

Adolescenti, disturbi di personalità, trattamento residenziale

Giacomo De Caterina

*Comunità terapeutica per adolescenti
Nuova Emmaus, Bacoli (Napoli)*

*Comunità dei girasoli per adolescenti
Cellele (Caserta)*

gdecaterina@gmail.com

Corso di formazione "*La riabilitazione nei servizi per le dipendenze della Asl Na 2 nord*"
Frattamaggiore, 18 ottobre 2011

G. De Caterina: Adolescenti,
disturbi di personalità, trattamento
residenziale

Adolescenza

- ❑ ***Adolescere=crescere***
- ❑ **E' una fase dello sviluppo che va dalla *pubertà* (tra gli 8 e i 13-14 anni, secondo le epoche e le culture, perché legata all'alimentazione e alle condizioni igienico-sanitarie, che comportano differenze nel ritmo di crescita) e l'acquisizione dell'*autonomia* –es. scelta lavorativa o lavoro, con variazioni imposte dalle culture- in genere tra i 18-20 anni**
- ❑ **Si caratterizza per modificazioni biologiche (endocrinologiche, neurologiche, corporee), acquisizione di una identità psicologica (sé, identità sessuale), inizio di una identità sociale (autonomia, valori, identità lavorativa...)**
- ❑ **E' un periodo di enormi cambiamenti di mente, corpo e comportamenti che vanno definendosi in maniera adulta**
- ❑ **Va letta secondo il paradigma bio-psico-sociale poiché i tre fattori la determinano influenzandosi in maniera circolare**

Qualche citazione tra senso comune e scienza

- **“Mio figlio di 16 anni è un *impulsivo*, manca di giudizio, non pensa alle conseguenze di quello che fa”**
- **“Raramente i ragazzi valutano le conseguenze a lungo termine e *il loro senso del futuro è diverso da quello degli adulti*” (Giorgio Maria Bressa)**
- **“L’adolescenza è una *impresa evolutiva congiunta* di genitori e figli per rendere possibile il reciproco distacco senza rotture irreparabili”**
- **“Non mi parla più, è *sempre in lotta* con qualcosa o qualcuno”**
- **“I due grandi problemi dell’adolescenza sono: trovarsi *un posto nella società* e, allo stesso tempo, *trovare se stessi*” (Bruno Bettelheim)**
- **“L’adulto *visualizza all’adolescente* le fasi del divenire e le mete che dovrà raggiungere”**
- **“Ciascuno *cresce solo se sognato*” (Danilo Dolci)**
- **“Vuole sempre avere ragione, *crede di sapere tutto* lui”**
- **“Che stagione l’adolescenza. Senti di poter essere tutto e ancora non sei nulla e proprio questa è la ragione della tua *onnipotenza mentale*” (Eugenio Scalfari)**

1. Modificazioni biologiche dell'adolescenza

- **L'inizio dell'adolescenza (la c.d. preadolescenza, 11-12 a. per le ragazze e 13-14 per i ragazzi) e i primi 3 anni di vita sono i periodi in cui vi è il più tumultuoso rimaneggiamento endocrinologico, cerebrale e corporeo nel suo complesso**
 - **Si completa la maturazione degli organi riproduttivi e aumenta drasticamente la secrezione ormonale con sviluppo dei caratteri sessuali primari (i genitali) e secondari (voce e peli). Aumenta la pulsione sessuale**
 - **Cambiano le proporzioni del corpo (seno e fianchi nelle ragazze; muscoli nei ragazzi; in entrambi aumenta velocemente l'altezza e la lunghezza degli arti)**
 - **Sotto l'influenza degli ormoni sessuali il cervello si sviluppa in senso maschile o femminile, contribuendo, assieme ai fattori ambientali/esperienziali, alle differenze di comportamento non solo sessuale. L'emisfero sinistro è quello della logica, del linguaggio, dei dettagli; quello destro della elaborazione delle immagini, della comprensione emotiva e d'insieme della realtà. Il cervello femminile ha il corpo calloso molto sviluppato, perciò sono presenti molte connessioni tra i due emisferi. Studi con RMN funzionale fanno vedere come nella donna le funzioni *sinistre* sconfinino a destra. Per questo, probabilmente, le donne hanno migliore memoria verbale e intelligenza emotiva (=competenze nell'analisi delle emozioni e nelle interazioni empatiche) con capacità di cogliere la realtà meno "logica nei dettagli" e più "empatica globale". Significato evolutivo: necessità di cogliere empaticamente lattanti, neonati, bambini.**

Modificazioni biologiche dell'adolescenza (2)

- Grazie alle modificazioni biologiche *cambiano le capacità cognitive*.
 - Bambino: pensiero induttivo
 - Preadolescente: comincia a maturare il pensiero ipotetico-deduttivo
- Il bambino, e l'adolescente disturbato, imparano e agiscono nel mondo del qui ed ora legato, in gran parte, alle esigenze immediate: non sanno collegare le proprie azioni a principi generali; l'adolescente, posto davanti a un problema, può cominciare a ipotizzare diverse soluzioni, vagliando lo sviluppo futuro dell'azione immediata; comincia a ragionare di politica, filosofia...
- Nell'adolescente il pensiero e il comportamento sono impulsivi, cioè dominati, più che nell'adulto, da dinamiche emotive. Non è un problema solo educativo, ma neurobiologico. Questo perché, in questa età, il sistema limbico (=emozioni) si sviluppa più velocemente della corteccia frontale e prefrontale e delle sue connessioni con il sistema limbico (=controllo delle emozioni). Nel bambino, invece, c'è maggiore equilibrio tra emozioni e sistema di controllo.
- Nel sistema limbico c'è anche il "centro cerebrale di rinforzo", cioè il centro del "piacere" che, senza un controllo corticale, è più "disinibito". Da qui la possibilità di comportamenti (sessuali, droghe, alcool, sport estremi, azioni pericolose...) che "attivano" questi centri.
- La biologia è influenzata anche dall'ambiente. E' importantissimo, nello sviluppo di queste interazioni biologiche, l'ambiente educativo e culturale in cui cresce il ragazzo. Compito di educatori e genitori è fornire modelli di confronto, stimolare il controllo e il pensiero logico-deduttivo. Il controllo corticale delle aree limbiche ha molto a che fare con le regole morali e sociali e con la capacità di tollerare la divergenza di opinioni.

Modificazioni biologiche dell'adolescenza (3)

- Il processo di "maturazione" del cervello si completa tra i 20 e i 25 anni con l'aumento della sostanza bianca e il decadimento delle connessioni neuronali "ridondanti". In tal modo sia la coordinazione motoria, che il controllo degli impulsi sono migliori.
- NON DIMENTICHIAMO il ruolo dell'educazione/ambiente/cultura sul favorire queste connessioni (se no noi che ci stiamo a fare?). L'educazione e il sostegno alla crescita (anche la cura), devono stimolare acquisizioni vicine, per struttura psicologica, a quelle presenti e non possono spingersi oltre le possibilità biologiche di quel momento (concetto di stimolazione prossimale).

2. Modificazioni psicologiche dell'adolescenza

- **L'adolescenza è il momento della differenziazione e della definizione dell'identità, presa tra dispersione e condensazione**
- **Identità:**
 - **Definirsi come persona dotata di idee, sentimenti, interessi, modalità di azione e di interazione con il mondo propri e peculiari**
 - **Il ragazzo deve separarsi da vecchi legami, sentimenti, valori e credenze maturati nella relazione con i caregivers per acquisirne di "suoi". Si oppone, ma ha paura.**
 - **Conflitto interno tra la necessità di individuarsi e di essere autonomo, e la paura di separarsi. E' una vera "guerra d'indipendenza", dominata dall'ambivalenza**
 - **Non ce la fa da solo. Per non sentire l'angoscia della solitudine e tollerare la dispersione dell'io tra mille potenzialità, in una fase intermedia, tende a legarsi a gruppi, passando da una relazione asimmetrica – es. padre-figlio - a relazioni apparentemente simmetriche, infarcite però spesso di dipendenza. E' il momento delle grandi idealizzazioni e dell'identificazione in miti esterni, anche molto distanti dal contesto socio-culturale di provenienza. L'idealizzazione lo porta a identificarsi totalmente in modelli anche contro-culturali. Può far sua un'ideologia, anche in maniera acritica. Anna Freud parla di spostamento dell'investimento libidico da figure genitoriali a figure o gruppi extrafamiliari (cambiamento delle relazioni oggettuali infantili)**
 - **A un livello più profondo l'adolescente ha paura, e sente di dover contare su famiglia ed educatori che non concepiscano questo periodo come una "crisi", ma come un momento evolutivo fondamentale**

Modificazioni psicologiche dell'adolescenza (2)

- Come già detto gli adolescenti devono affrontare questi cambiamenti con un apparato psicologico e neurobiologico non del tutto sviluppato. L'ambivalenza emotiva, l'angoscia della separazione e della non completa individuazione, l'elevata impulsività non ben controllata, l'insicurezza di fondo necessitano, a livello psicologico, del ricorso a "meccanismi di difesa"
- Gli adolescenti ne possono usare molti: alcuni più adattivi (cioè che favoriscono l'adattamento all'ambiente e vanno verso la norma), altri più disadattivi (che possono andare verso la disfunzionalità)
 - Adattivi: sublimazione (es. invece di aggredire sublimo l'impulso nello sport), altruismo, umorismo...
 - Meno adattivi: idealizzazione, inversione dell'affetto (odio quello che prima amavo -per favorire la separazione/individuazione-), rimozione, proiezione, formazione reattiva...
 - Disadattivi: regressione (invece di rompere la simbiosi con i genitori regredisce a fasi precedenti dello sviluppo), acting out, negazione,, somatizzazione...
 - Psicotici: proiezione delirante, distorsione psicotica
- Adolescenti normali possono usare tutti questi meccanismi di difesa. Tuttavia il ricorso esteso a meccanismi disadattivi è indice di problematicità.

Modificazioni psicologiche dell'adolescenza (3)

- ❑ Qualche volta il terrore della separazione e delle relazioni di transizione verso l'identità adulta è molto elevato. L'investimento libidico può essere ritirato, (in modo disadattivo) su di sé.
- ❑ Ad esempio vi può essere un investimento
 - sulla fantasia: idee di onniscienza e onnipotenza, fantasie di grandezza e di potenza;
 - sulla razionalità: "intellettualizzazione" (discutere dei massimi sistemi in modo irrealistico...);
 - sul corpo, per la paura di perdersi nell'impulsività: disturbi alimentari restrittivi, controllo rigido della sessualità, attività fisica compulsiva...

3. Adolescenza considerata sociologicamente

- ❑ L'adolescenza sociologicamente è la preparazione all'età adulta
- ❑ E' adulto chi sa gestire il lavoro come impegno stabile e l'amore come responsabilità verso entità definite
- ❑ L'essere adulti è anche legato al completamento del processo della acquisizione della consapevolezza e della responsabilità
- ❑ Si identifica anche con l'uso della libertà per optare tra varie possibilità di valore e di vita, con senso della propria identità personale
- ❑ Nelle varie culture ed epoche cambia sia il concetto che il corso dell'adolescenza
- ❑ Non è un assoluto, infatti, né il disagio emotivo, né il cambiamento repentino di personalità

Adolescenza considerata sociologicamente (2)

- Alcuni cambiamenti che nelle nostre società occidentali si sono verificati nell'ultima generazione
 - Mancanza di un sistema sufficientemente stabile e trasmissibile di regole e valori che identificano la comunità (società liquida, modernità liquida)
 - Siccome ciascuno può "comporre" la propria identità prendendo pezzi da culture distanti e diverse, mancanza della possibilità di confrontarsi/diversificarsi con chiarezza dalla "cultura dei padri"
 - Il problema dell'ingresso posticipato al mondo del lavoro e della non differenziazione identitaria dai caregivers, provoca, d'altra parte, l'adolescenza prolungata, che è un vero problema sociale. Abbiamo persone biologicamente adulte, ma sociologicamente adolescenti (i "bamboccioni")

Adolescenza considerata sociologicamente (3)

- Possibili problemi per gli adolescenti di oggi e di domani
 - Mancanza di sistemi di contenimento e di riferimento stabili. Più etiche; più modelli di vita, spesso influenzati dalle pubblicità, ma non trasmessi dai genitori; minore trasmissione di comportamenti strutturati. Comunità sostituita dal network
 - La sostituzione della famiglia autoritaria/etica con quella possibilista/liquida potrebbe attenuare la contrapposizione generazionale, con risultati di difficoltà identitaria e separazione

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza

- E' opinione condivisa che sia molto difficile fare diagnosi psicopatologica e di disturbo di personalità in adolescenza. Alcuni autori, anzi, hanno contestato la possibilità di distinguere una patologia della personalità dalla "crisi d'identità" adolescenziale, che comprenderebbe difficoltà relazionali con sentimenti ambivalenti di sé e degli altri, alterazioni dell'umore, aumento dell'impulsività e dell'opposizionismo fino all'acting out e al comportamento antisociale
- Al contrario, altri osservano come, in ogni fase dello sviluppo (=momento evolutivo) si possono avere pattern di funzionamento sani o compromessi, lungo un continuum
- A mio modo di vedere, è importante fare diagnosi di disfunzionalità e affrontare i problemi specifici, senza rimandare all'età adulta. In caso di identificazione del problema, infatti, la plasticità giovanile rende migliore il recupero
- Anche nell'adolescenza esiste quindi
 - Un profilo di funzionamento funzionale
 - Un profilo di funzionamento non funzionale (=patologico)

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (2)

- Da cosa si forma una personalità: interazioni reciproche di fattori biologici, psicologici, sociali
 - Predisposizioni biologiche che danno luogo al temperamento
 - Pattern di interazione precoci bambino-caregiver, che tendono a ripetersi nelle relazioni adolescenziali e in età adulta, consciamente o inconsciamente
 - Pattern di esperienza interna (=rappresentazioni intrapsichiche). E' l'idea di sé (=autostima) e del mondo conscia o inconscia
 - Uso di meccanismi di difesa adattivi o meno, in risposta a eventi frustranti propri della crescita o insoliti e traumatici

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (3)

- Funzionamento mentale normale degli adolescenti (rielaborazione del PDM Manuale diagnostico psicodinamico, 2006)
 - L'adolescente ha una buona capacità di concentrazione, organizzazione e apprendimento
 - Sa usare tutte le emozioni in modo adeguato
 - Ha un'autostima realistica, è vitale
 - Ha capacità di relazioni intime ed empatia
 - Usa le modalità difensive in modo flessibile e con esse fronteggia adeguatamente le situazioni (usa preferibilmente la sublimazione, l'altruismo, l'umorismo...); usa molto meno proiezione, dissociazione o acting out...; non usa mai la proiezione delirante e la distorsione psicotica

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (4)

- Dispone di buone rappresentazioni interne. Queste sono modelli operativi interni o automatizzazioni delle idee di sé e delle relazioni, che si formano durante le esperienze di attaccamento caregiver-bambino e si esprimono come idee, emozioni, fantasie e posture automatizzate in risposta a stimoli ambientali/relazionali.
- Ad esempio se l'attaccamento è stato "sicuro" (funzionale e coerente), l'idea di sé potrebbe essere di una persona degna di amore e degli altri di persone di cui fidarsi
- In caso di attaccamento "insicuro", (che ha tre modalità: evitante, invischiato, disorganizzato), l'idea di sé e degli altri è scissa e non integrata, con prevalere di meccanismi di difesa disadattivi, per riuscire a tollerare l'angoscia della mancanza di un accudimento coerente nel tempo e funzionale

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (5)

- Ha capacità di differenziare, cioè sa cosa è suo o dell'altro da un punto di vista emotivo e razionale, e di integrare, cioè sa usare le contraddizioni dell'esperienza per integrarle in una idea coerente di sé e dell'altro (l'alternativa è la scissione e la frammentazione)
- E' capace di costruire e mantenere standard etici interiorizzati flessibili, integrati e modificabili con l'esperienza

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (6)

- In base a questi parametri di osservazione è *possibile collocare una personalità in formazione tra un ideale di salute e la grave disfunzionalità*
- I disturbi degli adolescenti, tuttavia, devono essere considerati altro rispetto a quelli degli adulti
 - Sono *poco stabili* e solo il 30% dei disturbi mantiene le proprie caratteristiche in età adulta. Cambiano *soprattutto in relazione a differenti contesti evolutivi* (da qui la teoria delle Comunità terapeutiche per adolescenti). Alcuni autori hanno osservato come le diagnosi più “stabili” siano quelle di giovani che provengono da famiglie in cui vi siano psicopatologie conclamate. La diagnosi in adolescenza è un’ipotesi di lavoro dinamica. Non serve per etichettare, ma per ipotizzare percorsi di presa in carico e cura specifici e individualizzati
 - Un disturbo dell’adolescente non è, perciò, automaticamente il precursore di un omonimo disturbo dell’adulto

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (7)

□ **I disturbi di personalità**

Fermo restando il discorso per il quale la mancanza di stabilità e il mescolarsi con le caratteristiche proprie dell'adolescenza rende "altra cosa" la diagnostica in età evolutiva, descriverò brevemente le categorie del DSM IV. Nel nostro elaborare ipotesi di lavoro usiamo, in attesa che la letteratura ci fornisca qualcosa di più "solido", sia criteri "categoriali", che dimensionali, che strutturali. Questo perché il "farsi un'idea diagnostica" è funzionale nel nostro caso al lavoro psico-riabilitativo e psicoterapeutico.

I disturbi di personalità (classificati sull'Asse II secondo il DSM IV), sono modelli di esperienza interiore e di comportamento:

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (8)

- a. marcatamente diversi rispetto alle aspettative della cultura di appartenenza
- b. persuasivi
- c. Inflessibili
- d. *stabili nel tempo*

Essi compromettono marcatamente almeno due aree di funzionamento tra le seguenti

- a. cognitività
- b. affettività
- c. funzionamento interpersonale
- d. controllo degli impulsi

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (9)

- Nel DSM IV i DP sono divisi in tre gruppi o cluster
 - Cluster A o stravagante-eccentrico: paranoide, schizoide, schizotipico
 - Cluster B o drammatico-emotivo-imprevedibile: borderline, antisociale, istrionico, narcisistico
 - Cluster C o ansioso-timoroso: evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo
- La personalità antisociale, secondo il DSM IV, non si può diagnosticare nei minorenni. Prima di tale età si può configurare un disturbo della condotta sull'Asse I. Alcuni autori, e il PDM, invece, ne parlano.
- A questi tre cluster vanno aggiunti i DP NAS: passivo-aggressivo, depressivo, negativistico, autofrustrante (masochista), dovuto a condizione medica generale.

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (10)

Il disturbo borderline di personalità

Lo descrivo a parte poiché è il disturbo di personalità più diagnosticato e studiato. **Se consideriamo la sola diagnosi categoriale di BL la prevalenza nella popolazione generale è di circa il 5-6%.** Studi di vario tipo, fatti utilizzando criteri strutturali o dimensionali, possono portare a frequenze molto più alte.

Esordisce in infanzia-adolescenza e spesso si sovrappone ad altri disturbi del Cluster B. Talvolta è l'evoluzione di un disturbo di Asse I dell'infanzia, ad esempio un disturbo della condotta e, spesso, quando si diagnostica in adolescenza, evolve o verso altre forme di disturbo della personalità o verso una patologia di Asse I della serie psicotica o dell'umore. Ricordo che i disturbi negli adolescenti sono spesso in evoluzione e portano, a due anni, a cambiamenti frequenti della diagnosi.

Aspetto patognomonico del BL è la variabilità-eterogeneità, nell'ambito tuttavia di alcune categorie di disturbi.

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (11)

- Le alterazioni dei BL riguardano sostanzialmente tre aree:
 - identità. L'immagine di sé è disturbata e instabile: la manifestazione esterna è caotica e drammatica. Vi è un deficit di integrazione tra stati mentali dissociati e reciprocamente segregati senza una memoria che li leghi. L'effetto è di una difficoltà a riflettere sui propri stati mentali per dare coerenza e direzione al comportamento. Il tentativo, inconsapevole, di dotarsi di identità e stabilità, porta talvolta alla ricerca di un'"identità a prestito" con fenomeni paradossali di confluenza con il contesto.
 - relazioni interpersonali. Le relazioni sono caratterizzate da instabilità ed estrema intensità con alternanza idealizzazione/svalutazione.

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (12)

- affettività-impulsività. E' uno dei sintomi centrali. Vi è una importante disregolazione affettiva o instabilità emotiva; sentimenti cronici di vuoto, vergogna, inadeguatezza. Vi può essere impulsività eterodiretta con rabbia intensa e difficile da controllare, proattiva o reattiva; o autodiretta con gesti autolesivi, minacce e ripetuti comportamenti suicidari; impulsività nello spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata e comportamenti alimentari tipo abbuffate. Le manifestazioni impulsive dipendono sia da stimoli interni (es. ricordi, impulsi sessuali) che esterni (es. evento relazionale); possono essere molto varie e, causa la instabilità dell'io e il fenomeno dell'io a prestito, hanno una espressività dipendente dal contesto, potendo dar luogo, in certi ambienti, a comportamenti francamente devianti. L'impulsività ha la caratteristica del craving del tossicodipendente e del binge eating disorder.

Sotto stress si possono manifestare ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (13)

Si associa frequentemente a disturbi dell'umore e a disordini del comportamento alimentare, *soprattutto del versante impulsivo, binge eating disorder o bulimia*

- ❑ I sintomi dei borderline dipendono dalla struttura biologica e psicologica ma anche *dall'interazione con l'ambiente sociale*.
- ❑ La struttura biologica giustifica l'eccessiva impulsività, poco controllata e spesso utilizzata come meccanismo inflessibile di approccio a qualunque evento stressante (razionale, corporeo, emotivo, fantastico o relazionale) con frequenti acting out auto o eterodiretti o con una comorbidità con i disturbi a maggiore "perdita di controllo": disturbi alimentari "impulsivi" (bulimia e binge eating disorder), disturbi della condotta, disturbi dell'umore.
- ❑ I meccanismi psicologici difensivi prevalenti sono quelli della scissione, proiezione, dissociazione. Il border line ama e odia, in maniera assoluta, idealizzata e instabile; proietta sull'altro la propria instabilità e può avere sintomi psicotici transitori; può manifestare sintomi istrionici ed episodi dissociativi anche importanti

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (14)

- La sintomatologia (e l'impatto sociale di essa), varia anche secondo il contesto socio-culturale di provenienza. I giovani possono diventare adulti antisociali, tossicodipendenti o alcolisti oppure mantenere un'elevata integrazione sociale con sintomi per lo più dissociativi o autolesivi, a seconda del contesto socio-culturale che li condiziona

Personalità funzionale e disfunzionale in adolescenza (15)

- La personalità borderline non si cura e non si contiene con il trattamento farmacologico.
- Le terapie di elezione sono considerate, secondo la gravità
 - 1. psicoterapia intensiva
 - 2. trattamento semiresidenziale
 - 3. trattamento residenziale
- Il trattamento farmacologico è utile per trattare le comorbidità

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità

- Nel preparare questa parte della lezione ho preferito evidenziare alcuni elementi teorici comuni alle Comunità terapeutiche che derivano dalla mia esperienza di Responsabile o Supervisore di varie Comunità per adolescenti, giovani adulti e anche pazienti provenienti dagli Ospedali psichiatrici o dagli OPG.
- Abbiamo parlato fin qui di adolescenti, dei loro disturbi di personalità, della particolare frequenza dei disturbi della dimensione borderline, che ne costituiscono la fetta più consistente.

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (2)

- Gli adolescenti borderline sono ragazzi difficilissimi, che utilizzano la scissione e la proiezione, e qualche volta elementi dissociativi, come difese immediate alla relazione, che richiama indistintamente modelli operativi interni di ambivalenza e abbandono

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (3)

- Percepiscono la realtà secondo schemi rigidi di odio-amore, l'impulsività spesso si manifesta come auto o eteroaggressività, le crisi pantoclastiche sono spesso devastanti e scoppiano per frustrazioni anche lievi o in modo apparentemente proattivo. Il legame terapeutico è delicatissimo

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (4)

- ❑ Le terapie farmacologiche agiscono solo molto parzialmente (collaboriamo sempre con la NPI dell'Università o del territorio)
- ❑ Non hanno, spesso -da adolescenti- alcuna capacità progettuale rispetto al proprio futuro- Talvolta, anche dopo un lungo periodo di cura, con le crisi ridotte e con un legame meno ambivalente con l'ambiente terapeutico, è la costruzione della propria storia, attraverso lo sviluppo di un pensiero ipotetico che li riguarda, il traguardo più difficile

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (5)

- ❑ La psicoterapia, intesa come trattamento tradizionale, pur essendo di elezione, nei casi più gravi appare insufficiente e si rende necessaria una presa in carico globale attraverso un trattamento residenziale intensivo a termine.
- ❑ Gli elementi che cercherò di descrivere brevemente li trovo particolarmente utili quando si strutturano concettualmente le Comunità, al di là del singolo modello terapeutico o delle peculiarità organizzative

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (6)

□ Comunità terapeutica= relazioni umane funzionali

- La Comunità è un campo psicologico-sociale all'interno del quale si deve sviluppare un senso di appartenenza e un rapporto umano con altre persone
- La Comunità è un campo dinamico, in cui continuamente si struttura e cresce un gruppo degli operatori e un gruppo degli ospiti. I rapporti umani e la condivisione, come in ogni gruppo di crescita, costituiscono il fondamento.

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (7)

□ Comunità terapeutica= progetto di cura

- E' terapeutica la Comunità che porta avanti un progetto di cambiamento di modelli intrapsichici, di relazione interpersonale e sociale nel senso di una maggiore funzionalità; attraverso una esperienza di vita, relazionale ed emotiva correttiva, capace di modificare i modelli bio-psico-sociali disfunzionali
- Non è terapeutica la Comunità che ha un progetto custodiale difensivo o che non ha alcun progetto

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (8)

- Comunità terapeutica= gruppo operatori consapevole delle proprie funzioni terapeutiche
 - Se la comunità è il sistema generale, il sottosistema gruppo operatori ha delle funzioni genitoriali-terapeutiche. I ruoli e le responsabilità dei due sottosistemi devono essere chiari.

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (9)

□ Comunità terapeutica= tutto è terapeutico

- Il trattamento comunitario comprende non solo i setting classici (colloqui individuali, gruppi, colloqui con le famiglie), ma anche, e soprattutto, il supporto o la riabilitazione psicosociale, le attività occupazionali e lavorative, il rapporto con la realtà circostante

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (10)

- La Comunità deve agire come un unico terapeuta.
 - Contro la scissione e la frammentazione bisogna impedire i doppi messaggi e l'incoerenza degli interventi
 - Ma come viene garantita l'univocità degli interventi all'interno della Comunità?
 - Formazione univoca di tutto il personale; supervisione costante –io preferisco il supervisore esterno allo staff che gestisce direttamente i pazienti-; gruppi di confronto quotidiani
 - Consapevolezza da parte di tutti che stiamo lavorando per un cambiamento intrapsichico

Il trattamento residenziale dei disturbi di personalità (11)

- Come deve essere organizzata la Comunità?
 - *Routine giornaliera comune* altamente strutturata che dà ai pz, che diventano esecutori di questi rituali giornalieri, senso di appartenenza e cornice di contenimento
 - *Progetti individuali* (di setting psicoterapeutici: individuali, familiari e di gruppo; di attività: scuola, sport, laboratori, apprendistato...) a seconda della diagnosi e del momento del percorso
 - *Valutazione periodica degli interventi*

Esempi clinici

□ Qualche breve esempio di piccoli interventi puntuali e di come vengono gestiti in Comunità

■ ANTONIO 13 anni, Comunità da un mese.

Ucraino, adottato un anno fa e abbandonato insieme ai due fratelli dopo un mese. 4 anni di manicomio nel paese

Esempi clinici

natale, dai 7 agli 11 anni. Dopo l'abbandono, in una Comunità non specializzata, descritti vari e gravi acting out eteroaggressivi, pantoclastici e comportamenti impulsivi vari (es. fuggire dal balcone), comportamenti pericolosi (es. giocare con il fuoco...), minacce per ottenere vantaggi futili. Nel corso di un episodio si è gravemente ustionato sugli arti e l'addome. Trattato farmacologicamente con Risperidone e

Esempi clinici

Valproato di sodio presso la NPI dell'Università di Napoli. Ipotesi diagnostica: area borderline.

In Comunità stabilisce un legame fortemente ambivalente con la terapeuta e gli operatori; si lega a un operatore di riferimento. Non tollera alcuna regola o rifiuto: passa all'atto immediatamente. Dopo riferisce di dispiacersi, ma che è «più

Esempi clinici

forte di lui». Nelle crisi (quotidiane), viene contenuto con una holding molto serena e silenziosa che dopo lascia il passo a lunghi colloqui. Al di fuori delle crisi è un bambino bellissimo e intelligente. Ha una buona memoria cognitiva, capacità di ragionare per ipotesi. Mentre al momento la holding viene vissuta positivamente, nei ricordi dei giorni successivi diventa una limitazione e un'aggressione.

Esempi clinici

Antonio promette al giudice del tribunale dei minori, per ottenere dei vantaggi sulla possibilità di uscire in bicicletta dalla Comunità, e anche sperando di poter essere adottato, di «fare il buono» fino all'udienza successiva (20 giorni dopo). Il giorno dopo è con me, al quale aveva chiesto, in Tribunale, di essere presente mentre parlava con il giudice.

A: Non ce la faccio a mantenere la

Esempi clinici

promessa di essere buono, non ce la faccio a mantenermi, è più forte di me; ma non voglio fallire.

T: non devi promettere di essere buono. Potresti promettere di chiedere aiuto quando non ce la fai. Noi ti aiutiamo contenendoti e poi ne parliamo.

(Era troppo, per la sua struttura, chiedere di mantenere l'impulsività. Abbiamo chiesto di meno -stimolazione prossimale-;

Esempi clinici

proponiamo anche una esperienza di accudimento coerente e contenitivo, alternativo a quello disfunzionale delle relazioni primarie -abbandono, cambio continuo di strutture, manicomio...-)

Nel gruppo con gli operatori passiamo a tutti la modalità contenitiva e l'atteggiamento emotivo empatico. Nei giorni successivi Antonio ha ridotto la sua aggressività, non è mai stato necessario

Esempi clinici

contenerlo fisicamente ed è stata sufficiente qualche chiaccherata per ridurre qualche volta il suo nervosismo. Il meccanismo della scissione è ancora all'opera, ma non lo stimoliamo ulteriormente, per ora, chiedendo di rientrare completamente nelle regole della Comunità, orario di sveglia, compiti del mattino..., né intendiamo, finché la relazione non diventa un po' meno ambivalente e l'impulsività più ridotta, inserirlo a scuola.

Esempi clinici

- MASSIMO 16 anni. Comunità da sei mesi.

Ragazzo difficilissimo. Abbandonato da piccolissimo è cresciuto nelle Comunità. Ne ha cambiate circa 20 per il comportamento molto aggressivo e antisociale. Protagonista di risse, danneggiamenti, nelle strutture e fuori. Lo conosco in una casa famiglia non specializzata dove, a causa delle

Esempi clinici

violenze, dei danneggiamenti e della intrattabilità chiedono una collocazione in diversa struttura. Nelle mura del contatto, si rende protagonista del sequestro di una operatrice (che non voleva aprire la cassaforte e consegnargli i soldi) in una stanza, e di ampi danneggiamenti nella struttura. Denunciato, viene disposta una misura cautelare e trasferito presso la nostra Comunità.

Esempi clinici

E' in trattamento con Risperidone e Valproato di sodio presso la NPI territoriale.

Ipotesi diagnostica: disturbo b.l. di personalità. In Comunità, dopo i primi difficilissimi mesi, stabilisce un legame fortissimo con il coordinatore, un legame di affetto evidente, che non gli impedisce di agire una fortissima ambivalenza, con fughe, opposizionismo e anche danni alla struttura.

Esempi clinici

Dopo l'ennesimo acting out in struttura, due mesi dopo l'ingresso (fughe, danneggiamenti, minacce...)

M (mutacico, pensieroso, oppositivo, ma triste)

T so cosa pensi

M che cosa?

T quando non sei accontentato pensi che tutti ti odiano, sei solo, ti sale la tristezza di

Esempi clinici

essere solo e la rabbia e allora pensi: che tengo da vedere? E scassi tutto

M è così e mi dimentico che ieri andava bene e mi sentivo bene con lui (il coordinatore)

In questo caso il meccanismo dell'acting out viene dalla tristezza convertita in rabbia e, almeno fino a un certo punto, si accompagna a dei pensieri (che tengo da vedere?) ai quali ci si può agganciare.

Esempi clinici

Ci relazioniamo, come classicamente si fa nei disturbi di personalità, non a quello che il ragazzo agisce, ma al modello razionale, fantastico, emotivo che sta dietro l'agito, cercando di aumentarne la consapevolezza. Questo crea un po' di fiducia e, dopo molto tempo, potrebbe ridurre l'ambivalenza. Contemporaneamente rende disponibile al ragazzo una cornice cognitiva di contenimento dell'agito impulsivo.

Adolescenza, disturbi di personalità,
trattamento residenziale.

Giacomo De Caterina, gdecaterina@gmail.com

**E' POSSIBILE SCARICARE
IL MATERIALE DI QUESTA
LEZIONE**

**DALL'AREA DOWNLOAD
DEL SITO**

www.ioxtuxnoi.org

G. De Caterina: Adolescenti,
disturbi di personalità, trattamento
residenziale