

Kairòs

SGUARDI SULL'ETÀ EVOLUTIVA

Hanno collaborato a questo numero

Sara Baroni

Sara Carboni

Sabrina Fusi

Alessandra Marcazzan

Zara Mehrnoosh

Sergio Messina

Elena Regis

Raffaella Rolla

Roberta Rota



Organizzazione a
Supporto
Dell'apprendimento aps

Numero 2 - 2025 maggio

rivista monografica semestrale

ISSN 3035 - 2975

registrazione tribunale di Genova n. 8 del 18.09.2024

KAIRÒS

Rivista monografica semestrale (novembre – maggio) a carattere scientifico

Autorizzazione tribunale di Genova n. 8 del 18.09.2024

ISSN 3035 - 2975

Editore: *Organizzazione a Supporto Dell'apprendimento APS*

Via Colombo 12 int. 15, 16121 Genova

Sito web: www.osdgenova.it/rivistakairos

E-mail: osdgenova@gmail.com

Direttore responsabile: Sabrina Fusi

Direttore scientifico: Zara Mehrnoosh

Redazione: Noemi Angelini, Lorenzo Bozzo, Raffaella Campanella

VALUTAZIONE DEGLI ARTICOLI

La rivista pubblica articoli di carattere clinico, sperimentale e teorico/divulgativo attinenti al tema dell'età evolutiva osservata attraverso la neuropsicologia e la psicoanalisi.

Non vengono pubblicati studi non conformi a requisiti metodologici, clinico-sperimentali e statistici accettati delle riviste internazionali del settore. La pubblicazione dei contributi è subordinata al giudizio della redazione e a seguito della doppia peer-review anonima, affidata a un membro della redazione che valuterà gli aspetti di contenuto e appropriatezza con i temi trattati dalla rivista. Il suo parere motivato verrà comunicato, anonimamente, agli autori.

Norme editoriali disponibili sul sito www.osdgenova.it

Le proposte di contributo vanno inviate a osdgenova@gmail.com

tema monografico

Rifugi della mente

INDICE

1

EDITORIALE

RIFLESSIONI SULLA CLINICA

4

Il rifugio nel mutismo selettivo: classificazione ed esemplificazione clinica

Raffaella Rolla e Elena Regis

13

L'uso di sostanze in adolescenza: quali funzioni e quali significati?

Sara Carboni

20

Il significato profondo dei gesti autolesionistici in adolescenza

Sara Baroni e Alessandra Marcazzan

28

Dare significato al *lutto omesso* in età evolutiva

Zara Mehrnoosh

35

Prigionieri della vergogna. Un'analisi psicanalitica del ritiro sociale nei giovani

Hikikomori

Sabrina Fusi e Luisa Iaria

RICERCA

44

Uso dei social in adolescenza: estensione delle relazioni o rifugi della mente?

Sergio Messina, Zara Mehrnoosh, Roberta Rota e Sabrina Fusi

EDITORIALE

Ho costruito la tana e sembra riuscita bene

F. Kafka

Al termine rifugio sono associati i concetti di difesa e riparo; ci richiama alla mente un luogo sicuro che offra protezione dai pericoli, una sorta di *locus amoenus*, radura nel profondo del bosco estranea alle insidie e alle tensioni del mondo esterno.

Ma non sempre un rifugio offre solo tutela, a volte nasconde minacce latenti. Il topos letterario viene, ad esempio, richiamato dal Tasso nella *Gerusalemme Liberata*, descrivendo il giardino che circonda il castello della Maga Armida; Rinaldo però, irretito dal fascino della maga, si trattiene là così a lungo da essere creduto morto e compromettere le sorti della crociata. Sorte simile colpisce Ulisse nell'isola di Ogigia in cui approda da naufrago. Le cure e l'ospitalità della ninfa Calipso trasformano l'isola in una prigione - se pur splendida - nella quale *la dolcezza del vivere si dissolveva nel pianto per il ritorno*. Nel tentativo disperato di conservare la diade relazionale Calipso lo trattiene con sé sette anni, finché non riceve da Zeus il comando di lasciarlo andare. Rifugio-prigione per l'eroe omerico rischia di essere anche la terra dei Lotofagi dove approda con i suoi uomini dopo lunghi giorni di tempesta. Gli abitanti offrono loro rifugio e il frutto del loto di cui si cibano, che produce oblio del passato; Ulisse dovrà pertanto trascinare a forza i compagni sulla nave per evitare che, dimentichi della patria, rimangano per sempre fermi in quella terra. Lo stesso destino di restare fuori dal tempo è attribuito da J. M. Barrie ai *bambini perduti* dell'Isola che non c'è (che non a caso chiama Neverland). Una forma di escapismo nel quale trova ricovero anche Peter, un rifugio che in realtà è un *non-posto* in un *non-tempo*.

Ci sono poi rifugi che non sono nemmeno luoghi idilliaci. Viene alla mente l'immobilità desolata di pietra della Fortezza Bastiani, ultimo avamposto nel *Deserto dei tartari* di Buzzati; rifugio *complicato ed immenso* verso un nemico atteso ma mai incontrato. Un luogo nel quale le routine ossessive, le regole inviolabili servono a garantire la difesa, ma incatenano in rituali ai quali non si può sfuggire, che diventano più importanti della stessa vita umana; è così che un commilitone muore non sapendo la parola d'ordine per rientrare, ucciso da una *sentinella che non era più il Moretto con cui tutti i camerati scherzavano liberamente, ma soltanto una sentinella della Fortezza*.

A volte, infine, la nozione stessa di rifugio perde completamente la sua connotazione salvifica e si rivela essere fin da subito asservimento, trappola, prigionia. Come ne *La tana*, di Kafka, racconto breve in cui il protagonista costruisce da solo il proprio rifugio in un'atmosfera di imminente pericolo, nel continuo sospetto di possibili aggressori. La storia è narrata in prima persona da un non identificato animale, cosciente e raziocinante, in un incalzante e frenetico soliloquio. Non sappiamo esattamente che animale sia, ma una cosa è certa: è solo e senza nessuno di cui possa fidarsi, tanto che a volte la tana stessa diventa un interlocutore. Nelle sue continue ispezioni l'animale si concede anche alcune sofferte uscite, ben cosciente che fuori *il cibo è migliore e c'è buona aria da respirare*. Finché l'essere si persuade, in un crescendo di panico, che il sibilo lieve comparso nell'abituale profondo silenzio provenga da un immenso animale che circonda la tana e la minaccia; questo lo conduce ad uno stato alterato che lo porta a gettarsi sulle scorte di cibo *fino ad esserne completamente stordito o a lanciarsi intenzionalmente in un rovelto, per punirsi di una colpa che non capisce*. Si ritrova così a vivere nell'incoerenza di non riuscire a liberarsi del suo rifugio, fino al punto che l'uscirne perde di reale significato e la libertà diviene *insensata*.

Non è difficile passare al correlato psichico, tema monografico di questa seconda uscita: quei *rifugi della mente*, luoghi interiori teorizzati da John Steiner, costruiti per ritirarvi e sfuggire a una realtà insostenibile perché angosciata, che possono assumere forme molto diverse, più o meno positive, derivanti dal tentativo di proteggersi da minacce, percepite come esterne o interne; zone della mente in cui trionfa l'onnipotenza e, in fantasia, qualunque cosa è permessa. Il sollievo che si ricava dal ritirarsi in questi rifugi comporta però il rischio della compromissione delle relazioni con gli altri e di una perdita di contatto con la realtà, che diventa gravissima nel caso di soggetti con un'organizzazione patologica della personalità (Steiner, 1996). Una condizione di stagnazione esistenziale protetta, ma connotata da stallo e immobilità in un'età che, per sua stessa definizione, dovrebbe invece evolvere.

Il primo contributo, di Raffaella Rolla e Elena Regis, ci conduce nel rifugio fatto di silenzi del mutismo selettivo, una condizione complessa che si caratterizza per una persistente difficoltà del bambino a comunicare verbalmente in specifici contesti sociali. Il loro articolo, attraverso una disamina della letteratura scientifica e un'esemplificazione clinica, pone l'attenzione sulla lettura del *silenzio* quale sintomo e canale comunicativo per manifestare un proprio disagio psicoemotivo e attirare l'attenzione delle figure adulte di riferimento.

Sara Carboni nel suo lavoro analizza alcune delle funzioni specifiche che le sostanze psicoattive possono ricoprire in adolescenza, con particolare riferimento alle sostanze come *via di fuga* da una

realtà percepita come intollerabile e come auto-cura rispetto a stati emotivi intensi e negativi. Quando sono utilizzate come *rifugi della mente* possono rappresentare una strategia di coping disfunzionale per sfuggire a realtà difficili da affrontare; si rivela dunque fondamentale riconoscere il bisogno sottostante, per consentire un'apertura verso una realtà esterna.

L'articolo di Sara Baroni e Alessandra Marcazzan esplora come l'autolesionismo adolescenziale possa fungere da meccanismo di coping, esprimendo conflitti emotivi che non trovano altre modalità di comunicazione. In questo contesto, l'autolesionismo è visto non solo come un segnale di crisi, ma anche come un'opportunità per comprendere e affrontare le fragilità dell'adolescenza. Ascoltare e interpretare i significati sottesi a questi gesti di attacco al corpo è essenziale per intervenire in modo efficace, evitando di ridurli a meri indicatori psicopatologici per decifrare invece il messaggio che trasmesso.

Zara Mehrnoosh nel suo contributo affronta il tema del lutto, che in età evolutiva acquisisce la forma di un evento traumatico e di organizzatore cruciale della vita psichica. Il lutto come processo fisiologico comporta un lungo lavoro emotivo che può avvenire solo se l'ambiente è predisposto a consentire l'espressione delle diverse fasi, per giungere gradualmente ad accettare i cambiamenti avvenuti nel mondo esterno e nel mondo interno. Nell'articolo, dopo una breve disamina della letteratura psicoanalitica, viene presentata un'esemplificazione clinica in cui la non-rappresentabilità del lutto diviene un sintomo e rifugio della mente che congela la possibilità di sviluppo.

Segue l'articolo di Sabrina Fusi e Luisa Iaria che si concentra sulla relazione tra lo stato di isolamento dei giovani Hikikomori e i sottostanti conflitti intrapsichici che lo generano. Comprendere queste dinamiche risulta essere fondamentale per sviluppare interventi in grado di affrontare non solo i sintomi del ritiro, ma anche i vissuti che lo alimentano e che impediscono la strutturazione di un'identità personale e sociale, con un rischio elevato di sviluppo in un quadro psicotico.

Il lavoro di Sergio Messina, Zara Mehrnoosh, Roberta Rota e Sabrina Fusi riporta infine i dati raccolti tra 1.169 adolescenti nella fascia 11-18 anni, utili a far emergere la percezione di come utilizzino e vivano il mondo dei social, nella consapevolezza che, alle prese con i compiti di sviluppo e le sfide ad essi connessi, i social possano rappresentare lo strumento *primario* con cui rimanere *costantemente connessi* al gruppo dei pari trovando terreno fertile per ricevere quell'ammirazione e rispecchiamento su cui poter reinvestire narcisisticamente i *nuovi aspetti del Sé*.

Direttore responsabile

Sabrina Fusi

Il rifugio nel mutismo selettivo: classificazione ed esemplificazione clinica

Raffaella Rolla ¹ e Elena Regis ²

¹ Logopedista, SC NPIA ASL2 sede di Finale Ligure

² Psicologa, Genova

Sommario

Il mutismo selettivo è considerato, nel sistema diagnostico attuale, una condizione complessa ad eziologia multifattoriale che si caratterizza per una persistente difficoltà del bambino a comunicare verbalmente in specifici contesti sociali. Il presente contributo, attraverso una disamina della letteratura scientifica e un'esemplificazione clinica, vuole porre l'attenzione sulla lettura del *silenzio* quale sintomo con cui il bambino comunica in maniera incisiva un proprio disagio psicoemotivo e attraverso il quale poter attirare l'attenzione delle figure adulte di riferimento affinché possano aiutarlo a emergere da una condizione di *rifugio* e isolamento.

Parole chiave

Mutismo selettivo, ansia sociale, ritiro, psicoterapia

Introduzione

Il mutismo selettivo è inquadrato, nel sistema diagnostico attuale, come una condizione complessa e duratura nel tempo, rappresentata da una «costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni» (APA, 2023, p. 263). L'incapacità di comunicare verbalmente ha conseguenze significative sul rendimento scolastico e interferisce con l'interazione sociale. La sintomatologia può durare alcuni mesi o proseguire per diversi anni, fino ad evolvere verso altri quadri psicopatologici.

Criteri diagnostici

- A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni.
- B. La condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale.
- C. La durata della condizione è di almeno 1 mese (non limitato al primo mese di scuola).
- D. L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con, il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale.
- E. La condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione (per es., disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Tab. 1 - Criteri diagnostici DSM-5-TR

I pochi studi ad oggi disponibili lasciano aperti diversi interrogativi rispetto all'epidemiologia, il decorso, l'eziologia e la prognosi del disturbo, nonché gli studi di efficacia dei modelli di intervento. Nonostante non siano disponibili studi epidemiologici che possano fornire una stima dell'incidenza del disturbo, il DSM-5-TR (APA, 2023) individua un'incidenza approssimativa che si attesta intorno allo 0,3-1,9% senza subire significative variazioni rispetto al sesso.

L'età di manifestazione si colloca tipicamente prima dei 5 anni, ma il disturbo può non giungere all'attenzione clinica fino all'inizio della scuola primaria, momento in cui si ha un aumento dell'interazione sociale e dei compiti prestazionali (APA, 2023) e il comportamento mutacico inizia a preoccupare genitori e insegnanti, iniziando a interferire con l'acquisizione degli apprendimenti scolastici e l'integrazione nel gruppo dei pari. «Il rischio di interpretare il comportamento del bambino come

derivante da carattere timido porta spesso a sottovalutare un disturbo patologico, relegandolo a tratto temperamentale stabile e impedendo la possibilità di una diagnosi e presa in carico precoce. Un tempestivo riconoscimento della patologia già durante la frequenza nella scuola dell'infanzia può permettere la completa risoluzione sintomatologica e consentire al bambino di manifestare le proprie emozioni e opinioni anche attraverso il canale verbale» (Trivelli e coll., 2015, p.136)

Se nei primi studi condotti nel 1877 dallo psicofisiologo Kussmaul si parla di *afasia volontaria* (sottolineando il carattere di intenzionale incapacità di espressione), sarà il DSM-IV TR (APA 1994) a utilizzare, all'interno della sezione *altri disordini dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza* il termine *mutismo selettivo*, definendolo un'incapacità di comunicazione, non totale ma parziale, poiché afferente a determinati ambiti sociali. Nel DSM-5 (APA, 2014) il disturbo verrà trasferito nella sezione disturbi d'ansia apportando un importante cambiamento nella sua concettualizzazione diagnostica e di comprensione funzionale.

La *selezione*, descritta nel DSM-5, può essere rappresentata a diversi livelli di severità operando limitazioni solo in alcuni ambienti e condizioni, oppure in *quasi* tutte le situazioni sociali esterne alla famiglia (tab. 1). «Nei casi molto gravi di MS si assiste a totale inibizione della comunicazione da non interpretare come disturbo pervasivo dello sviluppo: nel MS l'intento comunicativo è sempre mantenuto» (Trivelli e coll., 2015, p.137)

Mutismo assoluto al di fuori dell'ambiente familiare
Comunicazione con i familiari in contesti extrafamiliari, ma non alla presenza di persone estranee
Comunicazione con i propri familiari in contesti extrafamiliari alla presenza di estranei
Comunicazione con un genitore affinché possa riportare il contenuto a un estraneo (che a sua volta può rispondere direttamente al bambino)
Comunicazione con il gruppo dei pari, ma non con adulti esterni alla famiglia
Comunicazione con alcuni adulti esterni alla famiglia

Tab. 2 - Esempi di tipologia di comportamento di selezione

La diagnosi differenziale viene fatta con i disturbi della comunicazione, i disturbi del neurosviluppo, schizofrenia e altri disturbi psicotici. Gordon (2001) sottolinea l'importanza, quando si osserva in un bambino un comportamento mutacico, di considerare anche la possibilità di eventuali cause organiche

che coinvolgano il cervelletto. L'incapacità del bambino di esprimersi non dipende dunque da immaturità neurologica, alterazioni del processo di articolazione e di espressione linguistica né da particolari deficit cognitivi. L'esclusione di ulteriori fattori organici e socio-ambientali è fortemente legata al processo di assessment che deve esplicitarsi attraverso un'accurata anamnesi e valutazione che coinvolga non solo il bambino ma anche i suoi genitori e gli adulti che interagiscono significativamente con lui, potendo quindi restituire al clinico elementi raccolti in più contesti sociali e lungo il percorso di crescita e sviluppo del minore.

Eziologia

Come l'etichetta diagnostica, anche l'ipotesi eziologica si è modificata nel tempo, propendendo verso componenti multifattoriali (APA, 2023) che vedono l'interazione tra fattori ambientali (familiari e socio-culturali) e fattori biologici e costituzionali. Allo stato attuale, dati clinici e di ricerca, suggeriscono una stretta similarità tra il mutismo selettivo e l'ansia sociale tanto da considerarlo un sottotipo dei disturbi dello spettro ansioso, ipotizzando l'assenza di una reale categoria diagnostica indipendente per il mutismo selettivo (Capobianco, 2009). Questa forte similarità è sottolineata nel DSM-5, che inserisce il mutismo selettivo all'interno dei disturbi d'ansia, dandovi quindi una connotazione più precisa rispetto all'edizione precedente del manuale diagnostico, che come già sottolineato inseriva il disturbo all'interno della sezione, più generale, di *altri disordini dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza*.

Anche nell'ICD-10 (OMS, 1996), viene sottolineata la forte relazione tra ansia e linguaggio, definendo il mutismo selettivo quale «marcata selettività nel parlare, emozionalmente determinata, per cui il bambino mostra la sua competenza linguistica in alcune situazioni, mentre non parla in altre» inserendolo nella categoria dei *disturbi del funzionamento sociale, con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza*, insieme al Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e al Disturbo disinibito dell'attaccamento dell'infanzia.

Interessante sono gli studi di Moldan (2005) che ipotizzano come alla base del mutismo selettivo possa esserci un deficit nell'autoregolazione interna dell'ansia, ovvero della capacità che consente al bambino di controllare e orientare l'*arousal* interno rispetto alla possibilità di affrontare situazioni nuove e non familiari. Di fronte ad esse il bambino assumerebbe un comportamento di evitamento e *ritiro verbale* che nel tempo si trasformano in modalità funzionali al bambino per ritirarsi dalle situazioni sociali che provocano in lui stati d'ansia e agitazione perché percepite come pericolose, fonte di svalutazione o di rischio verso la possibilità di provare e mostrare vergogna. In tal senso il mutismo può essere letto

come una *strategia di difesa* di fronte alla percezione di non poter affrontare le richieste dell'ambiente, di percepirsi come inadeguato e svalutato.

Oltre il silenzio

Il processo diagnostico nell'ambito dell'età evolutiva «pone ai clinici una serie complessa di questioni teoriche e metodologiche che non possono ignorare le profonde modificazioni cognitive, affettive e relazionali che si osservano nello sviluppo del bambino, l'instabilità e mutevolezza della sintomatologia manifestata, l'influenza dell'ambiente sociale, i fattori di rischio e protezione che possono intervenire a diversi livelli e in diversi momenti del suo sviluppo per rinforzare traiettorie disadattive o promuovere risorse adattive. Allo stesso tempo è importante tenere presente che in ogni tappa di sviluppo raggiunta, nuova e inattesa, possono emergere comportamenti che indicano non tanto una patologia, ma la reazione a richieste evolutive vissute dal minore come critiche, proprio perché inaspettate e fonte di rimessa in discussione degli equilibri fino a quel momento raggiunti.

All'interno di questa cornice risulta perciò necessario assumere una prospettiva diagnostica che consenta di inquadrare i processi che influenzano il funzionamento del minore operando in un'ottica aperta, dinamica, non assoluta né deterministica» (Bona e Mehrnoosh, 2024, p.5).

Nel processo diagnostico che coinvolge un bambino con mutismo selettivo, è importante non assumere il *silenzio* come un'assenza di comunicazione da parte sua, poiché come sottolineato dalla Scuola di Palo Alto è *impossibile non comunicare* (Watzlawick et al., 1971). Anche nelle parole non dette, nei luoghi in cui si manifesta il silenzio, nei bambini in cui i pensieri non vengono narrati attraverso la parola, nelle situazioni in cui la voce scompare, ci sono importanti comunicazioni che il clinico dovrà cogliere e interpretare. «L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro» (Watzlawick et al., 1971, p.41).

Il silenzio si palesa nella veste di pensieri e sentimenti finora non accolti né pensati da nessuno, *Pensieri senza Pensatore* - li definirebbe Wilfred Bion - (Neri, 2006) in attesa di essere ospitati in una mente adulta che li possa vestire di parole adatte affinché assumano forma ed espressione.

In un'ottica di ascolto attivo poi, oltre alle parole, assumono valore particolare anche gli sguardi, la gestualità, il contatto oculare che nei bambini con mutismo selettivo continuano a parlarci ed è importante non sottovalutare dal punto di vista osservativo.

Entro le cornici qui delineate possiamo sottolineare l'importanza di non forzare questi bambini a una comunicazione verbale, perché loro già stanno comunicando, lo stanno facendo con forza attraverso il silenzio, un *sintomo* che deve essere ascoltato. Non si tratta di vincere un rifiuto, ma di comprendere il vissuto del minore, della sua storia personale ed evolutiva, per rintracciarne gli eventi che lo hanno portato a comunicare, una sofferenza psichica, attraverso un sintomo così potente, in grado di richiamare l'attenzione (e le preoccupazioni) di tutta la comunità: familiare e scolastica.

Esemplificazione clinica

Giunge all'osservazione del logopedista dell'equipe, Camilla, una bambina di 9 anni frequentante la classe quarta della scuola primaria. I suoi insegnanti appaiono sempre più preoccupati del fatto che, *forse per timidezza*, ha sempre verbalmente interagito poco nel contesto scolastico e ora, che il programma didattico, inizia a prevedere interrogazioni orali, attività di maggiore scambio verbale e di confronto tra i bambini e tra essi e i docenti, Camilla sembra farsi *sempre più silenziosa*, tanto che gli insegnanti iniziano a ipotizzare la presenza di un atteggiamento di ritiro sociale, di ansia e paura del confronto o di difficoltà nella comprensione verbale. L'atteggiamento mutacico assunto nel contesto scolastico lentamente inizia ad incidere non solo sugli aspetti relazionali, ma anche sugli apprendimenti scolastici, che possono essere esaminati esclusivamente attraverso compiti scritti. Nessuna valutazione è possibile nell'ambito della lettura ad alta voce, dell'esposizione e comprensione orale, della scrittura di pensieri e temi (che appaio scarni di elementi narrativi).

A casa Camilla appare non assumere questi stessi comportamenti, tanto che i genitori la descrivono come socievole e ubbidiente, *un pò timida* ma comunque aperta al rapporto con il gruppo dei pari, con i quali ama giocare ad attività di costruzione, corse e lotte fisiche. Camilla è figlia unica e in famiglia non sono presenti famigliari della sua età. I genitori riferiscono che nella prima infanzia avrebbe percorso correttamente tutte le tappe di sviluppo sia motorio che linguistico, presentando da sempre un carattere timido e riservato. Durante l'ultimo anno di scuola dell'infanzia è insorta una balbuzia, che si presentava solo in alcune situazioni. Lentamente tale difficoltà è regredita spontaneamente.

Arriva in consultazione attraverso una richiesta non specifica, in quanto i genitori sembrano non essere pienamente consapevoli della natura delle preoccupazioni nutrite da parte degli insegnanti. "Siamo qui perché ci dicono che parla poco, anche se a casa parla, le insegnanti riferiscono alcune difficoltà scolastiche, ma i voti sono buoni...".

Camilla, dopo alcuni incontri con il logopedista connotati ad un completo silenzio, apre nuovi canali espressivi. Inizia a sorridere, abbandonando piano piano la postura rigida fino ad arrivare a pronunciare brevi frasi. A seguito di un lavoro specifico sugli apprendimenti scolastici, con un progressivo miglioramento anche delle verbalizzazioni, non ravvisando difficoltà nell'area del linguaggio il professionista decide di fare un invio alla psicoterapeuta dell'equipe. Nel nuovo percorso Camilla sembra *tornare indietro* verso il mutacismo, intraprendendo il nuovo percorso con un atteggiamento di sospetto e chiusura.

Lentamente, entro il setting psicoterapeutico, Camilla inizia nuovamente a comunicare, rispondendo a domande dirette con piccoli cenni di assenso e monosillabi. Teniamo a sottolineare che attraverso il gioco condiviso e il linguaggio del corpo, il contatto oculare, la mimica facciale e la progressiva riduzione dello spazio fisico, Camilla ha sempre lasciato aperto un canale comunicativo. Lentamente, *dentro la stanza di psicoterapia*, inizia ad emergere la paura di Camilla di poter sbagliare ed essere derisa dai compagni e dagli adulti, una percezione di inadeguatezza e autosvalutazione, di immagine di sé come incapace di raggiungere risultati positivi e di *potercela fare da sola*. Lentamente inizia ad emergere la narrazione di episodi di violenza verbale e aggressività fisica vissuta, all'interno del gruppo classe fin dal primo anno di scuola primaria, che hanno portato Camilla a isolarsi e vivere sensazioni di debolezza, esclusione, tradimento rispetto alle relazioni che fino a quel momento erano state considerate amicali (specie quelle coltivate a partire dalla scuola dell'infanzia). Situazioni che gli insegnanti *appaiono non vedere* e su cui non intervengono. Il loro *non vedere* pare esautorare il suo disagio e mette in dubbio il suo vissuto divenendo così il *non dire* di Camilla, un rifugio da una realtà percepita come ostile, ma della quale non trova riscontro e sostegno negli adulti di riferimento.

Il comportamento dei genitori, in particolare della mamma, gioca un altro fattore importante nel mantenimento del mutismo selettivo di Camilla. Entrambe appaiono aver instaurato un *attaccamento ansioso-dipendente* attraverso il quale la mamma si mostra ansiosa e preoccupata, eccessivamente protettiva, ponendosi in un ruolo spesso sostitutivo di Camilla, inficiando nel tempo la sua esplorazione dell'ambiente, il processo di individuazione, separazione e promozione dell'autonomia personale. Questo atteggiamento tende a rafforzare in Camilla l'idea di *non potercela fare da sola*, di *non essere all'altezza*, di *avere costantemente bisogno della mamma per narrarsi e relazionarsi al mondo esterno* e che essa sia necessaria, se non fondamentale, per affrontare qualsiasi interazione esterna alla famiglia.

I colloqui periodici con i genitori di Camilla, consentiranno di far emergere tra i fattori che hanno contribuito all'instaurarsi di un legame di attaccamento di tipo ansioso-dipendente non solo il

temperamento della madre (tendente a un atteggiamento preoccupato) ma anche alla storia perinatale che ha evidenziato un aborto spontaneo che ha preceduto la nascita di Camilla e ha gettato un'ombra di angoscia e apprensione verso la nuova gravidanza e il periodo successivo alla nascita.

Conclusioni

Come sottolineato all'interno del nostro articolo, i pochi studi ad oggi disponibili lasciano aperti diversi interrogativi rispetto all'epidemiologia, il decorso, l'eziologia e la prognosi del disturbo, nonché gli studi di efficacia dei modelli di intervento. Attraverso la storia di Camilla, possiamo evidenziare alcuni elementi che possono contribuire al dibattito clinico e scientifico.

In prima battuta è possibile osservare come il processo diagnostico (inteso nella sua forma di *comprensione funzionale*) sia giunto a conclusione dopo successivi e differenti (talvolta confusivi) passaggi e coinvolgimenti di diverse figure professionali. Camilla giunge, in primis, all'attenzione del logopedista su sollecito degli insegnanti che appaiono concentrarsi in modo quasi selettivo ed esclusivo sull'area del linguaggio e degli apprendimenti. Una preoccupazione non completamente condivisa dai genitori, che giungono al professionista apportando una richiesta consulenziale formulata in modo poco consapevole e in gran parte confusiva: "Siamo qui perché ci dicono che parla poco, anche se a casa parla, le insegnanti riferiscono alcune difficoltà scolastiche, ma i voti sono buoni...". La diagnosi arriva tardivamente poiché il temperamento timido di Camilla porta gli insegnanti a indugiare sulla necessità di richiedere un consulto specialistico, forse nell'attesa che con la crescita possa sviluppare un carattere maggiormente estroverso. Il concentrarsi degli insegnanti sul linguaggio e sugli apprendimenti ha lasciato scoperto la presa in carico degli aspetti emotivo-relazionali nonché delle dinamiche di classe che hanno fatto implodere in Camilla la messa in atto di meccanismi di difesa disfunzionali, che nel tempo l'hanno portata a chiudere la propria comunicazione verbale, rispecchiando il *silenzio dello sguardo dei suoi insegnanti* sulle dinamiche di bullismo.

La relazione di attaccamento instaurata con la mamma si presenta poi come forte fattore di rischio per l'evoluzione sociale e comunicativa di Camilla, influenzando profondamente la sua percezione e gestione delle relazioni interpersonali. L'atteggiamento della madre eccessivamente protettivo, che si pone in un ruolo spesso sostitutivo di Camilla, inficia le occasioni di esplorazione dell'ambiente, la possibilità di muoversi verso un'individuazione e separazione dalla figura genitoriale, per entrare nel gruppo dei pari con una propria autonomia e fiducia nelle proprie possibilità.

All'interno del setting psicoterapeutico e di assessment, ciò che ha permesso di entrare in sintonia e conseguentemente in comunicazione con Camilla è stato l'uso del gioco come tramite relazionale, accanto a un'approfondita anamnesi che ha consentito di ricostruire la sua storia personale, familiare e dello sviluppo cognitivo e linguistico, vista l'impossibilità di avvalersi di supporti testistici. Tutto ciò ha consentito di aprire un canale di *comprensione funzionale* che ha permesso di arrivare al reale disagio di Camilla, celato dietro al silenzio, poterlo fare emergere per *fornirgli parola* e poterlo quindi elaborare.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2023), *DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bona P. e Mehrnoosh Z. (2024), *Pensare la diagnosi in età evolutiva tra classificazione descrittiva e comprensione funzionale*, «Kairòs», n.1, pp. 4-9
- Capobianco M. (2009), *Il mutismo selettivo: diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento*, «Cognitivismo clinico», 6(2), pp. 211-228
- Gordon N. (2001), *Mutism: elective or selective, and acquired*, «Brain e Development» n.23, pp.83-87
- Moldan M.B. (2005), *Selective mutism and self-regulation*, «Clinical Social Work Journal», 33(3), pp. 291-307
- Neri C. (2006), *Pensieri senza pensatore*, «Gruppo e funzione analitica», vol.27(1), pp.17-32
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1996), *ICD10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Elsevier - Masson
- Trivelli F., Gorla C., Picca M. e Tischer M.C. (2015), *Il mutismo selettivo: il bambino che non riesce sempre a parlare*, «Quaderni ACP» n.3, pp. 136-138
- Watzlawick P., Helmick Beavin J. e Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Astrolabio, Roma

L'uso di sostanze in adolescenza: quali funzioni e quali significati?

Sara Carboni ¹

¹ *Psicologa-psicoterapeuta, Genova*

Sommario

L'utilizzo di sostanze psicoattive in adolescenza rappresenta un fenomeno complesso e sempre più diffuso che coinvolge diversi fattori biologici, psicologici e sociali. Il presente lavoro, attraverso una rassegna della letteratura scientifica e un'esemplificazione clinica, intende analizzare alcune delle funzioni specifiche che le sostanze possono ricoprire in questa cruciale fase dello sviluppo con particolare riferimento alle sostanze come *via di fuga* da una realtà percepita come intollerabile e come auto-cura rispetto a stati emotivi intensi e negativi quali rabbia, ansia, depressione, tristezza o vergogna. Quando utilizzate come *rifugi della mente*, possono rappresentare una strategia di coping disfunzionale per sfuggire a realtà difficili da affrontare, offrendo un temporaneo sollievo da stati emotivi dolorosi.

Parole chiave

Adolescenza, sostanze, rifugio, psicoterapia

Introduzione

L'utilizzo di sostanze è un comportamento ormai ampiamente diffuso anche tra i giovanissimi. Sono sempre di più gli adolescenti che accedono ai Servizi presentando nella loro storia un contatto con le sostanze, sia esso occasionale o maggiormente strutturato. Così come tende sempre più ad abbassarsi l'età anagrafica del primo consumo. Le motivazioni che spingono ad avvicinarsi a questo mondo sono spesso molteplici, dalla sperimentazione, all'uso sociale e ricreativo, al desiderio di evadere dalla realtà e dalle pressioni provenienti dall'esterno, al soddisfacimento di bisogni profondi e talvolta dolorosi.

Prima di addentrarmi nel dettaglio del tema dell'uso di sostanze vorrei sottolineare due aspetti che orientano il mio pensiero clinico che come psicologa-psicoterapeuta adopero all'interno dei servizi dedicati alle dipendenze e alla devianza minorile in cui lavoro. Personalmente non amo utilizzare la parola *dipendenza* quando si parla di adolescenti, poiché ritengo che occorra *tenere a mente*, ma anche contemporaneamente in sospenso, ogni categoria diagnostica che possa incasellare e stigmatizzare. I tratti tipici di questa fase di vita sembrano talvolta avvicinarsi pericolosamente a molti criteri diagnostici, per poi virare energicamente lasciandoci ogni volta sgomenti. Ci troviamo di fronte a un'età evolutiva che ha per sua stessa natura infinite traiettorie di sviluppo possibili che possono rendere spaesati e confusi, ma anche ricchi di speranza che le cose possano continuamente modificarsi sotto ai nostri occhi.

Inoltre, esiste tutt'oggi in letteratura un acceso dibattito sull'utilizzo di sostanze come sintomo o come malattia. Negli anni di esperienza a contatto con persone che utilizzano sostanze soprattutto adolescenti, sono arrivata gradualmente a definire la mia posizione in merito. In accordo con lo psichiatra e psicoanalista Correale (Correale et. al., 2013), propendo a pensare alla dipendenza non come una malattia a sé stante, ma al contrario espressione sintomatica di uno stato mentale sottostante di angoscia intollerabile, un *rifugio della mente* necessario all'assuefazione di un dolore psichico. Correale allerta sul graduale scivolamento nella concezione della dipendenza da sintomo a malattia che porta oggi ad occuparsi della *malattia-sostanza* allontanandosi sempre più dall'angoscia originaria sottostante. L'origine dell'uso di sostanze, così importante per coglierne il significato, viene lentamente a perdersi: non conta più perché la si assume, ma conta il fatto stesso che la si assume. La sostanza lentamente diventa il protagonista andando a scapito della soggettività della persona che viene smarrita. In questa visione appare chiaro che un approccio terapeutico che vada a minare il rapporto tra paziente e sostanza significa lavorare sul sintomo esterno distogliendo lo sguardo dalla persona nella sua pienezza ed unicità e dalle cause profonde del suo sottostante malessere. È invece necessario all'interno del

percorso psicoterapeutico un cammino a ritroso che parta dal sintomo e ritorni lentamente al nucleo profondo, alle motivazioni per cui è iniziato il consumo per far riemergere la soggettività (Correale et. al., 2013).

Alcune funzioni dell'uso di sostanze in adolescenza

Partendo da questa posizione teorica, come ogni sintomo che sia tale anche l'uso di sostanze possiede varie funzioni. Tra queste possiamo solo citarne alcune come per esempio la fuga dal reale, la necessità di riempire una profonda esperienza di vuoto interiore, il controllo attraverso un oggetto onnipotente di legami interni gravemente disturbati, un tentativo di recuperare il rapporto con la madre attraverso le sensazioni di gratificazione o ancora una mancata interiorizzazione di un oggetto buono (Correale et. al, 2013; Kohut, 1971; Olievenstein, 1981).

L'uso di sostanze in adolescenza riveste spesso funzioni differenti rispetto all'età adulta, intrecciandosi con bisogni e compiti evolutivi specifici e spesso angosianti e tumultuosi. Può avere a che fare con la *fragilità narcisistica* di una mente e un corpo in costruzione, con la ricerca di un ruolo socialmente accettabile nel mondo dei pari, con la ricerca identitaria fatta di sperimentazione di tutti i sé potenziali e la scoperta di altri modi di esistere e di sentire.

Sicuramente una funzione importante che ritrovo spesso tra gli adolescenti che incontro è quella di lenire stati affettivi percepiti come altrimenti ingestibili. La teoria della self-medication di Khantzian (1985) conferisce alla sostanza una funzione *medicamentosa* rispetto a stati emotivi negativi come la rabbia, l'ansia, la depressione o la vergogna così diffuse oggi tra i giovani. Come si può intuire, si tratta di un meccanismo intrinsecamente paradossale in quanto l'auto-cura è allo stesso tempo auto-distruttiva e per questo altamente patologica. Tuttavia, è importante sottolineare la natura adattiva perché nonostante la disfunzionalità si tratta pur sempre di un tentativo di vivere e di regolare reazioni emotive sentite come esplosive e imprevedibili. In un periodo come quello dell'adolescenza in cui la regolazione delle emozioni è un processo in costruzione, anche dal punto di vista dello sviluppo cerebrale, ecco che le sostanze vengono percepite come un utile strumento in questo difficile processo, acquisendo il ruolo di veri e propri regolatori esterni di emozioni, laddove sono ancora carenti regolatori interni stabili.

Per gli adolescenti con gravi problematiche relative a contesti di vita complessi, traumatici o inadeguati allo sviluppo del Sé, le sostanze possono rappresentare, oltre che una strategia di auto medicazione, una vera e propria fuga da una realtà dolorosa sentita come soverchiante e intollerabile. Possiamo parlare di esperienze dissociative transitorie che permettono di uscire temporaneamente dalla

sua realtà allo scopo di risolvere una situazione di disagio. Steiner (1993) definisce queste esperienze di sottrazione del Sé alla realtà esterna come *rifugi della mente*, luoghi mentali, ma anche comportamenti ripetitivi in cui ci si ritira per proteggersi da tensioni e avvenimenti sentiti come minacciosi. La loro funzione principale è quindi quella di neutralizzare e controllare l'angoscia e, data la loro potente capacità di alterare la percezione del reale e di diminuire il grado di coscienza, acquistano spesso questa funzione. Oltre a lenire il dolore percepito, sono in grado di distorcere forzatamente la realtà trasformandola in una realtà diversa, alternativa e preferibile al mondo reale in un atto di violenta manipolazione. Tutto ciò diventa allora sopportabile e affrontabile in uno stato di ottundimento generale e di onnipotenza in cui tutto diventa permesso e possibile evitando di affrontare la realtà. Queste esperienze possono essere particolarmente disfunzionali nel momento in cui diventano un'attitudine che viene ripetutamente e rigidamente utilizzata come unica strategia difensiva, portando ad un graduale isolamento e ritiro in un mondo onirico (Steiner, 1993).

Al fine di esemplificare quanto finora descritto, riporto una vignetta clinica che racchiude e mostra come alcune di queste funzioni si intreccino in adolescenza.

Esemplificazione clinica

Giulia è una ragazza di 16 anni che frequenta il secondo anno di un liceo a seguito di una bocciatura a causa del comportamento problematico con i professori. Presenta una accentuata impulsività, una rabbia potente che sembra funzionare come un interruttore *on-off* che la porta ad essere molto aggressiva, arrivando anche ad aggredire fisicamente due amiche. Sono presenti anche comportamenti autolesionisti, che la portano spesso a tirare pugni contro il muro fino a scarificarsi le mani. Fa un uso massiccio di sostanze cannabinoidi con funzione rilassante rispetto a questa rabbia esplosiva e di autocura rispetto al profondo dolore che prova.

Giulia vive con la madre e il fratello di 20 anni che trascorre le giornate ritirato nella sua camera facendo uso quotidiano di sostanze. La madre viene descritta da Giulia come distaccata e superficiale, presente fisicamente, ma trascurante a livello emotivo, incapace di comprendere i bisogni di riconoscimento della figlia e di rispecchiamento dei suoi sentimenti autentici. Il padre è un alcolista, violento verbalmente e fisicamente fin dai primi anni di vita di Giulia. I genitori si sono separati quando lei aveva circa un anno e da quel momento ha vissuto con la madre e il fratello maggiore, obbligata a vedere il padre nei fine settimana. Nessuno appare accorgersi dei maltrattamenti subiti nella casa

paterna. A 6 anni, a seguito dell'ennesima aggressione fisica ai danni della madre, è proprio Giulia a tagliare fuori dalla loro vita il padre decidendo opponendosi alle visite settimanali.

Emerge in Giulia una rabbia che cela una tristezza profonda fatta di insulti e lacrime amare verso una madre che *ha sempre fatto finta di nulla* anche di fronte a segni evidenti sulla sua pelle e quella del fratello, percepita come incapace di allontanare il padre in loro protezione, costringendola a farsi carico di questo ingrato compito. Da circa due anni, da quando Giulia inizia il suo percorso psicoterapeutico, il padre è ricomparso nella sua vita a sua detta molto cambiato, pentito degli errori commessi e volenteroso di recuperare il rapporto con i figli. Giulia racconta di aver iniziato dall'età di 13 anni a fumare cannabis. L'utilizzo non avviene in gruppo a scopo ricreativo, ma in modalità solitaria. Il pomeriggio e la sera sembrano i momenti di maggior consumo, ma anche la mattina necessita dell'effetto della sostanza per riuscire a tollerare la scuola. Giulia salta le lezioni di frequente a causa dell'insonnia che cerca di combattere fumando, ma che la porta ad avere sempre più difficoltà ad alzarsi in un circolo vizioso in cui si ritrova incastrata. Le canne appaiono assolutamente necessarie per affrontare la mattina di lezioni perché leniscono il malessere e smorzano le sue reazioni negli scontri ricorrenti con i professori. Giulia sembra sedare questa rabbia a cui non trova un senso e che la spaventa al punto da doversi *spegnere* per interagire con gli altri.

Attraverso questa vignetta clinica si può comprendere quanto le sostanze in questo caso siano diventate, con il passare degli anni, un mezzo necessario per la sopravvivenza psichica e relazionale di Giulia che presenta un vissuto costellato di esperienze traumatiche cumulative.

Se consideriamo l'uso di sostanze come la miglior risposta possibile (anche se disfunzionale) ad un bisogno psichico sottostante, ecco che lavorare sull'astensione dal consumo non può essere un obiettivo di lavoro diretto in quanto sintomo di meccanismi più profondi. Oltre alle funzioni già citate di *auto-medicazione* e di regolazione delle emozioni, tra le numerose teorie atte a comprendere i processi psicoanalitici della tossicodipendenza trovo particolarmente centrato nella storia presentata il contributo dello psicoanalista svizzero Kohut. Nella sua teoria, il ricorso alle sostanze sarebbe collegato ad un blocco nella fase dello sviluppo in cui il bambino ha bisogno di specifiche risposte ambientali per sviluppare un Sé coeso (1971). I fallimenti empatici dei genitori determinerebbero una frammentazione del Sé. Il trauma diviene una grave delusione nei confronti di una figura materna che non ha svolto appropriatamente le sue funzioni (Kohut, 1971). Il mancato riconoscimento e rispecchiamento del bambino porta a un'impossibilità di strutturare un Sé integro che gli consenta di fare esperienze armoniche, in cui le basi narcisistiche siano solide e funzionali al mantenimento dell'autostima, alla

realizzazione di desideri e alla costruzione di valori e ideali. Il soggetto con tali deficit non è in grado di fronteggiare il dolore generato da esperienze di abbandono, di frustrazione e di svalutazione che vengono vissute come ferite narcisistiche che la sostanza lenisce.

Giulia in questo senso sembra non aver potuto fare esperienza di caregivers *sufficientemente buoni*, in grado di riconoscere e rispondere adeguatamente alle sue necessità. Tale vuoto viene colmato dal consumo di sostanze che drammaticamente sostengono la sua sopravvivenza psichica.

Conclusioni

In questo mio breve contributo ho voluto focalizzare l'attenzione su come l'utilizzo di sostanze in adolescenza sia da considerare come un campanello d'allarme, un *sintomo* di qualcosa che non sta funzionando come dovrebbe nello scorrere del processo di sviluppo e quanto sia di conseguenza importante riconoscere il bisogno sottostante a cui sta rispondendo in quel preciso momento. Quando in un adolescente insorgono comportamenti disadattivi, questi sono sempre i sintomi di un malessere che indica un breakdown evolutivo, una chiusura del sistema nei confronti del mondo circostante sentito come pericoloso per il sé in costruzione e un inceppamento del desiderio (Laufer e Laufer, 1968).

Il compito del terapeuta diviene allora quello di comprendere il messaggio sottostante permettendo al sistema di aprirsi nuovamente allo scambio con la realtà esterna, accogliendo ed integrando i cambiamenti che avvengono nel corpo e nella mente in una nuova immagine di sé sentita come accettabile e non pericolosa per il divenire del sistema. Solo allora può tornare in essere il desiderio che si era bloccato, lo scorrere del tempo che apre alla dimensione del futuro e della progettualità vitale. Questo comporta che il lavoro terapeutico sia centrato sul *qui ed ora* dell'adolescente, sui significati che hanno per lui o per lei ciò che vive e sperimenta, sulla possibilità di pensare e di pensarsi in un lavoro di ridefinizione continua. Lo sguardo è posto sul presente e sulla possibilità di costruire il futuro, ritrovare uno spazio e un tempo per desiderare, sciogliendo le rigidità e inserendosi di nuovo nello scorrere della vita.

Bibliografia

Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. (2013), *Il soggetto nascosto: un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*, Franco Angeli, Milano

- Khantzian E.J. (1985), *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine dependence*, «American Journal of Psychiatry», n. 142, pp. 65-74
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- Laufer M. e Laufer E. (1968), *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Bollati Boringhieri, Torino
- Olievenstein C. (1984), *Il destino del tossicomane*, Borla, Roma
- Steiner J. (1993), *I rifugi della mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*, Bollati Boringhieri, Torino

Il significato profondo dei gesti autolesionistici in adolescenza

Sara Baroni ¹ e Alessandra Marcazzan ²

¹ *Psicologa-psicoterapeuta, Istituto Minotauro, Milano*

² *Psicologa-psicoterapeuta, Istituto Minotauro, Milano*

Sommario

L'autolesionismo adolescenziale è un fenomeno complesso e in crescita, che riflette le sfide emotive e relazionali affrontate dagli adolescenti nella società contemporanea. Questo comportamento, che include atti di violenza inflitti al proprio corpo, emerge spesso come risposta a un profondo malessere interiore e a difficoltà nella costruzione dell'identità. Le dinamiche familiari, le relazioni sociali e le pressioni culturali, come gli ideali di bellezza irrealistici, giocano un ruolo cruciale nell'insorgere di tali comportamenti. L'articolo esplora come l'autolesionismo possa fungere da meccanismo di coping, esprimendo conflitti emotivi che non trovano altre modalità di comunicazione. In questo contesto, l'autolesionismo è visto non solo come un segnale di crisi, ma anche come un'opportunità per comprendere e affrontare le fragilità dell'adolescenza.

Parole chiave

Autolesionismo, corpo, identità, adolescenza

L'autolesionismo adolescenziale rappresenta un fenomeno sempre più diffuso e preoccupante, caratterizzato da atti di violenza inflitti al proprio corpo, come tagliarsi, bruciarsi o procurarsi altre forme di danno fisico. Questi comportamenti tendono a manifestarsi con maggiore frequenza durante la pubertà, con una prevalenza significativamente più alta tra le femmine rispetto ai maschi (Suyemoto e MacDonald, 1995). Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in Italia circa il 20% degli adolescenti si è ferito volontariamente almeno una volta, con un picco di incidenza tra i 13 e i 15 anni (OMS, 2018). Tuttavia, la natura privata di questi gesti, spesso celati dal segreto, rende difficile ottenere dati precisi sulla loro diffusione. Le stime, comunque, suggeriscono un aumento costante del fenomeno, alimentato dalle difficoltà emotive e relazionali che caratterizzano l'attuale generazione di adolescenti.

Gli agiti autolesivi sono modi in cui l'adolescente comunica un malessere profondo, cercando nel dolore fisico un sollievo temporaneo per un dolore emotivo, percepito come insostenibile. Durante l'adolescenza, infatti, il corpo diventa lo strumento privilegiato per esprimere vissuti che la mente fatica ad organizzare in pensieri e a verbalizzare. I cambiamenti che segnano l'ingresso nella pubertà attivano trasformazioni significative sia a livello corporeo che psicologico: il corpo non è più un semplice *contenitore* neutro, ma diventa il palcoscenico su cui si rappresenta il proprio Sé.

La costruzione dell'identità adolescenziale è un processo complesso e multifattoriale, influenzato da molteplici variabili sia psicologiche che sociali e culturali. In particolare, la qualità delle relazioni affettive durante l'infanzia riveste un ruolo cruciale nello sviluppo dell'autoefficacia e dell'immagine corporea. Un attaccamento sicuro, caratterizzato da interazioni positive e da un supporto emotivo adeguato, favorisce una percezione positiva di sé e una migliore regolazione emotiva. Al contrario, esperienze di abuso o trascuratezza possono compromettere la capacità di autoregolazione e portare a comportamenti autolesionistici come espressione di un disagio psichico (Gargiulo e Margherita, 2014).

Tuttavia, non sono solo queste situazioni a costituire un fattore di rischio per l'esordio di comportamenti di attacco al corpo. Negli ultimi decenni si è assistito a un cambiamento nelle modalità di accudimento e cura dell'infanzia, che ha enfatizzato le potenzialità del bambino, rivelando al contempo la fragilità degli adulti (Lancini, 2023). Oggi, il bambino si trova spesso al centro di relazioni affettive altamente rispecchianti e a basso conflitto, configurazioni che, pur risultando nutrienti, possono rivelarsi inadatte a sostenere il processo evolutivo di separazione e individuazione, cruciale in adolescenza. L'idealizzazione delle relazioni affettive porta talvolta gli adulti a evitare i conflitti e a educare il bambino secondo un'ideologia che nega la dimensione pulsionale, vista come una minaccia al legame. Questo

atteggiamento può indebolire la spinta verso la ricerca di nuovi oggetti di investimento e, più in generale, la possibilità di accedere ad esperienze non familiari, che strutturano e convalidano il nascente Sé adolescenziale. Ricerche internazionali indicano che l'iper-accudimento genitoriale è correlato a una forte ansia nei ragazzi, influenzando negativamente il loro rapporto con l'altro e con la sessualità (Twenge, 2018).

La pubertà segna l'inizio di un processo di separazione, che implica una rinegoziazione di confini e distanze relazionali. In questa fase, il corpo assume un significato simbolico centrale, diventando il fulcro di cambiamenti che riflettono ed enfatizzano le trasformazioni del Sé. Mentalizzare il corpo, ovvero attribuire significato e valore non solo alle sue forme, ma anche ai nuovi bisogni e alle nuove relazioni, è il compito prioritario di questa fase della crescita. Si tratta di un processo in cui la difficoltà di integrare le sensazioni e le percezioni del corpo con i vissuti interni, può generare nell'adolescente un senso di confusione e di ansia. Il corpo può essere vissuto come una parte estranea del sé e, a partire da questa rappresentazione, viene spesso esposto al rischio, danneggiato o attaccato.

In questa delicata fase, caratterizzata da una fisiologica fragilità narcisistica e dalla costante ricerca di conferme, il contesto socio culturale esercita una forte pressione sugli adolescenti. Gli ideali di bellezza irrealistici e gli standard corporei normativi, diffusi dai media e dai social network, accentuano il divario tra l'immagine reale e quella idealizzata, alimentando sentimenti di vergogna. La dissonanza tra le immagini di corpi perfezionati dalla dieta, dal fitness e dalla cosmesi proposti sui social e la percezione della propria inadeguatezza, mortificano il nascente Sé adolescenziale. L'insoddisfazione per le forme e le proporzioni del corpo concretizza un più profondo sentimento di angoscia, e può contribuire a provocare i comportamenti autolesionistici come meccanismi di coping maladattivi.

I tagli, le cicatrici non sono solo segni fisici, ma simboli di una lotta interiore volta a trovare un equilibrio tra aspetti problematici ma reali del Sé e un'immagine ideale, irraggiungibile. L'autolesionismo può rispondere sia al bisogno di punire il corpo, percepito come responsabile della sofferenza, sia al desiderio di riappropriarsene per affermare la propria esistenza. Il dolore fisico provocato dai tagli, dalle bruciature o da altri attacchi al corpo può rappresentare un modo per *sentirsi vivi*, contrastando l'angoscia del vuoto e della solitudine. In questo senso, il gesto autolesivo assume una doppia valenza: da un lato, esprime il tentativo di riprendere il controllo di un corpo vissuto come estraneo; dall'altro, diventa un mezzo per imprimere sulla pelle sentimenti e aspirazioni.

In molti casi, l'autolesionismo è un atto solitario, nascosto, che serve come meccanismo per gestire un dolore troppo intenso per essere espresso verbalmente. In questo senso, i tagli degli

adolescenti, pur indicando una condizione di grave malessere che richiede un intervento tempestivo e mirato, possono avere una valenza protettiva rispetto a condotte più estreme e al rischio suicidale.

Le dinamiche relazionali, sia familiari che sociali, sono spesso intrecciate con il fenomeno dell'autolesionismo. La famiglia, la scuola e il gruppo dei pari giocano un ruolo fondamentale nella formazione dell'identità adolescenziale. Le difficoltà relazionali in questi ambiti, come conflitti familiari, difficoltà scolastiche o la mancanza di supporto emotivo, possono contribuire all'insorgere di questi comportamenti. In questo senso, le risposte degli adulti e dei pari alla scoperta del gesto autolesivo possono influire significativamente sull'evoluzione del comportamento. Un ascolto empatico e attento, privo di giudizio, può rappresentare una risorsa fondamentale per aiutare l'adolescente a rielaborare il proprio dolore e trovare altre modalità per affrontarlo.

Il caso di Anna

Anna ha 13 anni, frequenta la terza media. Dalla prima media però Anna vive una situazione molto difficile sul piano scolastico, che l'ha portata a soffrire di attacchi di panico e a compiere gesti autolesivi.

Quando incontro i suoi genitori per un primo colloquio riferiscono di Anna come di una ragazza intelligente, curiosa e sportiva. Anna invece fatica molto nelle relazioni: non è stata fortunata alle elementari, e alle medie le cose sono andate, se possibile, peggio. In prima media Anna ha sofferto di un disturbo alimentare restrittivo: la comparsa del ciclo aveva scatenato in lei vissuti di profonda angoscia, collegati sia alla possibilità di vedere il proprio corpo cambiare, assumendo forme incompatibili con l'immagine esile e atletica richiesta dallo sport che praticava, sia provocati dal confronto con compagne di classe che utilizzavano il nuovo corpo femminilizzato come oggetto di una competizione spietata, rispetto alla quale Anna si sentiva totalmente impreparata. L'avvio di una presa in carico psicologica e anche il trasferimento in una nuova scuola, avevano permesso di risolvere nel giro di qualche mese il sintomo alimentare.

L'anno successivo Anna si era innamorata e aveva cominciato a frequentare un ragazzo della scuola più grande di lei di un anno. Inizialmente i genitori, la vedendo felice e avendo conosciuto Andrea, erano contenti di questa relazione: il ragazzo era ben educato e premuroso nei confronti di Anna. Si vedevano a scuola, qualche volta di pomeriggio e poi, come spesso capita, stavano sempre insieme al telefono.

La mamma aveva riferito che a un certo punto, in primavera, aveva visto la figlia cambiare bruscamente: avevano sempre avuto tra loro un rapporto di vicinanza e improvvisamente la ragazza si era fatta più taciturna. Sembrava sempre alle prese con le chat e le chiamate che riceveva sul cellulare, e si era via via ritirata nella sua cameretta. I genitori avevano anche notato una tristezza, un'inquietudine crescente, si erano spinti a chiederne le ragioni senza ottenere grandi risposte. Poi era comparsa l'ansia e gli attacchi di panico: Anna era riuscita a raccontare di trovarsi in grande difficoltà con Andrea che le chiedeva di non dare confidenza ai suoi compagni di classe maschi e di non fidarsi troppo neanche delle ragazze, che spesso parlavano male di lei. Anna era convinta che Andrea le dicesse queste cose per proteggerla, ma poi in classe si sentiva terribilmente isolata e persa.

I genitori erano intervenuti parlandole del fatto che Andrea non dovesse condizionare le sue relazioni e le avevano vietato di frequentarlo. I due ragazzi però avevano continuato a vedersi a scuola e Andrea aveva cominciato a criticare apertamente i genitori di Anna, accusati di impedire alla loro storia di crescere. Anna aveva iniziato a sentirsi insofferente nei loro confronti, arrabbiata, confusa.

Un pomeriggio la mamma aveva visto sulle braccia della figlia delle cicatrici e aveva così scoperto che si tagliava. Questo le aveva permesso di riavvicinarsi a lei, per parlarle di quanto la vedeva sofferente negli ultimi mesi. I tagli, che Anna si procurava dall'inizio della conflittualità con i suoi genitori, erano diventati poi il modo in cui esprimeva tutta la sua angoscia a fronte delle pressioni e delle limitazioni imposte da Andrea. Alla fine della seconda media i genitori di Anna erano riusciti a convincerla a lasciarlo. Dopo un'estate terribilmente triste e vissuta in una solitudine estrema, Anna ricomincia la terza media in grande fatica sia con i compagni di classe, con i quali l'anno precedente non ha costruito nessun legame, sia con i professori, che hanno interpretato le sue crisi d'ansia come richieste di attenzione eccessive e faticose da gestire. I tagli si ripresentano a casa e a scuola nei momenti in cui si sente sovrastata da troppe emozioni. È solo a fronte di questa nuova crisi che i genitori si attivano e Anna arriva nel mio studio.

Il lavoro con lei ci permette di cercare il significato di questi tagli, che hanno svolto funzioni differenti: se all'inizio la aiutavano soprattutto ad agire la sua rabbia nei confronti dei genitori, successivamente erano diventati un modo di tenere a bada vissuti claustrofobici causati dalle limitazioni proposte dal giovane fidanzato. Negli ultimi mesi, i tagli però erano diventati una sorta di risposta passe-par-tout nelle situazioni di sovraccarico emotivo, quelle in cui anche il pensiero finiva per confondersi. I tagli, come comportamento ricorsivo, erano in grado di riportare benessere, di porre fine all'ansia e al

discontrollo con un gesto che rompeva il flusso emotivo e rimetteva al centro la concretezza del corpo ferito.

Narrare la sua storia, ha permesso ad Anna di mettere a fuoco alcuni temi. Primo fra tutti quello della relazione con un corpo che era stato vissuto in preadolescenza come portatore di nuove forme ma anche di significati che rompevano con le rappresentazioni precedenti di Sé: l'attacco al corpo, inizialmente giocato attraverso il sintomo alimentare restrittivo, sembra rivolto soprattutto ai processi di trasformazione del corpo infantile. I sintomi autolesivi, così come gli attacchi di panico, fanno pensare a caratteristiche specifiche assunte dal corpo come luogo di scarico delle tensioni e dei conflitti interni: si tratta di un corpo che assume la funzione di dare voce e concretizzare emozioni altrimenti indicibili.

Un altro dei temi trattati con Anna è quello relativo al difficile avvio del suo processo di separazione dai suoi genitori: la mancata identificazione con il gruppo femminile alla fine delle elementari, il fallimento nella scelta di un nuovo oggetto d'amore, sono tutti elementi che concorrono a far sentire ad Anna che è impossibile separarsi.

In preadolescenza la costruzione di relazioni amicali e, talvolta, la sperimentazione dei primi legami amorosi, consentono un sostegno affettivo che risulta essenziale per allentare il legame di dipendenza dai propri genitori: allora i tagli, nella storia di Anna, simbolicamente possono essere letti come dichiarazioni di rottura e bisogni di apertura.

In questa situazione è stato fondamentale il lavoro di sostegno al ruolo genitoriale, volto soprattutto ad una negoziazione delle distanze reciproche e alla possibilità di accedere a una rappresentazione di aspetti adolescenziali inediti nella figlia. Inoltre, è stato utile parlare con la scuola per presentare la situazione di Anna e per affrontare la difficoltà dei docenti combattuti tra una lettura esibizionistica dei gesti e la comprensione della sofferenza della ragazza.

Anna ha gradualmente recuperato le relazioni con i compagni e gli insegnanti e si sta preparando alla scelta della nuova scuola, con i timori e le speranze tipiche di questo passaggio. Ha smesso di tagliarsi anche se sente di dover ancora fare un pezzo di strada insieme, per essere sicura di non tornare a farlo.

Conclusioni

L'autolesionismo adolescenziale non è semplicemente un comportamento autodistruttivo, ma un tentativo di comunicare un disagio profondo che non riesce a trovare parole per esprimersi.

Comprendere i significati sottesi a questi gesti è essenziale per intervenire in modo efficace, evitando di ridurli a meri indicatori psicopatologici e cercando invece di decifrare il messaggio che il corpo trasmette.

In una fase della vita caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, emotivi e relazionali, l'attacco al corpo può essere un tramite per dare forma e voce a sofferenze interne difficili da elaborare. Capire il senso di questi gesti significa quindi interpretare una richiesta d'aiuto che, se ascoltata con attenzione, può condurre l'adolescente ad esplorare il proprio mondo interno e a trovare in esso le risorse per superare il dolore che lo ha spinto a farsi del male. Nella nostra esperienza di lavoro, gli interventi terapeutici che adottano una prospettiva multifocale e valorizzano le risorse del contesto sono quelli che offrono migliori prospettive prognostiche e di ripresa evolutiva.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Di Agostino C., Fabi M. e Sneider M. (2016), *Autolesionismo. Quando la pelle è colpevole*, Asino D'oro Edizioni, Roma
- Gargiulo A. e Margherita, G. (2014), *Autolesività non suicidaria e genere: rassegna teorica e riflessioni psicodinamiche*, «Infanzia e Adolescenza», n.13(2), pp.119-128
- Lancini M. (2023), *Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2018), *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicodinamica. Struttura della personalità e processo clinico*, Astrolabio, Roma.
- Mucci C. (2020), *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Muehlenkamp J. e J., Brausch A. M. (2011), *Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents*, «Journal of Adolescence», n.35(1), pp.1-9
- OMS (2018), *World Health Statistic 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*, World Health Organization
- Rossi Monti M. e D'Agostino A. (2009), *L'autolesionismo*, Carrocci, Roma

- Siegel D.J. (2013), *La mente adolescente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Suyemoto K. e L., MacDonald M. L. (1995), *Self-cutting in female adolescents*, «Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training», n.32(1), pp.162-171
- Twenge J. M. (2018), *Iperconnessi. Perché i ragazzi oggi crescono meno ribelli, più tolleranti, meno felici e del tutto impreparati a diventare adulti*, Einaudi, Torino

Dare rappresentazione al *lutto omesso* in età evolutiva

Zara Mehrnoosh ¹

¹ Pedagogista, Psicologa-psicoterapeuta, Vicepresidente OSD APS, Professore a contratto Università di Genova

Sommario

Il lutto in età evolutiva acquisisce la forma di un evento traumatico e di organizzatore cruciale della vita psichica. La reazione ad esso è una perdita che sconvolge, scompagina, dissesta il mondo interno e l'equilibrio dell'Io. Il lutto come processo fisiologico comporta un lungo lavoro emotivo che porta al superamento della perdita come possibilità di reinvestimento su altri oggetti e la reintroduzione dell'oggetto perduto nel tessuto pacificato della memoria. Questo processo può avvenire solo se l'ambiente è predisposto a consentire al bambino di dare espressione alle diverse fasi del processo, comprese la protesta, la disperazione, la rabbia per giungere gradualmente ad accettare i cambiamenti avvenuti nel mondo esterno e nel mondo interno. Nel presente articolo, dopo una breve disamina della letteratura psicoanalitica, verrà presentata un'esemplificazione clinica in cui la cui *non-rappresentabilità* del lutto diviene un sintomo e *rifugio della mente* che congela la possibilità di sviluppo.

Parole chiave

Lutto, età evolutiva, assenza, rifugio

Il lutto in età evolutiva

«La paura della morte filtra sempre da sotto la superficie. Ci ossessiona per tutta la vita ed erigiamo difese - molte basate sulla negazione - per aiutarci ad affrontare la consapevolezza dell'ineluttabilità della fine. Ma non possiamo tenerla lontana dalla mente. Si riversa sulle nostre fantasie e sui nostri sogni. Si scatena in ogni incubo» (Yalom, 2014, p. 128)

Il lutto in età evolutiva acquisisce la forma di un evento traumatico e di un organizzatore cruciale della vita psichica (Bowlby, 1980). «Solamente nell'infanzia la morte può privare un individuo di una così grande occasione di amare ed essere amato e può metterlo di fronte a un compito di adattamento così difficile» (Furman, 1974, p.13).

Freud, Klein, Ferenczi, Bowlby e Fraiberg sono tra i primi a porre alcune basi per individuare le variabili implicate nell'avvicinarsi alle vicissitudini emotive che affronta un bambino quando entra in contatto con la perdita e la morte. Scrive Cancrini (2002) che la morte di una persona cara è l'evento più drammatico e stravolgente della nostra esistenza e un bambino piccolo deve contenere e vivere un'esperienza così terribile con un apparato emotivo e mentale assai vulnerabile.

La reazione del lutto è la reazione a una perdita che sconvolge, scompagina, dissesta il nostro modo di vedere il mondo (Recalcati, 2016). «Nell'avvicinare un tema così delicato e coinvolgente occorre considerare tante variabili, la qualità della relazione con ambedue i genitori prima della perdita della madre o del padre, la possibilità di dare espressione a tutte le fasi del processo del lutto, la presenza e la qualità delle relazioni con il genitore vivo e con gli altri affettivamente vicini, qualità che è legata anche alle modalità con cui gli adulti, in particolare il genitore che resta, stanno elaborando il lutto, la specificità dei meccanismi difensivi, dello sviluppo del Sé e dell'organizzazione del pensiero che caratterizzano le diverse età, il fatto che la morte sopraggiunga per un evento improvviso non previsto e non prevedibile, oppure come conseguenza di una malattia» (Schiaffino, 2017, p.60).

Per Freud (2013) le risposte soggettive alla perdita possono essere una depressione, un ripiegamento della libido, il distacco, l'allentamento dei rapporti con il mondo. La perdita di un oggetto significativo implica sempre la perdita di una parte del soggetto. Quando si perde l'oggetto d'amore non viene meno solo l'oggetto perduto, ma anche una parte essenziale della vita del soggetto. Una doppia perdita quindi che si distribuisce su due versanti: l'oggetto scompare e il soggetto si svuota (Recalcati, 2016).

Nel lutto il mondo è divenuto povero e vuoto, nella melanconia lo è l'io (Freud, 2013). Una *reazione maniacale* alla perdita conduce il soggetto a negare il peso, il carattere doloroso,

incommestibile e inassimilabile dell'evento della morte. Si vorrebbe negare, dimenticare, non rappresentare l'evento. Una negazione difensiva di fronte a un reale - la morte, la malattia - inaggrabile. La reazione maniacale porta i soggetti a sostituire in tempi sempre più rapidi l'oggetto perduto con un altro oggetto, de-realizzando l'evento per sostituzione (Recalcati, 2016). Nella reazione melanconica, invece, il soggetto si trova nell'esperienza paradossale dell'impossibilità della dimenticanza: l'ombra dell'oggetto, del morto, di chi non c'è più, di chi sta per andarsene, cade sull'lo (Recalcati, 2016). Lo scivolamento melanconico dell'affetto depressivo è tanto più probabile quanto più chi abbiamo perduto viene ricordato solo attraverso forme idealizzate, assumendo il carattere di un oggetto ideale, senza mancanza, senza imperfezione.

Il non-rappresentabile

Beatrice ha 12 anni quando richiede un supporto psicoterapeutico per difficoltà nella gestione dell'alimentazione e del peso, per agiti autolesivi e narrazioni ricorrenti in cui emerge il tema del vuoto. Si sente vuota, la sua vita viene descritta come vuota, c'è un vuoto che l'angoscia, che disturba il suo sonno e intrude nei suoi pensieri. Un vuoto che non riesce a narrare, che blocca le sue parole e i suoi pensieri, che crea inquietudine facendola sentire fragile e insicura e che, nella stanza di terapia, si trasforma in lunghi silenzi e la lascia con lo sguardo fermo sul terapeuta, in attesa che possa dar forma ed espressione a questo suo disagio. Scrive Recalcati (2011) che l'esperienza del vuoto segna lo spegnimento del desiderio, la sua caduta, la sua eclissi di identità e di significato della vita. Il vuoto è associato all'angoscia e all'esigenza di porre ad essa un argine. Per il soggetto protagonista della *clinica del vuoto* il problema non è come entrare in una relazione dialettica che possa prescindere dall'altro, ma come fare per avere un sentimento sufficiente della propria esistenza. Parliamo di un soggetto vuoto che ha una costituzione narcisistica debole, che vive la sua vita come superflua, insensata, vulnerabile, sradicata, senza desideri e senza senso. Rispetto a questa fragilità narcisistica il sintomo funziona come un'iniezione di cemento narcisistico dell'identità, una soluzione, una maschera che consente di rafforzare un'identità narcisistica, in altre parole un *rifugio della mente*.

È così che Beatrice si sente: vuota, spenta, priva di emozioni e di desideri. *Self-cutting, restrizione alimentare, abbuffate, pensieri ossessivi compulsivi*, appaiono agiti con cui prova a riempire il vuoto che l'angoscia, rafforzando la sua identità entro un'etichetta diagnostica: *autolesionismo, anoressia, bulimia, ossessivo-compulsivo*. Etichette diagnostiche che richiamano alla mente il concetto di *olofrastico*

(Recalcati, 2011), quale possibilità che solidifica il paziente offrendogli un'identità, l'unica identità possibile.

Chi è Beatrice se non è una DCA? Se non è un'autolesionista? Se non è un'ossessiva compulsiva?

Non semplice rispondervi, visto che è un'adolescente, biologicamente alla ricerca di un'identità che sta ora costruendo sull'identificazione con il sintomo, un *falso sé*, potremmo dire citando Winnicott (2007) che le fornisca stabilità. È attraverso il sintomo, nel quale si rifugia, che ha imparato a nominarsi. Ma è una nominazione anonima perché in essa non esiste se non come paziente *anoressica, bulimica, autolesionista, ossessiva compulsiva*. Un'identità che si rafforza nel confronto con le storie di pazienti anoressiche e bulimiche, seguite attraverso i canali social, o attraverso il percorso che inizierà insieme a un nutrizionista e che prescrivendole una dieta rafforzerà in lei l'idea della necessità di un intervento sanitario per un quadro clinico anoressico-bulimico. *Per una DCA* (così si definisce e vuole essere definita).

Lentamente il percorso psicoterapeutico le consentirà di ricostruire la sua storia personale per restituirne un valore e trasformare il *sintomo olifrasico* in una narrazione, *il sintomo in un corpo storico* (Recalcati, 2011).

Ha nove anni quando scopre che sua mamma non è la sua mamma biologica, poiché essa è mancata durante il parto a seguito di ripetute emorragie. Una scoperta che avviene in un giorno qualsiasi e che parla di un *lutto quale evento omesso*, di cui non si può parlare, perché prima di tutto non lo si può pensare e rappresentare. Un *lutto* che sembra non provocare alcuna reazione e perturbazione in Beatrice. Scrive Vallino: «quando ho dato seguito alla richiesta di analisi di bambini in lutto, un disorientamento iniziale ha accompagnato le mie riflessioni sulla loro esperienza di orfani, essendomi presto accorta di un mio pregiudizio nell'incontro con loro: mi aspettavo di trovare nel bambino orfano quell'insieme di affetti dolorosi (dispiacere, nostalgia, senso della mancanza, ecc.) che possono declinarsi sino alla disperazione e che ricollegiamo al dolore della perdita. Invece il lutto per la morte di un genitore, che per la mia mentalità adulta è un turbamento di eccezionale gravità, non si presentava come un trauma, ma come un evento per lo più omesso, di cui non si vuole parlare, a cui forse non si può neppure pensare» (Vallino, 2019, p. 181).

Per molti anni Beatrice non porrà domande, fino a quando il suo corpo inizierà a narrare angosce e sensi di colpa legati all'individuarsi come la causa della morte della madre e del dolore provocato ai famigliari. In primis al padre e ai nonni.

Il lutto come processo fisiologico comporta un lungo lavoro emotivo che porta al superamento della perdita come possibilità di reinvestimento su altri oggetti e la reintroduzione dell'oggetto perduto nel tessuto pacificato della memoria (Bowlby, 1980). Questo processo può avvenire solo se l'ambiente è predisposto a consentire al bambino di dare espressione alle diverse fasi del processo, comprese la protesta, la disperazione, la rabbia per giungere gradualmente ad accettare i cambiamenti avvenuti nel mondo esterno e nel mondo interno.

Sopprimere la possibilità per Beatrice di condividere le sue angosce più profonde non solo soffoca la possibilità di parlare del lutto ma anche di parlare della propria identità, in un momento per lei delicato, perché legato al passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Scrive Lancini che «l'adolescenza è il periodo in cui è evolutivamente necessario sapere la verità sulla propria vita, sulla propria nascita, sulle proprie origini. È necessario capire cosa accade davvero ai propri genitori e parallelamente imparare a gestire i propri segreti...[...]...sia ben chiaro, non si tratta per il padre o per la madre di evacuare la verità, psichicamente intollerabile, riversandola improvvisamente sul figlio adolescente o di utilizzarla per screditare il comportamento dell'altro genitore in caso di conflitti coniugali. Si tratta piuttosto di pensare a strategie che conducano progressivamente al disvelamento di miti e segreti familiari, verità scomode, avvenimenti drammatici che, se non consegnati al figlio divenuto adolescente, rischiano di condizionarne in modo decisivo la crescita e interferire con la realizzazione dei compiti evolutivi propri di questa fase dello sviluppo» (Lancini, 2015, pp.82-85)

Il risultato per Beatrice, del non avere accesso alla sua storia familiare, è un *vuoto* nell'identità intrecciato all'annidarsi in lei di sensi di colpa, che si manifestano nell'auto-rimprovero: «sarebbe ancora viva mia mamma se non fosse stata incinta di me!». Un vuoto che viene narrato violentemente dal corpo.

Non poter accedere alla storia personale e familiare si delinea come ostacolo allo sviluppo adolescenziale perché, come sottolinea Meltzer gli adolescenti per procedere in avanti devono essere in grado di ritornare al passato e riconnettersi alle proprie radici infantili. Lo sviluppo può avvenire solo se vi è la possibilità di ricollegarsi al passato.

Ed ecco che inserendo nello spazio terapeutico la figura della madre, le rappresentazioni rimosse e gli affetti aggressivi, sepolti nell'inconscio e che reclamano la loro attenzione parlando attraverso i sintomi, iniziano ad essere narrati e lentamente svelati. Le viene offerta la possibilità di parlare di quei pensieri che Bion spera che qualcuno si possa sentire preparato ad alloggiare nella propria mente o nella propria personalità. «Mi rendo conto che questa è una grossa richiesta, perché questi pensieri senza pensatori, pensieri vagabondi, sono anche potenzialmente pensieri selvaggi...[...]...a noi tutti

piace che i nostri pensieri siano addomesticati, ci piace che siano pensieri civilizzati, ben addomesticati, ci piace che siano pensieri razionali. Ciononostante, spero che possiate osare di dare a questi pensieri, per quanto irrazionali, un qualche tipo di alloggio temporaneo. E che poi li vestiate con parole adatte perché possano esprimersi pubblicamente e possa essere data loro la possibilità di mostrarsi anche se sembra che non siano molto bene attrezzati» (Neri, 2006, p.2).

Portare la *madre* dentro la stanza di terapia ha consentito di mostrare a Beatrice che se ne può parlare e che il suo terapeuta può tollerare i suoi sentimenti e lei può esprimerli liberamente.

«Dare un volto a una madre interna ritrovata - una madre che ti cura, che ti ama, cui puoi chiedere, con cui puoi consigliarti e che puoi anche far conoscere al mondo - è in sintesi una tappa esistenziale per l'elaborazione del lutto» (Vallino, 2019, p.197).

Conclusioni

Scrivono Recalcati (2022) che il dolore del lutto mostra che l'oggetto perduto è ancora presente, che è un'ombra che aderisce alla nostra vita. L'oggetto amato non c'è più, è morto, scomparso, ma la sua assenza è la forma più inquietante della sua presenza. Proprio perché non c'è più, l'altro continua ad esserci nella forma più violenta del rimpianto, del ricordo, della nostalgia struggente, in una mancanza impossibile da colmare.

È così che per Beatrice l'assenza non rappresentabile acquisisce una forma violenta narrata attraverso il sintomo nel quale si rifugia. Il tempo evolutivo allora si arresta, non vuole procedere, rimane bloccato. L'evoluzione identitaria si congela nel *sintomo olofrastico*.

«C'è sempre un resto dell'oggetto perduto che non si lascia dimenticare e la nostra esistenza è fatta di questi resti, dei resti dei nostri innumerevoli lutti» (Recalcati, 2022, p.77).

Bibliografia

- Bowlby J. (1980), *Attaccamento e perdita. Vol. 3: la perdita della madre*; Bollati Boringhieri, Torino
- Cancrini T. (2002), *Un tempo per il dolore*, Bollati Boringhieri, Torino
- Freud S. (2013), *L'elaborazione del lutto. Scritti sulla perdita*, Rizzoli, Milano
- Furman E. (1974), *Muore il genitore di un bambino*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Lancini M. (2015), *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Erickson, Trento

- Neri C. (2006), *Pensieri senza pensatori*, «Kóinos. Gruppo e funzione analitica», vol. 27, 1, Magi Edizioni, pp.17-32
- Recalcati M. (2011), *Il soggetto vuoto. Clinica psicoanalitica delle nuove forme del sintomo*, Erickson, Trento
- Recalcati M. (2016), *Incontrare l'assenza. Il trauma della perdita e la sua soggettivazione*, Asmepa Edizioni, Bologna
- Recalcati M. (2022), *La luce delle stelle morte. Saggio su lutto e nostalgia*, Feltrinelli, Milano
- Schiaffino A. (2017), *Il lutto ad altezza di bambino: se a morire è un genitore*, «Varchi. Tracce per la psicoanalisi», vol. 17, pp. 58-66
- Vallino D. (2019), *Fare psicoanalisi con genitori e bambini. La consultazione partecipata*, Mimesis, Milano
- Winnicott D.W. (2007), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma
- Yalom I. D. (2014), *Il dono della terapia*, BEAT, Vicenza

Prigionieri della vergogna. Un'analisi psicanalitica del ritiro sociale nei giovani Hikikomori

Sabrina Fusi ¹ e Luisa Iaria ²

¹ Educatrice professionale socio-pedagogica, Presidente OSD APS, Genova

² Tecnico di riabilitazione psichiatrica, dottore in psicologia, Genova

Sommario

L'Hikikomori è un fenomeno caratterizzato da un grave ritiro sociale a carico di adolescenti e giovani adulti che si rifugiano nella propria abitazione, in isolamento totale da ogni forma relazionale. In questo senso è una situazione strettamente collegata ai Neet, giovani che non sono impegnati in percorsi di istruzione, lavoro o formazione. Il presente articolo si concentra sulla relazione tra lo stato di autoreclusione e i sottostanti conflitti intrapsichici che lo generano. Comprendere tali dinamiche risulta essere fondamentale per sviluppare interventi in grado di affrontare non solo i sintomi del ritiro, ma anche i vissuti profondi che lo alimentano e che impediscono la strutturazione di un'identità personale e sociale, con un rischio elevato di sviluppo in un quadro psicotico.

Parole chiave

Ritiro sociale, vergogna, Neet, Hikikomori

O cameretta che già fosti un porto
 a le gravi tempeste mie diurne,
 fonte se' or di lagrime nocturne,
 che 'l di celate per vergogna porto.
 (F. Petrarca, *Canzoniere*)

Contesto socio culturale e inquadramento nosografico

I giovani vengono oggi a trovarsi sempre più a lungo in una situazione di confine tra la dipendenza dalla famiglia di origine, caratteristica dell'infanzia, e l'autonomia e le responsabilità, tipiche dell'età adulta. In questo scenario possono facilmente originarsi dei blocchi che diventano ostacolo al percorso evolutivo. Gratificati e protetti dalle frustrazioni da parte del gruppo familiare, si trovano non strutturati per affrontare le sfide di un mondo in continua e caotica evoluzione, nel quale le naturali esperienze al di fuori della sfera familiare rivelano gli inevitabili limiti del sé. Il risultato è quello che Bestazza (2013) definisce *sospensione esistenziale* ovvero quella particolare condizione in cui la persona avverte l'assenza di scopi e aspirazioni verso cui orientarsi e attraverso cui dare un senso alla propria esistenza. Un *non-senso esistenziale*, in cui la persona gira a vuoto, bloccata nel presente, senza un pensiero verso il futuro. Una inerzia evolutiva che porta il giovane adulto a vivere una condizione di sospensione e stagnazione.

Il fenomeno dei Neet e degli Hikikomori sono tra le manifestazioni più recenti di disagio psicologico e sociale, nel mondo come in Italia, di fronte ad una sofferenza così intima e difficile da comunicare. Il primo termine si riferisce a quei giovani, ritirati dal circuito dell'istruzione scolastica, che non sono impegnati in nessun tipo di attività lavorativa e in nessun percorso di formazione (*Not in Education, Employment or Training*). Allontanandosi dal sistema scolastico e formativo di fatto si allontanano da uno dei luoghi principali di protezione e soprattutto pregiudicano la loro evoluzione non solo a livello formativo, ma anche umano e socio-relazionale. In Italia, tra il 2016 e il 2023, la percentuale media di giovani Neet di età compresa tra i 20 e i 24 anni è diminuita dal 32 % al 21 %; nonostante ciò, il fenomeno resta decisamente di entità preoccupante. (Rapporto OCSE *Education at Glance* 2024).

Il termine Hikikomori (letteralmente tradotto *stare in disparte, isolarsi*; da *hiku* - tirare indietro e *komoru* - ritirarsi) è diventato di uso comune nella seconda metà degli anni '90, quando uno psichiatra giapponese, Takami Saitō, pubblicò *Hikikomori - Adolescenza senza fine* (1998). Saito definisce gli Hikikomori come quei giovani che volontariamente si ritirano dalla vita sociale, smettendo di andare a

scuola o al lavoro per più di sei mesi, che diventano reclusi nella propria casa, nella propria stanza per la maggior parte di questo tempo, e per i quali altri disturbi psichiatrici non spiegano meglio il sintomo primario del ritiro. Inizialmente l'H ikikomori era considerato un fenomeno esclusivo della società giapponese, ma più recentemente casi simili sono stati segnalati in molti altri paesi.

Secondo un recente studio pubblicato a gennaio 2025 (Cerbara et al.) il 10% degli adolescenti italiani di età compresa tra 14 e 19 anni si troverebbe in una condizione di estremo ritiro sociale, sovrapponibile a quella degli Hikikomori, rilevando una cronicità dell'autoisolamento come effetto psicosociale della diffusione del COVID-19. Il ritiro dal circuito scolastico e l'autoreclusione sembrano assumere il valore simbolico di una nuova modalità di espressione del disagio giovanile, diventando oggetto e mezzo di comunicazione di conflitti, problematiche familiari, scolastiche, sociali e psicologiche (Lancini, 2019).

Il DSM-5-TR, pubblicato nel 2022, include la condizione Hikikomori nella sezione dedicata ai *Concetti culturali di sofferenza*, relativi ai modi in cui diversi gruppi culturali provano, interpretano e comunicano la sofferenza, i problemi comportamentali e i pensieri o le emozioni disturbanti. Viene definita come *una sindrome di ritiro sociale prolungato e grave*, osservata in Giappone, *che può portare alla completa cessazione delle interazioni personali con gli altri*. Comportamento che può essere inizialmente egosintonico, ma di solito porta a un'angoscia nel tempo, spesso associato a un'elevata intensità di utilizzo di Internet e di scambi sociali virtuali. L'Hikikomori viene quindi trattato come un'espressione culturale, per il quale solo in Giappone esistono linee guida del Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare (MHLW, 2010), pur essendo stato riportato in molti contesti a livello mondiale.

Pertanto non è attualmente considerato un disturbo a se stante, con criteri diagnostici propri, ma in qualità di categoria transnosografica che può manifestarsi come condizione primaria o secondaria a disturbi psichiatrici esistenti. Questo aspetto è stato indagato da uno studio giapponese del 2010 (Koyama et al., 2010) volto ad esaminare la relazione tra Hikikomori e disturbi psichiatrici e che riporta i seguenti risultati: i giovani che hanno sperimentato Hikikomori hanno anche sperimentato nel 54,5% dei casi un disturbo psichiatrico (disturbo dell'umore, ansia, controllo degli impulsi o disturbo correlato a sostanze) nel corso della propria vita ma, sebbene i disturbi psichiatrici fossero spesso in comorbidità, metà dei casi sembra essere *Hikikomori primario*.

Ci si chiede, a questo punto, quali processi intrapsichici spingano un giovane adolescente a isolarsi e trovare un *rifugio* da ogni contesto sociale. Una delle possibili risposte è rintracciabile nell'impossibilità di spezzare il legame narcisistico che lo unisce alle figure genitoriali, che non gli

permette di separare la sua immagine reale - e ancora incompiuta - da quella idealizzata e perfetta dell'infanzia.

Il concetto di narcisismo: uno sguardo alla letteratura psicoanalitica

Freud (1905) aveva osservato come il narcisismo (inteso quale innamoramento della propria immagine corporea) fosse uno stadio evolutivo necessario al passaggio dall'autoerotismo all'amore oggettuale e che pudore e vergogna si attivassero come sentimenti funzionali al contenimento delle pulsioni sessuali infantili.

Grunberger (1971) concettualizza lo stesso costrutto come uno stato originario unico e privilegiato che, di fronte alle diverse esperienze relazionali con gli oggetti, diventa un ideale dell'Io cui ispirarsi e cui ambire. Da qui originano le nozioni di ferita e perdita narcisistica come concetti afferenti alla delusione subita dall'ideale dell'Io che ha come principale canale di espressione la *vergogna*, un turbamento interiore che nasce dalla mortificazione del Sé e pervade, in modo più esteso, l'intera identità.

Il contributo di Kohut (1971) risulta fondamentale per lo studio delle derive psicopatologiche che possono originare dal sentimento di vergogna e portare allo sviluppo di disturbi narcisistici e stati psicotici. La *condizione psicotica* viene reinterpretata dallo psicoanalista austriaco come struttura di personalità fortemente connotata da un deficit nel senso del Sé, caratterizzata da bisogni precoci di accudimento e rispecchiamento empatico non soddisfatti, che determinerebbero il permanere nell'insoddisfazione nel corso dello sviluppo. Quando le figure primarie falliscono nel loro ruolo oggetto-Sé, si genera nel bambino l'*angoscia di disintegrazione* quale minaccia al senso di integrità psichica. In questa situazione, il Sé grandioso viene scisso, dando origine a un vano senso di gloria e arroganza, oppure rimosso, dando vita a sentimenti di impotenza, vergogna, bassa autostima e depressione. L'*angoscia di disintegrazione* diviene la base per l'organizzazione di un disturbo narcisistico, legato al mancato o inadeguato rispecchiamento del Sé grandioso onnipotente.

Nicolò (2021) propone interessanti riflessioni teoriche e cliniche sugli aspetti riparativi del narcisismo in età adolescenziale. I rifornimenti narcisistici, in questa fase di sviluppo, appaiono funzionali a controbilanciare i processi di lutto cui il giovane adolescente deve far fronte per favorire il processo di separazione dalle figure genitoriali e lo sviluppo di una propria identità. La necessità di disinvestire le figure genitoriali e quindi le corrispondenti rappresentazioni interne e reinvestire il Sé, nel complesso tentativo di scoprire ed integrare il corpo sessuato e quindi una nuova realtà identitaria conducono a

vivere uno *stato narcisistico normale* caratterizzato da momenti di ritiro o isolamento e momenti di ribellione e arroganza. In questa cornice, l'uso di difese narcisistiche risulta essere un escamotage quasi necessario affinché il giovane possa accedere alla successiva integrazione di nuovi aspetti identitari (Nicolò, 2021).

Narcisismo e vergogna nel ritiro sociale

La letteratura sul ritiro sociale riporta che quando le persone iniziano a prendere le distanze dalla loro vita quotidiana e reale, inizialmente provano una sensazione di benessere, in quanto fuggono da una realtà percepita come dolorosa (Santona et al., 2023). Alcuni tipi di Hikikomori potrebbero in effetti rappresentare una particolare strategia di evitamento in risposta a situazioni stressanti che coinvolgono giudizi sociali ritenuti intollerabili. In questo senso essi potrebbero quindi non rappresentare di per sé un disturbo.

Tuttavia, mentre le tipiche esperienze momentanee di solitudine offrono riparo da situazioni percepite come insostenibili, forme più gravi e permanenti di ritiro sociale e completo isolamento possono avere un impatto significativo sulle traiettorie di sviluppo.

In questo contesto critico, il raccoglimento solitario come forma di difesa e di consolazione diviene un *rifugio impossibile*. L'uscita dal circuito studio/lavoro e il progressivo allontanamento dalle relazioni trasformano il luogo emblematico dell'introspezione e del riparo, la camera da letto, in prigione esistenziale e, in un circolo vizioso, portano i giovani ritirati ad allontanarsi sempre più dal circuito sociale di riferimento. Si consolida la percezione di essere inadatti al mondo dei pari, di non riuscire a gestire adeguatamente quegli spazi relazionali nei quali inizialmente hanno cercato di inserirsi senza successo, si ritrovano *stranieri* tra altri adolescenti, incapaci di comunicare e di interpretare segni e linguaggi dei coetanei. A questo si unisce la scissione interiore tra il modo in cui si sentivano visti dai genitori e i rimandi contraddittori provenienti dalla realtà dei pari, della scuola e dei contesti informali in cui sono inseriti. Si viene così a spezzare l'illusione di perfezione e sfuma il sogno narcisistico ricucibile solo a prezzo di autoinganni.

La paura centrale è quella di essere pubblicamente svergognati e che siano messe in luce le proprie mancanze, sia rispetto alle prestazioni che alle relazioni. La vergogna diviene un sentimento troppo doloroso, in quanto non deriva da un particolare agito o da un evento traumatico, ma è totalmente pervasivo, perché esito di un naturale e necessario percorso di separazione.

La sperimentazione di quote molto intense di vergogna può portare al diniego, alla dissociazione e alla costruzione di *rifugi della mente* (Steiner, 1993) utili a preservare il Sé da sentimenti di impotenza e abbandono. Queste difese impediscono la comunicazione e la simbolizzazione dell'esperienza traumatica della vergogna, conducendo a forme patologiche di narcisismo.

Pietropolli Charmet (2013) sostiene che i ragazzi dediti al ritiro sociale protratto siano alle prese con una fragilità narcisistica e una predisposizione alla mortificazione e all'umiliazione alimentata dalla crudeltà degli ideali interiorizzati durante la fase dello splendore infantile. Gioca un ruolo altresì importante l'investimento dei genitori, che troppo spesso vedono i figli come *estensioni narcisistiche* di loro stessi, attribuendo ad essi merito e valore solo nella misura in cui corrispondono alle caratteristiche che li rende dei buoni genitori. Tutto questo porta i ragazzi ritirati a crescere indubbiamente nel mondo di Narciso e non più in quello di Edipo, dove il senso di colpa viene sostituito dalla vergogna (Lancini 2019).

Il giovane Dorian Gray, adorato e onnipotente nella sua perfezione, si convince che restare per sempre nella stanza con il quadro sia l'unica soluzione affinché non ci sia un'intollerabile dicotomia tra l'immagine dipinta e quella inevitabilmente imperfetta davanti alle pressioni e alle sfide del mondo.

Ritiro sociale dai *non-luoghi*

È dall'esperienza traumatica, dal senso di angoscia e perdita di identità che Lucilla si rifugia per sei lunghi mesi. Ha terminato la classe quinta primaria quando i genitori decidono di cambiare abitazione e quartiere, trasferendosi da una zona di periferia, nella quale Lucilla è nata, a una zona residenziale della *Milano bene*. Un trasferimento che subisce *impotente* e attraverso il quale sente emergere un forte senso di sradicamento dalle proprie radici, un senso di abbandono di quei luoghi intrisi di ricordi, amicizie e senso di coesione a una comunità che nel nuovo quartiere non riesce a ritrovare.

Le amicizie vissute e giocate nei giardini, condivise quotidianamente lungo la strada per raggiungere la scuola sono ora un ricordo passato, che non trova una nuova possibilità di vita. Il nuovo quartiere viene vissuto quale *non-luogo*, per citare l'antropologo Augè (2024), intriso di assenza di scambi sociali, affetti e narrazioni personali. Lucilla sente perdere le sue radici ma anche le sue sicurezze, in un momento fortemente critico: il passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Quali passi di autonomia e separazione può fare se *costretta* a non potersi allontanare dalle figure genitoriali impegnate ad accompagnarla nell'esplorazione del nuovo quartiere e nella nuova riorganizzazione familiare? Quali

passi di autonomia può compiere se non può più raggiungere la scuola insieme alle sue amiche ma *si sente costretta a salire in macchina* con il papà e insieme a lui raggiungere il nuovo istituto scolastico? Nessuno. In Lucilla inizia a implodere il senso di impotenza, ma anche di vergogna verso un desiderio di autonomia e separazione dalle figure genitoriali che non riesce a concretizzarsi e che agli occhi dei nuovi compagni di classe la fa apparire *bambina*. Giorno dopo giorno vergogna e inadeguatezza si amplificano, fino a pervadere il suo mondo più profondo. Come potersi allora proteggere da questo sentimento di vergogna?

Lucilla inizia a sentire che l'unico luogo entro il quale può sentirsi serena è la sua cameretta, perché in essa *abitano* gli oggetti e i mobili della sua infanzia. Sono lì a ricordarle chi era e a nutrire la sua identità. Giorno dopo giorno inizia a trascorrervi sempre più tempo, fino a quando diverrà il suo *rifugio*. Un rifugio che la proteggerà per sei lunghi mesi.

Ritirarsi per socializzare attraverso i social

Alan ha 13 anni. Durante la scuola primaria ha mostrato uno sviluppo cognitivo precoce con un rendimento scolastico eccezionale. Suonava la batteria e il pianoforte, scriveva poesie e apprendeva con facilità ogni lezione didattica, tanto da essere definito dai suoi insegnanti un *alunno plusdotato*. Si caratterizza fin da piccolo per una forte timidezza e un'elevata sensibilità ai giudizi e alla *vergogna* che rendono i rapporti con i coetanei difficili e lo portano all'isolamento.

In età adolescenziale inizia ad assumere atteggiamenti sempre più ripetitivi e ritualistici, a mostrare interessi ristretti e descritti dai coetanei come *bizzarri*. L'ideazione si polarizza su alcune specifiche tematiche quali i treni e i dinosauri che non trovano interesse e condivisione entro il gruppo dei pari. I quali, a loro volta, non mostrano alcun desiderio di trovare punti di incontro con lui per cercare interessi comuni e provare a dividerli, nutrendo così una relazione amicale.

A seguito di un consulto con un neuropsichiatra infantile emerge la diagnosi di Asperger e con essa, lungo il percorso evolutivo, esperienze sociali sempre più frustranti caratterizzate da continui tentativi di approcci relazionali ad esito negativo che lentamente mortificano il suo Sé e pervadono, in modo più esteso, la sua intera identità. Un'identità costruita nella solitudine più totale, senza possibilità di rispecchiamento in alcun coetaneo, senza ricevere alcun piccolo segno di interesse e ammirazione.

Progressivamente Alan tende ad isolarsi sempre più, trascorrendo sempre più tempo nella sua cameretta. Qui scopre la possibilità, attraverso i giochi online, di poter entrare in comunicazione e relazione con altri adolescenti che condividono la stessa passione. Una passione non più considerata

bizzarra, ma qualcosa di condiviso e che può essere condiviso, che può nutrire quel mondo simbolico di cui il processo di sviluppo adolescenziale necessita per darsi una nuova forma e riconoscere le forme che, faticosamente, tentano di emergere e farsi spazio.

Lentamente la sua cameretta diviene il solo luogo entro cui desidera stare. Entro cui sente di potersi rifugiare da quella comunità sociale che non riesce ad accoglierlo e in cui lui si vergogna di stare. Un rifugio entro il quale scopre una nuova comunità sociale e nuove possibilità di relazione ed entro le quali, lo psicologo che inizierà a seguirlo, porrà le prime basi per un percorso psicoterapeutico.

Conclusioni

Nell'analizzare i processi sottostanti il ritiro sociale estremo emerge dunque che l'isolamento in realtà sia spesso un tentativo di proteggere un Io ancora fragile, esposto al giudizio e alla complessità delle dinamiche sociali. In particolare, il ritiro appare essere una difesa dalla ferita narcisistica nel veder crollare l'immagine grandiosa di sé sviluppata durante l'infanzia e dalla vergogna nel confronto con il mondo esterno. Lo stato di Hikikomori sottende quindi un conflitto identitario e la cameretta, rifugio immaginario di un Sé ideale, finisce per diventare il teatro silenzioso di una lotta interna non risolta.

Comprendere la perdita di orizzonti in Lucilla (che le impediscono di trovare la sua rotta allontanandosi dai genitori) o l'impossibilità di Alan di un confronto con i pari se non tramite la rete (che gli consente di creare un dialogo sociale senza vergogna) significa andare oltre le etichette diagnostiche e le disfunzioni comportamentali per dar voce, e quindi significati, a ferite invisibili.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2022), *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*, American Psychiatric Association, Washington
- Augè M. (2024), *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano
- Bestazza R. (2013), *Giovani adulti in sospensione esistenziale*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n.59-2013, Milano.
- Cerbara L., Ciancimino G., Corsetti G. e Tintori A. (2025), *Self-isolation of adolescents after Covid-19 pandemic between social withdrawal and Hikikomori risk in Italy*, «Scientific Reports» 15,1995
- Freud S. (2012), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Bollati Boringhieri, Torino
- Grunberger B. (1977), *Il narcisismo*, Laterza, Roma

- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T. & World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006 (2010), *Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan*, «Psychiatry research», 176(1), pp. 69 - 74.
- Lancini M. (2019), *Il ritiro sociale negli adolescenti: la solitudine di una generazione iperconnessa*, Raffaello Cortina, Milano.
- MHLW Ministry of Health Labor and Welfare (2010), *Guideline for evaluation and assistance of hikikomori*, Ministry of Health, Labour & Welfare, Tokyo
- Nicolò A.M. (2021), *Rotture evolutive. Psicoanalisi dei breakdown e delle soluzioni difensive*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- OECD (2024), *Education at a Glance 2024: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris
- Pietropolli Charmet G. (2013), *La paura di essere brutti. Gli adolescenti e il corpo*, Raffaello Cortina, Milano
- Saitō T. (1998), *Hikikomori. Adolescence without End*, University of Minnesota Press, Minneapolis
- Santona A., Lionetti F., Tognasso G., Fusco C., Maccagnano G., Barreca, D. e Gorla L. (2023), *Sensitivity and Attachment in an Italian Sample of Hikikomori Adolescents and Young Adults*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 20(12)
- Steiner J. (1993), *I rifugi della mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*, Bollati Boringhieri, Torino

L'uso dei social in adolescenza: estensione delle relazioni o rifugi della mente?

Sergio Messina ¹, Zara Mehrnoosh ², Roberta Rota ³ e Sabrina Fusi ⁴

¹ Neuropsichiatra Infantile, SSD NPI ASP3, Caltagirone

² Pedagogista, Psicologa-psicoterapeuta, Vicepresidente OSD APS, Professore a contratto Università di Genova

³ Pedagogista, Psicologa, Arma di Taggia

⁴ Educatrice professionale socio-pedagogica, Presidente OSD APS, Genova

Sommario

Per gli adolescenti alle prese con i compiti di sviluppo e le sfide ad essi connessi, i social rappresentano lo strumento con cui poter rimanere *costantemente connessi* con il gruppo dei pari, trovando terreno fertile per la trasposizione virtuale di desideri e difficoltà esistenziali e ricevere quell'ammirazione e rispecchiamento su cui poter reinvestire narcisisticamente i *nuovi* aspetti del Sé. Nel presente studio si riportano i dati raccolti tra 1.169 adolescenti tra gli 11 e i 18 anni, con l'obiettivo di aprire riflessioni sulla percezione di come utilizzino e *vivano* il mondo dei social.

Parole chiave

Social, adolescenza, rispecchiamento, connessione

Il mondo dei social dobbiamo ormai osservarlo come un'estensione della mente umana, un mondo virtuale che si intreccia con il mondo reale e determina vere e proprie ristrutturazioni cognitive, emotive e relazionali. «Reale e virtuale oggi si embricano, si sovrappongono, si compenetrano e si completano in modi sempre più complessi e affascinanti, configurando nuove mappe cognitive, nuovi sentieri per l'espressione di sé, per la relazione, per lo svago e il lavoro» (La Barbera e Mulè, p.4).

Per gli adolescenti alle prese con i compiti di sviluppo e le sfide ad essi connessi, i social rappresentano lo strumento con cui poter rimanere *costantemente connessi* con il gruppo dei pari trovando terreno fertile per la trasposizione virtuale di desideri e difficoltà esistenziali, ma anche rinegoziare i contenuti simbolici e reinvestire narcisisticamente i *nuovi* aspetti del Sé. Inoltre, per controbilanciare i processi di lutto a cui devono necessariamente far fronte per favorire il processo di separazione e individuazione dalle figure genitoriali, per acquisire una personale identità, l'accettazione di un corpo che muta, la scoperta di un'identità sessuale, lo sviluppo di una identità sociale che si fonda, spesso in modo estremo, sul bisogno di riconoscimento e ammirazione nel gruppo dei pari. In questa oscillazione i social acquistano il ruolo privilegiato per ricevere conferme esterne alla famiglia, saziare l'incolmabile bisogno di ammirazione, possibilità di rispecchiamento e precocissimo vissuto di appartenenza al collettivo (Biolcati, 2010).

In un'ottica di accompagnamento degli adolescenti verso i loro compiti di sviluppo, potrà essere utile valutare con quali modalità l'uso dei social incida sul bilancio evolutivo, cercando di cogliere in che modo venga vissuto lo spazio virtuale, se come un rifugio protettivo dal confronto con il mondo esterno, o viceversa come una *palestra sociale* per sperimentarsi in vista del contatto e delle relazioni reali (Di Lorenzo e coll., 2013), una risorsa o un vincolo alla costruzione o al mantenimento della rete sociale e amicale (Baiooco e coll., 2011).

All'interno di questa cornice, la nostra indagine si muove verso l'esplorazione, attraverso la compilazione di un questionario (appendice A), di come gli adolescenti utilizzino e *vivano* il mondo dei social al fine di apportare un nostro contributo al tema. In letteratura, le ricerche sulle modalità di utilizzo dei social sono ancora limitate e spesso focalizzate sul tema dell'*internet addiction* e i potenziali fattori di rischio in ambito psicopatologico (Griffiths, 1996; La Barbera e Mulè, 2010; Di Lorenzo e coll., 2013; Rusconi e coll., 2012; Schimmenti, 2008). Alla nostra ricerca hanno partecipato 1.169 adolescenti tra gli 11 e i 18 anni. I dati li abbiamo elaborati considerando tre diversi gruppi organizzati in base all'età: il primo gruppo si riferisce alla fascia 11 - 12 anni (N 471), il secondo 13 - 14 anni (N 489) e il terzo 15 - 18 anni (N 209).

I social in adolescenza

Nonostante quanto previsto nel Decreto Legislativo n.101/2018 (GU, 2018) che fissa nei 14 anni l'età minima per poter esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali in relazione all'offerta diretta di servizi della società di informazione, e quindi la possibilità di essere presenti sui social, nella nostra ricerca i partecipanti nella fascia 11-12 anni dichiarano di aver iniziato ad usarli intorno ai 9,7 anni, mentre il gruppo 13 -14 intorno ai 10,6 anni e il gruppo 15 -18 intorno agli 11,8 anni. Il dato evidenzia un abbassamento sempre più precoce dell'accesso ai dispositivi e agli ambienti online (una tendenza accelerata dalla pandemia di COVID-19).

Il possesso di un proprio dispositivo rappresenta il risultato dell'incontro di un bisogno di ottenere uno strumento condiviso e diffuso nel gruppo dei pari e la necessità da parte dei genitori di continuare a possedere un controllo sui figli che lentamente iniziano a conquistare i primi spazi di autonomia fuori dalla famiglia. Tutti i ragazzi coinvolti nella ricerca possiedono uno smartphone personale e un profilo su almeno una piattaforma di messaggistica (fig. 1), prima fra tutte WhatsApp. L'11,5% (fascia 11-12), il 30,7% (13-14 anni) e il 26,8% (15-18) dichiara di possedere anche un profilo segreto.

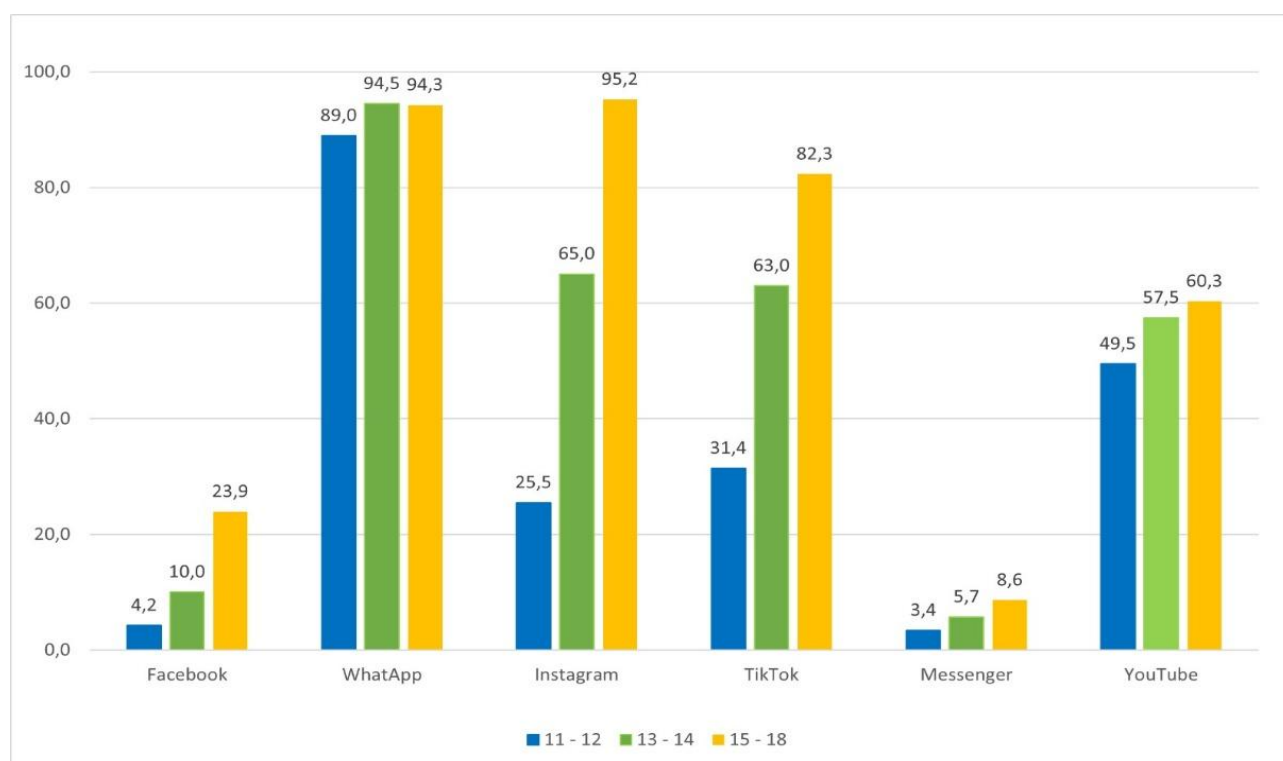


Fig. 1 - Profili personali

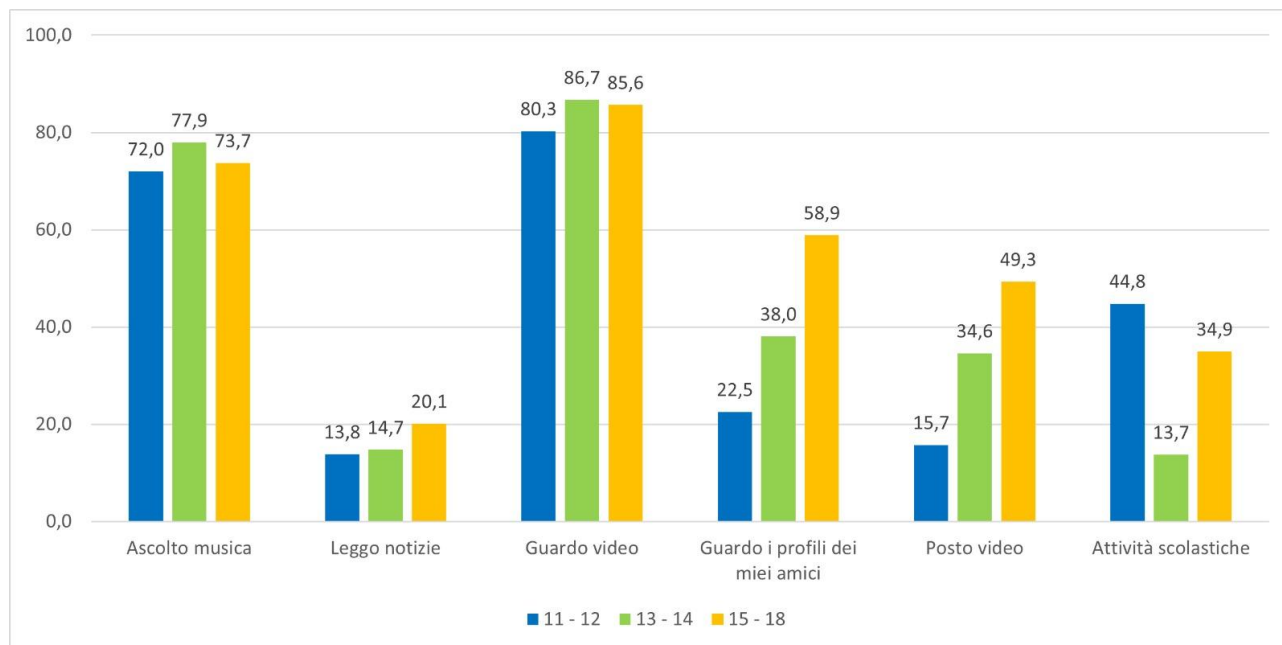


Fig. 2 – Funzioni

Interessante è osservare come i social vengano *osservati* più che *utilizzati attivamente*, soprattutto per guardare brevi video e ascoltare musica. Su questo, possiamo fare importanti riflessioni su come l'osservare possa essere considerata una *palestra di studio* del comportamento dei pari per poi *agire attivamente un proprio comportamento o un'interazione*, sulla base di un rispecchiamento. O al contrario possa rappresentare una modalità passiva di mera osservazione di vite e successi altrui, infarcita di sentimenti di invidia e fallimento personale, che può alimentare un senso di solitudine e povertà vitale. «Alcuni autori ritengono che l'aumentato sentimento di solitudine e la riduzione del benessere soggettivo sarebbero più connessi, più che all'uso in sé dei social network, alla modalità (attiva oppure passiva) con cui questi sarebbero utilizzati. Nei casi in cui i soggetti interagiscono attivamente sui social network, mediante la pubblicazione di messaggi o immagini, commentando altri post o esprimendo i loro commenti, le sensazioni di benessere incrementano e quelle di solitudine, di contro, si riducono. Quando invece il soggetto fruisce passivamente delle informazioni offerte da Facebook, si verificherebbe il contrario... [...] ... Il consumo passivo della vita di altre persone oltre i social media - le loro immagini idealizzate di vacanze, lavoro, pasti e la famiglia - sembrano tradursi in

una percezione più negativa della nostra vita e delle nostre interazioni sociali» (Ribolsi et. al, 2021, p.126).

Per la fascia 11-12 anni il 69,4% dei genitori ha applicato un parental control (che consenta di filtrare i contenuti a cui i figli possono accedere oppure di impostare il tempo massimo di fruizione). Il dato scende al 55,6% nella fascia 13 - 14 anni e al 9,5% per il gruppo 15 - 18 anni.

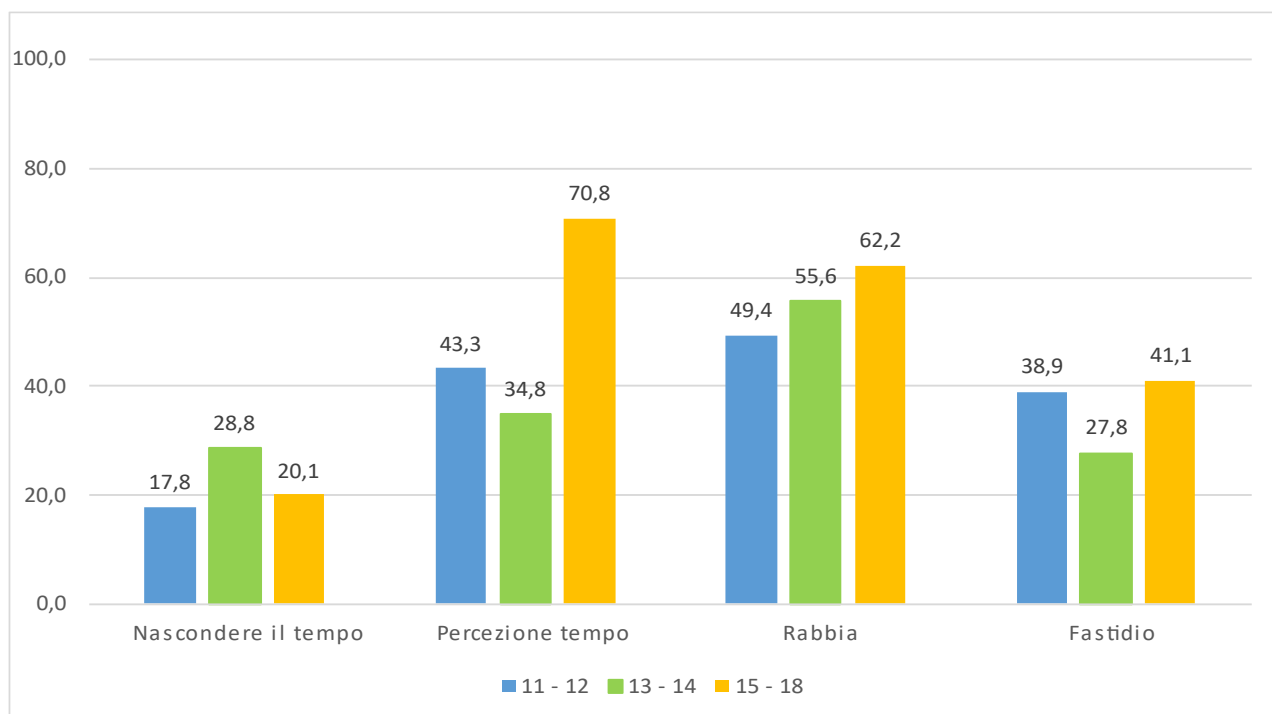


Fig. 3 - Percezione del tempo e reazioni alla disconnessione

Non più di un terzo dei ragazzi riferisce di nascondere ai propri genitori il tempo trascorso sui social. Interessante è il dato riferito alla percezione che possiedono rispetto al trascorrere *troppo tempo* collegati online, che con il crescere dell'età aumenta sempre più, fino a raggiungere il 70,8%. “Stiamo tanto tempo in rete ma ne siamo consapevoli!” dimostra come siano tutt'altro che avulsi dal riconoscere gli effetti negativi legati al sovra-utilizzo della connessione online. Consapevolezza che può porsi quale fattore di protezione all'interno di programmi di prevenzione e uso consapevole delle tecnologie.

Altro dato interessante riguarda il *sentimento di rabbia quando i genitori ritirano loro il cellulare* che aumenta con il crescere dell'età. Questa implementazione può essere letta alla luce di un progressivo ed *evolutivo* desiderio di conquistare sempre maggiore autonomia dalle figure genitoriali,

potendo usufruire dello spazio social con maggiore libertà, godendo al contempo della fiducia ricevuta dei genitori rispetto alle loro capacità di autogestione e autoregolazione.

Maggiore altalenante è invece il sentimento di *fastidio quando qualcuno chiede di scollegarsi*.

Selfie e storie tra bisogno di espressione e ammirazione

Il selfie, le storie e i video appaiono come i mezzi più diffusi per dare voce al bisogno di ammirazione e rispecchiamento nel gruppo dei pari. Postati su Instagram, Facebook e TikTok diventano occasioni per mostrare la propria quotidianità e la propria *storia personale*, amplificando un mondo che se percepito come ristretto può espandersi grazie alla diffusione *social-e* che apporta il suo contributo valutativo e valoriale attraverso *like* e *condivisioni*. «È fin troppo ovvio che la diffusione della moda del selfie rappresenta una protesi della fragilità dell'autostima e racconta della paura di non essere visto, e quindi di essere dimenticato; il lenimento degli amici che guardano è veramente un balsamo e celebra, se ce ne fosse bisogno, l'importanza dello sguardo dell'altro, nella speranza che distillandolo si possa estrarne qualche stilla di ammirazione» (Pietropolli Charmet, 2018, p. 40).

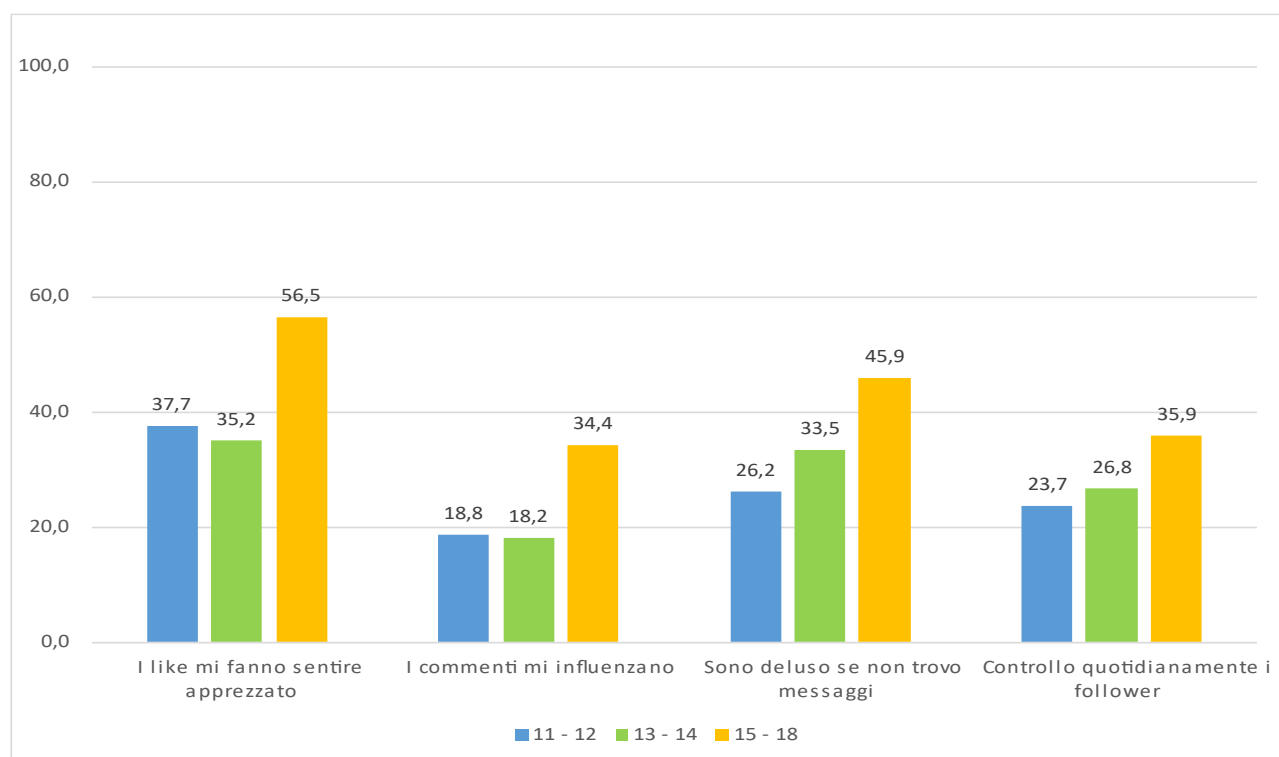


Fig. 4 - Bisogno di ammirazione e riconoscimento

Nella figura 4 si ben evidenzia l'aumento, con il crescere dell'età, *passo dopo passo, anno dopo anno* dell'importanza, e della percezione dell'importanza, del rispecchiamento e l'ammirazione da parte del gruppo dei pari. Elementi che si nutrono di *like e i commenti ricevuti sui social, del controllo quotidiano dei follower e dei like, della delusione quando accendendo il cellulare non si trovano notifiche o messaggi*.

Rifugi delle mente o strumento per mantenere e allargare le relazioni?

Nel nostro studio abbiamo voluto anche focalizzare l'attenzione sulla possibilità che i social rappresentino per gli adolescenti uno strumento per mantenere e allargare le relazioni o al contrario per rifugiarsi da esse. Come abbiamo precedentemente sottolineato, le ricerche sulle modalità di utilizzo dei social si sono spesso focalizzate sul tema dell'*internet addiction* e i potenziali fattori di rischio in ambito psicopatologico, percorrendo una strada di studi volta a evidenziare come l'uso della tecnologia possa, pericolosamente, rappresentare una possibilità di *rifugio della mente*. «È evidente che le caratteristiche peculiari delle attuali tecnologie informatiche, in particolare il controllo onnipotente che il soggetto ha sullo strumento e le possibilità apparentemente illimitate di interazione che esso fornisce, possono rappresentare un supporto importante per il ritiro nei rifugi della mente, evocando stimoli sensoriali e stati del Sé alternativi alle espressioni ordinarie della coscienza...[...]... il sollievo che si ricava col ritirarsi temporaneamente nei rifugi della mente non è necessariamente patologico, e può essere messo al servizio dell'Io, dell'energia personale, della creatività e delle relazioni oggettuali; ma quando, invece, il rifugio della mente tende alla reiterazione eccessiva ed alla dipendenza morbosa, esso comporta il rischio della coazione all'isolamento, alla distorsione del senso del Sé e delle relazioni con gli altri, fino alla perdita del contatto vitale con la realtà, a favore di attività autoerotiche compulsive e di varie forme di dipendenza patologica» (Schimmenti, 2008, p.137).

La tecnologia, in questa prospettiva, può presentarsi quale rifugio contenitore di un nucleo identitario frammentato, privo di energia, disperatamente bisognoso di gratificazioni e ammirazione. «Possiamo affermare allora che, nei casi più severi di dipendenza tecnologica, il ritiro in stati mentali dissociati dal resto della coscienza ha la funzione di creare una realtà interiore più favorevole, attraverso l'allontanamento delle emozioni traumatiche, delle memorie connesse alla trascuratezza emotiva e del sentimento di vuoto esistenziale generato dal falso Sé» (Schimmenti, 2008, p.141). Come scrive La Barbera (2005, p.122) «come il tossicomane nella fase iniziale di "luna di miele" con la sostanza scopre l'emozione rivelatrice dell'esistenza dell'accesso a mondi sensoriali straordinari e appaganti, e

conseguentemente intuisce la plausibilità di restituire senso nuovo agli oggetti di relazione, in modo analogo i consumatori di esperienze virtuali scoprono la possibilità d'ingresso in un mondo spesso altamente gratificante rispetto ai loro bisogni».

Nella nostra ricerca i dati tendono a restituirci uno scenario diverso, maggiormente orientato all'uso dei social come possibilità di apertura verso le relazioni, di desiderio di mantenerle attive e di poterle allargare. Come sottolineato precedentemente, per il 68% di tutti gli adolescenti intervistati, i social non rappresentano uno strumento di fuga e rifugio, ma al contrario una *palestra relazionale* in cui allenare il processo di costruzione identitaria e sociale, un luogo ove vivere il rispecchiamento con il gruppo dei pari, il riconoscersi nell'altro e attraverso l'altro, trovare nuove modalità per osservare, imitare e reinterpretare i comportamenti e gli stili di vita dei coetanei. Una palestra relazionale che si arricchisce anche della possibilità di studiare virtualmente insieme, mantenendo aperta una videochiamata pomeridiana (31,1% fascia 11-12 anni; 42,3% fascia 13-14 anni e 37,3% per gli adolescenti 15-18 anni).

La cornice della fruizione dei social come possibilità per mantenere e allargare le relazioni si muove nella direzione delle ricerche condotte da Baiocco e coll. (2011) che attraverso un campione di 695 adolescenti tra i 14 e i 19 anni hanno evidenziato che chi riferisce una buona vita relazionale trascorra più tempo in rete, utilizzandola per divertimento, per creare e mantenere relazioni amicali, per parlare degli aspetti più intimi di sé e dei propri segreti, utilizzandola quindi come strumento in grado di potenziare le loro competenze relazionali. Gli adolescenti che non usano Internet o lo usano raramente riferiscono, invece, di avere minori interazioni con il gruppo dei pari e una vita relazionale meno soddisfacente. Per Biolcati (2010) la maggior parte del tempo trascorso online dai giovani (sia maschi che femmine) è dedicato alle relazioni di amicizia conosciute in una dimensione offline e solo secondariamente per conoscere persone nuove.

Conclusioni

Indagare l'uso dei social, esplorando la tipologia di attività che vengono svolte online e non tanto (non solo) il tempo di utilizzo, consente di entrare in quello *spazio* entro cui gli adolescenti estendono le loro relazioni per esperire alcune delle dinamiche che caratterizzano le loro interazioni quotidiane. Sono le modalità di fruizione che possono fornire informazioni preziose sul loro stato emotivo ed evolutivo. «È importante sottolineare la differenza esistente tra un uso della rete relazionale, tramite chat e social network, un utilizzo solipsistico, concentrato sulla ricerca di informazioni, oppure ludico attraverso il

ricorso ai videogiochi, che possono prevedere anche l'interazione con altri, nella modalità *multiplayer*» (Lancini et al., 2020, p. 229).

Per molti giovani, i social non sono una fuga, ma una *palestra relazionale* in cui allenare il processo di costruzione identitaria e sociale (O'Day e Heimberg, 2021), un luogo ove vivere il rispecchiamento col gruppo dei pari, il riconoscersi nell'altro e attraverso l'altro.

Attraverso i social è possibile trovare nuove modalità per osservare, imitare e reinterpretare comportamenti e stili di vita dei propri coetanei. Guardare storie su Instagram o TikTok, mettere like a un post o commentare un contenuto non sono solo atti passivi, ma veri e propri strumenti di partecipazione al gruppo dei pari. Questi gesti, per quanto semplici, diventano una forma di linguaggio, un modo per dire "ci sono anch'io, sono parte di questo" (Keles et al., 2020). Tale rispecchiamento si allarga alla possibilità di esplorare aspetti di sé che, nella vita offline, potrebbero restare inespressi. Un adolescente *timido*, ad esempio, potrebbe trovare nei social un modo per comunicare i propri interessi, condividere i propri pensieri e ricevere approvazione senza il peso del contatto diretto. Questo non significa che la comunicazione virtuale sostituisca quella reale, ma che la possa integrare, offrendo un ulteriore canale per sperimentare il sé e confrontarsi con gli altri, per rimanere in contatto con i coetanei anche al di fuori degli ambienti tradizionali come la scuola o il gruppo sportivo. La possibilità di *uscire* virtualmente con gli amici o *studiare insieme* attraverso una videochiamata non è un'alternativa al contatto fisico, ma una sua prosecuzione, una modalità nuova di collaborazione e sostegno reciproco, che rafforza il legame e aggiunge valore alla relazione (Best et al., 2014). Sono gli stessi ragazzi che sottolineano questa importante differenza, sottolineando come nel 90% (fascia 11-12 anni), 77,8% (13-14 anni) e 80,4% (15-18 anni) dei casi non provino maggiore piacere a navigare tra i social rispetto all'uscire con gli amici.

Gli adolescenti sembrano quindi non usare i social per isolarsi dal mondo, *abbandonando* la realtà per rifugiarsi in un mondo virtuale, ma per ampliarlo, per esplorare nuove opportunità di relazione, per sentirsi parte di qualcosa di più grande, per reinterpretare le modalità di relazione secondo le logiche di un mondo in cui il digitale è diventato parte integrante del vivere quotidiano.

Come adulti di riferimento abbiamo la responsabilità di prenderne atto e accompagnarli nell'esplorazione consapevole di questa nuova realtà relazionale.

Ringraziamenti

Ringraziamo gli Istituti Scolastici Liguri che hanno collaborato alla presente ricerca.

Bibliografia

- Baiocco R., Laghi F., Carotenuto M. e Del Miglio C. (2011), *Amicizia on-line: disimpegno o stimolazione?*, «Psicologia clinica dello sviluppo», 15(2), pp. 335-352
- Best P., Manktelow R. e Taylor B. (2014), *Online communication, social media and adolescent wellbeing: a systematic narrative review*, «Children and Youth Service Review» n. 41, pp. 27-36
- Biolcati R. (2010), *La vita online degli adolescenti: tra sperimentazione e rischio*, «Psicologia clinica dello sviluppo», 14(2), pp. 267-297
- Decreto legislativo 10 agosto 2018, n.101 *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*
- Di Lorenzo M., Lancini M., Suttora C. e Zanella T.E. (2013), *La dipendenza da internet in adolescenza tra normalità e psicopatologia: uno studio italiano*, «Psichiatria e Psicoterapia» vol.32, 2, pp. 101-134
- Griffiths M. (1996), *Internet "addiction": an issue for clinical psychology?*, «Clinical Psychology Forum» n. 97, pp. 32-36
- Keles B., McCrae N. e Grealish A. (2020), *A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents*, «International Journal of Adolescence and Youth», vol. 25, pp. 79-93
- La Barbera D. e Mulè A. (2010), *Dipendenze tecnologiche e da internet in adolescenza*, «Quaderni Italiani di Psichiatria», 29(1), pp.3-8
- La Barbera D. (2005), *Le dipendenze tecnologiche. Le mente dei nuovi scenari dell'addiction "tecnomediata"*, in Caretti V. e La Barbera D. (ed.), *Le dipendenze tecnologiche. Clinica e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Lancini M., Cirillo L., Scodeggio T. e Zanella T. (2020), *L'adolescente*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- O'Day E.B. e Heimberg R.G. (2021), *Social media use, social anxiety, and loneliness: a systematic review*, «Computers in human Behavior Reports» vol. 3
- Pietropolli Charmet G. (2018), *L'insostenibile bisogno di ammirazione*, Editori Laterza, Roma
- Ribolsi M., Niolu C. e Siracusano A. (2021), *Nuove dimensioni psicopatologiche della salute mentale: solitudine e povertà vitale*, «Nóos», n. 3, pp.123-129

- Rusconi A.C., Valeriani G., Carlone C., Raimondo P., Quartini A., Coccanari Dè Fornari M.A. e Biondi M. (2012), *Internet addiction disorder e social networks: analisi statistica di correlazione e studio dell'associazione con l'ansia da interazione sociale*, «Rivista di psichiatria» n.47, pp.498-507
- Schimmenti A. (2008), *Rifugiarsi dalla mente: emozioni traumatiche e dissociazione nelle dipendenze tecnologiche*, «Psichiatria e Psicoterapia» 27(2), pp. 133-145

APPENDICE A

Questionario sull'uso dei social in adolescenza

1. Età
2. A che età hai iniziato a usare i social?
3. Per quali funzioni?

☐ ascolto musica	☐ guardo video	☐ attività scolastiche
☐ guardo i profili dei miei amici	☐ posto video/foto	☐ leggo notizie giornalistiche
4. Di quali social hai un profilo personale?

☐ Facebook	☐ WhatsApp	☐ Instagram
☐ YouTube	☐ Messenger	☐ TikTok
5. I social sono per te un modo: ☐ per ALLARGARE le relazioni ☐ per RIFUGIARTI dalle relazioni
6. I tuoi genitori hanno messo un blocco al tempo che puoi trascorrere su internet ☐ Sì ☐ NO
7. Hai un profilo segreto che nessuno conosce ☐ Sì ☐ NO
8. Quando studi mantieni aperta una videochiamata con un amico ☐ Sì ☐ NO
9. Pensi di trascorrer troppo tempo sui social ☐ Sì ☐ NO
10. I like che ricevi ti fanno sentire importante e apprezzato ☐ Sì ☐ NO
11. Ti influenzano i commenti che ricevi sui social ☐ Sì ☐ NO
12. Controlli quotidianamente quanti ti seguono e mettono like ☐ Sì ☐ NO
13. Provi delusione se accendendo il cellulare non trovi notifiche o messaggi ☐ Sì ☐ NO
14. Se i tuoi genitori ti ritirano il telefono reagisci con rabbia ☐ Sì ☐ NO
15. Sei infastidito se qualcuno ti chiede di scollegarti ☐ Sì ☐ NO
16. Nascondi ai tuoi genitori la quantità di tempo che trascorri in rete ☐ Sì ☐ NO
17. I tuoi genitori si lamentano perché trascorri troppo tempo collegato ☐ Sì ☐ NO
18. Provi maggiore piacere a navigare tra i social che a uscire con gli amici ☐ Sì ☐ NO

Kairòs - sguardi sull'età evolutiva

Numero 2/2025

ISSN 3035-2975

Registrazione Tribunale di Genova n. 8 del 18.09.2024