

Compiti evolutivi e sostegno alla crescita in adolescenti con malattie croniche

Claudia Altea (**)

Abstract

Attraverso una breve rassegna bibliografica, l'articolo affronta il tema della diagnosi di malattia cronica in adolescenza. L'intenzione è in primo luogo quella di esporre alcune ipotesi sul ruolo che la crescita può svolgere nell'esordio di patologie croniche in questa fase dello sviluppo. Secondariamente, si procederà a una breve esposizione di come la malattia cronica fisica in adolescenza, coinvolga e modifichi i processi di sviluppo emotivo e affettivo e renda più complicata la crescita e la realizzazione dei compiti evolutivi.

Infine, si illustreranno quali percorsi terapeutici possono supportare nella crescita adolescenti "col corpo malato", alle prese con i compiti evolutivi tipici della fase del ciclo vitale.

Parole chiave: adolescenza, compiti evolutivi, malattia cronica, corpo, sostegno.

1. Il corpo in psicoanalisi

La ricerca psicoanalitica ha contribuito a comprendere come spesso l'adolescente privilegi il corpo per dare voce alla sofferenza psichica ed esprimere conflitti evolutivi profondi. Come afferma Charmet (*in* Vanni, 2005), negli ultimi decenni si è assistito in adolescenza all'espressione del dolore, dovuto allo scacco nella realizzazione dei compiti evolutivi, attraverso nuove modalità che fanno del corpo il canale di comunicazione principale. Già Freud agli esordi della psicoanalisi formulò alcune ipotesi sul significato simbolico delle manipolazioni del corpo in adolescenza. Tale ipotesi consisteva nel ritenere che i sintomi isterici "fossero da ricondurre a fenomeni di conversione che, grazie ad una compiacenza somatica e a complessi fenomeni di conversione e regressione finissero per

**Dott.ssa Claudia Altea - Psicologa, specializzanda presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescente e del Giovane Adulto.

attivare innervazioni incongrue in grado di inibire o esagerare alcune funzioni somatiche” (Charmet, *in* Vanni, 2005). La riattivazione adolescenziale del conflitto edipico determinato dall’incremento pulsionale sarebbe all’origine del sintomo somatico. Ovvero, alcune forme di pensiero molto primitive, più vicine alle innervazioni e quindi facilitate nell’accesso al biologico, troverebbero modo di esprimersi e soddisfarsi simbolicamente attraverso le manipolazioni isteriche del corpo adolescenziale femminile (Charmet, *in* Vanni, 2005).

Charmet (Vanni, 2005) sottolinea come “attualmente nel nostro paese siano diminuiti gli adolescenti che utilizzano la produzione di sintomi isterici per ridurre il dolore mentale e socializzare il loro problema”. Secondo alcuni ricercatori sono invece aumentate, negli ultimi decenni, le malattie d’indole psicosomatica; numerosi sembrerebbero gli adolescenti che lamentano forme allergiche e sintomi difficilmente riconducibili ad un lesione d’organo (Charmet, *in* Vanni, 2005).

Secondo Charmet (Vanni, 2005) il modello di funzionamento mentale degli adolescenti alle prese con malattie psicosomatiche può essere avvicinato a quello degli adolescenti che esprimono il loro scacco evolutivo attraverso azioni violente, attività impulsive e trasgressive. Nell’attacco al corpo come nell’attacco alla norma, la sofferenza è espulsa attraverso un’azione molto violenta. È stato osservato che in entrambi i casi è presente sia un contesto relazionale che non facilita il processo di separazione, sia un impoverimento della vita fantasmatica, la prevalenza del pensiero operativo, una difficile rievocazione del passato, un disinteresse per il futuro, un inaridimento dell’attività onirica, ed infine la tendenza alla duplicazione proiettiva, cioè a ritenere che gli altri funzionino mentalmente come se stessi (Charmet, *in* Vanni, 2005).

È interessante a tale proposito, quanto accade nelle malattie croniche autoimmuni, come possono essere, per esempio, il Diabete, l’Artrite Reumatoide, il Lupus e la Psoriasi. Le patologie autoimmuni si caratterizzano infatti per lo sviluppo di una risposta immunitaria contro il Self che produce uno stato di infiammazione cronica.

Da un punto di vista eziologico, le più recenti acquisizioni in PsicoNeuroImmunologia (PNEI) forniscono un’interessante chiave di lettura che integra le componenti biologiche, immunitarie, endocrine e psichiche nelle malattie autoimmuni a partire da una visione olistica dell’individuo. Ciò permette, a livello teorico, di avanzare nuove ipotesi sul ruolo che lo stress e gli aspetti cognitivo-emozionali hanno nell’esordio e nella prognosi di queste malattie (Huyser, Parker, 1998; Cutol *et. al.*, 1999). Come dimostrato ampiamente in letteratura, la

crescita in adolescenza è un evento stressante sotto diversi punti di vista; somatico, ormonale, psicologico, emotivo e sociale, familiare.

È possibile allora ipotizzare che le malattie croniche autoimmuni con esordio in adolescenza, come accade nelle condizioni di violenti manipolazioni del corpo, sulla base di una predisposizione genetica, testimonino il fallimento nell'integrazione dell'immagine corporea. Non essendo mentalizzato, il nuovo corpo rimane estraneo al Sé e come tale attaccato.

2. Compiti evolutivi negli adolescenti malati cronici

Il processo di ristrutturazione e d'integrazione dell'essere malato all'interno del proprio sistema di personalità ha un valore largamente dipendente dalla condizione in cui si verifica: la struttura di personalità, le modalità di adattamento del soggetto presenti prima dell'esordio della malattia, il contesto familiare e sociale che fa da sfondo e le caratteristiche della malattia stessa, non da ultimo la fase del ciclo di vita in cui la malattia insorge (Fratini, *in* Vanni, 2005). L'adolescente è impegnato a dare significato ai profondi cambiamenti che lo coinvolgono trasformando il ricco e caotico mondo interno in pensieri e parole. Lo scopo finale è quello di giungere alla realizzazione di un Sé autentico e coeso e, in parallelo, realizzare i compiti evolutivi fase-specifici: il processo di separazione-individuazione; la mentalizzazione del nuovo corpo; la definizione di nuovi valori di riferimento e ideali; la nascita come soggetto sociale.

A partire dai cambiamenti innescati dalla pubertà, le successive trasformazioni corporee, la maturazione dell'apparato sessuale, di quello riproduttivo, della statura, della massa muscolare così come lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie (ovvero tutte quelle caratteristiche individuali fisiche e psichiche che caratterizzano l'unicità di una persona) richiedono all'adolescente un importante lavoro psichico di riconoscimento e di attribuzione di significato alla nuova corporeità. Ciò implica anche di fare i conti con nuovi e intensi vissuti, di piacere e d'eccitamento, di colpa e vergogna (Charmet, 2000).

La mentalizzazione del corpo richiede all'adolescente di abbandonare i privilegi del corpo infantile, accettare la complementarità del nuovo corpo sessuato con tutto ciò che ne deriva in termini di relazione con l'altro da sé e infine confrontarsi con la limitatezza e la mortalità che questo corpo porta con sé.

Generalmente i conflitti che possono sorgere in questo processo hanno un esito positivo e si risolvono con la costruzione mentale dell'immagine corporea che diventa la base forte su cui l'adolescente, dopo avere integrato la propria virilità e femminilità con le conseguenze che ne derivano, inizia a costruire la propria identità di genere e scegliere la propria meta sessuale.

Dopodiché, il percorso evolutivo prosegue e l'adolescente passa alla realizzazione di altri compiti evolutivi pur rimanendo sempre presente e impegnativa l'elaborazione delle trasformazioni della corporeità e l'integrazione mentale delle sensazioni ed esperienze che da essa derivano (Maggiolini, Charmet, 2004).

Dalla letteratura (Vanni, 2005; Michaud, Suris, Viner, 2007; Bobbo, 2010) emerge come la malattia cronica sia una situazione critica e difficile che pur non rappresentando un fattore causale di esiti negativi è sicuramente una condizione che rende all'adolescente più difficile, qualche volta insormontabile, affrontare i compiti evolutivi fase specifici interferendo nella costruzione del senso di Sé.

A partire dagli anni '90 è andata progressivamente aumentando tra gli adolescenti la prevalenza di eventi morbosi cronici arrivando a un rapporto di uno su tre adolescenti con malattia cronica nell'età compresa tra i 10 e i 17 anni (Songini, 1992).

L'esordio della malattia cronica durante l'adolescenza, fa sì che l'incontro tra fattori legati al periodo evolutivo e fattori più strettamente connessi alla malattia, crei dei vissuti di confusione in cui le emozioni sono amplificate e convergono attorno al corpo malato, danneggiato e fragile (Carbone, 2010). Sul piano interiore, l'adolescente malato affronta il tema dell'identità e la realizzazione dei compiti evolutivi con l'aggravante dei problemi fisici, il ridotto supporto dei pari, e vissuti di solitudine legati alla sua condizione fisica. Crescere con la malattia richiede non solo di salvaguardare la qualità di vita nel qui ed ora ma anche di investire in nuove acquisizioni, in progetti futuri, in nuove capacità.

Perché per l'adolescente malato cronico sembrerebbe più complicato affrontare i compiti evolutivi e costruire un'identità nuova?

Da un lato, come scrive Barbieri (Vanni, 2005), “il processo di mentalizzazione del corpo si modifica profondamente, tanto che il corpo stesso diventa il luogo del più profondo tradimento narcisistico, del più grave attacco alla compattezza e alla continuità del Sé effettuato dalla malattia”. Dall'altro, la condizione stessa di malattia, il dolore, le cure mediche, tendono a mettere in una situazione di blocco il bisogno di autonomia dell'adolescente facendolo spesso regredire verso ulteriori richieste di protezione e dipendenza (Fрати, *in* Vanni, 2005) e rendendo più complicato, talvolta impossibile, il processo di separazione dalle figure genitoriali e di individuazione. Tutto ciò esporrebbe l'adolescente con malattia cronica a maggiori rischi di una “crisi”.

Il rischio che gli adolescenti con malattia cronica corrono è che gli aspetti fisici prevalgano su quelli mentali paralizzandoli. Massaglia (Carbone, 2010) parla di doppia crisi per riferirsi ad

una condizione caratterizzata da intense oscillazioni tra la rinuncia alla crescita e il rifiuto della malattia e delle cure.

È utile a tale proposito, il concetto di *breakdown* evolutivo introdotto dai coniugi Laufer (Lancini, 2010) per indicare le conseguenze di un eventuale arresto nel processo d'integrazione del nuovo corpo nella rappresentazione che l'adolescente ha di sé. Ciò che a volte accade, quando l'immagine che l'adolescente ha del proprio corpo prima della pubertà non coincide con il corpo reale con il quale si trova a confrontarsi, è che per conservare la deformazione originaria del passato l'adolescente è portato ad una frattura con la realtà. Costrutti deliranti, proiezioni paranoide, aggressioni violente al corpo, tentativi di suicidio e automutilazioni, allucinazioni, possono rappresentare il tentativo dell'adolescente di ripudiare il corpo sessualmente maturo per perpetuare un rapporto con un corpo fantastico diverso da quello che possiede.

Quest'affermazione ha trovato ampia conferma in tutta una serie di studi clinici che convergono nel supportare l'ipotesi che il fallimento nell'integrazione mentale del corpo sessuato e generativo costituisca un gravissimo scacco evolutivo che compromette la capacità di effettuare un corretto esame di realtà.

Negli adolescenti con malattia cronica tale rischio aumenta. Ogni malattia rimanda all'imperfezione del corpo, a un deterioramento dell'immagine corporea. Se all'adolescente "normale" è richiesto, come compito evolutivo, un importante lavoro psichico di riconoscimento e di attribuzione di significato della nuova corporeità, l'avvento di una malattia cronica diventa oggetto di un'ulteriore crisi, che si inserisce nella fisiologica crisi caratterizzante il periodo adolescenziale (Kuntze, Zilioli, in Vanni, 2005).

In questo senso, uno dei processi implicati nelle manifestazioni di carattere cronico è quello della separazione dalla precedente immagine del corpo prima della malattia.

La presenza della malattia, del danno reale, concretizzano in maniera drammatica le ansie che accompagnano il passaggio dall'identità corporea rassicurante dell'infanzia al "corpo finito" (Charmet, in Vanni 2005). "Il corpo malato" nella patologia cronica non è una dimensione transitoria ma è parte integrante del Sé.

Un altro compito evolutivo che è opportuno prendere in esame è il processo di separazione e d'individuazione che ruota intorno al conflitto tra "autonomia" e "dipendenza". In caso di malattia cronica, tale conflitto è sicuramente amplificato, rendendo più complicato il processo di autonomizzazione dalle figure genitoriali e la conquista di una propria identità definita. La condizione di malattia di un figlio adolescente, suscita nei genitori un senso di accresciuta responsabilità verso di esso, con una conseguente limitazione dell'autonomia ed

un'exasperazione del controllo. Spesso questi comportamenti portano i ragazzi a ribellarsi e sottrarsi ancora di più alle cure mediche, che diventano il terreno su cui si gioca il conflitto. L'iperprotezione è dunque controproducente mentre andrebbero invece sostenuti e incoraggiati atteggiamenti che spingono il ragazzo verso una graduale responsabilizzazione, in modo proporzionale al livello di maturazione psicologica e cognitiva da quest'ultimo raggiunta (Fрати, *in* Vanni, 2005). Si configura spesso una dinamica familiare caratterizzata da scissione, con l'ansia e l'incertezza assunte completamente dai genitori e un'intensificazione della fisiologica negazione adolescenziale che spingono alla fuga (stage all'estero, improvvise convivenze) e/o estremizzazione nello sport e nelle attività (Massaglia, *in* Carbone, 2010). In ambito clinico, si è ormai giunti alla consapevolezza che l'obiettivo delle cure sanitarie non è solo la sopravvivenza o la remissione dei sintomi del paziente. Oggi, il mantenimento di un'adeguata qualità di vita sia durante che dopo le cure è un obiettivo prioritario soprattutto quando si tratta di malattie croniche in adolescenza. In questa direzione vanno quindi tutti quei progetti che hanno introdotto il supporto psicologico dell'adolescente e della sua famiglia all'interno dell'ospedale come pratica di cura alla pari degli interventi farmacologici, fisioterapici e riabilitativi. Tali interventi, sono risultati essere fondamentali anche per prevenire tutte le possibili complicanze e ricadute causate da una mancata adesione alle cure.

3. Sostegno alla crescita in ospedale

Il cambiamento psichico, in adolescenza, si produce attraverso l'accostamento, opportunamente costruito, di esperienza e autoriflessione. A causa dell'effetto destrutturante che l'esperienza di una diagnosi di malattia cronica ha per l'adolescente e per la sua famiglia, è necessario che essi siano supportati nel processo di autoriflessione già all'interno dell'ambiente di cura ospedaliero (Vanni, 2005).

E' dimostrato come i ragazzi e le ragazze (e i loro familiari) che son stati seguiti nella loro malattia integrando alle cure dispositivi atti a consentire loro la comprensione e la mentalizzazione dell'esperienza di malattia abbiano riportato in seguito un grado di maturità affettiva superiore a quello dei loro coetanei sani (Vanni, 2005).

Lo scopo è quello di sostenere i ragazzi e i loro familiari nel compito di integrare l'esperienza dell'ammalarsi modificando l'immagine di sé e dei propri limiti ed aprendo la strada ad una maggiore aderenza alle cure e alla dipendenza in termini positivi dalle figure parentali e mediche (Bobbo, 2010).

La letteratura (Vanni, 2005) dimostra come in caso di malattia cronica, a certe condizioni di qualità globale della cura, il confronto con la malattia possa rappresentare per il soggetto

adolescente una possibilità di crescita. La variabile che sembra rendere proficua un'esperienza che potrebbe invece aumentare i rischi di uno scacco evolutivo, sembra essere la capacità del contesto di cura di consentire e facilitare la mentalizzazione dell'esperienza stessa.

Se al contrario, la realtà della malattia non trova accesso alle parole lascia nell'adolescente-paziente un vuoto comunicativo che gli farà definire quell'esperienza "traumatica" avendo delle conseguenze sui normali processi di crescita (Maggiolini, Grassi *et al.*, in Vanni, 2005).

In letteratura è possibile trovare diversi tipi d'intervento finalizzati a sostenere in ospedale l'adolescente con una patologia cronica. Benché gli interventi e la tecnica possano variare per i presupposti teorici, si muovono dal desiderio di mettere a punto nuovi e più efficaci modi di curare che siano sostenuti da una concezione diversa del paziente e dell'équipe curante, e condividono alcuni presupposti (Vanni, 2005; Carbone, 2010):

- L'adolescente è un soggetto in pieno sviluppo, con un funzionamento mentale e bisogni specifici legati alla fase del ciclo vitale. L'ambiente di cura deve tenere conto del periodo evolutivo e favorire la crescita emotiva e della personalità del paziente (Vecchi e Petrolini, *in* Vanni, 2005).
- È centrale il conflitto tra il corpo, che da un lato, spinge l'adolescente a crescere e dall'altro, lo riporta a condizioni di dipendenza (Vanni, 2005);
- L'integrazione della cura fra medicina e psicologia comporta difficoltà e potenzialità, con particolare riferimento al ruolo dell'équipe curante intesa come motore e regolatore della mentalizzazione di sé e del sistema familiare degli adolescenti che si ammalano gravemente (Vanni, 2005).
- Solo un'équipe realmente multidisciplinare, che coinvolga medici, infermieri, ausiliari, tecnici e psicologi è in grado di soddisfare sufficientemente i bisogni di un adolescente portatore di una grave patologia fisica (Fratini *in* Vanni, 2005; Michaud *et. al.*, 2007).

È interessante a questo proposito uno dei concetti che Jammet (Lancini, 2010) utilizza per spiegare il funzionamento della mente dell'adolescente. L'autore parla di "spazio psichico allargato" per spiegare l'importanza che riveste l'ambiente, e le sue risposte, in adolescenza. L'Altro è ricercato come oggetto a cui cedere, di volta in volta, parti delle proprie istanze personali, capace di svolgere sia funzioni supplementari che di contenimento del mondo interno.

Fratini (2005) offre un esempio di come potrebbe essere articolato il lavoro di sostegno all'adolescente malato cronico all'interno dell'ospedale. Distingue due livelli di supporto psicologico. Il primo livello potrebbe essere svolto dall'équipe medica insieme a tutto il

personale che segue il caso: gli infermieri, gli operatori sociali, gli insegnanti, gli animatori ed i volontari.

Vi è poi un secondo livello più “specialistico” che prevede una fase di valutazione psicodiagnostica e di un eventuale supporto psicologico in presenza di alcune condizioni. La presenza dello psicologo non dovrebbe tuttavia essere circoscritta solo a questo secondo livello dell’intervento ma dovrebbe essere garantita ogni qualvolta emerge qualcosa di significativo anche nel primo livello.

Gli adolescenti ammalati sono portatori di molteplici e complessi bisogni che devono essere riconosciuti con sufficiente chiarezza per potere offrire risposte congrue ed efficaci.

4. Il modello Bioniano

L’esperienza che qui riporto si svolge in ambito istituzionale, nei Centri specialistici dell’Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino e riguarda il trattamento psicoterapeutico con adolescenti malati cronici (diabete, talassemia, oncologia pediatrica, fibrosi cistica, AIDS). Il lavoro s’inserisce nell’ambito della psicoanalisi operativa; la psicoanalisi applicata fuori dal contesto nel quale si esplica abitualmente la psicoanalisi clinica come trattamento psicoterapeutico individuale. Mentre quest’ultima fornisce teorie e strumenti di esplorazione e trattamento della dimensione interna, la psicoanalisi operativa rende le conoscenze psicoanalitiche fruibili per interventi in molteplici contesti e situazioni, fra cui la crisi rappresentata dall’ammalarsi (Carbone, 2010).

L’intervento all’interno del contesto ospedaliero è avviato in collaborazione con l’équipe curante ed il medico di riferimento e si caratterizza per l’uso di un *setting* flessibile. La psicoterapia è proposta al paziente adolescente come parte delle cure previste, ed è liberamente avviata e/o proseguita e/o ripresa da parte dei ragazzi, in rapporto sia all’andamento della malattia, sia alla loro apertura verso la possibilità di ricevere aiuto. L’incontro iniziale può essere individuale o di gruppo. L’uso di un *setting* flessibile nel lavoro con persone gravate da un importante problema di realtà, si è rivelato una scelta preziosa sia nel lavoro con i genitori che in quello con gli adolescenti. L’adesione libera già dal primo incontro, configura il trattamento come una porta aperta la cui soglia può essere varcata in rapporto alle necessità individuali. Il modello teorico che guida la tecnica è il modello di contenimento di Bion (Carbone, 2010). Le forti angosce riattivate nei momenti critici della malattia creano una situazione interna che può essere definita come *essere nella disperazione* o *essere in confusione*. Tale stato interno si traduce da un lato, in un attacco al pensiero (che si manifesta con crisi d’angoscia), dall’altro, in un attacco al legame con atteggiamenti di

chiusura e di silenzio e sentimenti di solitudine e isolamento. Gli interventi del terapeuta sono orientati a riconoscere e nominare in termini emotivi le esperienze, favorendo la trasformazione degli elementi Beta, di cui la coscienza dei ragazzi malati è invasa, in elementi Alfa. L'analista esercita una funzione di contenimento con l'obiettivo di supportare il ragazzo ad attribuire un significato sul piano mentale all'esperienza di malattia e poterla utilizzare per la crescita e lo sviluppo all'interno della relazione con l'altro. Ciò consente al ragazzo/a di entrare in contatto con i sentimenti e poterli comunicare, ritrovando spazi di vita e di crescita per la mente. In caso contrario, spesso si assiste negli adolescenti malati, all'emergere di somatizzazioni. La sofferenza, la rabbia, il disagio sollecitati dalla malattia si esprimono attraverso il corpo stesso, con un rilevante impoverimento della vita mentale e un'intensificazione di attenzioni e di cure.

Se adeguatamente accompagnato, l'adolescente malato riprende a vivere pienamente; è in grado di pensare alla propria situazione in termini realistici, senza troppe illusioni ma neanche schiacciato sotto il peso di un'angoscia che innominata, indefinita, annienta ogni possibilità di pensiero e di crescita.

Il lavoro diretto con il ragazzo è inserito in una rete di interventi (con i genitori, con l'équipe curante) finalizzati a promuovere, a vari livelli, la qualità di vita.

Da un lato, i genitori si trovano confrontati in modo estremo con il compito (già normalmente difficile in adolescenza) di esercitare la funzione genitoriale nel giusto equilibrio tra l'offrire sicurezza e favorire lo svincolo, dall'altro, l'équipe pediatrica corre il rischio di favorire l'infantilizzazione del paziente, se non lo riconosce a sufficienza nei suoi bisogni adolescenziali. A tale proposito, uno dei punti essenziali è la comunicazione riservata con i ragazzi da parte dei medici in modo che essi non si sentano espropriati di parti di sé e della loro esperienza anzi siano per questo facilitati a recuperarli più consapevolmente. Se pur gravato dal fardello della malattia, ogni ragazzo deve proseguire nella propria crescita verso l'adulthood. Ciò accade se l'adolescente è accompagnato e adeguatamente sostenuto da adulti che riconoscono i limiti della malattia ma anche le risorse del loro essere adolescenti; sanno ascoltare il desiderio di crescere celato dietro la rabbia, la tristezza, il rifiuto delle terapie e possano infine vederlo in evoluzione. A queste condizioni allora l'adolescente, quando si sente percepito in una prospettiva di crescita, può rimettersi in cammino e cercare la propria strada verso il futuro, nonostante il corpo malato. In termini bioniani diremo che il terapeuta deve saper esercitare la "capacità negativa" (Massaglia, *in* Carbone, 2010). L'apporto dello psicoterapeuta, indipendentemente dal setting, è finalizzato a sostenere il carico emotivo e la precarietà dello stato di malattia, senza perdere la speranza. Tenere conto della dimensione

reale dei limiti somatici e dei sentimenti (dipendenza, solitudine, diversità) ad essi collegati, facilita nel ragazzo il contatto con gli aspetti vitali ed evolutivi di sé ed infine, apre la strada ad una possibilità di vita con caratteristiche adolescenziali compatibili con le condizioni fisiche (Carbone, 2010).

5. Modello d'intervento di psicoterapia evolutiva

La metodologia d'intervento e di consultazione e presa a carico degli adolescenti attraverso la psicoterapia evolutiva si basa sul concetto di crisi adolescenziale intesa come difficoltà nella crescita, ritardo o blocco nella realizzazione dei compiti evolutivi richiesti dal cambiamento adolescenziale e che vanno di pari passo con i nuovi processi di simbolizzazione e di definizione di una nuova identità adulta (Charmet, 2009; Charmet *et al.*, 2010).

Ciò di cui si occupa la consultazione è la crescita e i suoi eventuali blocchi; il buon esito di una consultazione con l'adolescente in crisi consiste quindi nella ripresa del percorso evolutivo.

Il cambiamento assume una forte connotazione pratica ed è inteso come un intervento, rivolto all'adolescente e al suo ambiente di crescita, finalizzato a ripristinare i fisiologici movimenti evolutivi, fondati sui concetti di simbolizzazione, ruolo affettivo e crisi della cultura di fronte ai compiti evolutivi fase-specifici. L'obiettivo è di sostenere un riadattamento nel rapporto esistente, e al momento inefficace, tra compiti di sviluppo e contesto di crescita, al fine di favorire lo sblocco dello scacco e la ripresa evolutiva (Lancini, 2010).

Avere dunque una prospettiva evolutiva significa vedere l'individuo impegnato in alcune fasi della propria vita a confrontarsi con i compiti evolutivi fase-specifici che richiedono intensi processi di risimbolizzazione affettiva che mettono in crisi i miti e la cultura affettiva precedente costituita dalle rappresentazioni prevalenti di ruolo e di codice dell'adolescente e del contesto in cui vive. In quest'ottica la crisi è data dall'incapacità dell'adolescente e/o del suo ambiente di affrontare in modo funzionale alla crescita stessa i cambiamenti e le richieste della fase evolutiva specifica. In sintesi, poiché la fisiologia dell'adolescenza non corrisponde a una situazione psichica risolta ma è data dalla soggettiva capacità di fare fronte ai compiti dello sviluppo, il disagio adolescenziale va interpretato, prima di fare ricorso a dimensioni psicopatologiche, come una condizione individuale di blocco nel percorso di crescita che deve

condurre alla realizzazione dei compiti di sviluppo che richiede il cambiamento adolescenziale.

Si può pensare allora, che la richiesta della consultazione avvenga quando c'è una situazione di crisi della cultura affettiva dominante, data dall'insieme delle rappresentazioni, che si rivela inadatta a sostenere la sopravvivenza e lo sviluppo del Sé e a promuovere nuovi investimenti oggettuali.

Si tratta di offrire all'adolescente una serie di colloqui brevi di ascolto e sostegno alla crescita. L'intento è quello di sostenerlo nella realizzazione di un buon rapporto con il futuro e con la crescita a partire dall'insorgenza della malattia. La fase iniziale dell'intervento, che prevede da uno a tre colloqui, è orientata all'ascolto e ad effettuare insieme all'adolescente una sorta di "bilancio" della crescita, definendo insieme a lui lo stato attuale dei "lavori in corso" (Lancini, 2010, p. 69). Le tecniche di ascolto e di conduzione del colloquio saranno declinate da ogni singolo consulente in funzione dei suoi riferimenti teorici e delle caratteristiche personali che lo contraddistinguono. Tuttavia è auspicabile che il colloquio, per le finalità che si pone, sia condotto con l'utilizzo di tecniche non direttive, offrendo un ascolto empatico senza assumere un atteggiamento troppo passivo ma indirizzato a "tirare fuori" piuttosto che al "mettere dentro". Durante la seconda fase si tratta di restituire all'adolescente, con il suo linguaggio, ciò che è emerso durante la prima fase d'ascolto e sostenerlo nel progetto di crescita (Lancini, 2003, Lancini, 2010).

Con gli adolescenti malati cronici tale bilancio procede di pari passo con la comprensione e la mentalizzazione dell'esperienza di malattia di cui son portatori. Uno dei processi più importanti è quello della separazione dall'immagine del corpo precedente l'insorgenza della malattia e dell'elaborazione di tutti i vissuti legati ad essa (Fрати, *in* Vanni 2005). Come afferma Vanni (2005) la malattia può costituire un'occasione di pensarsi in termini più realisticamente aderenti al dato biologico e dunque meno onnipotenti. In questo senso la malattia fisica si presta particolarmente bene a essere letta come limite, ma anche ad essere rappresentata, dal ragazzo/a, dalla sua famiglia e dai curanti, come un colpo mortale all'idealizzazione di sé. Il sostegno all'adolescente in ospedale, intende supportarlo nei processi di mentalizzazione dell'esperienza di malattia, procedendo da una collocazione della propria rappresentazione di sé, della propria identità, da un versante onnipotente-narcisistico-ferito, ad un versante delimitato-finito-realistico. Secondo Frати (Vanni, 2005) non è soltanto col "corpo malato" che occorre dialogare, ma col vissuto che s'ingenera attraverso le discordanti emozioni di un corpo che in qualche modo ancora vive animato comunque dalla fisiologica spinta alla crescita tipica dell'adolescenza. In quest'accezione, l'esperienza

riportata sia attraverso studi sia nei colloqui con ragazzi malati, è quella di sentirsi comunque in grado di vivere una vita normale. Il sostegno psicologico all'adolescente deve rendergli possibile lo stare a contatto con la propria esperienza; quanto più la malattia è integrata come momento della storia psicologica, tanto più essa perde il proprio potenziale destrutturante. L'affrontare un'esperienza difficile come la malattia fisica non ricevendo "false soluzioni" ma all'interno di relazioni che offrono un contatto ed un dialogo continuo, diventa un elemento di forza e di solidità psicologica (Gamba, Masera, *in* Vanni, 2005).

6 Conclusioni

In questo lavoro ci è stato possibile, se pur non in modo esaustivo, fare una panoramica delle difficoltà nella crescita che possono emergere tra gli adolescenti malati cronici e delle implicazioni che tali riflessioni hanno nella clinica.

Un approccio al supporto dell'adolescente malato cronico in grado di comprendere davvero le difficoltà con le quali questi è costretto a confrontarsi in un periodo tanto delicato del proprio percorso verso la strutturazione di un Sé adulto, sarebbe auspicabile già all'interno degli ospedali.

Le diverse esperienze, a livello nazionale e internazionale, testimoniano sia il tentativo di costruire degli interventi di sostegno psicologico e/o educativo, indirizzati all'adolescente malato cronico, alla sua famiglia e all'équipe medica, sia l'utilità che tali interventi hanno dimostrato avere sulla qualità di vita del paziente adolescente, sull'aderenza alle cure e sull'andamento della patologia. D'altro canto, si è ancora lontano da una pratica clinica consolidata e integrata nella cultura di servizio ospedaliera (Vanni, 2005; Michaud *et. al.*, 2007; Carbone, 2010).

Tra i differenti modelli si concorda sia, nel sostegno congiunto al giovane malato cronico e al suo contesto di sviluppo (famiglia, équipe medica, scuola) sia, nella necessità di un rapporto di collaborazione tra medico, psicologo/psicoterapeuta che seppure tratteggiato con modalità differenti e approcciato all'interno di setting diversi costituisce il nucleo di lavoro fondamentale.

Il lavoro d'équipe e un approccio multidisciplinare svolgono da un lato, una funzione protettiva rispetto ai vissuti d'impotenza e onnipotenza che vedono coinvolti sia il giovane che i familiari; dall'altro, risultano essere un efficace antidoto alla scissione favorendo l'integrazione del legame somato-psichico e l'elaborazione dei significati soggettivi della malattia in direzione della possibilità di pensarsi e quindi di esistere.

Bibliografia

- 10° Convegno nazionale dei gruppi italiani di psicoterapia psicoanalitica dell'adolescenza, *Adolescenza e psicoanalisi oggi*, Roma 13-14 ottobre 2012.
- Bobbo, N. (2010), *Ad ali legate. Adolescenza e malattia cronica: tra compliance e desiderio d'essere*. Padova: Cleup Sc.
- Carbone, P. (2010), *L'adolescente prende corpo*, (a cura di), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Charmet, G. P. (2008), *Adolescente e psicologo. La consultazione durante la crisi*. Milano: FrancoAngeli.
- Charmet, G. P., Bignamini, S., Comazzi, D. (2010), *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*. Milano: FrancoAngeli,
- Charmet, G. P. (2000), *I nuovi adolescenti*. Milano: Cortina.
- Charmet, G. P. (2005), *Mentalizzazione del corpo in adolescenza*, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 15-22.
- Colli, C. (2005), *La comunicazione della diagnosi di sieropositività in adolescenza*, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 106-114.
- Cutolo, M., Prete, C., Walker, J. (1999), *Is stress a factor in the pathogenesis of autoimmune rheumatic diseases?* *Clin. Exp. Rheumatol*, 17, pp. 515-18.
- Frati, F. (2005), *Il corpo ammalato dell'adolescente: un terreno d'incontro tra discipline sanitarie e sociali*, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 41-58.
- Gamba, A., Masera, G. (2005), *Gli adolescenti e la leucemia: un'esperienza di cura*, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 88-94.
- Kuntze, R., Zilioli, C. (2005), *L'adolescente malato e la famiglia*, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 67-72.
- Huyser, B., Parker, J.C. (1998), *Stress and rheumatoid arthritis: an integrative review*. *Arthritis Care Res*, 11, pp. 135-45.
- Lancini, M. (2003), *Ascolto a scuola. La consultazione durante la crisi*. Milano: Franco Angeli.
- Lancini, M. (2010), *Cent'anni di adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Maggiolini, A. (1998), *La teoria dei codici affettivi di F. Fornari*. Milano: Ed. Unicopli.
- Maggiolini, A., Charmet, G. P. (2004), (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescente: compiti e conflitti*, Milano: Franco Angeli.
- Maggiolini, A., Grassi R., Adamoli, L. (2005), *L'immagine di sé di adolescenti guariti*

dalla leucemia, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 117-141.

- Massaglia, P. (2010), *Vivere l'adolescenza nonostante il corpo malato*, in Carbone P. (a cura di), *L'adolescente prende corpo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, pp. 245-255.
- Michaud, P.A., Suris, J. C., Viner, R. (2007), *The adolescent with a chronic condition. Epidemiology, developmental issues and health care provision*. Geneva: WHO Press.
- Songini, M., (1992), *Medico & Diabete*, anno 1, n.2, Roma: Argo S.r.L..
- Vanni, F. (2005), (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli.
- Vecchi, C., Petrolini, D. (2005), *Un'attività ludica, espressiva e relazionale per l'adolescente ospedalizzato*, in Vanni F. (a cura di), *Adolescenti, corpo e malattia*. Milano: Franco Angeli, pp. 75-81..