



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**Giovani a rischio: quando l'adolescenza
diventa terreno fertile per l'esordio
della malattia mentale**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Bernardo Nardi

Tesi di Laurea di:
Sofia Saltalamacchia

A.A. 2018/2019

*A nonna Assunta,
la mia guida che ora mi protegge dall'alto,
il mio esempio di vita.*

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1 – Teoria dell’attaccamento	5
1.1 – Attaccamento e costruzione del sé.....	5
1.2 – Attaccamento e adattamento.....	6
1.3 – La Strange Situation e modalità di attaccamento	7
Capitolo 2 – Adolescenza	11
2.1 – I confini.....	11
2.2 – Maturazione adolescenziale	12
2.3 – Da universo a multiverso dinamico.....	13
2.4 – Crisi e disagio.....	18
Capitolo 3 – Adolescenza e malattia mentale	22
3.1 – Normalità e patologia.....	22
3.2 – Classificazione dei principali disturbi psichici	24
3.2.1 – Disturbo d’ansia.....	24
3.2.2 – Disturbo dell’umore.....	26
3.2.3 – Schizofrenia.....	27
3.3 – Disturbi mentali nei soggetti con OPF Controllante	28
3.4 – Disturbi mentali nei soggetti con OPF Distaccata.....	30
3.5 – Disturbi mentali nei soggetti con OPS Contestualizzata.....	32
3.6 – Disturbi mentali nei soggetti con OPS Normativa	33
3.7 – Esordio della malattia mentale nell’età adolescenziale.....	35
Capitolo 4 – L’Educatore Professionale	38
4.1 – Chi è l’Educatore Professionale	38
4.2 – I principali strumenti dell’Educatore Professionale	40
4.2.1 – L’osservazione educativa	40
4.2.2 – La relazione educativa.....	41
4.2.3 – Il Progetto Educativo Individualizzato (PEI).....	43
4.3 – L’importanza dell’Educatore Professionale per l’adolescente psichiatrico	45
Conclusione	47
Bibliografia	49
Sitografia	49
Ringraziamenti	50

Introduzione

La mia tesi di laurea è volta ad approfondire quali sono i fattori che stimolano l'esordio della malattia mentale durante la fase adolescenziale.

La mia scelta è ricaduta su questa trattazione in seguito alle esperienze di tirocinio vissute specialmente negli ultimi due anni di corso.

Da sempre ho avuto il desiderio di conoscere e lavorare con gli adolescenti e tale aspirazione si è concretizzata nel tirocinio del secondo anno, quando ho avuto la possibilità di entrare in contatto con loro all'interno di una comunità per ragazze adolescenti. In questa esperienza sono rimasta particolarmente incuriosita da una ragazza affetta da un disturbo psichiatrico ed è sorta in me la volontà di comprendere se si trattasse solamente di un caso sporadico. La curiosità è accresciuta nel tirocinio di quest'anno, svolto nell' S.R.R "Casa Rossa" di Ancona, dove risiedono utenti affetti da malattia mentale.

Dialogando con questi ultimi e leggendo le loro cartelle cliniche ho notato l'incidenza nella maggior parte di essi di un esordio della patologia proprio nella fase adolescenziale.

Per questo ho deciso di approfondire le motivazioni legate all'esordio della patologia proprio in questa fase della vita, partendo dalle modalità di attaccamento instaurate nell'infanzia.

Tale elaborato si compone di quattro capitoli.

Nel primo capitolo affronterò pertanto la teoria dell'attaccamento evidenziando come, proprio dal tipo di attaccamento, l'individuo sviluppi delle modalità adattive ai cambiamenti che avvengono nella vita.

Nel secondo capitolo parlerò dunque dell'adolescenza, delle modificazioni e delle perturbazioni tipiche di questa fase; la fase critica per eccellenza di tutti gli esseri umani in quanto porta ad una riorganizzazione dell'immagine di sé.

Nel terzo capitolo evidenzierò le differenze che sussistono tra normalità e patologia. Di seguito tratterò le principali psicopatologie che potrebbero insorgere, sia a livello generico sia differenziandole per ogni Organizzazione di Personalità, derivanti dalle modalità di attaccamento. Infine argenterò le motivazioni dell'esordio di queste patologie nell'età adolescenziale.

Nel quarto, ed ultimo capitolo, esporrò la figura dell'Educatore Professionale elencando ed argomentando gli strumenti di cui egli dispone. Infine analizzerò

come il ruolo rivestito da tale figura professionale sia fondamentale per gli adolescenti affetti da disturbi psichiatrici.

Capitolo 1 – Teoria dell’attaccamento

1.1 – Attaccamento e costruzione del sé

La teoria dell’attaccamento nasce grazie allo psichiatra inglese John Bowlby. Egli si discosta dalle teorie precedenti di carattere pulsionale per adottare il sistema comportamentale, attraverso il quale considera l’attaccamento come biologicamente innato dell’individuo e che ha come funzione principale la sopravvivenza di quest’ultimo.

Tale teoria ha proposto una rivoluzionaria visione rispetto alla motivazione umana introducendo un rinnovato modo di vedere la relazione, non come un bisogno fine a sé stesso ma come necessità primaria dell’individuo. Se prima essa era vista come un mezzo utilizzato dal soggetto per arrivare ad un determinato scopo, ora diventa il fine ultimo.

Bowlby dunque vede la relazione come un bisogno innato della persona, quindi l’essere umano è destinato a relazionarsi per giungere al compimento di ogni desiderio.

Attraverso il relazionarsi l’uomo costruisce un’immagine di sé unitaria e stabile nel corso della sua vita ed è per questo che ogni individuo tende in maniera inflessibile ad instaurare rapporti significativi con chi lo circonda.

Se la persona non instaura relazioni di fiducia non riesce quindi a sviluppare una costruzione del sé salda e definita.

La relazione principale per ogni essere vivente è quella che si crea all’interno del sistema familiare con i propri genitori, specialmente con la madre, e attraverso tale rapporto il soggetto, in questo caso il bambino, riesce a percepire sé stesso: «Così come impariamo a conoscere noi stessi in uno specchio, il bambino diventa consapevole di sé stesso vedendo il suo riflesso nello specchio costituito dalla coscienza che le altre persone hanno di lui» (Popper, 1972).

Il Sé quindi si costruisce attraverso una relazione che deve avere delle precise caratteristiche:

- Esclusività ed unicità
- Unitarietà
- Costanza

Attraverso tali fattori l’individuo riesce a riconoscersi come possessore di qualità personali che perdurano nel tempo nonostante l’inevitabile cambiamento

dell'ambiente che lo circonda e che lo rendono quindi unico rispetto a tutti gli altri esseri umani.

1.2 – Attaccamento e adattamento

Il sistema dell'attaccamento si trova alla base della flessibilità tipica di ogni essere umano: l'individuo, infatti, tende al cambiamento, non resta ancorato a caratteristiche rigide e standardizzate, ma apprende delle informazioni utili a maturare la coscienza di sé stesso.

All'attaccamento quindi si attribuisce un valore adattivo essenziale per l'uomo e rappresenta un percorso dinamico; attraverso di esso si enuncia la capacità del soggetto di ricevere accudimento e protezione dalle figure genitoriali (care-giver), fin dai primi anni di vita.

Tale sistema, però, non si concentra solamente a conservare la vicinanza con il proprio care-giver ma pone le basi per la costruzione dell'identità. Questa costruzione avviene grazie allo sviluppo di modelli di attivazione emozionale, all'elaborazione di capacità comportamentali e alle basi poste dal sistema d'attaccamento per la costituzione del modello relazionale.

Fonagy e Target (1977), Watson (1980), Trevarthen (1998), Crittenden (1992-1997), Nardi (2001) ed altri, hanno sottolineato che l'attaccamento permette di:

- Contraddistinguere e coordinare un range di emozioni e sentimenti;
- Regolare la durata, la frequenza e l'intensità degli stati emotivi;
- Coordinare le attività motorie e senso-percettive attraverso la risonanza delle relazioni instaurate con gli altri esseri umani;
- Definire l'organizzazione delle emozioni e del repertorio cognitivo individuale.¹

Attraverso un sistema di attaccamento fisiologico il bambino riesce a sentirsi amato e si ritiene capace di sfruttare le proprie capacità per affrontare l'ambiente che lo circonda, senza però incappare in situazioni che non saprebbe gestire attraverso le sue risorse.

Già dai primi due anni il bambino riesce a moderare la vicinanza attraverso varie azioni:

¹ B. Nardi, *Esperienza Soggettiva e Organizzazioni di Personalità*, Accademia dei Cognitivi della Marca e Lopez Eventi & Congressi, 2016, pp. 29-30.

- L'aggrapparsi e il succhiare: attraverso tali azioni il bambino ricerca il contatto con la mamma;
- Il sorridere o il piangere: attraverso esse il bambino richiama la madre;
- Il seguire con lo sguardo e con il movimento: attraverso tali azioni il bambino mantiene la vicinanza con la mamma.

Le prime forme di attaccamento si possono osservare bene intorno al sesto o settimo mese di vita del bambino attraverso il pianto di quest'ultimo quando vede la madre allontanarsi e il suo evidente piacere quando la vede riavvicinarsi.

Si nota dunque come il bambino, attraverso l'attaccamento, ricerca la propria figura di riferimento e ciò avviene principalmente per sentirsi sicuro e protetto; tale ricerca però non si blocca all'infanzia ma continua per tutte le successive fasi di vita, infatti la tendenza a ricercare il proprio care-giver in situazioni di pericolo si manifesta per tutta la vita.

Per esplorare, dunque, il mondo al di fuori dell'ambiente familiare, il soggetto deve sapere di poter tornare sempre dalla propria base sicura per poter trovare in lei accoglienza, sostegno e protezione qualora ne abbia bisogno.

Bowlby introduce i MOI, ossia i Modelli Operativi Interni definendoli come degli schemi mentali di rappresentazioni interne delle figure di attaccamento, di sé stessi e dell'ambiente circostante. Attraverso di essi il soggetto riesce a creare delle aspettative sugli eventi riguardanti le proprie relazioni. Ciò spiega, quindi, come le esperienze possono condizionare i comportamenti futuri di un soggetto.

I MOI dell'infante si possono ridefinire continuamente sulla base dei mutamenti del mondo circostante e del rapporto con la propria figura di attaccamento, la quale si modifica con il crescere del bambino.

1.3 – La Strange Situation e modalità di attaccamento

Per sperimentare in maniera pratica la teoria dell'attaccamento Mary Ainsworth la ha messo in pratica la metodica denominata Strange Situation attraverso la quale ha sviluppato uno studio costruito su osservazioni sistematiche dell'interazione tra madre e figlio per il primo anno di vita di quest'ultimo.

Attraverso questo test si può riuscire a valutare l'impatto della relazione madre-figlio sulla capacità del bambino di provare e regolare determinate emozioni.

La Strange Situation si compone di 8 fasi di circa 3 minuti ciascuna:

- Fase 1: mamma e figlio vengono fatti entrare in una stanza con dei giochi;

- Fase 2: il bambino osserva ed esplora la stanza, ha inoltre la possibilità di utilizzare i giochi in essa presenti anche insieme a sua madre;
- Fase 3: nella stanza entra un estraneo che interagisce con la mamma e successivamente con il bambino;
- Fase 4: l'estraneo e il bambino vengono lasciati soli in quanto la mamma esce dalla stanza;
- Fase 5: la mamma torna all'interno della stanza e la persona estranea, invece, la lascia;
- Fase 6: la madre esce dalla stanza e lascia il bambino da solo a giocare;
- Fase 7: l'estraneo rientra nella stanza e si osserva il comportamento del bambino; se è necessario la figura estranea rassicura il bambino;
- Fase 8: la madre torna all'interno della stanza.

Attraverso queste fasi si può osservare sia il comportamento della madre nei confronti del figlio, sia gli atteggiamenti del bambino nei confronti della madre e, se ci si trova in uno sviluppo fisiologico di attaccamento il bambino dovrebbe vedere la madre come una base sicura che gli fornisca la fiducia in sé stesso di cui ha bisogno per esplorare l'ambiente circostante e sviluppare il maggior livello possibile di autonomia, egli dovrebbe inoltre mostrare un'ansia da separazione nel momento in cui la madre esce dalla stanza e dovrebbe vedere la figura estranea come una figura meno confortante della madre.

Dall'osservazione fatta durante questo esperimento pratico possono essere categorizzate quattro modalità d'attaccamento; esse però non possono essere distinte l'una dall'altra ma vanno poste in un continuum che può andare da modalità organizzate (pattern B) che sono sicure, equilibrate ed integrate, a modalità disorganizzate (pattern D), le quali sono invece insicure, sbilanciate e scompensate, passando attraverso modalità difese (pattern A) che a volte presentano dei comportamenti di tipo evitante, oppure attraverso modalità reattive (pattern C) che invece presentano comportamenti resistenti.

Iniziando ad analizzare i bambini con modalità difese, e quindi evitati (pattern A) si nota come essi instaurano relazioni basandosi sul canale cognitivo mentre le loro figure significative rispondono negativamente ai segnali emotivi; i bambini con questa modalità d'attaccamento sono cauti nell'instaurare delle relazioni affettive, sanno mantenere una distanza dal proprio care-giver e sono bravi a prendersi cura di lui per essere certi di averlo sempre dalla propria parte. Sanno gestirsi

autonomamente e si responsabilizzano. Imparano dunque a lasciare da parte il canale emotivo, trascurando le emozioni, e a privilegiare quello cognitivo perché comprendono come solo attraverso quello riescono a ricevere affetto dalle proprie figure significative.

Nella Strange Situation tale modalità si concretizza attraverso un comportamento della madre che risulta insensibile alle richieste provenienti dal bambino; quest'ultimo mostra indifferenza nel momento della separazione con la madre e non si aspetta sostegno da parte sua, per questo si manifesta un evitamento del contatto con essa e non mostra emozioni né al momento del distacco né al momento di ricongiungimento.

I bambini con modalità reattive, e quindi resistenti (pattern C) privilegiano, invece, il canale emotivo rispetto a quello cognitivo perché comprendono come attraverso le emozioni riescono ad attirare a sé stessi i propri care-giver; ricercano l'affetto attraverso il pianto e i capricci, si fanno vedere fragili e mostrano il bisogno di cure da parte delle figure significative e solamente attraverso tali comportamenti sentono di essere protetti nei momenti in cui percepiscono di essere in difficoltà.

Nella Strange Situation la modalità reattiva si concretizza con una madre più attenta ai suoi bisogni che a quelli del figlio; quest'ultimo risulta così incerto del comportamento della madre e dimostra una grande sofferenza al distacco da essa e appare inconsolabile nel momento di ricongiungimento.

I bambini con modalità bilanciate, e quindi sicure (pattern B) non privilegiano un canale rispetto ad un altro ma, anzi, integrano bene il canale cognitivo a quello emotivo in quanto le loro figure significative risultano equilibrate ed empatiche.

Attraverso la Strange Situation si osserva come la madre sia completamente disponibile alle richieste del figlio, è in grado di farlo sentire protetto e lo supporta.

Il bambino, quindi, risulta tranquillo nell'esplorare la stanza, ambiente nuovo per lui, perché sa che può tornare dalla madre in caso di difficoltà.

Ciò che accade nella modalità bilanciata è esattamente l'opposto di quello che accade nei soggetti con modalità disorganizzata, e quindi insicura (pattern D) e tale modalità rappresenta spesso un disagio psichico che può essere più o meno evidente e marcato.

Nella Strange Situation, infatti, lo stile di attaccamento disorganizzato si concretizza attraverso un'ambivalenza del comportamento della madre, che risulta affettuosa quando il bambino non lo necessita e si allontana quando invece il figlio

richiede sostegno e protezione. Il figlio, dunque, non riesce ad elaborare delle strategie stabili e appare disorientato; nel momento della separazione piange ininterrottamente e nel momento di ricongiungimento riversa tutta la rabbia nei confronti della madre. I bambini con attaccamento disorganizzato mostrano la volontà di avvicinarsi alla madre ma mostrano anche timore nel farlo in quanto non sanno prevedere la risposta di quest'ultima.

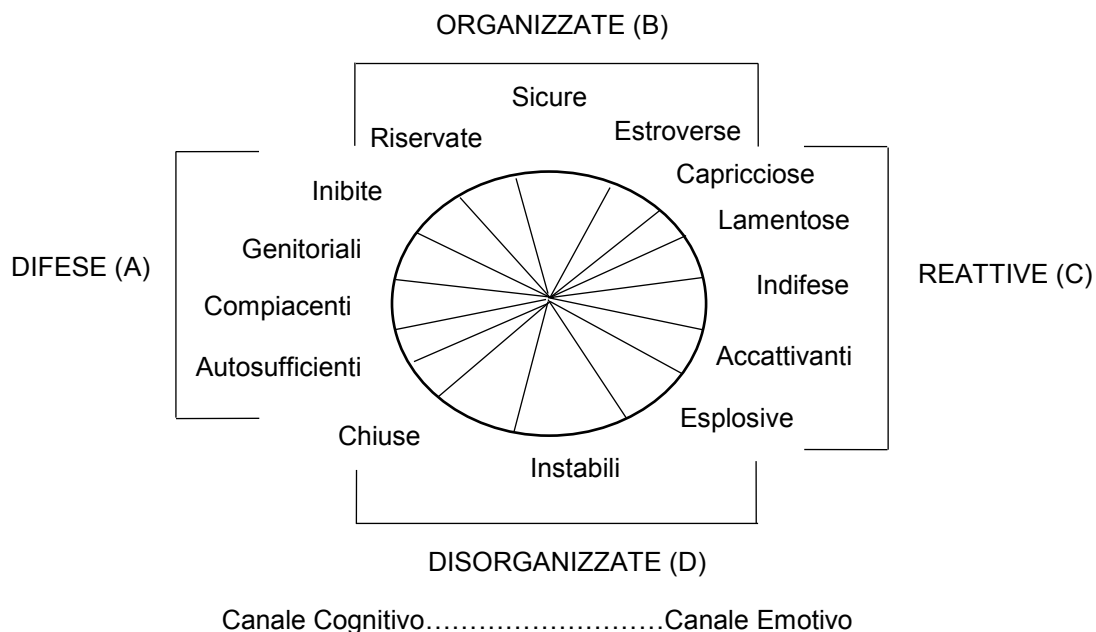


Fig.1. Modalità di attaccamento (modificata da Nardi, 2013)

Dallo stile di attaccamento, quindi, deriva la modalità di relazionarsi del soggetto anche nelle fasi successive alla fase infantile, nella quale si instaura il sistema di attaccamento; oltre al modo di porsi in relazione, si possono prevedere anche le modalità di adattamento alle modificazioni e agli avvenimenti futuri, soprattutto a quelli che si manifesteranno nella fase adolescenziale, ricca di perturbazioni e cambiamenti per il soggetto.

Capitolo 2 – Adolescenza

Per trattare la fase adolescenziale si prende come riferimento il pensiero del Dottor Bernardo Nardi, autore del libro “Esperienza soggettiva e organizzazioni di personalità” (Anno 2016).

2.1 – I confini

L'adolescenza è percepita come un concetto abbastanza recente.

Nelle società tradizionali non veniva riconosciuta tale fase: dall'infanzia si passava subito all'età adulta tramite dei riti e delle cerimonie simboliche.

I ragazzi così diventavano adulti e si caricavano di responsabilità e doveri tipici, appunto, dell'età adulta e non veniva considerata la loro maturazione biologica e psicologica.

Oggi spesso si considera l'adolescenza come un'appendice dell'età infantile o come un'anticipazione dell'età adulta, quando, invece, dovrebbe essere considerata come una fase vera e propria dello sviluppo in quanto possiede delle caratteristiche specifiche che devono essere riconosciute.

I giovani durante il periodo infantile acquisiscono una loro identità e durante la fase adolescenziale hanno il bisogno di mantenerla e allo stesso tempo di rielaborarla sia dal punto di vista affettivo sia dal punto di vista cognitivo.

Ci troviamo così di fronte ad un bisogno di continuità e ad uno di cambiamento che si intrecciano e si contraddicono e ciò può portare il ragazzo ad avere delle fragilità che bisogna risolvere in modo tale da far emergere le risorse che il giovane ha sia internamente sia sul versante relazionale.

Durante l'adolescenza il ragazzo inizia a distaccarsi dagli affetti e diventa esploratore in prima persona di un senso che progetta lui stesso e all'interno del quale ingloba le nuove esperienze che vive.

Tutto ciò è possibile grazie al mantenimento del senso interno di coerenza attraverso l'integrazione delle emozioni primarie con degli schemi emozionali più complessi.

Si possono così definire:

- Categorie mentali
- Repertori comportamentali
- Stile relazionale e affettivo

In questa fase, inoltre, ci troviamo di fronte anche ad una modificazione del cervello che porta con sé una ristrutturazione del senso di sé caratterizzata da:

- “potatura” neuronale e sinaptica che amplifica la qualità delle competenze soggettive;
- Specializzazione e lateralizzazione delle funzioni degli emisferi;
- Rottura della simmetria dello spazio-tempo che porta l'adolescente ad avere non più una visione univoca, ma, bensì, una visione più articolata della realtà.

2.2 – Maturazione adolescenziale

L'adolescenza è caratterizzata da varie trasformazioni sia fisiche sia psichiche che conducono ad un riadattamento dell'identità personale.

In questo periodo è centrale la maturazione dei caratteri sessuali primari, che riguardano la funzione riproduttiva, e secondari, riguardanti il senso di differenziazione di maschio e femmina.

Tale maturazione porta un'attenzione particolare proprio sul corpo, che diventa una sorgente di insicurezze: il corpo non è solo visto per come il ragazzo si vede e appare ma è caratterizzato da un fattore soggettivo concentrato sul come, perché e quanto un individuo si piace e pensa di piacere agli altri individui.

Il concetto centrale della maturazione adolescenziale riguarda proprio la realizzazione di un'immagine di sé e del mondo circostante stabile e ciò pone le basi per la successiva fase adulta.

Negli adolescenti matura una capacità di svolgere una riflessione meta-cognitiva su sé stesso grazie all'instaurarsi della “coscienza riflessiva”.

L'individuo comprende che c'è una distinzione tra il proprio sé e quello di chi lo circonda, vi è un'estensione della visione del mondo circostante che aiuta il ragazzo a porsi un progetto di vita; infatti, gran parte dei programmi che si hanno da adulti derivano proprio dai desideri avuti in adolescenza.

In questo periodo il ragazzo comprende la distinzione che c'è tra passato, presente e futuro: capisce che la sua esperienza proviene dal passato ed è volta al futuro ma passa dal presente. Proprio in questa fase che il giovane riesce a dare un senso cronologico alla sua esistenza.

Il soggetto comprende che la vita è irreversibile, non si può tornare indietro ma si deve sempre essere volti al futuro.

Spesso questa visione del futuro incute timore all'adolescente ma gli permette di trovare uno scopo da raggiungere nella vita.

Come è stato già detto durante l'adolescenza è centrale l'elaborazione di un'identità personale e ciò avviene anche grazie alla memoria: la memoria è proprio l'elemento che consente di legare la coscienza all'esperienza vissuta.

Come si formano i ricordi, come essi si consolidano e come vengono rievocati sono modalità soggettive, legate proprio al bisogno di creare un'identità costante. Per questo l'adolescente necessita di collocare le esperienze vissute in una linea cronologica e, inoltre, ha il bisogno costante di uno scopo da raggiungere per potersi orientare nella vita.

La memoria permette all'adolescente di capire chi realmente è e, per conoscere davvero l'adolescente, è fondamentale capire come esso sperimenta questa memoria e come ricerca la sua identità.

Tale bisogno di legare le esperienze vissute attraverso la memoria per potersi porre un obiettivo nella vita porta l'adolescente a rielaborare l'identità che prima era legata alla famiglia per poterla rendere più nuova e più "propria".

2.3 – Da universo a multiverso dinamico

Come abbiamo già visto l'adolescente è un soggetto a sé e non va considerato né come un grande bambino né come un piccolo uomo ma, bensì, come un individuo che possiede delle competenze e delle capacità proprie di questa fase.

L'adolescenza va considerata come una vera e propria fase della vita, una fase che comprende dei cambiamenti fisiologici. Risulta importante però non far corrispondere tali cambiamenti con l'esordio di problemi psicopatologici che insorgono spesso quando l'adolescente non è in grado di risolvere i problemi e non riesce ad utilizzare gli strumenti che possiede per gestire le nuove esperienze. La creazione di un'identità personale è vista come un vero e proprio bisogno del soggetto per poter cercare la sua unicità attraverso un continuum di affetti e modi di comportarsi sia in vari contesti sia nel corso del tempo ed è proprio in questo modo che l'identità è percepita anche come progetto per la vita futura.

Questa progettualità può essere intesa come positiva se il soggetto possiede un'alta potenzialità di astrazione e un basso livello di stress; quando, invece, i desideri per il futuro sembrano troppo lontani da come il soggetto si concepisce

esso si può chiudere in sé stesso e potrebbe tendere ad allontanare gli altri e ad interrompere ogni tipo di relazione con loro.

Nella fase adolescenziale ci troviamo di fronte alla nascita dell'incertezza della scelta, il problema di cosa sia meglio scegliere, il dilemma di come scegliere, il confronto con l'altro, il quesito sulla sicurezza nelle proprie capacità di scegliere.

Inizia quindi un passaggio da realtà unica, come veniva percepita durante l'infanzia, ad una realtà complessa la quale percezione dipende dal punto di vista dal quale la si osserva.

L'adolescente inizia ad attuare un distacco dai genitori che non sono più visti come uniche figure in possesso di verità e risposte ma, anzi, si iniziano ad evidenziare i loro limiti e a cogliere i loro difetti.

Questo distacco dalle figure genitoriali può avvenire solamente se l'adolescente è agevolato da un attaccamento non ansioso, in questo caso il soggetto si sentirà dipendente da essi e può incorrere in uno scompenso psichico.

Solamente se si ha una reciprocità affettiva corretta con i genitori l'adolescente si sente pronto nell'instaurare nuove relazioni affettive con il gruppo dei pari e si sente all'altezza di intraprendere le prime relazioni amorose.

L'adolescente ha la necessità continua di cercare nuovi punti di riferimento attraverso i quali può verificarsi e questa esplorazione verso nuovi affetti può essere sicura o instabile e ciò si può differenziare in base al modo che il soggetto ha di riordinare le proprie esperienze e all'assetto emozionale che si è delineato grazie all' Organizzazione di Personalità (OP).

Le Organizzazioni di Personalità derivano dalle modalità di attaccamento di ogni individuo attraverso le quali il soggetto si sente più o meno in connessione con il proprio care-giver.

Ogni individuo, nello sperimentare nuove esperienze, si trova in una situazione che gli fornisce uno stimolo stressante, lo stressor, che può essere più o meno negativo o più o meno positivo per le modalità di adattamento del ragazzo.

Un care-giver che è visto dal ragazzo come una base sicura sa accogliere e ascoltare quest'ultimo, ma, è anche in grado di esporlo correttamente agli stressor ambientali esterni in base proprio alle abilità e alle capacità del bambino.

Proprio grazie alla relazione tra individuo e il proprio care-giver si sviluppano le OP:

- Organizzazioni di Personalità a reciprocità Fisica (OPF): si sviluppano quando il care-giver si comporta allo stesso modo in determinate situazioni e il bambino riesce così a prevedere gli stressor di una certa esperienza e quindi è in grado di riconoscere i suoi stati interni per fronteggiare tale situazione. L'affettività è concentrata sulle emozioni di base, le attivazioni interne regolano l'indagine dell'ambiente e le relazioni affettive e in questo modo il bambino riesce a regolare la distanza dalla situazione esterna.
 - OPF controllanti: tali organizzazioni derivano da un attaccamento fisico on-line e si sviluppano quando il bambino sa di poter contare sul care-giver ogni volta che ne sente il bisogno dal punto di vista della protezione (vincolo educativo: legame). La distanza fisica per questi soggetti è quindi regolata dalla vicinanza, fisica ed emotiva, con il proprio care-giver. Attraverso un corretto sviluppo essi riescono ad individuare contesti affidabili e sviluppano un'attitudine all'operatività concreta. I soggetti con questa OP devono sviluppare una particolare resilienza adattiva allo stressor di pericolo;
 - OPF distaccate: tali organizzazioni derivano da un attaccamento fisico off-line e si sviluppano quando il bambino sa di non poter contare sempre sul care-giver e quest'ultimo appare poco disponibile e distaccato e interviene solamente quando crede sia necessario (vincolo educativo: distacco). La distanza fisica per questi soggetti è quindi regolata dalla lontananza. Attraverso un corretto sviluppo essi riescono ad individuare spazi di autonomia e sviluppano un'attitudine all'autogestione concreta. I soggetti con questa OP devono sviluppare una particolare resilienza adattiva allo stressor di solitudine.
- Organizzazione di Personalità a reciprocità Semantica (OPS): tale OP si sviluppa nel momento in cui il care-giver varia i suoi comportamenti e non permette al bambino di prevedere gli stressor, in questo modo l'individuo è costretto a regolare il proprio comportamento in base all'ambiente esterno per poter fronteggiare un'esperienza nuova. L'affettività in questo caso è centrata sulle emozioni sociali, l'indagine dell'ambiente e le relazioni affettive sono regolate da segnali esterni.

- OPS contestualizzate: tali organizzazioni derivano da un attaccamento semantico on-line e si sviluppano quando il bambino si trova di fronte un care-giver disponibile quando sente la necessità di scambi comunicativi (vincolo educativo: consenso). I segnali esterni sono regolati in base alla situazione vissuta dal soggetto. Attraverso un corretto sviluppo essi riescono ad individuare quali siano per loro i risultati più facilmente conseguibili e sviluppano un'attitudine al consenso sociale. I soggetti con questa OP devono sviluppare una particolare resilienza adattiva allo stressor di giudizio;
- OPS normative: tali organizzazioni derivano da un attaccamento semantico off-line e si sviluppano quando il care-giver è disponibile solo in alcune situazioni e il bambino non lo trova ogni qual volta sente la necessità di scambi comunicativi. Il care-giver interviene solamente quando pensa sia strettamente necessario e in questo modo responsabilizza il bambino al rispetto delle regole (vincolo educativo: regole). I segnali esterni sono regolati in base ai valori acquisiti dal soggetto. Attraverso un corretto sviluppo essi riescono ad individuare quali siano le linee guida corrette da seguire nelle diverse situazioni e sviluppano un'attitudine all'etica personale. I soggetti con questa OP devono sviluppare una particolare resilienza adattiva allo stressor di dovere.
- Organizzazioni di Personalità combinate: si sviluppano quando padre e madre hanno Organizzazioni di Personalità differenti tra loro. In questo caso il senso del sé risulta comunque unitario in quanto c'è sempre un'OP che predomina sull'altra.

Tornando alla riorganizzazione adolescenziale di ogni individuo, possiamo classificare riorganizzazioni differenti in base alle diverse OP:

- OPF: nei soggetti con questa Organizzazione di Personalità la riorganizzazione porta con sé un rinnovato utilizzo dei segnali interni. Se si possiede una buona potenzialità di mentalizzazione, la conservazione degli affetti e l'instaurazione di nuove relazioni di fiducia risultano adeguate grazie alla messa in atto delle funzioni simboliche. Inoltre, si sviluppano nuove competenze adattive per fronteggiare situazioni problematiche sulla

base delle figure di riferimento affidabili e sulle potenzialità personali acquisite nel corso della vita.

Negli adolescenti con OPF controllante le situazioni di sicurezza o di pericolo vengono interiorizzate in rapporto alle modificazioni critiche che si instaurano in questa fase per quanto riguarda gli scenari relazionali e l'efficienza fisica. Le emozioni di base, in special modo la paura, vengono gestite grazie a delle componenti cognitive più complesse, in questo modo viene permessa l'esplorazione di nuovi programmi futuri.

Negli adolescenti con OPF distaccata il volersi discostare dal senso di isolamento spinge a puntare tutto su sé stessi e sulle proprie capacità. In quest'ottica il ragazzo riesce a capire su quali campi può costruire progetti per il futuro.

- OPS: nei soggetti con Organizzazione di Personalità a reciprocità Semantica la riorganizzazione è costituita da un potenziamento delle capacità astratte e del pensiero autoriflessivo e permette un rinnovamento nell'utilizzo di ciò che ci è dato dall'ambiente esterno. Come avviene nei soggetti con OPF, anche in questo caso i soggetti con una buona mentalizzazione dispongono di una conservazione degli affetti e di una capacità di instaurazione di nuove relazioni affettive adeguate.

Nei soggetti con OPS contestualizzata si denota una buona costruzione del senso di sé e un investimento dei campi in cui ci si sente capaci. Se non si è stati condizionati da un attaccamento eccessivamente intrusivo possiamo trovare una demarcazione dall'ambiente esterno che porta a percepire i traguardi futuri come propri, raggiunti solamente grazie ai propri mezzi. Allo stesso modo anche le sconferte vengono riferite a sé stessi come fatti negativi ma che non minano l'equilibrio interno. Queste disconferme possono essere fronteggiate attraverso l'instaurazione di nuove strategie che permettono di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Negli adolescenti con OPS normativa i valori acquisiti in passato vengono interiorizzati come strategie attive personali che permettono di identificare scelte che corrispondono ai propri principi. Viene rafforzato il senso di unicità del sé e si sviluppano competenze adattive specifiche per gestire i problemi che si possono porre avanti al soggetto per raggiungere una sua

realizzazione. Tali competenze si basano su caratteristiche esterne e permettono la modificazione delle potenzialità personali acquisite.

2.4 – Crisi e disagio

Come abbiamo già visto, l'adolescenza è ricca di cambiamenti e di momenti critici, momenti che però caratterizzano tutte le fasi della vita di un individuo. Dopotutto, però, l'adolescenza può essere definita come fase critica per eccellenza: la crescita psico-fisica risulta molto discontinua, composta da momenti di tranquillità alternati a momenti di perturbazione.

I cambiamenti che avvengono in questa crescita sono generalmente fisiologici ma comportano comunque un disagio nel ragazzo e in chi lo circonda e lo spinge maggiormente a sviluppare nuove capacità adattive e nuove risorse.

Le nuove esperienze da assimilare spesso non sono in linea con il senso di sé che il soggetto si era creato prima della fase adolescenziale e l'insorgere del pensiero astratto porta il ragazzo a dover rileggere in chiave personale le nozioni acquisite negli anni precedenti e a relativizzare l'immagine che aveva di sé e del mondo circostante.

Molto spesso nei giovani adolescenti si possono riscontrare instabilità o cambiamenti di atteggiamenti ed emozioni radicali e contraddittori ed altri momenti di confusione come se avessero perso di vista chi essi siano. Essi tendono quindi a rispondere a tali momenti di perturbazione attraverso delle rassicurazioni esterne, a volte, tramite atteggiamenti di chiusura, altre volte, oppure, altre volte ancora, tendono ad assumere atteggiamenti di ribellione che li porta ad acquisire un'immagine opposta rispetto alle proprie figure di riferimento.

L'adolescente risponde attraverso questi atteggiamenti per esprimere un processo autoreferenziale e tramite tali comportamenti tende a verificare l'immagine di sé attraverso la visione che hanno gli altri di lui: cerca di valutare quanto vale, quanto è voluto o disprezzato dalle figure esterne.

Come affermato in precedenza, emerge che i momenti critici si possono riscontrare in tutte le fasi della crescita dell'uomo e si alternano costantemente a momenti di stabilità; per tale motivo risulta importante saper distinguere i processi di criticità patologici da quelli fisiologici. In particolare quest'ultimi, sono associabili alla difficoltà del crescere e maturare.

Le crisi adolescenziali, quindi, sono completamente fisiologiche se vengono gestite sul piano del pensiero astratto attraverso schemi di autoreferenzialità flessibili.

Un esempio calzante può essere rappresentato dalla depressione del tono dell'umore, riscontrabile universalmente nella fase adolescenziale di ogni individuo e che può essere propositiva per instaurare un senso di realtà più evoluto e maturo. A volte, però, essa può rappresentare una condizione patologica da gestire tempestivamente. Ciò può avvenire in soggetti con problematiche nella gestione delle emozioni.

Tipico dell'instabilità dell'adolescenza è il bisogno dell'individuo di ricercare nuove relazioni significative e nuove figure di riferimento; in questa fase, infatti, il gruppo dei pari riveste un'importanza elevata.

Questa instabilità si può concretizzare nell'opposizione di due bisogni:

- Bisogno di trovare una propria identità, una propria indipendenza
- Bisogno di essere accettati dalla società, in particolar modo dal gruppo di coetanei.

Per tale motivo ci troviamo di fronte ad un'ambivalenza nel comportamento degli adolescenti: a volte tendono alla provocazione per discostarsi dalle figure adulte, altre volte si adeguano ai pensieri degli adulti e appiattiscono la loro personalità e le loro idee, altre volte ancora li vediamo chiudersi in sé stessi allontanandosi dal mondo esterno.

L'individuo si trova in uno spazio "liquido" in continuo mutamento e quindi si sente di dover assumere lui stesso dei comportamenti "liquidi" mentre all'interno vive il contrasto tra il bisogno di appigliarsi a qualcosa di consolidato e familiare e quello di rinnovarsi e di intraprendere nuove strade.

Tale contrasto tra continuità con il passato e bisogno di cambiamento può sfociare in vari disturbi, soprattutto nella fase adolescenziale.

Negli adolescenti che si concentrano sul mantenere un senso negativo di sé stessi sono molto frequenti dei comportamenti autolesivi che spesso sfociano nella bulimia; attraverso tale disturbo l'individuo cerca di attenuare il dolore interno e si concentra sul farsi del male per contrastare il dolore di vivere.

Molto frequente, inoltre, in questi casi è l'utilizzo di droghe e alcol, mezzi utilizzati per assumere una certa sicurezza nell'affrontare la vita.

Negli adolescenti che invece puntano al mantenimento di un senso positivo di sé stessi ricorrere a sostanze stupefacenti simboleggia la voglia di voler migliorare le proprie prestazioni in tutti i campi: amicale, scolastico, sportivo, amoroso. Inoltre assumendo sostanze sentono di riuscire a gestire al meglio l'ansia e sentono di credere di più nelle loro potenzialità.

In alcuni soggetti possiamo trovare una difficoltà a gestire frustrazioni e fallimenti e quindi di fronte a questo sentimento di impotenza rispetto a cose che tutti gli altri riescono a fare, l'individuo, si può gettare in modelli negativi che lo aiutino a superare il senso di vuoto che lo invade e che lo portino ad assumere comportamenti instabili fino ad arrivare alla strutturazione di condotte antisociali o patologiche stabili.

Quando il soggetto è fortemente insicuro, nonostante i comportamenti provocatori assunti, è indirizzato a dipendere da qualcuno che per lui ha una certa importanza per poter dimostrare qualcosa.

Come abbiamo visto se ci si trova di fronte una persona con un senso di sé precario, il cambiamento e la maturazione diventano disadattivi e si concentrano sul conservare l'identità.

Ogni genere di crisi, sia che derivi da un senso negativo di sé sia che derivi da un senso positivo, può essere gestita basandosi sulle risorse di cui il soggetto dispone in rapporto all'opportunità di rafforzare il senso di sé.

I continui cambiamenti della fase adolescenziale portano ad aumentare le crisi piuttosto che i momenti di stabilità; le problematiche aumentano se si considera il continuo confronto/scontro del giovane con il pensiero delle figure adulte e con quello dei coetanei.

L'adolescente necessita di riconoscersi, deve domandarsi chi è, deve chiedersi dove vuole andare e deve capire quali obiettivi vuole raggiungere.

Tutta questa ricerca è concentrata nell'altro in quanto il giovane necessita proprio di riconoscersi dal punto di vista esterno e di confrontarsi con qualcuno che sta vivendo la sua stessa situazione; per questo l'adulto è visto spesso come un nemico, un qualcuno che non è in grado di comprendere il punto di vista del ragazzo e i suoi problemi.

Per entrare in relazione con l'altro, però, è di basilare importanza avere una coerenza interna ed è proprio quella che il ragazzo ricerca di continuo.

Durante l'infanzia il soggetto dovrebbe sviluppare una buona immagine di sé, nonché una consapevolezza della propria unicità, inoltre dovrebbe percepire quali siano i suoi punti di forza ed imparare a governare le sue debolezze, ma, se tutto ciò non avviene, durante la fase adolescenziale e, soprattutto, nella sperimentazione di nuove situazioni e di nuovi ruoli sociali, il soggetto sarà sottoposto a fragilità ed instabilità.

Se ci si trova di fronte ad un soggetto con una carenza di esperienza, si può riscontrare in lui una ricerca continua e costante di nuovi obiettivi senza lasciarsi il tempo di analizzarli per comprendere se siano in linea con le proprie capacità.

Per confrontarsi con il disagio adolescenziale risulta importante adottare un approccio basato sul modo che il soggetto ha di riferirsi le esperienze; bisogna dunque porre attenzione all'individuo senza rischiare di confondere il suo modo di fare esperienza con il proprio.

Molto importante, inoltre, è analizzare quali problemi abbia il soggetto nell'assimilazione delle esperienze, quale sia la modalità di funzionamento propria del giovane e quali siano i più adeguati criteri di intervento.

Capitolo 3 – Adolescenza e malattia mentale

3.1 – Normalità e patologia

La psiche di ogni essere umano si confronta continuamente con un'esigenza di stabilità, attraverso la quale tenta di dare una continuità alla sua identità, contrapposta ad un'esigenza di cambiamento, utile alla maturazione dell'identità stessa.

A tali esigenze corrispondono chiusura e apertura, caratteristiche proprie di ogni Organizzazione di Personalità.

Le neuroscienze hanno condotto varie ricerche esplicando la relazione che esiste tra esigenza di stabilità ed esigenza di cambiamento attraverso una comprensione delle interazioni che esistono tra ambiente esterno e patrimonio genetico.

Da tali ricerche è emerso che ogni individuo dispone di modalità soggettive uniche e di una flessibilità comportamentale che consente al soggetto di essere predisposto al cambiamento: un esempio di questa flessibilità è dato dalla modalità di attaccamento.

Un ragazzo riesce ad interagire con l'ambiente in maniera vantaggiosa se il livello di stress esterno è proporzionale alle sue potenzialità; se, invece, lo stress esterno è troppo per le sue capacità, egli non è in grado di gestire adeguatamente le emozioni negative che prova. Egli può quindi confrontarsi positivamente con le difficoltà se dispone di una relazione d'attaccamento buona.

Se nella crisi la soglia di stabilità non viene superata il soggetto va incontro a dei cambiamenti superficiali; quando invece la soglia viene superata il ragazzo subisce cambiamenti profondi che comportano una discontinuità nel giovane.

Tutti i cambiamenti che si innescano risultano più o meno significativi in base all'OP dell'individuo.

Patologia e normalità vanno considerate come due diverse dimensioni di elaborazione di un'esperienza, principalmente critica, e si trovano in un continuum nel quale a volte non si percepiscono discontinuità tra le due differenti condizioni.

Una rilevanza particolare, per l'approccio post-razionalista, viene acquisita dal sintomo: viene collocato nella costruzione dell'identità del soggetto e nella sua storia di vita; è uno strumento che aiuta a capire da dove partire per comprendere quale sia il problema nell'assimilazione dell'esperienza.

Il sintomo è l'unico modo che il soggetto pensa sia utilizzabile per adattarsi, anche se risulta disfunzionale; è il punto di partenza per individuare percorsi adattivi migliori che permettano all'individuo di preservare una coerenza interna.

I percorsi adattivi propri di ogni soggetto si basano proprio sulle potenzialità di cui egli dispone e si può dire che, sia in condizioni fisiologiche sia in quelle patologiche, un approccio adattivo che si basi sulla personalità è utile per incentivare le risorse del soggetto.

Le perturbazioni conseguenti ad una crisi causano una frattura dell'equilibrio interno del soggetto e quest'ultimo si trova in una condizione di instabilità. La gravità di tale condizione dal punto di vista del continuum che c'è tra normalità e patologia risulta imprevedibile.

I cambiamenti sono intesi come stressor, positivi o negativi, che vanno a modificare la coerenza interna e quando questi non vengono gestiti correttamente l'individuo intraprende percorsi disadattivi espressi da sintomi (affettivi, cognitivi e somatici) caratteristici dei disturbi mentali.

La patologia si manifesta a partire da una variazione quantitativa dei parametri di adattamento. Tali parametri sono:

- Flessibilità: capacità che permette al soggetto di orientare il suo comportamento all'interno di una particolare situazione;
- Generatività: capacità che aiuta il soggetto ad attuare nuove strategie di comportamento;
- Astrazione: capacità che permette all'individuo di mantenere un distacco dalle situazioni contingenti;
- Sequenzializzazione: capacità attraverso la quale il soggetto riordina e monitora le esperienze vissute in maniera coerente;
- Coordinamento: capacità che aiuta il soggetto a gestire il suo bisogno di appartenenza e quello di demarcazione;
- Autointegrazione: attraverso tale capacità l'individuo pone le esperienze vissute in una concezione di sé e dell'ambiente che risulta coerente, definita ed unitaria.

Tanto più tali capacità diminuiscono, tanto più il soggetto sarà predisposto all'esordio di una patologia ma il passaggio tra queste due condizioni può essere reversibile.

La patologia può esprimersi attraverso due condizioni:

- Nevrosi: la visione della realtà non è compromessa, l'individuo riconosce di avere dei sintomi che gli causano sofferenza;
- Psicosi: tale condizione risulta invalidante per il soggetto che non riconosce i sintomi che manifesta e non riesce quindi a valutarli e a criticarli; inoltre la percezione della realtà è completamente distorta e incoerente. Uno scompenso psicotico è causato principalmente da eventi particolarmente intensi che causano l'attivazione di emozioni negative non integrabili nella rappresentazione di sé del soggetto.

3.2 – Classificazione dei principali disturbi psichici

3.2.1 – Disturbo d'ansia

L'ansia, che in latino significa "soffocare", può essere definita come una serie di tratti contraddistinti da un senso di tensione ed inquietudine quando ci si trova in contesti che si temono ma, diversamente dalla paura, è difficile da definire.

Si possono contraddistinguere due differenti forme di ansia:

- Ansia fisiologica: è utile all'individuo in quanto gli permette di mantenere uno stato di allerta e si presenta in intensità adeguata in base alle circostanze;
- Ansia patologica: questo tipo di ansia diventa una fonte di sofferenza per l'individuo in quanto risulta disturbante e diventa un vero e proprio sintomo tanto da richiedere un intervento medico. Tale forma può essere definita come una sindrome psichiatrica vera e propria o può essere integrata ad altri disturbi; può derivare da un evento molto stressante per il soggetto o secondariamente all'assunzione di farmaci o ad una malattia organica.

Queste due forme d'ansia si distinguono per: intensità, durata, frequenza, proporzione tra pericolosità del contesto e risposta dell'individuo; livello di sofferenza del soggetto e livello di compromissione per quanto riguarda la sfera psico-sociale.

Un grande livello di ansia può portare con sé un'elevata difficoltà di concentrazione con annessi disturbi di memoria e, principalmente all'inizio, problemi nel ciclo sonno-veglia che causano insonnia nel soggetto.

Il disturbo d'ansia può essere classificato in:

- Disturbo d'ansia generalizzato: caratterizzato da un'ansia persistente per molti mesi; i sintomi di tale disturbo possono essere associati ad una sensazione perenne di nervosismo, tensione muscolare, palpitazioni, irritabilità, scarsa concentrazione, insonnia, attesa continua di eventi. Il disturbo d'ansia generalizzato è molto raro nella popolazione ma presenta comunque una prevalenza nel genere femminile piuttosto che in quello maschile. Il decorso tende alla cronicità ma non determina una grave invalidità nella vita dell'individuo che ne soffre.
- Disturbi fobici: esistono diverse fobie differenti come ad esempio l'aracnofobia (fobia di insetti e ragni), acrofobia (fobia di luoghi molto grandi), claustrofobia (fobia degli spazi chiusi), agorafobia (fobia degli spazi aperti), rupofobia (fobia dello sporco), dismorfofobia (fobia di avere dei difetti estetici) e molte altre ancora. La fobia è determinata da una sensazione di panico generale quando si entra in contatto con una situazione o un elemento scatenante. I disturbi fobici sono molto comuni nella popolazione in generale. Si scatena principalmente durante l'infanzia o l'adolescenza, soprattutto la dismorfofobia in quanto in tale fase avvengono cambiamenti fisici in maniera repentina e radicale, e non determina una compromissione delle capacità del soggetto; può regredire senza l'utilizzo di un trattamento anche se in alcuni casi può durare per molti anni se non sono trattate adeguatamente.
- Disturbo da attacchi di panico: l'attacco di panico insorge in maniera improvvisa senza un apparente evento scatenante e provoca nel soggetto una forte sensazione di paura e di morte imminente in quanto i sintomi di tale disturbo si possono identificare in un grande senso di soffocamento, tachicardia, tremori in varie parti del corpo, problemi respiratori, alterata percezione della realtà. La durata dell'attacco di panico è breve, solitamente alcuni minuti. L'esordio è rintracciabile principalmente nell'adolescenza ed è molto comune nel genere femminile più che in quello maschile. Solitamente non compromettono la vita del soggetto, a meno che questi non siano molto frequenti, in quel caso la vita sociale dell'individuo sarà condizionata ed egli sarà portato ad attuare delle condotte di evitamento per non far ripresentare un altro attacco.

- Disturbo ossessivo-compulsivo: disturbo composto dalla presenza di pensieri ossessivi (idee persistenti che si ripetono in maniera stereotipata ed intrusiva nella vita del soggetto; tali idee possono essere di contaminazione, di aggressività, di pericolo, di colpa o di indegnità morale e il soggetto li percepisce come prodotti della propria mente) e da comportamenti compulsivi (comportamenti stereotipati che l'individuo attua in seguito ad un pensiero ossessivo per poter diminuire l'ansia e il disagio). Il disturbo ossessivo è comune sia nel genere maschile che in quello femminile ma, comunque, è un disturbo molto raro nella popolazione. Il decorso del disturbo è solitamente cronico con andamento fluttuante.
- Disturbo post-traumatico da stress: disturbo caratterizzato da un acuto stato d'ansia in risposta ad un evento traumatico che il soggetto ha vissuto direttamente o indirettamente. Tale disturbo può evolvere in diversi quadri clinici depressivi o dissociativi.

3.2.2 – Disturbo dell'umore

I disturbi dell'umore sono classificati in:

- Depressione: caratterizzata dalla presenza costante di un umore depresso per tutta la giornata con una totale assenza di reazione agli stimoli esterni al soggetto. Caratteristiche della depressione sono l'apatia (scarso interesse a qualsiasi cosa) e l'anedonia (diminuzione del piacere) che si notano in tutte le attività che il soggetto compie e in tutte le esperienze che vive. Si verifica, inoltre, una variazione significativa del peso senza una specifica dieta e un'ulteriore variazione dell'appetito. Il soggetto depresso soffre inoltre di disturbi del sonno-veglia (insonnia o ipersonnia) che lo portano ad essere perennemente stanco e senza energia, causando in lui l'astenia. L'individuo nello stato depressivo tende sempre ad autosvalutarsi e prova profondi sentimenti di inadeguatezza e di colpa, tanto che a volte tali sentimenti possono arrivare ad un livello delirante, causando depressioni deliranti o depressioni con dei sintomi psicotici. Inoltre, il soggetto, soffre di disturbi della sessualità (impotenza, anorgasmia ecc.) ed ha una visione molto pessimistica della realtà che, spesso, lo portano ad avere pensieri relativi alla morte. La depressione porta, inoltre, con sé una

profonda labilità emotiva e, a volte, dei comportamenti autolesivi che nei casi più gravi possono portare al suicidio.

- Disturbo bipolare: un individuo che soffre di disturbo bipolare vive in una continua alternanza di episodi maniacali ed episodi depressivi. Tale disturbo prevede un decorso cronico con prevalenza di periodi depressivi. La terapia risulta complessa e deve essere continuativa. Il soggetto vive dei periodi di eutimia, ossia di serenità e appagamento, ed in queste fasi il suo funzionamento sociale è buono. Le fasi maniacali e quelle depressive si alternano in maniera imprevedibile.

La mania è una vera e propria psicosi e prevede vari sottotipi: mania euforica, mania con sintomi psicotici e mania allo stato misto.

Durante la fase maniacale il soggetto è pervaso da un susseguirsi rapido di idee e pensieri ed è spesso portato a distrarsi a causa di stimoli esterni; egli si coinvolge eccessivamente in attività che potrebbero poi risultare dannose (rapporti sessuali sconvenienti, investimenti affrettati ecc.). Tipico di questa fase è l'umore elevato, molto spesso addirittura irritabile che porta il soggetto ad avere scatti d'ira. Nell'episodio maniacale l'individuo ha un'autostima molto elevata e arriva ad avere deliri di grandezza, spesso accostati ad allucinazioni uditive attraverso le quali il soggetto esalta ancora di più le sue potenzialità. Egli non sente il bisogno di dormire, si sente onnipotente.

La mania allo stato misto prevede una rapida alternanza di episodi depressivi e maniacali in una giornata o in pochi giorni e questo tipo di mania prevede un elevato rischio di suicidio e una minore risposta alla terapia farmacologica.

Il disturbo bipolare colpisce in maniera uniforme sia individui del sesso maschile sia individui del sesso femminile.

3.2.3 – Schizofrenia

La schizofrenia è definita da una serie di disturbi che influiscono negativamente sull'autonomia del soggetto e su tutto ciò che ruota intorno ad essa come ad esempio la cura del sé; vengono intaccate inoltre le potenzialità lavorative, scolastiche e sociali del soggetto fino al raggiungimento di una vera e propria disgregazione della personalità.

L'esordio si riscontra prevalentemente intorno ai vent'anni ed avviene in maniera acuta attraverso gravi disturbi comportamentali e tende alla cronicità.

Il soggetto affetto da schizofrenia soffre di allucinazioni, deliri e catatonie ed è inoltre propenso ad un ritiro sociale molto marcato e ad un appiattimento affettivo oltre che ad una progressiva perdita del linguaggio e del pensiero.

Tale patologia prevede specifici sottotipi:

- Paranoide: in questo sottotipo ci si trova di fronte ad una prevalenza di allucinazioni uditive e di deliri di persecuzione. Le percezioni del soggetto diventano deliranti e si possono notare in lui degli automatismi mentali;
- Disorganizzato: il soggetto risulta fortemente incoerente, senza nessi associativi e con un comportamento eccessivamente disorganizzato;
- Catatonico: l'individuo con questo sottotipo è caratterizzato da una povera interazione con l'ambiente esterno, tanto da arrivare ad un blocco psicomotorio e al mutacismo;
- Difettuale: il soggetto è portato ad un ritiro sociale e ad un impoverimento del linguaggio; è caratterizzato inoltre da un appiattimento affettivo e ad un'alterazione cognitiva. In tale particolare sottotipo non si riscontrano particolari presenze allucinatorie e deliranti.

Passiamo ora ad osservare come i vari disturbi spiegati fino ad ora si sviluppano nei soggetti con diverse Organizzazioni di Personalità.

3.3 – Disturbi mentali nei soggetti con OPF Controllante

Nei soggetti con Organizzazione di Personalità Fisica Controllante i disturbi d'ansia si sviluppano quando non si riesce più a controllare aspetti fondamentali della vita; l'ansia è una vera e propria espressione della difficoltà che il soggetto prova nell'affrontare alcuni problemi, tantoché prova ad evitarli e si allontana da essi ricercando contesti rassicuranti per sé stesso.

L'individuo con questa OP attribuisce questa sensazione ad una patologia organica senza capire che l'ansia deriva dal suo modo di riferirsi una particolare esperienza.

Solitamente per scatenare il senso d'ansia basta che qualcosa non vada come il soggetto l'aveva immaginato ed in questo modo egli si sente impotente di fronte a quella particolare situazione. Quando egli si riconosce come incapace nella

gestione di un determinato fatto, dall'ansia si può passare alla depressione, che accompagnerà l'individuo finché non troverà un modo per affrontare quella situazione tanto temuta.

Una tipica manifestazione dell'ansia in questo determinato tipo di OP è rappresentato dal disturbo fobico (escluse le fobie sociali). L'ansia si manifesta principalmente prima dell'avvento di un fatto che preoccupa il soggetto, il quale cerca di ripassare mentalmente quali possano essere le strategie migliori per gestire probabili inconvenienti. Questo processo di anticipazione avviene principalmente la sera e causa quindi dei problemi nel ciclo sonno-veglia dell'individuo.

Il soggetto ha serie difficoltà a vivere il presente visto che è sempre proiettato verso ipotetiche situazioni future che gli potrebbero causare disagio.

La malattia stessa diventa per lui una fonte di ansia in quanto egli non riesce a trovare una modalità per gestirla.

Spesso l'esperienza si manifesta in maniera improvvisa e ciò non permette al soggetto di controllarla ed insorge, quindi, l'attacco di panico.

Il soggetto con OPF Controllante affetto da disturbo d'ansia sente la costante necessità di avere vicino una persona nella quale ripone molta fiducia, la quale per lui rappresenta una base sicura, che riesca ad aiutarlo nelle varie situazioni e che controlli il suo comportamento. Resta comunque il fatto che quando si ha il timore di alcune situazioni e di alcuni eventi neanche la presenza di basi sicure rassicura il soggetto.

La persona con disturbo d'ansia non è in grado di modulare le proprie emozioni e sensazioni, inoltre non riesce a comprendere i bisogni e gli stati psichici delle figure di riferimento: ad egli non interessa cosa la propria base sicura pensa di lui, la cosa importante è che essa gli stia accanto fisicamente. Solamente attraverso la vicinanza fisica il soggetto prova benessere.

Spesso il soggetto, quando perde il controllo, tende all'aggressività: durante le liti è incline a dare la colpa all'altro e, nel caso la lite coinvolga una figura di riferimento, è propenso a lasciarsi andare. Quando però il litigio sembra non avere una soluzione nel soggetto scatta una crisi d'ansia.

Passando ai disturbi dell'umore, per i soggetti con OPF Controllante, basta qualcosa che non vada secondo le previsioni dell'individuo per farli scaturire; egli

si ritrova ad avere un sentimento di impotenza che porta, in seguito, alla depressione.

La negatività che il soggetto attribuisce a sé stesso spesso si manifesta attraverso attacchi di panico.

I temi depressivi spesso si associano ad un senso profondo di angoscia che successivamente si somatizza attraverso vertigini, tachicardia o cefalee.

Nei soggetti con questa OP i disturbi bipolari, invece, si manifestano attraverso fasi depressive, causate da un'impossibilità di controllare gli eventi che sfociano in un senso profondo di inutilità, alternate a fasi maniacali, rappresentate da un eccessivo senso di controllo e di onnipotenza.

Dopo aver trattato i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore e i disturbi bipolari, passiamo ora ad osservare come i disturbi schizofrenici si manifestano nei soggetti con OPF Controllante.

Questi ultimi disturbi si manifestano in seguito a delle esperienze riguardanti aspetti della realtà che il soggetto percepisce come incontrollabili ed insostenibili.

L'individuo non riesce a reggere le emozioni che prova in quanto sono fortemente perturbanti quindi si sente minacciato e pervaso da esse e ciò lo porta al disancoraggio della sua identità personale; tale disancoraggio causa la frammentazione del mondo interno dell'individuo.

Dalla frammentazione e, quindi, anche dal disancoraggio si possono esplicitare i tentativi di adattamento che il soggetto mette in atto: egli si costruisce una realtà tutta sua che può essere chiusa verso il mondo (alcuni classici sintomi di questa chiusura sono l'incongruenza, l'appiattimento affettivo e il ritiro sociale) o aperta verso l'esterno (il sintomo principale di questa apertura è rappresentato dal delirio).

3.4 – Disturbi mentali nei soggetti con OPF Distaccata

Nei soggetti con Organizzazione di Personalità Fisica Distaccata i disturbi d'ansia sono spesso anticipati da depressione del tono dell'umore e sono causati da una paura del soggetto di non riuscire a controllare determinate situazioni e a gestirle autonomamente o da un investimento sul piano affettivo o personale che l'individuo vive attraverso un senso di pessimismo marcato.

In questi soggetti si rileva una presenza di ansia anticipatoria che li porta al rifiuto di affrontare determinate situazioni o a limitare i loro investimenti i quali si

concretizzano in maniera disinteressata. L'ansia anticipatoria è utile all'individuo per prevenire un'eventuale situazione negativa che può avvenire in futuro e lo porta all'inibizione psicomotoria che, a volte, sfocia in un'immobilità quasi totale.

L'ansia si esprime attraverso un senso di angoscia o di disforia: nel primo caso la sofferenza coinvolge anche il fisico mentre nel secondo caso si presenta una marcata irritabilità e un umore depresso.

Sono molto frequenti gli attacchi di panico e meno frequenti disturbi fobici o disturbi ossessivo-compulsivi.

Dai disturbi d'ansia passiamo ora ai disturbi dell'umore.

La depressione si lega ad una condizione di solitudine che si attiva ogni volta che si vive una condizione di perdita di qualcosa o qualcuno; per questo il soggetto tende a non investire troppo di sé stesso nei rapporti interpersonali e, a volte, la percezione di solitudine che egli ha, lo porta ad intraprendere relazioni in maniera cauta per il timore di ricevere dei rifiuti o di incappare in fallimenti. Talvolta, però, investire nelle relazioni può essere, per l'individuo, un modo per restare connessi col mondo esterno e con gli altri individui.

L'attivazione dei sentimenti negativi spesso deriva dal modo del soggetto di attribuire a sé stesso i fallimenti ottenuti nelle relazioni significative piuttosto che mettere in discussione gli altri; per questo si sente sempre lui stesso la causa della fine dei rapporti quindi è portato a pensare di essere una persona designata alla solitudine per tutta la vita e, soprattutto, a credere di poter contare solo ed esclusivamente su sé stesso.

Tali emozioni negative, però, possono facilmente rappresentare dei tentativi di adattamento messi in atto dal soggetto: in seguito ad una perdita si può verificare l'instaurazione di un sentimento di rabbia, che porta l'individuo a distaccarsi dagli altri e a praticare comportamenti autolesivi, oppure di un sentimento di disperazione, che invece lo porta ad ancorarsi a qualcuno. Tali sentimenti, di conseguenza, tendono a conservare una coerenza interna del soggetto.

Se il soggetto, invece, è affetto da un disturbo bipolare, si può denotare che la depressione è causata da una perdita di iniziativa che causa un profondo senso di solitudine ed essa si alterna a fasi maniacali, in cui la solitudine è sostituita da un senso di onnipotenza.

Passando ora ai disturbi schizofrenici si può notare che, in questi casi, le emozioni negative, invece di essere riferite personalmente a sé stessi, vengono riferite al mondo esterno.

Tipici sintomi di questi disturbi sono dati dai deliri di vario genere: di colpa, ipocondriaci, di rovina e di negazione.

3.5 – Disturbi mentali nei soggetti con OPS Contestualizzata

Nei soggetti con Organizzazione di Personalità Semantica Contestualizzata i disturbi d'ansia derivano dal sentimento di inadeguatezza del soggetto di fronte ad un'esperienza. Anche in questo caso, come nel caso dei soggetti con OPF Distaccata, è presente un'ansia anticipatoria che aiuta l'individuo a non incappare in situazioni fallimentari da lui temute.

Di fondamentale importanza è il pensiero delle figure significative: se esso è negativo, l'individuo, si sente di conseguenza inadatto ed inferiore agli altri.

Spesso si tende a ricercare conferme sempre dalle stesse persone, in quanto questo crea una certa sicurezza del soggetto affetto da questo disturbo.

Egli teme molto il giudizio esterno: basta uno sguardo di qualcuno per sentirsi inadatto, per questo tende a non frequentare luoghi particolarmente affollati dove potrebbe sentirsi sotto gli occhi di molte persone causandogli così un senso di disagio.

Spesso il soggetto con questa OP affetto da disturbo d'ansia tende ad adirarsi quando non si sente compreso dalle sue figure di riferimento e tende sempre a mettersi a disposizione di tutti cercando di non causare dispiaceri a nessuno; quando, invece, sente di aver deluso in qualche modo una persona per lui importante, riferisce tutta la colpa a sé stesso e prova un senso di insicurezza molto forte.

Il punto di vista degli altri è visto come l'unico punto di vista veritiero per delineare sé stesso e non semplicemente come la visione di un'altra persona. Questo porta alla demarcazione della fobia sociale in quanto, l'individuo, ha paura di esporsi troppo a causa proprio della paura del giudizio e del pensiero altrui.

Sono molto frequenti, inoltre, le dismorfofobie a causa delle quali gli individui non riescono ad accettarsi e tendono al ritiro sociale.

Nel caso in cui il soggetto non riesce ad essere perfetto come vorrebbe e come sente di dover essere tende a dare spazio a pensieri intrusivi ai quali conseguono azioni stereotipate: si instaura così un disturbo ossessivo-compulsivo.

Tipica di questi soggetti è la rabbia, la quale è utile come risposta ai pensieri intrusivi che interferiscono sui loro pensieri.

Andiamo ora a parlare dei disturbi dell'umore.

La depressione, in questi soggetti, è una depressione a lettura esterna: i confini personali di tali individui sono incerti ed essi tendono ad evitare situazioni che li possano coinvolgere emotivamente per deviare una probabile disconferma dagli altri in quanto, quest'ultima, è temuta e può portare all'acquisizione di uno scarso valore personale.

Essi vorrebbero essere perfetti ed adatti in ogni situazione ma, poi, capiscono che ciò non è sempre possibile quindi si sentono dei falliti ed affiora in loro un senso di colpevolezza per non essere riusciti a dare il massimo; questo sconforto, che in realtà sarebbe da indirizzare a delle situazioni specifiche, viene generalizzato e questi soggetti sentono quindi di essere dei buoni a nulla in tutti gli aspetti della loro vita.

Per quanto riguarda, invece, i disturbi bipolari si presentano fasi depressive, durante le quali i soggetti sentono di essere incapaci, alternate a fasi maniacali, caratterizzate da un senso di superiorità degli individui rispetto a chi li circonda.

Passando ai disturbi schizofrenici notiamo che i soggetti che ne soffrono tendono a definirsi completamente sul mondo esterno e i sintomi che scaturiscono hanno il ruolo di proteggerli dalla depressione e dall'angoscia.

I sintomi si concretizzano in allucinazioni uditive e deliri.

Le allucinazioni uditive scaturiscono da una materializzazione dei pensieri; si alternano voci contrastanti che tendono spesso a scontrarsi tra di loro.

I deliri, invece, causano l'integrazione dell'immagine di sé reale del soggetto con delle rappresentazioni completamente immaginarie.

3.6 – Disturbi mentali nei soggetti con OPS Normativa

Nei soggetti con Organizzazione di Personalità Semantica Normativa i disturbi d'ansia insorgono in seguito ad una mancata gestione di una situazione secondo delle specifiche regole e secondo i propri valori; l'individuo si trova così in uno

stato di insicurezza e sente di non avere strumenti adatti per controllare quella situazione.

L'ansia si manifesta in seguito a delle situazioni contrastanti che infieriscono sul controllo che il soggetto cerca costantemente di attuare facendo così barcollare le certezze e le norme interne che egli si è creato fin da piccolo.

Quando queste norme vengono messe in discussione, le emozioni negative provate dal soggetto si modificano in pensieri ossessivi che si concretizzano attraverso comportamenti rituali e stereotipati (disturbo ossessivo-compulsivo).

In questi soggetti si manifesta una costante ricerca di perfezione in tutte le esperienze che vive e tale ricerca rappresenta l'unico parametro attraverso il quale egli si riferisce le esperienze. Quando questa perfezione non viene raggiunta nel soggetto si manifestano sentimenti di malessere e frustrazione che spesso egli attribuisce agli altri ma dei quali si sente comunque responsabile.

Mentre nei Contestualizzati era importante il raggiungimento di un obiettivo, nei Normativi ci si concentra sull'impegno utilizzato per raggiungerlo e, di conseguenza, il soggetto tende a confermarsi nel fare le cose nel modo che crede più corretto.

Quando in una relazione significativa vengono meno le certezze di cui il soggetto ha bisogno e la fiducia non viene ricambiata, in parte o completamente, nel soggetto nasce un sentimento di rabbia che, spesso, si esprime attraverso delle spiegazioni colpevolizzanti e giustificanti.

L'individuo con questa OP tende ad attribuirsi tutte le difficoltà esterne per poter valutare le proprie potenzialità e capacità nel gestire determinate esperienze e quando sente di non essere in grado di affrontare queste difficoltà si sente inadeguato ed arriva all'inibizione comportamentale.

Per quanto riguarda, invece, i disturbi dell'umore, che si materializzano attraverso la depressione, si riscontrano per la maggior parte dei casi degli andamenti cronici.

La depressione è causata dal mancato raggiungimento della perfezione alla quale il soggetto cerca di tendere; dal fallimento di questo obiettivo si originano sensazioni di inadeguatezza che portano alla messa in discussione delle certezze ottenute fino a quel momento e alla compromissione del senso di sé.

Il soggetto inizia così a provare un marcato senso di negatività che lo porta a sentirsi in colpa per non essere riuscito a soddisfare le sue aspettative; talvolta

questa profonda negatività causa la messa in atto di pratiche suicidarie che il soggetto vede come unica via di salvezza dal profondo senso di fallimento che prova.

Passando ai disturbi bipolari si nota un alternarsi continuo di fasi depressive, causate dal senso di colpevolezza, e fasi maniacali, causate da un senso di perfezione e di onnipotenza.

I soggetti affetti da disturbi schizofrenici autoproducono una realtà completamente immaginaria e su di essa basano la costruzione della loro identità.

Il sintomo predominante è rappresentato dal delirio, attraverso il quale l'individuo tenta di controllare il mondo esterno e quello interno, cosa che prima dell'esordio non era riuscito a fare. I deliri più comuni sono quelli di onnipotenza, talvolta accompagnati da deliri di persecuzione.

Gli individui con questo tipo di disturbo tentano di raggiungere la perfezione alla quale ambiscono attraverso questa realtà delirante che prevede una visione molto rigida di sé stessi e del mondo circostante.

Anche in questi soggetti, come nei casi espliciti precedentemente, si tende a colpevolizzare il mondo esterno per il mancato raggiungimento della perfezione e per il conseguente senso di colpa che connota una profonda negatività personale.

3.7 – Esordio della malattia mentale nell'età adolescenziale

Come si è visto nel capitolo precedente, l'adolescenza rappresenta la fase più critica per ogni essere umano; essa è ricca di cambiamenti e di sconvolgimenti (fisici, emotivi, relazionali ecc.) che non sempre sono facili da gestire.

Caratteristica principale della fase adolescenziale è la riorganizzazione dell'immagine di sé e della propria coscienza; il ragazzo si trova in un periodo perturbante che lo mette di fronte al fatto di non essere più un bambino ma, allo stesso tempo, di non essere ancora un uomo adulto.

Comincia per l'adolescente un percorso indirizzato alla scoperta della propria personalità, dei propri punti deboli e delle proprie capacità, un percorso in cui è portato a distaccarsi dalla propria famiglia per affermarsi come un individuo distinto dai propri genitori.

Spesso, per comprendere ciò, si affida alla visione che gli altri hanno di lui, specialmente i suoi coetanei, il gruppo dei pari. Egli vuole sentirsi accettato e,

perciò, a volte, tende ad avere dei comportamenti sbagliati pur di sentirsi parte del gruppo.

Durante questo periodo di transizione il ragazzo è esposto a vari fattori di rischio che lo portano ad avere comportamenti trasgressivi e a sbalzi di umore repentini ed altalenanti. Risulta, infatti, emblematica l'immagine dell'adolescente come "ribelle" rispetto ai modelli valoriali che i genitori gli hanno proposto fino a quel momento e continuano a proporgli.

Questa non prevedibilità dal punto di vista comportamentale e dell'umore rappresenta una componente fisiologica nell'adolescente che necessariamente si trova ad affrontare una fase caratterizzata da forti mutamenti.

L'esordio della patologia avviene nel momento in cui il ragazzo non riesce a gestire tutto l'insieme di perturbazioni che la fase adolescenziale porta con sé ed esso è dovuto ad una carenza dei parametri adattivi; questi ultimi, come già detto nel paragrafo 3.1, sono: la flessibilità, la generatività, l'astrazione, la sequenzializzazione, il coordinamento e l'autointegrazione.

È proprio il livello di adattabilità al cambiamento del ragazzo ad incidere in maniera significativa sulla manifestazione dello scompenso.

L'esordio della malattia avviene, inoltre, quando l'adolescente non riesce ad affrontare in maniera adeguata gli stressor esterni; questi ultimi sono diversi per ogni Organizzazione di personalità:

- Adolescente con OPF Controllante: egli deve sviluppare una resilienza adattiva allo stressor di pericolo;
- Adolescente con OPF Distaccata: egli deve sviluppare una resilienza adattiva allo stressor di solitudine;
- Adolescente con OPS Contestualizzata: egli deve sviluppare una resilienza adattiva allo stressor di giudizio;
- Adolescente con OPS Normativa: egli deve sviluppare una resilienza adattiva allo stressor di dovere.

Quando, appunto, gli adolescenti non riescono ad incrementare queste resilienze adattive sono portati ad avere l'esordio della patologia.

Quest'ultimo, però, è inoltre connesso alla modalità di attaccamento introiettata nell'adolescente e dai diversi tipi di attaccamento si potrebbero manifestare differenti disturbi.

Negli adolescenti con attaccamento di tipo difeso (pattern A) si potrebbero sviluppare disturbi del comportamento o di personalità di tipo narcisistico o antisociale; essi inoltre potrebbero incappare nell'abuso di sostanze stupefacenti.

Gli adolescenti con attaccamento di tipo reattivo (pattern C) potrebbero incorrere in disturbi affettivi e di personalità borderline; inoltre si potrebbero manifestare disturbi alimentari, quali bulimia e anoressia.

Negli adolescenti con attaccamento disorganizzato (pattern D) si potrebbero palesare psicopatologie borderline, comportamenti suicidali e disturbi alimentari di tipo bulimico.

Capitolo 4 – L’Educatore Professionale

4.1 – Chi è l’Educatore Professionale

La figura dell’educatore professionale è regolamentata dal decreto ministeriale n.520 dell’8 ottobre 1998 secondo il quale: “[...] l’educatore professionale è l’operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero della vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà [...]”².

L’educatore professionale può lavorare in cinque ambiti di impiego:

- Salute mentale;
- Anziani non autosufficienti;
- Minori e adolescenti;
- Dipendenze patologiche;
- Disabilità fisiche/psichiche/sensoriali congenite o acquisite.

Nonostante la differenziazione degli ambiti lavorativi, ogni educatore professionale si pone come obiettivo comune il cambiamento della persona e l’acquisizione dell’autonomia di essa. Il raggiungimento di tale obiettivo si basa sull’intenzionalità, sia dell’educatore sia del soggetto in difficoltà.

Tale figura professionale si occupa della presa in carico a 360° del soggetto e non si basa solamente sulla patologia o sul disagio di cui egli è affetto, ma va oltre; l’educatore pone l’attenzione principalmente sulle potenzialità e sulle capacità di cui il soggetto dispone e, qualora queste capacità siano state danneggiate, o addirittura perse completamente a causa della patologia, utilizza delle specifiche metodologie e degli strumenti che aiutino l’utente a potenziare le capacità residue e a reinserire quelle rimosse.

L’educatore può lavorare all’interno di specifiche strutture ma, anche, nei gruppi appartamento, nei quartieri (educatore di strada), nella residenza della persona (educatore domiciliare) e nei centri di prima accoglienza.

² Decreto ministeriale 8 ottobre 1998, n.520 “Regolamento recante norme per l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’educatore professionale, ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.”, G.U. Serie Generale, n.98 del 28 aprile 1999.

Tale varietà di contesti lavorativi porta l'educatore a dover essere in possesso di una forte componente professionale. Quest'ultima è essenziale in quanto l'educatore lavora nella quotidianità della persona, si trova quindi a gestire il contesto che ruota intorno ad essa (scuola, lavoro, famiglia, amici ecc.) e il modo in cui il soggetto si rapporta con l'ambiente circostante. Tale ambiente è spesso imprevedibile e l'educatore deve essere capace di gestire, e a volte anticipare, le situazioni che si vanno a creare intorno al soggetto.

L'educatore deve instaurare con la persona una relazione di fiducia, improntata sull'aiuto e priva di pregiudizi, all'interno della quale deve tener conto di tutti i fattori (relazionali, sociali, psicologici ecc.) passati e presenti dell'individuo. Tali fattori affiorano dal dialogo: il soggetto raccontandosi fa emergere l'immagine che ha di sé stesso, dell'ambiente che lo circonda e degli altri. L'educatore deve essere bravo a cogliere quanti più dettagli possibili attraverso l'ascolto attivo.

Egli deve basare il suo intervento sull'individualità, la specificità e l'irripetibilità del soggetto e, attraverso queste caratteristiche, dalla mera conoscenza passa ad una comprensione profonda della persona e del suo modo di interpretare il mondo.

Dalla comprensione l'educatore riconosce quali siano i bisogni e le difficoltà dell'individuo e attraverso tale conoscenza profonda si pone come guida: non si sostituisce al soggetto nelle scelte e nelle decisioni, ma lo porta a capire come scegliere. A volte, nella relazione d'aiuto, il soggetto pensa che l'educatore sia in possesso di tutte le risposte di cui egli ha bisogno e crede che abbia il dovere di dargliele, ma non è così: l'educatore mette l'individuo di fronte alla realtà, gli spiega quali sono i pro e i contro di ogni situazione e lascia la scelta al soggetto, sostenendolo.

L'educatore lavora all'interno di un'equipe composta da altre figure professionali che hanno preso in carico il soggetto e all'interno di essa è importante promuovere, più che la multiprofessionalità, l'interprofessionalità per poter svolgere un lavoro ottimale con il soggetto.

L'intervento educativo, mirato ed intenzionale, messo in atto dall'educatore professionale, si compone di vari strumenti, tra i quali i più importanti sono: osservazione educativa, relazione educativa e progetto educativo individualizzato.

4.2 – I principali strumenti dell’Educatore Professionale

4.2.1 – L’osservazione educativa

Molte volte si tende a confondere i termini “guardare” ed “osservare” quando in realtà essi hanno due significati differenti: il guardare rappresenta un’azione spontanea che una persona svolge, mentre l’osservare si può descrivere come un guardare con intenzionalità.

L’osservazione, infatti, è sempre basata su degli obiettivi ben specifici; chi la svolge sa bene cosa deve osservare e lo fa nella maniera più oggettiva possibile: essa è quindi un processo mirato alla comprensione profonda di qualcosa.

L’educatore professionale adotta lo strumento dell’osservazione proprio per giungere alla comprensione del soggetto in difficoltà sotto vari punti di vista. Egli osserva le caratteristiche dell’individuo, sia singolarmente sia in relazione con l’ambiente circostante, il suo modo di porsi e il suo modo di interpretare sé stesso e il mondo.

L’educatore, da bravo osservatore, non dà niente per scontato, ma analizza oggettivamente tutti gli aspetti del soggetto in maniera completamente priva di pregiudizi che potrebbero influenzare la sua osservazione e cerca successivamente di interpretare i dati rilevati; ciò può sembrare un processo soggettivo, in contrasto con l’oggettività dell’osservazione, ma in realtà è una parte fondamentale di essa.

L’osservazione può essere strutturata o non strutturata. Nel primo caso l’educatore può osservare attraverso strumenti come check-list, videoregistrazioni e scale di valutazione in modo da poter rilevare quanti più dati possibili. Nell’osservazione non strutturata, invece, l’educatore utilizza questionari, interviste, colloqui o diari di bordo.

L’osservazione è essenziale per l’educatore professionale in quanto gli permette di comprendere quali possono essere le modalità migliori per poter instaurare una relazione d’aiuto e quali sono gli obiettivi da raggiungere attraverso il Progetto Educativo Individualizzato.

Tale strumento permette all’educatore di conoscere la quotidianità del soggetto preso in carico e quindi di comprendere quali siano le migliori modalità d’intervento; è sbagliato però pensare che sia uno strumento utile solamente nella prima fase del lavoro. È necessario, infatti, che l’educatore continui ad osservare

attentamente il soggetto per tutto il periodo della presa in carico, in modo da poter valutare se l'intervento strutturato sia effettivamente giusto per lui e per le sue caratteristiche; nel caso in cui egli non stia raggiungendo adeguatamente gli obiettivi prefissati, l'educatore può rielaborare il suo intervento.

4.2.2 – La relazione educativa

La relazione educativa rappresenta il rapporto di fiducia che lega l'educatore al soggetto preso in carico e si traduce in un incontro ricercato data la consapevolezza da parte del soggetto in difficoltà che l'altro, in questo caso l'educatore, rappresenta una figura che possiede strumenti per aiutarlo e che può accostarsi alla sua vita apportandogli un arricchimento.

La relazione d'aiuto si pone in un'ottica volta a sviluppare l'interiorità e la socialità del soggetto con disagio attraverso il sostegno, l'accoglienza e la conoscenza dell'altro priva di pregiudizi da parte dell'educatore.

L'educatore deve aiutare l'utente e spronarlo a superare gli ostacoli che da solo non riuscirebbe a superare; in questo modo la professionalità dell'educatore si costituisce all'interno della responsabilità che ha nei confronti dell'utente e proprio grazie all'incontro con l'altro, l'educatore realizza la possibilità di ampliare la propria individualità e soggettività.

È bene non pensare alla relazione d'aiuto come una relazione assistenziale che vede l'altro solo come un paziente da curare, ma è importante mettersi a disposizione dell'altro e per l'altro.

Attraverso l'aiuto, l'educatore, permette al soggetto in difficoltà di recuperare le sue potenzialità residue, non lo porta ad essere qualcuno che non è, ma gli consente di essere ciò che in realtà è, rispettando i suoi limiti e guardando ai suoi requisiti.

L'altro non è visto solo per la sua parte malata, per il suo disagio o per la sua disabilità, ma viene considerato dall'educatore per la sua globalità. Pertanto emerge un individuo che può migliorare, che può essere partecipe alla relazione d'aiuto e che può riprendere in mano la propria vita.

È bello pensare alla relazione educativa come ad un camminare insieme: a volte l'educatore è portato a precedere l'utente per spianargli la strada e proteggerlo dalle sue paure, ma la relazione si fonda proprio sul camminare l'uno di fianco all'altro condividendo le difficoltà, affrontandole insieme e costruendo delle

certezze per il soggetto in difficoltà. Attraverso tali certezze, l'utente, imparerà in futuro ad allontanarsi dall'educatore per affrontare il cammino da solo.

L'intervento dell'educatore deve essere realizzato nel rispetto dei diritti dell'altro, della sua fragilità, della sua storia e della sua visione del mondo.

L'altro deve essere sostenuto nella costruzione di un orizzonte di senso che lo porti al superamento del contesto di disagio in cui è inserito.

Per questo è essenziale proporgli delle stimolazioni specifiche ed utili per lui e per la situazione in cui si trova che gli permettano di raggiungere gli obiettivi concordati con il soggetto stesso.

Alla base della relazione educativa si pone il rispetto nei confronti della personalità dell'altro; l'educatore lo orienta al cambiamento valorizzando le sue capacità e le sue qualità.

È importante valorizzare il suo essere parte della relazione per strutturare un lavoro condiviso: non si interviene per l'altro ma con l'altro.

L'utente deve imparare ad aprirsi agli altri, ad apprezzare e a riconoscere le occasioni di cambiamento e di crescita.

La relazione rappresenta dunque un incontro con l'altro, un luogo di dialogo e di crescita per entrambi i soggetti che ne prendono parte: educatore ed utente diventano complici nel lavoro su sé stessi e sull'altro da sé.

Ciò si concretizza sulla base del lavoro nella quotidianità grazie al quale si può riuscire a superare gli ostacoli concretamente e non solo in maniera teorica: sarebbe facile spiegare come si può affrontare una determinata situazione a parole, ma solamente vivendola insieme si può giungere al cambiamento.

L'educatore non deve mostrare atteggiamenti di impotenza, dettati dalla sfiducia verso una non riuscita dell'intervento, ma neanche atteggiamenti di onnipotenza, attraverso i quali si potrebbe arrivare ad un rapporto simbiotico tra le due parti.

È opportuno progettare l'intervento insieme all'utente, in modo da fargli capire quali sono gli obiettivi da raggiungere e quindi quali sforzi gli vengono richiesti da questo intervento; inoltre il soggetto comprende quali capacità deve mettere in pratica e ciò può portarlo all'acquisizione di una certa fiducia in sé stesso.

L'educatore deve porsi in maniera completamente priva di pregiudizi nei confronti dell'utente; l'idea negativa che si può avere del soggetto che richiede aiuto, però, spesso può fuoriuscire attraverso gesti o espressioni dell'educatore: molti sentimenti che l'educatore pensa di nascondere, tacendoli a livello verbale, si

manifestano attraverso comportamenti gestuali che costituiscono la comunicazione non verbale.

La relazione d'aiuto si pone come occasione di cambiamento, ma spesso l'utente ha paura di esso. Chi ha vissuto una storia difficile non è portato a credere in sé stesso e per questo non si sente capace di cambiare: è proprio l'educatore che deve restituire la fiducia persa o addirittura mai avuta all'utente.

Egli dimostra al soggetto in difficoltà di volere il suo bene e di essere lì con lui ad affrontare il tanto temuto cambiamento. Quest'ultimo, però, non avviene solamente nell'utente, ma l'educatore lo vive in prima persona in quanto percepisce la relazione in un'ottica di crescita anche personale.

La relazione educativa si basa sull'empatia dell'educatore nei confronti dell'utente: l'educatore deve mettersi nei panni dell'altro e deve cogliere i suoi movimenti affettivi distinguendoli dai propri. Egli deve riconoscere la qualità e il tipo di sensazioni provate dall'altro, ma non deve entrare in risonanza con la quantità e con l'intensità di tali sensazioni.

Attraverso l'empatia l'educatore ha accesso al mondo interiore dell'utente che altrimenti non riuscirebbe a conoscere.

È importante che la relazione d'aiuto, oltre ad essere empatica, sia autentica: l'educatore deve mostrarsi per com'è, deve far emergere i suoi valori, le sue conoscenze, i suoi sentimenti e i suoi limiti. È opportuno che sappia muoversi tra differenziazione e identificazione; non deve lasciarsi travolgere dai sentimenti altrui, ma deve mantenere una giusta distanza dall'altro e non confondere i suoi movimenti affettivi con i propri. Per riuscire in ciò, è importante che l'educatore sappia riflettere su sé stesso e sulle proprie emozioni.

Se l'educatore non riesce a mantenere una giusta distanza dall'utente rischia di incappare nel burn-out, cioè il bruciarsi nella relazione che provoca in lui stress e che esprime un eccessivo coinvolgimento in essa.

4.2.3 – Il Progetto Educativo Individualizzato (PEI)

L'Educatore Professionale, oltre ad avvalersi di un'osservazione costante e dell'instaurazione di una relazione d'aiuto empatica e ben salda, pianifica l'intero intervento attraverso la stesura di un Progetto Educativo Individualizzato (PEI).

Tale strumento riveste un'importanza elevata per l'educatore in quanto in esso sono inserite le finalità dell'intervento e gli obiettivi da raggiungere.

Precedentemente al PEI l'educatore si avvale dell'assessment, un processo di valutazione preliminare e parallelo all'intervento. L'assessment rappresenta una raccolta di informazioni, tra le quali la storia psicopatologica dell'utente, la sua situazione familiare, il contesto in cui vive e i fattori che lo influenzano.

Come afferma Gabriella Ba nel suo libro "Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale": «L'assessment è l'insieme delle procedure finalizzate alla raccolta sistematizzata ed alla organizzazione delle informazioni che sono ritenute rilevanti per impostare e monitorare un intervento educativo-riabilitativo».

Esso è quindi uno strumento utile al monitoraggio dei cambiamenti e dei progressi in itinere e attraverso di esso l'educatore può riflettere su quali siano le modalità dell'approccio e i contenuti dell'osservazione, individuare gli strumenti utili all'osservazione e quali potrebbero essere i punti di forza dell'intervento, descrivere quale sia l'orientamento educativo e condividere il percorso con l'utente.

Successivamente all'assessment iniziale l'educatore può quindi stendere il PEI che mira a degli obiettivi raggiungibili per il soggetto e concreti. Tale strumento va condiviso con l'utente e con gli altri operatori dell'equipe.

Il PEI si compone di varie parti:

- Analisi della realtà di partenza: in questa componente iniziale del progetto l'educatore introduce delle notizie sull'utente in modo da condividere l'utilità del progetto con l'equipe e con delle potenziali figure esterne;
- Finalità: essa rappresenta l'obiettivo generale da raggiungere con l'intervento educativo; molto spesso la finalità è descritta da un potenziamento della qualità della vita del paziente e dal raggiungimento del maggior livello di autonomia personale;
- Obiettivi: essi sono utili al raggiungimento della finalità generale; possono essere obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- Partners interni ed esterni al servizio: ossia il personale coinvolto nel progetto;
- Risorse interne o esterne al servizio: in questo punto si descrivono le risorse materiali o umane disponibili;
- Attività: esse sono mirate al raggiungimento degli obiettivi fissati precedentemente; dal risultato di ogni attività potrebbero nascere nuovi obiettivi da raggiungere e di conseguenza un altro progetto;

- Tempi: rappresentano il periodo di concretizzazione del lavoro e possono essere variabili;
- Spazi: in tale componente si descrivono gli spazi che vengono utilizzati per lo svolgimento delle attività;
- Costi: in questa parte del progetto si indicano i costi utili alla realizzazione;
- Valutazione: rappresenta il processo che permette di osservare l'adeguatezza degli obiettivi in confronto ai risultati ottenuti e il grado di percezione di questi ultimi da parte dell'utente;
- Verifica: si indica l'arco di tempo in cui verificare i risultati;
- Indicatori di verifica: possono essere sia qualitativi sia quantitativi ed indicano i parametri attraverso i quali valutare i risultati.

Il Progetto Educativo Individualizzato può essere sottoposto a modificazioni continue in base alle esigenze dell'utente e alle risposte che egli dà.

Si aggiunge il termine "individualizzato" proprio perché ogni progetto è calato sulla persona: ogni individuo ha una propria storia e delle caratteristiche differenti da tutti gli altri individui. Per questo è impossibile pensare che un progetto stilato per un individuo sia utilizzabile per qualcun altro.

Questo strumento oltre che essere mirato ad un unico soggetto può essere prodotto per un gruppo di utenti; anche in questo caso il progetto si può definire individualizzato in quanto ogni gruppo è differente da altri e dispone di caratteristiche proprie.

4.3 – L'importanza dell'Educatore Professionale per l'adolescente psichiatrico

Come si è visto l'Educatore Professionale lavora principalmente con l'individualità di ogni utente; egli comprende che ogni individuo richiedente il suo aiuto dispone di caratteristiche proprie, di una storia di vita particolare e di un personale modo di interpretare il mondo.

L'intervento educativo è basato sul vedere la persona nella sua globalità e non sulla patologia di cui essa è affetta; si pone l'attenzione sulle potenzialità, sulle capacità ma anche sui limiti propri di ogni soggetto in difficoltà.

L'Educatore Professionale mira a conoscere il mondo interno di ogni individuo per comprenderlo a pieno e poter strutturare un intervento calato sulla persona.

Come si è visto nei capitoli precedenti ogni adolescente vive una perturbazione sotto tutti i punti di vista: egli modifica il suo modo di vedere l'ambiente circostante, vuole distinguersi dalla famiglia, vuole essere percepito come un individuo indipendente, con una propria personalità e delle proprie caratteristiche, ma allo stesso tempo vuole che questa sua identità sia accettata da chi lo circonda.

Tali perturbazioni si manifestano maggiormente nell'adolescente affetto da patologie psichiatriche.

Precedentemente si è visto come ogni patologia esordisce e si sviluppa in maniera differente in base al tipo di attaccamento e all'Organizzazione di Personalità ed è proprio in questa differenziazione che si può facilmente percepire quanto il lavoro dell'Educatore Professionale sia fondamentale per questo tipo di utenza.

Ciascun adolescente vive la patologia in maniera differente in base alle sue esperienze di adattamento e alla sua OP, l'Educatore è consapevole di ciò e non generalizza il suo intervento.

Grazie all'intervento educativo l'adolescente psichiatrico si sente accolto e compreso, riesce a vedere una prospettiva di cambiamento, comprende come poter affrontare le situazioni temute in maniera autonoma e riesce a gestire le sue emozioni.

Conclusione

Ho iniziato questo elaborato ponendomi l'obiettivo di approfondire le motivazioni che portano all'esordio della malattia mentale proprio nella fase adolescenziale.

Per arrivare a comprendere quali esse siano ho deciso di partire dalla teoria dell'attaccamento secondo la quale l'attaccamento che ogni individuo sviluppa fin dall'infanzia influisce nell'adattamento e nelle relazioni future a questa fase, specialmente nella fase adolescenziale.

Secondo tale teoria ogni individuo è portato biologicamente a rapportarsi con gli altri ma la differenza sta proprio nel modo in cui si relaziona e con cui affronta le varie esperienze e modificazioni tipiche della vita.

Si è visto come la fase più ricca di modificazioni è proprio la fase adolescenziale. Essa è percepita come la fase più critica del percorso di ogni essere umano ed ogni individuo deve sapersi adattare ai cambiamenti tipici dell'adolescenza attraverso delle resilienze adattive, differenti per ogni Organizzazione di Personalità.

È proprio in queste resilienze adattive che ho trovato la risposta al mio quesito iniziale.

Le perturbazioni adolescenziali sono molto difficili da gestire senza tali resilienze e quando l'adolescente non riesce a svilupparle incappa inevitabilmente nella patologia in quanto non riesce ad affrontare la molteplicità di cambiamenti che lo assalgono.

Data la differenziazione delle resilienze adattive per ogni Organizzazione di Personalità si è visto come ogni patologia sia composta da dissimili caratteristiche e si sviluppi in maniera differente in base alle diverse OP.

Successivamente ho trattato la figura dell'Educatore Professionale ponendo un'attenzione particolare agli strumenti di cui egli dispone. L'Educatore Professionale rappresenta una figura attenta alla globalità del soggetto, ai suoi desideri, alle sue potenzialità e ai suoi limiti.

Instaura una relazione d'aiuto fondata sul cambiamento del soggetto ponendo un'attenzione particolare alla sua individualità per poter raggiungere nel migliore dei modi gli obiettivi prefissati.

Basa il suo intervento sul Progetto Educativo Individualizzato per poter attuare un lavoro il più possibile strutturato e calato sulla persona presa in carico.

È importante evidenziare che l'Educatore Professionale non lavora per l'utente ma con l'utente: entrambi prendono parte alla relazione, entrambi sono soggetti al cambiamento, camminano fianco a fianco verso un obiettivo.

Proprio in questa attenzione riposta dall'Educatore nei confronti dell'individualità si percepisce la sua importanza per gli adolescenti affetti da patologie psichiatriche.

Bibliografia

- Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, 2004.
- Bassa Poropat M. T., Lauria F., *Professione educatore. Modelli, metodi, strategie d'intervento.*, Edizioni ETS, 1999.
- Gardella O., *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia.*, Franco Angeli, 2016.
- Lambruschi F., Lenzi S., Leoni F., *Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva*, in Lambruschi F. (ed.), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*, Torino, Bollati Boringhieri, 2004.
- Nardi B., *Esperienza soggettiva e organizzazioni di personalità*, Ancona, Accademia dei Cognitivi della Marca e Lopez Eventi & Congressi, 2016

Sitografia

- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg>

Ringraziamenti

Giunta al termine del Corso di Laurea in Educazione Professionale vorrei ringraziare innanzitutto la Prof.ssa Daniela Saltari e la Prof.ssa Marilena Flamini per l'impegno che rivolgono al Corso di Laurea e per l'attenzione che prestano a tutti noi studenti.

Ringrazio inoltre il Presidente del Corso, il Prof. Bernardo Nardi, mio relatore, per la pazienza avuta nei miei confronti e per la grande umanità mostrata.

Ringrazio profondamente la mia famiglia che mi ha sempre permesso di inseguire i miei sogni e di arrivare a questo traguardo facendo non pochi sacrifici che non mi hanno mai fatto pesare.

Ringrazio Mattia per avermi fatto conoscere questo Corso di Laurea e per avermi fatto comprendere quanto questa professione sia bella. È stato per me un esempio da seguire, un consigliere fedele, mi ha accompagnata in questo percorso dal primo all'ultimo giorno mettendomi spesso al primo posto senza mai esitare, è stato ed è un vero amico per me.

Ringrazio le mie amiche storiche, la mia seconda famiglia, le persone che non mi hanno mai abbandonato, coloro che hanno condiviso con me ogni minima esperienza, è grazie a loro se sono la persona che sono oggi: Sara, la mia base sicura, una seconda sorella, colei che ha sempre creduto in me più di quanto io abbia mai fatto e che mi ha sempre spronato, supportato e sopportato; Ilaria, forte ed indipendente, dal carattere opposto al mio ma questa differenza non ha mai influito sul bene che proviamo l'una per l'altra, il nostro legame rappresenta la prova che un'amicizia, se vera, supera ogni distanza; Giulia, la solarità fatta persona, sempre pronta a tendere una mano nel momento del bisogno, di una bontà immensa; Camilla B., grazie al suo grande coraggio mi ha sempre spinto a pormi degli obiettivi e a fare il possibile per raggiungerli senza farmi condizionare dagli altri; Camilla A., fin dall'infanzia è per me un'ancora di salvezza, di una disponibilità rara; Cecilia, dalla corazza di ferro che nasconde un cuore buono, colei che non si lascia abbattere dalle circostanze e che mira con coraggio a realizzare ogni suo sogno; Francesca, di una sensibilità incomparabile, colei che riesce sempre ad affrontare le difficoltà uscendone a testa alta, più forte di prima; Chiara, che è sempre riuscita a trasmettermi la sua curiosità spronandomi a conoscere sempre di più sul mondo che ci circonda, colei che ha sempre la parola giusta al momento giusto, di una gentilezza preziosa; Martina, una ragazza

intraprendente, si distingue per la grande dedizione, colei che mette il cuore in tutto ciò che fa.

Ringrazio Sara, Camilla, Chiara, Elena, Giulia, Federica, Martina e Claudia, che da compagne di corso sono diventate per me delle vere amiche. Grazie a loro ho compreso quanto un'amicizia non si basi sulla quantità del tempo passato insieme, ma sulla qualità. Grazie a loro ho capito che casa è dove hai il cuore, ed ora posso dire di avere una casa in ogni parte della regione. Grazie a loro sono riuscita ad arrivare al termine di questo percorso, con loro ho condiviso ogni emozione positiva e negativa di questa esperienza, grazie a loro sono maturata, ho acquisito più consapevolezza in me stessa, sono riuscita a superare tutti gli ostacoli incontrati lungo il cammino; con loro questi tre anni sono volati, tra un pomeriggio di studio intenso ed una cena tutte insieme, abbiamo affrontato insieme ogni singolo momento diventando indispensabili le une per le altre.

Ringrazio Padre Gabriele, la mia guida, per aver sempre riposto fiducia su di me.

Ringrazio Lorenzo, un vero amico, un ragazzo sensibile e disponibile, sempre pronto ad aiutarmi nel momento del bisogno.

Infine ringrazio tutti coloro che hanno condiviso con me questo percorso, anche al di fuori delle aule universitarie.

Questa tesi non è solo mia, questo traguardo è anche vostro.

Grazie di cuore a tutti.