

AEPEA

**IL LAVORO CON GLI ADOLESCENTI
E LE EQUIPES
NELLE ISTITUZIONI RESIDENZIALI**

Lenio Rizzo

BILBAO

26-28 Aprile 2018

Nuove concezioni e nuove patologie

Gli orientamenti psicodinamici sviluppati in ambito pedopsichiatrico nel mondo occidentale (in Italia: Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza e Psicologia clinica) hanno comportato dopo la metà del XX° secolo uno **sviluppo delle azioni preventive, diagnostiche e di cura** con un contemporaneo superamento dei modelli teorici e clinici della tradizione stigmatizzante e **segregativa**.

Questi ultimi erano basati su concezioni del XIX° sec.: → bambini giudicati non trattabili ambulatoriamente sul piano terapeutico ed educativo erano condannati a ricevere unicamente una generica assistenza all'interno di **istituzioni a tempo pieno, chiuse**.

...

A partire da successivi orientamenti

→ **nuovi criteri clinici e psicopatologici** :

→ profonda trasformazione dei dispositivi di prevenzione e di cura: → interventi a livello **ambulatoriale** e di **collettività** ; se necessario un supporto istituzionale continuativo → privilegiate attività diurne (ancora scarse in Italia!) rispetto alle istituzionalizzazioni a tempo pieno.

Importanza in Italia della legge 180 del '78 (per la verità centrata sull'O.P. e l'età adulta) e le normative sull'integrazione scolastica dei soggetti disabili (già nel 1977 e poi L. 104/92).

...

Questi orientamenti → in Italia organizzazione dei Servizi di territorio (di USL o di “distretto socio-sanitario”), parallelamente ad altri Paesi d’Europa, a partire dagli anni ‘60 (Francia: “settore infanto-giovanile”), con una duplice finalità:

- a) sviluppare nel territorio le competenze professionali che consentono al bambino e alla famiglia di ricevere le cure adeguate rimanendo a vivere nel suo ambiente familiare, scolastico e sociale;
- b) organizzare “a rete” gli interventi , anche quelli che erano realizzati nei centri residenziali, mirando ad obiettivi di riabilitazione, adattati nei tempi e nei modi alla situazione di integrazione sociale.

...

In tal modo, nelle realtà territoriali, si è data grande importanza al :

- a) **“lavoro in équipe”**, che è diventato la pietra miliare di ogni intervento, con la partecipazione di tutti gli Operatori attivi con il caso e/o presenti nelle attività condivise (NPI, Psicologi clinici, Riabilitatori, Assistenti sociali, ma anche, ove presenti, Pediatri di comunità, Educatori, Ergoterapeuti, Infermieri,....)
- b) **l'integrazione del bambino nella vita sociale**, coinvolgendo dunque i familiari, gli insegnanti, gli altri educatori, i diversi medici di riferimento ed eventuali altri professionisti interessati al caso.

...

Dei progressi si sono resi evidenti e le équipes hanno per lo più sostenuto i nuovi orientamenti.

Tuttavia, alcuni parametri epidemiologici e clinici hanno evidenziato dei problemi, nel confronto tra le condizioni cliniche dei pazienti e l'organizzazione dei possibili supporti specialistici.

Per questo → è necessario che i dati della clinica possano guidare i criteri di organizzazione della prevenzione e delle cure.

Fondamentale una continua riflessione sulla situazione complessiva della “clinica psicopatologica e psichiatrica dell'età evolutiva”.

...

Sul piano teorico-clinico, i professionisti dell'infanzia di orientamento psicomodinamico si erano per decenni basati sull'opposizione tra nevrosi e psicosi →

- i bambini affetti da disturbi del primo ordine → interventi essenzialmente ambulatoriali (in particolare psicoterapie individuali);
- i bb.ii affetti da patologie considerate "più gravi" (autismo e psicosi precoci), nei Paesi più "organizzati" → cure multidimensionali,

in - istituzioni a tempo pieno e,
quando possibile - a tempo parziale (D.H.).

La clinica si modifica

Ora, considerando tutti i casi per i quali viene richiesta consulenza : molti sfuggono all'alternativa nevrosi/psicosi. Questi bambini presentano:

- un'intricazione “**a mosaico**” di tratti e di meccanismi psicopatologici appartenenti a differenti registri (nevrosi, psicosi, psicopatia);
- disturbi nell'organizzazione delle **funzioni cognitive e strumentali** (psicomotricità, linguaggio, intelligenza, socialità).
- →problemi di ordine nosografico
- →modalità della presa in carico

...

Per i soggetti con queste

organizzazioni psicopatologiche:

- › le carenze dell'ambiente familiare e sociale nel corso dei primi anni di vita del bambino sono state spesso all'origine di gravi limiti nella strutturazione del processo di individuazione-separazione;
- › mancato accesso ad una piena autonomia, per la persistenza di angosce depressive e di separazione;
- › evidenti carenze dei supporti del campo transizionale.

...

Questi bambini, tuttavia, diversamente che nei casi di psicosi, presentano un sufficiente esame di realtà ed un riconoscimento dello scarto tra sé e non-sé.

E' dunque per loro possibile un adattamento alle esigenze dell'ambiente, sia pure parziale e difficoltoso, talvolta con ricorso a "falso-sé".

Il bambino allora riesce a rispondere alle richieste sociali di base, anche se internamente si confronta a difese costrittive

Egli stesso esercita un tentativo di controllo sulle persone del suo ambiente.

PATOLOGIE LIMITE

In questi casi, malgrado l'adattamento di superficie, si evidenziano: - deficit nel funzionamento mentale, carenze delle funzioni di contenimento, di simbolizzazione e di rappresentazione.

→ Si osserva inoltre con frequenza : ricorso ad agiti,
disturbi oppositivi e della condotta,
espressione dei sintomi tramite il corpo.

Queste organizzazioni ("Patologie limite dell'infanzia"- R. Misès-1990) occupano un posto centrale tra le "**nuove patologie**" individuate negli ultimi decenni nel contesto della società post-moderna .

COSA DICONO I CODICI DI CLASSIFICAZIONE?

Patologie Limite secondo l'Asse 1° (punto 3) della *CFTMEA 2000*.

- si esprimono attraverso manifestazioni cliniche molto diverse, variabili da un caso all'altro e che possono modificarsi nel corso dell'evoluzione; sul piano clinico e psicopatologico presentano:
 - precoci difetti di appoggio (della vita psichica del piccolo) da cui derivano faglie e distorsioni nell'organizzazione della vita mentale → pseudo-adattamento tramite funzionamento a "falso sé";
 - carenze di esperienze transizionali e, dunque, dei supporti stessi del pensiero → agiti; uso del corpo per controllare le emozioni;
 - angosce depressive non integrate, estrema vulnerabilità alla perdita dell'oggetto per un insufficiente lavoro di separazione e di elaborazione della posizione depressiva. Il bambino giunge comunque ad operare la separazione tra sé e non-sé;
 - faglie narcisistiche → rappresentazione di sé inaccettabile che porta all'attacco al sentimento di identità; → reazioni di prestanza e scontri con l'ambiente

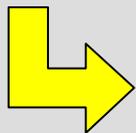
PSICOPATOLOGIA

I conflitti, invece che essere vissuti sul piano intrapsichico, vengono spostati e si giocano nel rapporto con l'ambiente dove il soggetto mantiene una relazione contrassegnata da movimenti di controllo reciproco

I membri della famiglia ostacolano spesso l'accesso all'autonomia rinfocolando il conflitto autonomia/dipendenza

La spinta puberale

- riattiva le minacce di rottura del legame, fa riapparire sentimenti dolorosi di intrusione talvolta vissuti come fenomeni di spossessamento della vita psichica;
- le espressioni pulsionali emergono violentemente, ma sono avvertite dal giovane come non rappresentabili, non sottoponibili alla sua elaborazione, per cui reagisce con misure fortemente repressive



Questi ragazzi risultano privati delle risorse introspettive e della creatività proprie della loro età, e confrontati all'intollerabile sentimento di **dipendenza assoluta**

PSICOPATOLOGIA

- Ne consegue un ricorso agli agiti e al rifiuto dell'altro con modalità che li allontanano dai legami oggettuali (genitori!), che rimangono tuttavia per loro indispensabili. Ne risultano degli scontri per loro molto pesanti che li lasciano ancor più dipendenti dai loro oggetti di investimento primario.
- Ideali onnipotenti → fallimenti che confermano la loro già scarsa stima di sé.
Se prevale la fuga in avanti, gli agiti hanno il sopravvento ma ugualmente sono presenti lunghe fasi di ritiro dagli investimenti
- Di fronte a situazioni di estrema conflittualità alcuni adolescenti non si riconoscono nella rappresentazione che essi hanno di sé stessi → il loro senso di identità ne risulta gravemente alterato

Palacio-Espasa: *"Diagnosi strutturale in età evolutiva"*



- Descrive una serie di quadri psicopatologici che si collocano tra nevrosi e psicosi secondo un gradiente di gravità, tutti caratterizzati da "carente organizzazione della personalità", da un rapporto non alterato con la realtà e da mantenuta differenziazione tra sé e non-sé
- a) Organizzazioni paranevrotiche del bambino piccolo
- b) Disturbi para-depressivi
- c) Le "forme gravi": dal disturbo border-line al "disturbo depressivo-schizoide"

...quale presa in carico?

Sul piano della presa in carico, appare evidente da studi catamnestici di casistiche ampie afferite a numerosi servizi, come queste situazioni siano **poco sensibili** ad interventi centrati unicamente sui sintomi.

Ugualmente si rivelano spesso difficilmente realizzabili delle psicoterapie individuali abitualmente condotte con i bambini con disturbi di ordine nevrotico.

In questi casi si rendono necessari degli interventi multidimensionali, condotti da più operatori tramite diverse mediazioni (corporee, cognitive, espressive, linguistiche...) a seconda del livello e del grado di interferenza dei disturbi, della *compliance* dei familiari e della disponibilità a livello locale di offerte riabilitative da parte del singolo servizio e/o del territorio.

...

Questa serie di interventi richiede una cooperazione ancora più stretta che per altre casistiche tra i componenti dell'équipe di NPI ed operatori "esterni".

Per queste situazioni, il personale pedagogico, educativo, sociale e sanitario "esterno" al Servizio è chiamato a svolgere un ruolo nell'elaborazione e nella realizzazione di progetti a scopo reintegrativo del giovane paziente.

Inoltre, occorre prevedere anche :

un supporto ai genitori (event. anche ad altri familiari) e agli insegnanti della classe.

In definitiva:

In un approccio di questo ordine, non è sufficiente mettere a disposizione del bambino e della sua famiglia **un dispositivo di trattamenti** fatto di diverse procedure giustapposte, di ordine terapeutico, educativo e pedagogico.

Occorre anche che siano garantite delle **strette articolazioni** tra i diversi servizi e tra le persone che operano sui vari piani, in modo che ciascuna di esse, pur esercitando le proprie specifiche funzioni, sia coinvolta a pieno titolo nella gestione di un **progetto comune**, la cui complessità è evidente a tutti.

...

In molti casi: - gravi conflitti e precoci disturbi all'interno degli ambienti di provenienza (famiglia, scuola, gruppi sociali) - fallimenti e abbandoni scolastici, condotte socialmente riprovate (abuso di sostanze, comportamenti delittuosi); - funzionamenti francamente psicopatologici, alla cui base spesso vi sono traumatiche esperienze di separazione.

A queste condizioni spesso contribuiscono genitori assenti, rinunciatarî oppure non riconosciuti dai figli nelle loro funzioni, quando non "sospesi" quanto alla loro "responsabilità genitoriale" per motivi di ordine giudiziario o personologico.

Di conseguenza:

Per situazioni tanto complesse, le molteplici insufficienze dei dispositivi di cure ambulatoriali giustificano il ricorso all'inserimento in una **struttura residenziale**.

La cornice ne è stata definita da Jacques Hochmann “**istituzione mentale**”: l'attività psichica del gruppo di adulti che si impegnano a pensare insieme ciò che provoca loro l'incontro con gli utenti, a partire da un progetto di cura.

La “**cura in istituzione**” (R. Misès) - a sua volta - costituisce un'articolazione di trattamenti specializzati nell'ambito di “un ambiente coerente e contenitivo”.

COMUNITA'

Per situazioni cliniche che rientrano, per uno o più motivi, nelle succitate casistiche, il progetto di presa in carico può prevedere l'inserimento in Comunità, variamente qualificate nelle diverse Regioni, ma che in ogni caso ripropongono una differenziazione in:

- Educativa
- Educativo-riabilitativa
- Terapeutica

...

- “Educativa”: designa una struttura che di fronte ad accertate difficoltà familiari, opera secondo il progetto di compensare le mancanze genitoriali, sostituendosi più o meno integralmente ai genitori nei compiti educativi.
- “Educativo-riabilitativa” e “Terapeutica” propongono e organizzano, secondo modalità differenziate e progressive, delle attività esterne e dei trattamenti istituzionali che si rivolgono a bambini ed adolescenti che soffrono di disturbi più o meno gravi della personalità con deficitaria organizzazione del pensiero e disturbi del comportamento.

...

La necessità quindi si impone di mantenere una costante riflessione sulle premesse teorico-cliniche e sui funzionamenti di queste istituzioni →

1. Individuare le indicazioni e le controindicazioni di ogni inserimento;
2. Modalità e limiti dei possibili interventi, con indicazioni per le “migliori prassi” (→impegno nella ricerca);
3. Modalità della formazione continua del personale educativo e terapeutico e delle loro interrelazioni;
4. Importanza e specificità dei legami transferali e contro-transferali tra utenti e operatori;
5. Sul piano etico, considerazioni sul lavoro “ricostruttivo” affidato a tali istituzioni.