

**IL DISAGIO MINORILE COME ESPRESSIONE  
DEL DISAGIO FAMILIARE**  
**Dott. Mario Brengola**  
**Psicologo, Mediatore e Psicoterapeuta Familiare**  
**Staff Clinico e Didattico ISPPREF**

‘Disagio’ è in realtà un termine piuttosto generico che viene usato nel linguaggio comune in un senso ampio e comprende difficoltà che possono investire diversi ambiti della vita di un giovane: a livello affettivo, familiare, scolastico o sociale.

Una persona si può trovare in una generica situazione di disagio che riesce o non riesce a percepire, di cui può essere più o meno cosciente o che solo gli altri possono cogliere.

Si tratta di forme di disagio emotivo che si manifestano attraverso una gamma più o meno sfumata di segnali come *stati d’ansia, cambiamenti di umore, irrequietezza* o che possono diventare veri e propri sintomi quali **disturbi psicosomatici, dell’alimentazione, del sonno** ed altro.

Diverso è il disagio espresso attraverso *modalità comportamentali atipiche* o addirittura *devianti*; questo è il disagio più facile da cogliere poiché la sua forma non solo è evidente ma disturbante.

Tali *comportamenti* debbono essere definiti come *disadattivi* ed è perciò corretto parlare, in questi casi, di **disadattamento scolastico** o **sociale** a seconda dell’ambito in cui si evidenziano.

Questa forma di disagio, il vero e proprio disadattamento, si propone quindi mediante l’azione, che è qualcosa di molto diverso dai segnali e anche dai sintomi cui si accennava precedentemente.

Esso ha un carattere di maggiore *inconsapevolezza*, dal momento che il soggetto non riesce a dare alcuna spiegazione riguardo al perché del proprio agire, non è capace di autocontrollo e tende pertanto a ripetere quel comportamento in modo impulsivo o talora anche passivo.

Rientrano in questa tipologia di **disagio agito** il rifiuto e l’abbandono scolastico (oltre che le varie forme di condotta dissociale, certamente ancor più gravi da un punto di vista psicopatologico).

Il disagio giovanile affonda le sue origini nei primi anni di vita del bambino e nelle sue più precoci esperienze affettive e relazionali per poi trovare espressione nelle varie fasi della crescita manifestandosi in modo diverso in ogni fascia di età.

E’ quindi molto importante per genitori, educatori e insegnanti cogliere questi segnali premonitori che potremmo definire “di esordio”, i quali non vanno ignorati né minimizzati ma assunti nella loro appropriata considerazione e perciò interpretati come modi del bambino di comunicare una sua problematica interiore o un conflitto non risolto.

Possono altresì significare un momento di crisi evolutiva o una difficoltà transitoria che ostacola la crescita, e andrebbero trattati con l’aiuto di uno specialista che tuttavia non deve necessariamente valutare il bambino. Talvolta, infatti, è sufficiente fornire un **supporto ai genitori** mentre in altri casi possono essere necessarie altre forme di intervento come una consultazione terapeutica breve o una vera e propria psicoterapia.

In questi due ultimi decenni si è sempre più sviluppata l’attenzione da parte di operatori

sociali, sanitari e scolastici, nonché di pediatri e medici di famiglia, verso gli aspetti emotivorelazionali dell'infanzia. Sempre più frequenti e tempestive sono infatti le richieste e gli invii allo psicologo, al neuropsichiatra e alle altre figure sanitarie che si occupano di problematiche dell'apprendimento e della riabilitazione (pedagogisti, logopedisti e psicomotricisti).

Se il disagio viene trattato prima che si radichi, ovvero subito dopo il suo manifestarsi in modo acuto, potranno evitarsi in futuro altre forme più gravi di natura psicopatologica.

E' quindi fondamentale porre la massima attenzione ai segnali precoci che possono emergere già durante il primo anno di vita del bambino quali disturbi del ritmo sonno veglia, dell'alimentazione o della sfera affettiva.

Ancor più rilevanti, ai fini del tema qui affrontato, sono i disturbi di carattere comportamentale che attualmente osserviamo sempre più di frequente in bambini anche molto piccoli (dall'anno e mezzo ai due/tre anni) quando ha inizio, per poi gradualmente consolidarsi, l'acquisizione delle regole e l'interiorizzazione da parte del bambino delle norme che regolano la vita sociale.

Spesso i genitori sottovalutano l'enorme importanza di questa fase che è alla base dello sviluppo dell'**identità sociale** oltre che del **senso di sicurezza** e **fiducia nelle proprie capacità**; ciò è inoltre determinante per consentire al bambino di vivere serenamente all'interno del gruppo dei coetanei, nella scuola e nella comunità.

*In quest'operazione così complessa e delicata, molto significativa è la presenza paterna che deve integrare e supportare l'azione educativa della madre (oltre a fornire una sicurezza affettiva a lei stessa e al bambino). E' chiaro che la madre non può e non deve essere l'unico riferimento per il figlio.*

La psicoanalisi, a partire dal pensiero di Freud, ha sottolineato il ruolo cardine svolto dal padre nella costruzione del Super Io infantile, istanza regolatrice e modulatrice del nostro psichismo che rende capaci di conciliare le esigenze della realtà con i moti pulsionali basati sugli istinti. Per consolidare questa capacità di *adattamento alla realtà* e di *autocontrollo sulla sfera pulsionale* possono essere di supporto tutte le figure adulte che ruotano intorno al mondo del bambino come nonni, baby-sitter, educatori e insegnanti che dovrebbero fornire **attenzione** e **sostegno** attraverso atteggiamenti chiari e coerenti fondati su **capacità affettive** e, al contempo, **contenitive**: in grado cioè di porre limiti ben definiti ove necessari, di arginare il bambino nei momenti di disorientamento, confusione, eccessiva reattività.

Il disagio nelle prime fasi dell'età evolutiva se non adeguatamente interpretato e preso in considerazione, viene esternato in altri momenti della vita ed, in particolare, nel periodo adolescenziale. L'adolescenza inizia ormai precocemente e molti autori sono concordi nel considerare i primi segni di cambiamento a partire dalla prepubertà e cioè già dai nove/dieci anni. Essi trovano la loro espressione più diffusa in *atteggiamenti di tipo reattivo ed oppositivo* accompagnati da un forte e nuovo (per i genitori) desiderio di autonomia. In questa fase possono anche presentarsi sintomi **disadattivi** quali: *difficoltà di apprendimento e di rendimento scolastico, disturbi della condotta associati a deficit dell'attenzione, rifiuto improvviso della scuola*.

Tali forme possono essere misconosciute o sottovalutate e talvolta esitare in patologie più gravi come **depressione, chiusura e isolamento sociale**.

Oltre alle competenze affettivo-educative (due termini che non possono essere disgiunti)

richieste alla famiglia, sono indispensabili le risorse che la scuola dovrebbe offrire e attivare; ancor più quando le famiglie presentano aspetti carenti o problematici. In questi casi, che sappiamo essere sempre più numerosi, **l'ambiente scuola** può diventare uno spazio di accoglienza per il giovane in una circostanza particolarmente delicata, quando la naturale ipersensibilità dell'adolescente si accompagna al timore del rifiuto o al disprezzo nei confronti del mondo degli adulti.

**Per attuare un intervento di rete che riesca ad assumere una valenza preventiva occorre la collaborazione tra scuola (o ente di formazione professionale) e operatori socio-sanitari. Questi ultimi possono coadiuvare il personale docente e stabilire un proficuo rapporto di collaborazione con altre figure presenti nella struttura che il ragazzo frequenta (psicologi, educatori, formatori, orientatori).**

In questo modo possono essere organizzate attività mirate rivolte al gruppo classe, a piccoli gruppi che evidenzino una particolare problematica, ai genitori.

Lo psicologo può affiancare gli insegnanti in un lavoro di educazione sanitaria che può riguardare la sessualità come altre tematiche (abuso di alcolici e sostanze stupefacenti). Tali argomenti, se adeguatamente proposti, riscuotono l'interesse degli studenti e rappresentano un primo momento di avvicinamento ad uno specialista esterno e fino a quel momento estraneo al loro ambiente. Questo primo livello di intervento può essere preliminare ad una successiva presa in carico individuale che avviene in un contesto diverso da quello scolastico, in una struttura sanitaria della quale talvolta i ragazzi hanno già sentito parlare (lo Spazio Adolescenti delle ASL).

Ma prima di questo eventuale secondo livello è importante riuscire a creare un clima di fiducia ed una situazione relazionale che faciliti un aggancio. Tuttavia, anche se ciò non avviene nell'immediato, il rapporto che si è stabilito può lasciare nella mente dell'adolescente una traccia preziosa, il ricordo di un adulto disponibile ad un colloquio, ad un confronto aperto e solidale, rispettoso del segreto professionale e capace di escludere se necessario anche i genitori (questi ultimi, se desiderosi di essere aiutati, vengono di solito inviati ad un altro collega).

Concludendo, l'obiettivo prioritario dell'intervento di educazione sanitaria da parte dello psicologo nel contesto scolastico e formativo è quello di porsi come figura amichevole e disponibile riducendo così gli aspetti minacciosi e persecutori che sono presenti nella fantasia di ogni adolescente. Tali aspetti possono impedire la sua concreta possibilità di chiedere aiuto e condurlo ad agire il proprio malessere non comunicato con modalità che sempre più spesso, purtroppo, hanno carattere autodistruttivo.

## **L'AMBIENTE FAMILIARE COME LUOGO D'INSORGENZA DEL DISAGIO**

Malgrado sia o sembri sempre più difficile definire la famiglia e stabilire ciò che è familiare e ciò che non lo è, la famiglia mantiene la sua importanza sia ai fini della **costruzione** e della **definizione della personalità** degli individui sia come relazione di **mediazione tra gli individui e la società**, compito, questo, assolto in collaborazione con la scuola.

Il contesto entro cui emerge la funzione genitoriale è per definizione triadico (Fruggeri, 2002): il rapporto tra un genitore e un figlio non è mai svincolato dal rapporto del figlio con l'altro genitore e, in modo più o meno armonico e nelle forme più diverse, **non è mai svincolato neanche dal rapporto dei genitori tra loro**.

A questo proposito, è fondamentale riflettere sul quanto un disagio o un conflitto tra i genitori incida sulla serenità del minore e quanto un “sintomo” (disagio, disturbo o malattia) del minore assolve ad un tentativo, più o meno esplicito, di spostare l’attenzione dei genitori dal conflitto su di sé richiamandoli, o tentando di richiamarli, al ruolo genitoriale.

Già Satir (1973) ci ha fatto notare che “l’allevamento dei figli è diventato la preoccupazione e l’occupazione principale sia degli uomini che delle donne; *rendere i figli felici è diventata una delle cose più importanti; dare ai figli ciò che i genitori non hanno mai avuto è diventata una necessità; la crescita, lo sviluppo e i successi dei figli costituiscono ormai per i genitori uno dei modi principali per trovare una convalida del proprio valore personale*; l’atteggiamento dei figli verso i genitori può ormai in larga misura contribuire a costruire o a distruggere i loro sentimenti di autostima”. Queste brevi frasi ben esprimono quello che è tuttora il disorientamento di moltissimi genitori rispetto a quel tipo di rapporto con i figli che è chiamato “relazione educativa”.

La famiglia, come evidenzia Di Nicola, è diventata il *centro focale di riferimento per l’identità dei singoli*, il rapporto genitori-figli si è affinato soprattutto dal punto di vista della comunicazione (si parla molto di più, si comunicano i propri bisogni, si esprimono le motivazioni, i desideri e s’incoraggiano i figli a farlo offrendo loro il modello di come “ci si parla”), ma si è sempre meno capaci di fornire anche **modelli normativi di comportamento**: ossia c’è stato – in reazione ai precedenti tipi di educazione autoritaria – un vero e proprio **“ribaltamento del modello normativo in un modello comunicazionale”**.

Spesso, quindi, il figlio viene vissuto come **“affare privato della coppia”**, costituisce, cioè, insieme il **massimo investimento affettivo** e valoriale e la massima fonte di difficoltà per la coppia. Da un lato, la famiglia si pone come contesto di riferimento per la crescita dell’identità personale dei figli; dall’altro, diventa essa stessa una fonte di disagio psicologico per tutti i suoi componenti.

*Questo “disagio intra-familiare” appare in aumento: crescono le patologie relazionali, le crisi di identità, i casi di disadattamento, di disordini psicosomatici (anoressia e bulimia), fino ai suicidi di adolescenti e di preadolescenti.*

Non bisogna però dimenticare che la famiglia di oggi si trova inserita in un contesto sociale caratterizzato da quella che U. Bronfenbrenner (1986) definisce una “ecologia degradata”, e che i suoi modi di gestire la complessità di una relazione educativa sono pesantemente condizionati da un tipo di cultura e di organizzazione collettiva che privilegia **valori di riuscita, di benessere, di protagonismo raggiunto attraverso il possesso e il successo, prospettandoli come elementi costitutivi dell’autorealizzazione, e conferme di un valore intrinseco alla persona**. Tanto l’“iper-investimento affettivo” quanto le “aspettative di realizzazione” costituiscono il terreno sul quale il bambino prima, l’adolescente poi, coltiva il proprio disagio fino a sfociare in vere e proprie patologie psicologiche o psichiatriche.

Il principio secondo cui *“ciascun individuo è spinto alla realizzazione di se stesso e delle proprie potenzialità”*, infatti, viene nel primo caso “bloccato” (impasse) e nel secondo “esasperato”, facilitando aspettative eccessive non sempre realizzabili e quindi facilmente inclini verso l’instaurarsi di disturbi depressivi.

Quando la propria immagine viene percepita in pericolo rispetto a certi parametri, ecco emergere la “vergogna”, l’“inquietudine”, la “paura del giudizio negativo” e quindi l’“ansia”, il “ritiro” e

l'”isolamento sociale” alla base dei Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Disturbi del Controllo degli Impulsi, Disturbi di Personalità e Problemi di autostima (di solito manifesti nell'adolescenza).

Per agire tempestivamente ed individuare i primi segnali di disagio, diventa, quindi, urgente che gli adulti, genitori ed insegnanti, coltivino *la loro capacità di ascolto della sofferenza emotiva dei bambini*, diventando consapevoli che questa sofferenza può essere originata non solo da *maltrattamenti* e abusi eclatanti, ma anche dalla *mancaza di attenzione e di affetto*, dalla *solitudine affettiva*, da situazioni di *disagio familiare*, *difficoltà nell'apprendimento*, *incapacità di adattamento alla vita sociale*, *isolamento*.

Bisogna imparare a parlare il *linguaggio dei bambini*, imparare ad ascoltare quel che spesso col gioco o col disegno ci dicono o tentano di dirci perché è così che i bambini dicono quel che con le parole non sanno esprimere.

Il “disagio minorile” si riferisce ad uno stato di non accettazione del modo in cui si sta in famiglia o a scuola. Di per sé il “disagio” non è una malattia o una patologia, ma espressione di una condizione di “non agio” che impedisce al bambino di rivestire serenamente e secondo regole condivise i propri ruoli. Tale stato può investire diversi ambiti, da quello familiare a quello scolastico, ma le sue radici sono fortemente intrecciate ed interdipendenti. Solitamente il bambino che si trova a vivere una situazione di disagio non riesce riconoscerla come tale, pertanto solo gli adulti possono coglierla e definirla.

Si tratta di forme di disagio emotivo che si manifestano attraverso una gamma più o meno sfumata di segnali come **stati d'ansia**, **cambiamenti di umore**, **irrequietezza** o che possono diventare veri e propri sintomi quali **disturbi psicosomatici**, dell'**alimentazione**, del **sonno**.

Il disagio espresso attraverso **modalità comportamentali atipiche** o addirittura **devianti** è il disagio più facile da cogliere poiché la sua forma non solo è evidente ma anche **disturbante**. Tali comportamenti debbono essere definiti come *disadattivi* ed è perciò corretto parlare, in questi casi, di *disadattamento scolastico* o sociale a seconda dell'ambito in cui si evidenziano.

Questa forma di disagio, il vero e proprio **disadattamento**, si propone quindi mediante l'azione che è qualcosa di diverso dai segnali e dai sintomi cui si accennava precedentemente. Esso ha un carattere di maggiore inconsapevolezza, dal momento che il soggetto non riesce a dare alcuna spiegazione riguardo al perché del proprio agire, non è capace di autocontrollo e tende pertanto a ripetere quel comportamento in modo impulsivo o talora anche passivo.

E' quindi molto importante per genitori, educatori e insegnanti cogliere questi segnali premonitori che potremmo definire “**di esordio**”, i quali non vanno ignorati né minimizzati ma assunti nella loro appropriata considerazione e perciò interpretati come *modi del bambino di comunicare una sua problematica interiore o un conflitto non risolto*.

Possono altresì significare un momento di crisi evolutiva o una difficoltà transitoria che ostacola la crescita, e andrebbero trattati con l'aiuto di uno specialista che tuttavia non deve necessariamente valutare il bambino. Talvolta infatti è sufficiente fornire un supporto ai genitori mentre in altri casi possono essere necessarie altre forme di intervento come una consultazione terapeutica breve o una vera e propria psicoterapia familiare.