

MODELLO A TRE ASSI

Il modello a tre assi di sviluppo e di funzionamento personale e interpersonale è composto da tre assi che corrispondono a specifiche funzioni del parenting, che sono basilare, educativa e di mentalizzazione.

1) Asse primario - Funzione affettiva del parenting:

- Competenze basilari di sensibilità e responsività espresse dalla figura di attaccamento
- Permette di delineare alcune modalità di base di funzionamento dell'individuo, ovvero:
 - 1) Come un individuo ha imparato a regolare i propri stati emozionali lungo un continuum che va dallo stile deattivante (sistema parasimpatico) ad uno stile iperattivante (sistema simpatico)
 - 2) Come le sue figure di attaccamento gli hanno insegnato a usare la mente, ovvero accedere a fonti di informazioni e memorie rilevanti per una determinata situazione
 - 3) Come un individuo riesce a costruirsi nel continuum amabilità-sicurezza: da un lato abbiamo i pattern evitanti, che si strutturano con temi di non amabilità personale e non si pongono problemi di sicurezza, dall'altra i pattern resistenti con bassi livelli di sicurezza nelle relazioni ma senza mettere in dubbio l'amabilità
- A partire da questi vincoli primari si possono configurare due differenti tipi di polarità del sé, ovvero le organizzazioni di tipo distaccato e le organizzazioni di tipo coercitivo-controllante
- Per ogni tipo di organizzazione è utile ragionare su due livelli organizzativi: temi dolorosi taciti (implicito e tacito) e strategie di coping (esplicite)
- Le strategie di coping si formano all'interno della fase prescolare al fine di proteggere dai temi dolorosi taciti. Con il passaggio alla preadolescenza e adolescenza, queste andranno a plasmare in forma più stabile, astratta e esplicita l'assetto identitario dell'individuo

2) Asse secondario - Reciprocità secondaria:

- Riguarda la trasmissione di norme morali, limiti, strategie di socializzazioni e affiliazioni a gruppi o contesti sociali
- Con il superamento dell'egocentrismo infantile, vengono inserite limitazioni basate sulla moralità, che può essere esterna (non si fa perché ci sono delle regole), o interna (non si fa perché non mi sento nel giusto), attraverso un processo svolto dai genitori chiamato downregulation, ovvero l'inserimento di moderate quantità di vergogna e colpa morale
- Le emozioni centrali sono emozioni secondarie di tipo autovalutativo come la vergogna, la colpa, l'umiliazione, l'imbarazzo e il disprezzo
- Gli estremi di questo asse identificano due tipologie di parenting:
 - 1) A un estremo troviamo uno stile dove il principale veicolo di trasmissione delle norme e dei limiti è basato su criteri morali personali, che definiscono con limiti decisi ciò che si può fare e ciò che non si può
 - 2) Nell'altro estremo possiamo ritrovare uno stile di parenting in cui la trasmissione dei valori è dovuta a criteri sociali di approvazione che sono particolarmente sensibili al contesto in cui ci si trova di volta in volta
- Sul piano clinico possiamo osservare il funzionamento dell'individuo su questo asse indagando lassità-rigidità strutturale, tendenza del paziente a riportare la propria esperienza con contorni netti oppure sfumati, distinguere o meno interno ed esterno, comparsa di temi di responsabilità morale e giustizia oppure di contesto-dipendenza, prevalenza delle emozioni secondarie di autovalutazione
- Ad un estremo di questo asse possiamo ritrovare le organizzazioni di tipo **normativo**, caratterizzato da rigidi valori morali e forte senso di responsabilità
- All'altro estremo possiamo ritrovare le organizzazioni di tipo **contestualizzato**, caratterizzato da regole sociali variabili in funzione della situazione e del contesto di riferimento

3) Asse terziario - Competenze metacognitive e livelli di integrazioni del Sé:

- Capacità di rappresentazione del figlio come agente morale, portatore di pensieri, opinioni, emozioni, desideri, ...
- Permette al figlio di comprendere la mente altrui, di sviluppare un'adeguata capacità di distinzione tra apparenza e realtà e differenti visioni della realtà
- L'asse terziario definisce i diversi livelli di integrazione del Sé e le competenze di mentalizzazione lungo le quali i temi di fondo possono declinarsi
- Il continuum va da un estremo di alta integrazione del Sé o sicuro ad un bassa integrazione del Sé o disorganizzato, che può avere risvolti psicopatologici

Con lo sviluppo del pensiero astratto in adolescenza, il senso di Sé diventa oggetto di osservazione da parte dell'individuo da parte della coscienza riflessiva. Questo rende possibile l'ampliamento di orizzonti di significati personali che fino a prima non erano disponibili, portando ad una definizione svolta autonomamente più chiara del senso di Sé.

Come già detto, durante il periodo adolescenziale l'individuo inserisce all'interno del proprio Sé in modo più strutturato le strategie di coping. Avviene uno scompenso clinico quando queste strategie di coping non permettono di integrare coerentemente la narrazione strutturata di Sé e del mondo, portando a sentimenti di non amabilità e impotenza.

SVINCOLO AFFETTIVO

Per svincolo affettivo si intende il processo di graduale disinvestimento dalla famiglia d'origine al fine di indirizzarsi verso il mondo esterno in maniera indipendente; questo avviene anche perché la formazione di una coscienza riflessiva e una maggiore consapevolezza di sé permette di confermare il proprio senso di Sé. È importante notare come ci sia una differenza tra separazione emotiva (sana e fisiologica) e distacco (più problematica in quanto manca reciprocità).

Il senso di Sé è strettamente collegato con le relazioni sociali, e nel periodo adolescenziale questo si distacca dai genitori e si avvicina al mondo esterno come amici o partner. Il Sé è una struttura organizzata che presenta aspetti di continuità temporale e apertura al nuovo che con l'adolescenza diventano via via più frequenti, permettendo di articolare il suo senso di Sé in modi innovativi.

Un punto fondamentale nello svincolo affettivo è la deidealizzazione delle figure genitoriali, permettendo una riconsiderazione delle stesse, percependo le più sfumate e con le proprie vulnerabilità.

Tipico del periodo adolescenziale è l'opposizione ai genitori che ha la funzione per l'adolescente di demarcarsi ulteriormente dall'immagine dei genitori. La demarcazione dai genitori permette di avvicinarsi al gruppo di pari, una sorta di "laboratorio identitario", perché l'adolescente sperimenta nuove modalità di conferma dell'immagine di sé e contemporaneamente confrontarsi con gli altri con altri sistemi di significato, ampliando i propri significati.

Inoltre, grazie alla maturità sessuale, l'adolescente proverà le stesse emozioni critiche che sono avvenute durante l'infanzia, ma le sperimenterà all'esterno, provocando una maggiore articolazione del Sé dovuta a una maggiore presenza di perturbazioni. La presenza di discrepanze cognitivo-affettive può portare ad una maggiore difficoltà nella realizzazione e nel risolvimento di queste perturbazioni.

STILE AFFETTIVO

Lo stile affettivo si evolve a partire dallo stile di attaccamento primario, rimodellandosi nel tempo attraverso capacità cognitive e integrative che si sviluppano durante l'adolescenza.

Nell'infanzia e nella fanciullezza è fondamentale e indiscussa la centralità del sistema motivazionale dell'attaccamento rispetto agli altri sistemi interpersonali. Con il passaggio all'adolescenza, gradualmente si riduce la centralità del sistema di attaccamento e gli altri sistemi cominciano ad avere una maggiore rilevanza. Mentre nell'infanzia e nella fanciullezza il sistema dell'attaccamento gestiva gli altri sistemi, nell'adolescenza i sistemi si influenzano a vicenda e ognuno di essi va a formare e integrare il proprio Sé. Questi sistemi motivazionali sono: SM dell'attaccamento, SM sessuale, SM agonista, SM paritetico e SM accudimento-cura.

Il SM dell'attaccamento ha per esempio una forte influenza nella selezione del partner e nell'intimità che si sviluppa.

La caratteristica fondamentale del rapporto affettivo in età adolescenziale consiste nella reciproca costruzione autoreferenziale di un'immagine dell'altro in grado di stabilizzare e articolare il senso del Sé, portando ad una qualità dell'esperienza immediata che viene percepita come il proprio Sé reale. Di conseguenza le relazioni affettive sono più legate alla percezione del partner che al partner reale.

DIMENSIONI BASILARI DELLO STILE AFFETTIVO (ASSE PRIMARIO)

Il valore globalmente attribuito dal soggetto ai bisogni affettivi e sentimentali sarà strettamente collegato al suo basilare stile di regolazione emotiva.

In configurazioni **distaccate** il ruolo e l'importanza dei legami affettivi è svalutato, percepito come un dato minimo, accessorio o addirittura inutile al proprio modo di costruire la realtà e di progettare la propria esistenza. Il senso di proponibilità (sentimento soggettivo di amabilità affettiva, fisica e sessuale) presenta dei livelli bassi, con la percezione di non in grado di sollecitare risposte amorevoli dall'ambiente. Il senso di sicurezza invece è alto, in quanto danno

già per scontato la solitudine e la perdita. A seguito di un probabile rifiuto (già messo in conto nelle organizzazioni distaccate), l'adolescente utilizzerà come strategia di coping l'evitamento. Nelle configurazioni **controllanti** tende invece a essere più evidente una sorta di primarietà delle relazioni, ovvero il ruolo degli affetti e dei legami è più o meno enfatizzato e interpretato come fondamentale per la propria esistenza. Il senso di proponibilità ha elevati livelli, con risposte amorevoli nell'ambiente considerate come scontate. Il senso di sicurezza invece è basso, in quanto si attiva il processo di anxiety over relationship. La strategia di coping corrisponde nell'appesantire lo stato relazionale, in modo da risultare massimamente visibile e rendere più prevedibile e controllabile la sua percepita discontinuità nell'esserci

Il senso di proponibilità dipende dalle relazioni con il genitore eterologo, che permette una continua palestra di scambi e di giochi interpersonali che permettono la relazione futura con il sesso opposto. Sono state definite 4 possibili posizioni:

- 1) Adolescente femmina con possibilità di relazionarsi con una figura paterna di grosso rilievo emotivo: si possono osservare alti livelli di proponibilità fisica e sessuale, una percezione e valutazione del sé alta in termini di potenziale sollecitazione di risposte nell'ambiente e di attrazione nell'altro
- 2) Adolescente femmina con padre assente o periferico e madre come figura dominante: scarsa dimestichezza con il sesso maschile e scarsa seduttività
- 3) Adolescente maschio con madre emotivamente rilevante: buona conferma della propria mascolinità
- 4) Adolescente maschio con madre periferica e padre rilevante: scarsa dimestichezza con il sesso femminile, insicuri, privi di strategie e risorse interpersonali nei confronti dell'altro sesso

DIMENSIONI SECONDARIE DELLO STILE AFFETTIVO (ASSE SECONDARIO)

Le emozioni più comuni all'interno dell'adolescenza sono sicuramente quelle secondarie di tipo autovalutativo come la vergogna o l'imbarazzo, di conseguenza la scelta del partner segue una persona con cui possa dare conferme affettive con il minimo dell'esposizione. L'esordio sessuale può essere scelto a tavolino, non tanto per il proprio piacere ma per soddisfare il partner o le aspettative sociali del gruppo di riferimento. L'approccio alla vita sessuale e sentimentale sarà guidato e vincolato dalle aree emozionali critiche di colpa e responsabilità morale. Questo vincolo ha la funzione di evitare l'emergenza di contenuti che possano andare a invalidare il suo sistema di norme morali interne. Le due aree emozionali principali che possono fare uscire da questi vincoli sono la rabbia e la sessualità, perché possono attivare immagini di sé inaccettabili, in quanto viste come egodistoniche dall'individuo

COSTRUZIONE DEL SETTING CLINICO

Come già detto, l'adolescente è quell'individuo che sta iniziando a sperimentare esperienze di sé sempre più complesse e articolate in un ambito interpersonale che varia per intensità, significatività e durata, rendendolo sensibile e instabile ma anche altamente creativo e generativo

RELAZIONE TERAPEUTICA

La relazione terapeutica è un'atmosfera sicura, aperta e non giudicante che infonde fiducia e affidabilità e costituisce uno spazio di scambio tra paziente e terapeuta nel condividere pensieri, credenze ed emozioni con lo scopo di facilitare il paziente nel suo cambiamento. Gli elementi centrali sono il legame, l'accordo sugli obiettivi e compiti specifici.

La letteratura sottolinea l'importanza di stabilire con i pazienti una relazione salda e collaborativa con l'obiettivo di facilitare l'identificazione degli obiettivi terapeutici e l'esecuzione dei compiti.

La rottura dell'alleanza ha centralità nei processi interpersonali attivati durante la terapia come elemento cardine del cambiamento. Per esempio, è stato studiato il ciclo interpersonale disfunzionale, dove avviene una serie ripetuta di interazioni nella relazione terapeutica che, a partire da aspettative negative insite nello schema interpersonale maladattivo del paziente inducono il terapeuta comportamenti che confermano quelle aspettative, come una profezia che si autoavvera.

In prospettiva cognitivo-evolutiva, l'alleanza terapeutica è il risultato dell'attivazione del sistema motivazionale cooperativo inteso come tendenza innata che promuove la collaborazione tra pari in vista di un obiettivo comune

PRIMO CONTATTO

In un primo contatto è fondamentale creare sintonia con il giovane paziente, attraverso la validazione e un atteggiamento curioso per attivare cicli virtuosi sul piano cooperativo per favorire l'avvio di una possibile alleanza.

In un primo colloquio, l'obiettivo è quello di individuare se c'è uno spazio di condivisione e un'intenzione di esplorare diverse strade insieme. È importante inoltre valutare e fare sentire al centro l'adolescente, in quanto durante questo periodo è una situazione rara, e permette di ricollocare l'adolescente nella propria zona di sviluppo prossimate, riconoscendogli una individualità e la capacità di portare pensieri, opinioni, emozioni e punti di vista.

Successivamente a questa fase di colloqui di conoscenza iniziali si passerà alla fase di assessment, che si conclude con una fase di restituzione, fase in cui il terapeuta ha un ruolo più attivo e assertivo e cerca di delineare una narrazione del problema presentato che vada oltre la diagnosi meramente descrittiva ma che offra invece una via di possibile comprensione del problema. Permette inoltre di fare una proposta di lavoro, formulare obiettivi e definire le regole del segreto professionale. Nel caso di un paziente minorenne è fondamentale sottolineare l'importanza del rapporto con i genitori, per esempio in caso di chiamata dei genitori è importante la trasparenza nei confronti del paziente; è possibile inoltre svolgere interventi e sessioni in seduta allargata a cadenza variabile. Esistono alcuni criteri per il coinvolgimento dei genitori:

- Gli incontri con i genitori è bene che siano più frequenti tanto più l'età del paziente è minore
- Se l'adolescente chiede di fare una seduta allargata con i genitori, bisogna sempre acconsentire
- Le figure di attaccamento possono sentirsi escluse e/o minacciate
- Quando vanno comunicati gravi rischi di incolumità del paziente

Tutto il processo diagnostico è influenzato dalla qualità della relazione terapeutica con l'adolescente e la famiglia, che offre la possibilità di riorganizzare le ricche e intense esperienze a volte difficilmente integrabili, ponendosi nella seduta come porto sicuro per l'esplorazione di esse. Importante è il matching tra lo stile di attaccamento del paziente con quello dello psicoterapeuta. Il valore della relazione terapeutica e il suo utilizzo in senso trasformativo deve essere spalmato lungo tutto il processo psicoterapeutico. L'atteggiamento dello psicoterapeuta deve seguire l'idea che è presente un processo da far ripartire, flessibile ma allo stesso tempo di contenimento

PROCEDURE E STRUMENTI DI ASSESSMENT CON PAZIENTE ADOLESCENTE

La fase di assessment corrisponde alla fase nella quale il terapeuta organizza le informazioni in due quesiti:

- Se i sintomi permettono di definire una categoria diagnostica riconosciuta, come per esempio nel DSM-5 (**diagnosi descrittiva**); si può raggiungere attraverso strumenti standardizzati psicodiagnostici relativi al funzionamento generale, a specifici ambiti psicopatologici o a precise competenze
- Quale sia il significato del sintomo all'interno della specifica soggettività del paziente e del suo contesto affettivo interpersonale (**diagnosi esplicativa**)

Ciò che interessa di più è se e come l'individuo vede il suo disagio per giungere ad una comprensione di esso e una possibile spiegazione. L'obiettivo del terapeuta è quello di formulare una prima ampia ipotesi sull'organizzazione conoscitiva e sulla connessione tra quadro sintomatologico e quadro organizzativo dell'adolescente.

L'emergere della capacità di astrazione logica appare come l'elemento di maggiore rilievo per la comprensione e la differenziazione e integrazione del Sé nel corso dell'adolescenza, perché permette di cogliere l'esistenza di aspetti della realtà differenti da quelli che sperimenta personalmente, deducendoli a partire da ipotesi e teorie causali.

Inoltre, l'adolescente è in grado di definire uno stile affettivo preciso, perché permette un'integrazione conscia di sé e degli altri. Di conseguenza, si può notare una maggiore consapevolezza di sé come esistente indipendentemente dalla relazione con l'altro. Il sistema di attaccamento con l'adolescenza comincia ad avere un'influenza ridotta, dando maggiore spazio ad altri sistemi, in particolare il sistema agonistico; compito fondamentale dell'adolescente è quello quindi di distanziarsi gradualmente dalle figure genitoriali spostando l'attenzione più sul gruppo dei pari. Le relazioni passano da uno stato gerarchico (i genitori hanno maggiore potere) ad uno stato paritetico (si è tutti uguali, come in un gruppo di pari).

Un altro aspetto fondamentale è lo sviluppo sessuale e del sistema motivazionale sessuale. Le prime relazioni intime importanti con un partner possono combinare la funzione protettiva con

quella sessuale potenzialmente riproduttiva. In questa fase, è importante notare come i sentimenti sessuali possono confondersi con l'attaccamento affettivo.

Il terapeuta quindi si propone di formulare una prima ampia ipotesi durante la fase di assessment basandosi su alcuni elementi:

- Le caratteristiche strutturali e funzionali del sistema del giovane paziente
- Le modalità di regolazione dei propri stati interni e le modalità processuali di rappresentazione di essi
- Gli sbilanciamenti affettivi e i meccanismi di scompensazione che possono aver condotto alla sofferenza sintomatologica l'adolescente

L'assessment viene svolto secondo tre passaggi:

- 1) Definizione del problema e analisi cognitiva e funzionale del sintomo: attraverso l'osservazione dell'esperienza interna del paziente nei momenti sintomatologici è possibile collegare questi ultimi al modo in cui l'adolescente li costruisce, ai significati personali che dà loro, spostando l'operazione da un problem solving ad un problem setting
- 2) Analisi storica del sintomo: dettagliata ricostruzione della fase di insorgenza del problema, la sua connessione con eventi familiari o ambientali specifici, l'evoluzione e le modificazioni che ha subito nel tempo, in termini di intensità e di frequenza, in funzione anche di eventuali cambiamenti nel contesto interpersonale
- 3) Modello a tre assi: riguardo **l'asse primario**, il clinico si chiede: come regola i suoi stati interni (deattivanti o iperattivanti)?, come utilizza la relazione con le sue figure significative o con il terapeuta?, quali sistemi di memoria tende ad utilizzare (immagini sensoriali, linguaggio connotativo/evocativo, o dati procedurali)? . Riguardo **l'asse secondario** si indaga: livello di rigidità/lassità, tendenza a raccontare con contorni netti oppure sfumati, tendenza o meno di distinguere tra interno o esterno. Riguardo **l'asse terziario**, viene indagato il monitoraggio della propria esperienza interna e degli stati mentali altrui, di differenziazione, di relazione tra le variabili, di integrazione di decentramento

Uno strumento che viene utilizzato è l'autocaratterizzazione, che raccoglie una narrazione svolta dal paziente stesso in terza persona a cui segue una intervista al fine di analizzarne il testo e approfondirlo

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO NEL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI

La preadolescenza e l'adolescenza sono periodi sensibili per lo sviluppo di disturbi e psicopatologie.

Tra i 12 e i 25 anni avviene un processo chiamato potatura di connessioni cerebrali al fine di consolidare e sviluppare capacità che si manifestano nel periodo. È possibile notare come negli adolescenti la componente emotiva sia più ponderante rispetto all'età adulta, in quanto l'area limbica si sviluppa precedentemente rispetto alla corteccia prefrontale, deputata al controllo e all'organizzazione del comportamento. Negli adolescenti infatti è importante il sensation seeking, ovvero la ricerca e sperimentazione di nuove sensazioni e esperienze associate alla presenza di rischi fisici o sociali.

L'approccio terapeutico è fondamentale sia svolto tenendo in considerazione lo sviluppo del paziente. L'approccio deve essere basato su evidenze scientifiche e prove di efficacia (Evidence based Medicine, EBM). L'utilizzo degli psicofarmaci viene valutato di volta in volta in base alle caratteristiche del paziente e alla fase del disturbo nel quale si trova e alla compromissione del funzionamento scolastico, sociale e familiare.

I principali trattamenti EBM per disturbi psichiatrici in infanzia e adolescenza con rispettivi trattamenti sono:

- Anoressia nervosa: terapia familiare
- Disturbi dello spettro autistico: terapia mediata dai genitori, analisi applicata del comportamento (ABA), Early Start Denver Model (ESDM)
- Depressione lieve e/o reattiva: CBT
- Depressione grave: trattamento farmacologico e CBT
- Disturbi d'ansia: CBT
- Disturbi d'ansia con rilevante compromissione del funzionamento globale: trattamento farmacologico e CBT

- Disturbi del comportamento: Parent training e CBT
- Disturbi psicotici: trattamento farmacologico, supporto familiare e CBT

INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI RIVOLTI AD ADOLESCENTI CON DISTURBI PSICOPATOLOGICI

Gli interventi psicoterapeutici sono il trattamento di elezione nei confronti di casi di lieve e media entità; in casi gravi il trattamento psicoterapeutico viene affiancato da un trattamento farmacologico.

Nei casi di adolescenti con disturbo depressivo da moderato a severo la prima scelta dovrebbe essere l'utilizzo di un intervento psicoterapeutico per almeno 3 mesi; in caso di disturbo severo è possibile utilizzare una terapia farmacologica concomitante.

Nel caso di disturbi d'ansia la prima scelta è la CBT ad alta intensità, ovvero 16 incontri di un'ora in 4 mesi. In caso di lieve entità sono consigliati interventi precoci ai genitori di bassa intensità, ovvero 8 incontri per due mesi.

Nel caso di disturbo ossessivo-compulsivo, le linee guida propongono un approccio CBT di gruppo o individuale e coinvolgere la famiglia.

Per i disturbi esternalizzanti e del comportamento si promuove un approccio multimodale e multisistemico che coinvolga l'adolescente e la famiglia, promuovendo supporto genitoriale e supporto scolastico (farmacologico solamente in caso di gravi entità del disturbo).

Nel trattamento del disturbo post traumatico da stress (PTSD) si svolge una terapia di CBT focalizzata sul trauma.

I disturbi del comportamento alimentare prevede l'utilizzo della terapia familiare, soprattutto in casi di anoressia nervosa.

Nel caso di psicosi e schizofrenia, le terapie concomitanti sono una terapia farmacologica, familiare e psicoeducativa.

L'approccio nell'adolescenza deve essere multisetting, ovvero comprendere tutti i setting nel quale l'adolescente si ritrova, come la famiglia, la scuola, i pari, ... Inoltre è importante utilizzare un coinvolgimento di vari professionisti (come psichiatri, fisioterapisti, tutor didattici, ...) per comprendere tutti i setting.

INTERVENTO INDIVIDUALE

Tre livelli d'intervento complementari:

- Intervento di strutturazione della relazione terapeutica empatica che consenta al paziente di affidarsi e consolidarsi
- Intervento diretto sulla sintomatologia esperita con un intervento diretto alla modificazione e riduzione di essa
- Potenziamento dei fattori di protezione e resilienza dell'adolescente e della sua famiglia

INTERVENTO RIVOLTO AI GENITORI

È importante che i genitori siano una parte attiva all'interno della terapia. Il parent training è un intervento CBT con obiettivo principale quello di fornire istruzioni su come fronteggiare la sintomatologia dell'adolescente nella vita di tutti i giorni, aiutando i genitori a mettere in atto comportamenti e processi di analisi dei problemi che possono verificarsi nella vita di tutti i giorni in famiglia

INTERVENTO RIVOLTO AGLI INSEGNANTI

Il teacher training sono incontri psicoeducativi volti a facilitare l'utilizzo di strategie comportamentali e cognitive per incrementare i comportamenti funzionali nell'adolescente.

Questo comporta la riduzione delle richieste scolastiche, facilitazione della partecipazione dell'alunno, incoraggiamento nell'interazione con i compagni di classe, potenziare i successi piuttosto che i fallimenti e premiare i risultati raggiunti

INTERVENTI FARMACOLOGICI

La scarsità di studi in merito ai trattamenti farmacologici in adolescenza favorisce l'utilizzo di farmaci off-label, ovvero farmaci registrati ma utilizzati in modo non conforme a quanto previsto dalle caratteristiche del prodotto. Può essere prescritto solamente in presenza di valide pubblicazioni scientifiche a supporto.

I farmaci possono essere:

- Anti depressivi e ansiolitici: la fluoxetina è un farmaco che può essere somministrato a partire dagli 8 anni. Permette il trattamento di episodi di depressione maggiore di grado medio o grave; la sertralina è indicata nel trattamento del DOC tra i 6 e i 17 anni
- Benzodiazepine: il lorazepam è indicato nel trattamento di bambini al di sopra dei 12 anni con stati ansiosi, manifestazioni e lamentele somatiche e insonnia
- Antipsicotici: l'Aripiprazolo è indicato nel trattamento di schizofrenia a esordio precoce al di sopra dei 15 anni; può essere utilizzato anche per episodi maniacali di grado medio o grave nel disturbo bipolare a partire dai 13 anni per massimo 12 settimane. Il Risperidone è indicato per il trattamento a breve termine dell'aggressività dai 5 anni. Il Ziprasidone è indicato per il trattamento di episodi maniacali tra i 10 e i 17 anni. La Clorpromazina è indicata nei trattamenti di schizofrenia, mania, psicosi da sostanze stupefacenti, disturbi d'ansia gravi se resistenti alla terapia ansiolitica e in depressione con agitazione e deliri. La Promazina è indicata nei trattamenti per l'aggressività, la schizofrenia, i disturbi psicotici in adolescenti sopra i 12 anni
- Stabilizzatori dell'umore: il litio è indicato nei trattamenti degli stati di eccitazione di tipo maniacale e ipomaniacale e negli stati di depressione tra i 12 e i 18 anni
- Psicostimolanti: il Metilfenidato è indicato nei trattamenti dell'ADHD a partire dai 6 anni

DISTURBI DELLO SPETTRO ANSIOSO

Il concetto di ansia in adolescenza presenta senz'altro diversi elementi di continuità ma anche aspetti emergenti, legati alle crescenti capacità di mentalizzazione, allo sviluppo identitario e al ruolo delle relazioni tra i pari

DISTURBO DA ANSIA DI SEPARAZIONE

L'adolescente con disturbo d'ansia di separazione presenta una paura eccessiva riguardo alla separazione da casa o dalle figure d'attaccamento. Sono molto comuni le somatizzazioni quali mal di testa, dolori allo stomaco, sensazioni di svenimento e dispnea. È presente una vivida ideazione catastrofica nei confronti del Sé percepito come vulnerabile e delle proprie figure d'attaccamento percepite come costantemente a rischio.

Criteri di classificazioni, prevalenza, esordio e decorso

La prevalenza del disturbo diminuisce con il passare dell'età, tuttavia è possibile notare diversi elementi di continuità come l'ansia di separazione e lo spettro panico-agorafobico

L'esordio si colloca in età prescolare/scolare, molto più raramente in adolescenza

Il decorso è determinato dall'esordio, dalla durata dei sintomi e alla frequente comorbidità con altri disturbi ansiosi o depressivi; si possono notare tratti di dipendenza e iperperettività, così come l'evitamento di situazioni che implicano la separazione dalla propria casa o dal nucleo familiare, limitando le esperienze sociali e la possibilità di cambiamento

Metodi e strumenti specifici di assessment

Iniziale incontro con i genitori per raccogliere i dati anamnestici e definire la problematica secondo una prospettiva dei genitori. Al secondo incontro è presente anche il ragazzo per condividere le ragioni per il quale si richiede un intervento terapeutico. Successivamente vengono proposti individualmente questionari (come Antecedents, Behavior, Consequences, ABC), per osservare comportamenti, antecedenti e conseguenze. Possono essere utilizzati anche altri strumenti come il Child Behavioral Checklist (CBCL), la Multidimensional Anxiety Scale for Children 2 (MASC2), la Children's Depression Inventory 2 (CDI2) e le scale psichiatriche di auto somministrazione per fanciulli e adolescente (SAFA), tutti in forma self-report

Sintesi diagnostica e riformulazione in termini interni del problema

Modello a tre assi:

- 1) Polarità organizzativa del Sé controllante o coercitiva, con un io stile iperattivante, privilegiando le fonti di informazione emotiva a discapito dell'ordinamento cognitivo e privilegiando tra i sistemi di memoria le immagini e il linguaggio connotativo
- 2) Richiesta di adesione alle regole e assunzione di maggiore responsabilità
- 3) Competenze integrative e metacognitive che permettono l'esprimersi del loro assetto in termini nevrotici, presentando quindi deficit sui quali bisogna lavorare ma allo stesso tempo che non bloccano

Strategie di intervento

Il lavoro di auto osservazione permette al paziente di accedere ai propri stati mentali collegati ad una specifica situazione, differenziando pensieri ed emozioni e riconoscendo la relazione tra queste variabili. Si può utilizzare la tecnica della moviola al fine di analizzare una situazione ricostruendola nei dettagli. L'area emotiva principale è la paura e si andrà ad operare sia sulla parte somatica che sulla parte ideativa e comportamentale di essa. Lo scoppio dell'intervento è quello di introdurre maggiori capacità di ordinamento concettuale e di regolazione interna degli stati emotivi. È utile promuovere una maggiore consapevolezza delle sensazioni corporee connesse alle emozioni anche attraverso l'utilizzo di tecniche di respirazione o tecniche immaginative del "luogo sicuro" per favorire lo stato di rilassamento. Inoltre è utile una trasformazione della componente verbale proposizionale di tipo catastrofico e assolutistico ad una più statica attraverso un processo di ristrutturazione cognitiva

DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

Chiamato anche fobia sociale, presenta una marcata ansia relativa a situazioni sociali in cui ci si aspetta di essere giudicati negativamente dagli altri

Criteri di classificazione, prevalenza, esordio e decorso

La prevalenza è del 2.3%, con più casi nelle femmine rispetto che nei maschi.

L'esordio è collocato nella preadolescenza, mediamente intorno ai 13 anni; il 75% degli individui manifesta i primi sintomi tra gli 8 e i 15 anni, e il 90% entro i 23 anni.

Con il crescere dell'età i sintomi tendono ad affievolirsi.

Il disturbo d'ansia sociale è associato ad alti livelli di abbandono scolastico e di ritiro sociale ed è spesso in comorbidità con altri disturbi d'ansia, depressivi e di uso di sostanze

Metodi e strumenti specifici di assessment

Non si discosta molto dal precedente; viene sempre utilizzato l'ABC

Sintesi diagnostica e riformulazione in termini interni del problema

Centro dell'attenzione è l'asse secondario, in quanto gli individui con disturbo d'ansia sociale hanno strutturazioni del Sé di tipo contestualizzato, ovvero le norme variano in base al contesto in cui si trovano, con lo sviluppo di un senso di sé vago e indefinito. Le aree emozionali critiche sono proprio quelle della vergogna e della rabbia da intrusività.

Per quanto riguarda l'asse terziario le capacità integrative e metacognitive dell'adolescente permettono l'esprimersi del loro assetto in termini nevrotici ma che comunque non blocca

Strategie di intervento e relazione terapeutica

Si lavora su tutte le componenti dell'area emozionale della vergogna, come la parte somatica, dove si farà un intervento di respirazione e riconoscimento degli indici somatici della vergogna producendo un effetto di consapevolezza.

In ambito cognitivo si lavora sull'identificazione delle convinzioni disfunzionali su se stessi rendendole meno assolutistiche e più statiche; la CBT propone l'utilizzo delle tecniche espositive come il trattamento di elezione, permettendo le procedure di esposizione in vivo con l'eliminazione dei comportamenti di evitamento e/o protettivi. Viene inoltre utilizzata la tecnica della moviola.

MUTISMO SELETTIVO

Costante incapacità di parlare in situazioni sociali peculiari. Il mutismo funge da strategia compensatoria finalizzata alla riduzione dell'ansia durante le interazioni sociali

Criteri di classificazione, prevalenza, esordio e decorso

La prevalenza varia tra lo 0.03% all'1%, con una maggiore incidenza su bambini e adolescenti di famiglie bilingue o immigrati. Omogeneità di genere.

L'esordio si colloca nella prima infanzia, intorno ai 4 anni.

Il decorso è estremamente variabile, può persistere alcuni mesi oppure cronicizzarsi. La durata media è di 8 anni, di conseguenza è importante una diagnosi precoce

Metodi e strumenti specifici di assessment

Non esistono attualmente test validati in lingua italiana specifici per il mutismo selettivo

Concettualizzazioni del disturbo in ottica costruttivista e evolutiva

È possibile osservare itinerari di sviluppo di tipo coercitivo o controllante, in cui il silenzio svolge un'azione di controllo sull'ambiente circostante. L'area emozionale critica è quella della vergogna. Le competenze metacognitive presentano gravi deficit integrativi a livello di monitoraggio, differenziazione, decentramento e mastery

Strategie di intervento

È fondamentale essere realistici per garantire la consapevolezza. È importante coinvolgere l'adolescente all'interno del percorso di cura, favorendo l'alleanza terapeutica e il sistema motivazionale interpersonale. Il paziente avrà un'esperienza pluriennale nel nascondere la manifestazione dei segnali ansiosi, quindi prima è bene ridurre i sintomi ansiosi, i rinforzi negativi e gli evitamenti che sottendono il disturbo. Il percorso è lento e graduale, ma piano piano bisogna portare il paziente fuori dalla propria comfort zone.

È importante un approccio multidisciplinare come è anche importante far sapere al paziente che non gli si chiederanno più cambiamenti di quanti lui ne voglia fare. Si può anche pensare ad una terapia farmacologica. Utile l'uso dell'ironia e dell'autoironia

RITIRO SOCIALE E ISOLAMENTO

La caratteristica principale del ritiro è l'allontanamento dal gruppo dei pari che può portare a difficoltà socioemotive o scolastiche. Si distingue dall'isolamento perché l'isolamento è svolto dai pari nei confronti dell'adolescente.

Esistono diversi fattori che portano l'adolescente ad allontanarsi dal gruppo. In primo i fattori ambientali, poi fattori individuali, quale l'essere maggiormente predisposto a reagire con timore alle situazioni sociali poco conosciute. Altri fattori possono essere i fattori contestuali, come la poca sensibilità genitoriale, lo scarso supporto o l'ostilità dei genitori. Può portare a diversi tipi di disturbi successivi quali ansia, depressione e solitudine.

DIVERSE FORME DI RITIRO SOCIALE

Jens Asendorp identifica due motivazioni al ritiro sociale che si combinano tra di loro; sono:

- La motivazione all'approccio sociale, ovvero il desiderio di instaurare un rapporto con gli altri
- Motivazione all'evitamento sociale, ovvero la tendenza a evitare le relazioni con gli altri

Queste si combinano in tre diversi tipi di ritiri sociali:

- 1) **Timidezza:** caratteristica temperamentale che porta a sperimentare disagio e/o diffidenza di fronte a situazioni poco conosciute o quando si percepisce una valutazione da parte degli altri. Presentano contemporaneamente alta motivazione all'approccio sociale e alta motivazione all'evitamento sociale, ovvero desiderano interagire con gli altri ma per paura ansia e imbarazzo si ritirano. I timidi presentano un fattore di rischio per l'ansia sociale e problemi nelle regolazioni delle emozioni; inoltre mostrano una bassa autostima e ritardo nel passaggio nelle diverse fasi di vita
- 2) **Evitamento:** combinazione del basso approccio sociale e alta motivazione all'evitamento, desiderando quindi di stare da soli piuttosto che con altri. Le esperienze di rifiuto che hanno con il gruppo dei pari possono portare e aumentare il ritiro sociale, provocando in alcuni casi anche anedonia sociale (scarsa capacità di trarre piacere dalle interazioni sociali)
- 3) **Disinteresse sociale:** bassa motivazione all'approccio sociale e bassa motivazione all'evitamento. Questi individui semplicemente preferiscono la solitudine, essendo anche in grado di rapportarsi con le altre persone

FATTORI PROTETTIVI DELLE DIVERSE FORME DI RITIRO SOCIALE

I fattori protettivi possono distinguersi in due categorie:

- Fattori individuali, quali capacità regolare e comprendere le emozioni, l'utilizzo di strategie di problem solving e l'utilizzo del linguaggio pragmatico
- Fattori contestuali, come la presenza di uno stile genitoriale premuroso, relazioni d'attaccamento sicure con gli insegnanti, essere accettati e benvoluti dai pari

METODI E STRUMENTI SPECIFICI DI ASSESSMENT

Deve essere multiforme e multimetodo, ovvero comprendere l'adolescente e le figure che fanno parte della sua vita sociale per quanto possibile. Tra i vari strumenti diagnostici possiamo trovare:

- Child Social Preference Scale (CSPS), rileva le tre forme di ritiro sociale
- Cheek and Buss Shyness Scale (CBSS), valuta la umidezza e permette di comprendere i propri stati emotivi in diverse situazioni sociali

- Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) e Social Phobia Scale (SPS) per la valutazione dell'ansia nelle interazioni sociali
- UCLA o Loneliness Scale per la valutazione del senso di solitudine dell'adolescente
- Beck Depression Inventory (BDI) per la valutazione degli stati depressivi
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory per adolescenti (MMPI-A), Big-5 e Bad-5 per i casi gravi per valutare la personalità

STRATEGIE E TECNICHE PSICOTERAPEUTICHE

Il lavoro psicoterapeutico si basa sui seguenti obiettivi:

- Diminuire le fonti di stress
- Organizzare le attività quotidiane
- Analisi dei contenuti (stati mentali) e del loro padroneggiamento
- Migliorare le competenze emotive e sociali
- Incontri di parent training con i genitori

Come terapia metacognitiva si utilizza la terapia metacognitiva interpersonale (TMI) che ha l'obiettivo di strategico i la riduzione del senso di estraneità e di mancanza di connessione con l'ambiente sociale; agisce su due fronti: favorisce lo sviluppo e il potenziamento del monitoraggio (capacità di identificare gli stati mentali e la relazione tra pensieri emozioni e comportamenti) e del decentramento (capacità di svolgere ipotesi attendibili sullo stato mentale altrui) e promuove lo sviluppo di nuove competenze individuali

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) fa riferimento ad un'area psicopatologica a lungo considerata particolarmente grave e difficile da trattare. Nel DOC determinate azioni o determinati pensieri si trasformano da abitudine gradevole a pensieri ossessivi o azioni compulsive o in entrambi i fenomeni, che pregiudicano a vita dell'individuo e quella dei familiari. Le ossessioni riguardano pensieri intrusivi avvertiti come fenomeni estranei alla volontà del soggetto, mentre le compulsioni sono azioni svolte come dei rituali che il soggetto deve svolgere perché risolvono l'angoscia di non svolgerli, dando un senso di costrizione dal quale il ragazzo non può uscire. Nel DSM-5 viene inoltre proposta un'ulteriore categoria del DOC, ovvero il DOC con tic.

Rispetto agli adulti, bambini e adolescenti non hanno bene in considerazione la loro difficoltà, ritenendo le ossessioni e le compulsioni come comportamenti protettivi e abituali (c'è però un alto grado di variabilità di insight nei pazienti con DOC).

Nel DOC è fondamentale per gli individui avere un senso di certezza o completezza, in quanto presentano una scarsa tolleranza all'incertezza, nonostante sia molto specifica: il soggetto può tranquillamente tollerare le incertezze della vita di tutti i giorni ma non riesce a sopportare l'incertezza nel proprio ambito di compulsione

TIPOLOGIE DI DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Vengono indicate 7 tipologie di DOC:

- 1) Disturbi da contaminazione: insistente fissazione che loro stessi o uno dei propri familiari si possa ammalare a seguito del contatto con qualche invisibile germe o sostanza. Lo sporco può inoltre essere di natura sociale (il tossicodipendente, il clochard, ...) o metafisica (il diavolo, il male, ...). Se avviene un contatto con un luogo ritenuto come contaminato, iniziano i rituali di lavaggio volti a neutralizzare le sostanze nocive
- 2) Disturbi da controllo: ossessioni e compulsioni protratti e ripetuti senza necessità, volti a riparare o prevenire gravi disgrazie o incidenti. Si può osservare la tendenza a controllare e ricontrollare per tranquillizzarsi riguardo al dubbio ossessivo di aver fatto qualcosa di male e non ricordarlo e per prevenire qualunque possibile danno
- 3) Ossessioni pure: pensieri o immagini relative a scene in cui il paziente attua comportamenti indesiderati o inaccettabili, privi di senso, pericolosi, socialmente sconvenienti. Il paziente pensa di essere realmente una persona violenta, con condotte inadeguate, ..., di conseguenza vive nel terrore che le sue ossessioni diventino realtà
- 4) Superstizione eccessiva: pensiero superstizioso portato all'eccesso, ovvero si pensa che pronunciare o meno certe parole, fare o meno determinate azioni, vedere o non vedere determinate cose, certi numeri o colori, contare o non contare un numero preciso di volte degli oggetti, ripetere o non ripetere particolari azioni il numero giusto di volte sia determinante per l'esito degli eventi

- 5) Ordine e simmetria: chi ne soffre non tollera che gli oggetti siano posti in modo minimamente disordinato o asimmetrico, perché provoca un mancato senso di armonia e logicità; di conseguenza, questi individui passano ore ed ore a sistemare e mettere in ordine questi oggetti fino a quando non si sentono tranquilli
- 6) Accumulo/accaparramento (hoarding): conservare oggetti insignificanti e inservibili, non rendendosi conto dell'eccesso in cui incorrono
- 7) Compulsioni mentali: precisi cerimoniali mentali per scongiurare la possibilità che si avveri il contenuto del pensiero ossessivo e ridurre di conseguenza l'ansia

INCIDENZA DEL DISTURBO E COMORBIDITÀ

Oltre il 50% delle persone con DOC ha le prime manifestazioni della malattia durante l'infanzia e l'adolescenza. Il tasso è più alto nei bambini e negli adolescenti rispetto che negli adulti, con i bambini con richieste di rassicurazioni maggiori nei confronti dei genitori e comorbidity con disturbo d'ansia da separazione, e negli adolescenti più ossessioni religiose e sessuali, meno ossessioni da contaminazione e compulsione alla pulizia rispetto agli adulti.

Per gli adolescenti si sono riscontrati tassi di comorbidity con ADHD, disturbi dell'umore, da sostanze o dell'alimentazione. Le compulsioni più comuni erano il controllo, la ripetizione di attività di routine e l'ordinamento e disposizione di oggetti.

ASPETTI PSICOPATOLOGICI

Alla base si trova il senso di colpa, che può essere distinto in due: senso di colpa altruistico (empatia nei confronti dell'altro che si pensa di aver causato la sua sofferenza o di non averlo aiutato) e il senso di colpa morale (compromissione dei propri scopi caratterizzati dal rispetto della gerarchia e funzionali all'ordine interpersonale). Inoltre, individui con il DOC sono particolarmente sensibili ad accuse e critiche sprezzanti a causa delle loro colpe, reali o temute. Diversi autori sottolineano il ruolo della Not Just Right Experience (NJRE), ovvero la sensazione che qualcosa non è come dovrebbe essere, ovvero uno scarto tra ciò che percepiamo e alcuni nostri sistemi di riferimento (ma non tutti)

In termini di modello a tre assi:

- 1) Modelli di attaccamento ansioso resistente e ansioso evitante
- 2) Due tipi di contesti educativi: clima familiare rigido e caratterizzato da una forte moralità oppure un itinerario troppo deresponsabilizzante che non consenti di essere mai massi a confronto con la propria responsabilità morale
- 3) Aree emotive critiche sono la colpa deontologica e temi di responsabilità morale

ASSESSMENT

I primi colloqui di assessment hanno lo scopo di accogliere il paziente e ottenere una descrizione sufficientemente chiara dei comportamenti compulsivi, della frequenza, dei pensieri, delle immagini e delle paure che li tengono attivi.

I criteri diagnostici del DSM già definiscono le aree sul quale operare, e si dovrebbero tenere in considerazione i seguenti punti:

- Frequenza e durata dei comportamenti ossessivo-compulsivi
- Valutazione dell'ansia e ruolo nel disturbo
- Circostanze e contesto in cui si manifestano
- Ruolo dell'ambiente nell'aumentare o diminuire i sintomi
- Verbalizzazioni interne prima, durante e dopo il rituale ossessivo
- Eventuali stati di depressioni o altri disturbi associati
- Motivazione del paziente e della sua famiglia rispetto alla terapia

Inoltre è utile utilizzare l'ABC appositamente redatto per il DOC. L'obiettivo è quello di ritrovare tutte quelle "molle" che attivano il sintomo e raccoglierle sotto cluster o aree tematiche, che poi saranno studiate al fine di identificare insieme al paziente l'emozione attivata (utile la scrittura del paziente dei suoi pensieri in un contesto specifico).

Successivamente si indagano i vari rituali.

INTERVENTO TERAPEUTICO

Importante la concomitanza di CBT, terapia farmacologica e interventi di tipo psicoeducativo

DISTURBI DELL'UMORE

Accanto ai fattori di stress primari (stressor), che attivano strumenti adattivi di base per la sopravvivenza comuni a tutti gli individui, si sviluppano a partire dall'attaccamento fattori di stress secondari, di natura relazionale, che attivano strumenti adattivi specializzati per le interazioni socioculturali. Questi stressor secondari sono pericolo, solitudine, giudizio e dovere. La suscettibilità a stressor specifici porta a un determinato repertorio di attivazioni neuronali.

Le relazioni di attaccamento nelle quali vengono privilegiate le emozioni di base costruiranno una reciprocità basata su aspetti di tipo fisico, mentre le relazioni di attaccamento nel quale vengono privilegiate emozioni di tipo autovalutativo andranno a costruire reciprocità di tipo semantico. Allo stesso modo, le relazioni di attaccamento nelle quali sono le attivazioni emotive sono inibite e controllate attraverso funzioni cognitive andranno a sviluppare una reciprocità offline, mentre nelle relazioni di attaccamento dove le attivazioni emotive sono potenziate e incoraggiate andranno a formare reciprocità online. Quindi la reciprocità di un individuo corrisponde all'intersezione degli assi fisico-semantico e offline-online. A partire da questo è possibile distinguere 4 differenti tipologie di organizzazioni di personalità (OP):

- 1) OP di tipo controllante: resilienza allo stress secondario di pericolo, reciprocità fisica online basata sulla vicinanza e paura come emozione spia
- 2) OP di tipo distaccato: resilienza allo stress secondario di solitudine, reciprocità fisica offline basata sulla lontananza e tristezza come emozione spia
- 3) OP di tipo contestualizzato: resilienza allo stress secondario di giudizio, reciprocità secondaria online basata sulla situazione contingente e vergogna come emozione spia
- 4) OP di tipo normativo: resilienza allo stress secondario di dovere, reciprocità secondaria offline basata sui valori che non cambiano e colpa come emozione spia

Queste 4 OP vanno successivamente a formare nell'infanzia un repertorio emozionale che permette di gestire le situazioni stressanti di secondo livello. In adolescenza questo repertorio si sposta di livello in quanto comincia la costruzione del Sé e della propria immagine, portando l'identità a diventare un progetto di vita

CARATTERISTICHE CLINICHE EDI DISTURBI DELL'UMORE

Le oscillazioni dell'umore, in particolare la depressione, sono collocabili all'interno di uno spettro che va da aspetti fisiologici (a valenza adattiva) fino a aspetti psicopatologici (interferisce con le potenzialità dell'individuo). Le fasi di depressione rappresentano momenti di alta criticità e difficoltà nell'adolescente. Questa difficoltà può essere dovuta a improvvise accelerazioni della depressione che modificano la percezione del tempo congelando l'immagine di sé, ma è anche dovuta a una non corrispondenza tra i segnali e le espressioni di sofferenza che il giovane comunica all'esterno e il disagio che deriva dalla perturbazione dell'equilibrio e della coerenza interna.

Tipico della depressione sono i sentimenti di non aiutabilità, che affondano le radici in comportamenti suicidari, questo dovuto al fatto che gli adolescenti abbiano ancora limitate capacità prospettive e gestionali soprattutto per quanto riguarda il controllo dell'impulsività e la difficoltà nel leggere in forma più articolata l'esperienza e avvalersene.

Dal punto di vista clinico è possibile osservare un'ampia gamma di variabilità: le depressioni possono presentarsi con espressioni comportamentali eclatanti, con atteggiamenti inibiti o disturbi psicosomatici o comportamenti autolesivi. Secondo il DSM-5 i disturbi depressivi includono:

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo depressivo dovuto ad altre condizioni mediche
- Disturbo depressivo con altra specificazione
- Disturbo depressivo senza specificazione

Ci occuperemo solamente del disturbo depressivo maggiore (DDM), a cui si associano sintomi come ansia, irrequietezza, irritabilità e disturbi della sfera somatica. L'attività ideativa e le funzioni cognitive subiscono un rallentamento fino al bradipsichismo, all'eloquio povero e stentato. Anche l'attività motoria, la gestualità e la mimica possono essere rallentati. La vita psichica è dominata da tristezza, noia, solitudine, vuoto e perdita. Sono inoltre presenti disturbi del sonno. Il quadro depressivo più grave in adolescenza è quello associato a sintomi psicotici, con allucinazioni che repentino contenuti di colpa, persecuzione o inadeguatezza.

Un'ulteriore manifestazione è il disturbo depressivo persistente, ovvero umore depresso o irritabile con un decorso di almeno un anno senza intervalli superiori ai due mesi

- Adolescenti con OP controllante: la depressione consegue difficoltà nel gestire il controllo di due bisogni coesistenti ma antitetici: quello di prossimità fisica ad una persona valutata come protettiva e quello di mantenimento di una distanza dalla stessa persona per il mantenimento di libertà personale. Quando il controllo non riesce si manifesta la sintomatologia, con attivazione di pattern di ansia, seguita da depressione dell'umore se non si recupera il controllo. Presentano inibizione psicomotoria, astenia, impressione che tutto sia perduto. In caso acuto possono svilupparsi attacchi di panico
- Adolescenti con OP distaccata: il tentativo di superare lo stato di precarietà e isolamento spinge ad investire in prima persona sul piano scolastico e sul piano affettivo per mettere alla prova la propria autonomia. Ne consegue un senso di distacco rispetto agli altri e al mondo che è percepito come oggettivo e che si riattiva in ogni circostanza vissuta come negativa. Tendenza a investire parzialmente nei rapporti oppure evitarli e svalutarli. La depressione del tono dell'umore si presenta a seguito di esperienze tacite di perdita, solitudine e rifiuto. In più il soggetto può costruire un senso di Sé di persona poco amabile
- Adolescenti con OP contestualizzato: l'interiorizzazione delle conferme ricevute consente di costruire un buon senso di Sé e di investire negli ambiti in cui ci si ritiene più capaci. Le eventuali disconferme possono essere lette come eventi negativi che dispiacciono ma non compromettono l'equilibrio interno, e possono essere superate grazie a strategie e scelte più efficaci per raggiungere il proprio obiettivo o attraverso la ricerca di nuovi obiettivi. Gli episodi di depressione sono caratterizzati da forme di evitamento totale di esposizione a forme in cui ci si sottra al rischio di disconferme (solitamente queste forme avvengono in soggetti con confini personali incerti). Questo porta a mostrarsi forti e vincenti esteriormente e dentro ci si sente deboli, inconsistenti e quindi cattivi. Gli eventi perturbanti sono le disconferme
- Adolescenti con OP normativo: depressione monopolare, in quanto l'abbassamento dell'umore avviene a seguito di un vissuto di incapacità personale nell'essere perfetti come si dovrebbe o al non adeguamento da parte degli altri alle proprie ragioni, che provoca un senso di dubbio. Gli episodi depressivi si manifestano con depressione maggiore e distimia.

METODI E STRUMENTI DI ASSESSMENT

La CBT prevede diversi aspetti: costruzione del setting, assessment, definizione del problema e messa a fuoco degli episodi significativi in cui si è manifestato il problema, riordinamento dell'esperienza vissuta con una sua riformulazione da una prospettiva più adattiva consentita dalla propria OP

Il setting riguarda il contesto psicocomportamentale che media la relazione terapeutica e la rende clinicamente efficace. Il paziente verrà inserito all'interno di una cooperazione esplorativa che consente di focalizzare l'attenzione su modalità soggettive attraverso cui l'esperienza immediata viene riordinata in termini di spiegazioni

L'assessment avviene attraverso due strumenti testistici:

- 1) Mini questionario sulla organizzazione personale (MQOP), esplora l'OP del soggetto attraverso la risposta a 20 item
- 2) Post-Rationalist Projective Reactive (PRPR), un reattivo costituito da 20 tavole raffiguranti personaggi e situazione che indaga attraverso le storie e le attivazioni che il soggetto ricava da esse, anche il livello tacito con cui si riferisce l'esperienza

Nel colloquio clinico si sviluppa la terapia attraverso una adeguata definizione del problema portato dal paziente, il riordinamento dell'esperienza disturbante per poi giungere ad una riformulazione interna del problema clinico presentato. È utile partire da un problema attuale ricostruendo la situazione in cui esso è emerso

STRATEGIE E TECNICHE PSICOTERAPEUTICHE

Fondamentale mettere a fuoco come un soggetto faccia esperienza costruendo il suo significato personale, percependo si dapprima a livello tacito poi a livello esplicito

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

I DA sono dei disturbi ad alta complessità biopsicosociale, caratterizzati da un'espressività clinica mutevole dove la comorbidità medica e psichiatrica costituisce la regola piuttosto che l'eccezione.

Per quanto riguarda l'anorexia nervosa (AN), l'esordio interessa principalmente la fascia compresa tra i 12 e i 15 anni, mentre per la bulimia nervosa (BN) e binge eating disorder (BED) l'esordio è nella tarda adolescenza e prima età adulta. AN e BN sono disturbi che colpiscono in maggioranza la popolazione femminile. All'interno dei DA il DSM-5 ha inserito inoltre il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione del cibo, meglio conosciuto come ARFID, caratterizzato da stati di malnutrizione dovuti ad alimentazione selettiva, disturbo emotivo da evitamento del cibo e disfagia personale e una maggiore comorbidità con lo spettro ansioso-ossessivo, lo spettro autistico e l'area del discontrollo attentivo-comportamentale. Esistono due tipi di ARFID:

- A breve durata, caratterizzato da preoccupazioni ansiose relative all'apparato gastroenterico con un trattamento di interventi cognitivi-riabilitativi
- A lunga durata, alimentazione selettiva e comorbidità con disturbi dello spettro autistico, con maggiori probabilità di ospedalizzazioni

L'AN è caratterizzata per un'eccessiva perdita di peso con preoccupazione per il peso e per le forme corporee, portando alla minore assunzione graduale di cibo e alla conseguente malnutrizione.

La BN è caratterizzata da grandi abbuffate seguite da comportamenti compensatori come vomito autoindotto, attività fisica eccessiva, uso di lassativi, restrizione compensatoria.

Per entrambi i disturbi sono presenti aspetti di comorbidità psichiatrica, come depressione, ansia, ossessività, disregolazione emotiva e discontrollo degli impulsi, stile cognitivo al limite con l'autista ad alto funzionamento

NUCLEO PSICOPATOLOGICO DI BASE DEI DA

Tratti ansiosi e nevrotico in pazienti con AN sono stati trattati, con aspetti di perfezionismo, nevroticismo, ossessività e ricerca di sensazioni. Inoltre è presente il tratto dell'harm avoidance, sottolineando una fragilità personale associata ad un senso di vulnerabilità nelle relazioni interpersonali. I pazienti con DA elaborano strategie di controllo anticipatorio finalizzate a minimizzare la percezione di rischio interpersonale e vulnerabilità. Il comportamento restrittivo si associa a un vitalizzante senso di competenza e efficacia personale, che contrasta il senso di vulnerabilità dell'harm avoidance.

Il nucleo psicopatologico può essere articolato gerarchicamente in quattro livelli: temi di vita, convinzioni patogene, strategie comportamentali, esito. I soggetti con DA presentano una spiccata sensibilità a stati mentali caratterizzati da un senso di profonda inefficacia personale, che rinvia ad un'oscillazione nel binomio competenza/efficacia personale-incompetenza/inefficacia personale (temi di vita). Questo senso di vulnerabilità viene risolto con un ipervalorizzazione delle forme corporee e del peso (convinzione patogene). Vengono quindi messe in atto strategie di controllo anticipatorio per la ricerca di un senso di maggiore efficacia (strategie comportamentali). A seguito di queste, si vedono i risultati anche grazie ad importanti moderatori quali età, condizioni di vita e aspetti personologici (esito)

PSICOPATOLOGIA E FATTORI DI MANTENIMENTO DEL DISTURBO

I DA costituiscono un duplice livello di complessità, sia psichiatrica che organica:

- A livello psichiatrico, come già detto, sono presenti numerosi comorbidità
- A livello organico, possono portare alla possibile compromissione di diversi distretti dell'organismo

La qualità egosintonica, soprattutto per l'AN, del disturbo può rendere difficile l'instaurarsi di una valida relazione terapeutica, costringendo ad una continua ridefinizione e negoziazione degli obiettivi terapeutici. Nella terapia il trattamento è volto a modificare o ridurre la pervasività dei meccanismi psicopatologici di mantenimento del disturbo, che possono essere riassunti in queste 5 aree:

- 1) Effetti della malnutrizione sul SNC e sui vari distretti organici
- 2) Distorsione dell'immagine corporea
- 3) Stile cognitivo
- 4) Stile emotivo
- 5) Stile interpersonale e dinamiche familiari

1 - EFFETTI DELLA MALNUTRIZIONE SUL SNC E SUI VARI DISTRETTI ORGANICI

Lo stato di malnutrizione tipico dell'AN ha ripercussioni di interesse medico internistico (come anomalie del ritmo cardiaco, alterazioni pressorie, ...) e causa interferenze sullo sviluppo psicologico, perché impedisce il corretto funzionamento di determinate aree cerebrali. Questo può portare a caratteristiche premorbuse, come rigidità cognitiva, attenzione ai particolari,

difficoltà di sintesi e integrazione, difficoltà di elaborazione di stati mentali connessi a emozioni quali paura, rabbia e tristezza.

Il programma di riabilitazione con il cibo costituisce un tipico esempio di riabilitazione nutrizionale

2 - DISTORSIONE CORPOREA

Ipervalutazione delle forme corporee che maschera il senso di inefficacia della persona con DA. Il concetto di immagine corporea è un concetto complesso in quanto funzioni psicologiche diverse partecipano in modo relativamente autonomo alla costruzione della immagine, a cui poi si aggiungono le pressioni socioculturali. Il trattamento può utilizzare una attivazione della componente cenestetico-percettiva degli stati mentali per poi accedere, attraverso un'esplorazione guidata dell'esperienza soggettiva alle componenti logico-verbali dell'esperienza (per esempio la terapia dello specchio)

3 - STILE COGNITIVO E DA

È possibile osservare deficit metacognitivi e convinzioni disfunzionali. Per quanto riguarda AN e BN si evidenziano deficit nell'elaborazione dell'informazione, mostrandosi più rigidi nel ragionamento e una particolare vocalizzazione sul dettaglio.

Si usa un trattamento cognitivo-riabilitativo per DA con lo scopo più che cambiare il pensiero di cambiare il processo di pensiero

4 - STILE EMOTIVO E DA

Una delle caratteristiche principali del DA è l'alestitimia (difficoltà a fidarsi delle emozioni e differenziarle dalle sensazioni corporee, difficoltà a esprimere le proprie emozioni e un locus of control esterno con attenzione sempre all'esterno). È stato suggerito che i pazienti con DA percepiscano le emozioni come sgradevoli, inaccettabili o spaventanti e i comportamenti alimentari disturbati siano mezzi di evitamento o gestione dell'esperienza emotiva. Il controllo sul cibo da parte di giovani con AN appare inestricabilmente connesso con il controllo sulle attivazioni emotive disturbanti come la paura, la rabbia, il disgusto. Nei giovani con BN invece gli stati emotivi sono il centro e si susseguono in maniera caotica, intensa e disregolata, soprattutto vergogna e colpa, dovute al sentimento pervasivo di inefficacia personale. Nella terapia è importante trovare l'equilibrio dialettico tra accettazione realistica delle proprie vulnerabilità e il necessario intervento terapeutico degli aspetti disfunzionali, attraverso strategie volte a una migliore regolazione delle emozioni. L'approccio basato sulla famiglia (FBT) costituisce l'intervento di prima scelta nella cura dell'AN

5 - STILE INTERPERSONALE E DINAMICHE FAMILIARI

Le dinamiche intrafamiliari costituiscono il focus centrale nella cura dei DA in adolescenza.

È possibile ritrovare le famiglie anoressiche: ipercoinvolgimento emotivo e criticismo caratterizzano la risposta del contesto familiare di fronte al DA dell'adolescente.

La FBT costituisce un'importante integrazione tra la CBT e l'approccio sistemico-familiare; si articola in tre fasi:

- 1) Ripristinare il peso a livello fisiologico
- 2) Aiutare il paziente a trovare un'alimentazione autonoma e adeguata
- 3) Favorire la ripresa ad uno sviluppo adolescenziale normale

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

I disturbi da comportamento dirompente del controllo degli impulsi e della condotta (DCD) sono descritti nel DSM-5 come caratterizzati da scarso autocontrollo delle emozioni e del comportamento. All'interno della categoria diagnostica possiamo trovare il disturbo della condotta (DC) e il disturbo oppositivo provocatorio (DOP). Terrie Moffitt (1993) ha identificato due tipologie di DCD:

- Life Course Persistent (LCP) che esordisce nella prima infanzia e segue un decorso che dura tutta la vita
- Adolescence Limited (AL) che esordisce in adolescenza e va in remissione nella prima età adulta

Viene svolta una revisione della teoria di Moffitt che include nuovi aspetti clinici: innanzitutto vi è una traiettoria di sviluppo di cluster dei DCD nominata Childhood limited pathway che è caratterizzata da un disturbo della condotta a esordio nell'infanzia ma che cessa nell'adolescenza;

successivamente che gli antecedenti del DC nell'adolescenza e del AL del comportamento antisociale non differiscono qualitativamente ma quantitativamente dal LCP.

Blair (2013) identifica 3 cluster genotipi e ricorrenze:

- 1) Estrema sensibilità alla minaccia e conseguenti agiti aggressivi e scarso controllo dell'aggressività
- 2) Ridotte capacità cognitive e di problem solving e conseguenti agiti aggressivi e scarso controllo dell'impulsività
- 3) Meno legato al ritardo del reward e le reazioni aggressive sono raramente date da un'incontrollabilità dell'impulso motorio

MODELLI E STRUMENTI DI ASSESSMENT

- Child Behavioral Checklist for Ages 6-18 (CBCL): valuta e analizza i risultati in base a teorie e scopi differenti e può essere un buon punto di partenza per la valutazione generale. Si possono capire due tipi di profili: il profilo delle competenze e il profilo psicologico e/o psicopatologico
- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL DSM-5): intervista diagnostica per la valutazione di disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti secondo i criteri del DSM-5. È formata da una parte introduttiva, un'intervista diagnostica di screening, una checklist per la somministrazione dei supplementi diagnostici, cinque supplementi diagnostici (disturbi dell'umore, d'ansia, psicotici, deficit dell'attenzione e comportamento dirompente), una checklist complessiva della storia clinica del paziente e una scala per la valutazione globale del bambino
- Conners (3a edizione): standard internazionale per la valutazione di ADHD, DC e DOP in bambini e adolescenti. Sono presenti in tre versioni, per genitore, per insegnante e autovalutativa (tra gli 8 e i 18 anni), in forma breve o estesa
- Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza (QPAD): consente una valutazione ad ampio spettro della psicopatologia e una misurazione del livello di adattamento e più generale stato di benessere in adolescenza. Fascia d'età 14-19
- Modified Overt Aggression Scale (MOAS): misura la frequenza e il grado di gravità degli episodi aggressivi da parte di adulti e bambini
- Antisocial Process Screening Device (APSD): composto da 20 item, usura dimensione calloso-anemozionale, narcisismo e impulsività. Presente sia autovalutativa che per genitori
- Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU): rating scale con 24 item tutti relativi alla dimensione calloso-anemozionale. Presente self report, genitori e insegnanti
- Barratt Impulsiveness Scale-II (BIS-II): individua tre fattori che esprimono tre costrutti differenti di impulsività: impulsività motoria, impulsività senza pianificazione e impulsività cognitiva
- Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA): test in grado di rilevare i livelli di stress in genitori di adolescenti tra 11 e 19 anni