

INTERVENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE IN UNA MINORE AD ELEVATO RISCHIO SUICIDARIO

Lelli B.*, Tomizzi A.*, Rubini C.*, Galeotti S.*, Paladini R.*, Mancaruso A.**

*Psicologa/o tirocinante, **Psicologa UOS Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva Area Dipartimentale NPIA – Dipartimento Salute Mentale AzUSL Bologna

Storia di Carla

C. ha 16 anni, è stata adottata a pochi giorni di vita dalla famiglia con la quale vive nei pressi di Bologna. Quando C. aveva 3 anni le insegnanti della scuola materna segnalano un sospetto abuso psicologico in seguito al quale verrà effettuata un'indagine dal Tribunale per i Minorenni e come conseguenza C. verrà affidata ai Servizi Sociali.

A 13 anni C. compie il primo TS in seguito a un litigio con la madre.

C. compirà altri 3 TS con assunzione di farmaci e con la stessa dinamica scatenante; l'ultimo con pesanti conseguenze sanitarie, seguito da un ricovero prima in medicina d'urgenza poi in una clinica psichiatrica.

VALUTAZIONE

STRUMENTI DIAGNOSTICI

- A. **TAAAI intervista attaccamento adolescenti giovani adulti:** si evidenzia la presenza di componenti evitanti e preoccupate, senza una definita strategia di attaccamento. Basso funzionamento riflessivo
- B. **MAST:** il profilo è compatibile con elevato rischio suicidario
- C. **Test cognitivi (WISC III PM38):** livello intellettivo adeguato
- D. **SVSD:** punteggio coerente con stato depressivo

ASSESSMENT COGNITIVO COMPORTAMENTALE

- A. **ANTECEDENTI:** percezioni disfunzionali stabili di inadeguatezza e non amabilità (*schemi*); incontrollabilità eventi esterni (costrutto *helplessness*)
- B. **FATTORI PRECIPITANTI:** litigi con la madre o con adulti di riferimento
- C. **FATTORI DI MANTENIMENTO:** disregolazione emotiva, impulsività, gestione dicotomica aggressivo-passiva dei propri vissuti, distorsioni cognitive (catastrofizzazione, ipergeneralizzazione)

DIAGNOSI

DISTURBO DI PERSONALITA' BORDERLINE con elevato rischio suicidario

TRATTAMENTO

Intervento sulla coppia genitoriale

I genitori di Carla vengono incontrati ogni due settimane da quando Carla è in trattamento presso questo servizio. Nel caso specifico, l'intervento è risultato, da subito, importante e necessario. Infatti, come già ricordato gli episodi più problematici di Carla, con gesti autolesivi o eteroaggressivi, si sono verificati in casa come conseguenza di tensioni con i genitori. Il padre di Carla è una persona sfuggente ed in generale poco considerata dalla moglie e di conseguenza da Carla. Viene normalmente presentato dalla moglie come inutile ed incapace. L'intervento è mirato a riequilibrare le dinamiche interne alla famiglia.

Intervento di sostegno alla funzione genitoriale della mamma di Carla.

Emma è seguita da 10 mesi in uno spazio di terapia individuale; è regolare e precisa negli appuntamenti. L'aspetto su cui maggiormente si concentra il percorso con lei è cercare di implicarla nelle dinamiche familiari senza scatenare i forti tratti persecutori che la caratterizzano. In un primo momento, nel corso dei colloqui, tutta la colpa è di Carla, che "non è normale", colpa che viene trasferita nei mesi al marito, che a suo dire non si è mai assunto la funzione paterna "padre inesistente, marito inesistente, uomo inesistente". Emma ha sempre detestato gli psicologi perché si è sentita giudicata e criticata da loro. Accoglierla non solo come madre, ma anche come soggetto, ha permesso di allentare i tratti persecutori e riporre maggiore fiducia nell'Istituzione che l'ha presa in carico.

Intervento di psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico

Carla svolge un intervento di psicoterapia individuale da circa un anno, gli incontri sono settimanali e la frequenza della paziente è stata regolare. Gli obiettivi erano orientati a contrastare l'uso dei meccanismi di difesa più arcaici, in particolare la scissione, favorendo il mantenimento di una migliore stabilità dell'identità. Altro obiettivo della terapia è di favorire l'esame di realtà. Carla ha la capacità di ripercorrere con equilibrio gli eventi relazionali che l'hanno coinvolta ed attivata riuscendo almeno cognitivamente a rileggerli criticamente così da restituire alle persone in gioco ruoli e responsabilità. Questo si verifica con regolarità quando ad essere in gioco sono relazioni amicali o comunque esterne alla famiglia. Infatti, le tensioni che hanno dato esito ad agiti impulsivi gravi, etero ed auto aggressivi, riguardano per lo più eventi famigliari, in particolare critiche che la mamma rivolge a Carla per inadeguatezze di comportamenti intrafamigliari o carenze in ambito scolastico.

Psicodramma

Carla ha partecipato con regolarità all'attività di gruppo, tendenzialmente, ha presentato episodi (in previsione di drammatizzazione) depurati dalla dimensione emotiva suggerendo un'immagine di sé controllata negli aspetti emotivi. Nel gruppo ha spesso sollecitato la ragionevolezza ed evitato le provocazioni. Gli eventi negativi di vita che si sono verificati durante l'anno di attività di psicodramma sono risultati difficilmente rielaborabili nell'attività di gruppo. Molti episodi, infatti, nonostante siano stati ripensati in gruppo hanno mantenuto il loro potenziale disorganizzante ed hanno determinato agiti pericolosi ed autodistruttivi.

Trattamento farmacologico

Sono stati utilizzati:

1. farmaci serotoninergici
2. neurolettici
3. stabilizzanti dell'umore

E' risultato molto difficile ottenere, nel tempo, un'assunzione regolare dei farmaci e specialmente non si sono evidenziati miglioramenti significativi durante il trattamento farmacologico anche quando l'assunzione sembrava essere regolare.

Intervento Cognitivo-Comportamentale individuale per Carla:

L'intervento Cognitivo Comportamentale è stato inserito nella complessa struttura del trattamento psicoterapico già in corso, con l'obiettivo di incrementare la consapevolezza e l'attenzione della paziente riguardo agli agiti e alle cognizioni disadattive che caratterizzano il pensiero della ragazza.

MODELLO INTERPRETATIVO DEL CASO

STRESS

(es. litigio con la madre)

Fattori disposizionali di vulnerabilità:

impulsività
aggressività
bassa autostima
distorsioni cognitive
disregolazione emotivo-affettiva

Aspetti critici:

stili genitoriali ambigui
alta conflittualità nel nucleo familiare
diagnosi DBP

Pensieri automatici

Schemi

Impotenza appresa

Incapacità a gestire situazioni di crisi

Secondo l'approccio cognitivo comportamentale il tentativo di suicidio è visto come una *risposta di coping problematica o disadattiva* che scaturisce dall'incapacità del paziente di produrre risposte alternative per gestire una situazione che genera sofferenza. In quest'ottica l'obiettivo del paziente è quello di eliminare il proprio vissuto di sofferenza attraverso il suicidio, mentre il clinico avrà come finalità quella di prevenire il suicidio aiutando il paziente a generare soluzioni alternative per la gestione dei vissuti dolorosi.



Tentativo di suicidio

OBIETTIVI individuati

Incremento della consapevolezza delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti *disadattivi*

Riconoscimento e gestione efficace dei segnali di allarme (pensieri, immagini mentali, processi cognitivi, stati dell'umore, comportamenti che possono precedere ideazione suicidaria e/o TS)

Ristrutturazione delle distorsioni cognitive e degli schemi

TECNICHE utilizzate

Validazione, costruzione del piano di sicurezza, automonitoraggio, utilizzo di aiuto-istruzioni, bilancia decisionale, strategia della freccia discendente per individuare pensieri e schemi disfunzionali, ristrutturazione cognitiva

EVOLUZIONE: E' ancora troppo presto, nel caso di Carla, per trarre conclusioni definitive rispetto all'efficacia dell'intervento C.C., possiamo segnalare che la paziente ha riferito un miglioramento soggettivo nella gestione dell'impulsività e vi è stata una riduzione degli eventi aggressivi eterodiretti.

Bibliografia

1. Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978): Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87: 49-74.
2. American Psychiatric Association. (2001): *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Text Revision. DSM IV TR. Milano: Masson.
3. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, New York. Edizione Italiana *Terapia Cognitiva della Depressione*. Torino: Bollati Boringhieri.

4. Beck, Aaron. (1976). *Principi di terapia cognitiva*. Un nuovo approccio alla cura dei disturbi affettivi. Astrolabio: Roma
5. Freeman A. & Reinecke M.A. (2007). *Personality Disorders in Childhood and adolescence*. Hoboken: Wiley.
6. Wenzel, A., Brown, G.K., & Beck, A.T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: APA Books.
7. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2003). *Schema Therapy*. New York: Guilford Press. Edizione italiana a cura di Alessandra Carrozza, Nicola Marsigli e Gabriele Melli