

ANNARITA MILONE, ANTONELLA PAZIENTE*, GIOVANNA CANEPA*,
CINZIA GRASSI*, IRENE CAMPIONI*

DALLA COPPIA AI DISTURBI DELLA CONDOTTA DEL BAMBINO

Estratto

Il contributo presentato ha l'obiettivo di stimolare la discussione su una patologia, il Disturbo della Condotta (DC), che attualmente costituisce una delle più frequenti urgenze cliniche psichiatriche nell'età evolutiva. Gli autori, dopo una introduzione in cui vengono delineate le caratteristiche cliniche del disturbo, alcuni dei fattori di rischio e le linee guida in tema di trattamento per questa patologia, descriveranno una modalità terapeutica multidimensionale per il DC. Verranno poi tracciati alcuni aspetti che appaiono caratterizzare, all'interno del modello di trattamento proposto, il percorso psicoterapico della coppia genitoriale e del bambino/adolescente affetto dal DC.

Introduzione

Con il termine "Disturbo della condotta" (DC) nella letteratura internazionale viene indicata un'entità clinica in cui prevalgono comportamenti antisociali (crisi di collera, aggressività eterodiretta, furti, vandalismo, fughe), che provocano un significativo peggioramento del funzionamento del bambino o dell'adolescente sia in ambito scolastico (scarso rendimento, deficit attentivo, fallimento scolastico, espulsione), che familiare (conflittualità verbale, agiti eteroaggressivi nei confronti dei genitori e/o fratelli). Tali problematiche hanno caratteristiche di stabilità nel tempo e di pervasività andando ad interessare a macchia d'olio ogni contesto in cui il soggetto con DC si trova ad operare (famiglia, scuola, gruppo sportivo, gruppo dei pari, contesto lavorativo). La prognosi di questa patologia è spesso infausta, dato che in molti casi i comportamenti antisociali possono proseguire nell'età adulta andando a comporre il quadro clinico del Disturbo antisociale di personalità o di altre patologie psichiatriche che comportano comunque un destino di marginalità sociale.

Il costo sociale di questa patologia è tra i più elevati; questa tipologia di bambini o adolescenti e le loro famiglie necessitano spesso dell'intervento dei servizi sociali, dei servizi di salute mentale e, a

volte, delle autorità giudiziarie ed è frequente che l'evoluzione, nonostante i numerosi interventi attivati, sia comunque sfavorevole. Non esistono, infatti, attualmente modalità terapeutiche considerate come specifiche per questa patologia, anche se in tal senso si rileva un particolare interesse negli Stati Uniti, dove il DC è divenuto uno dei motivi principali di richiesta di consultazione ai servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza. Non è, invece, presente in Europa una spinta simile nell'elaborazione di protocolli terapeutici e tanto meno nel nostro paese.

A nostro avviso appare ancor più grave la ancora presente tendenza al misconoscimento clinico di questa patologia; è, infatti, storia giornaliera che i soggetti con DC siano più spesso considerati dalle agenzie sociali, dal sistema scolastico e, persino, da molti clinici con cui vengono a contatto come delinquenti, "cattivi", aggressivi piuttosto che come affetti da una patologia mentale. Quest'ultimo aspetto è da tenere in particolare considerazione se si pensa all'importanza che anche in questa patologia, come in tutta la neuropsichiatria infantile, ha la prevenzione secondaria e la precocità dell'intervento terapeutico. Nel percorso evolutivo del DC si attivano, infatti, circuiti riverberanti che sostengono il mantenimento di alcuni comportamenti nel tempo. Ne sono esempio alcune dinamiche presenti nella relazione genitori-bambino che si innescano nei primi anni di vita e che proseguono per esasperarsi durante l'adolescenza e che il soggetto con DC tenderà, a sua volta, a ripetere con i propri figli facilitando anche in quest'ultimi l'insorgenza della stessa patologia. Ed ancora, caratteristico è il rapporto tra il bambino con DC e gli adulti di riferimento in ambito scolastico e le sue difficoltà di apprendimento che rendono l'ambiente scuola come intollerabile e motivano l'alta frequenza di abbandono scolastico presente in questa patologia.

La nostra esperienza clinica degli ultimi 5 anni, ci fornisce inoltre il dato certo di una patologia in continuo incremento d'incidenza, che mette in crisi il contesto familiare, spesso caratterizzato da un'instabilità e inconsistenza di base, le agenzie scolastiche e sociali. Nei contatti continui con le equipe territoriali, con cui cerchiamo di lavorare in rete, è routine giornaliera la sensazione che il DC costituisca quasi costantemente un motivo di urgenza clinica. La gravità clinica, il grado di pervasività del disturbo, la comorbidità in questi casi è spesso variabile e frequentemente è presente un assetto individuale e familiare complesso che richiede un'attenta valutazione.

Esaminando la nostra casistica emergono molti elementi in tema di etiologia reperibili nella letteratura internazionale su questo argomento

Molti sono, infatti, gli studi (Moffit 1998, S Wassermann 1996, Nigg 1998) che hanno cercato di identificare alcuni fattori di rischio correlabili all'insorgenza dei DC.

Gli studi sulle caratteristiche temperamentali del bambino (Prior 1992) mostrano come i bambini cosiddetti "difficili", che presentano cioè pattern comportamentali oppositori sin dalla prima infanzia, tendono a sviluppare nelle età successive comportamenti aggressivi che rimangono stabili.

Nella letteratura internazionale molti lavori rilevano l'importanza di fattori di rischio familiari.. Ad esempio frequente è l'associazione tra disturbo di personalità, ritardo mentale, alcolismo e abuso di droghe nei genitori e DC (Nigg e Hinshaw 1998; Angold 1999). Alcune caratteristiche dell'interazione genitori-bambino sono state delineate come fattori di rischio accertati per questa patologia. Kazdin (1992, 1997) riporta come sia significativamente correlata la presenza di un'atteggiamento punitivo e rigido dei genitori, che spesso assume le caratteristiche di abuso fisico, con il DC con prevalente componente aggressiva. Un atteggiamento educativo inconsistente, incoerente e trascurante si correla maggiormente con il DC a prevalente componente delinquenziale.

Altro fattore di rischio accertato è la presenza di importanti conflitti nella coppia genitoriale sia verbali che fisici (Fergusson et al. 1994) associati o meno al divorzio.

Alcuni lavori che si sono occupati di correlare le modalità di attaccamento madre-bambino con alcune patologie ad insorgenza in età evolutiva, hanno rilevato come sia frequente l'associazione tra un attaccamento di tipo insicuro e i disturbi esternalizzanti (prevalentemente comportamentali) in cui è prevalente la rabbia e l'ostilità (Routh et al., 1995; Greenberg et al. 1993; Allen et al. 1998).

Nei parametri per il trattamento dei bambini ed adolescenti con DC pubblicati dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry nel 1997, si rileva come l'intervento terapeutico in questa categoria di pazienti deve coinvolgere in maniera particolare la famiglia, accanto alla scuola ed al gruppo dei coetanei in cui il paziente vive e deve prevedere un decorso a lungo termine data la cronicità della patologia. L'intervento sulla famiglia deve fornire ai genitori indicazioni volte alla migliore definizione del proprio ruolo educativo cercando di eliminare gli atteggiamenti particolarmente rigidi o eccessivamente permissivi ed inconsistenti. Viene, inoltre, indicata l'importanza della presa in carico individuale del paziente che può comprendere una psicoterapia individuale o di gruppo. La tecnica indicata come più efficace è caratterizzata da un approccio misto che comprenda tecniche esplorative, di supporto e comportamentali, specie nei casi in cui è presente una comorbidità tra disturbi esternalizzanti ed internalizzanti (in cui prevale la componente emotivo-relazionale). Viene, infine, rilevato come l'intervento farmacologico come unico presidio è in tutti i casi insufficiente e deve essere rivolto primariamente al trattamento dei disturbi associati al DC.

La nostra esperienza

Nel nostro Istituto si svolge da alcuni anni un lavoro di diagnosi e presa in carico di soggetti di età compresa tra i 6 e i 18 anni affetti da DC o da Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP).

Dopo una prima fase di valutazione secondo un protocollo standardizzato, il complesso dei dati emersi viene utilizzato per formulare la diagnosi e per impostare una presa in carico terapeutica che segue un modello multidimensionale e che tenta la messa in atto di un intervento in rete con le agenzie sociali e scolastiche in cui il paziente, dopo la fase diagnostica, torna a operare.

Il programma terapeutico viene elaborato in modo individualizzato anche se si possono nella maggior parte delineare 5 momenti essenziali:.

- 1) i colloqui individuali
- 2) i colloqui con i genitori
- 3) il lavoro psicoeducativo
- 4) la terapia farmacologica
- 5) il lavoro in rete con le agenzie scolastiche e sociali

Il lavoro con i genitori

Nella nostra esperienza, il lavoro terapeutico con i genitori del paziente con DC è una condizione necessaria e imprescindibile. Nella maggioranza dei casi sono i genitori a richiedere la consultazione e già al primo colloquio, in sede di ammissione, si rileva uno stato di esasperazione e di “resa” che spesso stona con la distanza emotiva mostrata dal figlio. Frequente è anche un mancanza di condivisione nella coppia genitoriale, sulle motivazioni della richiesta di ricovero e sulle problematiche comportamentali del ragazzo e la presenza di dinamiche conflittuali di coppia non si limita a questi temi ma pervade tutto il contesto della vita familiare. Altrettanto spesso la famiglia è monogenitoriale e sono subito evidenti i disequilibri educativi che tale condizione ha determinato. Anche la raccolta anamnestica diviene un momento tipico in cui il clinico raccoglie preziose informazioni sul percorso evolutivo del paziente che frequentemente già nei primi anni di vita presentava aspetti clinici degni di nota. Sin dai primi colloqui emerge, spesso, la presenza di una relazione madre-figlio connotata da difficoltà di sintonizzazione affettiva; la madre, se non entrambi i genitori, segnala le difficoltà nella gestione educativa di un bambino con un temperamento difficile, spesso “ingestibile” e l’immagine totalmente negativa che viene delineata della situazione attuale si ricollega inevitabilmente a un percorso di crescita comunque vissuto come problematico. Nel lavoro con i genitori molti fattori facilitano un elevato rischio, specie in fase iniziale, di una brusca interruzione. Infatti, più elementi contribuiscono al verificarsi di questo evento: un elemento spesso determinante è la mancanza di accordo nella coppia genitoriale, la tendenza alla delega di uno dei genitori e la difficoltà ad identificare ruoli, compiti differenziati. L’assunzione da parte del clinico di un ruolo attivo, interpretativo e direttivo può essere controproducente, rendendo maggiormente evidente al genitore il proprio fallimento e motivando

reazioni di attacco al terapeuta che appare in possesso di una chiave di accesso al mondo interno del ragazzo, totalmente precluso al genitore. Dopo una fase iniziale di ascolto, in cui lo spazio terapeutico è per il genitore un contenitore di un magma di sentimenti ambivalenti, di vissuti di inadeguatezza e di esasperazione, di spinte evacuative e di angosce abbandoniche, ci appare spesso possibile effettuare un lento processo di risalita che ha l'obiettivo di favorire un graduale reinvestimento della funzione genitoriale. In questo processo un sostegno indiretto è offerto spesso dal contesto ospedaliero; la possibilità di discutere le modalità interattive che il paziente mostra con la figura educativa di riferimento e le strategie di contenimento adottate nel gruppo psicoeducativo, sono fonte di spunti di riflessione. Diviene possibile cercare di pensare insieme ai movimenti causali di scoppi comportamentali del figlio, precedentemente vissuti come del tutto irrazionali, rendere visibili gli aspetti di fragilità, di sofferenza depressiva che sono spesso dietro alle scariche pulsionali e sfatare il mito di un figlio forte, incontrastabile e dominatore. In questa fase è possibile far emergere proiezioni genitoriali massicce e dinamiche transgenerazionali che sottendono le difficoltà di contatto del genitore con le caratteristiche reali della personalità del figlio. I toni progressivamente si stemperano per lasciare spazio a un iniziale presa di coscienza dei bisogni attuali del minore e ad una maggiore disponibilità a mettere in discussione le proprie modalità educative.

Il lavoro con il bambino/adolescente con DC

In parallelo si muove lo spazio terapeutico individuale che nel nostro modello terapeutico ha una posizione centrale.

Il lavoro psicoterapico con questi pazienti richiede, a nostro avviso, sin dall'inizio un atteggiamento terapeutico elastico ed empatico, un ascolto attento e la ricerca di una difficile e a lungo precaria alleanza terapeutica che possa resistere agli attacchi che il paziente stesso e il contesto familiare tenderà inevitabilmente ad agire. Sin dai primi colloqui appare evidente la difficoltà a stabilire un'alleanza terapeutica con il ragazzo: l'adolescente non chiede di essere aiutato e la richiesta di intervento viene, nella quasi totalità dei casi, dai genitori esasperati da multipli eventi di incontenibilità. Il ragazzo tende così spesso a mantenere nei confronti del terapeuta modalità oppositorie o di chiusura e risulta, a nostro avviso, determinante per il proseguimento del trattamento l'atteggiamento del terapeuta all'inizio della presa in carico. Halfon sottolinea come sia necessario in questi casi evitare l'assunzione sia di un atteggiamento troppo medicalizzato che uno troppo accogliente. Il primo può far vivere all'adolescente il progetto terapeutico come teso solamente alla "normalizzazione" del proprio comportamento, in linea con le esigenze degli adulti, a lui totalmente estranee; un tale atteggiamento è inoltre intollerabile per l'immagine di sé

onnipotente e dominante necessaria al ragazzo per coprire la parte di sé più fragile. D'altra parte un atteggiamento di eccessiva accoglienza può far sentire il rapporto terapeutico a rischio di una dipendenza eccessiva, da cui il ragazzo può solo scappare.

Nella nostra esperienza le prime sedute sono caratterizzate dalla ricerca da parte del terapeuta di un “punto bianco” a cui potersi attaccare. Con tale termine intendiamo la ricerca di un elemento concreto che sembra essere, a volte, l'unico aspetto positivo emergente nell'immagine che il paziente ha di sé, la sola molecola investita narcisisticamente. A volte si tratta di un interesse quasi ossessivo per un oggetto, altre volte si tratta di un progetto. In ogni caso è qualcosa che richiede una disponibilità a condividere l'interesse del ragazzo. Attraverso questi oggetti concreti appare possibile mettersi in contatto con una rappresentazione del mondo interno caratterizzato da emozioni miste, da momenti di idealizzazione e cadute, da attacchi e tentativi di riparazioni.. Ma soprattutto il lavoro su questi oggetti porta in primo piano la necessità di mantenersi per lungo tempo su un piano concreto senza alcun tentativo di spostarsi su un registro interpretativo simbolico. Il lavoro terapeutico può, infatti, solo dopo molto tempo facilitare il raggiungimento di una posizione depressiva da cui possono derivare nuovi investimenti e un'immagine di sé più integrata. Ma, anche quando sembra che una alleanza si sia costituita vi è quasi sempre un secondo momento critico che nella nostra esperienza si verifica, spesso, verso il secondo/terzo mese di trattamento. E', infatti in questa fase che nel percorso terapeutico cominciano ad emergere nei pazienti con DC vissuti depressivi ed abbandonici fino ad allora negati tramite le condotte agite. Si tratta per questi ragazzi di una esperienza nuova che viene percepita come disorientante ed evocatrice del timore che l'ambiente terapeutico, come quello sperimentato nel corso dell'infanzia, sia, come dice Braconnier “un guscio d'uovo molto fragile da cui può uscire solo un pulcino mostruoso”. A questo punto le sedute diventano un palcoscenico ricco di atti provocatori che hanno la funzione di provare la solidità del legame e la stabilità del contenitore-terapia. In questa fase è essenziale “andare al di là delle nuvole”, evitando di entrare in una dinamica relazionale simile a quella sperimentata nel contesto familiare, che l'adolescente cerca di replicare con il terapeuta. Il lavoro psicoterapeutico deve essere indirizzato a favorire una integrazione tra due identità: quella fragile, depressa, disorientata e debole che di fronte ad una anche minima ferita narcisistica lascia il posto a quella violenta e furiosa.. In questi particolari momenti di passaggio, è da sottolineare l'importanza e le peculiarità della collocazione della psicoterapia all'interno di un setting istituzionale quale l'ospedale (Muratori, 1999). Il poter superare, così, questo nuovo “temporale”, può permettere al paziente una elaborazione della propria esperienza depressiva, il cui graduale superamento può dare all'adolescente la possibilità di stabilire nuovi investimenti e la costruzione di un'immagine di sé quanto più possibile positiva e stabile. Inoltre, è spesso prendendo spunto

dagli agiti comportamentali emersi o descritti durante le sedute che, in questa fase è possibile lavorare sulla sequenza che precede e segue lo scoppio comportamentale e analizzare i movimenti emotivi ad essi associati con l'obiettivo di rendere possibile un miglior controllo comportamentale.

Il lavoro del nostro gruppo con questi ragazzi e le loro famiglie ci ha offerto in questi anni molti spunti di riflessione e di crescita umana e professionale. Abbiamo ben presente come questa patologia comporti non solo una messa alla prova della tenuta della funzione genitoriale ma metta spesso in crisi macrosistemi come quello scolastico e sociale. Ci auguriamo di aver dato alcuni spunti per una discussione su questo tema e forse anche di aver trasmesso la nostra sensazione che spesso si può provare almeno ad andare al di là delle nuvole.

Bibliografia

AAVV. [1997], *Summary of practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with the conduct disorder*, in "J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry", 36, 1482-5.

American Psychiatric Association [1994], *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.

Angold A., Costello J., Alattin E. [1999], *Comorbidity*, in "J. Child Psychol. Psychiatry", 40, 57-87.

Allen J., Moore C., Kuperminc G., Bell K. [1998], *Attachment and adolescent psychosocial functioning*, in "Child Development", 5, 1406-1419

Fergusson D., Horwood J., et al. [1994], *Parental separation adolescent psychopathology and problem behavior*, in "J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry", 33, 1122-31.

Greenberg M. T., Speltz M. L., DeKlyen M. [1993], *The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems*, in "Development and Psychopathology", 5, 191-213.

Kazdin A. E. [1992], *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence. Second Edition*. Sage Publication, Thousand Oaks, California.

Kazdin A. [1997], *Parent management training: evidence, outcomes and issues*, in "J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry", 36, 1349-56.

Moffitt T., Caspi A. [1998], *Annotation: implication of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists*, in "J. Child Psychol. Psychiatry", 39, 137-44.

Muratori F., Maestro S., Tancredi R. [1999], *La relazione psicoterapeutica durante il Ricovero ospedaliero: sua importanza per la valutazione prognostica e terapeutica*, in “Adolescenza”, 10, 61-73.

Nigg J., Hinshaw S.[1998], *Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behavior in childhood attention deficit hyperactivity disorder*, in “ J. Child Psychol. Psychiatry”, 39, 145-159.

Prior M. [1992], *Childhood Temperament*,in “ J. Child Psychol. Psychiatry”, 33, 249-279.

Routh C., Hill J., et al. [1995], *Maternal attachment status, psychosocial stressors and problem behaviour: follow-up after parent training course for conduct disorder*, in “J. Child Psychol. Psychiatry”, 36, 1179-98.

Wassermann G., Miller L., et al.[1996], *Parenting predictors of early conduct disorder in urban high risk boys*, in “J. Ame. Acad. Child Adolesc. Psychiatry”, 35, 1227- 36.

ANNARITA MILONE

Neuropsichiatra Infantile, opera presso l'Istituto di * Neuropsichiatria Infantile Stella Maris del Calabrone (Pisa) e-mail annarita.milone@inpe.unipi.it