

Indagine sul disagio psicologico in una popolazione di giovani studenti degli Istituti Medi Superiori del Comune di Siena

Author(s):

A. Giovannoni affiliation: Psichiatra e Psicoterapeuta, Responsabile Centro di Salute Mentale UFSMA USL7 Zona Senese

A. Marziaffiliation: Psichiatra e Psicoanalista SPI-IPA

L. Carboniaffiliation: Psichiatra e Psicoterapeuta

L. Fattorinaffiliation: Ordinario di Statistica Università di Siena

Adele Giovannoni affiliation: Psicologa

Riassunto

Gli AA. espongono una ricerca sul disagio psicologico condotta presso gli studenti (14 e 16 anni) di tutte le scuole medie superiori del Comune di Siena ed effettuata attraverso la somministrazione di un questionario di autovalutazione.

Vengono riportati gli incroci statisticamente significativi e commentati secondo un ottica psicodinamica.

Summary

The Authors show the results of a research concerning possible psychological difficulties of young teen age students (14 and 16 years of age) in the Sienese Area and conducted through a self evaluation questionnaire. The significative contingency tables are commented through a psychodynamic point of view.

Introduzione

“Quello che il bruco chiama fine del mondo il resto del mondo chiama farfalla” dice un celebre aforisma di Lao Tse. In effetti è la percezione soggettiva del malessere a definire la condizione di disagio: in particolare il malessere tipico del periodo adolescenziale, caratterizzato da trasformazioni rapide e violenti stravolgimenti degli equilibri preesistenti, induce l'adolescente a percepire questa esperienza di metamorfosi come esclusiva e potenzialmente catastrofica, caratterizzata com'è dalla luttuosa perdita della dipendenza, dalla separazione dagli oggetti mentali infantili e dalla ricerca, faticosa ed incerta, di una nuova definizione di sé. Non a caso alcuni si riferiscono a questo periodo come seconda fase di separazione-individuazione.

Vi sono alcune questioni dibattute circa l'adolescenza: quali siano i confini tra normalità e patologia; se la trasformazione che garantisce il passaggio verso l'età adulta sia realmente interpretabile come fenomeno critico (inteso come evento nuovo, acuto e drammatico, caratterizzato da disequilibri e rotture) ed in tal caso quanto sia indispensabile ai fini evolutivi, e quali siano i fattori di rischio capaci di indirizzare la condizione di crisi verso una marcata patologia; oppure se la trasformazione non sia più propriamente pensabile come processo, e quindi caratterizzata da gradualità e da continuità con le precedenti fasi evolutive.

A complicare ulteriormente la valutazione è lo stesso concetto di crisi, con particolare riferimento alla quasi costante dualità di accezione con la quale si presenta in vari campi (medico, politico, economico, sociale etc.) significando ora risoluzione del male (crisi come evento salutare che predispone alla guarigione ed alla soluzione di un evento patologico), ora indicando di per sé il processo patologico (crisi come malattia). Come in altri campi anche e soprattutto in ambito psicologico, il concetto di crisi si presta ad una duplice interpretazione: secondo una visione Sistemica, ad esempio, la crisi non è da considerarsi necessariamente evolutiva; al contrario secondo una concezione psicogenetica dello sviluppo l'intera vita appare caratterizzata e segnata nel suo processo dal succedersi di periodi critici (crisi dell'ottavo mese, crisi d'opposizione, crisi edipica, crisi puberale, crisi di mezz'età), ognuno dei quali porta un preciso significato maturativo, risultando funzionale al raggiungimento di specifiche capacità adattive, tanto da far pensare che l'assenza di crisi possa prefigurare di per sé patologia.

Elementi caratteristici della crisi adolescenziale sono la crescita puberale con le trasformazioni del corpo e la difficoltà ad accettarle integrandole in una nuova percezione di sé, il risveglio di una sessualità adulta perturbante riconosciuta con incertezze e sensi di colpa; l'evoluzione cognitiva individuata dalla maturazione di capacità di astrazione e di generalizzazione più raffinate, la nascita di un pensiero capace di formulare ipotesi e fare deduzioni che induce alla riflessione filosofica, all'introspezione, alla razionalizzazione; il risveglio di conflitti parzialmente sopiti ora iscrivibili all'interno di quella che viene definita come la crisi d'originalità dell'adolescente, caratterizzata da un bisogno di singolarità e di eccezionalità che lo porta a rappresentarsi ideali megalomani ed affrontare nuovamente aspetti narcisistici di sé; la riattivazione di arcaiche modalità difensive che accompagnano la scelta di nuovi oggetti d'amore ed il distacco dalla famiglia.

E' proprio il recupero di alcuni meccanismi di difesa arcaici ad essere responsabile della particolare qualità di relazione che l'adolescente stabilisce con le persone con cui viene in contatto, dentro e fuori la famiglia, ed è ciò che induce taluni a considerare la condizione adolescenziale simile ad uno stato borderline transitorio, in cui ha grande importanza l'agire, così come l'inerzia depressiva od il passaggio all'atto.

La rottura dell'equilibrio di cui la crisi è espressione può comportare, per la rapidità con cui si manifesta, quella che Marcelli e Braconnier (1991) definiscono una “specie di amnesia dello stadio precedente che fa credere all'adolescente di vivere in un eterno presente ... una rottura della memoria psichica anche se non della continuità psichica”; oppure si può determinare un vero e proprio break down evolutivo (Laufer, 1982) con rottura della continuità psichica di cui sarebbero espressione, ad esempio, i tentativi di suicidio, le condotte tossicomane, gli stati psicotici dell'adolescenza, interpretabili quindi come veri disturbi psichiatrici, pur non essendo assimilabili alle malattie mentali.

E' opinione diffusa che il disagio giovanile, così com'è desumibile da notizie di cronaca, vada aumentando; sono apparentemente più frequenti fenomeni riconducibili ad

una psicopatologia delle condotte: furto, fughe, tentativi di suicidio, atti di vandalismo, condotte centrate sul corpo – come anoressia e bulimia – abuso e dipendenza da sostanze etc.

A conferma di questo fatto possono essere presi ad esempio i dati dell'OMS che, celebrando nel 2006 la giornata mondiale per la prevenzione al suicidio, ricordava come negli ultimi 50 anni l'incidenza del suicidio è aumentata del 60% diventando la terza causa di morte per adolescenti e giovani; inoltre il tentato suicidio è 20 volte più frequente del suicidio.

Per quanto riguarda l'Italia ed in particolare il territorio senese, possiamo far riferimento ad una ricerca sul Disagio degli adolescenti realizzata, per conto del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali, dall'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali (IPRS) esteso a tutte le province italiane e pubblicato nel 2006; in questo studio sono stati utilizzati come indicatori di disagio: salute psichica (tasso di dimissioni per disturbi psichici, tentativi di suicidio, tasso di IVG in donne tra 15 e 20 anni); educazione e studio; devianza (delitti/popolazione residente, minorenni denunciati/popolazione residente in età 14-17 anni, minorenni femmine denunciate/minorenni maschi denunciati); famiglia (tasso separazione coniugale, separazione con figli affidati per 100 separazioni, figli affidati a causa di separazione per 100 separazioni).

Dai dati raccolti si evince che la Provincia di Siena è caratterizzata da una criticità nell'area del disagio psichico (punteggio 53.73 superiore al valore medio riconducibile al complesso delle province che è pari a 50.99).

Come altro esempio, da uno studio effettuato per l'osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana nel 2008, in cui sono stati indagati livelli di stress psicologico negli adolescenti delle province toscane valutando alcuni stati negativi dell'umore (nervosismo, umore depresso, agitazione ed irrequietezza, senso di inutilità, sensazione continua di stanchezza, sentirsi senza speranza), risultano valori di stress elevato nel 16% dei minori esaminati, con netta predominanza nel genere femminile (21,9% contro 8,8% dei maschi); nella provincia di Siena, in particolare, è presente di stress elevato in una percentuale di adolescenti superiore alla media regionale (17,5%); percentuali maggiori sono registrate solo da Pistoia (21.2%) e Grosseto (21.3%). Come si nota, nei due casi citati sono stati utilizzati indicatori differenti: in effetti una ricerca che si ponga l'obiettivo di indagare sulla presenza e l'estensione del Disagio in un'età compresa tra i 14 ed i 16 anni non è affatto semplice, dovendosi occupare di temi controversi come la crisi in adolescenza a partire dall'individuazione degli indicatori del disagio.

Nella nostra ricerca abbiamo inteso circoscrivere l'interesse al campo del disagio psicologico ed adottare una visione prevalentemente psicopatologica della crisi.

Materiali e Metodi

In questa ricerca, proposta dall'Associazione Senese di Psicoterapia Psicoanalitica e sponsorizzata dalla precedente Amministrazione Comunale di Siena, è stato somministrato, nell'anno scolastico 2002 – 2003, un questionario sul disagio psicologico ad un campione di adolescenti rappresentato da 415 (8, 21%) iscritti alle classi prime e terze di tutte le scuole Medie Superiori della città di Siena (2 classi per ciascuna scuola) su un totale di 5053 alunni, scelti in maniera random allo scopo di verificare la presenza ed eventualmente l'incidenza di elementi segnalatori di psicopatologia in questa fascia d'età.

Il questionario che abbiamo utilizzato è composto da due sezioni; la prima (Tab.1) consente di rilevare la presenza ed il grado del disagio psicologico attraverso quesiti relativi a: umore, ostilità, idee di suicidio, ipocondria, apprensività, ossessività, fobie, rituali, capacità di prendere iniziativa, affaticabilità, concentrazione, alterazione dell'appetito, sonno, sessualità, disturbi neurovegetativi, derealizzazione, depersonalizzazione, manie di persecuzione, idee di grandezza, presenza di voci.

La seconda sezione (Tab.2) raccoglie informazioni su alcune caratteristiche socio-demografiche degli studenti; in particolare il sesso, l'età, la presenza di altri fratelli, il titolo di studio dei genitori, la residenza, la grandezza dell'abitazione, l'assiduità sportiva e la frequentazione della Contrada. Per ciascuna domanda della prima sezione lo studente ha avuto a disposizione diverse modalità di risposta il cui numero varia a seconda del quesito, per esempio, nel caso della prima domanda relativa all'umore i ragazzi hanno avuto la possibilità di scegliere una delle otto possibilità di risposta, per la seconda domanda relativa all'ostilità le possibilità di risposta sono, invece, cinque. In ogni caso per ciascun quesito è prevista la possibilità di 'non risposta'. Le risposte al questionario sono state esaminate ed i vari items incrociati tra loro con la collaborazione del Dipartimento di Metodi Quantitativi dell'Università di Siena. Sono stati presi in considerazione gli incroci statisticamente significativi (in cui il test chi-quadro di indipendenza produce un p-valore minore di 0.05).

1. Abbiamo preferito il termine psicologico, anche se meno appropriato di psicopatologico per non creare eccessivi allarmismi, soprattutto fra i genitori, che dovevano dare il loro consenso alla ricerca.

Risultati

A) INCROCIO DOMANDE QUESTIONARIO PSICOPATOLOGICO E DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

Dall'analisi delle connessioni tra il questionario psicopatologico e i dati socio demografici del campione, si evince, in generale, che la maggioranza dei ragazzi di età compresa tra i 14 ed 18 anni non presenta indicatori rilevanti di psicopatologia. Riportiamo nello specifico alcune percentuali emerse dall'analisi del questionario psicopatologico: circa nel 60% predomina un sentimento di benessere, il 40% si dichiara non apprensivo e apprensivo ma controllato e circa il 40% non ha pensieri ossessivi né paure irragionevoli.

Esaminando la distribuzione dell'ostilità subordinata all'età, sembra che con il passaggio alla maggiore età, gran parte degli studenti acquisisca consapevolezza del proprio carattere e di come porsi agli altri. Allo stesso tempo, è emerso che i diciassetenni risultano i meno apprensivi, mentre i sedicenni ed i diciottenni evidenziano più preoccupazioni rispetto alle altre età del nostro campione.

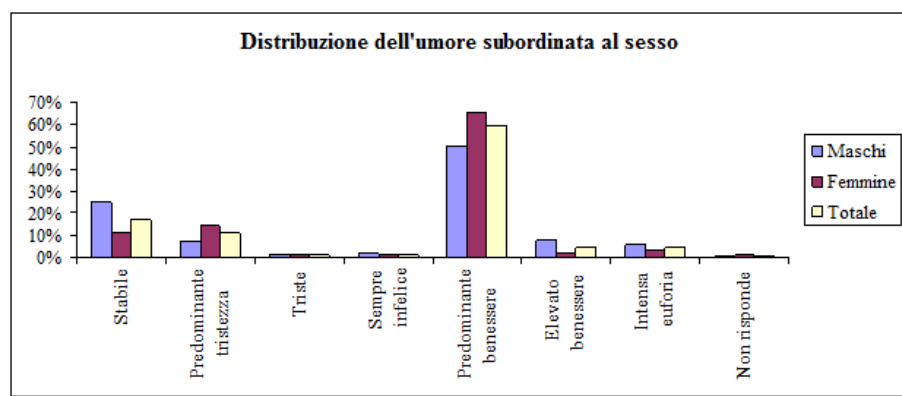
Emerge, inoltre, che la stabilità genitoriale sia che si tratti di coppie coniugate o conviventi, crea una maggiore sicurezza nei figli; tuttavia, in linea generale i ragazzi esaminati non risultano avere una stima eccessiva della propria persona (53%).

Dobbiamo, però, ricordare che le incertezze e l'indeterminazione sulla propria persona sono elementi imprescindibili e caratterizzanti tale fascia d'età, tanto che laddove l'adolescenza fili troppo liscia dovremmo, in qualità di professionisti, porci dei dubbi sul benessere psicologico del ragazzo. A. Freud (1957) considerava normale ed evolutiva la turbolenza adolescenziale. Ella affermava che durante l'adolescenza: "l'equilibrio interno deve essere abbandonato per permettere che la sessualità adulta sia integrata nella personalità dell'individuo. I cosiddetti tumulti adolescenziali non sono altro che le indicazioni esterne del fatto che stanno verificandosi siffatti accomodamenti interni (...). Il mantenimento di un equilibrio stabile durante il processo adolescenziale è in sé anormale".

Rispetto alla variabile sesso (Tav.1) si evince, invece, che in una percentuale non molto alta ma rilevabile di studentesse predomina un sentimento di tristezza (14% circa) ed una minore stima della propria persona e delle proprie capacità (59%), mentre viceversa nel sesso maschile si evidenzia una percentuale maggiore per "elevato benessere" e "intensa euforia", una maggiore stabilità dell'umore e più stima nelle proprie capacità (nel 41% circa) rispetto alla femmine.

TAVOLA 1 Distribuzione dell'umore subordinata al sesso

	Stabile	Predominante tristezza	Triste	Sempre infelice	Predominante benessere	Elevato benessere	Intensa euforia	Non risponde	Tot
Maschi	43 (24,86%)	13 (7,51%)	2 (1,16%)	3 (1,73%)	87 (50,29%)	14 (8,09%)	10 (5,78%)	1 (0,58%)	173
Femmine	26 (10,88%)	34 (14,23%)	3 (1,25%)	3 (1,25%)	157 (65,69%)	5 (2,09%)	6 (3,35%)	3 (1,26%)	239
Marginale	69 (16,75%)	47 (11,41%)	5 (1,21%)	6 (1,46%)	244 (59,22%)	19 (4,61%)	18 (4,37%)	4 (0,97%)	412



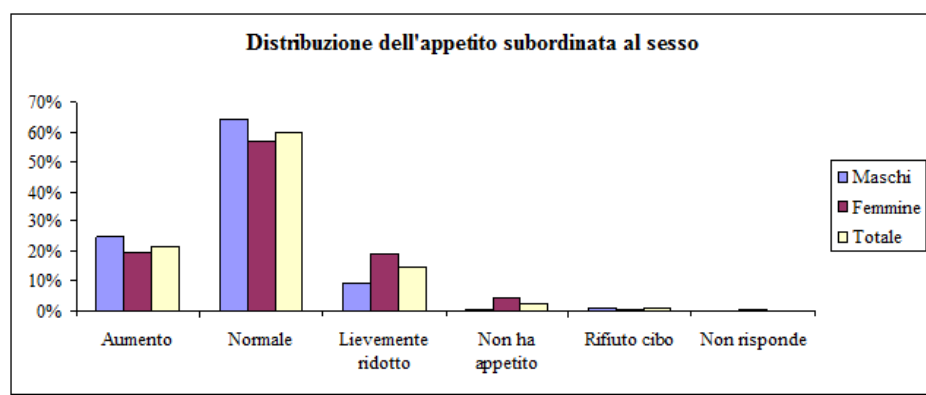
Questo dato sembrerebbe confermare la maggiore predisposizione del sesso femminile ad un abbassamento del tono dell'umore e la tendenza ad internalizzare il conflitto a differenza del sesso maschile che, invece, più frequentemente tende ad elevare il senso della propria importanza e ad esternalizzare il conflitto: "metterlo fuori". E', infatti, nel sesso maschile che generalmente si manifesta una maggiore incidenza di problematiche legate al comportamento.

Emerge, anche, che è sempre il sesso femminile in modo più marcato rispetto al maschile ad avere una maggiore predisposizione per le fobie, a presentare maggiori "paure irragionevoli ed intense tali da impedire lo svolgimento di alcune attività" (circa il 6%), ad avere più frequentemente "occasional dubbi irragionevoli ma non disturbanti" ed a vivere prevalentemente un rapporto alterato con il cibo (Tav. 2).

Quest'ultimo dato appare anche in linea con le evidenze cliniche che vedono il sesso femminile il più a rischio ed il più coinvolto nei disturbi del comportamento alimentare, con una frequenza 10 volte maggiore rispetto ai maschi, nonostante questo divario stia leggermente diminuendo.

TAVOLA 2 Distribuzione dell'appetito subordinata al sesso

	Aumento	Normale	Lievemente ridotto	Non ha appetito	Rifiuto cibo	Non risponde	Tot
Maschi	43 (24,85%)	111 (64,16%)	16 (9,25%)	1 (0,58%)	2 (1,16%)	0 (0,00%)	173
Femmine	46 (19,25%)	136 (56,90%)	45 (18,83%)	10 (4,18%)	1 (0,42%)	1 (0,42%)	239
Marginale	89 (21,60%)	247 (59,95%)	61 (14,81%)	11 (2,67%)	3 (0,73%)	1 (0,24%)	412



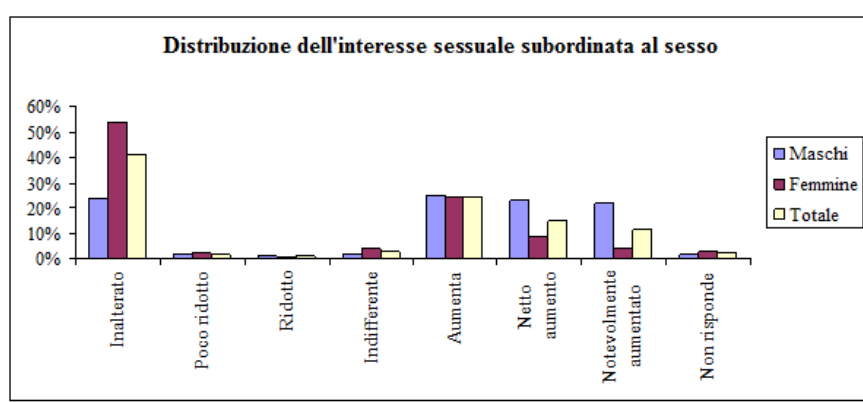
Nel campione maschile, invece, è stata rilevata un alta percentuale di risposte che indicano un "netto e notevolmente aumento dell'interesse sessuale"; viceversa più della metà delle ragazze rispondenti ha giudicato il proprio interesse sessuale inalterato. Tale dato dimostra, in sintesi, una maggiore costanza quantitativa dell'interesse

sessuale nel sesso femminile (Tav. 3).

L'interesse sessuale degli adolescenti è stato anche analizzato in relazione alla frequenza con cui essi partecipano alla vita di contrada. È emerso che la maggior parte di coloro che dichiarano un interesse sessuale inalterato (circa il 45%) appartiene al gruppo che non frequenta la contrada, viceversa la maggior parte di coloro che dichiarano un netto (circa 24%) o un notevole aumento (circa 15%) dell'appetito sessuale appartengono al gruppo che frequenta assiduamente la contrada. I giovani che, invece, la frequentano moderatamente rappresentano la percentuale più alta di coloro che hanno un aumento dell'interesse sessuale (33%). Quest'ultimo gruppo sembrerebbe perciò il più equilibrato nel vivere la propria sessualità; mostra, infatti, un aumento dell'interesse sessuale così come normalmente accade in questa fascia d'età, mentre gli altri due gruppi, di frequentatori assidui e di non frequentatori, sembrerebbero in parte discostarsi dalla norma rispettivamente per eccesso e per difetto.

TAVOLA 3 Distribuzione dell'interesse sessuale subordinata al sesso

	Inalterato	Poco ridotto	Ridotto	Indifferente	Aumenta	Netto aumento	Notevolmente aumentato	Non risponde	Tot
Maschi	41 (23,70%)	3 (1,73%)	2 (1,16%)	3 (1,73%)	43 (24,86%)	40 (23,12%)	38 (21,97%)	3 (1,73%)	173
Femmine	128 (53,55%)	5 (2,09%)	2 (0,84%)	9 (3,77%)	57 (23,85%)	21 (8,79%)	10 (4,18%)	7 (2,93%)	239
Marginale	169 (41,02%)	8 (1,94%)	4 (0,97%)	12 (2,91%)	100 (24,27%)	61 (14,81%)	48 (11,65%)	10 (2,43%)	412



Un dato che appare interessante è quello collegato al "vivere con" (Tav.4/5) in quanto si rileva che tra i ragazzi che vivono solo con il padre si trovano le percentuali più alte di coloro che dichiarano di avere spesso o sempre rituali compulsivi ed una maggiore frequenza di disturbi neurovegetativi.

Tale risultato stimola una interessante riflessione sulle conseguenze che l'assenza della figura materna potrebbe provocare in età adolescenziale. In questa difficile fase di cambiamenti, di ricerca di una nuova identità (compresa quella sessuale), di nuove identificazioni e di lutto per la perdita degli oggetti infantili, l'assenza della figura materna sembrerebbe correlare con un aumento dei livelli d'ansia e, quindi, con il bisogno di ricorrere ad un controllo esterno (rituali compulsivi) per gestire un disagio interno che non trova elaborazione.

L'adolescenza, semplificando, viene definita nel pensiero freudiano come il secondo tempo della sessualità infantile, l'après coup (la posteriorità); c'è un prima ed un dopo che assumono significato solo nel loro incontro. Il questionario non permette di approfondire le singole dinamiche individuali del campione ma si potrebbe interpretare tale dato, ipotizzando che nell'adolescenza l'assenza della figura materna, oggetto primario, sia un fattore di rischio per il disagio psicologico. Essa, potrebbe rievocare assenze più profonde, infantili e precoci, scatenando quindi forti livelli di angoscia.

TAVOLA 4

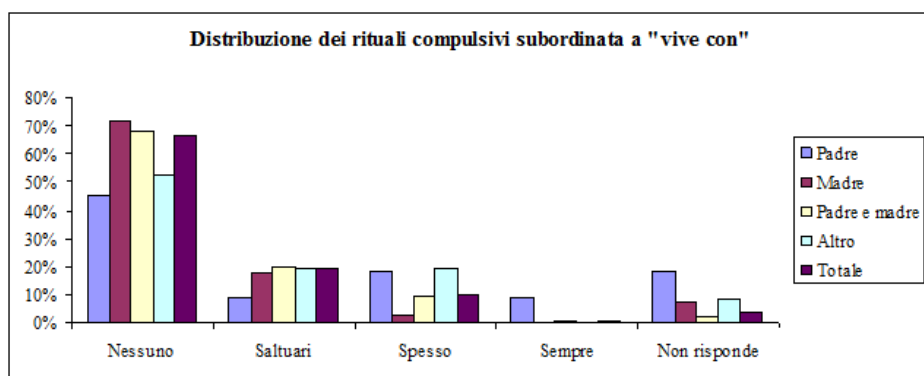
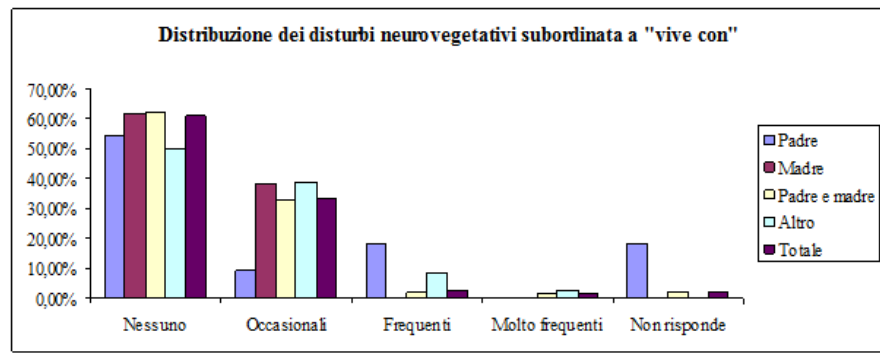


TAVOLA 5



La correlazione con il dato delle dimensioni della casa (Tav. 6/7/8) ha, invece, evidenziato che i ragazzi che vivono in appartamenti minori di 50 metri quadri si dichiarano facilmente affaticabili (70%) e troppo apprensivi (20% circa); mentre tra coloro che vivono in case maggiori di 150 metri quadri è emersa l'unica percentuale rilevante di infelicità costante. In comune tra i ragazzi che vivono in case o particolarmente piccole o particolarmente grandi si rilevano maggiori percentuali di intensa euforia. La noia e la mancanza di stimoli aumentano quindi i livelli di ansia ma, tuttavia, anche le iperstimolazioni sembrano correlare con una certa quota di disagio psichico, in particolare con un disturbo del tono dell'umore. Si potrebbe ipotizzare che troppi stimoli e incentivi esterni diminuiscano la capacità di fare affidamento sulle proprie risorse interne, così come analogamente accade al neonato al quale se non viene gradualmente fatta sperimentare l'attesa e la mancanza del cibo, non sviluppa la capacità di autoconsolarsi e di utilizzare se stesso come fonte di piacere. Freud ci insegna che è nell'assenza che nasce la rappresentazione

TAVOLA 6

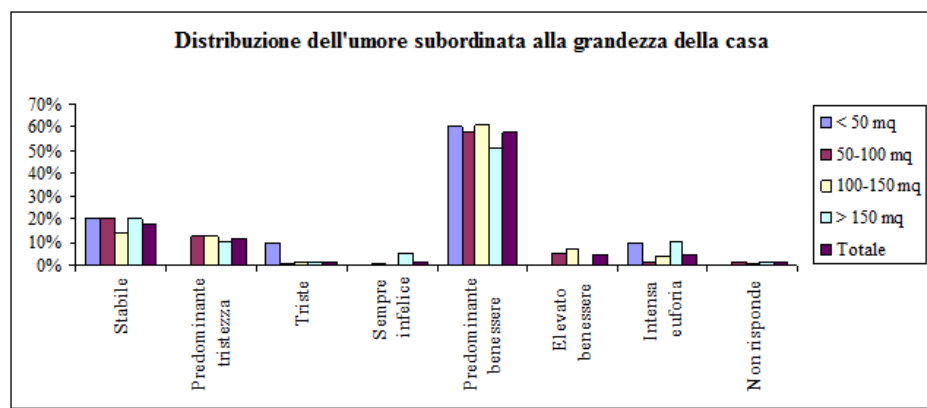


TAVOLA 7

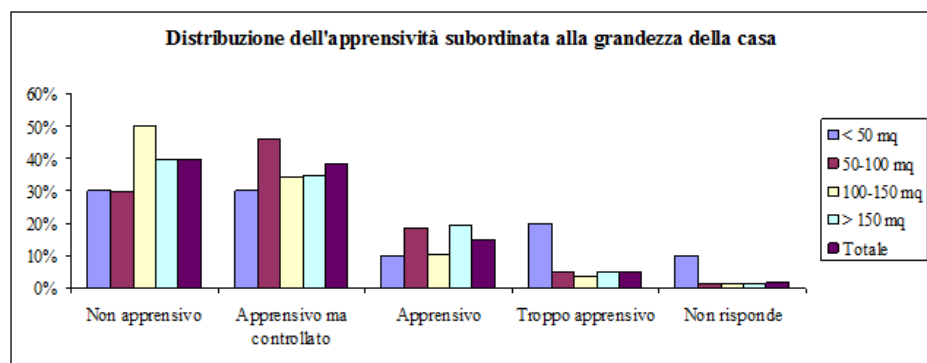
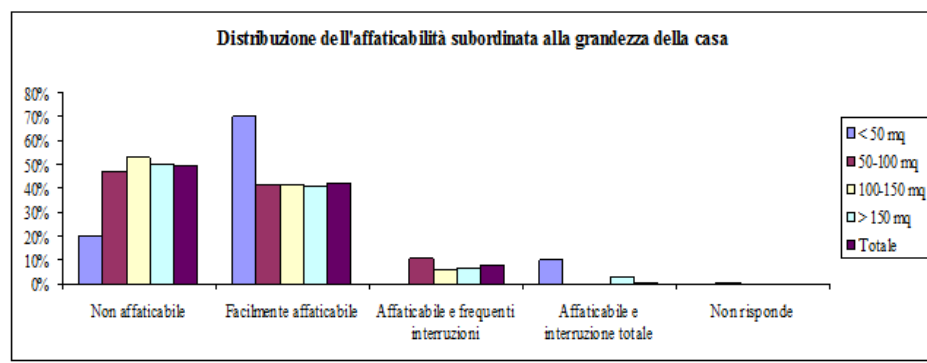


TAVOLA 8



Dal campione preso in esame si evince altresì che la quasi totalità di coloro che hanno genitori con un grado di istruzione molto basso non hanno alcun pensiero di suicidio (circa 88%).

Una bassa classe sociale, uno stile di vita molto semplice e presumibilmente minori aspettative sembrerebbero, quindi, ridurre il rischio di suicidio negli adolescenti. E' questa, infatti, la fase della vita dove il ragazzo deve mettere in discussione il proprio ideale dell'io, abbandonare l'onnipotenza infantile e fare i conti con la realtà esterna e con i propri limiti; probabilmente minori aspettative potrebbero in parte proteggere l'adolescente da un devastante e inelaborabile crollo narcisistico.

B) INCROCIO DOMANDE QUESTIONARIO SUL DISAGIO PSICOLOGICO

E' importante premettere che è molto difficile fare una diagnosi in adolescenza poiché, per definizione, questa fase è considerata un periodo di cambiamento e, come afferma la Birroux, "Non c'è cambiamento senza sofferenza". L'A. dichiara anche che "l'adolescente ha ragioni legittime per soffrire, perde il suo corpo di bambino e i relativi privilegi, perde la madre-rifugio, avverte la fragilità dell'io di fronte alle minacce del mondo esterno e l'impossibilità di fare ricorso, ormai, alle immagini parentali; scopre anche la pericolosità del suo mondo interno, delle sue rappresentazioni ... "(da A. Birroux, "L'adolescente e il suo corpo", 1990).

Tuttavia, nella nostra ricerca e in particolare dagli incroci tra le risposte del questionario psicopatologico sono emersi i seguenti risultati, utili per comprendere i diversi profili psicologici degli adolescenti.

Una significativa correlazione è apparsa tra l'umore e l'ostilità; infatti, un' alta percentuale di studenti con un umore contraddistinto da "intensa euforia" si dichiara "difficilmente controllabile" e facilmente irascibile, mentre la maggioranza di coloro che sono caratterizzati da "benessere" ha dichiarato di non essere apprensivo o comunque di esserlo ma di sapersi controllare.

Anche l'apprensività e le fobie sono risultate correlate all'umore. Quasi la metà degli studenti che tendono ad un basso tono dell'umore dichiarano di preoccuparsi in modo incontrollabile e di non riuscire a rassicurarsi e più del 63% soffre di paure intense (Tav.9/10).

TAVOLA 9 Distribuzione dell'apprensività subordinata all'umore (p-value=0.0240)

apprensività umore	non apprensivo	apprens. ma controllabile	apprensivo	troppo apprensivo	non risp.	tot
stabile	32 (46.38)	23 (33.33)	5 (7.25)	6 (8.70)	3 (4.35)	69 (100)
triste-sempre infelice	0 (0.00)	3 (27.27)	3 (27.27)	5 (45.45)	0 (0.00)	11 (100)
marginale	32 (40.00)	26 (32.50)	8 (10.00)	11 (13.75)	3 (3.75)	80

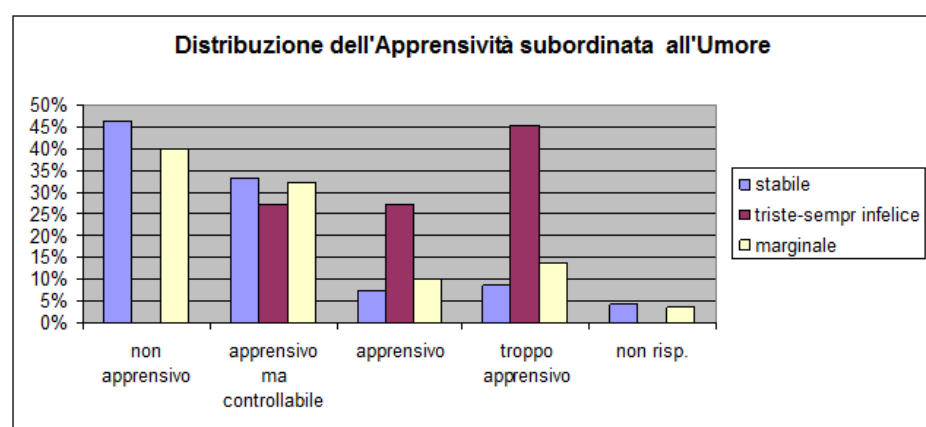
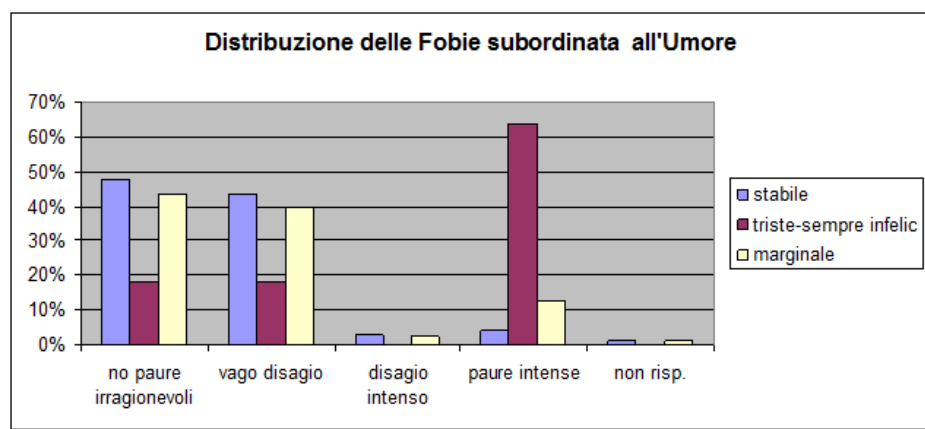


TAVOLA 10 Distribuzione delle fobie subordinata all'umore (p-value=0.0040)

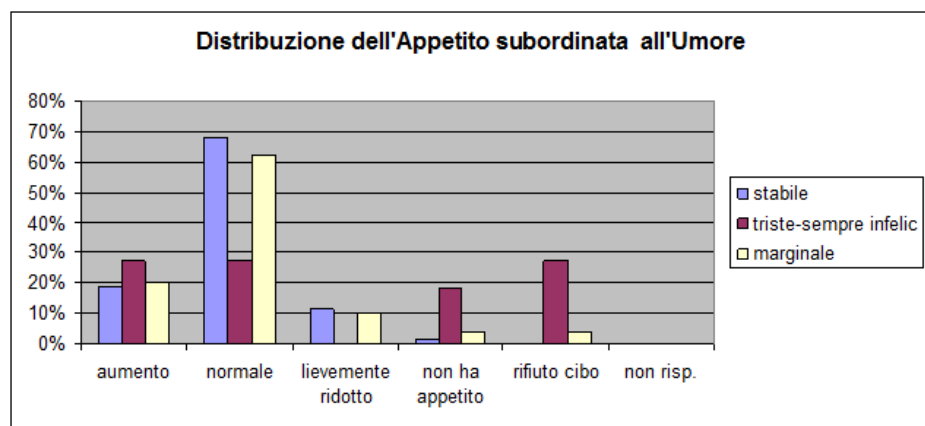
fobie Umore	no paure irragion.	vago disagio	disagio intenso	paure intense	non risp.	tot
Stabile	33 (47.82)	30 (43.48)	2 (2.90)	3 (4.35)	1 (1.45)	69
triste-sempre infelice	2 (18.18)	2 (18.18)	0 (0.00)	7 (63.64)	0 (0.00)	11
Marginale	35 (43.75)	32 (40.00)	2 (2.50)	10 (12.50)	1 (1.25)	80



Inoltre, tra gli studenti che si dichiarano tristi o sempre infelici sono presenti le percentuali più alte di "appetito ridotto" e "rifiuto del cibo" rispetto a coloro che affermano di avere un umore stabile o in cui predomina il benessere (Tav. 11).

TAVOLA 11 Distribuzione dell'appetito subordinata all'umore (p-value=0.0004)

appetito umore	aumento	normale	lievemente ridotto	non ha appetito	rifiuto cibo	non risp	tot
stabile	13 (18.84)	47 (68.12)	8 (11.59)	1 (1.45)	0 (0.00)	0 (0.00)	69
triste-sempre infelic	3 (27.27)	3 (27.27)	0 (0.00)	2 (18.19)	3 (27.27)	0 (0.00)	11
marginale	16 (20.00)	50 (62.50)	8 (10.00)	3 (3.75)	3 (3.75)	0 (0.00)	80



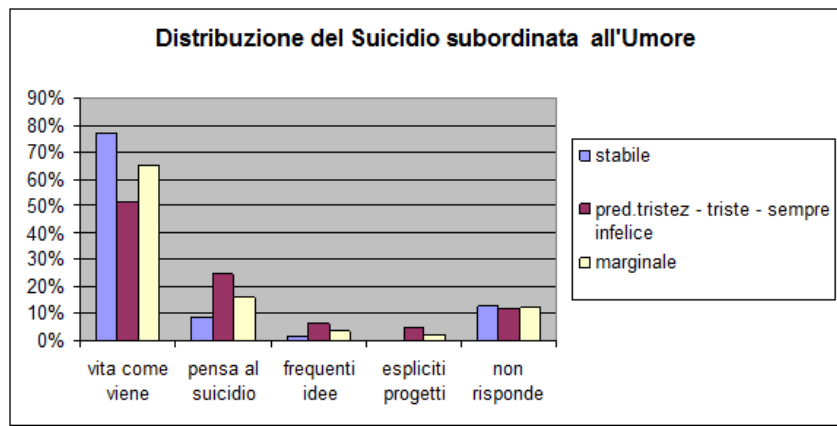
Si evince, perciò, che disturbi o abbassamenti del tono dell'umore si manifestano spesso in comorbidità con altri quadri psicopatologici, aumentando la gravità del disagio psichico.

Ricordiamo, tuttavia, che la maggior parte dei ragazzi dichiara di "prendere la vita come viene, ma tra coloro in cui predomina un sentimento di tristezza, il 25% pensa al

suicidio, il 6% ha frequenti idee ed il 5% ha addirittura espliciti progetti di suicidio (Tav.12).

TAVOLA 12 Distribuzione del suicidio subordinata all'umore (p-value=0.0324)

suicidio umore	vita come viene	pensa al suicidio	frequenti idee	espliciti progetti	non risp.	tot
stabile	53 (76.81)	6 (8.70)	1 (1.45)	0 (0.00)	9 (13.04)	69 (100)
pred. tristezza-triste sempre infelice	31 (51.66)	15 (25.00)	4 (6.67)	3 (5.00)	7 (11.67)	60 (100)
marginale	84 (65.12)	21 (16.28)	5 (3.88)	3 (2.33)	16 (12.40)	129 (100)



Ladame (1981) suggerisce di distinguere "l'adolescente che pensa al suicidio dall'adolescente che lo mette in atto". L. A. dichiara che le idee di suicidio sono, infatti, frequenti in adolescenza essendo questo un periodo di depressione e di lutto, mentre i tentativi di suicidio nascono dall'impossibilità di pensare la separazione che perciò viene agita in modo estremo.

Dalla ricerca si evince altresì che tra coloro che dichiarano frequenti idee o espliciti progetti di suicidio, sono maggiormente presenti le fobie (33%) (Tav.13), i pensieri ossessivi (25%) (Tav.14), l'affaticabilità (il 25% è costretto ad interrompere le attività, mentre il 42% si stanca facilmente ma non è costretto ad interrompere le abituali attività) (Tav.15), la difficoltà a concentrarsi (67%) o una totale mancanza di concentrazione (16%) (Tav.16), un rapporto alterato con il cibo (il 17% non ha appetito mentre un altro 17% rifiuta il cibo) (Tav.17), ed infine con occasionali (33%) o frequenti episodi di derealizzazione (19%) (Tav. 18/19).

TAVOLA 13

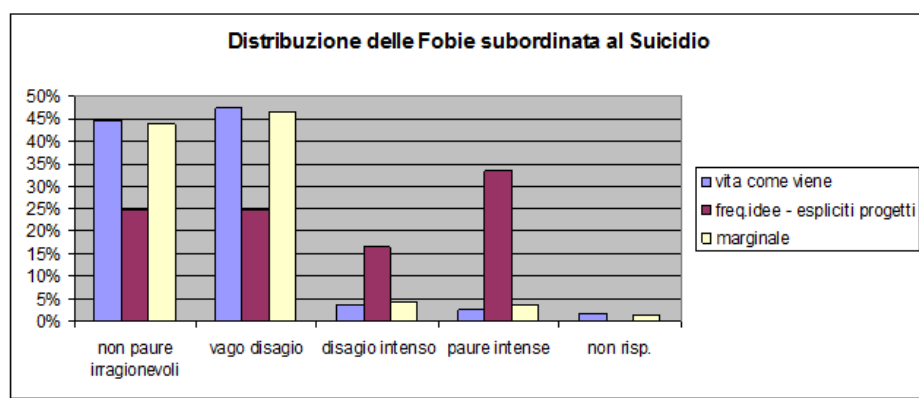


TAVOLA 14

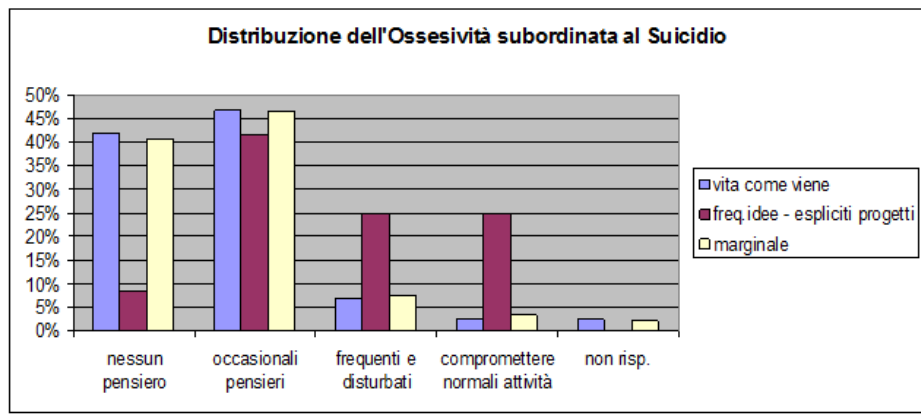


TAVOLA 15

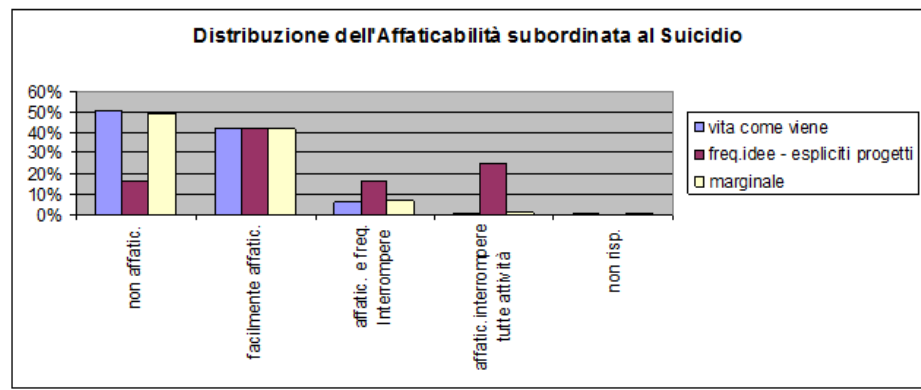


TAVOLA 16

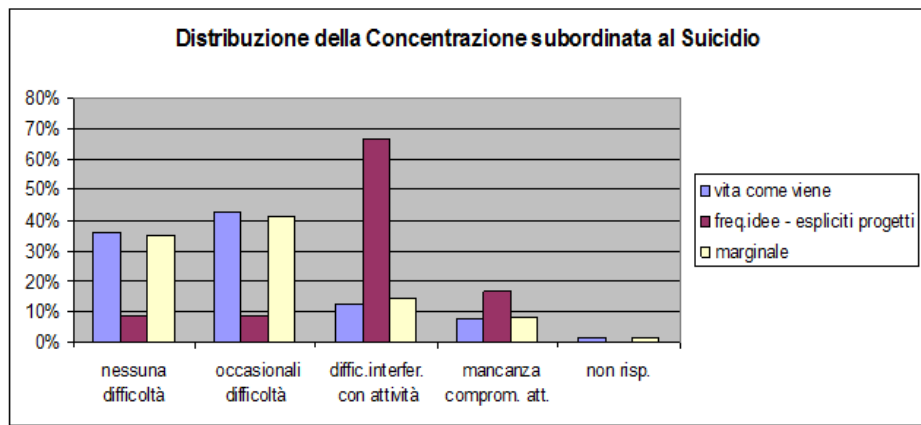


TAVOLA 17

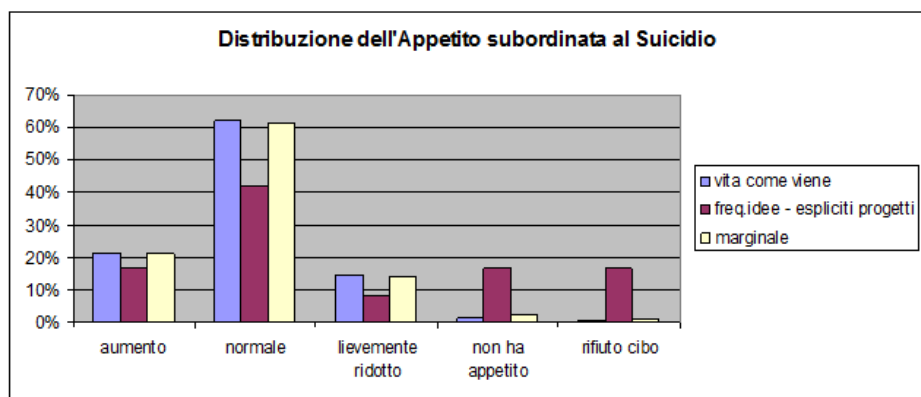


TAVOLA 18

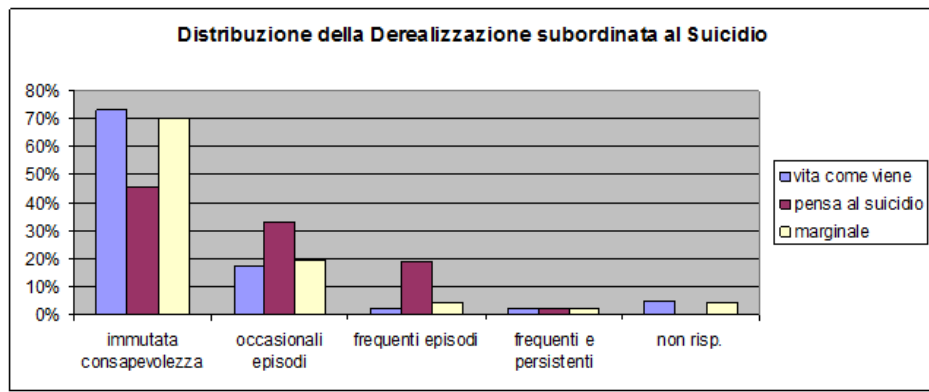
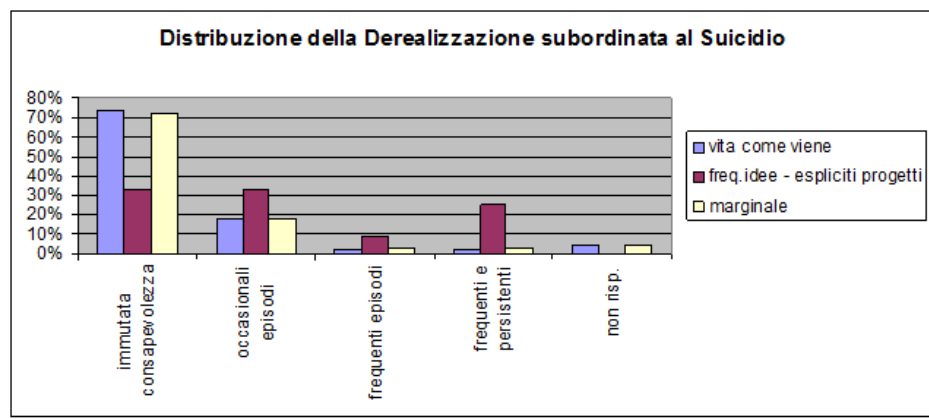


TAVOLA 19



L' ipocondria è invece risultata spesso associata ad altre sintomatologie ansiose. Infatti, più del 25% degli studenti con esagerata paura per la propria salute ha affermato di avere pensieri ossessivi frequenti e disturbanti (Tav.20), il 21% di avere paure intense al punto da non riuscire a fare molte cose (Tav.21), il 54% si dichiara facilmente affaticabile (Tav.22) mentre il 46% presenta occasionali disturbi neurovegetativi (Tav.23).

TAVOLA 20

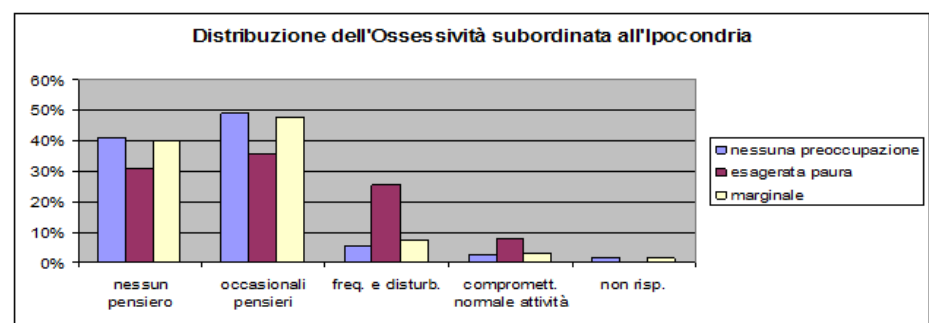


TAVOLA 21

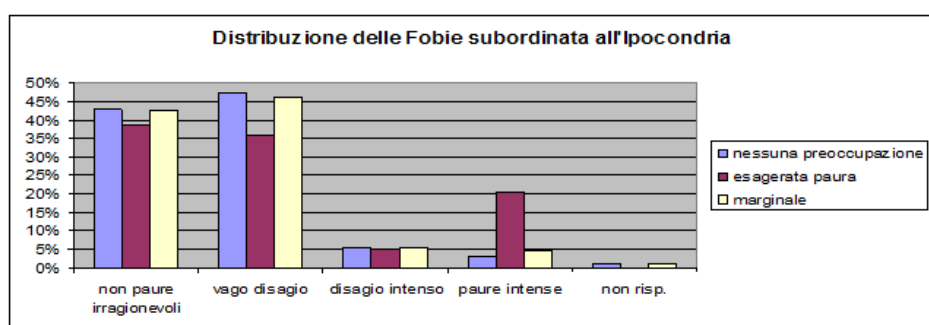


TAVOLA 22

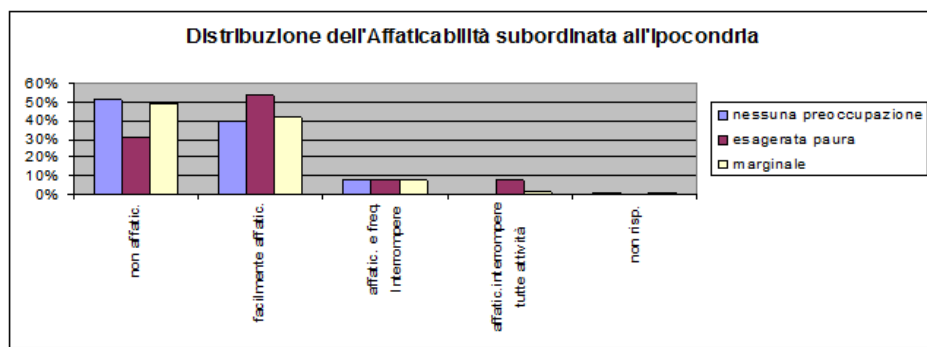
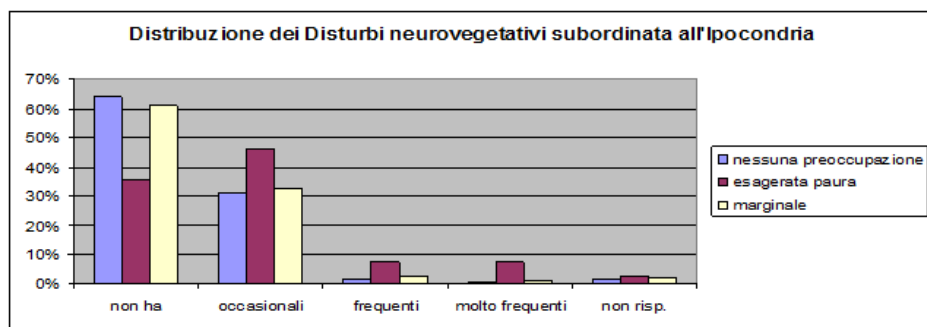


TAVOLA 23



Dall'analisi della distribuzione dei rituali subordinati all'ossessività è emerso che la maggior parte dei ragazzi del campione non si sentono costretti a compiere gesti ripetitivi o rituali e non soffrono di pensieri ossessivi, tuttavia, tra coloro che invece hanno pensieri ossessivi frequenti e disturbanti, ben il 25% ricorre frequentemente a rituali che tuttavia non compromettono la vita sociale. Tra coloro che dichiarano di avere ossessioni tali da compromettere le attività, il 13% è costretto anche a rituali che occupano molto tempo intralciando con le comuni attività (Tav.24a/24b).

Gli studenti con gravi ossessioni, presentano, inoltre, una correlazione relativamente alta con la risposta "non ho appetito, devo sforzarmi di mangiare" rispetto agli studenti che non hanno nessun pensiero ossessivo (Tav.25).

TAVOLA 24a

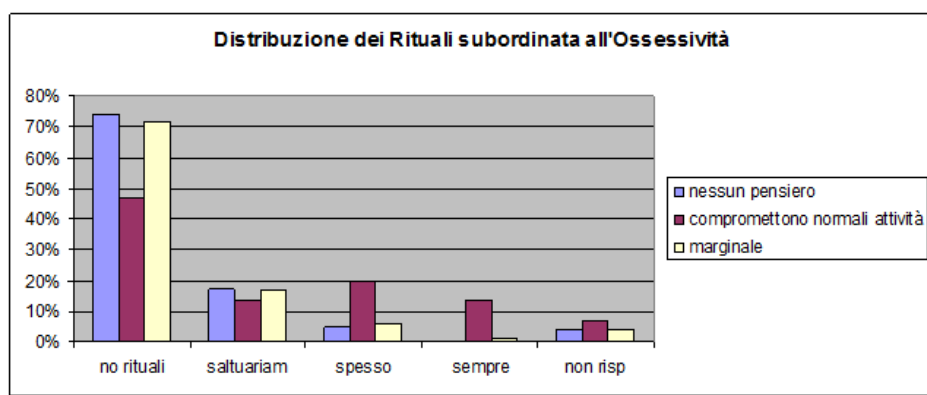


TAVOLA 24b

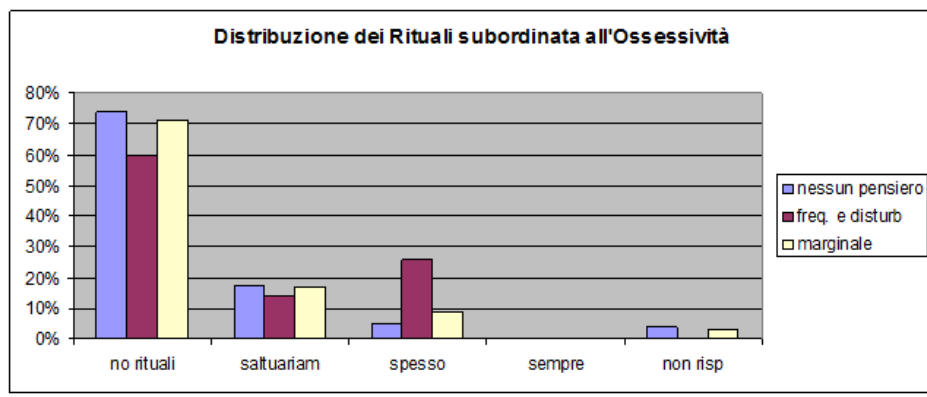
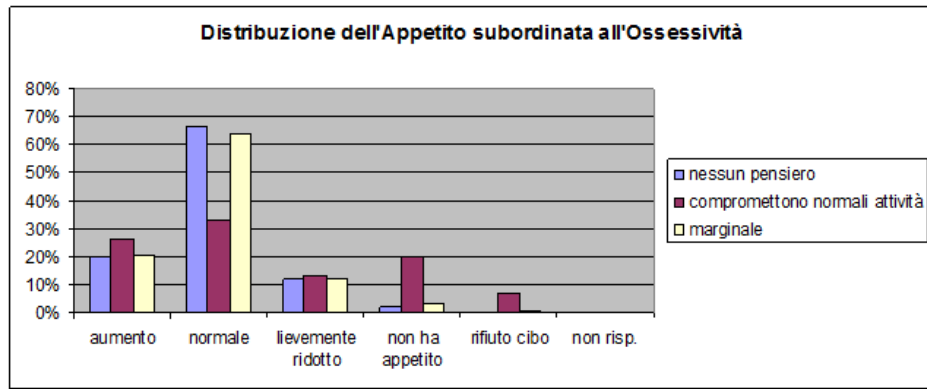


TAVOLA 25

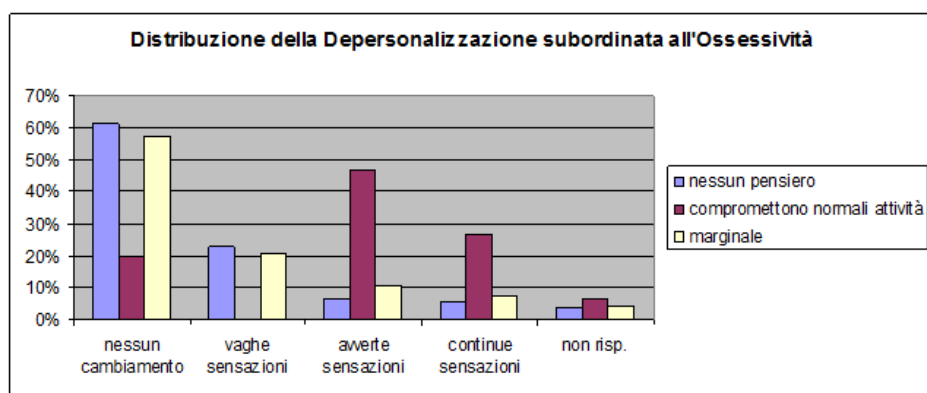


L'associazione tra l'ossessività e la derealizzazione aumenta progressivamente all'aumentare della gravità di entrambe le sintomatologie, così come il rapporto tra l'ossessività e la depersonalizzazione. Infatti, solo il 20% degli studenti che presentano "frequenti ossessività che compromettono le normali attività" dichiara di non avvertire alcuna esperienza di cambiamento, mentre un alta percentuale di tali studenti avverte sensazioni di cambiamento (47%) e più del 26% afferma di avere un'esperienza continua di cambiamento radicale della propria persona (Tav.26). Ipotizziamo però che tali elevate e forse eccessive percentuali inerenti alla derealizzazione e alla depersonalizzazione possano essere il frutto di una sbagliata interpretazione degli items.

Negativa risulta, invece, l'associazione tra l'ossessività e la persecuzione; solo l'11% degli studenti che avvertono ossessioni in modo frequente e disturbante dichiara di avere anche la sensazione invasiva di essere minacciato o perseguitato. Tuttavia, in questo stesso gruppo di studenti circa il 38% afferma di avvertire vaghe voci. Vale la pena di notare che il 17% di tali studenti sceglie la modalità "seno chiaramente voci che commentano ma che non compromettono l'attività" e circa l'11% afferma addirittura di sentire frequentemente voci che interferiscono con le normali attività. Quest'ultima percentuale diventa ancora più elevata nel caso del gruppo di studenti le cui ossessioni compromettono le proprie attività.

Anche in questo caso, però, presumiamo un'interpretazione degli items da parte degli studenti troppo alla lettera che potrebbe aver condotto alla sopravvalutazione dell'indice di persecutorietà.

TAVOLA 26



Dall'analisi della distribuzione dell'iniziativa subordinata all'affaticabilità e alla concentrazione emerge una significativa relazione tra entrambi i parametri. Possiamo notare che tra gli studenti che non hanno difficoltà ad iniziare delle attività, le maggior parte dichiara di non essere facilmente affaticabile (59%) e di non avere difficoltà a

concentrarsi o al massimo tali difficoltà si manifestano in modo occasionale; mentre la maggior parte di studenti che ha problemi ad affrontare le difficoltà quotidiane dichiara di stancarsi facilmente e di avere difficoltà a concentrarsi e a mantenere il corso del pensiero al punto da interferire con la lettura o la conversazione. Tuttavia, una percentuale non trascurabile degli stessi (15%) non soffre di problemi così intensi ma ha solo occasionali difficoltà di concentrazione.

La maggior parte degli studenti che non ha difficoltà d'iniziativa ammette, inoltre, di non soffrire di derealizzazione, di depersonalizzazione e neppure di persecuzione; tra coloro che, invece, hanno difficoltà ad iniziare le attività semplici più del 32% dichiara di avvertire sensazioni intrusive di cambiamento della propria personalità, il 50% avverte vaghe sensazioni di essere osservato ed il 20% degli stessi le avverte in modo invasivo.

Risultati

Nel tentativo di estrapolare un profilo tipico degli adolescenti intervistati possiamo evidenziare che la maggior parte dei ragazzi di età compresa tra i 14 ed i 18 anni non presenta nessun indice rilevante di psicopatologia; pur tuttavia, si evince altresì che la maggior parte di essi non risulta avere una stima eccessiva della propria persona. Tale dato ci appare, però, in linea con il periodo evolutivo esaminato. Le problematiche adolescenziali, infatti, sono molteplici; come abbiamo già ricordato l'adolescente è costretto a confrontarsi con sentimenti di lutto, perdita e separazione dagli oggetti infantili, nonché con i cambiamenti puberali, con l'avvento di una nuova e diversa sessualità, con la nascita della propria capacità riproduttiva; deve, inoltre, disinvestire gli oggetti del passato e costruirsi nuove e più stabili identificazioni.

Questo difficile percorso risulta, dall'analisi dei nostri dati, essere in parte gestito diversamente nei due sessi: il sesso femminile sembrerebbe ricorrere più spesso all'abbassamento del tono dell'umore, mentre il sesso maschile appare più incline ad esaltare la propria autostima per contrastare tali devastanti sentimenti.

Disturbi del tono dell'umore sembrerebbero, quindi, rappresentare la psicopatologia più frequente negli adolescenti e spesso questa appare correlata, nella nostra ricerca, con altri indici psicopatologici: con l'ostilità, le fobie, un ridotto appetito.

In sintesi, il tono dell'umore è un fattore che a nostro avviso andrebbe monitorato molto attentamente in questa fascia d'età e soprattutto bisognerebbe distinguere, lavoro non certo facile, la normale crisi adolescenziale dalla psicopatologia conclamata, che rischia di influenzare negativamente lo sviluppo e la futura crescita dell'adolescente.

Un dato interessante è rappresentato dalla stabilità della coppia genitoriale, che sembra essere un fattore protettivo contro l'insorgere del disagio e della psicopatologia.

In un momento di grandi cambiamenti fisici e psichici, infatti, il ragazzo ha ancora bisogno, nonostante il suo proiettarsi verso l'autonomia e l'indipendenza, di un punto di riferimento stabile e solido a cui aggrapparsi. Questo supporto sembrerebbe garantire un'importante rete di protezione contro l'insorgere del disagio psicologico.

Riferimenti

- 1. AA.VV. PDM – Manuale diagnostico Psicodinamico, Cortina, 2008
- 2. Birraux A. L'adolescente e il suo corpo, Ed. Borla, Roma, 1993.
- 3. Bergeret J., Psicologia Patologica, Masson, 1979
- 4. De Ajuriaguerra, Manuale di psichiatria del bambino, Masson J. 1981
- 5. Freud A. Adolescenza. In Opere di Anna Freud, Bollati Boringhieri, Torino, 1972, vol 2, pag. 627.
- 6. Freud A. Tre saggi sulla teoria sessuale, in Opere Boringhieri, Torino, 1970
- 7. I.P.R.S. Il disagio degli adolescenti – valutare gli interventi, valutare le politiche, CSR, Bologna, 2006
- 8. Ladame I tentativi di suicidio degli adolescenti, Ed Borla, Roma, 1987.
- 9. Marcelli D., Braconier A. Psicopatologia dell'adolescente, Masson, 1991
- 10. Silvestri C. – Stato Psicologico degli adolescenti in Toscana, ARS Toscana, 2008
- 12. Toniolo G. - Adolescenza e identità, Il Mulino 1999
- 13. Veggetti Finzi S., Battistin A.M. L'età incerta, Mondadori, 2000
- 14. W.H.O. – World Suicide Prevention Day, 2006

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.