

TRASGRESSIONE E RISCHIO IN ADOLESCENZA

Nella Guidi

Nel 1905, nei *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Freud definisce l'adolescenza l'epoca della vita in cui si attuano due processi inscindibilmente legati l'uno all'altro: 1) il "superamento" e il "ripudio" delle fantasie incestuose, in vista della possibilità di instaurare un rapporto amoroso con una persona estranea alla famiglia; 2) "una delle più significative ma anche più dolorose prestazioni psichiche della pubertà, il distacco dall'autorità dei genitori, che produce il contrasto, così importante per il progresso civile, della nuova con la vecchia generazione". Nei *Tre saggi* l'attenzione di Freud era tesa a mostrare le origini sessuali infantili delle nevrosi. La sua teorizzazione allora non comprendeva una pulsione aggressiva autonoma. Freud, tuttavia, sottolineando la dolorosità del distacco dai genitori e valorizzando l'importanza del contrasto tra nuova e vecchia generazione ai fini del progresso civile, sottolinea e valorizza implicitamente l'importanza che l'aggressività assume in questa fascia di età. A mio parere questa definizione dell'adolescenza sembra anticipare il dualismo di Eros e Thanatos, di pulsioni libidiche contrapposte alle pulsioni aggressive che Freud teorizzerà solo nel 1920 in *Al di là del principio di piacere*. Quella contrapposizione di nuovi rapporti amorosi e superamento-ripudio di fantasie infantili, di progresso civile e distacco dall'autorità dei genitori, contrasto con la vecchia generazione, mi richiama quella problematica che da sempre l'arte e la letteratura in particolare, identifica con l'età adolescenziale e il dualismo sempre sotteso di amore e morte. D'altra parte non può esistere distacco doloroso dall'autorità dei genitori e contrasto tra nuova e vecchia generazione che non comportino trasgressioni e rischi. Anna Freud, nel 1957, sottolinea l'arresto della "crescita pacifica" e implicitamente la trasgressione come la norma in adolescenza. Ella infatti afferma: "...l'adolescenza costituisce per definizione l'interruzione di una crescita pacifica che assomiglia in apparenza ad una varietà di altre turbe emotive e di sconvolgimenti... la diagnosi differenziale tra turbe dell'adolescenza e patologia, diventa un compito molto arduo...". E sempre Anna Freud

nel 1957 segnala come gli adolescenti che “restano come sono stati nel periodo di latenza bambini buoni, integrati nel rapporto con la famiglia... in armonia con l’atmosfera, le idee e gli ideali del loro ambiente infantile... hanno, forse più degli altri, bisogno di un aiuto terapeutico per... aprire la strada ad uno sviluppo normale, per quanto possa rivelarsi ‘inquietante’”. Anche la Jacobson (1964) evidenzia la disperata lotta dell’adolescente per la “libertà e per una individualità indipendente” e il “rifiuto dell’Io di sottomettersi a qualsiasi autorità e influenza” come caratteristiche di uno sviluppo adolescenziale normale. Solo come esito di un processo di ristrutturazione psichica che ha avuto successo “la fluttuazione tra periodi di espansione narcisistica, di tempeste sessuali ed aggressive verranno meno. Di conseguenza l’adolescente sarà in grado di porsi come persona autonoma, adulta e sessualmente matura”.

Nella prospettiva psicoanalitica dell’adolescenza come periodo critico fisiologico, vi è, quindi, una valorizzazione dei comportamenti di trasgressione come adeguati alla fase evolutiva e la conseguente relativizzazione della “normalità” e della “patologia” del comportamento adolescenziale. Non è tanto l’anomalia, l’incoerenza del comportamento, la ricchezza e la varietà del quadro sintomatologico, quanto la rigidità e la continuità dello stesso che in adolescenza sono motivo di preoccupazione nei confronti del manifestarsi di gravi patologie. Il concetto psicoanalitico di adolescenza come epoca fisiologica di crisi ove la “trasgressione” è la regola e ove il quadro sintomatologico di per sé non fa diagnosi, così come l’importanza stessa del concetto di Erikson (1968) che lo psichiatra non debba favorire nell’adolescente l’assunzione dell’identità negativa di paziente psichiatrico, possono portare ad una sottovalutazione dei rischi gravi sempre presenti in adolescenza. Rischi questi che sono connessi sia al normale processo di ristrutturazione di fase che alla possibilità di un esordio patologico o di una prima manifestazione conclamata di gravi patologie già presenti da tempo ma sino ad ora passate inosservate. Anche nel corso di un normale processo di ristrutturazione psichica adolescenziale possono aversi stati di impotenza dell’Io con esplosione di affetti, di angoscia e depressione, con gravi agiti impulsivi auto ed eterodistruttivi, che richiedono un aiuto immediato. La Jacobson (1964) segnala come “anche entro i limiti di uno sviluppo normale gli adolescenti possano passare attraverso periodi di ritiro narcisistico, fino alla perdita dell’oggetto “interno” e fino alla perdita di identità”. Ciò che è decisivo più che la breve durata, è la reversibilità di questi stati. Normalmente essi sono seguiti da un “ritorno al mondo oggettuale e

da nuovi progressi”. I Laufer (1984) affermano che gravi alterazioni del funzionamento psichico in adolescenza possono essere messe in conto ad un *breakdown* evolutivo, avvenuto in pubertà, che può manifestarsi subito con improvvise aggressioni ai genitori, improvvise fobie per la scuola, tentativi di suicidio, oppure può manifestarsi più tardivamente in adolescenza attraverso tentativi di suicidio, omosessualità, depressione, assunzione di droghe, tossicodipendenze.

In adolescenza, quindi, da un punto di vista psichiatrico, il rischio da una parte è quello di sopravvalutare la patologia favorendo l’identificazione con il ruolo di paziente mentale e, dall’altra, l’incapacità o l’impossibilità di cogliere comunque la necessità impellente di un aiuto immediato, che non deve però bloccare le possibilità evolutive specifiche di fase. Un pronto intervento psichiatrico di crisi con coinvolgimento della famiglia e dell’ambiente sociale più allargato (scuola, ecc.) è quindi indispensabile in adolescenza qualora si manifestino comportamenti a rischio, soprattutto in funzione di evitare agiti impulsivi più gravi. Un’attenta valutazione, all’interno dell’intervento di crisi, è fondamentale per instaurare gli eventuali successivi trattamenti terapeutici più adeguati. Ciò in funzione di evitare i rischi sia di una patologizzazione di gravi momenti di passività dell’Io all’interno di uno sviluppo normale, che il rischio di non evidenziare e non trattare adeguatamente in adolescenza un *breakdown* evolutivo non più recuperabile negli anni successivi. In psicoanalisi, quindi, durante l’adolescenza, nuova fase di separazione-individuazione nei confronti delle due figure genitoriali, un valore positivo viene dato alla trasgressione in quanto indicatore di un processo che deve svolgersi durante questo periodo della vita: la ristrutturazione dell’apparato psichico nel suo complesso. Questo processo evolutivo ha la funzione di rendere possibile la soddisfazione delle nuove esigenze pulsionali e di permettere l’inserimento dell’individuo nella società come membro adulto, indipendente ed attivo.

In questa visione dell’adolescenza, trasgressione e ristrutturazione sono strettamente correlate. La trasgressione nei confronti dell’autorità è la manifestazione esterna di una trasgressione nei confronti delle strutture intrapsichiche più arcaiche. Coerentemente allo sviluppo cognitivo, alla tranquilla obbedienza infantile deve subentrare la più assertiva, ma più angosciata capacità di autodeterminarsi secondo personali giudizi e valori.

Dal punto di vista cognitivo infatti, dalla logica concreta del bambino che non è in grado di teorizzare e che vive nel presente, si sviluppa (a partire dagli 11-

12 anni con un equilibrio sui 14-15 anni) la logica proposizionale. Questa consiste nella possibilità di costruire, comprendere teorie e concetti ideali e astratti, e nella possibilità di fare progetti per il futuro. L'adolescente deve perciò anche divenire capace di utilizzare la sua aggressività per raggiungere i suoi scopi e fini personali, integrando in maniera armonica, nella sua personalità, i valori e gli interessi più recenti con quelli più infantili. A mio parere durante l'adolescenza, in corrispondenza al manifestarsi di un comportamento assertivo e oppositivo nei confronti delle figure parentali, una specifica e significativa importanza vengono quindi ad assumere le più antiche angosce fantasie infantili di distruzione del Sé e dell'oggetto d'amore (Guidi, 1993). Queste temute fantasie vengono infatti elaborate progressivamente e ripetutamente solo affrontando continuamente angosce e depressioni. Questi sentimenti penosi colgono impreparato l'adolescente che tende a mascherarli e a razionalizzarli con motivi esteriori, e a contrastarli e a scaricarli con azioni impulsive. Questi sentimenti penosi si accompagnano, si alternano, si susseguono al desiderio e alla ricerca di una assertiva affermazione di sé, nei più diversi ambiti, che comporti "contrasto" con adulti, comunque amati, e "trasgressioni" a regole apprese. Poter verificare nella realtà il non realizzarsi delle infantili fantasie distruttive del Sé e dell'oggetto d'amore, ne facilita nel corso del tempo il controllo, in favore di un'attività personale di pensiero e azione. Le angosce e le depressioni possono divenire stimolo ad un'attività "riparativa" nella "realtà attuale" dei danni recati e subiti nella "fantasia infantile", coerentemente con il manifestarsi del misticismo e della ricerca etica adolescenziale. Questo controllo sulle più antiche fantasie distruttive e la connessa distinzione della "realtà attuale" dalla "fantasia infantile", e sempre comunque solo temporanea, destinata ad infrangersi nelle diverse circostanze di vita. Un ritorno ad angosce e depressioni, o un arresto temporaneo dell'attività assertiva in funzione di evitamenti di sentimenti spiacevoli, sono la norma nello sviluppo adolescenziale e poi lungo tutto l'arco della vita. Questo processo utopicamente interminabile, porta a un possibile progressivo utilizzo della fantasia in funzione creativa e a un arricchimento della vita affettiva. La differenziazione e l'affinamento progressivo dei diversi sentimenti ne rende possibile la tolleranza e anche il piacere delle loro più diverse e contraddittorie combinazioni in stati affettivi più complessi. Mentre gli affetti, soprattutto quelli negativi, esperiti in forma globale e massiva risultano invasivi, angoscienti e portano ad agire impulsivamente in funzione di evitarli o di scaricarli, la loro modulazione favorisce comportamenti dilazionabili, flessibili

nella direzione ritenuta più opportuna a seconda delle diverse circostanze e finalità.

Al contrario, in un'adolescenza senza trasgressioni si profila un grave rischio: il non svolgersi del processo di ristrutturazione. L'apparato psichico mantiene allora le sue caratteristiche infantili non adeguate ai compiti cui l'adolescente prima e l'adulto più tardi dovranno fare fronte o che potranno ambire di svolgere nel proprio ambito sociale. In particolare le strutture più arcaiche (precursori del Super-io infantile e dell'ideale dell'io infantile) non potranno essere sufficientemente controbilanciate da strutture più recenti (ideale dell'io adulto), più coerenti con l'attuale sviluppo cognitivo e le specifiche peculiarità del singolo individuo, né potranno armonicamente essere integrate con esse. Le strutture infantili più arcaiche mantengono le loro rigide, onnipotenti e irrealistiche pretese di Moralità e Potere assoluti, in contraddizione con giudizi, valori, interessi di più recente acquisizione. Questo facilita l'adesione dell'adolescente a ideologie di tipo totalitario. Le fantasie distruttive infantili, tramite l'insorgere di angoscia panica, ostacolano in questo caso il manifestarsi e lo sviluppo di una libera e indipendente attività di pensiero ed azione. Una particolare difficoltà alla gestione personale e controllata della propria aggressività si accompagna e viene in parte mascherata da una spiccata tendenza ad agiti impulsivi auto- ed etero- distruttivi. Si viene così a riconfermare, nella realtà attuale, la temuta distruttività delle più antiche fantasie infantili, con grave ostacolo alla possibilità di differenziare "fantasia" e "realtà". Ciò favorisce improvvisi tentativi di suicidio, gravi regressioni patologiche o un irrigidimento progressivo della personalità e un suo impoverimento globale, soprattutto nella sfera affettiva e della fantasia, nel tentativo di contenere l'aggressività vissuta come non gestibile e spaventosa.

L'analisi della letteratura psichiatrica internazionale degli ultimi due anni sul rischio in adolescenza, riconferma l'elevata frequenza di comportamenti autodistruttivi messi in atto in questa fase "evolutiva" della vita. Negli Stati Uniti il 72% di tutte le morti di adolescenti e giovani adulti è da mettersi in conto a suicidio, incidenti stradali, altre lesioni non intenzionali, omicidio (Kann, 1993). Risulta inoltre che più del 20% di tutti i pazienti affetti da Aids abbiano contratto l'infezione tra i 13 ed i 19 anni (D'Angelo, 1994). Non sono invece quantificati i dati connessi alla violenza giovanile (distruttività eterodiretta). Questa problematica, data l'intensità del fenomeno negli Stati Uniti, è comunque centrale in molte ricerche attualmente in corso (Dukarm, 1995). Si evidenzia in tutti gli scritti lo

sforzo a individuare il più precocemente possibile in adolescenza i primi comportamenti a rischio, così come gli eventuali fattori favorenti. Per quanto riguarda i comportamenti a rischio una netta interessante differenziazione viene segnalata tra i due sessi. Mentre nelle femmine il primo comportamento a rischio in adolescenza sarebbe la precoce attività sessuale, l'equivalente per i maschi risulta essere la continua litigiosità con zuffe fisiche, e comportamenti antisociali in genere (Fergusson, 1994). La tendenza nel corso del tempo, e ad un accomunarsi nei due sessi di una sequela dei più vari atteggiamenti a rischio sempre più grave. Attività sessuale ed uso di sostanze sembrano in adolescenza essere correlati l'un l'altro (Moss, 1994) e la stessa correlazione è stata constatata per i comportamenti antisociali (Clapper, 1995; Dobkin, 1995). Nel contempo adolescenti che svolgono attività sessuale e/o fanno uso di droghe sembrano avere più frequentemente idee suicide così come comportamenti suicidi, rispetto a coloro che si astengono da tali attività (Burge, 1995). Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento degli adolescenti, soprattutto ad alto rischio, è considerato essenziale, così come anche ai fini della prevenzione, in particolare in funzione di ottenere una diminuzione del conflitto familiare e modifiche comportamentali (Dishion, 1995). È stato poi constatato che in adolescenza costituiscono fattori di rischio, sia per l'uso di sostanze che per l'AIDS, lo scarso rendimento scolastico così come l'interruzione degli studi per abbandono, la non frequentazione di una chiesa, la non partecipazione ad attività atletico-sportive (Oler, 1994), il "non sapere cosa fare" nel tempo libero (Stivers, 1994) per carenza di circoli culturali giovanili. Interventi preventivi sono quindi messi in atto con la collaborazione e tramite la segnalazione degli operatori delle diverse professionalità a contatto con gli adolescenti nella loro normale vita extra-familiare (Velez, 1995) – insegnanti, clero, allenatori sportivi, educatori, ecc. Parallelamente sono state fatte ricerche in collaborazione con insegnanti, seguendo bambini dai 6 ai 13 anni, che già presentavano a questa età caratteristiche di litigiosità e comportamenti oppositivi continui, sistematici. Queste ricerche hanno evidenziato come queste caratteristiche, più che la "devianza" di amici e coetanei, siano indicative di una tendenza all'uso precoce di sostanze in genere.

Viene, quindi, sottolineata l'estrema importanza di interventi terapeutici precoci, ben individualizzati alle caratteristiche del singolo bambino, come prevenzione nei confronti del periodo adolescenziale. Nel complesso in funzione di agire, sia preventivamente che terapeuticamente, in maniera efficace sui

comportamenti a rischio, che pur esplodendo in adolescenza hanno origini ben più precoci, viene considerata fondamentale la pluriprofessionalità dell'équipe psichiatrica e l'allargamento dell'intervento alla famiglia e al sociale. In questo senso è importante la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei pediatri data l'opportunità, connessa al loro ruolo, di una precoce individuazione dei fattori di rischio sulla base di una naturale collaborazione con le famiglie. Per quanto riguarda la problematica sessuale, è emerso che il rapporto sessuale volontario tra bambini al di sotto dei 10 anni (Resnick, 1994) è un importante indicatore della contemporanea presenza di altri comportamenti che compromettono la salute psichica del bambino. Il tutto può passare inosservato nell'infanzia e nella preadolescenza. Successivamente però scarsi risultati scolastici, partecipazione a bande delinquenziali, frequenza di rapporti sessuali non protetti, coinvolgimenti in gravidanze, trattamenti psichiatrici, suicidi, è la sequela che si presenta nella sua completezza anamnestica in adolescenza. Talora, per di più, viene solo in questa circostanza in luce che i genitori facevano uso di droghe, da sempre. La conoscenza da parte dei pediatri dell'importanza e complessità della problematica connessa alla sessualità precoce, può facilitare il loro cogliere e integrare i fattori di rischio presenti nella famiglia con i vari comportamenti a rischio del bambino. Specifici interventi psichiatrici pluriprofessionali possono allora essere proposti dal pediatra sia per la famiglia che per il bambino, prevenendo i più gravi rischi adolescenziali. Alla stessa maniera una maggiore attenzione dei pediatri al comportamento della famiglia, può favorire il coglierne la violenza in funzione di poter intervenire precocemente con gli interventi più opportuni (Dukarm, 1995; Dobkin, 1995). Al di là dei fattori connessi allo sviluppo adolescenziale, viene infatti considerato che la violenza familiare (insieme a povertà, influenza dei media, appartenenza a bande delinquenziali, facilità di accesso alle armi e uso di sostanze) sia uno dei tanti fattori che determinano il comportamento violento dei giovani. Interventi terapeutici specifici per i bambini, i giovani e le loro famiglie, che possono ridurre la violenza comportamentale familiare nel suo complesso, sono ritenuti fondamentali al fine di prevenire in adolescenza l'esplosione di comportamenti distruttivi. Nel contempo viene richiesta (Konings, 1995) una maggiore attenzione al problema droga da parte dei medici internisti che, pur frequentati da giovani adolescenti che fanno uso di droga, non ne ricercano e non ne riconoscono i sintomi, rendendo così impossibile l'immediato intervento psichiatrico di crisi.

Nella direzione di evidenziare eventuali correlazioni tra comportamenti dei genitori e uso di sostanze da parte degli adolescenti sono in corso ricerche a finalità preventive. Dai dati emersi sembrerebbe che una maggior frequenza nell'uso di sostanze, come fattore di rischio adolescenziale, si avrebbe in presenza di uno scarso controllo in genere del comportamento degli adolescenti da parte dei genitori. In particolare si evidenzia una minor convenzionalità dei genitori nei confronti di scuola e chiesa, una loro maggior tolleranza della "devianza" in genere, così come della frequentazione da parte dei figli di coetanei che fanno uso di sostanze (Velez, 1995). Nella direzione dell'abuso di sostanze come "fallimento della separazione dalla famiglia" viene letto il comportamento a rischio di adolescenti i cui genitori inviano messaggi conflittuali, sia di spinta verso una maggior affermazione che di condanna contemporanea della loro autonomia (Humes, 1994). È stato poi evidenziato che durante l'adolescenza, se avviene il divorzio o la separazione dei genitori, questo evento determina tra gli adolescenti un minor attaccamento alla famiglia che si pone come fattore di rischio per l'uso di sostanze in genere (Hoffmann, 1995). Lo stesso comportamento è stato notato a maggior ragione nei casi in cui l'adolescente si trovi a vivere con un genitore e il suo nuovo partner (Moss, 1994). Nel complesso viene confermato che il contesto sociale ha una grande importanza nel favorire o meno il comportamento a rischio dell'adolescente, sia nel suo primo manifestarsi che nella sua stabilizzazione (Thombs, 1994).

Nel 1925 in *Inibizione, sintomo e angoscia* Freud mostra come la realtà sociale sia importante nel determinare il comportamento umano. L'uomo, infatti, contrariamente agli animali, nasce totalmente impreparato ad affrontare il mondo esterno; e tale stato persiste molto a lungo per il piccolo dell'uomo. Ciò determina l'enorme importanza che acquisisce per il bambino l'oggetto d'amore, come unica protezione dai pericoli esterni. Allo stesso modo si accentua l'importanza dei pericoli reali. Le pulsioni non sono pericolose in se stesse, ma in quanto determinano un pericolo nella realtà sociale. Il pericolo di impotenza psichica, quello di perdita dell'oggetto d'amore, quello di perdita dell'amore dell'oggetto, sono connessi alla mancanza di autonomia dei primi anni di vita. La totale e lungamente protratta impotenza e dipendenza del bambino piccolo, genera, come afferma Freud, "il bisogno di essere amati: bisogno che non abbandonerà l'uomo mai più". Il Super-io infantile come struttura portatrice di divieti morali, si costituisce in una situazione di totale dipendenza del bambino. L'adolescente, invece,

ha la possibilità di muoversi nella direzione di costruirsi una sua etica contrastando una troppo massiccia e ristretta pressione sociale. Spinto anche da quel "bisogno di essere amato" che lo indirizza all'esterno della sua famiglia d'origine, l'adolescente può infatti frequentare ambienti diversificati. L'adolescente poi possiede apparati più maturi di quelli del bambino che gli permettono, da una parte di contrapporsi alla realtà data modificandola, e che dall'altra possono utilizzare questa realtà per il loro sviluppo. Piaget (1955) ha mostrato come il pensiero formale, anche se biologicamente determinato in quanto legato allo sviluppo delle strutture cerebrali, compaia come conseguenza di fattori sociali in corrispondenza all'inserimento del giovane nella società degli adulti. Hartmann (1939) ha descritto come la struttura sociale determini, almeno in parte, il successo e il fallimento dei comportamenti ai fini dell'adattamento. Erikson (1950) ha evidenziato che "la maggior parte delle sublimazioni riuscite costituiscono gli interessi di una cultura". L'adolescente necessita di nuove identificazioni, di stimoli alle strutture di più recente formazione per la loro crescita e il loro mantenimento, così come di ruoli diversi che gli facilitino la risoluzione della lotta interiore per la definizione della sua identità in una nuova sintesi.

Ma l'adolescente necessita soprattutto di rapporti affettivi nuovi in cui sperimentarsi, opporsi e contrapporsi "come se le vecchie situazioni di pericolo non esistessero più". Rapporti affettivi nuovi con adulti autorevoli (insegnanti, educatori, clero, allenatori sportivi, datori di lavoro, ecc.) che accettino e stimolino l'attività assertiva dell'adolescente, facilitino la differenziazione delle fantasie infantili dalla realtà e rendano più tollerabile l'angoscia. Su un acquisito "poter essere" infantile connesso ad un "dover essere" imposto dal Super-io infantile, è possibile successivamente per l'adolescente aspirare ad un "voler essere", connesso ad un ideale dell'io adulto coerente con una sua etica personale. Solo tramite il continuo confronto con adulti, altri dall'oggetto primitivo d'amore, nello svolgimento di compiti, all'interno di un ruolo preciso, diventano evidenti inibizioni e angosce, trasgressioni e agiti impulsivi. Nel rapporto con l'adolescente (che necessita di elaborare le sue infantili fantasie angoscienti e distruttive), la responsabilità dell'adulto è quella di saper cogliere le trasgressioni, discutendole, chiarendole anche nel loro significato aggressivo, senza giustificazionismi, pur nel rispetto dell'autonomia adolescenziale. Ciò in funzione del mantenimento della trasgressione come fattore di crescita e non di rischio. Il "contrasto", il confronto oppositivo, può infatti aiutare l'adolescente a distinguere quelle trasgressioni

che sono il risultato di un'attività personale in evoluzione, rispetto agli agiti impulsivi che sono invece evitamento di angosce infantili e il perpetuarsi delle vecchie inibizioni. L'adolescente ha bisogno di amare e di essere amato: teme l'indifferenza, non il "contrasto". Questo richiede però da parte degli adulti, la capacità di reggere l'aggressiva critica adolescenziale pericolosa in quanto risveglia, sottolineando incoerenze ed inibizioni, angosce e fantasie distruttive infantili mai del tutto superate neppure in età adulta. Anna Freud nel 1957 segnala come durante il trattamento analitico di adulti non si riesca di norma a ristabilire e a far rivivere al paziente l'atmosfera emotiva della sua adolescenza, "a differenza di stati affettivi del periodo dell'allattamento e della prima infanzia". I ricordi "non contengono altro che puri fatti, accadimenti e azioni... ciò che di regola non riusciamo a stabilire è l'atmosfera in cui l'adolescente vive: le sue angosce, l'euforia o la profonda depressione, i facili entusiasmi, l'estrema disperazione... la rabbia impotente e l'odio... le fantasie suicide".

Nel 1960 la Lampl De Groot mette in conto insuccessi terapeutici nelle analisi degli adulti a "resistenze inconsce" del terapeuta verso l'"irritante", "tormentosa", "talora intollerabile" aggressività adolescenziale. Queste resistenze del terapeuta, a detta dell'autrice, impedirebbero la riattivazione piena del periodo adolescenziale determinando una insufficiente elaborazione delle problematiche connesse. La descrizione che Anna Freud fa dei suoi pazienti, mi richiama quella di adolescenti, così come la troviamo talora nei fatti di cronaca riguardanti suicidi giovanili, o nella storia clinica di taluni pazienti gravi: "puri fatti, accadimenti, azioni", privi di atmosfera emotiva. L'adolescente tende a mascherare i suoi sentimenti e ad agire impulsivamente. L'adulto troppo spesso mette in atto nel confronto con gli adolescenti un distanziamento autoprotettivo.

BIBLIOGRAFIA

- BURGE, V., FELTS, M., CHENIER, T., PARRILLO, A.V. (1995). Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in U.S. high school students. *J-Sch-Health*, 65 (6): 222-7.
- CLAPPER, R.L., BUKA, S.L., GOLDFIELD, E.C., LIPSITT, L.P., TSUANG, M.T. (1995), Adolescent problem behaviors as predictors of adult alcohol diagnoses. *Int-J-Addit.*, 30 (5): 507-23.
- D'ANGELO, L.J. (1994), Adolescents and HIV infection: a clinician's perspective. *Acta-Paediatr-Suppl.*, 400: 88-94.
- DISHION T.J., ANDREWS, D.W. (1995), Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *J-Consult-Clin-Psychol.*, 63 (4): 538-48.
- DOBKIN, P.L., TREMBLAY, R.E., MASSE, L.C., VITARO, F. (1995), Individual and peer characteristics in predicting boys' early onset of substance abuse: a seven-year longitudinal study. *Child-Dev.*, 66 (4): 1198-214.
- DUKARM, C.P., HOLL, J.L., MCANARNEY, E.R. (1995), Violence among children and adolescents and the role of the pediatrician. *Bull-N-Y-Acad.-Med.*, 72 (1): 5-15.
- ERIKSON, E. (1968), *Gioventù e crisi d'identità*. Roma: Armando, 1974.
- (1960), *Infanzia e società*. Roma: Armando, 1966.
- FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J., LYNSKEY, M.I. (1994), The comorbidities of adolescent problem behaviors: a latent class model. *J-Abnorm-Child-Psychol.*, 22 (3): 339-54.
- FREUD, A. (1957), Adolescenza. In *Opere*, voi. 2, Torino: Boringhieri, 1979.
- FREUD, S. (1915), Tre saggi sulla teoria sessuale. In *OSF*, voi. 4, Torino: Boringhieri, 1970.
- (1925), Inibizione, sintomo e angoscia. In *OSF*, voi. 10, Torino: Boringhieri, 1978.
- (1920), Al di là del principio di piacere. In *OSF*, voi. 9, Torino: Boringhieri, 1977.
- GUIDI, N. (1993), Unobjectionable negative transference. *The Annals of Psychoanalysis*, 21, pp. 107-121. (Trad. it.: *Il transfert negativo irreprensibile*. *Psicoter. Sc. Um.*, 1994 e 2017).

- HARTMANN, H. (1939), *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.
- HOFFMAN, J.P. (1995), The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *Int-J-Addict*, 30 (10): 1207-41.
- HUMES, D E., HUMPHREY, E.E. (1994), A multimethod analysis of families with a polydrug-dependent or normal adolescent daughter. *J-Abnorm-Psychol.*, 103 (4): 676-85.
- JACOBSON, E. (1964), *il Sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Martinelli, 1974.
- KANN, E., WARREN, C.W., HARRIS, W.A., COLLINS, I.L., *et. al.* (1995). United States 1993: Youth risk behavior surveillance. *Mmwr-Cdc-Sun'eill-Summ.*, 24; 44 (1): 1-56.
- KONINGS, E., DUBOIS-ARBER, F., NARRING, F., MICHAUD, P.A. (1995). Identifying adolescent drug users: results of a national survey on adolescent health in Switzerland. *J-Adolesc.-Health*, 16 (3): 240-7.
- LAMPL DE GROOT, J. (1960), On adolescence. *Psychoanal. Study Child.*, 15.
- LAUFER, M., LAUFER M E. (1984), *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Boringhieri, 1986.
- MOSS, N. (1994), Behavioral risks for HIV in adolescents. *Acta-Paediatr-Suppl.*, 400: 81-7.
- OLER, M.J., MAINOUS, A G., MARTIN, C.A., RICHARDSON, E., HANEY, A., WILSON, D., ADAMS, F. (1994), Depression, suicidal ideation and substance use among adolescents. Are athletes at less risk? *Arch-Fam-Mcd.*, 3 (9): 781-5.
- PIAGET, J., INHELDER, B. (1955), Dalla logica del bambino alla logica dell'adolescente. In J. Piaget, *Dal bambino all'adolescente*. Firenze: La Nuova Italia, 1969.
- RESNICK, M.D., BLUM, R.W. (1994), The association of consensual sexual intercourse during childhood with adolescent health risk and behaviors. *Pediatrics*, 94 (6 Pt 1): 907-13.
- STIVERS, C. (1994), Drug prevention in Zuni, New Mexico: creation of a teen center as an alternative to alcohol and drug use. *J-Community-Health*, 19 (5): 343-59.
- THOMBS, D.L., BECK, H.R., MAHONEY, C.A., BROMLEY, M.D., BEZON, K.M. (1994), Social context, sensation seeking and teen-age alcohol abuse. *J-Sch-Health*, 64 (2): 73-9.

- VELEZ, C.N., UNGEMACK, J.A. (1995), Psychosocial correlates of drug use among Puerto Rican youth: generational status differences. *Soc.-Sci.-Med.* 40 (1): 91-103.

SINTESI

L'autrice evidenzia il significato positivo che, nel pensiero psicoanalitico a partire da Freud, la trasgressione assume nell'adolescenza come indicatore della fisiologica evolutività di fase. Sottolinea come la valorizzazione di questo concetto possa portare a una sottovalutazione dei gravi rischi distruttivi connessi a questa fase della vita. L'autrice segnala l'importanza che la realtà esterna acquista in adolescenza ai fini di una possibile elaborazione positiva tramite il sociale, nel confronto con adulti altri dai genitori, delle fantasie infantili inconscie della realtà intrapsichica.

ABSTRACT

The author points out the positive meaning, in the psychoanalytic thought starting with Freud, that transgression assumes in adolescence as a marker of the physiologic phase evolution. She underlines how the emphasis on this concept can lead to an underestimation of the severe destructive risks connected with this phase of life. The author indicates the importance that external reality acquires during adolescence in order to foster a possible positive elaboration made through the social level, in a confrontation with adults different from the parents, of the unconscious infantile phantasies of intrapsychic reality.