



Società Italiana di Psichiatria
Sezione Puglia e Basilicata

CENTRALITÀ DEL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELLA FORMAZIONE DEI DISTURBI PSICHIATRICI

AUTORI: Dott. Costantino Greco *
Dott.ssa Stefania Coluccia **
Dott.ssa Simona Rizzello ***

INTRODUZIONE

Siamo del parere che la qualità delle relazioni familiari influenzi in maniera determinante l'eventuale esordio di un disagio psichico nei giovani. Per delineare l'origine della sofferenza psichica bisogna ovviamente prendere in considerazione l'interdipendenza di diverse variabili: il fattore ereditario e quello costituzionale, le concomitanti biochimiche, l'importante ruolo dei fattori culturali, ambientali e del contesto sociale. In special modo, il nucleo familiare è l'ambiente in cui l'individuo, sin dai primi anni di vita, struttura il suo modo di essere "al" e "nel" mondo. In un'ottica psicodinamica, è nella prima infanzia che, con le prime esperienze e i primi scambi interpersonali con i genitori, la psiche del bambino si modella: sia a livello intellettuale sia emotivo che comportamentale, si formano dei modelli che gli faranno da filtro alle esperienze successive. Ne deriva che eventuali disfunzionalità nei rapporti familiari, come modalità relazionali disturbate nella diade madre-figlio, rifiuto o ostilità da parte dei genitori, perdita delle cure materne, possono contribuire in maniera rilevante allo svilupparsi di disturbi comportamentali o psichiatrici. D. Winnicott parla dell'importanza della "madre sufficientemente buona", empatica, che è in grado di identificarsi con gli stati emotivi del bambino, comprendendone i bisogni. Una madre autentica, affettivamente presente, che trasmette sicurezza. J. Bowlby, con la teoria dell'attaccamento, sostiene che negli individui, sin dalla nascita, è presente un sistema di comportamenti a base innata: il bambino è "programmato" per attaccarsi affettivamente alla madre in quanto la sua sopravvivenza dipende dalle sue cure. La madre è la sua "base sicura". La rottura di questo fondamentale meccanismo può portare, se ciò avviene in età critica, profondi scompensi nella personalità del bambino che possono riflettersi in disadattamenti emotivi che condizioneranno la sua vita da adulto. Secondo questa teoria, lo stile di attaccamento si forma attraverso l'interazione e la comunicazione tra madre e figlio. Uno stile di attaccamento sicuro permette all'individuo nel corso della sua vita, di instaurare rapporti sani; al contrario, una disorganizzazione dello stile di attaccamento porta a problematiche future nella sfera relazionale e comportamentale. Per C. Wolf, una madre con un atteggiamento ambivalente, che ad esempio, rimprovera il figlio per il suo comportamento e dall'altro canto, inconsapevolmente, lo incoraggia, crea un vissuto d'incoerenza. Un doppio messaggio che destabilizza il bambino, e non gli permette di crescere in maniera sana. La scuola sistemica, o di Palo Alto, ha postulato un ruolo schizofrenogeno esercitato da famiglie in cui le modalità di comunicazione tra i membri sono perverse, paradossali, caratterizzate dal doppio legame. In questi nuclei familiari, vi sono messaggi comunicativi contraddittori o contrastanti, incongruenze tra il verbale e il non verbale, legami intensi ma impossibilità tra i membri di parlare della comunicazione al fine di risolvere l'incongruenza. Si genera dunque un conflitto irrisolto, che si riversa su un componente del nucleo familiare: il "paziente designato", cioè l'anello debole della catena familiare. In questa prospettiva quindi, il comportamento patologico di un membro familiare, è letto come un disagio dell'intero sistema. Altre concause di sviluppo di disturbi nel bambino o nel ragazzo, si possono trovare a livello prettamente educativo. Alcuni genitori non riescono a dare la giusta disciplina per permettere ai Superiori dei loro figli, di formarsi adeguatamente. Alcuni sbagliati sistemi di credenze genitoriali possono ostacolare il ruolo stesso di "educatore": può succedere che i genitori abbiano delle credenze fisse e non realistiche rispetto all'immagine del ragazzo e al modo di educarlo. Spesso si assiste all'adozione di strategie educative non adeguate per quel tipo particolare di ragazzo o, per meglio dire, le strategie educative, adottate anche se non funzionano, vengono utilizzate con rigidità e insistenza. Ciò può generare nei ragazzi condotte oppostive e scarso autocontrollo sugli impulsi (SDA). Nelle famiglie dei ragazzi affetti da deficit di attenzione e iperattività, spesso ci sono alcuni errori educativi: la mancanza di autocontrollo del genitore, una scarsa coerenza e un clima familiare caratterizzato da tensioni, stress e mancanza di rispetto. Secondo le classiche teorie del comportamento il DDA sarebbe il risultato di un'inefficace disciplina dei genitori, incapaci di esercitare un adeguato controllo sul comportamento del bambino. Posizioni recenti (Barkley) tuttavia, sostengono che tali comportamenti non adeguati dei genitori siano proprio generati dai comportamenti negativi del figlio stesso, che producono a loro volta, reazioni negative nei genitori, alimentando così lo scontro a discapito del dialogo. Al momento dello sviluppo adolescenziale, quando spesso i disturbi psichiatrici fanno il loro esordio, i successi e gli insuccessi delle cure parentali infantili vengono al pettine. Durante l'adolescenza, il clima familiare e la qualità del contatto con i genitori sono, ancora una volta, fattori significativi che influenzeranno l'individuazione e l'affermazione dell'io.

METODOLOGIA

CASO CLINICO

CENNI ANAMNESTICI

R. nasce all'estero, in una famiglia di origine salentina normocostituita, madre, padre ed una sorella. Non frequenta la sezione scolastica materna a causa della presenza di riferite difficoltà relazionali. La scuola elementare e la scuola media sono caratterizzate da scarso rendimento, il bambino è definito disturbante ed irrequieto. Conseguiti i rispettivi diplomi. Competitivo nei confronti della sorella nell'ottenere attenzioni da parte della coppia genitoriale. Assenti i rapporti di amicizia e condivisione con i coetanei durante la preadolescenza e l'adolescenza, quando inizia a delinearsi un quadro clinico caratterizzato da ritiro sociale. All'interno del nucleo familiare R. assume atteggiamenti oppostivi. Mostra difficoltà nell'interiorizzare le regole e le norme, che gli vengono impartite all'interno di uno stile educativo molto permissivo. A causa di frequenti episodi di enuresi notturna, gli viene lasciato fuso del panno contenitivo fino all'età di 11 anni. A 15 anni svolge un apprendistato retribuito come elettricista, ma viene licenziato per comportamenti inadempienti. La reazione del ragazzo è rappresentata da sentimenti fallimentari, sviluppa manifestazioni ansiose ed ossessive accompagnate da defezione del tono dell'umore. Inizia così un periodo caratterizzato da acting-out eterodiretti che esitano in ricoveri in reparti psichiatrici minorili. La diagnosi è di disturbo di Asperger. Emerge una crescente difficoltà da parte della famiglia nella gestione di R. La madre inizia a manifestare sintomi distorcibili. Il ragazzo viene inserito in una struttura di riabilitazione dalla quale si allontana volontariamente dopo tre mesi per fare ritorno, da solo, nel Salento. Dopo un breve periodo trascorso in questo territorio, all'età di 22 anni, giunge presso la nostra struttura, previa valutazione psichiatrica, inviato dal CSM di competenza territoriale.

APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO NEL NOSTRO SERVIZIO

La presa in carico di un paziente comporta una serie di interventi di assessment, primo fra questi l'osservazione clinica. Abbiamo velocemente rilevato che la condotta di R. fosse caratterizzata da impulsività e assenza di regole. Disturba i compagni, è in continuo movimento, non rispetta le regole, non riesce a star seduto durante i pasti, non riconosce il pericolo, ha scarso autocontrollo ed elevata ricerca di novità. Scarso le capacità pratico-organizzative. Non somministrabile l'intera batteria di test a causa del basso livello di attenzione; dalla somministrazione della WAIS-R emerge un Q.I. pari a 73 (dato al limite della deficitarietà). Dall'elaborazione del Rorschach emergono difficoltà riferite alla sfera socio-relazionale, inadeguatezza affettiva e stili comportamentali difensivi caratterizzati da regressione. Dai colloqui effettuati con il ragazzo emerge insicurezza e preoccupazione per il futuro ma nessuna idea concreta di progettualità. Dagli incontri avuti con la coppia genitoriale si rileva profonda difficoltà nella gestione delle problematiche di R. a partire dalla prima infanzia. È chiaramente emerso uno stile educativo eccessivamente permissivo e delegante. Le richieste di aiuto, effettuate dalla famiglia nel territorio straniero, non hanno trovato adeguate e continuative risposte terapeutiche né interventi mirati alla soluzione dei problemi presenti. La sintomatologia rilevata, caratterizzata da un pattern persistente di disattenzione e impulsività che influisce sul funzionamento della persona condizionando pesantemente la sfera affettivo-relazionale, ha orientato l'equipe verso una diagnosi di Disturbo da Deficit di attenzione/iperattività (DDA) in comorbidità con la Sindrome di Asperger. Da qui la necessità di effettuare un trattamento integrato caratterizzato da:

- * INTERVENTI PSICO-EDUCATIVI (FINALIZZATI ALL'APPRENDIMENTO DI NORME E REGOLE)
- * TRAINING COGNITIVO (COGNITIVE REMEDIATION)
- * SOCIAL SKILL TRAINING
- * TERAPIA OCCUPAZIONALE CON PROGRESSIVO ALLUNGAMENTO DEI TEMPI DI ATTENZIONE E DI IMPEGNO.
- * TERAPIA FARMACOLOGICA

RISULTATI E CONCLUSIONI

In riferimento alla terapia farmacologica a luglio u.s. si è deciso di impostare un trattamento a base di Carbamazepina 600mg. die ; Carbonato di Litio 900 mg. die ; Clompramina 50mg. die. Il pz ha progressivamente manifestato un maggior controllo dell'impulsività e nel contempo si è osservato un miglioramento del pattern comportamentale. Si è quindi passati da una condizione di iperattività affettiva ad un graduale impegno rispetto alla cura degli spazi personali e comuni e all'apprendimento delle tecniche rudimentali di giardinaggio. La frequenza ai laboratori creativi è stata più assidua e sono apparse migliorate le capacità attentive e mnemoniche. Relativamente al miglioramento della cognività si è constatata la condivisione con il compagno di stanza dell'uso del computer con accesso a vari programmi.

Conclusioni: la risposta al trattamento farmacologico con stabilizzatore del tono dell'umore associata ai trattamenti cognitivo-comportamentali ed educazionali, solleva dubbi relativamente agli aspetti diagnostici inizialmente formulati. Di recente negli USA, è stata messa pesantemente in discussione la diagnosi di ADHD che potrebbe rappresentare un disagio familiare espresso dal bambino attraverso comportamenti disturbanti. (Secondo altre scuole di pensiero lo stesso disturbo potrebbe rappresentare una disregolazione del tono dell'umore che nel corso dell'età potrebbe sfociare nel disturbo bipolare).

Marcelli D., Braconnier A.,
(2006) *Adolescenza e psicopatologia*, Milano, Masson edit.

Vio C., Marzocchi G.M., Offredi F.,
(2013) *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*, Centro studi Erickson

Gabbard G.O.,
(2007) *Psichiatria psicodinamica*, quarta ed., Milano, Raffaello Cortina Editore

* *Psichiatra, Dir. Sanitario CPU*

** *Psicologa CPU*

*** *Psicologa CPU*

CPU
S.r.l.
Cento Pietre Unite
Centro di Riabilitazione Psichiatrica
Via Giuseppe Bonanno - Bari (LE)
Tel./Fax: +39 0833 752800

VP
Vito Peschiulli
Gruppo Appartamento
Via M. Sereno, 27 - Taviano (LE)
Tel. +39 0833 913026

DOMUS SALENTO
Centri di cura
Via Immacolata, 71 - Taviano LE
Tel. +39 0833 914617

AD MAIORA
Via C. Battisti, 25 - Taviano LE
Tel. +39 0833 911622