

Questioni di coscienza: scopi e caratteristiche dell'intervento integrato negli esordi psicotici in adolescenza*

Cases of conscience: aims and features of integrated intervention with adolescent onset psychosis

T.I. CARRATELLI

Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età evolutiva "Giovanni Bollea", Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Summary

The authors, on the basis of a developmental psychodynamic psychiatric perspective, suggest a reflection on integration of the psychopharmacological, psychotherapeutic and rehabilitative intervention with adolescent psychosis. Such theoretical-clinical model arises from the effort to integrate the psychoanalytic psychopathology with the results in the development field, of other scientific disciplines, like neuropsychology, neuroscience and philosophy of mind.

From this point of view the developmental neuro-psychiatrist needs to reflect on the meaning of his therapeutic actions deeply and continuously.

He has to keep one's mind on the centrality of the subject, on the normal and pathological development of the self and on the relationship between conscious and unconscious phenomena.

In authors opinion this way of thinking makes it possible for the developmental neuropsychiatrist to build a really project of integrated intervention avoiding an useless and meaningless superimposition of completely different interventions.

Introduzione: posizione ed equipaggiamento dello psichiatra infantile

Quando un ragazzo dice al suo psichiatra: "non ero me stesso quando mi hai visto quella volta là", quel ragazzo sta probabilmente parlando di una con-

Le richieste di estratti vanno inviate a: Prof.ssa T.I. Carratelli, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età evolutiva "Giovanni Bollea", Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

* Relazione presentata nella sessione plenaria "Emergenze psichiatriche in adolescenza", XVII Congresso Nazionale SINPIA, Napoli, 10 Dicembre 2005. Testo elaborato in collaborazione con la dott.ssa Monica Santacroce e il dott. Ignazio Ardizzone.

dizione che comporta un qualche cambiamento nell'equilibrio del suo essere, di una spiacevole disgregazione del sentimento e della continuità della sua esistenza, dell'impossibilità di comprendere la sua posizione nel nostro spazio e nel nostro tempo. Ma non solo.

Queste parole descrivono soprattutto un grado di consapevolezza relativo al fatto che non sempre si vive completamente nella zona del Sé e che un altro sistema può irrompere nella vita psichica, invadendo o, a volte, mettendo completamente fuori gioco il sentimento e il tipo di attività mentale che stanno alla base del senso di "essere me stesso". Russell Mears (2005) ⁷ ricorda come l'irruzione di queste memorie traumatiche inconse contribuisca a creare lo stato di alienazione, in cui versano molti dei nostri pazienti, che richiedono un intervento urgente, sia o no in regime di ricovero. La gestione dei sistemi di memoria traumatica, che possono essere considerati dissociati rispetto al Sé e al flusso di coscienza (ovvero alla consapevolezza del flusso di vita interiore), è uno dei compiti più importanti per chi lavora in psichiatria dinamica dell'età evolutiva e nel campo della psicopatologia dello sviluppo, così come lo è il sapere cogliere il rapporto bio-psico-sociale tra le varie dimensioni del disturbo mentale: una consapevolezza che vorremmo fosse patrimonio comune di tutti gli operatori di questo settore. Una consapevolezza che dovrebbe informare ogni gesto terapeutico e, attraverso questi, essere condivisa e diventare a sua volta patrimonio dei nostri pazienti e delle loro famiglie. È ormai fin troppo evidente, infatti, quanto con la psicosi e con le patologie psichiatriche gravi in genere, siano oggi imprescindibili un allargamento dell'orizzonte d'azione della cura e dei setting che tali patologie richiedono e il superamento delle obsolete dicotomie teorico-cliniche tra concetti quali riabilitativo/terapeutico, supportivo/espressivo, intrapsichico/interpersonale, individuale/gruppale.

È a partire da questi presupposti che vorremmo affrontare quelle che abbiamo voluto definire in un senso non univoco, come vedremo nel corso del lavoro, questioni di coscienza. Quesiti, cioè, relativi alle caratteristiche, agli obiettivi e alle modalità dell'intervento sulle patologie gravi in adolescenza caratterizzate soprattutto dall'esordio di una sintomatologia psicotica, ma non solo.

Sempre più c'è un uso, o forse sarebbe meglio parlare di abuso, del termine integrato nella nostra prassi neuropsichiatria rispetto alle psicosi adolescenziali. Ci sembra che a volte possiamo correre il rischio che integrato diventi sinonimo di giustapposto. In quel caso il lavoro di équipe, quando c'è, funziona spesso come garante organizzativo degli interventi a cui non sempre si accompagna una riflessione continuativa di quelle che noi chiamiamo le questioni di coscienza emergenti e dominanti in queste patologie acute. Cercheremo pertanto di specificare l'accezione che noi diamo al concetto di intervento integrato cercando di evidenziare il fatto che si tratta di una questione di coscienza nei molteplici significati del termine.

Uno dei nostri obiettivi è quello di mantenere una visione evolutiva e dinamica delle patologie che affrontiamo, ma soprattutto vogliamo evidenziare la

questione di come focalizzare il rapporto tra fluttuazioni dello stato di coscienza del soggetto psicotico e le vicissitudini patologiche di un processo di sviluppo che in adolescenza non può più eludere i suoi deficit e le sue distorsioni.

Ciò significa occuparsi non solo dell'estensione, ma anche della profondità di ogni gesto terapeutico e delle conseguenze che esso avrà sullo sviluppo biopsico-sociale dei nostri pazienti e sulle caratteristiche del processo di soggettivazione peculiari di quel dato momento evolutivo. Vogliamo qui sottolineare come le biografie dei nostri giovani pazienti siano sempre storie che ad un certo punto s'interrompono, o meglio ancora, storie che s'impantanano su terreni del non-senso, conducendo il paziente a rallentare o a volte, a frenare, anche bruscamente, lungo il suo percorso maturativo e a bloccare ogni compito evolutivo personale e sociale: l'adolescente si isola, si chiude in casa, smette di studiare, di frequentare gli amici, di interessarsi ad aspetti creativi: entra così in una circolarità "viziosa" ed autoreferenziale nella quale esiste solo il disagio ed i sintomi, ultime vestigia di una comunicatività condivisa divenuta impossibile, residui tossici privi di significato o agglomerati di memorie traumatiche, quasi come se alcune parti della mente fossero irreversibilmente danneggiate. È l'inizio della "malattia": le funzioni della coscienza risultano a questo punto in larga misura carenti o sensibilmente inficcate per la presenza di organizzazioni cognitive, ora rigide, ora coartate, ora caratterizzate dal caos o dal deficit di un filtro informativo. La narrazione del Sé che ne consegue è spesso una narrazione alternativa agli idiomi sociali (delirio, allucinazioni, fuga delle idee, maniacalità) o una non-storia, fatta di silenzio e di non-senso (depressione).

In questi termini la nostra disciplina, ed è questa la sua forza, obbliga noi stessi e coloro che con noi si confrontano, ad equipaggiarsi di una visione nosodromica della psicopatologia oltre che nosografica: vale a dire una continua riflessione sulla nascita, il percorso, l'evoluzione, le trasformazioni, la continuità e discontinuità e il senso profondo di quel segno o sintomo all'interno di una identità e di una personalità in sviluppo.

Dare senso alla nosografia e alla fenomenologia: "stati mentali a rischio" e "sintomi di base"

La riflessione sulle caratteristiche non solo della cura, ma anche della prevenzione secondaria dell'esordio psicotico inizia, quindi, a porsi sempre più come un problema di coscienza che riguarda descrizione, diagnosi e trattamento delle fasi premorbuse e prodromiche delle patologie gravi in adolescenza.

In nostri precedenti lavori ¹, basati su una visione di psichiatria psicodinamica dell'età evolutiva, che ha come focus il rapporto dialettico coscienza-inconscio, abbiamo già sottolineato come per intervenire eticamente ed efficacemente in queste fasi precoci, sia fondamentale dare profondità e senso, ad esempio, a concetti descrittivi ed epidemiologici, come quello di fenotipo schizoide

o di menomazione sociale che molti autori descrivono come predittivi dell'esordio schizofrenico.

Sulla base di questo, così come affermano Yung e McGorry ⁸, più che di fase prodromica, intesa come "tratto" che inequivocabilmente evolverà in una psicosi, bisognerebbe parlare di "stati mentali a rischio". Ci troviamo, quindi, in una visione nosodromica di fronte a dei processi, e non a semplici liste di sintomi; processi con particolari caratteristiche cognitive, affettive e di vulnerabilità che portano a cambiamenti nell'esperienza e nel comportamento che possono evolvere in quadri conclamati, ma anche recedere o rimanere stabili.

L'incontro tra vulnerabilità premorbose e sviluppo adolescenziale porta quindi alla formazione di "stati mentali a rischio". Le caratteristiche e le conseguenze di questo incontro possono, a nostro parere, essere ben illuminate da studi che si basino sull'integrazione dei risultati ottenuti in campi come quelli delle neuroscienze, della neuroimaging, della neuropsicologia cognitiva, di alcune branche della filosofia della mente e dall'evoluzione contemporanea della teoria e clinica psicoanalitica sull'esperienza soggettiva.

Sulla base di questa integrazione, accanto agli studi sui fattori di rischio, sulle trasformazioni dei sintomi e sui dati epidemiologici condotti dalla psicopatologia dello sviluppo, ci sembra possibile che in questo momento "evolutivo" la nostra disciplina possa affrontare lo studio, la valutazione, l'analisi e la trasformazione dello sviluppo normale e patologico dell'esperienza soggettiva.

Ci sembra, ad esempio, che attualmente si possa affrontare l'analisi e le caratteristiche di quelle alterazioni cognitive e affettive dello sviluppo soggettivo che alcuni autori tedeschi ⁶ hanno definito "sintomi di base"; sintomi soggettivi, cioè, che al confine tra somatico e psichico, durante la fase premorbose, danno la percezione di un malfunzionamento globale sentito e non compreso. La nostra ipotesi è che lo sviluppo adolescenziale comporti, non solo l'improvvisa e dolorosa consapevolezza della propria vulnerabilità e della propria sintomatologia basale, ma anche la percezione di una instabilità pervasiva e della mancanza di una continuità della propria soggettività. Tali percezioni provocano quelli che, ampliando il concetto di Young e McGorry, potremmo definire "stati somato-mentali a rischio", che dovremo essere sempre più in grado di riconoscere e affrontare rapidamente. La sintomatologia positiva rappresenta, infatti, sia nella bipolarità che nella schizofrenia, l'esito omeostatico necessario per affrontare in termini adattativi il panico creato dal contatto e dalla percezione con il proprio funzionamento "negativo" deficitario e con i sentimenti di vergogna e rabbia narcisistica che ne derivano.

H. è una bella ragazza di 16 anni, molto brava a scuola e fin troppo responsabile delle due sorelle minori. Al suo esordio psicotico viene, al ricovero, accompagnata dai genitori che non riescono più a riconoscerla e la sentono, improvvisamente, come un'estranea. La prima comunicazione che la ragazza dà alla psichiatra è la seguente: "Mi sento trasformata, forse è per via di tante not-

ti di insonnia; non mi sento di pensare più come prima. Ogni giorno che passa sento che mi si sta atrofizzando una parte del cervello. Sento che sto perdendo la memoria delle azioni del giorno prima... e poi in casa tutto mi sembra diverso mi arrabbio con le mie sorelle perché cambiano i posti agli oggetti nella sala, anche in cucina, anche nel corridoio, solo in camera mia no. Lì è tutto come prima. Forse non è vero che loro spostano gli oggetti, mi sembra a me... Ho paura di diventare pazza”.

**Centralità del soggetto e dello sviluppo normale e patologico del Sé
come concetto unificatore dell'intervento psicoterapeutico,
psicofarmacologico e riabilitativo**

Proprio a partire da queste riflessioni e considerazioni ci sentiamo di affermare la necessità, sia nelle fasi prodromiche (cosiddetti stati somato-mentali a rischio) che nei casi che si presentano con caratteristiche di urgenza ed emergenza, che l'intervento integrato “su misura” si avvalga sia di un trattamento psicofarmacologico precoce ed efficace, sia di quello psicoterapeutico e riabilitativo, offerti in modo tempestivo ma tutti sinergici nel favorire il ripristino di uno spazio psichico di lavoro. Un potenziale luogo di ri-insediamento del senso del Sé che oscilla dalla coscienza subliminale (primaria) a quella secondaria linguistica e semantica.

Questo triplice focus, centrato sul ripristino di un processo di soggettivazione condivisa, pone, al clinico impegnato nell'urgenza, una serie di domande e cioè: a chi stiamo somministrando questo farmaco? In quale condizione si trova il suo Sé? Come andremo ad influire sulle basi corporee e mentali del processo di soggettivazione in adolescenza? O ancora, se stiamo tentando di costruire una relazione con l'adolescente dobbiamo porci analoghi interrogativi: quale parte del Sé stiamo consultando nel qui e ora: ci stiamo rivolgendo al Sé libero dal processo psicopatologico? Al Falso Sé che si va rapidamente riorganizzando con la terapia farmacologia? O al Sé delirante che rivendica il diritto di riorganizzare le verità storiche del soggetto in modi distorti ma con funzioni omeostatiche per la coesione del Sé?

Il problema, tornando a parlare di urgenze ed emergenze, è che in questi casi dobbiamo essere consapevoli del fatto che come risultato di uno sviluppo alienato, inglobato, coartato del Sé, il soggetto può essere irraggiungibile, scomparso e che ci troviamo di fronte all'assenza o al malfunzionamento grave della relazione intersoggettiva.

Scopo dell'intervento integrato precoce diventa, dunque, quello della ricostituzione del contatto intersoggettivo attraverso un lavoro multidimensionale teso alla riattivazione dell'attività e dell'esperienza cosciente e alla ricostruzione della dialettica intersoggettivo/intrasoggettivo.

Non si tratta, quindi, di una mera questione filosofica, ma di un lavoro in-

tegrato ineludibile che ci porta ad operare in quelle aree di pensiero riflessivo, dove il paziente adolescente potrà costruire una nuova immagine di Sé e tollerare di avvertire le percezioni, le sensazioni e i ricordi dell'esperienza come esperienze discrepanti nella coscienza. La continuità dei fenomeni di coscienza che ci permetteranno di riscoprire e raggiungere il soggetto implicherà, all'inizio, di sostenere, anche farmacologicamente, il paziente nell'esclusione e nel controllo del continuo affiorare di sensazioni contraddittorie e inconciliabili.

Si tratta di ricostituire uno spazio di lavoro globale cosciente, lavorando inizialmente alla ricostituzione e ripulitura di quello che alcuni autori definiscono il buffer episodico ²; un luogo di frontiera neuroanatomicamente e neurofisiologicamente correlato alla corteccia prefrontale dove interno ed esterno, corpo e mente, intrasoggettivo e intersoggettivo, soggetto e oggetto si incontrano in un contatto continuo, omeostatico e adattativo.

Terapeuticamente è il luogo della coscienza subliminale ⁴, il campo base in cui sosteneremo insieme ai nostri pazienti per qualche tempo, affinando strumenti, preparandoci ed allenandoci per tentare future, difficili e complicate esplorazioni. Esplorazioni che riguardano se e come il flusso di coscienza e la memoria episodica siano fuori uso e se la perdita della capacità riflessiva sia completa o parziale.

L'intervento multidimensionale, ben tarato, costruito su misura, consente da una parte un intervento riabilitativo attraverso cui il paziente recupera la capacità di ricercare, selezionare e utilizzare in modo attivo le informazioni sia interne che esterne. Dall'altra, la psicoterapia tempestiva aiuta il paziente nella comprensione di alcuni aspetti del sistema inconscio delle memorie traumatiche relative agli schemi distorti relazionali precoci, che riguardano le rappresentazioni distorte di Sé e dell'altro. Si tratta di un intervento in cui tutte le componenti svolgono un ruolo fondamentale senza il quale non sarebbe possibile riportare alla coscienza il soggetto.

Il ruolo degli psicofarmaci: tra stabilizzazione affettivo/cognitiva e alleanza terapeutica

I farmaci svolgono un forte ruolo di stabilizzazione cognitiva ed affettiva, ricostituiscono una rete neurale che consente un processo ricorsivo e di rientro, ristabilendo architetture di base e il funzionamento di un Io neuronale che si integra con quelli psicologico e sociale, forniti dalla psicoterapia e dalla riabilitazione. Consideriamo dunque la terapia psicofarmacologica come parte integrante del processo di alleanza terapeutica, che viene gradualmente a costruirsi con il paziente. Tale alleanza dovrebbe portare ad un intervento integrato costituendo un iniziale supporto per la psicoterapia. Successivamente, quando l'azione modulatrice del terapeuta funziona e c'è un miglioramento della situazione clinica, si assiste alla possibilità, per il paziente, di poter usare dosaggi sempre minori di

farmaci, ove la patologia lo consenta. Nel caso della psicosi schizoaffettiva, ad esempio, il supporto di una molecola attiva sulla sfera timica permetterebbe al paziente di non essere più preda delle brusche ed ampie variazioni affettive causate dalla sua patologia, consentendogli una graduale presa di coscienza e differenziazione tra gli aspetti cognitivi, somatici, interpersonali e situazionali che in-fluirebbero inevitabilmente sulla sua sfera emotiva. Viene infatti riportato ⁵ come con l'affinarsi di tali capacità modulative e con una loro stabilità temporale, anche il dosaggio di farmaci necessari possa essere gradualmente ridotto.

Risulta altrettanto vero, ed è testimoniato dalla esperienza clinica comune, oltre che da studi documentati, che la alleanza di lavoro funziona altresì nella direzione inversa, fornendo il rapporto psicoterapeutico, un aiuto alla compliance farmacologica, spesso difficile per terapie prolungate nel tempo.

Il Neuropsichiatria Infantile di fronte all'urgenza psichiatrica: ruolo e funzioni

A questo punto dobbiamo porci il problema del ruolo del Neuropsichiatria Infantile nelle situazioni di urgenza e di come la sua competenza pluridimensionale sia insostituibile, in loco, come nell'equipe ospedaliera e universitaria.

A nostro parere, inizialmente l'intervento deve essere gestito da una sola persona. La figura di uno specialista di riferimento facilita, a nostro avviso, la sintonia con gli elementi di regressione del paziente grave e la nuova relazione duale comincia ad identificarsi come il luogo della dinamica transferale (in senso lato) e della esposizione a nuovi modelli di relazionalità. Il bisogno di referenzialità "forte" e individualizzata che questi pazienti richiedono non può essere inteso soltanto come bisogno difensivo, ma anche come necessità imprescindibile di sostegno e contenimento personalizzato. Ecco, in rassegna, alcune funzioni che lo psichiatra si trova ad offrire: l'ascolto accogliente e attento, in grado di garantire stabilità e continuità all'organizzazione conoscitiva, emotiva e vacillante del paziente; la capacità di "tenerlo nella propria mente"; di rappresentarlo quotidianamente nelle istanze più arcaiche; di proteggere le sue fragilità narcisistiche dalle aggressioni della realtà, fino a sostituirsi a lui nei momenti di difficoltà, laddove non ci possono essere né parole né pensieri che lo rappresentino. Inoltre c'è la possibilità che questo operatore si sintonizzi con l'adolescente sul registro del fare quotidiano, che provi a costruire con lui "pezzi" sempre più articolati di azioni finalizzate, perché pensate all'interno di una relazione; in ultimo, ma non per importanza, la possibilità di un confronto intimo e speculare che apra la strada a nuovi processi d'identificazione. L'insieme di queste esperienze funzionali rappresenta, a nostro avviso, l'humus necessario per avviare un trattamento farmacologico anche nei casi in emergenza.

Lo psichiatra che per la prima volta incontra il paziente all'interno di una visione e dimensione integrata, può così esercitare il suo primo atto terapeutico

facendo sentire al paziente, anche al più delirante, la differenza tra la contenzione e il contenimento, e la potenzialità di creazione di uno spazio di rispetto della propria soggettività ed identità individuale e familiare.

Riportiamo il sogno di E. effettuato dopo due mesi e mezzo di ricovero, a ridosso della sua dimissione.

E. è stata oggetto di un trattamento integrato nel corso di un ricovero prolungato, che si era reso necessario per un esordio schizofrenico, caratterizzato da un atto di defenestrazione nella sua casa di campagna, con allucinazioni e delirio di trasformazione corporea.

Ecco il sogno che E., con emozione, comunica alla sua psichiatra: “Per la prima volta ti ho sognato. Ti ho riconosciuto per il fatto che mi guardavi a lungo, come fai tu anche quando io non dico niente... e mi sorridevi... stavamo camminando insieme lungo una strada a piedi... avevamo fatto molta strada... ore di cammino... c’era un circo con tante gabbie messe una sull’altra e dentro tanti animali strani e tu me li presentavi chiamandoli per nome... poi siamo uscite dalla strada e siamo andate insieme in un autogrill. Qui c’era una ragazza, mi sembra che fosse V. (una ragazza ricoverata), allora ci siamo messe insieme e l’abbiamo accompagnata al bagno e l’abbiamo lavata e poi, insieme, l’abbiamo truccata, mi piaceva fare questa cosa insieme a te. Mi sono svegliata tutta emozionata ma anche un po’ triste... Sono contenta di uscire da questo ospedale... ma un po’ mi dispiace... qui mi sentivo più protetta. Ti chiamerò al telefono per invitarti alla festa dei 18 anni”.

Psicofarmacologia e riabilitazione precoce: nuove prospettive di prevenzione della cronicizzazione

Un intervento integrato su misura sull’acuzie e sull’urgenza, gestito con accuratezza e professionalità dal neuropsichiatra infantile, “stabilizza” quindi il paziente all’interno di una cornice terapeutica e riabilitativa che per lungo tempo, comunque, potrebbe essere caratterizzata da recidive sostenute da cause intercorrenti di tipo bio-psico-sociale.

Queste crisi psicotiche recidivanti sono legate alle conseguenze del breakdown, ma anche alle caratteristiche peculiari del processo di soggettivazione in adolescenza che offrono al Sé grandi opportunità, ma lo espongono anche a una grande vulnerabilità.

Ritrovato il soggetto attraverso la ricostruzione di una esperienza cosciente condivisa, dobbiamo quindi porci anche il problema che in adolescenza il Sé si arricchisce di una nuova modalità di relazione con la coscienza ³.

Sulla base delle scoperte relative alla peculiarità dello sviluppo cerebrale in adolescenza, ottenute nell’ultimo decennio, possiamo affermare che il Sé dell’adolescente, oltre che con le eclatanti trasformazioni corporee e del proprio mon-

do interno, si trova a dover affrontare, gestire e utilizzare un funzionamento sempre più raffinato e potente delle aree prefrontali e frontali.

Questo permette al Sé nuove esperienze introspettive, di viaggiare nel passato e di programmare la propria continuità e coerenza nel futuro; consente di acquisire una teoria della mente più stabile e il senso della propria posizione nella mente dell'altro, incontrato di volta in volta, o nel proprio mondo interno o all'esterno in esperienze sociali e culturali nuove.

Di nuovo il neuropsichiatria infantile, per la sua competenza specifica in neuropsicologia e psicopatologia evolutiva, si trova nella situazione di poter e dover allargare il contesto terapeutico, farmacologico e psicoterapeutico, con un approccio riabilitativo psichiatrico "su misura".

Questo si rende necessario per affrontare efficacemente una nuova questione di coscienza relativa alla cura e alla contemporanea necessità di ricostruire, mantenere e non inibire, ad esempio farmacologicamente, importanti processi di sviluppo e adattamento. In questi termini la riabilitazione precoce completa l'intervento integrato facendogli definitivamente assumere valenze preventive delle ricadute e della cronicizzazione. Tale riabilitazione, inoltre, risulta protettiva delle potenzialità garantite dalle peculiari modificazioni cerebrali di questa specifica fase evolutiva.

Il contesto riabilitativo specifico per i vari tipi di esordio e per quel singolo paziente, deve essere costruito e progettato dal neuropsichiatria infantile come luogo dove le basi biologiche e neurofisiologiche della soggettivazione, del ripristino delle attività di coordinamento e di sintesi sul flusso di coscienza, possano svilupparsi in modo protetto nei loro aspetti esecutivi, freddi e caldi, cognitivi ed emotivi, avviando un nuovo rapporto tra cervello e mente, contemporaneamente più solido e plastico.

Tra neuropsicologia e psicopatologia, l'intervento psicofarmacologico, psicoterapeutico e la riabilitazione psichiatrica, in questa fase, sembrano garantire una stabilità psicosomatica di fronte all'instabilità biologica, neurofisiologica, comportamentale caratteristica dello sviluppo, sia patologico che normale, in adolescenza.

All'intervento integrato, in ultima analisi, la riabilitazione consente la ricostruzione e la stabilizzazione delle capacità intenzionali del paziente, intese nel senso di poter "intenzionare" il mondo esterno e quello interno, senza il timore e l'angoscia di incontrarvi sentimenti ed emozioni ingestibili e incontrollabili.

L'intervento integrato, su più dimensioni si pone a questo punto come un intervento omeostatico, regolatore, continuo e prevedibile, che consente al paziente di iniziare ad apprendere dall'esperienza e ristabilire le basi dei processi transferali e di identificazione. Nelle situazioni psicotiche questo si configura con un'azione attiva da parte dello psichiatra e del riabilitatore, volta a quella che possiamo chiamare un'identificazione guidata nei confronti delle figure cosiddette referenti, dominanti, nei gruppi di risocializzazione della riabilitazione psichiatrica.

Da ciò il paziente riacquisirà quelle capacità di rimozione che, a partire da esperienze di coscienza non più dissociate e scisse, consentiranno la formazione di un'esperienza e di un funzionamento inconscio e di una nuova organizzazione cognitiva, capace di oscillare tra apertura al nuovo e stabilità: a tutto ciò e in maniera fondamentale avrà contribuito anche la terapia psicofarmacologica.

Riassunto

Gli Autori propongono una riflessione sull'integrazione dell'intervento psicofarmacologico, psicoterapeutico e riabilitativo nelle psicosi adolescenziali secondo un modello di psichiatria psicodinamica evolutiva.

Questo modello teorico-clinico nasce dallo sforzo di integrare la psicopatologia psicoanalitica con i risultati, in campo evolutivo, di altre discipline, come la neuropsicologia, le neuroscienze e la filosofia della mente. Questo punto di vista richiede al neuropsichiatria infantile una continua e profonda riflessione sul senso dei suoi atti terapeutici.

Una riflessione che a parere degli autori deve tenere conto inevitabilmente della centralità del soggetto e dello sviluppo normale e patologico del Sé e della relazione tra fenomeni consci e inconsci.

Secondo gli Autori questo modo di pensare permette al neuropsichiatria dell'età evolutiva di costruire un vero progetto di intervento integrato evitando la sovrapposizione, inutile e senza senso, di interventi disparati.

Riferimenti bibliografici

- ¹ Ardizzone I, Ferrara M, Carratelli T. *Varietà cliniche dell'esordio psicotico in adolescenza: tra sviluppo premorbo e sviluppo adolescenziale*. IX Congresso nazionale della Società Italiana di Psicopatologia. Roma 24-28 febbraio 2004.
- ² Baddeley A. *The episodic buffer: a new component of working memory?* Trends in cognitive Sciences 2000;11:417-23.
- ³ Carratelli TI, Ardizzone I. *Consultare il Sé: le funzioni autoperceptive e autoriflessive negli interventi riabilitativi con gli adolescenti medio gravi*. In Monniello G, ed. Quaderni di Psicoterapia Infantile 2005;51:36-46.
- ⁴ Edelman GM, Tononi G. *Un universo di coscienza*. Torino: Einaudi 2000.
- ⁵ Frank A, Gunderson J. *The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome*. Arch Gen Psychiat 1990;47:228-36.
- ⁶ Huber G, Gross G. *The concept of basic symptoms and basic stages and its meaning for schizophrenia and schizoaffective psychoses*. In: Maggini C, ed. *Psicopatologia e clinica della schizofrenia*. Pisa: ETS 1995, pp. 41-58.
- ⁷ Mears R. *Intimità e alienazione: il sé e le memorie traumatiche in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
- ⁸ Yung AR, McGorry. *The initial prodrome in psychosis: Descriptive and qualitative aspects*. Australian and New Zealand J Psychiat 1996;30:587-99.