

Monica Rabaglia

Ricerca Psicoanalitica, 2004, Anno XV, n. 2, pp. 247-252.

I trattamenti in adolescenza.

Lavoro clinico e sue evoluzioni

VI Congresso Internazionale dell'International Society for Adolescent Psychiatry (ISAP) - Roma, 26-29 giugno 2003.

Il VI Congresso ISAP, che ha visto E. de Vito in qualità di presidente del comitato scientifico e G. Levi e G. Monniello in qualità di presidenti di quello organizzativo, si è svolto a Roma presso il Centro Congressi Angelicum.

Chiunque, cogliendo la prostrazione dovuta all'afosità del clima e all'assenza di aria condizionata, avrebbe certamente concluso che la psicoterapia psicoanalitica dell'adolescente non gode di ottima salute. Al contrario, gli 850 iscritti provenienti da tutto il mondo hanno confermato l'interesse per la sofferenza in adolescenza e i relatori hanno avuto il merito di offrire spunti interessanti di riflessione per la nostra pratica clinica.

Non potendo per ovvi motivi entrare nei dettagli dei duecento interventi dispiegatisi nei tre giorni del convegno, ne ho scelto alcuni, fra i diversi quadri clinici e le aree tematiche approfondite nelle varie sessioni, che ritengo rappresentativi dell'argomento trattato.

Drew Westen, psicoanalista e direttore degli Adolescent and Adult Programs alla Boston University, è intervenuto come unico relatore nella sessione "Classificazione e etiologia dei disturbi della personalità in adolescenza". Westen in collaborazione con Jonathan Shedler ha costruito uno strumento diagnostico particolarmente interessante per valutare i disturbi della personalità: la Shedler Westen Assesment Procedure (SWAP-200 e), di cui è stata da poco messa a punto la versione Revised (SWAP-II), e quella per gli adolescenti la SWAP-200-A.

La SWAP nasce come conseguenza di una serie di riflessioni critiche sui limiti di un approccio diagnostico categoriale ai disturbi di personalità e degli strumenti self-report, che presentano problemi di attendibilità e validità dovuti all'uso della domanda diretta.

In adolescenza poi l'impostazione categoriale dell'asse II del DSM coglie staticamente e con criteri rigidi una realtà che è invece fluida e mutevole, meglio descrivibile con una diagnosi dimensionale. Ecco allora che la SWAP consente di fare una diagnosi sia categoriale che dimensionale descrivendo i pazienti lungo un *continuum* che va da quelli relativamente sani a quelli più gravemente disturbati. Lo strumento strutturato sul modello procedurale della Q-sort, una forma particolare di Check-list che viene usata dal valutatore, si presenta come una lista di affermazioni descrittive delle caratteristiche più importanti dei pazienti con disturbi della personalità. Il clinico deve ordinare i 200 *items*, ognuno dei quali è stampato su una piccola scheda, in 8 categorie, a seconda di quanto l'*item* sia stato ritenuto in grado di descrivere la persona da valutare.

Dall'autunno 2003 è disponibile sia la traduzione dello strumento fatta da Vittorio Lingiardi, sia un programma Excel che ci consente di elaborarne i dati. Per avere una versione completa dello strumento è possibile accedere al sito WWW.psychsystems.net/lab.

Di Maurice Corcos, assistente presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Institute Mutualiste Mountsouris di Parigi, la relazione magistrale sul trattamento dell'anoressia mentale. Ricordo che l'Istituto, che ha come capo servizio Philippe Jeammet, ha pubblicato e ha in corso numerose ricerche sull'argomento.

Dei modelli intorno ai quali si articola la comprensione psicogenetica dell'anoressia mentale, questi

autori vedono come centrale il conflitto legato alla dipendenza psicologica e collocano i disturbi alimentari fra i comportamenti additivi. Il disturbo implica l'instaurarsi precoce di una dipendenza dal mondo esterno, di cui il soggetto ha bisogno per la regolazione del proprio equilibrio, che non può trovare a livello delle sue risorse interne. I processi primari d'identificazione madre-bambina sono caratterizzati da un legame di dipendenza in cui domina l'ambivalenza. La natura di questi legami primari spiegherebbe i frequenti cedimenti narcisistici osservati in queste pazienti. Cedimenti responsabili delle percezioni deformate dell'immagine di sé e del corpo.

Gli obiettivi del trattamento dell'anoressia mentale sono triplici e vanno considerati simultaneamente: in primo luogo trattare il sintomo principale. L'ospedalizzazione, se è resa necessaria dallo stato della paziente, può aprire a modalità relazionali nuove e a investimenti più autentici. La vita stessa dell'istituzione, gli scambi tra gli individui con status diversi, le regole esplicite e implicite possono essere utilizzate a scopo terapeutico. Il ricorso ad un "contratto sul peso" è oggi criticato soprattutto nel momento in cui la paziente deve essere ospedalizzata con la separazione totale dal suo ambiente abituale fino a peso conseguito. Ma può costituire un limite che autorizza la famiglia così come i terapeuti ad avere una maggiore libertà di azione.

In secondo luogo, trattare la personalità è indispensabile se si vuole avere una remissione duratura del sintomo. La gravità dei disturbi sottostanti della personalità può richiedere un intervento terapeutico molto lungo, a volte oltre i dieci anni. Le psicoterapie sono molto utilizzate ma la diversità dei metodi deve venire a patti con il pericolo potenziale che la relazione duale rappresenta per le pazienti. La relazione può mantenersi tanto più a lungo quanto più è mediata dall'attenzione portata essenzialmente sugli elementi della realtà esterna, e resa tollerabile dal disconoscimento del transfert. Comunque la continuità della relazione, associata all'idealizzazione del terapeuta assicura alla paziente l'apporto narcisistico necessario alla ricostruzione del proprio sentimento di continuità.

Infine, considerare le disfunzioni familiari è necessario; preesistenti o conseguenti al disturbo giocano un ruolo più o meno importante nel suo mantenimento. Il loro trattamento esige come minimo un lavoro di consultazioni parentali, a volte una vera terapia familiare (sistemica o di ispirazione psicoanalitica). Gli obiettivi sono la liberazione dalla polarizzazione sui sintomi alimentari, la sostituzione di modalità rigide e patogene di comunicazione e la restaurazione di limiti più soddisfacenti nei confronti di ciascun membro della famiglia.

Molto numerose sono state le relazioni sugli interventi istituzionali nella psicopatologia grave in adolescenza.

La separazione temporanea dell'adolescente dal suo ambiente abituale costituisce una forma molto specifica di trattamento che permette di offrire un ambiente protetto, in cui le regole interne offrono una cornice in cui contenere gli impulsi distruttivi e aggressivi e in cui capire profondamente il transfert dell'adolescente.

Per M. Botbol (Clinique Duprè of Sceaux, Francia) l'istituzione trova la sua giustificazione teorica nel concetto di spazio psichico allargato di Jeammet (1992), particolarmente adatto ai disturbi di personalità perché questi usano il mondo esterno per gestire la fragilità del loro mondo interno. Il lavoro istituzionale per Botbol ha tre fasi: esposizione dell'*équipe* ai movimenti identificatori che il paziente proietta all'esterno; produzione da parte degli operatori di rappresentazioni di quello che l'adolescente comunica attraverso le sue proiezioni e restituzione non verbale ma attraverso le relazioni del quotidiano.

Il quotidiano, nella sua doppia dimensione di ripetizione e nuova esperienza, è il fattore terapeutico più importante che consente un processo di responsabilizzazione (Maggiolini), nuovi investimenti sia narcisistici che oggettuali, sostegno della capacità autoriflessiva e facilitazione nella mobilità degli assetti difensivi (Grasso, Fortugno, Nobile, Monniello).

La storia della psichiatria ha ampiamente dimostrato, come ricordano V. Thimel, P. Delion (Francia), che,

quando gli effetti iatrogeni di ospedalizzazioni prolungate sono ignorati, le conseguenze sono il disinvestimento dell'*équipe* sul paziente, il cui recupero è giudicato troppo lento, e il disinvestimento del paziente sui suoi curanti, troppo lenti nel guarirlo. Altro rischio (M. Malm, Svezia) è la dipendenza dall'istituzione. Sempre più spesso, laddove possibile, strutture non residenziali sono da privilegiare.

Nella sessione "Valutazione e trattamento dell'adolescente violento" G. Monniello e M. Kalogerakis ci hanno suggerito le priorità che il trattamento dell'adolescente deve porsi. Innanzitutto la multifattorialità della violenza rende una corretta diagnosi il punto di partenza fondamentale per attuare un adeguato intervento. La valutazione iniziale dovrà includere la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari; ma soprattutto, la ricostruzione degli eventi di vita e di come siano stati affrontati i diversi stadi dello sviluppo, consentirà di inserire la violenza nel contesto biopsicosociale dell'adolescente. Negli ultimi venti anni le ricerche sul comportamento antisociale ci hanno detto quali sono i precursori comportamentali infantili, così come i fattori protettivi e di rischio e questo ci consente ora di guardare all'anamnesi con attenzione diversa.

L'esito del trattamento dipenderà, per Kalogerakis, oltre che dalla gravità della psicopatologia, dalla forza dell'io, da altri sostegni di cui l'adolescente potrà avvalersi e da come saremo capaci di entrare in contatto con le sottostanti emozioni di rabbia, ostilità e di trovare alternative alla loro espressione.

Importanti sono le riflessioni sul processo terapeutico di Monniello: "la relazione trasferale dei pazienti più gravi è messa in moto dal controtransfert dell'analista, ma anche dal suo transfert sulla propria adolescenza e sulla psicoanalisi in quanto corpus dottrinario vivo. La relazione terapeutica intima l'analista a prendere coscienza della propria legittima violenza. Sperimentare e talvolta esprimere l'odio nel controtransfert è molto frequente. Entrare in relazione con il vissuto violento non può ascriversi soltanto alla trasformazione dei modelli teorici e delle relative tecniche, ma forse piuttosto al maggior approfondimento delle nostre analisi personali, nonché alla naturale empatia per la specificità della condizione adolescente".

G. Levi, dopo averci dato un quadro ricco e preciso dei sentimenti depressivi, ha sottolineato come sia fondamentale lavorare con gli adolescenti per la differenziazione dei sentimenti fra loro. La mancata comprensione del rapporto dinamico esistente fra la rappresentazione del sentimento e il sentimento stesso può rendere la depressione negli adolescenti tanto drammatica quanto silenziosa.

Questo è un contributo che la psicopatologia dello sviluppo ha dato e che in psicopatologia dinamica può essere considerato un criterio utile per prevedere l'evoluzione del movimento depressivo e quindi aiutarci nello stabilire se i vissuti depressivi siano transitori oppure spie di una patologia in atto.

A Raymond Chan, già presidente della Société Psychanalytique de Paris, è spettata la chiusura del Congresso.

I nostri interventi terapeutici, dice Chan, si iscrivono nel contesto attuale di crisi economica, sociale e culturale in cui altre terapie come quella cognitivo-comportamentale sono in grado oggi di comunicare i risultati della loro azione, mentre gli effetti di una psicoterapia psicoanalitica si dimostrano più difficili da giudicare.

Non si può neppure scartare l'ipotesi che in un tempo più o meno lontano la prescrizione sistematica di farmaci sia in grado di modificare radicalmente i comportamenti dei giovani problematici. Tutto questo amplifica la difficoltà del nostro compito, ma non deve rimettere in causa il nostro orientamento generale, che ritiene l'adolescenza un periodo cruciale che impegna in modo più o meno irreversibile l'avvenire e durante la quale la nostra azione può modificare il futuro dei giovani con i quali lavoriamo.

Per concludere, il Congresso ci ha fornito una rassegna di punti di vista sul trattamento, difficilmente rintracciabile in letteratura.

Tutti hanno guardato ai processi evolutivi anche quando la psicopatologia sembrava essere in primo piano. In questo modo il dibattito tra crisi evolutiva e psicopatologia dell'adolescenza, con le sue ripercussioni sulla durata della cura, non è stata oggetto di discussione all'interno del Congresso.

Avrei preferito che fosse stato dato più spazio al momento che precede l'inizio del trattamento. Condivido infatti l'opinione di chi sostiene che solo una valutazione molto accurata che tenga conto dell'adolescente e del suo contesto familiare, dei risultati delle ricerche, dei fattori di rischio e di quelli di protezione per un'evoluzione positiva possa permetterci una prognosi e la scelta del tipo di terapia, così come gli obiettivi terapeutici raggiungibili.