PROPOSTA EDUCATIVA

a cura di
Adelia Lucattini

ADOLESCENZA
tra disturbo psichico e malattia sociale

I fatti di cronaca degli ultimi mesi che vedono al loro centro adolescenti autori di violenza e di «barbarie», talvolta più di pertinenza criminologica che strettamente psichiatrica (Maso, i ragazzi di Firenze, i ragazzi veneti), ci inducono alla riflessione sul confine tra psicopatologia dell'individuo e del gruppo di appartenenza, devianza, influenze ambientali, familiari e sociali.

Gli operatori che si occupano di adolescenti, si sentono sollecitati a riflettere su questi fatti e a pensare programmi operativamente efficaci di prevenzione dei disturbi psichici e del disagio sociale degli adolescenti, attraverso un'attività educativa nelle scuole, per mezzo delle associazioni e dei mass media.

Risulta innnanzitutto necessario, volendo parlare di adolescenza nei suoi aspetti normali e patologici, definirne i limiti cronologici.

Seguiremo per la nostra esposizione l'orientamento sistematizzato negli anni '60 dalla scuola di Blos.

A seconda delle scuole, sono stati fatti diversi tipi di classificazione, in Italia ed in Europa, viene considerata adolescenza dal periodo puberale, 12-13 anni, con un leggero scarto tra maschi e femmine, fino ai 22 anni per le femmine e per i maschi fino ai 24 anni.

Questo viene fatto per uno scopo eminentemente pratico, per poter suddividere per fasce di età le attività ambulatoriali negli ospedali pediatrici e generali.

Nel mondo anglosassone viene considerata infanzia fino al 18° anno di età ed in alcuni casi fino al 21° anno di età.

Alcune scuole considerano che il periodo adolescenziale si protragga dopo le scuole medie superiori durante tutto il periodo universitario e si concluda con il primo impiego lavorativo.

Questo perché l'adolescenza non è un fenomeno «fisico», ma per dirla con Blos mentre «la pubescenza è un atto di natura, l'adolescenza è un atto dell'uomo». E' vero che l'adolescenza inizia in un momento in cui ci sono delle modificazioni fisiche: lo «scatto» staturale, la comparsa del menarca nelle ragazze, la comparsa dei peli pubici, la modificazione della disposizione del grasso sottocutaneo.

Questo fatto fisiologico geneticamente determinato in ogni individuo, in cui le influenze ambientali non sono così rilevanti, non coincide però con una maturazione psichica equivalente, ci sono infatti una serie di circostanze che determinano questa maturazione.

◆

L'adolescente si trova di fronte a compiti gravosi e a seri conflitti riguardo alle opinioni e ai modelli, allorché tenta di sceglierli e di incorporarli

◆

Nella società dell'ottocento il giovane a 16 anni era già capofamiglia, tra i 14 e i 15 aveva prestato servizio nell'armata reale e tra i 13 e i 14 era entrato come apprendista con un ruolo già ben preciso per apprendere una professione.
Il parallelo con la società di oggi è evidente, questo è continuato ad accadere fino alla generazione precedente a quella dei nostri genitori.
Oggi l'adolescenza viene procrastinata fino all'acquisizione di un lavoro stabile, ovvero all'acquisizione di un ruolo sociale ben definito che negli studenti univesitari avviene attorno ai 25-30 anni.
E' anche comunemente accettato che nelle donne spesso, anche se non costituisce la regola, l'ingresso dell'età adulta avviene con la prima o la seconda gravidanza a causa dell'assorbimento da parte della madre o del nucleo familiare di origine. L'accesso ad una vita psicologica autonoma è indipendente dal fatto che la coppia viva separata dalla famiglia di derivazione. Il tipo di vita condotta non è necessariamente corrispondente alla maturità individuale che solitamente vi è associata.
Vi è una certa differenza tra la situazione italiana e quelle francese e statunitense; all'interno della situazione italiana vi sono ulteriori differenze tra le regioni settentionali e meridionali.
Sono state date molte definizioni di adolescenza, la più calzante mi pare quella fornita da Erikson il quale parla di «crisi formativa».
Oggi vi è la tendenza a considerare l'adolescenza una «malattia», un periodo che va «lasciato passare», come se essendo un periodo di transizione, le qualità e le necessità che emergono fossero qualcosa di disturbante o di patologico. L'adolescenza è invece un passaggio assolutamente fisiologico e con questo intendo naturale nella formazione di un individuo ed il termine «crisi» è l'unico veramente appropriato per spiegare questo momento di *initiatio* al mondo adulto. Non può infatti esserci nessuna maturazione senza un momento di crisi.
Come ogni «crisi» depressiva che sia controllabile e non destrutturante (tale ad esempio da indurre il suicidio) è un momento essenziale affinché attraverso il suo superamento si possa avere uno scatto maturativo.
Nei suoi studi di neuropsichiatria infantile, Melania Klein individua proprio una fisiologica «fase depressiva» che il bambino attraversa nel suo processo psichico ed emotivo.
Nagera parla di «conflitto di sviluppo»; Contrell parla di una «mancanza di definizione di uno *status* preciso» come elemento caratterizzante l'adolescenza, molto simile a quello dell'uomo emarginato.
Veniamo ora ad affrontare più in dettaglio quali sono gli elementi che caratterizzano la crisi adolescenziale.
Primo, tutte le identità su cui si reggeva il bambino durante l'infanzia, sono messe in discussione, non hanno più una loro totale validità, cioè le regole che valevano per il bambino non valgono più per l'adolescente, il quale nello stesso tempo non ha ancora delle «regole» nuove, che va infatti sviluppando e maturando e che gli permetteranno di affrontare la vita adulta.
Come secondo elemento questa è l'età in cui si producono degli «investimenti», intendendo per investimento un'azione che può essere sia intellettuale che corporea, ma soprattutto intelletuale. Vengono cioè investite delle energie intellettuali e fisiche in svariate attività ed è questa l'età in cui compaiono gli ideali.
Questo secondo è un elemento fondamentale. L'adolescenza è il periodo in cui compaiono l'idealismo, i grandi miti, le grandi «crociate», è un momento formativo fondamentale ed indispensabile per la vita futura.
Si è visto che le persone che non hanno potuto avere questo momento formativo, cioè questa capacità di accedere a dei valori superiori, che possono essere anche utopici, saranno poi individui con incapacità di trascendere il contingente o di fare una pianificazione alla distanza o di possedere certi attributi «morali» che sono considerati necessari affinché una personalità sia completa.
Terzo elemento importante è l'età in cui compaiono le nuove pulsioni. Pulsioni di tipo sessuale, il bambino che continua a crescere ed a notare i cambiamenti del proprio corpo, per i cambiamenti ormonali in atto nell'adolescenza e ad avere desideri eterosessuali.
Vi sono una serie di pulsioni emotive conseguenti a questo sviluppo, c'è una maturazione dell'emotività, della capacità di «sentire» e di vivere in modo diverso.

Questi cambiamenti creano problemi anche nei genitori che notandoli, hanno una serie di reazioni particolari, che sono comunque abbastanza codificate o lo erano, che costituiscono anche per loro un vero e proprio «passaggio».
Un probelma che si pone per la prima volta nell'adolescenza e che costituisce il punto fondamentale di ogni personalità è quello dell'identità, intendendo per identità da una parte la consapavolezza di sé, cioè non soltanto chi si è in quanto individuo, ma chi si è nel contesto sociale in cui ci si trova.
L'identità da un punto di vista psicoanalitico, si forma per un processo di identificazione con le figure genitorali; intendendo per identificazione il fatto che il bambino e l'adolescente tende a sentirsi come il genitore, cioè si «identifica» con lui.
In seguito a questo processo maturativo potrà in un secondo momento, distaccarsi dal genitore, magari anche in modo violento, affermando la propria identità come diversa da quella dei genitori o rimanere incollato al modello genitoriale ed in questo caso potrà sviluppare una personalità dipendente o «immatura».
La svalutazione a livello sociale dell'adolescenza come processo maturativo di primaria importanza nello sviluppo dell'individuo, che si è verificata negli ultimi trent'anni, è un elemento molto importante nel determinismo della crisi dell'identità ed è stato individuato come una delle cause dell'aumento di quei tratti psicologici che vengono definiti come stati *border-line*.
Quali sono le difficoltà dell'adolescente oggi, schematicamente:
1) la svalutazione delle figure di identificazione, rappresentate fondamentalmente dalle figure genitoriali.
2) La svalutazione del ruolo dell'adolescente, che come abbiamo detto nel passato aveva un ruolo ben definito.
Questo problema è anche del bambino che non ha più nell'ambito della famiglia il ruolo che aveva un tempo, per cui il problema si sta estendendo anche alle età inferiori per poi trascinarsi fino all'adolescenza.
3) La svalutazione del ruolo dei genitori e degli adolescenti che viene fatto anche dai mass-media.
Non è soltanto una trasformazione culturale legata ai mutamenti economici, ai mutamenti della struttura della famiglia, ma è un fatto socialmetne più esteso.

La patologia psichiatrica nell'adolescenza

La patologia psichiatrica può essere suddivisa in modo esemplificativo anche se necessariamente riduttivo, in due grandi gruppi: le nevrosi e le psicosi.
La ***nevrosi,*** intesa come patologia dalle caratteristiche ben definite, sintomatologia propria e che necessita di una terapia specifica (farmacologica e psicologica) è caratterizzata dal «conflitto», che sia disturbante per l'individuo e non si risolva spontaneamente.
Per conflitto si intende quella condizione interiore per cui si viene a creare un insanabile contrasto tra la parte razionale della personalità che si è strutturata sugli insegnamenti appresi dalle figure genitoriali, in sintesi da quella che è la cosiddetta «struttura formativa», e le pulsioni.
Quando i nostri desideri entrano in contrasto con la nostra parte razionale si viene a creare la condizione di coflitto interiore.
Il conflitto è alla base delle nevrosi ed ha delle manifestazioni cliniche evidenti, quali l'ansia e l'angoscia.
L'ansia delle nevrosi è un'ansia ingiustificata, l'individuo e sofferente, è in uno stato di continua allerta, spesso ha disturbi del sonno e pur essendo consapevole che alla base dei suoi disturbi vi sono delle dinamiche psichiche, non riesce ad identificarle.
Possono esservi associati sintomi fisici quali pallore, tachicardia sudorazione profusa, tremori, etc.
L'identità della persona non viene mai messa in discussione, l'individuo è agitato, sofferente, spaventato, ma sa chi è.
L'angoscia può presentarsi con manifestazioni simili a quelle causate da uno stato d'ansia, è però presente un senso di destrutturazione fortissimo. La persona si sente persa, non sa cosa fare, non sa a chi rivolgersi, ha una sensazione soggettiva di disperazione e di disintegrazione.
Veniamo adesso a parlare più approfonditamente delle *manifestazioni di angoscia.* Si possono avere:
1) Reazioni episodiche correlate ad eventi stressanti che solitamente hanno termine con

il venir meno dello stressor, a meno che vi siano condizioni ambientali che favoriscano il permanere di uno stato d'angoscia.

2) Reazioni acute con attacchi di panico scatenate ad esempio da una perdita. Si verificano con una certa frequenza in bambini che vivono in un ambiente non sufficientemente rassicurante e protettivo.

Si possono manifestare sotto forma di «terrori notturni» o di crisi abbandoniche in coincidenza di separazioni anche per periodi brevi.

3) Angoscia cronica: i sintomi sono sovrapponibili a quelli sopra descritti ma costituiscono una condizione, non hanno le caratteristiche della episodicità.

4) Ipocondria.

5) *Bouffées* acute: sono frequenti nell'adolescenza: si differenziano da quelle psicotiche poiché insorgono e cessano bruscamente.

E' presente una forte angoscia di morte imminente, agitazione psicomotoria, difficoltà a reagire positivamente alla rassicurazione. Di solito l'episodio non è preceduto da disturbi tipici e dopo la guarigione solitamente non si verificano ricadute.

Le *manifestazioni delle nevrosi* possono essere schematicamente riassunte in:

1) Le fobie che possono iniziare a partire dal secondo anno di età. Sono molteplici (piccoli o grandi animali, buio, eventi metereologici, successo, insuccesso etc.). L'individuo si rende conto che la paura da lui avvertita è sproporzionata rispetto all'oggetto temuto, ma nonostante questo non riesce a controllarla.

2) Le ossessioni ovvero delle fobie assedianti. L'inizio è mediamente intorno ai sette anni e mezzo di età, il 5% prima dei dieci anni, il 10% tra i 10 e i 14 anni, il 15% tra i 14 ed i 19 anni.

Da ricordare anche la sindrome di Gilles de la Tourette, la malattia dei tics multipli.

3) Isteria: si manifesta con una conversione fisica del problema psichico. L'età di insorgenza è variabile.

Si ritiene che la scelta dell'organo di conversione sia determinata da fattori ambientali familiari e socio culturali.

Per quanto riguarda la patogenesi delle nevrosi non è stata finora rilevata alcuna determinante genetica, mentre grande influenza esercitano i fattori ambientali.

L'età d'insorgenza è prevalentemente tra i 15 ed i 20 anni, in quota minore tra i 10 e i 15 anni e tra i 5 e i 10 anni. L'evoluzione è spesso favorevole, talvolta può cronicizzare e mantenersi anche nell'età adulta.

◆

Il fatto che gli adolescenti riescano è dovuto più alla loro innata elasticità, alla loro insoddisfazione per le mezze verità o per le menzogne, e alla loro curiosità, che non a una guida sensata che essi ricevono dagli altri

◆

La ***psicosi*** è una patologia solitamente di grave entità. Nell'adolescenza la psicosi esordisce solitamente in forma acuta, prevalentemente in un'età variabile tra i 13 e i 20 anni (Lurie, Barton Hall).

Se si manifesta prima dei 10 anni la componente ereditaria sembra essere più forte, rispetto a quelle che si manifestano in età successive in cui la componente ambientale è molto più marcata e tendono alla guarigione con maggior facilità.

Esistono anche psicosi infantili, studiate in modo molto approfondito da M. Mahler, di cui un esempio è l'autismo, una patologia psichica grave nella quale si ritiene che vi sia anche una forte componente organica. Questa patologia porta a *deficit* mentale poiché gli scambi col mondo sono fortemente limitati e perciò l'individuo ha minori possibilità di svilupparsi e maturare.

Le manifestazioni cliniche delle psicosi possono essere rapidamente riassunte in allucinazioni (visive, acustiche, etc.), interpretazioni deliranti che talvolta prendono una forma sistematizzata e ben articolata; sovente è identificanbile un nucleo persecutorio, a causa del quale l'individuo si sente «perseguitato» da qualcuno o qualcosa.

Nella psicosi è presente un senso immanente di disintegrazione.

Le psicosi hanno una base psicopatologica, delle manifestazioni cliniche ed una prognosi molto diversa rispetto alle nevrosi.
Le forme giovanili hanno spesso delle remissioni durature e talvolta si può avere una vera e propria guarigione, con una prognosi generale migliore rispetto alle psicosi insorte in età adulta.
La terapia è farmacologica e psicoterapica individuale o di gruppo.
Una parola particolare va spesa per l'***anoressia mentale,*** patologia tipica dell'adolescenza che colpisce prevalentemente le giovani con un rapporto tra maschi e femmine di 1 a 10.
L'anoressia mentale caratterizzata dal rifiuto ostinato di alimentarsi è soltanto la manifestazione esteriore di un disturbo psichico sottostante, solitamente piuttosto serio.
Ci sono molti studi a proposito e noi stessi abbiamo portato avanti un progetto di ricerca che è ancora in corso.
Nell'anoressia si può rilevare spesso una componente psicofisica con tendenza alla perdita dell'identità personale ed alla frammentazione. Nelle forme complicate da bulimia sono anche presenti allucinazioni o pseudo allucinazioni di solito acustiche.
Nell'insorgenza di questa patologia gioca un ruolo di primaria importanza la famiglia, come hanno dimostrato i numerosi studi della Selvini-Palazzoli e del suo gruppo di lavoro.
Il pericolo più serio è la venuta a morte per uno stato cachetico irreversibile.
Contrariamente a quello che si può pensare in queste pazienti non è presente un desiderio di autodistruzione, ma bensì la convinzione onnipotente di poter sopravvivere anche senza alimentarsi.
E' una lotta strenua condotta fino al parossismo per ottenere il potere sul proprio corpo ed all'interno della famiglia.
La terapia è essenzialmente di tipo psicoterapeutico individuale e di gruppo ed anche, qualora ve ne sia la necessità, psicofarmacologica.
Il recupero delle condizioni fisiche è vincolato al miglioramento delle condizioni psichiche.
Si è notato che ad un miglioramento delle condizioni fisiche non accompagnato da un miglioramento del quadro psichico, segue spesso una ricaduta più grave della precedente o lo sviluppo di un'altra patologia psichica.
L'anoressia mentale è una patologia inquadrabile nei disturbi dell'identità e come dicevamo sopra è peculiare dell'adolescenza.
Un'altra patologia ad oggi molto studiata, poiché esattamente come l'anoressia mentale in forte aumento, sono gli ***stati Border-line.***
Da un punto di vista psicopatologico presentano uno sviluppo difettoso e frammantario dell'Io, fragilità nei rapporti con la realtà, contatti poveri e di tipo narcisistico con gli altri, disordini sottili del pensiero e del linguaggio, immagine corporea distorta, discordanza tra capacità intellettuali e prestazioni, impulsività esplosiva, di difficile incanalamento in attività costruttive per l'individuo, alternanza di fasi di autoesaltazione narcisistica e cadute depressive di grave entità.
La differenza con il paziente psicotico sta nel fatto che questo non ha le capacità di organizzare, o se è presente è molto deficitaria, i sentimenti di realtà, con proiezioni massicce all'esterno di fantasie inconsce, sentimenti di estraneità, senso di depersonalizzazione ed una concezione delirante del mondo esterno.
Nel soggetto *Border-line* il controllo della funzione del reale viene sempre conservato.
Secondo Masterson, i sintomi possono svilupparsi secondo una modalità di adattamento, in maniera conveniente alle esigenze dell'ambiente.
Si è visto che la madre del paziente *Border-line* non tollera né incoraggia il processo di separazione-individuazione del bambino, quando cresce ogni aiuto viene a mancare per cui l'adolescente svilupperà sentimenti di abbandono associati a depressione, collera, angoscia libera, passività del carattere, senso di rinuncia e di vuoto.
Nell'eziopatogenesi dei disturbi *Border-line* sono state invocate componenti ereditarie, supposte componenti organiche (fattori recettoriali, neuromediatori, etc.), sono state tirate in ballo teorie psicogenetiche e problemi di relazione tra genitori e figli con fenomeni cosiddetti di «doppio legame».
Parallelamente alla diminuzione della patologia di tipo nevrotico, si è notato un aumento negli ultimi anni, della patologia di tipo *Border-line* negli adolescenti.
Questo tipo di patologia è causa di un grave disagio psichico, con depressione, problemi d'identità ed identificazione, disagio sociale.
Numerosi studi hanno evidenziato che il

disturbo di personalità antisociale si associa spesso al disturbo *Border-line* di personalità.
L'evoluzione può essere varia, con la guarigione dopo adeguato trattamento, cronicizzazione con aggravamento, *bouffée* psicotica acuta.
E' necessario a questo punto affrontare il problema fondamentale in psichiatria, come in tutta la medicina, e cioè la relazione tra predisposizione individuale ed influenza dell'ambiente sociale.
Nelle malattie psichiatriche maggiori è stata evidenziata attraverso studi condotti su gemelli monozigoti e gruppi di controllo, una predisposizione individuale presumibilmente su base ereditaria.
La predisposizione non implica necessariamente lo sviluppo della patologia, sono difatti necessarie condizioni ambientali che abbiano una funzione influenzante o attivante su questa caratteristica individuale.
Numerosi studi in questi ultimi tempi sono stati condotti proprio sulla relazione tra stressors ambientali e schizofrenia.
Le ultime teorie patogenetiche delle malattie mentali, mettono in discussione sia le teorie cosiddette «costituzionaliste» che sostengono l'assoluta ineluttabilità dell'insorgnza della patologia in base alla «costituzione» individuale; sia le teorie "ambientaliste" che affermano l'assoliuta cuasalità ambientale nell'insorgenza delle patologie psichiche. E' doveroso però dire che vi sono alcuni ambienti che inducono in modo massiccio l'insorgenza di disturbi psichici, ambienti in cui vi sia degrado sociale, sdradicamento sociale, inurbamento recente, etc.
Per poter valutare le difficoltà e lo smarrimento degli adolescenti di fronte al mondo d'oggi è necessario un parallelo con l'ambiente di vita e le condizioni sociali dell'adolescente nel passato anche recente.
Fino agli anni Sessanta, la realtà era filtrata dalla famiglia, spesso attraverso l'autorità paterna che era temuta e rispettata. Era favorita la repressione delle pulsioni; gli era permesso esprimere gli atteggiamenti ambivalenti soltanto indirettamente.
Era molto forte la colpevolizzazione e repressione della sessualità agita, il ruolo del sesso rispettato e la trasgressione punita.
Le crisi giovanili venivano vissute con pudore e vergogna, secondo modalità socialmente codificate ed all'interno di un contesto familiare allargato.

◆

E' un periodo caratterizzato da scelte di ruoli mutevoli, fluttuanti. Di idee, ideali, valori variabili. Un'età in cui un momento di fermo e alto idealismo e di modelli precisi viene seguito da fasi di apparente abbandono di tutto ciò

◆

La maturazione si svolgeva in un lasso di tempo maggiore ed aveva scopi più finalizzati.
Oggi la maturazione è per certi versi più precoce e più rapida, solitamente comunitaria.
Da quanto sopra detto si evince che oggi di quei parametri che sono stati il punto di riferimento per generazioni, con modalità pressoché identiche, ne sopravvivono pochi, in un contesto culturale che però da un punto di vista pedagogico, educativo e formativo se ne fa ancora portavoce.
A questa «dissociazione» tra tradizione e realtà in rapida trasformazione si possono riferire una parte importante delle difficoltà degli adolescenti di oggi.
A questo disagio Arnold fa corrispondere cinque tipi di reazioni correlate con le condizioni di socializzazione che riportiamo sinteticamente:
1) iperconformismo disfunzionale: la ricerca della propria identità attraverso gli oggetti, anche l'altro diviene esclusivamente oggetto, cosa.
2) Integrazione attiva: il soggetto elabora un'analisi critica delle ambiguità della società.
La società è oggetto di giudizio, gli oggetti sono «neutri» ed il loro valore è dato dal signi-

ficato che gli attribuisce.
La socializzazione si verifica attraverso il gruppo, vissuto come luogo di confronto dove si possono sperimentare validi rapporti umani.
3) La rivendicazione: di solito viene interpretata come momento di crisi nell'ambiente intorno all'adolescente.
Il gruppo è vissuto non solo come luogo di riflessione, ma anche come strumento d'azione.
I mezzi utilizzati spesso sono «falsi» per quanto i principi possano essere validi e positivi.
4) La contestazione: l'impossibilità di trovare la propria identità all'interno della società da cui non si sente guidato e compreso, fa sì che l'identità del giovane si costituisca come opposizione totale al sistema.
In questo contesto viene negata l'esistenza di un «problema gioventù» e sostenuto dai giovani che il problema non è della gioventù ma di tutta la popolazione.
5) L'esilio: è caratterizzato da uno scetticismo radicato.
Il modo di vita si connota spiccatamente come «differente da» e antisociale.
Non mira alla «soprafunzionalità» poiché non mira al potere.
E' necessario precisare che nessuno di questi sistemi che sono stati così schematizzati per necessità di classificazione, esiste allo stato puro, ma che in percentuali differenti, sia maggiore che minore, sono variamente articolate tra di loro.
Veniamo ora a parlare delle cosiddette «personalità deviate» come vengono classificate nel DSM III, il manuale di psichiatria che classifica su base clinica le patologie mentali, che per quanto classifichi su una base puramente sintomatologica le patologie mentali non esclude completamente il tentativo di dare una spiegazione eziopatogenetica.
Gli individui con questo tipo di personalità hanno problemi del comportamento e di convivenza sociale.
Il livello di tolleranza rispetto a questo tipo di comportamento varia però da stato a stato. E' stato infatti detto (Rubini) che «la delinquenza giovanile è quello che la legge dice che è».
Ad esempio in alcune nazioni il furto è punito severamente anche se il valore della merce è irrisorio (pacchetto di caramelle) e la persona viene schedata.
In altre nazioni il furto deve avere una certa consistenza, essere motivato ed è importante il contesto sociale in cui si inserisce.
Volendo classificare, per necessità didattica, poiché nella realtà i confini non sono mai cosi precisi, le cosiddette «personalità dissociali» vengono suddivise in:
1) non abituali, **2)** psicopatiche, **3)** personalità dissociali in senso stretto, **4)** caratteropatie (delinquenza infantogiovanile).

1) Shirley definisce la personalità **non abituale** «personalità inadeguate, caratterizzate da risposte inadeguate a domande intellettuali, emozionali sociali e fisiche... mostrando inadattabilità, incapacità e povertà di giudizio, mancanza di resistenza fisica ed emotiva, incompatibilità sociale».

2) La personalità **psicopatica** è oggi quella che una volta veniva definita «personalità perversa».
Solitamente questi individui hanno notevoli capacità intellettuali, incapaci di stabilire legami affetti profondi e duraturi, i rapporti sono superficiali, solitamente di breve durata e brutali.
Presentano anche mancanza di sensibilità nei confronti dell'altro, impulsività, egocentrismo, assenza di senso di colpa o di vergogna.
Sovente presentano un attitudine psicologica alla disobbedienza perché questo è gratificante per loro.
I tipi di comportamento perverso vengono classficati in: perverso indifferente (individualista), perverso aggressivo (agisce prevalentemente in gruppo), perverso con alla base un disturbo mentale grave.

3) Le personalità **dissociali**, sono il prodotto di una sottocultura caratterizzata da leggi molto rigide che regolano la comunità ma che sono in contrasto con le leggi in vigore.

4) Le **caratteropatie** sono solitamente alla base della delinquenza giovanile.

Nei maschi prevale una delinquenza sociale, mentre la delinquenza individuale è di uguale frequenza sia nei maschi che nelle femmine.
Fattori costituzionali ed ereditari sono esclusi dalla maggior parte degli studiosi, mentre vengono messi in evidenza fattori di tipo sociale in base anche ad alcuni dati tratti dall'osservazione.
Si ha infatti una maggiore frequenza nelle zone urbane, industrializzate con livello socio-culturale basso.
Grande influenza esercitano i mezzi di comunicazione di massa in particolare la televisione, in cui viene esaltata l'impunità e favorisce il processo di identificazione.
L'elemento comune di maggior rilevanza è la disorganizzazione, la disintegrazione comunitaria e la perdita della coesione sociale.
Grande influenza esercita anche l'ambiente familiare in cui spesso si è rilevata l'assenza di uno dei due genitori, una condizione di deprivazione affettiva, separazione, scarsa o assente attenzione da parte di uno o di entrambi i genitori.
Un breve accenno è a questo punto necessario sulla PERSONALITÀ DELINQUENZIALE che nel tempo è stata variamente classificata e caratterizzata.
Riportiamo la classificazione di Lippmann:
a) «non sociale», il vero delinquente che si comporta spinto esclusivamente da senso del piacere e non è in grado di avere senso di colpa.
b) nevrotico, è caratterizzata da impulsività, compulsività, ansia ed è presente senso di colpa.
c) non sociale a seguito di malattie del sistema nervoso centrale organiche o funzionali (psicosi).
d) delinquenti psicopatici, è caratterizzata da prevalente impulsività, compulsività, scarso senso di colpa, scarsa inibizione e scarso controllo.
Le attività delinquenziali possono essere un furto, la violenza (omicidio, etc.), reati sessuali che si manifestano come violenza di gruppo o prostituzione.
Si possono associare il vagabondaggio e l'uso di stupefacenti.
Riguardo le TOSSICOMANE vi sono due posizioni principali, una più moderata che sostiene che soltanto il 40% dei tossicomani presenta una patologia psichiatrica diagnosticata ed una seconda posizione, anche se meno accreditata, secondo cui tutti i tossicomani presentano problemi di tipo psichiatrico.
Il tossicomane classico rifiuta qualunque tipo di trattamento psichiatrico perché questo implicherebbe l'ammissione di avere dei problemi e di essere malati, per loro inaccettabile. Preferiscono proporre la dedizione o dipendenza a sostanze stupefacenti come un atto di libertà o come una pura ricerca di piacere svincolata da qualunque problematica sottostante, come se di per sé non fosse espressione di un disagio interiore l'incapacità di provare tutta la gamma di sensazioni di cui l'essere umano è capace senza far uso di sostanze che le inducono artificialmente.
Da menzionare, anche se in Italia non è altrettanto diffuso come in altri paesi, il fenomeno delle BANDE GIOVANILI.
Esitevano già nel Medio Evo e sono segnalate anche nella Francia del XII secolo. Furono però oggetto di studio più sistematico soltanto dopo la seconda guerra mondiale in Germania ed in Unione Sovietica.
Nell'America del Nord ed in Gran Bretagna si sono connotate come gruppi diversi (hippies, Teddy boys, Mods, etc.), ma fenomeni simili sono stati e sono presenti anche in altri paesi d'Europa (Danimarca, Paesi Bassi, etc.) ed in Giappone.
Si possono suddividere in:
1) «Assembramenti» in cui i giovani si incontrano per vedere spettacoli, soprattutto musicali, non sono organizzati, non sono omogenei, l'incontro è pressoché casuale, possono avere in comune il «look», ma non necessariamente.
2) «Bande asociali» il cui esempio classico può essere fornito dalle bande rappresentate nel musical *West Side Story*.
Le caratteristiche generali di queste bande sono: l'età tra i 13 ed i 22 anni, la prevalenza dei ragazzi rispetto alla ragazze, possono essere presenti o meno riti iniziatici, può esservi o meno un capo dispotico, i luoghi di riunione possono essere variabili o fissi, l'organizzazione può essere democratica o anarchica.
La psicologia del gruppo caratterizzata dalla scelta della «gang», in cui si ricercano soluzioni magiche ai propri desideri o alle proprie difficoltà, in cui vi è la delega della

propria responsabilità personale e l'eliminazione della colpa individuale. E' presente inoltre una coerenza interna che determina l'esclusione e l'eliminazione di chi non appartiene al gruppo, con rifiuto della personalità degli estranei ed il rifiuto di identificarsi con individui o gruppi che presentino un «codice» diverso dal proprio.

Aspetti educativi

Volendo affrontare il problema dell'educazione degli adolescenti alla vita sociale e favorirne il processo maturativo secondo binari di «normalità» ed uno sviluppo psichico equilibrato, è necessario progettare, programmare e realizzare operativamente degli interventi istituzionali «globali» che vadano dall'organizzazione del tempo libero alla creazione di una possibilità lavorativa reale.

E' inoltre necessario un'opera di prevenzione che a partire dall'infanzia permetta di rilevare per tempo e quindi di intervenire tempestivamente, in modo appropriato ed efficace sui problemi che i giovani manifestano più o meno precocemente.

Considerando l'importanza già ampiamente sottolineata dell'influenza dell'ambiente familiare e sociale nella formazione e nella maturazione della personalità dell'adolescente è quindi importante l'intervento a livello della famiglia, come informazione e sostegno e dell'ambiente sociale, come creazione di strutture guidate da personale professionalmente specializzato nel campo dell'educazione ma anche della psicologia e della assistenza sociale che permetta di attivare una rete di supporto per la famiglia e per l'adolescente stesso.

Un'ultima nota sul ruolo e l'importanza dei mezzi di comunicazione di massa, che se utilizzati in modo appropriato potrebbero costituire un importante veicolo di informazione e di sensibilizzazione ai problemi degli adolescenti nei loro aspetti fisiologici e patologici.

Senza creare inutili e controproducenti allarmismi, potrebbero contribuire alla formazione di una consapevolezza nei giovani e nelle loro famiglie dei problemi insiti nell'adolescenza in quanto periodo di crescita e trasformazione ed indirizzarli verso strutture idonee deve poter porre domande e ricevere adeguate risposte.



BIBLIOGRAFIA

[1] Blos P., *L'adolescenza . Un interpretazione psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano 1980.

[2] Palazzoli Selvini M., *L'Anoressia Mentale*, Feltrinelli, Milano 1987.

[3] Marcelli D., Braconnier A., *Psicopatologia dell'adolescente*, Masson, Padova 1991.

[4] Laufer M. e M.E., *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Boringhieri, Torino 1986.

[5] Klein M., *Sullo sviluppo dell'attività psichica (1958)*, in *Scritti*, Boringhieri, Torino 1878.

[6] Freud A., *Adolescenza*, vol. 2 (1857).

[7] Erikson E. H., *Adolescence et crise*, Flammarion, Parigi 1972.

[8] Erikson E. H., *Identity youth and Crisis*, W.W Norton Co. Inc., 1968.

[9] Mahler M.S., *Thoughts about development and individuation*, Psychoamal, Study Child 18, 307-24.

[10] Tanner J.M., *Growth and Adoscence*, Oxford Univ. Press., 1962.

[11] Winnicott D. W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1970.

[12] Mead M., *Le fossé des génération*, Denoel, Parigi 1972.

[13] Schilder P., *The image and appearance of human body*, P. Kegan, Int. Univ., Londra, New York 1955.

[14] Giovacchini P.L., *Socio cultural factors, life-style and adolescent psychopatology*, Adol. Psychiat. 1980, 8, 65-70.

[15] AA.VV.,DMS III-R. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Padova 1988.

[16] Martino C., *L'educazione sociale*, Ed. Dehoniane, Roma 1991.