente condannati a ripetere vecchi modelli! Questa capacità di cambiare può essere particolarmente efficace quando gli aspetti consapevoli si interfacciano con esperienze emotive.

Per molti pazienti, a meno che non si esercitino in maniera consapevole in mezzo alla disregolazione emotiva, l'attivazione automatica delle reti subcorticali può *pre-dominare* sulla corteccia prefrontale più lenta e riflessiva [17]. Comprendere le forze della ripetizione e della resistenza e allo stesso tempo tentare di sensibilizzare i pazienti verso una maggiore consapevolezza, può avere senso decisivo da un punto di vista terapeutico.

Ci sono molte evidenze, si è detto, per le quali l'inconscio sta nelle funzioni del cervello destro. L'elaborazione inconscia delle emozioni avverrebbe per lo più all'interno di una via corticale destra: le memorie emotive inconsce sono conservate nell'emisfero destro ritenuto fondamentale per le funzioni inconsce associate al mantenimento di un senso di sé coerente e continuo [17, 25]. Questo emisfero è correlato con le comunicazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica, come pure e specialmente le comunicazioni transfert-controtransfert vi sono qui attivate: gli enactment reciproci di funzionamenti emotivi inconsci sono decisivi per il cambiamento terapeutico [25].

Gli enactments sono una potente espressione del processo interpersonale nel setting, *espressione percepibile messa in atto agita ma non impulsiva* di materiale emotivo inconscio di stati emotivi complessi in larga misura inconsci [15, 25]. Nei momenti di *contatto profondo* tra terapeuta e paziente la condivisione delle emozioni tramite una risonanza limbica biopsicologica provoca una crescita di intensità e di durata nel tempo [25].

c) *Gli enactments reciproci di funzionamenti emotivi inconsci di terapeuta e paziente*

Gli enactments di paziente e terapeuta di funzionamenti emotivi inconsci sono decisivi per l'elaborazione nella mente del terapeuta delle comunicazioni transfert-controtransfert e quindi per il cambiamento terapeutico [25]. Questo complesso degli agiti non impulsivi tra terapeuta e paziente consente di mettere il conscio al posto

dell'inconscio, quanto meno nella ricostruzione interiore che il terapeuta fa di ogni accadimento nel setting: non sempre può essere opportuno al fine del miglioramento/maturazione del Sé del paziente un *esplicito disvelamento* interpretativo.

Questo, per la Individual Psicologia (IP) è efficace se accompagnato da una trasformazione incoraggiante dello stile di incontro, dell'alleanza di lavoro [23].

Per Ginot “gli enactment non costituiscono semplicemente un processo di transfert-controtransfert inconscio e incontrollabile, ma potrebbero rappresentare i *meeting moments* di Stern [27], momenti di incontro in cui due soggettività sono completamente immerse, anche se in maniera temporanea, nelle aspettative e nei bisogni dell'altro. (...) Gli enactment potrebbero così essere l'unico modo per comprendere i pazienti a livello emotivo e per fare davvero esperienza di alcuni ricordi e racconti emotivi. In tal senso gli enactment sarebbero l'unico *autentico* strumento per riportare alla luce pattern affettivi e relazionali impliciti, come spesso avviene nelle nostre relazioni intime” (15, p.130).

d) *Finzioni ed esperienze autentiche*

Nel gioco dei tentativi intenzionali di sintonia, *attunements* [13], della relazione terapeutica come si articolano, si sovrappongono, si annullano finzioni [8] ed esperienze autentiche nelle dinamiche dell'alleanza di cambiamento? In considerazione del fatto che “il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” [1, 2] la relazione terapeutica non è mera riedizione di pregressi modelli relazionali, variamente influenzati da finzioni negative, ma dovrebbe costituire un *nuovo* prototipo di relazione autentica, in cui le finzioni prevalenti del terapeuta e del paziente dovrebbero essere positive, finalizzate allo sviluppo socialmente utile del Sé [32].

Oltre alle finzioni del paziente, occorre sottolineare, secondo Rovera [32], anche quelle del terapeuta connesse per lo più a non ottimali articolazioni di Sentimento Sociale e Volontà di Potenza occasionali o strutturali nella motivazione alla professione [22].

La relazione terapeutica è intesa come revisione e ricostruzione *incoraggiante* dello stile di vita [21], negli aspetti microscopici del momento presente. L'attitudine all'ascolto, al ricordo regressivo, alla ricerca e riformulazione di senso della linea direttrice, propri della fase esplorativa, sono propedeutici per gli agenti specifici di cambiamento nel percorso psicoterapeutico, come esperienza in vivo di appartenenza e cooperazione. L'*identificazione empatica* si presenta espressione avanzata del Sentimento Sociale del terapeuta [7] che dovrebbe contagiare implicitamente anche il paziente.

L'interpretazione e lo *smascheramento delle finzioni*, come mete inconscie che danno senso -direzione e significato- ai sintomi permangono a lungo implicite nella mente del terapeuta e non sempre occorre che siano esplicitate [8]. Lo psicoterapeuta in tal modo si situa nell'area “dell'essere con” (appartenere) e “fare con” (cooperare), un

modello identificatorio per accogliere il deficit, il sentimento di inferiorità verso una compensazione creativa socialmente utile [24].

Si è detto come l'emisfero destro sia correlato con le comunicazioni di attaccamento all'interno dell'alleanza terapeutica. La *relazione terapeutica* inclusiva in cui i processi di attaccamento si ripetono e si allentano, in cui si rompe e continuamente si ricrea l'alleanza di lavoro [23] è dare quanto più spazio possibile alle esperienze dei pazienti e prestare attenzione non solo a ciò che dicono, ma soprattutto a ciò che non dicono, ma esprimono con altri mezzi non verbali.

Per attivare gli agenti trasformanti è necessario che il terapeuta offra un valido, autentico e non fittizio, riconoscimento e una risposta sintonica alla vasta gamma di comunicazioni, soprattutto implicite, che i pazienti trasmettono anche con le parole, ma soprattutto *tra le righe* attraverso il modo di parlare, il tono prosodico, le pause, lo sguardo, il corpo, le emozioni. I modi di fare, di essere presenti con il paziente, i modi della mimica, i toni di voce concorrono implicitamente a prefigurare dei modelli fruibili per l'imitazione embodied [13].

In realtà, osserva Ginot, “il processo di *simulazione incarnata* genera una comprensione diretta, non mediata quasi viscerale dell'altro, permettendo alla fine sia al paziente sia all'analista un modo di riconoscere e meglio comprendere le proprie narrazioni autobiografiche dissociate nei propri pattern relazionali, e di integrarli in un Sé più riflessivo e coeso. Entrambi partecipano al processo e ne vengono influenzati, ed entrambi hanno la possibilità di imparare qualcosa su di sé.” (15, p. 131).

III. *Per la Individual Psicologia adleriana (IP) lo “strumento” principale del terapeuta è il suo proprio Sé-Stile di Vita: virtù psicodinamiche ed enactment*

La argomentata rivisitazione neuropsicologica di E. Ginot delle funzioni dell'inconscio favoriscono nuove riflessioni a riguardo del concetto di cambiamento nei setting terapeutici IP adleriani.

La psicoterapia psicodinamica, non solo, e oggi sempre di più, anche la psichiatria psicodinamica a partire dal pionieristico saggio di Parenti & Pagani del 1986 [18], al classico manuale di Gabbard del 2017/2015 [11] fino al recente trattato di psichiatria neuro psicodinamica di Boeker, Harwitz e Northoff del 2018 [5] al fine della cura, vuole comprendere -attraverso un'osservazione attenta e partecipante- *cosa* influenza e *difende* il sintomo psicopatologico, la sua doppia funzione di espressione della sofferenza profonda del paziente e la sua funzione di *inconscia e automatica difesa*.

In questo senso assumono importanza le dinamiche inconscie della personalità del paziente, che precedono e mantengono il sintomo, sia le dinamiche relazionali del paziente a partire da quelle *qui e ora* col terapeuta (cfr. concetto di transfert).

La competenza del terapeuta adleriano richiede molto più che l'acquisizione di un insieme di conoscenze teoriche e di una serie di capacità tecniche [8, 10, 24]. Quali sono i tratti della personalità, modi di fare e di essere dei clinici psicodinamici? Si richiede l'acquisizione di una serie di atteggiamenti, *virtù di mente e cuore, virtù psicodinamiche* nell'accezione di Radden & Sadler [20] e di Brenner & Khan [6].

Essi sono incorporati nella persona e nel carattere del terapeuta: sottile e richiedente empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze e ambiguità, apertura a coinvolgimenti trasferali, capacità a provare gratificazioni per piccole cose etc. L'attitudine del clinico a provare e trasmettere secondo recenti acquisizioni neurobiologiche [3] la *speranza* regola i meccanismi neurofisiologici della fiducia e dell'aspettativa del paziente.

L'amigdala è la struttura biologica del vissuto di inaffidabilità: la sua maggior attività correla con un più marcato giudizio di inaffidabilità sul terapeuta, mentre l'ossitocina aumenta la fiducia accrescendo il legame tra questa e i suoi recettori e inibendone l'attività. Esiste una correlazione negativa tra l'attivazione dei recettori della serotonina nella corteccia prefrontale dorsolaterale e il grado di mancanza di speranza [3, 4]. Le parole del terapeuta possono modellare lo sviluppo di percorsi biochimici: la dicotomia tra farmaci e parole tra psicologia e farmacologia sta progressivamente svanendo...[4].

Nel tentativo di rendere la professionalità più quantificabile, si potrebbero erroneamente usare abilità ed esercizi come surrogati della virtù! I training di apprendimento della psicoterapia esplicitamente si propongono di promuovere e supervisionare lo sviluppo e l'interiorizzazione di questi atteggiamenti virtuosi... incoraggiando l'opportunità di apprendere dal proprio mondo interiore [22]. Mentre gli istituti di formazione mirano a produrre una maggiore maturità e flessibilità nel pensiero dei medici, essi spesso favoriscono la regressione e la gerarchia, osservava anni fa Kernberg [12].

L'empatia, come noto, include una componente cognitiva e una componente affettiva [7]. Recenti studi brain imaging hanno evidenziato come ci siano tre specifiche e distinte reti neuronali per i comportamenti ispirati a teoria della mente, empatia e compassione. La condivisione di stati affettivi con un'altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (teoria della mente) sono separabili a livello concettuale, comportamentale e delle sottostanti reti neuronali [19]; soggetti con forte empatia non sono necessariamente capaci di mentalizzare e ciascun aspetto può essere selettivamente alterato in disturbi come autismo o psicopatia.

Una originale risposta empatica alla sofferenza degli altri può portare a una risposta di disadattamento, tuttavia l'angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione [19, 26].

La compassione risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione di circuiti cerebrali correlati all'affiliazione [19].

Queste evidenze confermano come al terapeuta psicodinamico siano richieste non solo capacità empatiche, ma soprattutto la virtù [6] della compassione. Essa non solo rende sopportabile l'angoscia empatica, ma avvia attraverso l'attivazione nel terapeuta del Sé Creativo, tipicamente considerato dall'IP [1, 7, 24], verso la *riparazione* del Sé e trasformazione delle difese/compensazioni psicopatologiche...

La componente cognitiva dell'empatia comporta l'essere in grado di concettualizzare l'esperienza interna del paziente, mentre la componente affettiva implica saper risuonare emotivamente con i sentimenti del paziente. Ogni terapeuta sa come sia necessario tollerare ambiguità o chiusura incompleta per periodi di tempo prolungati, accettare punti di vista alternativi del mondo, e sopportare e contenere le esperienze di impotenza, confusione e solitudine che non di rado caratterizzano alcuni periodi del lavoro analitico.

L'inclinazione per l'identificazione empatica [22] potrebbe essere accentuata in supervisione di psicoterapia, dove lo specializzando sta attivamente imparando a usare la sua intera persona come strumento di cura. Le ricorrenze profonde tra Stile di vita e stile terapeutico dell'analista sono profonde e concorrono come fattori primari alla costituzione della relazione terapeutica nell'ambito del *patient-therapist matching* [24] e quindi dell'alleanza terapeutica, fattore comune e trasversale alle diverse tecniche psicoterapeutiche [23, 36].

IV. *Gli aspetti inconsci e impliciti del Sentimento Sociale del terapeuta*

Il ruolo e funzione del terapeuta nella costruzione dell'alleanza terapeutica, le influenze della sua personalità sulla qualità dell'alleanza stessa sono stati di recente studiati e approfonditi da Ferrero [7] in rapporto ai processi e agli esiti dei trattamenti.

Le caratteristiche personologiche del terapeuta sembrano infatti costituire un elemento di grande rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici. Le ricerche che oggi cercano di indagare la qualità relativa di questi processi interattivi in trattamenti di pazienti con patologie differenti sottolineano come le caratteristiche personologiche del terapeuta correlano in modo significativo non solo con le difficoltà presentate del paziente, ma anche con le opzioni tecniche che sceglie di assumere. Emerge, complessivamente, la funzione di uno psicoterapeuta più partecipante, che può in certi casi agire all'interno del setting (enactment), fino a rivelare e mettere in gioco delle parti di sé (self-disclosure).

Tra le attitudini del terapeuta con formazione adleriana il Sentimento Sociale [2] istanza da cui si alimentano gli atteggiamenti di partecipazione e appartenenza del

terapeuta (cfr. le virtù psicodinamiche di Brenner & Khan [6] - costituirebbe il fattore di per sé riattivante per embodied simulation il Sentimento Sociale del paziente [9] specialmente tramite enactments e comunicazioni implicite. Nella relazione terapeutica si articolano, sovrappongono, annullano *finzioni* [8] più o meno consapevoli e esperienze autentiche di alleanza e di cambiamento.

Quando la relazione terapeutica si caratterizza da continue e reciproche imitazioni, tra paziente e terapeuta, allora è probabile che la imitazione dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso svolga funzioni terapeutiche regolatrici [13]. È come se il paziente "*vedesse, sentisse*" nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando. Il processo di cambiamento si alimenta quindi delle sequenze riverberanti di contagi e di trasformazioni reciproche, come premessa/frutto dell'alleanza.

I moments of meeting sono di per sé incoraggianti. L'embodied simulation del paziente verso il terapeuta e viceversa comporta che al paziente passino per via mirror neurons [13] non tanto le parole, ma soprattutto gli atteggiamenti [24] gesti, pause, posture etc. ∴ espressioni non verbali non consapevoli specialmente di quanto *veramente* il terapeuta sente, prova, teme, spera, etc..

Su questi enactment è (ri)costruita una complementare "struttura di accoglimento di sé" nel paziente. Il *come* il terapeuta reagisce al paziente diventa protesi (utile o dannosa), un pezzo nuovo del sé del paziente. L'esempio, come pure la testimonianza, procedurale, è più incisivo della parola, dichiarativa! [9].

La comprensione empatico-compassionevole è il cuore dell'incoraggiamento. Il contagio profondo di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, o confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento [21]. Ne risultano accresciute -nell'interazione/matching- le responsabilità etiche del terapeuta, che sostengono uno sviluppo continuo del suo Sentimento Sociale [24].

V. *Per una conclusione*

"L'inevitabile integrazione delle neuroscienze nelle nostre nozioni cliniche connesse alla mente umana non dovrebbe essere vista come una guerra di territorio, ma come un modo per massimizzare il nostro ruolo di clinici e i benefici potenziali per i pazienti", osserva Ginot (15, p. 303). "Comprendere le proprietà stabili, pervasive e automatiche dei sistemi inconsci costringe (...) noi clinici a ripensare alcuni concetti ben consolidati come la resistenza, l'ansia narcisistica e le difficoltà di transfert e controtransfert" (15, p. 316).

La revisione neurofisiologica dell'inconscio a riguardo dei meccanismi di empatia/compassione, delle conoscenze relazionali e delle memorie implicite, rende eviden-

te come gli scambi reciproci tra terapeuta e paziente i contagi emotivi inconsci di speranza/disperazione, condivisione/rifiuto, appartenenza/solitudine rappresentino di gran lunga i momenti cruciali di trasformazione e cambiamento: un'implicita *partecipazione affettiva virtuosa del terapeuta* piuttosto che schermo vuoto, dal momento che le sue *virtù psicodinamiche* agiscono anche, soprattutto, per via inconscia/implicita.

Lo stile appassionato e chiaro dell'Autrice rende l'esposizione sempre articolata con la clinica coinvolgente e ricca di spunti fruibili per il lettore attento: l'opera è guidata dal filo conduttore della relazione tra processi consci e inconsci, rivista alla luce di rivoluzionarie evidenze neuropsicologiche.

Queste oggi non possono essere ignorate da una pratica clinica scientificamente fondata e rispettosa dei valori etici! L'ignoto in azione, l'inconscio messo in atto, la connessione continua tra percezione e azione, i sistemi del Sé e i meccanismi impliciti, le narrazioni su di sé e il disvelarsi di processi inconsci, sono solo alcuni degli snodi argomentativi che l'Autrice, alla luce delle evidenze neuropsicologiche, svolge per affrontare il problema del cambiamento stabile e duraturo in psicoterapia: le nuove acquisizioni rendono ragione del continuo articolarsi di processi espliciti e impliciti, tra ripetizioni e resistenze.

Rispetto alla precedente clinica psicodinamica, infatti, il *concetto di cambiamento*, e quindi il tema dell'efficacia delle cure psicoterapeutiche, si è sviluppato verso la prevalenza delle emozioni sulle cognizioni, dal controllo dei sintomi allo sviluppo del sé-stile di vita [1, 24], della qualità della vita.

Viene valorizzata soprattutto l'autentica partecipazione emotiva del terapeuta (cervello destro) rispetto alla sua competenza confrontativa/interpretativa (cervello sinistro). Il Sentimento sociale del terapeuta ri-attiva per contatto profondo quello del paziente, risultando alla fine prioritario, risultando alla fine prioritario l'essere sul fare.

*

Raccomando vivamente agli psicoterapeuti adleriani, medici e psicologi, specialisti e allievi in formazione non solo la lettura, ma lo studio attento del volume di E. Ginet, arricchito dalla utilissima prefazione di A. N. Schore. L'effetto di questa lettura approfondita, oltre al sicuro aggiornamento tramite la vasta mole di ricerche scientifiche esaminate, sarà quello di un *implicito* incoraggiamento, che lo psicoterapeuta sperimenterà, ad un ulteriore impegno quotidiano e ad un'accresciuta fiducia nella straordinaria forza curativa della nostra professione.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della Vita*, De Agostini, Novara 1990.
2. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
3. BENEDETTI, F. (2013), Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship, *Physiol. Rev.* 93: 1207–1246.
4. BENEDETTI, F., PIEDIMONTE, A. (2019), The neurobiological underpinnings of placebo and nocebo effects, *Semin. Arthritis Rheum.*, Dec; 49(3S): S18-S2. doi:10.1016/j.semarthrit.2019.09.015.
5. BOEKER, H., HARWITZ, P. NORTHOFF, G. (2018), *Neurpsychodynamic Psychiatry*, Springer, Cham, CH.
6. BRENNER, A., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists. The Concept of “Psychodynamic Virtue”, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 57-74.
7. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
8. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
9. FASSINO S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
10. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
11. GABBARD, G. O. (2014), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
12. KERNBERG, O. (2000), A concerned critique of psychoanalytic education, *Int. J. Psychoanal.*, 81:97-120.
13. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55; 131-76.
14. GINOT, E. (2017), The enacted unconscious: a neuropsychological model of unconscious processes, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1-6.
15. GINOT, E. (2015), *The neuropsychology of the Unconscious. Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*, tr. it. *Neuropsicologia dell'inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2017.
16. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
17. LANE, R. D., RYAN, L., NADEL, L., GREENBERG, L. (2015), Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New Insights from brain science, *Behav. Brain Sci.*, 38: e 1doi: 10.1017/S0140525X14000041.
18. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Editore, Torino.

19. PRECKEL, K., KANSKE P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1–6.
20. RADDEN, J., SADLER, J. (2008), Character virtues in psychiatric practice, *Harv. Rev. Psychiatry*, 16, 373-380.
21. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoaggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
22. ROVERA, G. G. (1988; 2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
23. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
24. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
25. SCHORE, A. N. (2014), The right brain is dominant in psychotherapy, *Psychotherapy*, Sep. 51 (3): 388-397.
26. SINGER, T., KLIMECKI, O. M. (2014), Empathy and compassion, *Curr. Biol.*, 24 (18): 875-878.
27. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
28. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*. Oct; 14 (3): 270-7.

Disturbi della personalità in adolescenza: trattamenti basati ed orientati alle evidenze

SIMONA FASSINA, BARBARA SIMONELLI, SILVANA LERDA, MASSIMO ROSA

Summary – PERSONALITY DISORDERS IN ADOLESCENCE: EVIDENCE-BASED AND EVIDENCE-ORIENTED TREATMENTS. The contribution intends to propose some reflections on the evidence about the treatment of personality disorders in adolescence. Starting from some preliminary considerations based on clinical experience, we have examined the publications, which have been indexed on Pub-Med in the last decade. Some indications and lines of intervention evidence-based and oriented are therefore summarized. Finally the treatment model of DPAA Center (ASL TO4, Settimo T.se, TO) is described, particularly referring to Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP).

Keywords: ADOLESCENZA, DISTURBI DI PERSONALITÀ, TRATTAMENTI BASATI E ORIENTATI ALLE EVIDENZE, SEQUENTIAL BRIEF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (SB-APP)

I. Introduzione: sulla diagnosi di personalità in adolescenza

Consideriamo la personalità in adolescenza come un insieme relativamente stabile di modalità di funzionamento psichico del soggetto, in funzione della strutturazione e della regolazione del Sè-stile di vita, delle relazioni e dei comportamenti, del rapido e tumultuoso cambiamento adolescenziale, dell'incoerenza e della crisi (fase-specifica) nell'auto-percepirsi e nel progettarsi [21].

Il Manuale Diagnostico Psicodinamico, nella sua seconda edizione, ha posto l'accento sul concetto di Stile/Disturbo di Personalità emergente, ovvero sull'opportunità di considerare gli aspetti riconducibili a pattern di funzionamento personologico che sono chiaramente riconoscibili in adolescenza e che possono risultare disfunzionali [1] rispetto ai compiti vitali fase-specifici [21].

Le difficoltà della diagnosi in adolescenza sono da riferirsi al fatto che alcuni disturbi del funzionamento di personalità in questa fascia d'età possono essere reversibili e di breve durata in ragione della variabilità e transitorietà di alcune concause che contribuiscono alla patologia sotto il profilo bio-psico-socio-culturale [21].

La gravità del disagio, inoltre, non è sempre correlabile ai sintomi: manifestazioni eclatanti non sempre corrispondono ad una condizione psicopatologica e non sempre la psicopatologia si manifesta in modo evidente [21].

Sintomi analoghi possono sottendere disturbi con etiopatogenesi differente, di ordine biologico (l'evento puberale-adolescenziale rispetto alla vulnerabilità genetica), psicologico (lo stadio evolutivo della formazione della personalità rispetto ai precursori dell'infanzia e di fronte ai compiti vitali dell'adolescente) e sociale (eventi esistenziali, modelli socio-culturali come fattori pato-plastici) [21].

Risulta quindi fondamentale discriminare tra:

- crisi di identità (fase-specifica), che deriva da contraddizioni sul piano fisico e psicologico, rapidamente mutevoli (rapporti intimi, scelte lavorative, competizione, ruolo sociale), e che comporta il confronto tra la percezione di sé e la percezione di sé da parte degli altri;
- diffusione dell'identità, che deriva da una mancata risoluzione dei processi di individuazione/separazione e comporta instabilità/incoerenza della rappresentazione di Sé e degli Altri, una sovra-identificazione al gruppo e ai ruoli, difficoltà a progettare e a coinvolgersi [29].

I quadri clinici in adolescenza [42] possono quindi corrispondere a:

- forme di disagio che assomigliano a manifestazioni psicopatologiche dell'età adulta ma che rappresentano una variante parafisiologica dell'adattamento fase-specifico: depressività, disforia, tendenza al ritiro sociale, inadeguatezza, ipersensibilità alle critiche, contemplazione narcisistica di sé, ruminazione intellettuale, impulsività, alterazioni del sonno, dell'appetito, eccitabilità;
- manifestazione psicopatologiche esacerbate dal funzionamento adolescenziale: disregolazione emotiva (con automutilazioni e condotte impulsive), condotte antisociali, che possono stabilizzarsi come modalità psicopatologica permanente;
- manifestazioni psicopatologiche che corrispondono ai quadri diagnostici dell'età adulta;
- aree di inibizione comportamentale e dell'esperienza che devono essere oggetto di attenzione, in quanto non sempre l'assenza di sintomi è indice di salute mentale in adolescenza. L'inibizione delle attività di esplorazione, socializzazione, ricerca di sensazioni ed esperienze nuove può preludere a disturbi in età adulta (soprattutto dello spettro ansioso e depressivo).

A tale complessità diagnostica, corrisponde un'amplificata complessità nell'impostare trattamenti efficaci.

Si è pertanto ritenuto utile esplorare i dati e le informazioni disponibili in letteratura..

II. *I disturbi della personalità in adolescenza: un'analisi delle pubblicazioni*

Sono stati selezionate ed esaminate le pubblicazioni indicizzate su PubMed, relative al periodo compreso tra il gennaio 2009 e il settembre 2019, che includessero le parole chiave: *Adolescents/ce* and *Personality Disorders* in tutti i campi (titolo, abstract, testo). La ricerca ha fornito 1067 risultati.

Di questi, 529 sono risultati essere non pertinenti, in quanto, pur comparando nel testo le parole chiave, non trattavano effettivamente il tema in oggetto;

Sono inoltre state escluse 3 pubblicazioni in quanto non è stato possibile reperirne l'articolo nè l'abstract.

Viene quindi effettuata un'analisi dei contenuti delle restanti 539 pubblicazioni, che riguardano il tema dei disturbi di personalità in adolescenti e/o giovani adulti, considerando un range di età tra i 14 e i 24 anni.

Complessivamente si rilevano le seguenti pubblicazioni dedicate a specifici disturbi della personalità in adolescenza: 70 studi per il disturbo borderline, 6 per il narcisistico, 51 per l'antisociale, 7 per l'ossessivo-compulsivo, 2 per l'evitante, uno a tutti i disturbi del cluster C (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo); 22 studi riguardano disturbi di area psicotica (di cui 4 dedicati all'autismo); il sadismo e il sadismo sessuale sono trattati in 2 studi, alla psicopatia sono dedicate 3 pubblicazioni.

Sono trattati disturbi di personalità in adolescenza in comorbilità con: disturbi dell'umore (21 pubblicazioni), sintomi e sindromi dello spettro ansioso (28 pubbl.), abuso e dipendenza da alcool e sostanze (27 pubbl.), Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) ed esiti da trauma, abusi, maltrattamenti, violenza (30 pubbl.), Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) (33 pubbl.), disturbi somatoformi (5 pubbl.), disturbi del sonno (3 pubbl.)

Il ruolo dei genitori e delle dinamiche familiari nell'etiopatogenesi è trattato specificatamente in 18 studi.

Sono incentrate su aspetti neurobiologici della personalità (e della sua patologia) 43 lavori.

Le pubblicazioni che prendono in esame aspetti epidemiologici sono 24;

- tra queste alcune riguardano specifici disturbi della personalità: 1 il disturbo borderline, 1 il disturbo narcisistico, 3 il disturbo antisociale (offenders e/o autori di reato);
- alcune invece trattano aspetti della personalità in rapporto a patologie e/o problematiche sociali specifiche: 2 riguardano adolescenti migranti o/o rifugiati; 1 riguarda

il tema del ritiro sociale, 1 per l'internet addiction, 1 lavoro esplora gli aspetti personali di adolescenti che hanno contratto infezione perinatale da HIV, 1 per i disturbi somatoformi, 1 per i disturbi dell'umore, 1 per i disturbi d'ansia, 1 per abuso/dipendenze da alcool e/o sostanze, 1 per ADHD.

Le pubblicazioni che affrontano tematiche inerenti la prevenzione dei disturbi psichici in adolescenza, sempre con attenzione ad aspetti inerenti la personalità e la sua psicopatologia, sono in totale 17.

- Alcuni di questi si focalizzano su aspetti psicopatologici specifici: 1 per comportamenti distruttivi / violenza / aggressività / impulsività; 3 trattano il tema della prevenzione della suicidarietà; 2 riguardano la prevenzione dell'abuso/dipendenza da alcool e/o sostanze; 1 dei fenomeni di ritiro sociale e scolastico.

- Gli studi inerenti la prevenzione che approfondiscono specifiche metodologie di intervento psicoeducativi e psicosociali sono 9, di cui

- 2 prevedono anche interventi rivolti ai genitori,

- 1 risulta focalizzato su competenze che correlano con aspetti di funzionamento della personalità,

- 1 si attua attraverso un training cognitivo computerizzato.

Sono 97 gli studi che approfondiscono aspetti inerenti la diagnosi e l'assessment.

- Tra questi, 52 sono studi di validazione e/o approfondiscono l'utilizzo di specifici strumenti testistici (1 solo prevede il test di Rorschach).

- Alcuni lavori forniscono indicazioni e linee di indirizzo per l'assessment di specifici disturbi di personalità: 5 per il borderline, 5, 8 per l'antisociale, 1 per l'ossessivo-compulsivo, 7 per i disturbi di area psicotica (di cui 3 studi dedicati all'autismo).

- Alcuni lavori invece si focalizzano su specifiche caratteristiche psicopatologiche: 2 su comportamenti impulsivi, aggressivi, violenti; 2 sull'autolesionismo e 2 sulla suicidarietà.

- Il ruolo dei genitori e delle dinamiche intra-familiari nella diagnosi è preso in considerazione in 2 pubblicazioni.

- I lavori che approfondiscono l'importanza e le modalità per la diagnosi e l'assessment di aspetti inerenti il trauma, l'abuso, la violenza e/o i maltrattamenti subiti sono 7.

- Altri lavori approfondiscono invece l'assessment di altre patologie, in comorbilità con disturbo di personalità e/o in correlazione con aspetti patologici della personalità: 5 studi per Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), 5 per DNA, 1 per

abuso/dipendenza da alcool e/o sostanze, 6 inerenti sindromi e/o sintomi ansiosi, 4 inerenti sindromi e/o sintomi depressivi.

- Sempre per quanto riguarda gli studi inerenti la diagnosi e l'assessment, 25 di questi prendono in considerazione ed approfondiscono un qualche modello strutturale inerente il funzionamento della personalità.

Tra le pubblicazioni esaminate, 212 riguardano trattamenti rivolti ai disturbi della personalità in adolescenza.

- I trattamenti farmacologici sono descritti e analizzati in 15 studi; tra questa, solo 1 evidenza la non utilità/efficacia dei trattamenti farmacologici per i disturbi di personalità in adolescenza.

- Alle psicoterapie sono dedicati 208 lavori, con differenti livelli di approfondimento. 12 ampie ricerche sottolineano l'importanza di erogare psicoterapie strutturate validate; 8 di questi propongono rassegne dettagliate di psicoterapie con evidenze di efficacia. 10 studi considerano aspetti di processo aspecifici delle psicoterapie, non vincolati ad un particolare modello teorico.

□ Gli studi su trattamenti di orientamento psicodinamico sono complessivamente 31, di cui: sulla Psicoterapia psicodinamica 19, sulla Terapia psicoanalitica 5, inerenti la Transference Focused Psychotherapy (TFP) 3; la Adolescent Identity Treatment (AIT) è esaminata in 2 studi; viene inoltre dedicato 1 studio rispettivamente al Psychoanalytic-Interactional Method (PIM) ed alla Integrative-Dynamic Therapy.

□ La Dialectical Behavioural Therapy (DBT) è trattata in 30 pubblicazioni.

□ Lo stesso numero di studi (30) è dedicato alla Cognitive Behavioural Therapy (CBT). Ulteriori 20 contributi riguardano altre terapie di orientamento cognitivo-comportamentale, tra i quali si segnala uno studio sulla Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy (che risulta essere focalizzata sul funzionamento strutturale della personalità e non sull'espressività sintomatologica dei vari disturbi).

□ La Mentalization Based Therapy (MBT) è analizzata in 20 pubblicazioni.

□ Al Mindfulness Based Stress Reduction programme (MBSR) sono dedicati 3 studi.

□ Sono dedicati 16 studi alla Multisystemic Therapy.

□ La Schema Therapy è trattata in 5 pubblicazioni.

□ Alla Psicoterapia Interpersonale sono dedicati 3 lavori.

□ Ulteriori modelli di intervento psicoterapeutico che compaiono tra i lavori esaminati sono: la Cognitive analytic therapy (CAT) (2 studi), la Narrative Exposure Therapy (2 studi), 1 studio rispettivamente per Positive Psychotherapy (PPT) group, Iconic Therapy, Neurofeedback therapy.

• Sono 7 le ricerche che sostengono l'importanza ed efficacia di trattamenti integrati multidisciplinari: tra questi compaiono il Cologne Adaptive Multimodal Treatment, lo Helping Young People Early, la Multidimensional Family Therapy.

• Gli interventi psicoeducativi e/o psicosociali e/o psicoriabilitativi (anche in articolazione con psicoterapie strutturate) sono approfonditi in 12 studi.

• Sono 11 i lavori che considerano trattamenti di gruppo.

• 13 studi riguardano psicoterapie brevi e/o si focalizzano su un tempo limitato.

• Gli interventi per genitori e/o famiglie sono approfonditi e raccomandati in 27 pubblicazioni.

• Interventi in contesti di ospedalizzazione, residenzialità e domiciliarità sono descritti e analizzati in 9 lavori.

• Sono dedicati alle terapie con animali 2 studi.

• Sono documentate 5 metodologie di intervento attuate attraverso strumenti informatici (applicazioni per cellulare e/o programmi computerizzati on/off line).

• Tra gli studi inerenti i trattamenti, alcuni descrivono terapie rivolte a specifici disturbi di personalità: 32 per il disturbo borderline, 22 per l'antisociale, 4 per l'ossessivo-compulsivo, uno studio è inoltre dedicato a tutti i disturbi del cluster C (evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo), 2 riguardano i disturbi di area psicotica.

• Sono dedicati ad analizzare i drop-out dai trattamenti in diverse condizioni 13 studi.

• Le pubblicazioni su terapie orientate al trattamento di specifici quadri sindromici/sintomatologici in comorbidità con disturbo di personalità riguardano: disturbi dell'umore (7 studi), sintomi e sindromi dello spettro ansioso (15 studi), disturbi legati alla dipendenza da alcool e/o sostanze (11 studi), PTSD ed esiti da trauma, abusi, maltrattamenti, violenza (10 studi), DNA (9 studi), ADHD (6 studi).

• Alcuni lavori trattano invece di terapie orientate alla gestione di specifici aspetti psicopatologici in disturbi della personalità: 9 studi per le condotte autolesive e 13 per la suicidarietà; al trattamento dei comportamenti aggressivi, violenti e/o impulsivi sono

dedicati 6 studi, al ritiro sociale e/o scolastico 4 studi, per il trattamento delle internet addiction 3 studi; uno studio per il mutismo selettivo e due rivolti al cambiamento di tratti di perfezionismo; inoltre 2 studi sono incentrati sul trattamento di adolescenti con patologia oncologica (attiva o residuale).

- Gli studi su terapie che approfondiscono un modello di funzionamento strutturale della personalità sono 19.

- I lavori in cui sono descritti e/o approfonditi aspetti inerenti il processo terapeutico sono 28; tra questi, 13 dedicano particolare attenzione alla relazione / alleanza terapeutica.

Le pubblicazioni che, complessivamente, approfondiscono aspetti di funzionamento strutturale della personalità, con riferimento a differenti modelli teorici ed etiopatologici, sono 105.

Le pubblicazioni che esplicitano il riferimento ad orientamenti psicodinamici (e/o psicoanalitici) sono complessivamente 67.

Gli studi che pongono particolare attenzione alle funzioni di mentalizzazione sono 36.

Le tipologie di ricerche rappresentate tra le pubblicazioni selezionate sono: 18 RCT (studi randomizzati controllati), 12 studi naturalistici, 6 case series, 12 single-cases, 5 studi che indagano il rapporto costi-benefici dei trattamenti (cost-effectiveness).

Le pubblicazioni esaminate, inoltre, pongono attenzione a temi psicopatologico clinici di rilevanza sociale: trattano il tema dell'autolesionismo e della suicidarietà 49 pubblicazioni; i comportamenti impulsivi, aggressivi e violenti sono attenzionati in 72 lavori; il ritiro sociale e scolastico è oggetto di 14 studi; inoltre 4 ricerche riguardano l'impatto della violenza sociale sull'adolescenza, considerando giovani migranti, rifugiati, adolescenti soldati. L'internet addiction è trattata in 3 studi; 2 sono dedicati alla dipendenza da gioco e 2 ai comportamenti sessuali a rischio.

L'importanza della formazione degli operatori e della supervisione è frequentemente raccomandata; tuttavia essa è oggetto di specifica attenzione, in rapporto agli esiti dei trattamenti, in soltanto 2 studi.

I limiti e le opportunità di implementare questa analisi riguardano l'aver selezionato le pubblicazioni da un unico motore di ricerca (PubMed); inoltre in alcuni casi non è stato possibile esaminare i lavori in esteso (ma esclusivamente l'abstract).

In base ai dati rilevati, si propongono comunque alcune considerazioni.

Ai disturbi del cluster B viene dedicata la maggiore attenzione dei ricercatori e dei clinici, probabilmente in rapporto all'elevato utilizzo di risorse sanitarie che essi comportano e ad alcuni aspetti di allarme sociale per i comportamenti aggressivi e violenti che spesso li caratterizzano. Andrebbe però considerato il rischio di sottostimare e sottovalutare l'impatto dei disturbi del cluster C, anche in termini di costi per la salute pubblica.

Si conferma il trend di un minor numero di ricerche disponibili sugli approcci di orientamento psicodinamico rispetto a quelli di area cognitivo-comportamentale.

Sono ancora relativamente pochi gli studi che approfondiscono gli aspetti etiopatogenetici e le caratteristiche di funzionamento strutturale dei disturbi di personalità in adolescenza, rispetto alle procedure diagnostiche ed all'impostazione degli interventi. Questa sembra tuttavia essere la sfida che coinvolge i clinici e i ricercatori, trasversalmente alle differenti appartenenze di scuola, in quanto appare imprescindibile la necessità di provvedere a trattamenti "tailored", personalizzati e attuali rispetto al contesto socio-culturale.

Appaiono di grande interesse gli aspetti neurobiologici che concorrono all'etiopatogenesi e correlano con i disturbi; gli aspetti inerenti al trauma sono ampiamente esplorati; il ruolo delle dinamiche intrafamiliari è specificatamente approfondito in un numero circoscritto di studi selezionati in questo campione.

Sono inoltre ancora pochi gli studi che approfondiscono il processo psicoterapeutico; questo rappresenta certamente una linea di sviluppo della ricerca, così come già avviene per i trattamenti rivolti agli adulti, con particolare attenzione agli aspetti inerenti la relazione terapeuta-paziente.

Sono tuttavia disponibili ampi dati che consentono al clinico di orientare il trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza, sia in termini di interventi che dispongono di solide evidenze di efficacia, sia in termini di pratiche cliniche evidence-oriented, ovvero che si basano su dati e informazioni che provengono da metodologie di ricerca epistemologicamente coerenti con la complessità dell'oggetto di studi, ovvero la cura della sofferenza umana.

III. Considerazioni sul trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza

Tra i numerosi lavori selezionati, risultano di particolare interesse quelli che sottolineano l'importanza di una diagnosi psicodinamica, che possa aiutare il clinico ad individuare le aree disfunzionali e gli obiettivi di cambiamento.

L'intensità emozionale dell'adolescenza, legata sia ad aspetti evolutivi che psicopatologici, costituisce un'indicazione alla psicoterapia per molti adolescenti. Essi tendono a resistere ad un attaccamento a lungo termine, che può ingaggiarli in relazioni ambigue; è piuttosto indicata un'esperienza relazionale che possa incoraggiare e sostenere le istanze di indipendenza e separazione.

Le psicoterapie brevi o comunque a tempo limitato (con la consapevolezza del termine del trattamento) promuovono quindi il lavoro terapeutico sulle dinamiche (relazionali ed intrapsichiche) di autonomia/dipendenza, proprio perché stressano la necessità di focalizzarsi sui processi di separazione-individuazione.

Il rapido investimento relazionale tipico dell'adolescenza favorisce il processo terapeutico nelle psicoterapie a tempo limitato, a condizione che il terapeuta sappia tollerare le identificazioni multiple di cui è transferalmente investito, mantenere un interesse autentico per la mente del paziente ed una modalità relazionale attiva.

Trovano conferme negli studi esaminati le considerazioni di Shefler, il quale, già nel 2000, segnalava come la psicoterapia psicodinamica breve possa essere considerata come trattamento elettivo per molti adolescenti, in quanto minimizza il rischio del coinvolgimento in relazioni regressivizzanti ed è molto responsiva rispetto alle istanze evolutive [39].

maggiormente efficaci in adolescenza le psicoterapie che sono “focalizzate”, “targeted” su problematiche specifiche [43].

Tra le pubblicazioni qui esaminate, appare particolarmente significativo il lavoro di Conolly Gibbons e coll. [13], che esamina i meccanismi di cambiamento che impattano sugli esiti in differenti tipi di trattamenti (cognitivistici e psicodinamici) rivolti agli adolescenti. L'Autore evidenzia come particolarmente rilevanti: implementare la autoconsapevolezza, promuovere skills compensatorie, incrementare la stabilità dell'immagine di Sé.

Altrettanto rilevanti appaiono gli studi che pongono attenzione alle funzioni di mentalizzazione.

IV. Approccio integrato nel trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza. L'esperienza del Centro DPAA, ASL TO4, Settimo T.se

Il Centro Integrato per la prevenzione e il trattamento dei Disturbi della Personalità in Età Adulta e in Adolescenza – DPAA- (DSM, ASL TO4, Direttore dott. Massimo Rosa) approccia il trattamento a partire da un assessment diagnostico che si avvale di colloqui clinici, test sintomatologici e personologici, e di una valutazione del funzionamento della personalità attraverso la PFL-RS (Psychopathological Functioning Level – Rating Scale) [22]; ciò al fine di giungere ad una formulazione del caso [33] funzionale all'impostazione del progetto clinico.

In collaborazione con la SC Prevenzione, il Centro promuove ed eroga sul territorio attività di promozione della salute.

I trattamenti, in articolazione con i Centri di Salute Mentale (CSM), i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e di Psicologia dell'Età Evolutiva (PEE), prevedono la possibilità di articolare la (eventuale) terapia farmacologica, interventi di sostegno sociale ed educativi sul territorio, interventi di gruppo psicoeducativi e psicoriabilitativi, interventi di counseling individuale o psicoeducativi di gruppo rivolti ai genitori, oltre, ovviamente alla psicoterapia.

La funzione di management clinico resta assegnata ai servizi di primo livello (CSM, NPIAA, PEE); i trattamenti specificatamente dedicati sono erogati dal Centro DPAA.

Gli interventi di gruppo per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità si riferiscono al modello di intervento: G-APP (Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation) [41].

Tale percorso, della durata di 10 incontri, si avvale di strategie e strumenti che si riferiscono al processo di incoraggiamento così come è inteso nel modello adleriano [2, 14, 37, 38], alle funzioni di mentalizzazione [5, 6, 24, 25, 26] e di mindfulness [7, 9, 10, 15, 16, 40].

Un gruppo psicoeducativo, della durata di 10 incontri, teso a implementare le risorse di mentalizzazione è proposto prima dell'avvio della psicoterapia.

Un gruppo psico-riabilitativo, anch'esso in 10 incontri, è proposto dopo il percorso psicoterapeutico; è focalizzato sulle life-skills [45, 46] e intende consolidare gli esiti della psicoterapia, proponendo stimoli tesi a promuovere un collaudo creativo delle consapevolezze di Sé e delle competenze maturate nel corso della psicoterapia [3, 17, 18].

I trattamenti psicoterapeutici proposti si riferiscono al modello delle APPs: Adlerian Psychodynamic Psychotherapies [22].

V. Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) nel trattamento dei disturbi della personalità in adolescenza

Le APPs [22] riconoscono il loro fondamento teorico nella Psicologia Individuale, fondata da Alfred Adler nel 1911. L'impostazione psicodinamica della Psicologia Individuale precorre molti degli sviluppi odierni di altri modelli teorici, risultando coerente con le più attuali acquisizioni nell'ambito delle neuroscienze.

Le APPs: Adlerian Psychodynamic Psychotherapies [22] costituiscono un modello di intervento psicoterapeutico basato su una comprensione dinamica della psicopatologia, specificatamente orientata secondo il riconoscimento di diversi Livelli di Funzionamento Psicopatologico del paziente [23].

La psicopatologia è considerata come risultato di un processo cui concorrono vulnerabilità biologiche e psicosociali, sia in senso intrapsichico (dimensione dell'inconscio), che ambientale e relazionale. La possibilità di individuare i punti di forza e le aree di maggiore disfunzionalità del paziente consente di modulare gli interventi terapeutici "su misura" del paziente [4, 31, 44].

Gli obiettivi clinici sono rivolti a modificare non solo i sintomi, ma anche aspetti significativi del funzionamento del paziente, sostenendo e rinforzando nel contempo le risorse più adattive. Un'attenta comprensione diagnostica è quindi funzionale ad individuare obiettivi di cambiamento intrapsichico, perseguibile attraverso l'utilizzo di strumenti tecnici diversificati e la modulazione della relazione terapeutica [18].

L'organizzazione di personalità è infatti implicata nella strutturazione del sé, nella regolazione della cognizione, degli affetti e degli impulsi, nella qualità delle relazioni [28], determinandone il livello di menomazione e influenzando quindi la psicopatologia.

La possibilità di individuare i punti di forza e le aree di maggiore disfunzionalità del paziente risulta particolarmente importante in adolescenza, in considerazione della necessità di sostenere il processo individuativo.

La Psychopathological Functioning Levels Rating Scale (PFL-RS) [23] è uno strumento clinician report teso ad individuare, su 7 livelli di gravità, il funzionamento del paziente in 5 aree: Identità (ID), ovvero l'individuazione di aspetti di deficit della struttura primaria del sé e/o di disregolazioni conflittuali; Comprensione (CO), ovvero differenti capacità di mentalizzazione e di orientare l'attenzione esecutiva in senso progettuale; Emozioni Negative (EM), ovvero la qualità, la differenziazione, la stabilità e la rispondenza delle emozioni negative; Azione – Regolazione dei comportamenti (AR), ovvero la rilevazione di eventuali tendenze all'inibizione comportamentale o all'impulsività auto/eterodiretta, e la tendenza ad agire i vissuti psichici; Competenze sociali (SS), ovvero le problematiche inerenti la qualità e la costanza delle relazioni sociali e le difficoltà a modulare la distanza relazionale [23].

Il modello delle APPs prevede quindi la possibilità di impostare trattamenti con setting differenziati.

Nella prassi dei Servizi e in ragione del compito evolutivo in adolescenza appare particolarmente fruibile la proposta della SB-APP, che prevede cicli di 40 sedute a cadenza settimanale [20, 22].

La proposta di una psicoterapia a tempo limitato, centrata su un focus dinamico che è individuato a partire dai PFL, è infatti coerente con l'opportunità di promuovere integrazione dei diversi aspetti della personalità e di sostenere i processi di individuazione di autonomia che sono peculiari in adolescenza.

Il setting prevede che tutte le altre necessità cliniche, incluse le strategie di intervento sulla crisi, siano demandate ad uno o più operatori, diversi dalla figura del terapeuta. Il setting, rigoroso nei suoi aspetti formali, è infatti funzionale a proteggere lo spazio della psicoterapia, come opportunità di esplorazione e mentalizzazione dei vissuti emotivi e quindi di elaborazione simbolica dei significati dell'esperienza. La flessibilità del terapeuta nel modulare la distanza relazionale e il proprio setting interno risulta di particolare importanza nel lavoro con gli adolescenti, che spesso sollecita in modi significativi le dinamiche di atteggiamenti e controatteggiamenti implicati nella relazione terapeutica.

La psicoterapia può quindi rappresentare per i ragazzi uno spazio dedicato e protetto, un luogo dove poter pensare, differenziato rispetto agli spazi dedicati ad altri bisogni (clinici, educativi, riabilitativi).

La condivisione delle regole del setting e degli obiettivi generali della psicoterapia con i genitori e con gli altri operatori che intervengono nel progetto clinico risulta quindi di fondamentale importanza.

Il processo delle APPs [20, 22] si articola lungo **un asse degli obiettivi**, che implica la possibilità di agire in senso maggiormente mutativo rispetto ad aspetti disfunzionali o conservativo rispetto alla necessità di proteggere e promuovere risorse.

In ottica psicodinamica, le specifiche modalità (inconscie) con cui il soggetto affronta le difficoltà, proteggendosi dall'angoscia, sono i meccanismi di difesa, che si collocano in una gerarchia di funzionamenti più o meno adattivi [29, 35], regolano l'esperienza di Sé [34] e delle relazioni, correlano con la qualità e la gravità della patologia [11, 12, 32].

Il cambiamento nell'assetto dei meccanismi di difesa correla con il cambiamento della sintomatologia [45].

I meccanismi di difesa correlano con i drop-out, possono guidare le scelte tecniche del terapeuta, sono in relazione con la qualità della Alleanza Terapeutica [12].

Un'analisi degli obiettivi clinici generali di una psicoterapia deve pertanto essere sottesa dalla comprensione dei meccanismi di difesa che sostengono l'impianto psicopatologico.

Un secondo asse su cui si articola il processo terapeutico delle APPs riguarda le **strategie relazionali**, che devono essere modulate lungo un continuum che va da un polo maggiormente intensivo (in cui il terapeuta privilegia una posizione incoraggiante di ricerca, lasciando spazio al paziente di sperimentarsi nella relazione terapeutica), ad un polo maggiormente supportivo (in cui il terapeuta assume una posizione incoraggiante di offerta, proponendo attivamente il proprio contributo al paziente nell'affrontare i problemi nel qui ed ora della seduta).

Un terzo asse riguarda la possibilità di scegliere **strumenti tecnici differenziati** (interpretazioni, confronti, chiarificazioni, incoraggiamento a elaborare, convalidazione empatica, consigli, prescrizioni e conferme) posti anch'essi lungo un continuum, con valenza maggiormente esplorativa (ovvero tesi a favorire connessioni del vissuto cosciente ad elementi dinamicamente inconsci o non integrati) oppure maggiormente validante (ovvero tesi a promuovere il riconoscimento e l'importanza di determinati vissuti, situazioni o comportamenti) [19, 20, 22, 30].

La possibilità di modulare gli interventi tecnici «su misura» del paziente, implica il non assegnare a priori una valenza mutativa o conservativa ai diversi strumenti, in quanto l'efficacia mutativa o conservativa di un intervento è correlata all'organizzazione di personalità, ai diversi livelli di funzionamento, all'assetto delle difese, ai diversi stili di personalità.

Nell'articolazione e costante revisione del progetto clinico e della conduzione della psicoterapia assume particolare importanza la possibilità di prevedere spazi di formazione continua e di supervisione, sia per quanto riguarda gli aspetti teorico-metodologici, sia per quanto riguarda gli aspetti emotivi del lavoro terapeutico [8].

La possibilità per gli operatori di condividere uno spazio per coordinare il progetto clinico, per pensare insieme e per accogliere la mente del paziente assume particolare rilevanza rispetto all'efficacia dei trattamenti rivolti agli adolescenti con disturbo di personalità.

VI. Conclusioni

Le evidenze fornite dalla ricerca informano l'attività clinica che, a sua volta, può e deve orientare e indirizzare la ricerca. In questo ambito, le attuali metodologie, orientate ai paradigmi della complessità, forniscono la possibilità di esplorare non soltanto gli esiti ma anche i processi dei trattamenti.

L'offerta terapeutica dei servizi, pur in conto delle difficoltà organizzative che talvolta si incontrano, può e deve dotarsi di metodologie di intervento coerenti con le evidenze di efficacia disponibili in letteratura.

Il paradigma adleriano, inteso come modello di rete e rete di modelli [36] risulta particolarmente fruibile a fronte della necessità di organizzare ed erogare interventi rivolti agli adolescenti con disturbi della personalità. Esso risulta infatti funzionale a sostenere i processi di sviluppo del Sé creativo [17], in un'ottica di integrazione degli aspetti bio-psico-socio-culturali, che caratterizzano il funzionamento degli individui e, particolarmente, degli adolescenti, a fronte di compiti vitali che, nel contesto ambientale attuale, si configurano come altamente complessi.

Il principio di integrazione si pone quindi come concetto fondante il progetto clinico e i singoli interventi, in quanto sottende l'obiettivo clinico di integrare i diversi aspetti di funzionamento della personalità in evoluzione, che si configura come sintesi dei compiti vitali fase-specifici in adolescenza.

Bibliografia

1. AA.VV. (2018), *PDM2 - Manuale Diagnostico Psicodinamico*, a cura di Lingiardi, V., McWilliams, N., Raffaello Cortina, Milano.
2. ACCOMAZZO, R. (1986), Il coraggio nella Psicologia Individuale al di là delle tecniche psicoterapeutiche di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 84-92.
3. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
4. ALLEN, J. G., GABBARD, G. O., HORWITZ, L. (1998), *Psicoterapia su misura. Pazienti borderline e patologie mentali gravi*, Raffaello Cortina, Milano 1998.
5. ALLEN, J. G., FONAGY, P. (2006), *Mentalization-Based Treatment*, tr. it. *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna 2008.
6. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, tr. it. *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
7. ALTMAIER, E., MALONEY, R. (2007), An Initial Evaluation of a Mindful Parenting Program, *J. Clin. Psych.*, 63: 1231-1238.
8. AMIANTO, F., FERRERO, A., PIERÒ, A., CAIRO, E., ROCCA, G., SIMONELLI, B., FASSINA, S., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2011), Supervised Team Management, with or without Structured Psychotherapy, in Heavy Users of a Mental Health Service with Borderline Personality Disorder: a Two-Year Follow-up Preliminary Randomized Study, *BMC Psychiatry*, 11: 181-195.
9. BAZZANO, A., WOLFE, C., ZYLOVSKA, L. ET ALII (2010), Stress-Reduction and Improved Well-Being Following a Pilot Community-Based Participatory Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR) Program for Parents/Caregivers of Children with Developmental Disabilities, *Disability and Health J.*, 3: 6-7.
10. BÖGELS, S. M., LEHTONEN, A., RESTIFO, K. (2010), Mindful Parenting in Mental Health Care, *Mindfulness*, 9: 1-14.
11. BOND, M. (2004), Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change, *Harv. Rev. Psychiatry*, 12(5): 263-78.
12. BOND, M., PERRY, J. C. (2004), Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 161(9), 1665-1671.
13. CONNOLLY GIBBONS, M. B., CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P., WILTSEY STIRMAN, S., GALLOP, R., GOLDSTEIN, L. A., TEMES, C. M., RINGKURTZ, S. (2009), Unique and Common Mechanisms of Change across Cognitive and Dynamic Psychotherapie, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 77(5): 801-813.
14. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
15. DUMAS, J. E. (2005), Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to Lessen the Grip of Automaticity in families with Disruptive Children, *J. Clin. Child and Adolescent Psych.*, 34: 779-791.

16. EYBERG, S. M., GRAHAM-POLE, J. R. (2005), Mindfulness and Behavioral Parent Training: Commentary, *J. Clin. Child and Adolescent Psych.*, 34: 792-794.
17. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-64.
18. FASSINO, S. (2015), Cosa è essenziale per il cambiamento in psicoterapia? *New-sletter SIPM*, 13-14.
19. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: theoretical issues and process indicators, *PanMin. Med.*, 50: 1-11.
20. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
21. FERRERO, A. (2012), Specificità della patologia borderline in adolescenza e possibili riflessioni sulle strategie di comunicazione-relazione nel trattamento con la Sequential Brief - Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 35-58.
22. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*, ASIIP, Croydon (London).
23. FERRERO A., SIMONELLI B., FASSINA S., CAIRO E., ABBATE-DAGA G., MARZOLA E., FASSINO S. (2016), Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project, *BMC Psychiatry*, 16: 253.
24. FONAGY, P. (1991), Thinking about Thinking: Some clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, tr. it. Pensare sul pensiero: osservazioni cliniche e teoriche sul trattamento di un paziente borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 29-56, 2001.
25. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), Attachment and Reflective Function: their Role in Self-Organizations, tr. it. Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 101-136, 2001.
26. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTON, C., TARGET, M. (1995), Attachment, the Reflective Self and Borderline States, tr. it. Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbi borderline, in FONAGY, P., TARGET, M. (a cura di LINGIARDI, V., AMMANNITI, M.), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano: 57-100, 2001.
27. GABBARD, G. O. (2010), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.
28. KERNBERG, O. F., CALIGOR, E. (2005), A psychoanalytic theory of personality disorders, in LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, F. editors, *Major theories of personality disorders*, 2nd ed., Guilford, New York.
29. KERNBERG, P., WEINER ALLAN, S., BARDENSTEIN KAREN, K. (2001), *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*, Fioriti Ed., Roma.

30. KERNBERG, O. F., BURNSTEIN, E., COYNE, L., APPELBAUM, A., HOROWITZ, L., VOTH, H. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Project Research Project, *Bull. Menninger Clinic*, 36: 1-275.
31. LAMBERT, M. J., OGLES, B. M. (2004), The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in LAMBERT, M. J., (a cura di), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5th ed, John Wiley and Sons, New York, pp. 139-193.
32. LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (2002), *I meccanismi di difesa. Teoria e clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina, Milano.
33. MC WILLIAMS, N. (2002), *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*, Raffaello Cortina, Milano
34. MORBACH, W. (2007), Die geteilte Wirklichkeit: Zur interakti-onellen Dynamik der Abwehrmechanismen, *Z Individ.*, 32: 107-126.
35. PERRY, J. C. (1986), *Defense Mechanism Rating Scales, 4th ed.*, Harvard University Press, Cambridge.
36. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Min. Med.*, 1: 1-19.
37. ROVERA, G. G. (1999), Pratiche di consultazione. Aspetti generali, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
38. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
39. SHEFLER, G. (2000), Time-Limited Psychotherapy With Adolescents, *J. Psychother. Pract. Res.*, 9(2): 88-99.
40. SIEGEL, D. J. (2007), *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*, tr. it. *Mindfulness e cervello*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
41. SIMONELLI, B., CAIRO, E., FASSINA, S., FERRERO, A. (2011), G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 77-102.
42. SPERANZA, M., WILLIAMS, R. (2014), Fare diagnosi nell'infanzia e in adolescenza, in LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi*, Raffaello Cortina, Milano.
43. WEISZ, J. R., WEISS, B., HAN, S., GRANGER, D. A., MORTON, T. (1995), Effects of Psychotherapy With Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies, *Psychological Bulletin*, 117(3): 450-468.
44. WESTEN, D., MORRISON, K., THOMPSON, B. (2004), The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting controlled clinical trials, *Psychological Bulletin*, 130: 631-663.
45. WINSTON, A., LAIKIN, M., POLLACK, J., WALLER SAMSTAG, L., MCCULLOUGH, L., MURAN, J. C. (1994), Short-term Psychotherapy of Personality Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 151: 190-194.
46. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994), *The development and dissemination of life skills education*, WHO/MNH/PSF/94, 7. WHO, Geneva.

47. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Life skills education: Planning for research*, WHO/MNH/PSF/96.2 Rev. 1. WHO, Geneva.

—

Questo articolo è stato concepito come una riflessione a partire da un'analisi della letteratura, e non come una revisione sistematica vera e propria. Gli Autori sono comunque a disposizione, per chi fosse interessato, a fornire l'elenco completo delle voci bibliografiche cui si fa riferimento nel testo.

Simona Fassina
Via Verzuolo 49
I-10139 Torino
E-mail: simonafassina@hotmail.com

Barbara Simonelli
Via G. Verdi 47
I-10124 Torino
E-mail: barbara.simonelli@tiscalinet.it

Silvana Lerda
Corso Massimo d'Azeglio 108
I-10126 Torino
E-mail: slerda@aslto4.piemonte.it

Massimo Rosa
Via Blatta 10
I- 10034 Chivasso (TO)
E-mail: mrosa@aslto4.piemonte.it

Il videogioco come strumento creativo e terapeutico in Psicologia Individuale; l'approccio della *Video Game Therapy*

FRANCESCO BOCCI, CINZIA SALA

Summary – THE VIDEO GAME AS A CREATIVE AND THERAPEUTIC TOOL IN INDIVIDUAL PSYCHOLOGY; THE VIDEO GAME THERAPY APPROACH. Just as the "play" activity allows children to unconsciously express aspects of their own internal and external world, video games also guarantee this result, as they are a "game" in every way, but accessible to users of age higher than childish. Moreover, videogames have become an increasingly explicit object of communications between young people, whose imagery seems to increasingly assimilate typical elements of the videogame world.

Video Game Therapy allows users to start a psychological work on themselves by immediately developing good compliance with the operator. In fact, children are generally happy to be able to talk about the world of video games with those who take care of them. Moreover, they will feel motivated in maintaining the activity and in moving towards the agreed therapeutic goals, thanks to the intrinsically stimulating properties of the video game. The setting puts users at ease, recreating a safe environment, or that of their bedroom, or their play station, accommodating and protective even for those who fear social confrontation.

Keywords: VIDEOGIOCO, GIOCO, EMOZIONI, VIDEO GAME THERAPY

I. Introduzione

Il gioco rappresenta una leva evolutiva nella vita dell'individuo che permette il rafforzamento delle abilità motorie, cognitive e interpersonali. Inoltre, tale attività ha un ruolo fondamentale nel processo di costruzione dell'identità personale e sociale attraverso l'apprendimento delle regole dello stare con l'altro e alla costruzione di diverse e nuove forme di comunicazione interpersonale. L'attività di gioco è fondamentale non solo in età infantile: cambiano le forme, le modalità, gli strumenti, i significati, ma la dimensione ludica accompagna l'uomo in tutto l'arco della vita [5].

Dal punto di vista dell'antropologia dei processi educativi il gioco rappresenta quindi uno dei primi motori della crescita dell'uomo, che fornisce dei fondamenti sicuri per i

successivi sviluppi. Secondo lo storico olandese Huizinga autore del testo *Homo Ludens* pubblicato nel 1938, il gioco assume la funzione di centro di propulsione di tutte le attività umane, è un'attività libera cui si aderisce per scelta, permette l'instaurarsi di una realtà fittizia e una dimensione provvisoria, diversa da quella ordinaria, possiede una precisa dimensione spazio-temporale e presume un sistema di regole a cui il giocatore aderisce per libera scelta, la cui trasgressione produce il crollo del mondo provvisorio creato dal gioco.

Pochi anni più tardi l'antropologo Roger Callois propone una definizione di gioco quale attività libera; separata, ovvero circoscritta da limiti spazio temporali; incerta sia negli esiti che nello svolgimento; improduttiva dal punto di vista materiale; regolata da un sistema di leggi che sospendono le convezioni ordinarie; fittizia in quanto è chiara la consapevolezza che si tratti di una realtà diversa [6].

Nell'ottica di un'antropologia psicologica si attribuisce al gioco una dimensione magica, dato che sin da piccolo il bambino può sperimentare la sensazione di essere, in quella sfera, il padrone assoluto di sé, nonostante rimanga condizionato dalle restrizioni del mondo adulto in tutte le altre sfere. Tramite il potere del gioco il bambino getta un ponte verso la realtà e può passare velocemente da una vita in cui l'adulto sceglie tutto per lui, alla libertà assoluta. Attraverso il gioco il bambino cerca di auto realizzarsi e attribuisce un senso alle cose che lo circondano, procedendo nella sua crescita intellettuale ed emotiva e nelle acquisizioni culturali [4].

Il gioco del bambino è studiato dalla Psicologia Individuale [1, 2, 12] non come un aspetto del comportamento umano, ma è visto ed esaminato nello sviluppo complesso dello *stile di vita* della persona, (riformulerei con : il gioco del bambino è studiato dalla Psicologia Individuale non solo come manifestazione del comportamento umano, ma come espressione dello sviluppo dello stile di vita) così Adler afferma:

“La lotta creativa del bambino inizia in un ambiente compreso soggettivamente e che pone delle difficoltà individuali. Il fanciullo, appena inizia a percepirsi come individualità, è in grado di orientarsi verso una meta finale e ciò accade abitualmente entro i primi due anni di vita. Da allora in avanti i suoi fenomeni psicologici non sono più reazioni, ma atteggiamenti di risposta creativa, corrispondenti alla tensione con cui sperimenta se stesso in una situazione specifica”. “Siamo stati portati ad attribuire al bambino un potere creativo che getta nel movimento tutte le sue influenze e tutte le sue potenzialità, al fine di superare un ostacolo”. “È per così dire, sia l'opera che l'artista” [1].

Citando Kurt Lewin: *“Soltanto in uno spazio di vita sufficientemente libero nel quale il bambino ha la possibilità di scegliere i suoi obiettivi, in armonia con i suoi bisogni, in cui nel contempo egli sperimenta le difficoltà che obiettivamente si frappongono al loro conseguimento, può formarsi un chiaro livello di realtà e svilupparsi la capacità di prendere in modo responsabile delle decisioni”.*

Nell'esperienza di gioco si manifestano e si sperimentano creativamente le emozioni primarie dell'uomo. Esse sono forme psichiche di movimento limitate nel tempo e sono tratti accentuati del carattere (quest'ultima frase messa qui così non riesco a comprenderla del tutto).

In letteratura troviamo numerosi tentativi di categorizzare il mondo delle emozioni, un approccio possibile è quello di considerare due finalità principali: vi sono le emozioni che innescano processi di "separazione", che attuano un processo di "separazione" dall'Altro da Sé o da una parte di Sé, e quelle che uniscono, nelle quali è chiaramente riconoscibile la relazione sociale. Nelle prime ritroviamo la tristezza, quando ci viene a mancare qualcosa ("che ha che fare con qualcosa che manca, o con una perdita"), la paura, per tutelarci da una minaccia esterna ("che è una forma di tutela da un pericolo o una minaccia") e la rabbia, propria della competizione.

Tali emozioni sorgono e si mostrano solo quando servono ad uno scopo che è conforme al metodo di vita o alla linea direttrice dell'individuo ed hanno come obiettivo quello di produrre un cambiamento della situazione in senso più favorevole per l'individuo stesso. La rabbia (per esempio), può esprimere il desiderio dell'individuo di superare le proprie imperfezioni. Nelle emozioni che uniscono abbiamo la gioia e la scoperta, portatrici del desiderio di entrare in relazione con qualcosa dentro o fuori di noi. La gioia esprime correttamente la sconfitta di una difficoltà ed in essa non è assente neppure il movimento verso l'alto, poiché il soggetto passa da un senso di insoddisfazione e di inferiorità ad uno di soddisfazione e superiorità. Nel gioco ritroviamo anche l'effetto liberatorio della gioia.

Se pensiamo al videogioco come al "gioco moderno", possiamo pensare che in esso si possano ritrovare tutte le caratteristiche del gioco classico. Il videogioco è infatti un gioco digitale mostrato a video e come tale serve anche ad esprimerci, come tutti i giochi di tipo analogico. In esso ritroviamo non solo il livello animativo ludico, ma anche quello creativo ed immaginativo: è possibile così riconoscerne anche la funzione riparatoria e terapeutica.

Immaginate che qualcuno vi chieda di fare un disegno: si possono usare materiali più o meno raffinati, di diversa consistenza (cartoncino, carta lucida, ecc...), e scegliere di utilizzare il disegno esclusivamente come fonte di gratificazione personale, di divertimento, oppure anche come veicolo di comunicazione con l'altro, come strumento per dire al mondo, con forme nuove, ciò che non è possibile mettere in parola. Così può avvenire anche con il videogioco: certamente possibile fonte di gratificazioni momentanee anche molto intense, ma potenziale strumento creativo, a seconda della scelta soggettiva.

Rispetto al gioco analogico il videogioco è interattivo e sociale. Il videogioco ormai raramente si svolge in *single player*. In genere si gioca con diverse persone che non

sempre sono fisicamente presenti nella stanza; anche su una piazza virtuale è possibile incontrare amici già conosciuti oppure nuove persone, anche di diversa nazionalità. Come sempre avere una piazza virtuale non toglie le buone prassi di tutte le piazze, cioè con chi si gioca e chi sono le persone che si frequenta. È proprio in questa caratteristica interattiva che è presente la potenzialità terapeutica del videogioco, infatti attraverso l'osservazione dell'esperienza di gioco (*gameplay*) si possono ritrovare elementi propri dello stile di vita del giocatore (*gamer*) [3, 9, 11, 13].

II. *Il videogioco come compensazione*

Possiamo definire il gioco (e quindi anche il video-gioco) come una compensazione vitale per l'uomo. Eppure siamo quasi tutti inevitabilmente prevenuti nei suoi confronti, persino i giocatori. Questo pregiudizio fa parte della nostra cultura e si manifesta nel linguaggio quotidiano: diciamo che è un *giocatore* chi manipola gli altri per ottenere ciò che vuole, chi *gioca con i sentimenti*, chi tratta con leggerezza le emozioni altrui. Il gioco è spesso percepito come qualcosa di poco serio, talvolta vissuto come dimensione legata all'infantile.

Quindi di chi gioca, in fondo, non ci fidiamo mai veramente. Allo stesso modo diffidiamo dei giochi, del modo in cui essi ci incoraggiano ad agire, di quello che potremmo diventare se cominciamo a giocarli.

Ma in realtà, non abbiamo paura dei giochi: ciò che più temiamo è di restarne ammalati, perdendo il senso del limite tra realtà e finzione. In queste pagine si indaga invece un'interessante via alternativa: considerare il gioco come una *compensazione vitale* che trasformi in modo positivo e funzionale ai nostri compiti vitali i nostri atteggiamenti, attraverso l'attivazione di dinamiche emozionali ed inconsce. Per farlo, è necessario vincere questi timori, concentrandoci su come il gioco funziona e su come agiamo ed interagiamo quando giochiamo *insieme* [3, 14].

Non c'è mai stato nella storia umana un tempo in cui siano esistite più forme, più piattaforme e più generi di videogioco. Abbiamo videogiochi per un singolo giocatore e per molti giocatori (*multiplayer*). Li troviamo su campi erbosi o in terra battuta, con le carte o la scacchiera, sul personal computer, su una console, su un dispositivo portatile e sul cellulare. Le ricerche di James McGonigal [11] - tra i più noti game-designer al mondo, direttore ricerca e sviluppo del settore giochi presso l'*Institute for the Future* di Palo Alto in California - dimostrano che i videogiochi influiscono sui nostri comportamenti e possono dunque essere utilizzati per accrescere il benessere e migliorare le relazioni, favorendo anche le capacità di crescita personale.

Tutti i videogiochi hanno in comune quattro tratti definitivi: un *obiettivo*, delle *regole*, un *sistema di feedback* e la *volontarietà della partecipazione*. L'*obiettivo* è l'esito specifico verso cui tende l'attività dei videogiocatori: concentra l'attenzione e orienta continuamente la partecipazione al gioco, dando un senso di finalità.

Le *regole* permettono di liberare la creatività favorendo il pensiero strategico, imponendo dei vincoli al modo in cui i giocatori possono raggiungere l'obiettivo. Il *sistema di feedback* dà la percezione dell'effettiva raggiungibilità dell'obiettivo, quindi funge da "promessa", aumentando la motivazione al gioco con una struttura di punteggio, di livelli, di classifiche. La *volontarietà della partecipazione* richiede di accettare di buon grado l'obiettivo, le regole e il sistema di feedback: la possibilità di entrare nel gioco o di abbandonarlo quando si vuole, garantisce che un'attività intenzionalmente carica di tensione e di sfida venga sentita come sicura e piacevole.

Tutti gli altri elementi di un videogioco (come di qualsiasi altro tipo di gioco) diventano rafforzativi o migliorativi di questi quattro elementi. Per esempio, una storia attraente rende l'obiettivo più intrigante, una metrica complessa irrobustisce la forza motivazionale del sistema di *feedback*, le esperienze in *multiplayer* fanno meno prevedibile e più piacevole un'esperienza prolungata, una grafica immersiva di alto livello aiuta l'attenzione. Possiamo dire che rispetto ai videogiochi la realtà è troppo facile: essi ci provano con ostacoli volontariamente assunti che aiutano a mettere a frutto i nostri punti di forza ed a farci sperimentare una fatica da noi scelta e non subita. Come ha scritto Bernard Suits: "*giocare un gioco è il tentativo volontario di superare ostacoli non necessari*".

Videogiocare è un'attività che abbiamo scelto noi stessi, un'*attività compensatoria faticosa* che ci siamo auto-imposti di portare a termine e, a quanto pare, la fatica (anche quella virtuale) rende felice l'uomo, a patto che non sia imposta da altri e non abbia conseguenze reali sulla sopravvivenza. Quindi, a patto che non provochi delle *perdite reali*.

Quando giochiamo tendiamo a percepire in modo ottimistico le nostre capacità e a provare un vigoroso impulso all'azione: sensazioni che si situano all'opposto di uno stato depressivo, benché il gioco ci porti a vivere contenuti narrativi propri di situazioni deprimenti o angoscianti, che noi stessi scegliamo di interpretare in modo fittizio e temporalmente limitato. Un gioco è un'occasione per concentrare la nostra energia, con ottimismo implacabile, su qualcosa in cui siamo bravi (o in cui diventiamo più bravi) e che ci diverte, al di là dei contenuti. Quando videogiochiamo siamo impegnati con grande intensità: questo ci pone esattamente nella condizione mentale e fisica per generare ogni tipo di emozione.

Giocare ci fa sentire *onnipotenti* in un contesto in cui possiamo esserlo. Ma ci fa sentire anche *impotenti*, mettendoci a confronto con regole e dinamiche dettate dal gioco che non possiamo controllare totalmente. Tutti i sistemi neurologici e fisiologici che stanno alla base della felicità (attenzione, gratificazione, motivazione, emozioni, memoria...) sono pienamente attivati dall'attività di gioco. Questa attivazione emotiva estrema è la ragione principale per cui i giochi digitali che oggi godono di maggior successo creano tanta dipendenza e migliorano molto l'umore.

Quando siamo in uno stato concentrato di impegno ottimistico, diventa più possibile avere pensieri positivi, stringere connessioni sociali e migliorare i nostri punti di forza.

L'attività di gioco è quindi del tutto diversa dal *lavoro reale*, che molto spesso svolgiamo perché “dobbiamo farlo”. La vita non è un gioco: è giusto allora, è condivisibile, è opportuno ma, soprattutto, è praticabile conciliare la vita reale col gioco? E, ancora di più, col videogioco? Questa è la sfida della psicologia dei videogiochi oggi. Cosa ci dicono? Cosa portano nelle vite dei nostri ragazzi? Rispetto ad altri mezzi di intrattenimento fanno più paura perché, come dicevamo, favoriscono dinamiche di dipendenza e quindi di rischio sociale. Il divertimento robusto è quello che proviamo sperimentando uno stress positivo (*eustress*: combinazione di *stress*, tensione, con il greco *eu*, che significa “buono”).

Da un punto di vista fisiologico e neurologico, l'*eustress* è praticamente identico allo stress negativo, o *distress*: produciamo adrenalina, i nostri circuiti di gratificazione si attivano e aumenta l'afflusso di sangue verso i centri di controllo dell'attenzione nel cervello. Fondamentalmente diverso è il nostro stato d'animo mentre giochiamo.

Quando abbiamo paura di sbagliare, quando temiamo un pericolo o quando una fonte esterna esercita su di noi una qualche pressione, l'estrema attivazione neurochimica non ci rende felici, bensì irritati e combattivi, oppure ci fa venire voglia di fuggire e staccare la spina delle emozioni. In caso di *eustress* invece, come quando videogiochiamo, non proviamo paura o angoscia: abbiamo generato la situazione di stress volontariamente, perciò siamo fiduciosi ed ottimisti. Tutto ciò ci fa venir voglia di immergerci, di riunirci con altri, di fare, e questa tonificazione ottimistica risolve l'umore anche più del semplice rilassamento.

Se ci sentiamo in grado di affrontare la sfida, dichiariamo a noi stessi di essere fortemente motivati, estremamente interessati e coinvolti positivamente anche in situazioni di per sé stressanti. Ne consegue un beneficio emotivo, proprio dei giocatori che assumono questo atteggiamento verso il videogioco: è la *fierezza*, una delle emozioni più positive che possiamo provare, una forma di euforia che si realizza nella nostra mente innanzitutto inconsciamente, quando sentiamo di aver trionfato sulle avversità.

Il videogioco non dovrebbe diventare una fuga dalla realtà, qualcosa di statico da cui dipendere. Anzi, un buon gioco è un modo speciale di strutturare l'esperienza e produrre emozioni positive, è uno strumento estremamente potente per ispirare partecipazione e motivazione, e quando si colloca in una rete può avere un effetto di ispirazione su decine, centinaia, migliaia o milioni di persone contemporaneamente. I videogiochi possono renderci più felici nella vita quotidiana perché ci permettono di inventare e di sperimentare un modo di organizzarci (di gestire i nostri atteggiamenti, di provare e dirigere delle emozioni) in modo da affrontare un ostacolo non necessario, ma vissuto in modo creativo e soggettivo.

I videogiochi ci portano a costruire una relazione trasformativa e benefica tra ciò che sta dentro il gioco (il giocatore virtuale, o *avatar*) e ciò che sta fuori (il giocatore reale), in altre parole possono essere descritti quindi come una compensazione creativa rispetto ai nostri compiti vitali [3, 10, 14].

III. *Le mete finzionali nel videogioco*

Pensiamo che l'esperienza del videogiocare (*gameplay*) sia strettamente collegata a delle dinamiche emozionali e finzionali, cosce ed inconse, e di conseguenza ad atteggiamenti soggettivi, legati a determinate situazioni e relazioni che possiamo ritrovare nella sfera dell'*amore*, della *vita sociale* (amicizia) e del *lavoro*: *i tre compiti vitali* dell'uomo. Osserviamone alcune.

Vi sono innanzitutto le situazioni di vita *ad alto rischio*; esse si possono ritrovare e riproporre virtualmente in alcuni videogiochi, dove la meta finzionale è quella legata alla sopravvivenza ed a prevenire l'angoscia di morte; si manifestano nei giochi orientati all'azione, veloci, nella tensione tra il raggiungimento dell'obiettivo (l'aspettativa iniziale) ed il proprio sentimento di inferiorità (scarse risorse in partenza).

Questi giochi (da *GTA* a *Tomb Raider*) ricreano a livello emozionale ma anche più razionale, le stesse dinamiche psicologiche tipiche di situazioni in cui ci troviamo sotto stress.

Vi sono poi situazioni reali più routinarie, molto più prevedibili, ripetitive e tipiche della quotidianità, che riattivano la memoria di lavoro, più focalizzate sulle nostre capacità cognitive, le quali sono spesso caratterizzate da una meta finzionale legata alla ricerca ed al mantenimento di un senso di sicurezza soggettivo, al controllo di Sé e dell'Altro da Sé, che non richiede una particolare attivazione della sfera emozionale. Nei videogiochi ritroviamo ciò in quasi tutti i platform, recenti e passati, ed in generale nei titoli *arcade* e nei recenti titoli "tasto-azione" (*Candy Crush* e simili).

Quando nella nostra vita siamo di fronte ad una meta finzionale tesa a raggiungere un senso di appartenenza e di autonomia soggettiva (giudizio positivo di Sé), nei videogiochi ritroviamo i giochi di ruolo classici, nei quali è prevista una crescita evolutiva del protagonista, che ha una sua identità definita e creata ad hoc dal giocatore, oppure i videogiochi di simulazione attiva, nei quali l'obiettivo è la costruzione ed il mantenimento di un "ruolo" attivo nel mondo di gioco (*Civilization* o l'intramontabile *Age of Empires*); essi ci permettono di provare un certo appagamento mentre ci teniamo impegnati razionalmente ed attivati emozionalmente, per il raggiungimento di un certo status di superiorità e di autonomia, costruendo la propria autostima, tutto però calibrato in base al riconoscimento di un proprio sentimento di inferiorità in partenza, per non cadere nel delirio di onnipotenza, anche virtuale, che porterebbe il videogioco a non essere più funzionale a tale scopo.

In videogiochi come *Just Dance* o il vecchio *Punch Out*, o in tutti quei titoli che coinvolgono il nostro corpo (si pensi ai vecchi titoli nati sul *Nintendo Wii* o al recente *Ring Fit Adventure* per *Nintendo Switch*), oppure in tutti i titoli di simulazione sportiva nel quale il corpo viene attivato attraverso un “allenamento mentale” che riproduce le sue mosse in modo iper-realistico, ritroviamo invece la meta finzionale legata alla competizione, al raggiungimento del piacere attraverso la *performance*, processo questo che alimenta inoltre il nostro cervello di endorfine.

Vi sono infine le situazioni di vita in cui si manifesta la meta finzionale legata alla scoperta, alla relazione con il Sé e l'Altro da Sé, caratterizzata dalla capacità di dare attenzione ai propri vissuti ed alla propria mente, per indagare attivamente oggetti e spazi che non ci sono familiari, e dei quali spesso abbiamo paura. Scoprire ci fa sentire fiduciosi, potenti e motivati: in questo sta tutta la forza dell'esplorazione, propria di quasi tutti i videogiochi, passati e recenti. Un'esplorazione che nel videogioco diventa virtuale e che rimanda alla capacità umana di dare credito al proprio *pensiero creativo e soggettivo* che mette in relazione il Sé con l'Altro.

Nei giochi di esplorazione (*open world*), in quelli esperienziali (*Firewatch* o altri in cui si riproducono esperienze reali di vita in situazioni di emergenza e non) o anche in quelli di costruzione tramite *sandbox* (per fare due esempi, *Horizon* e *Minecraft*), ci possiamo godere l'occasione creativa di trovarci curiosi di tutto, in un mondo virtualmente aperto, anche ricco di insidie ed ostacoli non previsti né sempre prevedibili, nel quale viene esorcizzata l'angoscia di fallimento, e si riporta l'attenzione sul Sé creativo, attraverso il *medium* virtuale.

Infine, sempre più spesso nei videogiochi di oggi è presente ciò che nella vita reale si chiama il *lavoro di squadra*, mentre in passato se ne realizzavano per lo più in *single player* e si dava più spazio alla dimensione individuale (con rischio di facilitare l'isolamento). In questo tipo di esperienze digitali troviamo la meta finzionale, con le emozioni ad essa collegate, finalizzata alla prevenzione ed all'evitamento dell'angoscia abbandonica, al mantenimento di una relazione con l'Altro da Sé, attraverso la collaborazione e la cooperazione per il raggiungimento di uno scopo comune, proprie del sentimento sociale, allo scambio tra pari ed alla capacità di contribuire agli interessi di un gruppo più ampio, seppur virtuale: si pensi al sempreverde *World of Warcraft* ed a tutti i recenti videogiochi in *multiplayer*.

IV. *Il setting relazionale*

Il gioco rappresenta una leva evolutiva nella vita dell'individuo che permette il rafforzamento delle abilità motorie, cognitive e interpersonali. Inoltre tale attività ha un ruolo fondamentale nel processo di costruzione dell'identità personale e sociale attraverso l'apprendimento delle regole dello stare con l'altro e alla costruzione di diverse e nuove forme di comunicazione interpersonale.

Nel *setting* relazionale, tra l'oggettivo e il soggettivo, dove l'atteggiamento ludico verso il mondo può essere espresso, nasce l'atto creativo soggettivo che consente al giocatore di entrare in contatto con il nucleo del proprio Sé e di metterlo in relazione con l'Altro da Sé, ciò si concretizza nella figura del *caregiver* che gioca insieme al *gamer*. Per questo il gioco rappresenta una prima possibilità di attivare il proprio Sé Creativo attraverso l'Altro.

L'identità si sviluppa come possibilità, libertà, capacità potenziale, esistenza, contrapposta alla consistenza fusionale legata alla sopravvivenza. Il carattere ludico della curiosità consente all'individuo di ispezionare il mondo formulando una rappresentazione soggettiva astratta ma nello stesso tempo sintetica del mondo. Il videogioco può quindi divenire possibile mezzo di creazione di storie, subordinate al controllo del proprio Sé, ma ciò può avvenire soltanto all'interno di una relazione tra giocatore (*gamer*) e co-giocatore o osservatore (genitore, *caregiver*).

Esso diviene, dunque, uno strumento che apre alla possibilità di entrare nella fiaba, intesa come rappresentazione simbolica del proprio piano e stile di vita. A differenza del processo di apprendimento che fonda le esperienze all'altrui visione ed idea del mondo, il processo di conoscenza, in virtù dell'atto creativo, è donazione soggettiva di senso.

Nel videogioco vi è quindi la possibilità di un doppio livello: il primo è l'essere nella fiaba, in un ambiente virtuale presente e già costruito a priori digitalmente, il secondo livello è invece rappresentato dall'agire nella fiaba, attraverso l'attivazione del proprio Sé Creativo che diventa "ponte" tra ciò che è intrapsichico e ciò che non lo è, attraverso la mediazione dell'Altro da Sé.

In questo senso si può parlare di *setting* relazionale attraverso l'attività ludica, che rimanda alla coppia creativa terapeutica tra terapeuta e paziente.

L'atto di generare la fiaba attraverso il videogioco racchiude in sé la possibilità di adattamento al "qui ed ora", attraverso la relazione con l'Altro (*caregiver*), il quale, partecipando alla narrazione videoludica, deve riuscire a garantire quella funzione tardiva materna che permette di condividere e rielaborare quei significati simbolici inconsci, ancora incompresi, propri di chi sta giocando.

Per questo è necessario che il *caregiver* abbia con Sé delle competenze in chiave di *gaming-education* e di conoscenza del mezzo videoludico e delle caratteristiche ad esso collegate [3, 14].

V. L'approccio della *Video Game Therapy* (VGT)

Proprio come l'attività di "gioco" consente ai bambini di esprimere inconsciamente aspetti del proprio mondo interno, ancora incompresi, anche i videogiochi possono attivare ciò. Inoltre, i videogiochi sono diventati un oggetto di comunicazione sempre

più esplicito tra i giovani, la cui quotidianità legata al proprio universo immaginario ed alle proprie relazioni reali, sembra assimilare sempre più elementi tipici del mondo dei videogiochi.

L'approccio terapeutico basato sulla *Video Game Therapy* consente al soggetto, tendenzialmente un *gamer*, di iniziare un lavoro psicologico sul Sé sviluppando attraverso un setting relazionale. In effetti, soprattutto i bambini e poi gli adolescenti, sono generalmente felici di poter parlare di Sé attraverso l'esperienza di gioco, con coloro che in quel momento giocano con loro.

Inoltre, si sentiranno motivati nel mantenere l'attività e nel muoversi verso gli obiettivi terapeutici concordati, grazie alle proprietà intrinsecamente stimolanti del videogioco. Il setting relazionale mette il soggetto a proprio agio, ricreando un ambiente sicuro e familiare, anche per coloro che temono il confronto sociale e che tendono all'isolamento. Ricordiamo che un approccio di questo tipo non può essere isolato da un percorso psicoterapeutico già in atto, ma anzi ne diventa strumento funzionale [8].

Tra gli obiettivi terapeutici della *Video Game Therapy* possiamo indicare:

- promuovere la sperimentazione emotiva con l'altro (terapeuta o *caregiver*), attivare i processi empatici, attraverso l'attivazione della sfera emozionale ed affettiva;
- promuovere l'alfabetizzazione emotiva, attraverso l'attivazione di un livello di coscienza più cognitivo e razionale;
- incoraggiare la consapevolezza dell'emozione primaria della "scoperta", come compensazione rispetto ad un complesso di inferiorità;
- promozione del sentimento sociale; il gioco diventa cooperazione reciproca e condivisione di dinamiche interne;
- promuovere la consapevolezza di un proprio ruolo o identità in un dato momento di vita, grazie alla correlazione tra lo stile di vita reale del *gamer*, tra le sue mete finzionali espresse attraverso i compiti vitali, con l'*avatar* del protagonista o di un personaggio del videogioco all'interno di una storia narrata virtualmente.
- attivazione dei processi cognitivi di *imagery*, addestramento ideomotorio, autoregolazione rispetto ad obiettivi concordati e richiesti dal videogioco o dagli altri videogiocatori, favorire la concentrazione ed i processi mentali legati all'attenzione.

Rispetto al gioco classico, il videogioco rappresenta una dimensione più ampia a livello di stimolazione e di variabili presenti, per questo le potenzialità del mezzo sono maggiori, come maggiore è la necessità di mantenimento del *setting* relazionale, come confine rispetto al rischio che il videogioco stesso diventi disfunzionale al processo di co-costruzione di significati e di riattivazione del Sé creativo.

L'approccio della *Video Game Therapy* può essere sviluppato sia individualmente che in piccoli gruppi di due o tre persone (un *gamer*, un *caregiver* o due *gamer* con un *caregiver*).

Ogni sessione può avere una durata di 30 minuti di gioco individuale o condiviso, al termine della quale è previsto un'attività di tipo analogico con l'obiettivo di rielaborare i contenuti emersi durante l'attività e l'esperienza di gioco, come la scrittura espressiva, o il disegno libero o un momento legato all'espressività corporea. Successivamente, in ogni seduta, è previsto un momento colloquiale e dialogico tra le parti di rielaborazione dell'esperienza.

Durante il primo incontro verranno identificate le emozioni primarie, legate a determinati pensieri e tratti dello stile di vita, su cui continuare a sviluppare le sessioni di gioco successive attraverso un'attenta e specifica selezione di alcuni videogiochi, scelti in base al percorso condiviso con il *gamer*. È bene ricordare che la *Video Game Therapy* non è una terapia a sé stante ma uno strumento da integrare in un percorso psicoterapeutico già in atto.

La prima fase del percorso di *Video Game Therapy* riguarda una seduta di *briefing*. Durante questa fase iniziale del colloquio, si prepara il *gamer* per l'attività di gioco successiva e vengono identificati gli obiettivi, legati a tratti e caratteristiche del proprio stile di vita, alle mete finzionali ed ai vissuti affettivi, sui quali concentrarsi durante l'attività di gioco. Si tratta quindi di un colloquio di formulazione di un significato analizzando la motivazione del *gamer* ad intraprendere il percorso.

Successivamente si passa alla fase di gioco vero e proprio. Durante questa fase il *gamer* deve attivare le proprie competenze e capacità videoludiche all'interno del mondo virtuale di gioco, attraverso una propria soggettiva modalità di gioco (*gameplay*). A seconda del videogioco scelto e degli obiettivi da perseguire, la fase di gioco può essere in *single-player* (il paziente gioca in modo indipendente, da solo) o in *multi-player* (il paziente gioca insieme al *caregiver*). A seconda della durata impostata per la sessione o di quanto è durata la fase di *briefing*, la fase di gioco può variare da un minimo di 20 minuti ad un massimo di 50. Lo psicologo può osservare attentamente il comportamento verbale e non verbale del paziente che gioca e comprendere lo stile del suo gioco osservandolo attentamente dentro e fuori lo schermo.

Il paziente, mentre gioca, può continuare a mantenere un'interazione verbale con il *caregiver* e la qualità e di contenuti di questa relazione devono essere ripresi poi dal terapeuta.

Infine è prevista una fase di de-briefing, attraverso la quale i significati emersi durante la sessione di gioco possono essere presi in considerazione e compresi. Al *gamer* verrà restituito ciò che è emerso a livello emozionale e di pensiero durante il *gameplay* e si focalizzerà l'attenzione sugli aspetti relazionali e sul tipo di interazione agita tra *gamer* e *caregiver*, evidenziando quegli aspetti utili al percorso terapeutico in atto.

La *Video Game Therapy*, attraverso la sessione di gioco descritta sopra, può svolgere tre funzioni principali, che si incontrano circolarmente:

- La prima è la funzione “contenitiva”, in cui l'obiettivo è quello di utilizzare un tipo di videogiochi detti “binari” o “arcade”, in cui viene creato un ambiente virtuale che mira a ricreare una funzione materna primordiale, come per tutelare e contenere l'angoscia presente. In questa fase viene dato poco spazio all'interpretazione cognitiva e al riconoscimento emotivo, ma piuttosto a far corrispondere ad un gesto (tasto premuto sul *gamepad*) un'azione, concentrandosi sul “momento presente” e sul “controllo” del videogioco che si sta giocando. Il *gamer* si sentirà così autorizzato a mantenere una posizione per lo più lineare ed equilibrata, se pur virtualmente, così da facilitare l'autocontrollo e l'adattamento all'esperienza vissuta, con l'obiettivo di raggiungere una meta finzionale di sicurezza, sentendosi meno “frammentato” internamente ma all'interno di un *setting* virtuale predefinito, ridimensionando l'impotenza, l'angoscia abbandonica ed i vissuti persecutori.
- Il videogioco può diventare poi un “contenitore di emozioni”, attraverso una sua seconda funzione denominata “compensatoria”, in quanto compensazione ad un vuoto affettivo e tramite per agire virtualmente un'identificazione proiettiva con il proprio o altrui *avatar* nel gioco. Attraverso ciò si può arrivare a riconoscere tratti del proprio “stile di vita” reale nella modalità di vivere un gioco come compensazione ed identificazione. In questa funzione è importante distinguere quanto l'esperienza videoludica possa rappresentare un *eustress* (compensazione positiva in quanto facilitatrice del Sé creativo e della relazione con l'Altro da Sé) ma anche un *distress* (compensazione negativa in quanto semplice evasione o fuga dal reale). Questa funzione richiama soprattutto le mete finzionali legate alla competizione ed al riscatto di Sé.
- La terza ed ultima funzione è quella denominata “creativa”, nella quale il videogioco diventa una “*sand-box*”, arrivando alla co-costruzione di significati ed emozioni condivisi. Attraverso il simbolismo presente nei mondi di gioco e nei personaggi, si può procedere alla co-costruzione di significati creativi che permettono al *gamer* di mettersi a contatto con il Sé e l'Altro da Sé. Questa funzione richiama l'utilizzo di associazioni libere come stimolo creativo e non interpretativo. Di fondamentale importanza è il processo decisionale e di *problem solving*, partendo dalla narrazione presente nel gioco, ed attribuendogli un nuovo significato. Utile è anche lo *Storytelling* o “costruzione di storie” a metà strada tra il reale e il virtuale, a partire dal contenuto narrativo del videogioco stesso [3].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 2012.
2. ANSBACHER, H.L., ANSBACHER, R.R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
3. BOCCI, F. (a cura di, 2019), *Dentro il videogioco. Viaggio nella psicologia dei videogiochi e nei suoi ambiti applicativi*, Ananke Lab, Torino.
4. CALLARI GALLI, M., HARRISON, G. (2004), Il gioco... per stabilire delle certezze nella più grande incertezza, in SCAFOGLIO, D. (a cura di, 2004), *La vita in gioco. Antropologia, letteratura, filosofia dell'azzardo*, Marlin Editore, Salerno.
5. CANZIANI, G. (1993), Introduzione, in ADLER, A. (1929), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma.
6. DE SANCTIS RICCIARDONE, P. (1994), *Antropologia e gioco*, Liguori Editore, Napoli.
7. GHIDONI, C. (2017), Volti del limite e della speranza in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 69-84.
8. GHIDONI, C. (2009), Il lavorare adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 53-71.
9. GREENFIELD, P. M. (1995), *Mind and Media*, tr. it. *Mente e media. Gli effetti della televisione, dei computer e dei videogiochi sui bambini*, Armando, Roma.
10. MAIULLARI, F. (2013), *L'inferiorità e la compensazione. Principi di analisi adleriana per il terzo millennio*, Mimesis, Milano.
11. MCGONIGAL, J. (2011), *Reality is Broken. Why Games Make Us Better and How They Can Change the World*, The Penguin Press, New York.
12. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
13. SUITS, B. (1978), *The Grasshopper. Games, Life, and Utopia*, The University of Toronto Press, Toronto.
14. TONIONI, F. (2013), *Psicopatologia web-mediata*, Springer-Verlag, Milano.

Francesco Bocci
Via Sersane 56
I-25050 Ome (BS)
E-mail: fbocci80@libero.it

Cinzia Sala
Via Cave 2 B
I-25081 Bedizzole (BS)
E-mail: cinzia_sala@hotmail.com

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 the se 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 familiari 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 all'ora 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 alcoolici, 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. Psichiatry*, 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

Riv. Psicol. Indiv., n. 86: 83 (2019)

**I.A.I.P.
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY**

28° CONGRESSO INTERNAZIONALE

**LE NUOVE CONDIZIONI DI PSICOPATOLOGIA SOCIALE:
APPROCCIO ADLERIANO ALLA PREVENZIONE E ALLA GUARIGIONE**

Leopoli, 11-15 luglio 2020

UCRAINA