

Fabio Vanni

Ricerca Psicoanalitica, 1999, Anno X, n. 3, pp. 327-329.

Convegno di Studio

I Disturbi di Personalità in Adolescenza

Roma, 24-25 ottobre 1998.

Terzo convegno che raccoglie esponenti delle principali associazioni italiane che si occupano di Adolescenza, con O. Kernberg come ospite d'onore.¹

È stato possibile farsi un'idea dei pensieri circolanti nel mondo della psicoterapia e della psicologia clinica dell'adolescenza, mondo che ha vissuto un forte sviluppo nell'ultimo decennio dandosi, o tentando di darsi, una certa caratterizzazione specifica sia sul piano teorico-clinico che formativo.

Molti sono stati gli spunti interessanti.

Le relazioni iniziali del convegno, di Ammaniti e Muscetta l'una, di Resta e Alderighi l'altra, hanno sottolineato, ad esempio, le importanti influenze che le recenti teorizzazioni sull'interazionale-intersoggettivo e sulla teoria dell'attaccamento hanno prodotto anche nelle teorie sull'adolescenza.

È stata fortemente affermata, soprattutto nella prima relazione, l'alternatività dell'opzione interazionista rispetto alla teorizzazione pulsionale, in particolare evidenziando la maggiore importanza che assume la relazione reale che il soggetto instaura con le figure di accudimento nella prima infanzia rispetto alla classica opzione più centrata sull'intrapsichico. Il concetto di trauma ritorna, quindi, ad essere al centro della teoria, con il conforto, peraltro, di dati epidemiologici che sottolineano la presenza di carenze di varia natura nelle figure genitoriali e nelle relazioni reali con gli adulti come costante nelle situazioni psicopatologiche. Questi dati, lungi dall'annullare il peso del soggettivo, lo ricollocano come una componente della spiegazione del modo di funzionare della persona.

Meno precisa è stata, nei vari interventi, l'esplicitazione delle ricadute che un'impostazione intersoggettiva produce sulla psicoterapia con l'adolescente, borderline e non. Un'ipotesi per spiegare questa carenza, giacché a diverso *explanans* dei fenomeni non può che corrispondere un diverso metodo d'intervento, può forse essere rintracciata nella, a quanto sembra, non superata tendenza ad identificare la psicoanalisi stessa con alcuni accorgimenti tecnici (vedi, ad esempio, il lettino o la frequenza delle sedute, ecc.) e nel conseguente pudore ad esplicitare e teorizzare cambiamenti metodologici.

Peraltro, come vedremo, sono emerse opzioni tecniche nuove messe però in relazione ad esigenze più cliniche che teoriche. È ad ogni modo auspicabile e prevedibile che questa possa diventare un'interessante linea di sviluppo dei prossimi anni.

Alcuni spunti interessanti sono venuti, come dicevamo, dal gruppo di lavoro sull'accoglimento. Vediamone alcuni.

Uno degli aspetti maggiormente sottolineati è l'obiettivo di raggiungere, con l'intervento clinico, una popolazione in età adolescenziale più ampia possibile, con particolare riferimento ai casi 'difficili'. Esiste, cioè, una situazione di questo tipo: si cura, e si costruiscono teorie, su una parte della popolazione adolescente (ma la stessa cosa, mi pare, la si potrebbe dire per la popolazione adulta), la parte che giunge alla consultazione e che resta in trattamento.

Vi sono poi altre componenti della popolazione che non giungono alla consultazione e/o non proseguono la cura, ma che non per questo sono portatori di minor disagio o di modalità di funzionamento meno

disfunzionali, anzi spesso è il contrario. Ciò fa pensare all'esistenza di una parte ampia di popolazione adolescente che è fortemente disturbata e disturbante e che non viene 'agganciata', dai tradizionali servizi pubblici o privati. Ne consegue il tentativo, in atto in molti luoghi in Italia e all'estero, di creare strutture e modalità operative più adatte a questa popolazione, per così dire, sfuggente.

Questa operazione ha ovvie ed importanti implicazioni teoriche insite nell'allargamento della base osservativa, ma l'interesse del gruppo di lavoro è stato più marcatamente clinico.

È stata posta intanto l'esigenza di una maggiore flessibilità del setting: si rileva una forte tendenza, emersa soprattutto in alcuni interventi, a strutturare poco o pochissimo l'intervento, consentendo, per esempio, la fruizione dello spazio della consultazione in modo molto libero (senza appuntamento e ad intervalli variabili e definiti sostanzialmente dal paziente, per esempio).

Un altro pensiero ricorrente sembra essere quello di facilitare l'accesso ai servizi o portando i servizi lì dove si trovano i giovani (nelle scuole per esempio) e/o consentendo che si acceda al servizio (che pure rimane 'al suo posto') senza i tradizionali laccioli amministrativi (prenotazione, prescrizione del medico di base, ecc.).

Un terzo pensiero, per la verità più confuso, sembra essere legato alla definizione degli obiettivi ai quali mirano questi interventi, giacché il semplice mantenimento della relazione con il clinico, tanto più se essa è così sfilacciata, non sembra essere, di per sé, un obiettivo valido. In alcuni interventi (Charmet e coll. o Carbone Tirelli, per esempio) gli obiettivi, pur modesti in apparenza, sembravano chiari e condivisibili; in altre esperienze presentate, invece, questa mancanza di chiarezza sembrava essere uno dei principali punti deboli.

Le giornate sono state concluse dalla lezione magistrale di Otto Kernberg sulla diagnosi di Disturbo di personalità in adolescenza, relazione che, pur risultando un po' avulsa dal clima del convegno, ha destato molto interesse. Kernberg ha descritto in termini chiari le caratteristiche dei gruppi di adolescenti che compongono il quadro diagnostico ("caratteropatia narcisistica", "personalità narcisistica" e "personalità antisociale") con le loro articolazioni interne ed ha evidenziato, inoltre, le differenze rispetto ai quadri nevrotici e psicotici più prossimi.

In particolare, l'autore ha preso posizione non solo sull'importanza della diagnosi precoce di disturbo di personalità (quadro che egli afferma riguardare un numero molto limitato di persone con caratteristiche precisamente identificabili), ma ha affermato anche con chiarezza la possibilità della sua esistenza in adolescenza. Quest'ultimo punto è stato oggetto di dibattito fra chi ha sostenuto l'impossibilità di distinguere, in molti casi, fra situazioni di crisi adolescenziale normale e situazioni patologiche (rifacendosi in particolare a Winnicott) e chi, come lo stesso Kernberg, sostiene appunto che oggi una diagnosi accurata e tempestiva sia possibile ed auspicabile.

In conclusione, sembrerebbe di poter dire che il Convegno è stato un momento utile d'incontro fra operatori del settore che hanno potuto trovare, pur nell'eterogeneità dei punti di osservazione e degli obiettivi d'intervento, uno scambio possibile sia sul versante teorico che clinico.