

COMORBILITA' PSICHIATRICA: una proposta terapeutica

Michela Miricola

Psichiatra psicoterapeuta del Centro Specialistico "La Corte" e delle Comunità del consorzio "Civitas"

Dando per scontati gli importanti contributi teorici riguardanti il concetto di "Comorbidità psichiatrica" (che ha sostituito la terminologia "Doppia Diagnosi") porterò la mia esperienza all'interno del Centro Specialistico "La Corte", che fa parte del "Progetto Integra", e del Consorzio "Civitas" che comprende:

-S.Gaetano

-Cooperativa "Il Gabbiano

-Progetto Focolare

Il Progetto "Integra" prevede che le varie fasi di uno stesso programma terapeutico vengano svolte in diverse sedi partendo dalla prima fase presso "La Corte" e in seguito presso altre sedi per fasi sempre più avanzate del programma..All'utente viene affiancato un operatore che lo seguirà dall'inizio alla fine del programma sul modello del "Case Management".

AMBITI della Comunità Terapeutica: contenitivo assistenziale, che si attua con:

a) definizione dei confini

b) controlli

c) regole

d) strutturazione del quotidiano

-quello riguardante gli aspetti trasformativi e cioè

a) tutte le possibilità evolutive

b) le risorse potenziali integre

c) l'assunzione di comportamenti liberi spontanei

d) le scelte responsabili

e) le richieste di aiuto non manipolatorie

TIPOLOGIA DI UTENTI E DIAGNOSI

Noi accogliamo utenti in cui coesiste un disturbo psichiatrico accanto all'uso di sostanze.

La condizione di comorbidità fa sì che la gravità e la tendenza alla cronicizzazione delle problematiche mediche, sociali e psicologiche siano maggiori rispetto alla condizione di un'unica diagnosi.

Almeno un disturbo in asse I è diagnosticabile nella maggioranza dei pazienti con prevalenza del cluster A e B e con minor presenza del cluster C.

I disturbi affettivi sono maggiormente rappresentati per quel che riguarda l'asse I.

Spesso, come sostiene Gabbard, negli ultimi anni la diagnosi di disturbo borderline di personalità è diventata "cestino dei rifiuti" psichiatrico spesso usata troppo e male.

Preferisco quindi usare il termine di "organizzazione di personalità" (Kernberg) nella quale tutti i disturbi del cluster A e B vengono riassunti.

Partendo da alcuni presupposti teorici con i quali Kernberg cercò di caratterizzare i pazienti borderline cercherò di delineare il nostro intervento e le considerazioni rispetto ai vari interventi terapeutici che sono stati modellati via via tenendo conto della tipologia dell'utenza.

E' irrinunciabile il ricorrere alla considerazione di determinate caratteristiche di fondo di ogni personalità. Pertanto sono d'accordo con Correale quando si riferisce all'interesse per gli

aspetti riguardanti i fattori “tempo” e “percezione” nella loro accezione più significativa del vissuto psicopatologico. Infatti il paziente con dbp presenta particolari modalità sensoriali, percettive ed elaborative che costituiscono un assetto esistenziale e psicopatologico, un sistema stilistico espressivo della malattia.

Tenuto conto dei caratteristici modelli di debolezza dell'IO (con mancanza di tolleranza dell'angoscia, di controllo degli impulsi e di sublimazione), delle operazioni difensive primitive che vengono agite e delle relazioni oggettuali altamente problematiche la Comunità Terapeutica si pone non solo come contenitore ma come una sorta di cornice per modellare una possibile forma.

Sono concorde con Fava quando afferma che, vista la relazione deficitaria di questi utenti, la prima relazione è con la struttura che contiene funzioni terapeutiche.

E' in un secondo momento che sarà possibile una relazione con coloro che popolano la struttura stessa.

Questi pazienti utilizzando proprio le operazioni difensive più primitive portano ad una inevitabile fase di organizzazione conflittuale nella quale sono evidenti da una parte l'azione di forze positive (aggreganti e curanti) e dall'altra forze altrettanto potenti differenzianti e distruttrici. Il paziente riesce a scindere separando il personale curante (della comunità, del SERT e delle Psichiatria di competenza). Fondamentale è quindi il lavoro di equipe tra tutte le figure professionali impegnate nel progetto terapeutico e il controllo delle dinamiche F.A.I.A.T. comunque accettare la conflittualità costituisce un passaggio obbligato per poter curare.

Ci siamo resi conto che con questo tipo di utenti spesso è possibile ed efficace per ora un intervento supportivo sia individuale che gruppale.

Infatti le significative e croniche carenze dell'io, la bassa tolleranza all'angoscia e alla frustrazione, l'inadeguato senso di realtà, le relazioni oggettuali gravemente difettose, lo scarso controllo degli impulsi, il deterioramento intellettuale, lo scarso grado di introspezione, la tenue capacità di formare un'alleanza terapeutica rendono improponibile una psicoterapia di tipo espressivo,

E' per questo che è sicuramente più efficace il trattamento di gruppo che dovrebbe permettere agli utenti di ri-esperimentare situazioni relazionali dimenticate o mai vissute. In questo contesto scoprono il ruolo che ognuno di loro gioca, le aspettative, le fantasie e in seguito gli ostacoli che si incontrano nel rapporto con gli altri.

Anche se è importante un terreno comune dato dalla tossicodipendenza c'è però il rischio che non si superino livelli di interazioni superficiali. E a questo proposito ci siamo resi conto come il fattore tempo giochi un ruolo determinante. Infatti riteniamo che il tempo minimo di programma non possa essere inferiore a un anno vista la tipologia dell'utenza. Ritornando alla terapia di gruppo non c'è ovviamente una durata prefissata e c'è il fattore “turnover” (inevitabile). Nel gruppo la tendenza a sviluppare un transfert negativo viene per così dire diluita permettendo al gruppo stesso di riflettere sui suoi modelli di comportamento che da egosintonici dovrebbero diventare egodistonici e questo passaggio pone le basi di una motivazione al cambiamento. Ci siamo inoltre resi conto che se il numero dei pazienti borderline è alto c'è il rischio di una esagerata richiesta di attenzioni e la presenza di agiti distruttivi difficilmente interpretabili e elaborabili dal gruppo.

All'inizio il mio ruolo e la mia funzione sono stati letti in modo funzionale dagli utenti: io ero il medico che prescriveva i farmaci. Nel tempo ho man mano eliminato le terapie al bisogno che costituivano uno strumento di tipo manipolatorio e soddisfaceva i bisogni di tipo regressivo colludendo con la tendenza all'agito. Abbiamo cercato di sostituire il farmaco con la relazione terapeutica atta ad alleviare l'angoscia e a permettere di potenziare l'area delle emozioni sicuramente meno sviluppata dell'area sensoriale che in questi pazienti è maggiormente rappresentata.

In alcuni casi però ho dovuto utilizzare il farmaco come strumento per arrivare in seguito ad una relazione terapeutica.

Attualmente alcuni utenti, per i quali questa esperienza costituiva "l'ultima spiaggia" dopo una lunga serie di fallimenti, sono passati ad una fase più avanzata del programma dove quello che è stato acquisito viene verificato prima della fase del preinserimento e successivo inserimento lavorativo. Alcuni di loro sono stati inseriti in un laboratorio riabilitativo per pazienti psichiatrici per spostare l'attività riabilitativa in un contesto esterno alla comunità stessa inserito nel territorio.

L'integrazione delle diverse modalità organizzative

compresa quella sensoriale che per questi utenti dovrebbe costituire un punto d'arrivo è stata in parte raggiunta seppur ancora embrionalmente ed ha richiesto tempi sicuramente più lunghi di quelli previsti all'inizio del programma. E' comunque l'integrazione che permette un rapporto tra "sé" e realtà.