

Psicologinews.it

Scientific

**Immagine
Corporea e
Dismorfofobia
di Cinzia
Saponara**

**INCEL: Il
fenomeno dei
<<celibi
involontari>>**

**di Anna
Borriello e
Francesca Dicè**

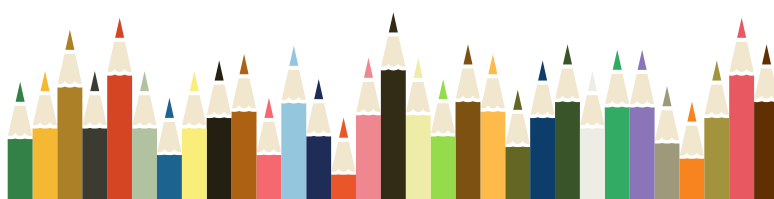


**I BES dimenticati: i disturbi
della coordinazione motoria
(DCM)**

di Roberto Ghiaccio

**Gli adolescenti e il mondo della
scuola**

di Tonia Bellucci



INDICE

I BES dimenticati: i disturbi della coordinazione motoria (DCM)

***di Roberto Ghiaccio
pag 4***

Immagine Corporea e Dismorfofobia

***di Cinzia Saponara
pag 13***

INCEL: Il fenomeno dei <<celibi involontari>>

***di Anna Borriello e
Francesca Dicè pag 22***

Gli adolescenti e il mondo della scuola

di Tonia Bellucci pag 32

REDAZIONE

Antonia Bellucci

Alberta Casella

Lia Corrieri

Francesca Dicè

Ilaria Di Giusto

Daniela Di Martino

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Cinzia Saponara

Veronica Sarno

Supplemento mensile a:**psicologinews.it**Autorizzazione Tribunale
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 12 giugno 2023

**C O M I T A T O
SCIENTIFICO**

Caterina Arcidiacono

Rossella Aurilio

Gino Baldascini

Paolo Cotrufo

Pietro Crescenzo

Emanuele Del Castello

Massimo Doriani

Antonio Ferrara

Mariafrancesca Freda

Massimo Gaudieri

Michele Lepore

Giovanni Madonna

Nelson Mauro Maldonato

Fortuna Procentese

Aristide Saggino

Sergio Salvatore

Raffaele Sperandeo

Antonio Telesca

Rino Ventriglia

I BES dimenticati: i disturbi della coordinazione motoria (DCM)

di Roberto Ghiaccio

Ci sono BES e BES, anche se siamo tutti bes, ma che bes... e no, non è un errore di battitura tra maiuscole e minuscole, è per rispecchiare una tendenza, quasi perversa, a dividere Bes e bes. Tra questi bes c'è una categoria sottovalutata di disordini del neuro sviluppo, i disturbi della coordinazione motoria, bambini goffi, un po' maldestri, che rispecchiano la sottovalutazione della motricità.

Non è intenzione di questo scritto dipanare la questione dei bisogni educativi speciali, ombrello di tutela per condizioni e necessità eterogenee, a cui però fa da contro altare una gestione schizofrenica della valutazione e delle forme di personalizzazione, inconsapevoli ed innocenti sono i bambini disprassici e le loro famiglie, è intenzione di

questo scritto far luce proprio sui DCM.

Problemi nei neonati

I ritardi nel raggiungere i normali traguardi dello sviluppo possono essere un segno precoce di DCD nei bambini piccoli. Ad esempio, il bambino potrebbe impiegare un po' più del previsto per girarsi, sedersi, gattonare o camminare.

Si potrebbe notare:

- mostra posizioni del corpo insolite (posture) durante il loro primo anno
- ha difficoltà a giocare con giocattoli che richiedono una buona coordinazione, come impilare mattoni
- ha qualche difficoltà ad imparare a mangiare con le posate

Questi segni tuttavia potrebbero essere eterogenei ed altaelntanti.

Problemi nei bambini più grandi

Man mano che il bambino cresce, potrebbe sviluppare difficoltà fisiche più evidenti, oltre a problemi in altre aree.

Problemi di movimento e coordinazione

I problemi di movimento e di coordinazione sono i principali sintomi della DCD.

I bambini possono avere difficoltà con:

- attività del parco giochi come saltare, saltare, correre e prendere o calciare un pallone. Spesso evitano di partecipare a causa della loro mancanza di coordinamento e possono trovare difficile l'educazione fisica
- salire e scendere le scale
- scrivere, disegnare e usare le forbici: la loro calligrafia e i loro disegni possono apparire scarabocchiati e meno sviluppati rispetto ad altri bambini della loro età
- vestirsi, allacciarsi i bottoni e allacciarsi i lacci delle scarpe
- stando fermi: possono oscillare o muovere molto le braccia e le gambe

Un bambino con DCD può apparire goffo in quanto può urtare oggetti, far cadere cose e cadere molto.

Ma questo di per sé non è necessariamente un segno di DCD, poiché molti bambini

che sembrano goffi hanno in realtà tutte le normali capacità di movimento (motorie) per la loro età.

Alcuni bambini con DCD possono anche diventare meno in forma di altri bambini poiché le loro scarse prestazioni nello sport possono far sì che siano riluttanti a fare esercizio.

Ulteriori problemi

Oltre alle difficoltà legate al movimento e alla coordinazione, i bambini con DCD possono avere anche altri problemi come:

- difficoltà di concentrazione: possono avere una scarsa capacità di attenzione e avere difficoltà a concentrarsi su 1 cosa per più di pochi minuti
- difficoltà a seguire le istruzioni e a copiare le informazioni – possono fare meglio a scuola in una situazione 1 a 1 che in un gruppo, quindi possono essere guidati durante il lavoro
- essere poveri nell'organizzarsi e nel portare a termine le cose

- essere lenti nell'acquisire nuove abilità - hanno bisogno di incoraggiamento e ripetizione per aiutarli a imparare
- difficoltà a fare amicizia: possono evitare di prendere parte ai giochi di squadra e possono essere vittime di bullismo per essere "diversi" o goffi
- problemi di comportamento - spesso derivanti dalla frustrazione di un bambino con i loro sintomi
- bassa autostima

Sebbene i bambini con DCD possano avere una scarsa coordinazione e alcuni problemi aggiuntivi, altri aspetti dello sviluppo - per esempio, pensare e parlare - di solito non sono influenzati.

Condizioni correlate

I bambini con DCD possono anche avere altre condizioni, come:

- disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) – un gruppo di sintomi comportamentali che includono

disattenzione, iperattività e impulsività

- dislessia : una difficoltà di apprendimento comune che colpisce principalmente il modo in cui le persone leggono e scrivono le parole
- autismo – una condizione che influenza l'interazione sociale, la comunicazione, gli interessi e il comportamento

Alcuni bambini con DCD hanno difficoltà a coordinare i movimenti necessari per produrre un discorso chiaro. Il disturbo de La storia della condizione può essere fatta risalire agli inizi del 1900 in cui era conosciuta come Maladroitness Congenita e nel 1925 con alcuni medici e terapeuti francesi che richiamarono l'attenzione sulla condizione la chiamarono "debolezza motoria" e fu principalmente osservata nei bambini. Fu solo nel 1937 che la disprassia divenne un po' più nota grazie al dottor Samuel Orton, che fece anche studi sulla sua cugina più popolare, la dislessia. C'è stato un divario tra gli anni '40

e '60 fino a una serie di casi di studio negli anni '60. Viene usato il termine goffaggine e nel 1972 il dottor Sasson Gubbay pubblica un libro intitolato "The Clumsy Child". Solo negli anni '80 in cui il termine disprassia è stato utilizzato per la prima volta.

Il disturbo dello sviluppo della coordinazione (DCD) è un disturbo neuromotorio che colpisce circa il 5-6% dei bambini in età scolare. [1] Per essere diagnosticato con precisione con DCD, un bambino deve dimostrare difficoltà di coordinazione motoria che interferiscono in modo significativo con le attività della vita quotidiana o il rendimento scolastico. [1] Secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5a edizione (DSM-5), [2] i criteri diagnostici per DCD includono:

A. L'acquisizione e l'esecuzione delle capacità motorie coordinate è sostanzialmente al di sotto di quanto previsto data l'età cronologica dell'individuo e l'opportunità di apprendere e utilizzare le abilità. Le difficoltà

si manifestano come goffaggine (p. es., far cadere o urtare oggetti) così come lentezza e imprecisione nell'esecuzione delle capacità motorie (p. es., afferrare un oggetto, usare forbici o posate, scrivere a mano, andare in bicicletta o partecipare a sport).

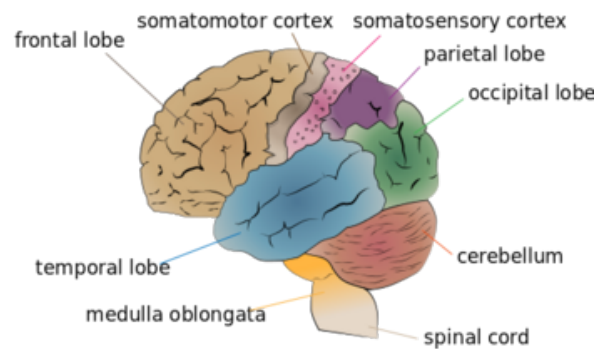
B. Il deficit delle capacità motorie nel Criterio A interferisce in modo significativo e persistente con le attività della vita quotidiana adeguate all'età cronologica (ad es. cura di sé e mantenimento di sé) e influisce sulla produttività scolastica/scolastica, sulle attività preprofessionali e professionali, sul tempo libero e sul gioco.

C. L'insorgenza dei sintomi è nel primo periodo di sviluppo.

D. I deficit delle capacità motorie non sono meglio spiegati da disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) o compromissione della vista e non sono attribuibili a una condizione neurologica che influenza il movimento (ad esempio, paralisi cerebrale, distrofia

muscolare , disturbi degenerativi) . la condizione La presentazione del DCD è spesso di natura eterogenea e spesso si verifica in concomitanza con altre condizioni, come il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), il disturbo specifico del linguaggio (ora disturbi primari del linguaggio) e le difficoltà di apprendimento. [3] La diagnosi della DCD da parte di un medico richiede lo svolgimento di un colloquio e di una valutazione clinica, prendendo in considerazione la storia familiare e di nascita, nonché l'indagine relativa al raggiungimento da parte del bambino delle tappe fondamentali dello sviluppo. I fisioterapisti possono svolgere un ruolo importante nella diagnosi di DCD; in qualità di esperti di movimento, utilizzano strumenti di screening dello sviluppo appropriati per identificare i deficit nelle capacità motorie nella coordinazione e possono fare riferimento al medico per una valutazione completa.

Meccanismo di lesione / processo patologico



Esistono prove limitate relative all'eziologia della DCD. Si ipotizza che i bambini nati pretermine o con un peso alla nascita molto basso siano a maggior rischio di compromissione motoria, inclusa DCD, e nei bambini con DCD sono stati trovati volumi più piccoli di strutture neuroanatomiche, come il cervelletto e i gangli della base, suggerendo la possibilità di sviluppo ritardato di queste aree nel cervello. [4] Inoltre, gli studi di risonanza magnetica (MRI) hanno collegato il lobo parietale e parti del lobo frontale come fattori eziologici che contribuiscono alla diagnosi di DCD. [5]

Presentazione clinica

La DCD può avere una presentazione eterogenea o variabile, ed è spesso difficile distinguere tra menomazioni primarie e secondarie associate a questa

condizione. I bambini con DCD possono mostrare ritardi nel raggiungimento di traguardi motori grossolani e fini, come sedersi, camminare gattonando, salire le scale, scrivere a mano e vestirsi da soli (usando bottoni e cerniere), tuttavia, molti soddisfano i traguardi attesi in modo tempestivo. [2]

La presentazione clinica della DCD è ampia e comprende tutti e 4 i criteri elencati nel DSM-5. [2] I bambini con DCD possono essere descritti come scoordinati, goffi o goffi, dimostrando uno scarso controllo posturale; tipicamente si muovono più lentamente, con risposte ritardate ed esercitano uno sforzo maggiore per portare a termine le attività quotidiane, scolastiche e motorie.[6] In generale, hanno difficoltà ad adattare i movimenti e ad adattarsi alle esigenze dell'ambiente e spesso presentano deficit nella funzione esecutiva, compresa la pianificazione motoria e l'imaging motorio. [6]

Di conseguenza, l'apprendimento di nuove

abilità motorie può essere difficile per i bambini con DCD, che sembrano rimanere nelle fasi preliminari dell'apprendimento di nuovi compiti, con difficoltà nel trasferire e generalizzare le abilità in un nuovo contesto. [7] Come risultato di queste sfide, i bambini con DCD tendono ad essere meno attivi fisicamente e possono sperimentare un eccessivo aumento di peso a causa della ridotta partecipazione al movimento e all'esercizio fisico. [8]

Man mano che progrediscono verso l'adolescenza e l'età adulta, i bambini con DCD spesso sperimentano una diminuzione dell'autostima e gli studi hanno suggerito un aumento del rischio di esiti di cattiva salute mentale, tra cui depressione e ansia per le persone con diagnosi di DCD. [9]

Procedure diagnostiche

Sebbene il criterio DSM-5 descriva 4 caratteristiche richieste per una diagnosi accurata, una storia medica completa, un colloquio, questionari pertinenti, esame clinico e test motori sono tutti

passaggi importanti per identificare un bambino con DCD, e si raccomanda che questa diagnosi non sia fornita fino all'età di 6 anni. [6] Nella maggior parte dei paesi, un medico deve diagnosticare DCD, tuttavia, i genitori, i professionisti dell'educazione e i fisioterapisti sono spesso i primi a riconoscere il comportamento motorio atipico e le abilità carenti a casa o nell'ambiente scolastico, dove diventa più evidente. [10][6]

La diagnosi differenziale è una componente importante della valutazione medica, poiché devono essere esclusi disturbi neurologici associati a goffaggine e mancanza di coordinazione motoria, tra cui l'atassia di Friedreich, la paralisi cerebrale, le miopatie e le lesioni cerebrali traumatiche. [6]

Appare dunque inevitabile che anche lo psicologo, si occupi, e torni ad occuparsi del movimento, inteso anche come pilastro dell'intersoggettività, attenzionando quei bisogni educativi speciali dimenticati, schiacciati alle volte da una

logica accademica livellante, invalicante, ancorata a verticali apprendimenti, non cadendo in quel pericoloso errore di Cartesio.

Bibliografia

1. Zwicker JG, Missiuna C, Harris SR, Boyd LA. Disturbo dello sviluppo della coordinazione: una revisione e un aggiornamento. *Giornale europeo di neurologia pediatrica*. 2012 Nov 1;16(6):573-81.
2. Edizione F. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. *Sono Psychiatric Assoc*. 2013;21:591-643.
3. Palisano RJ, Orlin M, Schreiber J. *Campbell's Physical Therapy for Children Expert Consult-E-Book*. Elsevier Scienze della Salute; 20 dicembre 2016.
4. Dewey D, Thompson DK, Kelly CE, Spittle AJ, Cheong JL, Doyle LW, Anderson PJ. I bambini molto pretermine a rischio di disturbi dello sviluppo della coordinazione presentano alterazioni

- cerebrali nelle aree motorie. *Acta Paediatrica*. 2019 settembre;108(9):1649-60.
5. Biotteau M, Chaix Y, Blais M, Tallet J, Péran P, Albaret JM. Firma neurale di DCD: una revisione critica degli studi di neuroimaging MRI. *Frontiere in Neurologia*. 16 dicembre 2016;7:227.
 6. Caçola P, Lage G. Disturbo della coordinazione dello sviluppo (DCD): una panoramica della condizione e delle prove della ricerca. *Motriz: Revista de Educação Física*. 25;25 aprile 2019.
 7. Smits-Engelsman B, Bonney E, Ferguson G. Apprendimento delle abilità motorie nei bambini con e senza disturbo della coordinazione dello sviluppo. *Scienza del movimento umano*. 1 dicembre 2020; 74:102687.
 8. Joshi D, Missiuna C, Hanna S, Hay J, Faught BE, Cairney J. Relazione tra BMI, circonferenza vita, attività fisica e probabile disturbo dello sviluppo della coordinazione nel tempo. *Scienza del movimento umano*. 1 aprile 2015; 40: 237-47.
 9. Harrowell I, Hollén L, Lingam R, Emond A. Risultati sulla salute mentale del disturbo dello sviluppo della coordinazione nella tarda adolescenza. *Medicina dello sviluppo e neurologia infantile*. Settembre 2017;59(9):973-9.
 10. Biotteau M, Danna J, Baudou É, Puyjarinet F, Velay JL, Albaret JM, Chaix Y. Disturbo della coordinazione dello sviluppo e disgrafia: segni e sintomi, diagnosi e riabilitazione. *Malattia neuropsichiatrica e trattamento*. 2019;15:1873.
 11. Wilson BN, Crawford SG, Green D, Roberts G, Aylott A, Kaplan BJ. Proprietà psicometriche del questionario sui disturbi dello sviluppo della coordinazione rivisto. *Terapia fisica e occupazionale in*

- pediatria. 2009 Gen
1;29(2):182-202.
12. Wilson BN, Kaplan BJ,
Crawford SG, Roberts G. Il
questionario sul disturbo
della coordinazione dello
sviluppo 2007
(DCDQ'07). Manuale
amministrativo per il
DCDQ107 con proprietà
psicometriche. 2007
ottobre: 267-72.
13. Harris SR, Mickelson EC,
Zwicker JG. Diagnosi e
gestione del disturbo dello
sviluppo della
coordinazione. Cmagg. 16
g i u g n o
2015;187(9):659-65.
14. Henderson SE, Sugden
DA, Barnett AL,
editori. Batteria di
valutazione del movimento
per bambini - seconda
edizione [MABC-2], 2a
ed. Londra, The
Psychological Corporation,
2007.

Immagine Corporea e Dismorfofobia

di Cinzia Saponara

Premessa

“Immagine di sé e schema corporeo” è il primo e più completo scritto sul problema della percezione e della rappresentazione del nostro corpo, risale al 1935 ad opera dello psichiatra e psicoanalista Paul Schilder, troviamo qui la prima definizione del concetto di **immagine corporea**:

“L’immagine corporea è l’immagine e l’apparenza del corpo umano che ci formiamo nella mente, e cioè il modo in cui il nostro corpo ci appare.”

L’opera di Paul Schilder costituisce un vero e proprio spartiacque negli studi sullo schema corporeo, prima di lui la percezione corporea veniva ricondotta interamente alla sfera del fisiologico. Schilder fu il primo che, in maniera sistematica e dettagliata, mise in evidenza la rilevanza dei fattori psicologici e sociali nella costituzione e

disgregazione dell’immagine corporea. Un’altra caratteristica fondamentale del concetto schilderiano è l’importanza che in esso riveste il fattore visivo e rappresentazionale. Lo psicoanalista austriaco, infatti, considera il corpo proprio dal punto di vista visivo, non dissimile dagli altri oggetti della percezione. Non solo ciascun individuo se lo rappresenta come tale, ma anche la percezione tattile si adegua a tale visione. Essa imposta «*un punto di osservazione mentale di fronte e di fuori di noi e ci osserviamo come osserveremmo un estraneo*».

Più recentemente, Peter Slade (1988) definisce l’**immagine corporea**:
“L’immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo”.

Secondo Slade (1994), l’**immagine corporea** è costituita da diverse componenti: percettiva (ad esempio, come la persona

visualizza la taglia e la forma del proprio corpo); attitudinale (quello che la persona pensa e conosce del proprio corpo); affettiva (i sentimenti che la persona nutre verso il proprio corpo); comportamentale (riguardante ad esempio, l'alimentazione e l'attività fisica).

Quindi l'**immagine corporea** riguarda la persona nella sua globalità, la rappresentazione che abbiamo di noi stessi, è fortemente influenzata dai nostri stati interni e i suoi effetti possono essere rilevanti e complessi. Le emozioni, quindi, rendono questa rappresentazione mentale positiva o negativa. Inoltre, l'**immagine corporea** è influenzata da schemi precoci che si generano da quando si è molto piccoli nell'interazione con le figure di accudimento.

In sintesi: L'immagine corporea è un costrutto multidimensionale caratterizzato dalle percezioni e valutazioni dell'individuo in merito al proprio aspetto fisico (Cash e Pruzinsky, 2002).

Essa non è una struttura innata e preformata, fissa e statica, ma *“è una struttura del nostro essere altamente dinamica, dipendente dalla maturazione del sistema nervoso, dai vissuti psico-emotivi, dal livello di percezione senso-motoria, dai processi resi possibili dall'esperienza e dal continuo apprendimento motorio e posturale; essa opera sia a livello della coscienza sia al di fuori della nostra consapevolezza, nel privato e nello spazio sociale”*.

Con la pubertà e successivamente l'adolescenza, il corpo è soggetto. Esso va incontro a diversi, continui e rapidi cambiamenti, alcuni solo momentanei. Tali “modificazioni” possono contribuire ad una maggiore difficoltà nell'accettazione di sé. Questa situazione di maggiore vulnerabilità dal punto di vista emotivo e psicologico può far sì che si provi un maggiore disagio; l'ambiente, l'interazione con i coetanei e anche la famiglia

possono condizionarne lo sviluppo. In questa fase, infatti, si è maggiormente sensibili al giudizio altrui, e si va creando un'ideale del proprio corpo che risente dell'influenza di standard di bellezza e idealizzazione corporea guidati dai social media, e dal confronto con i propri pari

In base alla più recente revisione del Manuale Diagnostico Statistico delle Malattie psichiatriche (DSM-5), il **disturbo di dismorfismo corporeo** (Body Dysmorphic Disorder [BDD]) fa parte dello spettro del "Disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati", l'esordio può avvenire fra i 10 e i 20 anni, è solitamente graduale e può diventare cronico se non trattato, ha una prevalenza dell'1,7-2,4% nella popolazione generale (Lai et al., 2010), è caratterizzato da una preoccupazione per un difetto immaginario del proprio aspetto che causa disagio significativo o una compromissione funzionale (cioè una condizione di salute in cui una o più delle normali

funzioni fisiologiche sono compromesse). Qualsiasi parte del corpo può essere oggetto del **Disturbo da Dismorfismo Corporeo**, ma le preoccupazioni riguardano spesso uno o più aspetti visibili, del viso o del corpo (Mulken & Jansen, 2006). Le persone che ne soffrono tendono a esaminare e modificare in modo ossessivo la particolare parte del corpo (Lai et al., 2010).

Questi i criteri diagnostici e per emettere una diagnosi differenziale specifica:

- Preoccupazione nei confronti di uno o più difetti fisici non oggettivamente rilevabili o trascurabili da parte di altre persone
- Adozione di comportamenti ripetitivi o rituali (guardarsi allo specchio, toccare la parte difettosa, ricercare rassicurazione ecc.) o atteggiamenti mentali (pensieri ossessivi, costante confronto con gli altri, convinzione di essere osservato e giudicato ecc.) in risposta alla preoccupazione per il difetto fisico

- Forte stress, ansia e calo del tono dell'umore causati dalla persistente preoccupazione per il difetto fisico
- Difetto fisico oggetto della preoccupazione diverso dal peso corporeo/massa grassa (in questo caso, è probabile la presenza di un disturbo del comportamento alimentare)
- La consapevolezza che il difetto lamentato sia in realtà minimo o inesistente può essere nulla, parziale o elevata, ma ciò non incide sul grado di penetrazione dei pensieri/comportamenti ossessivi nella vita quotidiana.

L'eziologia del disturbo da dismorfismo corporeo è più verosimilmente complesso e difficile; come suggerì lo psichiatra Olley: *“le motivazioni sono diverse e una spiegazione unitaria è del tutto improbabile”*. I disturbi legati all'immagine corporea portano con sé sintomi specifici: dai comportamenti ripetitivi di evitamento e/o controllo, a pensieri di tipo rimuginativo, alle distorsioni percettive nonché uno scarso insight della problematica. Il disturbo da dismorfismo

corporeo può portare ad una disfunzione sociale ed occupazionale così come ad inutili e ripetuti interventi di chirurgia estetica.

Le lamentele possono riguardare qualsiasi parte del corpo, le più frequenti sono:

- pelle
- peli e capelli
- naso e occhi
- gambe e ginocchia
- mammelle e capezzoli
- pancia, labbra, struttura corporea e volto
- organi genitali, guance, denti ed orecchie
- mani, dita, braccia e gomiti
- natiche e piedi
- spalle, collo e sopracciglia

La persona può preoccuparsi di un unico difetto fisico o riportare preoccupazione per più parti del corpo contemporaneamente.

Il pensiero pervasivo del difetto fisico, il timore del

giudizio altrui e le pratiche ripetute in maniera ossessiva per cercare di eliminarlo si traducono in una seria compromissione della qualità della vita, delle relazioni interpersonali, delle prestazioni, nello studio e/o nel lavoro; il tono dell'umore e l'autostima, generalmente già bassi, ne risentono ulteriormente portando i soggetti ad una vera e propria depressione, mentre gli eventuali tentativi di eliminare il difetto il cui esito non viene mai ritenuto sufficientemente soddisfacente, generano sentimenti di frustrazione ed ansia. Spesso infatti, la soddisfazione per il proprio aspetto estetico e l'incremento dell'autostima successive all'intervento sono temporanee o assenti e la preoccupazione e l'insoddisfazione per il proprio aspetto esteriore possono ritornare ad investire la parte già operata oppure spostarsi

per concentrarsi in un'altra parte del corpo tant'è vero che al riemergere di queste emozioni negative, la persona ricorre nuovamente alla chirurgia e il ciclo continua fino alle conseguenze più estreme.

Negli ultimi anni molti professionisti nell'ambito dell'estetica, come dermatologi e chirurghi plastici, hanno assistito ad un aumento di richieste di interventi. A loro parere questo fenomeno è dovuto alla continua esposizione delle nostre immagini, continuamente postate e condivise su social e app, ma anche all'abitudine di modificarle che sta provocando, nuove forme di dismorfia (Ramphul e Mejias, 2018; Pfund et al, 2020), si parla di "Snapchat dysmorphia" o "Instagram dysmorphia" o più in generale "selfie dysmorphia" o "filter dysmorphia". Invece ci si riferisce a "Zoom dysmorphia"

quando il disagio è relativo alla propria immagine nelle videochiamate (Ramphul e Mejias, 2018), diventate la forma principale di comunicazione per lavoro, scuola e socializzazione soprattutto durante e dopo la pandemia.

Spesso le richieste sono legate alla propria immagine digitale: addirittura, molti richiedono trattamenti che li facciano somigliare alle loro foto modificate con i filtri delle app. Quando entriamo nell'ambito dei social media parliamo di una marea di filtri e applicazioni a disposizione di tutti, senza contare che possiamo ricevere feedback positivi o negativi immediati, cosa che ci porta ancora di più a prestare molta attenzione a rivedere e a rifinire ogni dettaglio. Questi filtri consentono praticamente ogni tipo di modifica: sbiancare i denti, ingrandire gli occhi, eliminare le rughe,

cambiare il colore della pelle, etc...

Si può pubblicare un'immagine di sé ottimizzata, curata, in alcuni casi irrealistica: si finisce col condividere l'immagine desiderata, il sé ideale, più che il riflesso reale di sé stessi (Tiggemann e Barbato, 2018; Rajanala e Maymone, 2018; Jiotsa et al, 2021).

CONCLUSIONI

Il disturbo da dismorfismo corporeo (DDC) è una grave e invalidante condizione di salute mentale caratterizzata da uno stato di disagio profondo ed intenso e da tutta una serie di sintomi legati alle preoccupazioni dell'immagine corporea, come ad esempio pensieri intrusivi ricorrenti sulle deformazioni percepite oppure difetti nell'aspetto fisico. La prevalenza del disturbo da dismorfismo corporeo è stimata su circa il 2% della popolazione generale anche se tra le persone che ricorrono alla chirurgia estetica è stata

riportata una percentuale del 15.6% (Buhlmann et al., 2010). Sebbene più comuni rispetto ad altre gravi condizioni di salute mentale, come ad esempio la schizofrenia e l'anoressia nervosa che variano in prevalenza da 0.5 a 1% (Buhlmann U., Glaesmer H., Mewes R., Fama J. M., Wilhelm S., Brähler E. & Rief W. (2010). "Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey." *Psychiatry research*,) della popolazione generale, il DDC rimane spesso poco riconosciuto nella pratica clinica e la sua associazione con altre gravi condizioni di salute mentale, inclusa l'ideazione suicidaria ed i tentativi di suicidio, ha ricevuto scarsa attenzione dalla ricerca. Un numero di studi ha dimostrato che i pazienti con DDC sono a rischio particolarmente elevato di sperimentare il suicidio, per esempio, le stime di prevalenza dei tentativi di suicidio nelle persone con disturbo da dismorfismo corporeo sono state riportate

come il 7.2%. La prevalenza di tali tentativi nella popolazione generale è stata documentata come il 2.7% in tutto il mondo e nei soggetti con disturbi d'ansia e la schizofrenia come rispettivamente il 3.4% ed il 10.9%. Come sappiamo il DDC è accompagnato da gradi molto elevati di angoscia psicologica, disperazione e sentimenti di imbarazzo, vergogna o sconforto collegato all'apparenza e all'immagine corporea; di conseguenza, le persone con tale disturbo spesso si sentono socialmente ansiose e tendono ad allontanarsi dalle interazioni sociali o addirittura evitarle completamente. Come professionisti della salute mentale siamo chiamati a saper riconoscere i sintomi di disagio per la propria immagine corporea assicurando così al paziente supporto, aiuto e comprensione del problema, soprattutto prima di eseguire qualsiasi procedura chirurgica. Inoltre credo che bisognerebbe lavorare sul piano del macrosistema promuovendo codici di condotta che possano

regolare alcuni comportamenti di aziende ed istituzioni che sono seriamente rischiosi per possibili sviluppi di disturbi dell'immagine corporea e del comportamento alimentare, con lo scopo principale di influenzare la diffusione e l'uso di immagini maschili e femminili più aderenti alla realtà e per questo più sani.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2014). *“Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM 5”*. Milano: Cortina, 2014

Buhlmann U., Glaesmer H., Mewes R., Fama J. M., Wilhelm S., Brähler E. & Rief W. (2010). *“Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey.”* Psychiatry research

Cash e Pruzinsky, (2002) *“Immagine corporea: un manuale di teoria, ricerca e pratica clinica”* Ed. Guilford Press

Lai, C.-S., Lee, S.-S., Yeh, Y.-C., & Chen, C.-S. (2010). *“Body Dysmorphic Disorder in Patients With Cosmetic Surgery”*. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences

Mulkens & Jansen, (2006) *“Sovrappeso e obesità: il significato di uno stato d'animo depresso”* Patient Education and Counseling 62
Olley: P. C: *“Psychiatric aspects of referral.”* Br Med J 1974; 3:248-249.

Ramphul e Mejias, M., Vashi, N.A. (2018); *Is “Snapchat Dysmorphia” a real issue?* Cureus;10(3):e2263.

Rajanala e Maymone, 2018; Jiotsa et al, 2021 *“Selfies-living in the era of filtered photographs”*. JAMA Facial Plastic Surgery;20(6):443-444.

P. Schilder,(1935) *“Immagine di sé e schema corporeo”*, tr. it. PGreco Edizioni, Milano 2019,

Peter Slade (1988) *“Body Image in Anorexia Nervosa”*, British. Journal of Psychiatry, 153(2), 20-22.

Tiggemann e Barbato, 2018;

“You look great!”: The effect of viewing appearance-related Instagram comments on women’s body image. *Body Image*;27:61-66.

INCEL: Il fenomeno dei <<celibi involontari>>

**di Anna Borriello e
Francesca Dicè**

La socializzazione online ha influito notevolmente sullo sviluppo di identità individuali e gruppali che nascono e si muovono all'interno di spazi virtuali e conseguentemente non-reali, le cui azioni, però, sono in grado di ripercuotersi oltre i confini di internet.

È questo il caso delle community "INCEL", gruppi di soggetti che si identificano nell'appellativo di "celibi involontari" e perciò inevitabilmente impotenti di fronte alla percepita impossibilità di cambiare il proprio status sociale stigmatizzato imposto su di loro, secondo la propria visione, da parte della società "ginocentrica", femminista.

Il fenomeno dei "Celibi Involontari", di recente sviluppo, trova terreno fertile, prevalentemente all'interno delle comunità online.

Per Incel, termine proveniente dall'abbreviazione inglese di Involuntary Celibates, "celibe

involontario" intendiamo un membro di una subcultura online costituita da individui che, nella presupposizione di avere naturale diritto al sesso, motivano l'inaccessibilità a un partner sentimentale e/o sessuale con il fatto di essere poco attraenti, secondo certi criteri indipendenti dalla loro volontà.

I frequentatori di forum e gruppi online di incel sono prevalentemente uomini eterosessuali e le stime del loro numero sono incerte, variando da migliaia a centinaia di migliaia.

Ad oggi i forum online di incel sono stati criticati dai media e dai ricercatori per essere misogini, razzisti, incoraggiare la violenza, diffondere opinioni estremiste e radicalizzare i loro membri.

Ma facciamo un passo indietro... a quando risale la loro origine?

Il termine incel - come anticipato contrazione dell'espressione inglese Involuntary Celibates - comparve per la prima volta negli anni novanta, in concomitanza con lo sviluppo

di Internet e dei primi forum online: fu coniato nel 1993 a seguito di un'intuizione di una studentessa dell'Università di Ottawa, nota sul web con il soprannome di «Alana», scelto per rimanere nell'anonimato, che creò il forum Alana's involuntary celibacy project dedicato ai celibi involontari.

Inizialmente, infatti, il progetto (“Involuntary Celibacy Project”) aveva l'ambizione di includere “chiunque, appartenente a qualsiasi genere, si sentisse solo, non avesse mai avuto rapporti sessuali oppure non avesse avuto una relazione sentimentale da molto tempo” al fine di supportare uomini e donne che soffrivano per non riuscire a trovare un partner. Alana's involuntary celibacy project avrebbe dovuto essere un luogo accogliente, dove pubblicare articoli e condividere la propria solitudine con altri utenti.

Alana abbreviò poi “involontariamente celibe” in “invcel”, che si è trasformato in “incel”.

Dunque, all'inizio il termine Incel indicava qualsiasi

individuo, di sesso maschile o femminile, che si sentiva profondamente solo.

Ma da quando Alana ha abbandonato il blog, le cose hanno cominciato a prendere una brutta piega. Nel giro di alcuni anni il bacino di utenza del sito si è ingrandito esponenzialmente (Burgess 2001). Definendosi attivisti per i diritti degli uomini (MRA in inglese), i membri hanno portato la discussione in una dimensione interconnessa di forum, blog e organizzazioni (Ging 2017) trovando terreno fertile in alcune piattaforme internet popolari. È diventato presto chiaro però che si fosse trasformata in una community Incel che poco aveva a che vedere con i diritti degli uomini; in realtà si trattava di focolai di ideologie antifemministe (Baele 2019) basate sull'assunto per cui il femminismo avesse rovinato la società.

Nel corso degli anni, rispetto a tematiche quali la riappropriazione e la narrazione dell'identità che avviene tramite la fruizione di piattaforme virtuali in grado di modellarne i relativi limiti e

confini, consentendo la condivisione di vissuti personali generalmente sofferti, gli incel sono diventati oggetto di ricerca e argomento di cronaca a causa degli omicidi commessi da alcuni individui riconducibili alla medesima comunità, nonché per il peculiare linguaggio che li contraddistingue, esplicitamente misogino e violento e che viene utilizzato nelle discussioni online, volto ad esprimere le istanze che si legano al loro stigma sociale. Il glossario incel spesso si ricollega alla percezione di una mancanza di accesso al corpo femminile, richiesto in nome del diritto alla sessualità che sarebbe loro negato da parte degli "altri". Tramite la condivisione di tali elementi, le community accrescono il numero di utenti che modellano la propria socializzazione sulla base di termini e di modalità ricorrenti, costituendo uno spazio virtuale unico all'interno dell'androsfera, o sfera maschile, che sembra avvicinare e rivendicare elementi tipici di altre comunità che partecipano

allo stesso spazio sociale irreali.

Ma facciamo chiarezza.. Il termine racchiude una precisa condizione che si è evoluta nel corso degli anni, e che ad oggi descrive gruppi di persone che si definiscono "celibi involontari".

Non sono dei single, ma uomini che si sentono emarginati dalla società e dalle donne che "non li ritengono alla loro altezza". Il motivo è che non sono né ricchi, né belli e non hanno nemmeno successo.

Se indossiamo una "lente antropologica", ci accorgiamo di come i fenomeni di globalizzazione e modernizzazione di cui siamo protagonisti nell'odierna fase storica, pongano sotto forte stress gli individui, i quali si trovano nella condizione di dover rispondere alle alte aspettative che la società gli mette in capo. In questi termini, l'ambito sessuale è sicuramente molto presente in ciò che viviamo e vediamo, non si tratta più di un tema interdetto, e soprattutto per quanto riguarda l'autostima personale, è diventato motivo

di orgoglio o di imbarazzo a seconda delle abilità relazionali che ogni soggetto possiede (Ging 2017). Alla luce di ciò, ha guadagnato sempre maggiore importanza la tematica dei cosiddetti celibi involontari, intesi come coloro che sono disposti ad avere dei rapporti sessuali ma non sono stati in grado di trovare un partner consenziente nei 6 mesi precedenti ed hanno un'età di almeno 21 anni (Donnelly 2001); in realtà, oltre a tale definizione formale, è molto più importante la denominazione di celibe involontario che si auto conferisce il soggetto, più che il reale tempo trascorso senza avere rapporti. Gli Incel sono uomini, generalmente giovani bianchi, che non riescono ad avere successo con le donne; tuttavia la loro risposta a questa frustrazione, non è quella di tentare nuovi approcci per raggiungere una situazione che li soddisfi, bensì è quella di arrabbiarsi con le donne, arrivando ad odiarle per il loro rifiuto, auspicando azioni di violenza contro il genere femminile, spesso con l'utilizzo di un

vocabolario di nuovo conio, dal quale si riportano alcuni termini specifici.

Ma conosciamoli meglio.. La sottocultura dei celibi involontari fonda il proprio credo su teorie condivise dai suoi membri: la teoria LMS per i rapporti interpersonali, la teoria RedPill e BlackPill per quanto riguarda la visione generalizzata del mondo ed infine quella dell'ipergamia.

Il richiamo alla Pillola presente nelle prime due teorie, è un chiaro riferimento cinematografico al celebre film "Matrix", dove la pillola rossa (red pill) apre la mente del protagonista, Neo, mostrandogli la verità sulla realtà.

Quando un Incel entra in contatto con la teoria Redpill, capisce che il mondo di oggi lo mette in una condizione di svantaggio, facendolo diventare vittima della società. I "redpillati" diventano uomini liberati, che comprendono che il femminismo e la rivoluzione sessuale sono la "sventura" dell'uomo etero, dato che le donne hanno la possibilità di scegliere liberamente il proprio partner, lasciando soli gli

uomini “poveri e brutti”. Assumere la RedPill significa rendersi conto di quanto detto, ed il dolore che provoca il possedere una “profonda conoscenza” della realtà deve smuovere l’intero genere maschile perché le cose inizino a cambiare e si esca dalla società Occidentale che ruota attorno all’importanza della donna (Baele 2019, Ging 2017).

Secondo la teoria RedPill infatti, la donna basa la propria visione del mondo sulla reazione che il proprio comportamento genera negli altri, anziché soffermarsi sull’azione in sé; esse dipendono fortemente dagli altri, e più l’uomo è accondiscendente con loro, per apparire piacente, più la donna rafforzerà le proprie convinzioni; e ciò non porta beneficio a nessuno.

Secondo la teoria della BlackPill, ciò che muta è il colore, ad indicare che, chi simbolicamente decide di assumerla, diventerà cosciente in merito all’immutabilità della realtà. Incel pertanto sta ad indicare/ denota un’accettazione del

livello di appartenenza alla gerarchia sociale, e di conseguenza un’impossibile “scalata” o miglioramento del proprio status. Al contrario della suddetta teoria, secondo cui sono leciti la speranza e lo sforzo per tentare di migliorare, l’assunzione della BlackPill comporta l’accettazione di un determinismo genetico quasi spietato (Jaki 2019).

La terza teoria abbracciata è l’LMS, acronimo di “Look, Money and Status”, secondo cui la condizione economica, l’aspetto fisico e lo status sociale sono i parametri in grado di attrarre l’amore e le donne. Se un uomo non possiede queste caratteristiche, è destinato a restare tagliato fuori da qualsiasi tipo di rapporto, e rimarrà solo per tutta la sua vita. Inoltre, gli uomini Incel ritengono che sia stata l’emancipazione femminile ad escluderli dai loro rapporti con le donne.

Le donne diventano oggetti del desiderio, che contengono tutta la loro felicità negata. Se non viene conquistata, la donna diventa per l’Incel il

conduttore di tutte le aspettative disattese. Nasce da qui la sensazione di insicurezza e inferiorità nei confronti delle donne.

Questo disagio, però, non si limita ai forum online, ma è radicato nella società.

Secondo la teoria, ad ognuna delle tre componenti vanno attribuiti dei punteggi da 1 (il minimo) a 10 (il massimo), e quando ad un individuo vengono assegnati valori alti in ciascuna di queste, allora sicuramente avrà una ricca scelta di partners (Jaki 2019). Per quanto riguarda il primo elemento, il look, è stato creato un sistema di categorizzazione che considera l'aspetto di alcune parti del corpo in un'ottica genetica; gli Alfa sono coloro che ottengono punteggi alti, superiori all'8, nel look e occupano la posizione più alta nella scala gerarchica maschile grazie ai loro "buoni geni" che gli hanno donato un aspetto piacente. Il secondo elemento, money, come intuibile rappresenta le capacità economiche del soggetto. I soggetti che vengono scelti dalle donne per

tale motivo sono i Beta, sono donne interessate ad un partner che le possa portare stabilità.

Il terzo componente della triade LMS riguarda appunto lo status del soggetto, inteso come posizione ricoperta nella società, potere che possiede ed immagine di cui gode agli occhi degli altri.

Per quanto riguarda invece la teoria dell'iper gamia, si fonda sull'assunto secondo cui in una società emancipata come quella del ventesimo secolo, le donne hanno la possibilità di essere selezionatrici nei confronti degli uomini. In quest'ottica, la visione Incel sembra rievocare l'età d'oro, quella in cui vigeva una società patriarcale nella quale la monogamia era la regola, in modo che ogni uomo avesse una donna con cui avere rapporti e non poteva ricevere rifiuti di alcun tipo da parte loro (Farrel 2019).

Da una serie di interviste condotte da due docenti dell'Università della Georgia sono stati identificati diversi indicatori specifici per il fenomeno Incel.

Prendendo in considerazione gli aspetti comuni alle esperienze di vita degli Incel, emerge in primo luogo come l'aver due genitori sposati o conviventi sia un importante vincolo sociale per il figlio, che apprende da essi i comportamenti corretti da tenere e quelli invece da condannare (Carrère 2000). Quando invece il padre e la madre sono divorziati al soggetto mancano le componenti fondamentali per apprendere in famiglia, in una fase in cui invece ricoprono un ruolo fondamentale. Per questo motivo il divorzio è risultato come il primo indicatore specifico. In secondo luogo l'attenzione si sposta sull'accumulo di stress, che può portare i soggetti che ne soffrono a fantasticare sul commettere gesti di violenza contro le masse, una probabile soluzione per riguadagnare il controllo dei sentimenti, eliminando coloro che vengono visti come nemici e sfogando la rabbia ed il disagio interiore. Proseguendo nell'analisi, la solitudine rappresenta un costrutto complesso che include tre

dimensioni: la solitudine personale, la solitudine relazionale ed infine la solitudine collettiva, le quali si abbinano alle tre dimensioni dello spazio che circondano l'individuo: lo spazio personale, lo spazio sociale (composto dai familiari e da coloro con cui il soggetto è a proprio agio) ed infine lo spazio pubblico, più anonimo ed impersonale degli altri due (Cacioppo 2015).

La solitudine dovuta al molto tempo trascorso online contribuisce altresì ad aumentare il livello di ansia che raggiunge il culmine durante gli appuntamenti, aumentando quindi le probabilità che non vadano come sperato a causa delle difficoltà nel relazionarsi quando non si è più abituati a farlo (Odaci 2010). Gli individui con alti livelli di solitudine, soprattutto relazionale, hanno dimostrato di soffrire di ipersensibilità alla minaccia sociale, ossia la convinzione che l'ambiente circostante e le persone che lo popolano, stiano costantemente giudicando il soggetto (MacDonald 2016). L'ultimo

indicatore individuato è quello del linguaggio utilizzato dagli Incel nei forum (Boyd 2019). I principali meccanismi riconducibili al linguaggio sono quelli dello Slang, per promuovere l'identità di gruppo, l'Insulto, per screditare coloro che non condividono le ideologie del gruppo, la Disumanizzazione dell'avversario che permette di rivolgersi a quest'ultimo come ad un oggetto o ad un animale, infine l'Incitamento che va inteso come una mascherata chiamata all'azione.

Ma allora chi sono veramente gli Incel?

Parliamo di una precisa categoria di persone, che si identifica in maschio, eterosessuale e celibe involontario. Quello che li contraddistingue è una forte disistima verso loro stessi e dal loro sentirsi inadeguati rispetto ai coetanei.

Credono di non essere all'altezza del genere femminile, in quanto non sono in grado di intrecciare con loro una relazione amorosa. Credono di essere dei

perdenti, in continua competizione con gli altri.

Non possono essere identificati tutti come persone violente, dato che gli Incel racchiudono in loro una grande quantità di persone. Ma il loro livello di esasperazione porta a gravi forme di misoginia.

Si tratta di un fenomeno maschile, intriso di stereotipi che riguardano sia il mondo femminile sia quello maschile. Nella società occidentale, infatti, gli uomini vengono considerati come persone di successo soltanto se riescono ad avere rapporti d'amore con l'altro sesso.

Le donne, concepite come prede e trofei, preferirebbero i Chad, ovvero il maschio alfa, attraente e di successo.

La narrazione delle donne malvagie non è qualcosa di nuovo, ma comincia da un equivoco che gli Incel includono nella loro ideologia. Tutto parte dall'enfatizzazione del corpo, che viene ridotto ad un mero oggetto del desiderio di donne considerate superficiali e

attratte soltanto dall'apparenza.

In questi gruppi, le donne vengono definite come NP, ovvero non persone – anche se per alcuni l'acronimo sta per narcisiste patologiche.

Gli Incel ritengono di avere dei brutti corpi, e per questo si sentono esclusi dalla società, che è responsabile di farli sentire emarginati. Per loro diventa più semplice caricare la pistola piuttosto che vedersi sotto una luce migliore, rivolgendo tutta la loro rabbia verso l'esterno.

La vera pericolosità degli Incel, dunque, sta proprio nella loro scarsa capacità di lavorare su loro stessi.

In definitiva, la parola "incel" si rivela essere un termine ombrello in grado di accogliere specificità individuali molto diverse l'una dall'altra, rispetto a modalità di socializzazione, nuclei argomentativi e sistemi valoriali, rivendicato per esprimere posizioni ideologiche pessimiste condivise quotidianamente allo scopo di alleviare le sofferenze causate dal celibato involontario.

Tuttavia, degli Incel non si discute molto. Anzi, è un fenomeno sottovalutato: si tende ad ignorare il problema, addirittura normalizzandolo.

Non è semplice difendersi da questa condizione, perché gli uomini Incel sono difficili da riconoscere. Sarebbe opportuno raggiungere la radice del problema per lavorare sulla prevenzione. Il primo passo, dunque, passa attraverso l'educazione dei ragazzi, dando loro strumenti adeguati per riconoscere e gestire le loro emozioni.

Fondamentale anche l'intercettazione dei primi segnali di malessere per intervenire il prima possibile, per tornare in possesso dei sentimenti e delle emozioni che tutti proviamo.

BIBLIOGRAFIA

- Boyd, S., (2019), "Incel hate speech and the damage of toxic masculinity", School of Criminology and

Criminal Justice, Barret,
The Honors College,
46.

- Burgess, E.O. et al., (2001), "Surfing for sex: Studying involuntary celibacy using the Internet", *Sexuality & Culture*, 5:3, 5-30.
- Cacioppo, S. et al., (2015), "Loneliness: Clinical Import and Intervention", *Perspectives on Psychological Science*, 10:2, 238-249.
- Carrère, S., (2000), "Predicting marital stability and divorce in newlywed couples", *Journal of Family Psychology*, 14, 42-58.
- Ging, D., (2017), "Alphas, Betas, and Incels: Theorizing the Masculinities of the Manosphere", *Men and Masculinities*, 22:4, 638-657. www.bbc.com/news/world-us-canada-45284455/.

Consultato in data 8
marzo 2020.

- Taylor, J., "The woman who founded the 'Incel' movement", BBC, (30 agosto 2018). Fonte: [https://](https://www.bbc.com/news/world-us-canada-45284455/) Baele, S.J., et al., (2019), "From 'Incel' to 'Saint': Analyzing the violent worldview behind the 2018 Toronto attack", *Terrorism and Political Violence*.
- Zimmerman, S. et al., (2018), "Recognizing the Violent Extremism Ideology of 'Incels'", *Women, Peace and Security*, 1-5.

Gli adolescenti e il mondo della scuola

di Tonia Bellucci

La trasformazione dei modelli educativi familiari e la diffusione dei mass media ma soprattutto dei social, sono solo alcuni dei fattori che hanno promosso cambiamenti particolarmente significativi sul modo di interpretare la relazione con la scuola e i docenti da parte delle ultime generazioni di adolescenti. L'epoca di internet e del narcisismo richiede una nuova modalità di declinare l'autorevolezza adulta che tenga conto del funzionamento psichico, affettivo e relazionale dei ragazzi e delle ragazze nati e cresciuti nel nuovo millennio.

L'**adolescenza** è stata definita, in base alle soggettive manifestazioni, in svariati modi:, *tempesta emozionale*, *età sospesa* ed anche *età dello tsunami*, "la più delicata delle transizioni" (Hugo). Le abitudini di vita e i comportamenti degli adolescenti enfatizzano

fragilità e problematicità, descrivendo questa **età di mezzo** come **una fase «a rischio» della vita**, da cui bisogna sperare di uscire indenni. L'adolescenza, al contrario, è anche un'**età di potenzialità ed opportunità**: un cantiere aperto dello sviluppo cerebrale e psicologico, un'*ancora in costruzione*, dove tutto viene rimesso in discussione e rilanciato.

In questa fase di sviluppo, entrano in campo in modo determinante **due agenzie educative**: la **famiglia** e la **scuola**, sono ambienti educativi ottimali affinché gli adolescenti possano svilupparsi e crescere adeguatamente.

La **qualità del clima familiare** è **fondamentale** all'interno del **percorso di crescita** e di **costruzione dell'identità**. Gli adolescenti, alla ricerca di autonomia e indipendenza dalle figure di riferimento, necessitano della guida e dell'incoraggiamento di quest'ultime al fine di poter stabilire e raggiungere con perseveranza determinati

obiettivi, specie quelli che riguardano la formazione ed il futuro. La **scuola**, d'altro canto, è un **luogo formativo** per l'identità cognitiva, emotiva, sociale e culturale dei ragazzi, ma anche possibile **teatro di malessere e insuccessi**.

Nelle interazioni che avvengono a scuola, oltre alle trasformazioni del corpo, le richieste dei pari, dei docenti e dei genitori, il confronto con i pari, le aspettative dell'adolescente stesso e la necessità di emergere, si incontrano ma soprattutto si scontrano.

Il temperamento personale, il naturale percorso di maturazione cerebrale, l'ambiente familiare ed il contesto scolastico **in questa fase della vita** di ogni essere umano espongono, come dicevamo, a continui **rischi ed opportunità**, coerentemente con la cultura e le specificità del tempo in cui cresce ogni generazione.

Oggi, le ricerche ci mostrano come, nell'ambito del rischio, **l'ansia e le manifestazioni di**

disagio connesse ad essa (vd. attacchi di panico e ritiro sociale) **sono predominanti e possono influire negativamente** su prestazioni e relazioni, nonostante l'impegno e l'investimento emotivo messo in campo dai ragazzi e dalle ragazze, ma esistono anche altre forme di inibizioni o di sintomi che rendono la vita dei ragazzi complessa e che dopo la pandemia hanno assunto forme più gravi.

Ad ogni pericolo, tuttavia, **sono collegate potenzialità** e vi sono alcuni temi dei quali le agenzie educative devono tenere conto:

1. l'adolescente ha già un suo sapere proprio (sul linguaggio, sui segreti di famiglia, sulla sua storia, su quello che gli altri vogliono da lui), a cui è importante dare spazio;
2. l'adolescente deve perdere qualcosa del suo piacere, i suoi oggetti (vd. internet, smartphone, videogiochi) per poter entrare nel legame e per poter accogliere qualcosa

- del sapere che gli viene proposto e/o imposto;
3. le richieste di impegno e senso di responsabilità devono essere adeguate all'età di riferimento;
 4. sostenere i giovani non significa allontanarli dalle prove, dai rischi e dalle sfide che lo attendono e che spettano ad ogni età, quali riti di passaggio verso l'età adulta.

Sicuramente tutto ciò che accede nella vita degli adolescenti è estremamente complesso.

La scuola vuole impegno e senso di responsabilità: per i bambini è la prima prova “da grandi”, mentre per i ragazzi un ulteriore test in un momento molto delicato in cui la loro personalità è in fase di definizione. **Studiare è faticoso** e quando entrano in gioco insicurezze e difficoltà la fatica cresce e la situazione si complica; i ragazzi delle superiori, in particolare, hanno un **programma di studio da rispettare** ma contemporaneamente hanno **bisogno di socializzare** con i compagni, e questa relazione

non sempre rende le cose facili.

Gli adulti di riferimento hanno il compito di rassicurare, cercando di favorire un'adeguata comprensione della situazione senza sottovalutare o, peggio ancora, sminuire il malessere. È necessario cercare di non essere protettivi al punto da non lasciare libertà di esprimersi ed agire, cercare di ascoltare i bisogni considerando che le reazioni si differenziano da persona a persona in base alle esperienze e alla storia personali, alle motivazioni di tipo socioculturale o causate dalla stessa realtà scolastica.

Bruner sottolinea l'importanza di un forte legame fra cultura e educazione, sostenendo un'idea di scuola come promotore di principi educativi che siano in stretta interdipendenza con la cultura e le risorse di cui si dispone, dal momento che ciò che viene insegnato e appreso non può “essere isolato dalla posizione che ha la scuola

nella vita e nella cultura dei suoi studenti”.

Gli ambienti educativi, in definitiva, dovrebbero diventare “possibilità per l’adolescente di sperimentare e cogliere nelle esperienze di apprendimento e di conoscenza la funzione di sostegno al Sé che i valori culturali possono offrire”.

In fondo, *“l’adolescenza non è altro che una volata verso la vita.”* (J. Bruner).

Non dobbiamo immaginare necessariamente scenari catastrofici, ma da adulti sappiamo che la vita di ognuno di noi può assumere mille sfumature spesso difficili da gestire anche per un adulto, figuriamoci per un adolescente! In quel momento dovrà essere presente l’adulto di riferimento che, sebbene mai andato via, ma rimasto solo in attesa in una sorta di cono d’ombra, dovrà essere pronto ad affiancare il ragazzo. La parte difficile per l’adulto sarà proprio rimanere nell’ombra fino a quel momento.

E’ vero che i ragazzi sono in una fase di costruzione della loro personalità rivolgendosi in modo più naturale ai coetanei, tuttavia è da tenere a mente che noi adulti non spariamo dalle loro vite e, anche senza che se accorgano o che noi ce ne accorgiamo, ci osservano: come parliamo, come ci atteggiamento nei loro confronti, nei confronti degli altri membri della famiglia, dei colleghi, degli amici, ma anche come ci prendiamo cura del nostro corpo, come viviamo le nostre passioni ecc. Latentemente loro ci osservano e incamerano il nostro esempio, e lo fanno fin da piccolissimi, agendo noi sulla loro personalità in modo lento e continuato come una goccia che modella la roccia. E di questa azione inarrestabile non possiamo non prendere atto impegnandoci per offrire dei modelli il più sani possibile.

In sostanza, i ragazzi, in adolescenza, costruiscono la loro personalità e ricercano punti di riferimento puntando spesso in modo naturale agli amici, nonostante questo, gli unici che per esperienza, affetto e lungimiranza possono

dargli le certezze affettive, educative e relazionali di cui hanno bisogno rimangono i loro adulti di riferimento.

Cosa può fare la scuola?

Cosa si può fare nelle scuole per prevenire e intervenire quando un giovane mostra dei segnali di disagio psicologico?

Oggi più che in passato, le forme di disagio psichico si caratterizzano per un problema determinato dall'eccessiva presenza di oggetti, soldi, internet, droga che vanno a saturare un vuoto con cui invece è fondamentale confrontarsi.

Il processo di separazione-individuazione consente lo sviluppo di fattori che determinano la costituzione dell'identità personale, unitaria e permanente da un lato, articolata e in divenire dall'altro.

Ecco allora che nel dipanarsi di tali scenari, la scuola può configurarsi come luogo in cui può essere favorito e messo a lavoro questo processo di separazione simbolica con cui l'adolescente si confronta tutti i giorni. L'adolescente andrà

alla ricerca di esperienze nuove ma nello stesso tempo continuerà a guardare indietro, nella sicurezza della sua storia e nelle sue radici, è indispensabile che la scuola supporti il suo bisogno di autoaffermazione e lo spinga in avanti verso la realizzazione del Sé.

L'insegnante può fare tanto in questa direzione. Attraverso l'ascolto può creare una relazione educativa, in cui la soggettività dell'alunno viene messa in primo piano.

La scuola, dunque, può svolgere una funzione fondamentale, perché apre ad un legame sociale rinnovato e rinnovabile, offre uno spazio alternativo a quello culturale dominante e familiare, indirizzando i ragazzi verso una progettualità futura, fatta di speranza, e di fiducia in se stessi.

La sfida più grande per la scuola è la possibilità di trasmettere qualcosa dell'arte del "vivere".

La funzione dell'insegnante è fondamentale non solo per identificare le situazioni a rischio ed inviarle ad un professionista per un consulto

psicologico ma soprattutto per sostenere nelle quotidiane attività didattiche una prospettiva di prevenzione del disagio psicologico adolescenziale, auspicabilmente attraverso un lavoro di collaborazione con lo psicologo, talvolta neuropsichiatra e le altre figure professionali che ruotano intorno al giovane. Il docente può operare dei piccoli grandi cambiamenti, senza supplire né al ruolo di genitore, né tanto meno a quello di psicologo, ma semplicemente svolgendo una funzione di catalizzatore per la curiosità e i processi di apprendimento degli alunni.

Bibliografia

- Aliprandi, M., Pelanda, E., Senise, T. (1990). Psicoterapia breve di individuazione. Feltrinelli. Milano, 2010.
- Ammaniti, M. (2002). Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Cortina. Milano, 2013.
- Benasayag, M., Schmit G. (2003). L'epoca delle passioni tristi. Feltrinelli. Milano, 2013.
- Bertetti, B. Chistolini, M., Rangone, G., Vadilonga, F. (2003). L'adolescenza ferita. Franco Angeli. Milano, 2015.
- Bruner J. Verso una teoria dell'istruzione. Roma, Armando. 1982.
- Confalonieri. E., Grazzani. G a v a z z i. I. (2 0 0 2). Adolescenza e compiti di sviluppo. Unicopli. Milano, 2010.
- Dolto, F. (1988). Adolescenza. Esperienze e proposte per un nuovo dialogo con i giovani tra i 10 e i 16 anni. Oscar Mondadori. Milano, 2000.
- Fonzi. A. (2001). Manuale di psicologia dello sviluppo. Giunti. Firenze, 2004.
- Petropolli Charmet, G. Riva, E. (1994). Adolescenti in crisi genitori in difficoltà. Franco Angeli. Milano, 2004.