

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

A Azienda
S Servizi
S Sanitari

N°1 triestina



A.S.S. n. 1 Triestina

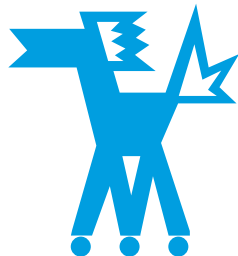
Dipartimento di Salute Mentale



I disturbi psicotici all'esordio
riconoscere e affrontare
la psicosi migliora la ripresa

MANUALE PER INSEGNANTI
E COLORO CHE OPERANO
A STRETTO CONTATTO CON I GIOVANI

Ass n. 1 Triestina
Dipartimento di Salute Mentale
www.triestesalutementale.it



A.S.S. n. 1 Triestina

Dipartimento di Salute Mentale

MANUALE PER INSEGNANTI E COLORO CHE OPERANO
A STRETTO CONTATTO CON I GIOVANI

I disturbi psicotici all'esordio riconoscere e affrontare la psicosi migliora la ripresa







A cura di Roberto Mezzina, Chiara Luchetta e
Clara Minisini

Con la collaborazione di Antonella Rausa,
Daniela Vidoni e Lorenzo Nuovo

*Finito di stampare Luglio 2014
grafica e impaginazione:
Stampa*



Sommario

| | | |
|---|--|----|
|  | Prefazione | 5 |
|  | Adolescenti e salute mentale | 13 |
| | Definire la transizione dall'adolescenza all'età adulta | 14 |
| | La transizione come sfida a creare servizi integrati | 15 |
|  | Cos'è la psicosi? | 17 |
| | Spunti per gli insegnanti e gli operatori: | |
| | Segnali che qualcosa non va | 18 |
| | Cosa notano le persone che stanno vicino? | 22 |
|  | Esordio e decorso nella psicosi | 23 |
| | La fase prodromica: i primi segni | 23 |
| | La fase conclamata | 23 |
| | La risoluzione e la ripresa | 24 |
|  | Psicosi: Quali sono le cause? | 25 |
| | Spunti per gli insegnanti: | |
| | perchè è così importante l'ambiente psico-sociale della vostra scuola? | 27 |
|  | La goccia che fa traboccare il vaso. | 29 |
| | Guarire si può | 29 |
| | Perchè è importante intervenire tempestivamente? | 30 |
| | Come si può promuovere la prevenzione evitando lo stigma? | 32 |
| | Punti nodali nel riconoscimento precoce | 33 |
| | Spunti per gli insegnanti e gli operatori: l'approccio | 34 |



| | |
|---|----|
| I farmaci | 39 |
| Effetti indesiderati | 39 |
| L'esordio a Trieste. Programma "Qualcosa è Cambiato?" | 41 |
| Che cosa offre oggi il programma "Qualcosa è cambiato?" | 42 |
| Spunti per gli insegnanti e gli operatori: | |
| 3 storie, 3 possibili percorsi | 43 |
| Domande comuni. | 46 |
| Cosa ha aiutato di più? | 48 |
| Attori chiave a Trieste | 49 |
| Il Dipartimento di Salute Mentale | 49 |
| I Servizi per bambini e adolescenti | 54 |
| Contatti | 59 |
| Per saperne di più | 61 |
| Bibliografia | 61 |
| Filmografia | 62 |

Prefazione

A partire dagli anni Novanta, il Dipartimento di salute mentale dell'ASS 1 si è reso conto della necessità di specializzare maggiormente la risposta al disagio giovanile, definito fino a quel momento in termini ampi, ponendosi quindi l'obiettivo di meglio specificare ed articolare l'intervento precoce negli esordi psicotici di persone tardo adolescenti e giovani adulti.

Nel corso degli ultimi anni, la domanda di cura dei disturbi mentali severi, e in particolare delle psicosi, non solo si è modificata ma si è di molto qualificata. La speranza di ripresa e di guarigione, oggi più realistica, è nella coscienza delle persone con disturbo mentale, dei loro familiari, dei cittadini. Sempre più spesso molteplici *sensori* come istituzioni scolastiche, famiglie, consultori e medici di medicina generale sono testimoni di quel *qualcosa è cambiato* nella vita di un giovane e sono disposti alla comprensione e all'aiuto.

Più risorse, di differente natura (persone, gruppi, istituzioni, servizi, media) sono oggi contemporaneamente disponibili. Le conoscenze disciplinari e le possibilità di intervento, la consapevolezza e la conoscenza *incondizionate* proprie dei giovani che vivono esperienze di disturbo mentale sono molto più qualificate. È possibile oggi dare valore all'esperienza e tentare di far fronte al profondo rischio di sottrazione di diritto, di risorse, di dignità che coincide con il riconoscimento del disturbo psichico e il contatto con un Servizio di salute mentale.

Tuttavia la stessa rete, per altro presente fa fatica a riconoscere il problema e lo rinvia avviando, di contro, un percorso caratterizzato da comunicazioni distorte, dissonanti se non antagoniste o contrapposte; tanto che già prima dell'attivazione di un adeguato programma di intervento si registrano misconoscimenti, rinvio di responsabilità, appropriazioni settoriali o riduttive, perdita di risorse ed infine certamente di tempo.

Non vanno certo trascurati gli aspetti di ordine etico che l'attivazione di programmi di riconoscimento precoce impone. Benché ci sia un accordo unanime sulla necessità di curare gli esordi psicotici nei giovani, e una serie di evidenze sui migliori esiti di tali interventi, che anche in Italia ora

si stanno diffondendo, vi sono altresì aspetti problematici che riguardano la loro prevenzione specie se rivolta a soggetti considerati *a rischio* (c.d. prevenzione indicata).

Viene qui sottolineata la questione dei cosiddetti *falsi positivi*: il rischio di individuare persone che mostrano tratti considerati *a rischio* di evolvere in una psicosi, e di sottoporle a trattamenti, mentre invece esse non transiteranno mai verso il disturbo conclamato o andranno incontro a remissione spontanea di una sintomatologia iniziale, le espone a stigmatizzazione, etichettamento e medicalizzazione e iatrogenicità.

In termini di *stigma*, i Servizi di salute mentale non sono sempre *user friendly*, e in sé contengono aspetti negativi, per la percezione sociale che se ne ha ancora oggi, a prescindere dalla qualità del servizio. Quindi occorre mettere in campo strategie specifiche anti-stigma. Infine gli *effetti iatrogeni* dei trattamenti: non esistono interventi sanitari che non abbiano effetti iatrogeni, come ad esempio chiaramente dimostrano i farmaci, e qualsiasi intervento per il solo fatto di essere inserito in un contesto di tipo sanitario. Occorre quindi riconoscere che si deve entrare in contatto con un'area di popolazione che ha dei motivi molto consistenti per non rivolgersi ai Servizi. Un approccio precoce non può riprodurre gli strumenti della psichiatria clinica, bensì occorre mettere in atto strategie mirate sui bisogni e puntare al recupero sociale.

Per altro la domanda, ovvero la domanda che stiamo cercando di evidenziare, si presenta sempre più diffusamente con caratteristiche differenti di cui le più frequenti sono conflitto familiare, difficoltà scolastica o lavorativa, droga, comportamenti preoccupanti; caratteristiche tutte legate alle difficoltà che oggi sembrano più rilevanti di assunzione di una identità, o di capacità di giocare con competenza tra le differenti identità che si propongono nell'attuale complessità sociale.

Il *sistema salute mentale* appare di per sé sufficientemente accessibile, senza filtri né liste d'attesa, flessibile, declinato in una dimensione altamente comunitaria, dotato di risorse integrate socio-sanitarie e già valutato in studi di esito come efficace.

Dal 2000 è attivo a Trieste il programma dedicato all'esordio che si è posto come obiettivo la definizione di strategie integrate, sia di



prevenzione che di intervento precoce.

Obiettivo del progetto era di ottimizzare il sistema di riconoscimento ed intervento precoce sulla psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti, per ridurre il tempo intercorrente tra esordio e presa in carico integrata da parte dei Servizi territoriali; mettere in rete su quest'area il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, i Distretti, i servizi sociali, il volontariato ed il privato-sociale; realizzare una rete di prossimità con i medici di medicina generale e scuole, per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda; incrementare le competenze per il riconoscimento precoce; migliorare la qualità delle cure tramite un percorso approfondito di trattamento.

Un intervento precoce, con carattere preventivo, va potenzialmente indirizzato anche a chi non presenta sintomi conclamati ed ha l'obiettivo di ridurre il danno iatrogeno allo sviluppo personale e all'ambiente familiare e sociale prevenendo eventuali ricadute e contrastando il peggioramento delle competenze sociali.

La strategia di prevenzione rivolta a popolazioni già con sintomatologia iniziale prevede una metodologia di intervento articolata attraverso le seguenti azioni:

1. Ottimizzazione del sistema di riconoscimento ed intervento precoce sulla psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti con l'incremento delle competenze per il riconoscimento precoce.
2. Riduzione del tempo intercorrente tra esordio e presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali mettendo in rete su quest'area il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, i Distretti, i servizi sociali, il volontariato ed il privato-sociale.
3. Realizzazione di una rete di prossimità con i medici di base e le scuole, per segnalare situazioni a rischio verso un singolo punto di accesso della domanda.
4. Miglioramento della qualità delle cure tramite un percorso specifico e sperimentale di trattamento e valutarne il rapporto costo-efficacia.

Il Dipartimento di Salute Mentale, che già propone dal 1991 due edizioni annuali del corso rivolto alle famiglie ad alto carico, nel 2002 realizza la



prima esperienza di intervento indirizzato ai familiari all'esordio
Organizzata come modulo denominato *gruppo di accoglienza per i familiari di giovani all'esordio psicotico*, risponde alla necessità di prestare attenzione particolare a tali situazioni sia per la delicatezza del momento che sperimentano sia l'utente che i familiari che per la necessità di orientarli verso cure adeguate e di durata congrua a seconda del bisogno, contrastando il rischio, particolarmente alto in queste fasi, di intraprendere percorsi terapeutici discontinui ed irrazionali, oppure di attuare una drammatica sottovalutazione del problema. È rivolto dunque ai familiari di persone giovani che per la prima volta nella loro vita sperimentano dei disturbi psichici o delle vere e proprie crisi psicotiche, e pertanto sono in contatto coi servizi del Dipartimento, da cui sono stati presi in carico e sono stati o sono attualmente seguiti. Si predilige la dimensione del piccolo gruppo e la concentrazione temporale in due settimane allo scopo di fornire il sostegno in modo intensivo in un ambiente personalizzato e confidenziale.

10

Più in generale il programma *Esordio* è stato dettagliato con maggior precisione nell'ultimo decennio per il nuovo impulso ricevuto dalla nascita dei Distretti. Nel 2002 si sono definiti protocolli comuni con i Distretti per le aree ad alta integrazione (handicap psichico, famiglie a rischio e adolescenti problematici, comorbidità con la tossicodipendenza, demenze). Il distretto sanitario, o sociosanitario, è il luogo d'elezione per la raccolta e l'orientamento della domanda, ma anche per la valutazione, specie sui casi a rischio o dubbi, e talora di monitoraggio e trattamento.

Il perfezionamento delle buone pratiche nell'intervento precoce e nel lavoro integrato con i servizi distrettuali ed il Dipartimento delle Dipendenze nel 2004 è stato successivamente sintetizzato nel progetto di ricerca - intervento *Qualcosa è cambiato?*.

Questo libro nasce dal programma *Qualcosa è cambiato?* e intende essere un tassello della strategia di prevenzione rivolta a ragazzi già con sintomatologia iniziale e, attraverso una promozione della salute mentale in una rete integrata con le scuole che favorisca il cambiamento culturale, è finalizzato

ad una riduzione dei ritardi nella presa in carico da parte dei Servizi. Uno degli obiettivi che si vuole perseguire é la costruzione di un percorso di arrivo ai servizi non stigmatizzante, che faciliti il contatto e, ove opportuna, la presa in carico.

Nella creazione di questo percorso le scuole superiori e i medici di base possono rivestire un ruolo strategico in quanto testimoni diretti di richieste d'aiuto.

Nelle scuole la figura dell'insegnante come interlocutore esperto, come spettatore di processi di socializzazione secondaria e di crescita negli adolescenti e come promotore di una cultura sociale sulla salute mentale può divenire mediatore consapevole tra la richiesta di aiuto di un ragazzo e la risposta dei Servizi.

Al contempo i medici di base, già attori primi dei percorsi di educazione sanitaria per le famiglie, ovvero attori primi di percorsi di educazione sanitaria, possono operare per una diagnosi precoce, per il monitoraggio delle situazioni a rischio e per l'invio di secondo livello ai Servizi del Dipartimento di salute mentale e per il successivo mantenimento della continuità terapeutica. Cruciale è anche il loro ruolo nella tutela della salute fisica e del benessere, anche in relazione alla sicurezza dei trattamenti farmacologici.

11

Gli obiettivi diretti del progetto *Qualcosa è cambiato?* nell'area delle cure primarie e delle scuole sono:

- destigmatizzazione e cambiamento culturale;
- facilitare l'invio di condizioni di disagio di adolescenti e giovani adulti (età 18-30 aa.);
- riconoscimento precoce del disturbo psicotico: formazione delle capacità diagnostiche (Medico di base) e di riconoscimento dei problemi del disagio in ambito di socializzazione (Scuola);
- sviluppo di esperienze di collaborazione sul campo tramite ad es. accessi e primi contatti presso il medico di medicina generale.

Gli obiettivi indiretti sono:

- attenzionare servizi e strutture della comunità e sensibilizzarli sul problema;



- riduzione del ritardo di trattamento;
- aumento dei casi segnalati come a rischio o dubbi per fornire comunque un aiuto in termini ampi, psico-sociali;
- evitare l'arrivo traumatico in condizioni di emergenza ed in ambito ospedaliero;
- differenziare i settings di intervento nei luoghi comunitari e di vita delle persone;
- collegamento stretto operativo tra medici di base, servizi per Bambini e Adolescenti dei Distretti e Dipartimento di Salute Mentale.

Tra i vari strumenti, si è valutata la produzione di materiali multimediali (cartacei ed audiovisivi) e promozione di una campagna di stampa e nella comunità, anche da usare in corsi di formazione ed interventi di educazione alla salute in ambito scolastico in funzione antistigma.

12 Il libro è stato realizzato col contributo di ragazzi inseriti nel programma *Qualcosa è cambiato?*, che sono stati o che sono seguiti dai Servizi di salute mentale e dai Distretti, loro hanno fornito gli esempi personali riportati e alle loro domande si è ispirata la sezione *domande comuni*. Ci si è rivolti all'attuale letteratura internazionale sull'esordio psicotico e sulla salute mentale dei giovani, cercando di selezionare esempi, frasi, suggerimenti, analisi che si ritenevano utili ad una divulgazione che non fosse troppo semplificante, ma che mantenesse un'attenzione adeguata ai contenuti e alla profondità dei problemi e dei vissuti.

Nel processo di revisione ci si è avvalsi di un insegnante che ha collaborato e di altri ragazzi che hanno letto il manuale dando pareri e consigli.

Il linguaggio utilizzato é volutamente non specialistico, in un tentativo di chiarezza e di semplicità.

Il risultato è uno strumento di lavoro per chi opera nella scuola e in ogni ambiente in cui si è a stretto contatto con i giovani, cercando di comprenderli e di interagire con loro, senza stravolgerne il loro mondo ma interpretando il ruolo, complesso, di chi deve ascoltare ed aiutare.

Roberto Mezzina



«Le lancette dell'orologio che lo fissa impiccato al muro invece sembrano deriderlo.
Quando sente l'impulso di distruggerlo si ferma.
Non può fare finta di fermare il tempo solo perché lui non è mai riuscito a stargli dietro.
È già tanto che sia riuscito a fermare se stesso.
Sa benissimo che tutte queste considerazioni sono solo una scusa per dilazionare, ritardare ed evitare il momento in cui dovrà iniziare a pesare le parole con cui definire la causa di un malessere fisico scandito dall'aritmia degli eventi rispetto al suo battito cardiaco.
Non è un malato di cuore, ma il suo cuore passa dal petto alla gola ogni volta che il mondo gli avviene accanto, sotto i suoi occhi, senza di lui.
L'unica cosa che ha capito è che evadere non può sostituirsi alla parola vivere.
Ma capire non vuol dire imparare e difatti si perde dietro ad un fruscio esterno.»



DOLESCENTI E SALUTE MENTALE

Ai nostri giorni parlare di adolescenti e salute mentale appare difficile. I ragazzi d'oggi, cioè gli adulti di domani, sono molto diversi da quelli delle generazioni precedenti perché i ritmi e i contenuti della nuova società ne hanno cambiato i bisogni e le aspettative. Tale complessità rende ancora più necessario dare loro ascolto e tenere aperto un dialogo con quelli che altrimenti rischiano di apparire agli adulti, a volte, quasi degli extraterrestri.

Oggi l'adolescenza ha dei limiti cronologici molto diversi da quelli di alcuni decenni fa e, con una maturità fisico-sessuale sempre più precoce, può iniziare già nell'età tradizionalmente considerata infantile (10-12 anni) fino a prolungarsi alla cosiddetta giovinezza (20-25 anni d'età), quest'ultima in passato corrispondente al passaggio all'età adulta.

L'adolescenza è una fase dello sviluppo della persona umana che presenta caratteristiche complesse ed articolate di fluidità e contraddittorietà. È cambiamento e trasformazione e, volendo usare una metafora, può essere paragonata ad un viaggio verso l'ignoto e *l'altro da sé* rappresentato dal mondo degli adulti, che nello stesso tempo affascina e spaventa, porta all'adesione e al rifiuto (cosiddetto processo di *separazione-individuazione*).

Tale mondo, sentito come *diverso*, suscita dei vissuti ambivalenti che spingono ora verso la crescita ora verso la regressione, intesa come rifugio nel rassicurante mondo dell'infanzia.

Il disagio tra i giovani può declinarsi in molteplici modi e si interseca con le situazioni che questi vivono. Possiamo pensare ad esempio al fenomeno del bullismo a scuola e in rete (si pensi al social network Ask.fm dove gli adolescenti si sottopongono a interviste collettive pubbliche con domande postate in anonimato), alle nuove dipendenze da chat, videogiochi, all'utilizzo di smartphone e alla moda *selfie*, che sempre più spesso diventa strumento per l'espressione della propria sessualità e del proprio corpo (*sexting*), all'abuso di nuove sostanze anche da parte dei giovanissimi. È su questo substrato che possono emergere disturbi

che possono essere di diversa intensità e gravità, e che possono e devono mettere in allarme le persone che con i giovani lavorano: insegnanti, educatori, allenatori sportivi.

Vissuti di ansia, depressione, attacchi di panico sono comuni a molti ragazzi anche se in età matura questi non arrivano a sviluppare veri e propri disturbi.

Importante è saperli cogliere e riuscire ad instaurare un dialogo che porti alla comprensione di quello che il ragazzo, o la ragazza, sta attraversando. Anche i disturbi alimentari e i comportamenti autolesivi, dai tagli all'abuso di sostanze, hanno i loro picchi di insorgenza proprio in questa fase di estrema vulnerabilità. Non individuarli o sottovalutarli può portare a conseguenze serie, a volte anche drammatiche.

Il disturbo che tratteremo in questo testo è molto più comune di quanto possiamo pensare: nella loro vita quasi tre ragazzi su cento possono andare incontro a vissuti di tipo psicotico. Negli ultimi anni, inoltre, la letteratura internazionale ha messo in luce come la ripresa dalla psicosi sia tanto migliore quanto più tempestivi sono il riconoscimento dei sintomi, la ricerca di aiuto e l'inizio della terapia.

16

Definire la transizione dall'adolescenza all'età adulta

Riferito ai giovani, il concetto di transizione può essere analizzato secondo diverse prospettive. Da una prospettiva evolutiva, l'adolescenza è una tappa cruciale per lo sviluppo emotivo, psicosociale, personale e fisiologico poiché, attraverso compiti quali la separazione dalla famiglia, la scelta del percorso lavorativo o sociale e la definizione di sé con gli altri (*sé sociale*), il giovane sperimenta il ruolo di adulto. Da una prospettiva istituzionale, che tenga conto cioè dei percorsi di salute mentale, i giovani devono passare da un servizio ad un altro mentre stanno raggiungendo importanti tappe legate all'età.

Sia per i giovani che per le loro famiglie, il passaggio all'età adulta determina profondi cambiamenti psicologici e sociali. Gli adolescenti hanno una maggiore propensione ai comportamenti a rischio (autolesionismo, sfide alcoliche, ecc.) e le spiegazioni di questo



hanno radici non solo biologiche (influenze endocrine, eventi legati alla pubertà), ma anche psico-sociali (esplorazione, individuazione e raggiungimento dell'autonomia e delle capacità interne di controllare e direzionare gli eventi di vita).

L'adolescenza è un periodo a rischio anche per quanto riguarda lo sviluppo di disturbi mentali. Con l'età, i problemi di salute mentale dei giovani tendono ad aumentare, divengono più complessi e possono comparire disturbi severi come la psicosi.

La precocità della comparsa di disturbi mentali comporta una prognosi più sfavorevole. Da una raccolta di cinquantadue studi internazionali sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici (frequentemente si tratta di ansia e depressione) nell'infanzia e nell'adolescenza è emersa una media dell'8% nei prescolari, del 15% nei bambini delle elementari e del 18% negli adolescenti. Dal 2 al 4% degli adolescenti tenta il suicidio; ogni anno circa 7 giovani su 10.000 tra i 15 e i 19 anni si tolgono la vita. A Trieste, il picco dei suicidi è stato riscontrato costantemente in questa fascia d'età, oltre che nella fascia senile.

Dal 2 all'8% dei giovani sperimenta una depressione maggiore; circa l'1,9% sviluppa un disturbo ossessivo compulsivo; lo 0,5-1% dei giovani (per la maggior parte donne) tra i 12 e i 19 anni sviluppa l'anoressia nervosa e circa l'1% la bulimia nervosa.

Anche la compresenza di più disturbi è frequente negli adolescenti. In questa età si riscontrano spesso problemi aggiuntivi quali difficoltà nel trovare un lavoro, cure parentali inadeguate, allontanamento dal percorso scolastico, difficoltà di apprendimento, uso e abuso di alcol e droghe.

17

La transizione come sfida a creare servizi integrati

L'adolescenza e la prima giovinezza si collocano a cavallo tra i servizi per minori e quelli per adulti; ciò rende più difficile l'aggancio alle cure quando esse si rendono necessarie.

I ragazzi con disturbi mentali possono perdersi nella transizione dai servizi per bambini e adolescenti (a Trieste chiamati *strutture semplici per la tutela e la salute di bambini e adolescenti*) ai servizi per adulti



(*Centri di Salute Mentale*). L'interruzione del percorso di cura in questo passaggio delicato non può che incidere negativamente sulla salute, sul benessere e sul potenziale di questo gruppo vulnerabile. Idealmente, la transizione dai modelli di cura adottati nei servizi per minori e adolescenti a quelli propri della salute mentale per adulti dovrebbe essere un processo di cambiamento pianificato, sistematico e propositivo, che tenga conto dei bisogni specifici sia dello sviluppo evolutivo sia del disturbo di ogni singolo ragazzo.

La transizione indica però qualcosa di più rispetto al passaggio di una persona da un Servizio al successivo: questa implica infatti un percorso che abiliti e supporti un giovane nel passaggio ad una nuova fase della sua vita. Proprio i bisogni dettati da questo passaggio evolutivo rischiano di rimanere sconosciuti se questo percorso viene visto semplicemente come questione di carattere amministrativo tra Servizi per minori e Servizi per adulti.

COS'È LA PSICOSI?

Col termine psicosi si intende un disturbo mentale che comporta un cambiamento nella percezione che si ha del mondo circostante e nel modo in cui gli il giovane gli dà senso.

Questo disturbo è spesso accompagnato da un terrificante vissuto di perdita di contatto con la realtà.

Va sottolineato che la maggior parte dei disturbi psicotici insorge durante l'adolescenza o nella prima età matura.

Come sa chi lavora a stretto contatto con gli adolescenti, nel periodo di transizione alla prima giovinezza vi sono importanti compiti evolutivi che i ragazzi devono affrontare quali la separazione dalla famiglia, la scoperta e la pratica della propria sessualità, lo sviluppo e il mantenimento di relazioni tra cui quelle intime, la nascita e la crescita dei propri interessi, *hobby* e abilità, la rincorsa di obiettivi quali il lavoro o le opportunità di studi più avanzati.

Durante questa cruciale fase di vita molti ragazzi fanno fatica ad affrontare le sfide che lo sviluppo impone e molti possono sperimentare una sequenza crescente di *stress*. Se si affronta l'adolescenza scarsamente equipaggiati sul piano psicologico, gli eventi stressanti possono produrre una spirale negativa che incide sulle capacità personali, sulla fiducia in se stessi e sulle relazioni sociali.

Non appena un adolescente o un giovane adulto sperimenta quei vissuti cui si dà il nome di psicosi, molti aspetti chiave dello sviluppo possono essere profondamente alterati. Spesso si va incontro a arretramenti e perdite importanti, vengono perse o rinviate le opportunità di lavoro o di studio, possono esserci difficoltà a stabilire relazioni o a reintegrarsi nel gruppo dei compagni.

L'esperienza del disturbo può incidere sulla stima di sé, ed essere accompagnato da vissuti di ansia e depressione.

Spesso il ragazzo che comincia a sperimentare che *qualcosa non va*, ne è consapevole e teme il giudizio degli altri. Quando qualcosa sta cambiando, anche i comportamenti possono modificarsi e possono trasformarsi.

Lentamente e subdolamente possono comparire isolamento, silenzi, ritiro

sociale, fatica a relazionarsi in famiglia ma anche nel gruppo dei pari, difficoltà di concentrazione e calo nel rendimento scolastico.

Naturalmente si tratta di *manifestazioni aspecifiche* che, soprattutto se transitorie, di per sé non sono sempre indicatori di un disturbo. Diventano invece maggiormente significative se la loro durata nel tempo e la loro intensità sono tali da modificare sensibilmente la qualità della vita familiare, delle relazioni con i coetanei e di quelle in ambito scolastico.

Molto spesso è difficile discriminare tra comportamenti propri al comune disagio adolescenziale e manifestazioni di un esordio psicotico.

A ciò si aggiunge lo stigma che ancora accompagna il disturbo mentale.

Storia e cultura non hanno favorito la diffusione di una corretta conoscenza della psicosi: la sua immagine sociale è ancora intrisa di luoghi comuni e stereotipi che rallentano il riconoscimento del disturbo e il conseguente passaggio alle cure.

Questo è quanto sarebbe sufficiente sapere sulla psicosi. Tuttavia è bene che i familiari, gli insegnanti e gli amici siano in grado di cogliere e distinguere una vasta gamma di segnali. Imparare a riconoscere queste condizioni può infatti avere un duplice effetto di rassicurazione, sia per noi stessi che per il ragazzo che abbiamo davanti.

20

Spunti per gli insegnanti e gli operatori

Segnali che qualcosa non va

Scambiare il giorno per la notte.

La persona ha un'alterazione del ciclo sonno/veglia, con insonnia notturna e desiderio di dormire durante il giorno.

Mancanza di scopi

La persona si sente spossata, priva di energia e di determinazione. Perde interesse nella vita, non ha cura né dell'igiene personale né della propria salute: sembra condizionata da un'incapacità di provare piacere che spesso determina problemi nell'affrontare il lavoro o lo studio.



Pensiero disordinato o confuso

La persona ha difficoltà di memorizzazione e di concentrazione. Oppure fatica a pensare in modo lineare. Di conseguenza, spesso dice o fa cose che gli altri stentano a comprendere, parole o azioni che possono essere definiti *discorsi illogici, idee e comportamenti bizzarri*.

Valerio: *«Sono sempre stato preciso nel lavoro, io faccio montaggi di filmati, quando sono stato male ho montato e rimontato un pezzo facendo 7 filmati diversi in pochi giorni, non andava mai bene, ma non sapevo cosa non andasse, intanto non dormivo e non mangiavo, mi stavo lasciando andare senza rendermene conto»*

Convinzioni inattaccabili

La persona vive una condizione in cui le proprie idee e convinzioni non corrispondono ai fatti reali, contrastano con il buon senso comune e sono difficilmente criticabili con il ragionamento. La persona trae conclusioni non condivise, attraverso un esercizio inadeguato della critica.

Deliri

La persona crede che altri, anche congiurando tra loro, cerchino di farle del male. Oppure può essere convinta di possedere super-poteri. O ancora che gli altri possano sentire distintamente i suoi pensieri. O infine che la radio, la tv o l'intero ambiente circostante mandino messaggi speciali proprio per lei.

Federico: *«...è cominciato tutto come un puzzle, un film della mia guerra contro il diavolo. È durato due anni. Viaggiamo l'Europa per studio, ma mi portavo dietro questa idea che prendeva forma. Quando sono tornato a casa mi sono convinto che il diavolo in persona era entrato dentro un oggetto.»*

Allucinazioni

La persona percepisce voci immaginarie che, per esempio, parlano proprio a lei. Oppure vede, ascolta ed odora cose inesistenti. O ancora il cibo ha per lei un sapore del tutto insolito. Talvolta possono essere avvertite fantasiose sensazioni tattili.

Nicola: *«Giravo per la città e continuamente incrociavo un vecchio*

amico che mi passava accanto col motorino, anche 15 volte al giorno. All'inizio mi sembrava strano e impossibile, poi però era reale. Un giorno ho chiesto ad un amico di entrare in un locale al posto mio per verificare che ci fosse dentro quella persona che io da fuori sentivo parlare. Mi ha detto che non c'era e ha cercato di farmi ragionare, ma quella volta non è servito a molto.»

Negazione

La persona è portata a negare situazioni e circostanze per lei spiacevoli e spesso accetta solo con difficoltà il confronto con le idee degli altri. Inoltre nella maggior parte dei casi non riconosce di avere un disturbo mentale e di conseguenza tende a rifiutare le cure, la cooperazione con i medici e l'aiuto degli altri.

Alterato senso di sé

22

La persona ha la sensazione che il proprio corpo si stia trasformando, che la propria immagine sia diversa o deformata. Oppure ha la sensazione di non esistere. A volte la persona stenta a percepire fisicamente dove finisca il proprio corpo e dove inizi il resto del mondo. Può credere ad esempio che le sue braccia non le appartengano, oppure di essere priva di corpo.

Fabio: «Mi sentivo scisso, il corpo voleva fare delle cose ma i pensieri e la mente lo bloccavano, non trovavo un equilibrio. Col passare del tempo sentivo che lo star fermo alterava il mio corpo, la schiena era tutta storta e un ginocchio era sceso per la mancanza di muscoli.»

Reazioni alterate di fronte ad eventi normalmente gestibili

La persona ha emozioni attutite ed appiattite, o al contrario sovraeccitate ed incontrollate.

Le prime tolgono interesse a tutto quanto succeda intorno, sembrano spegnere l'individuo e possono ridurre la mimica facciale che si cristallizza in un'espressione rigida e neutra.

Le seconde sembrano accendere a sproposito l'individuo e portano a risposte emotive fuori luogo. La mimica facciale può apparire esagerata.



Sara: «*Ero euforica, stavo benissimo, pensavo di avere una storia col mio professore, facevo tantissime cose e non ero mai stanca.*»

Isolamento sociale

La persona ha difficoltà ad avere rapporti con gli altri, fino a giungere ad evitarne la compagnia per rifugiarsi in un mondo tutto proprio.

Depressione

La persona può sovraccaricarsi di un insostenibile fardello di colpe per essersi comportata male nel passato, per aver distrutto amicizie ed affetti; può temere di non essere degna di venire amata. Tutti questi sentimenti possono portare ad un grave stato depressivo definibile come mancanza di speranza. Questo stato può far pensare alla fine della vita come ad una soluzione auspicabile.

Senso di impotenza e disperazione

La consapevolezza delle concrete, serie e continue difficoltà incontrate nella vita quotidiana può portare la persona a sentimenti di sconforto e di inadeguatezza. 23

Cambiamenti dell'umore

Lo stato emotivo cambia repentinamente: la persona vive continui sbalzi di umore.

[mod. da *Fuori come va?*, P. Dell'Acqua. Ed. Feltrinelli. 2013]

La psicosi è un disturbo che influenza molti aspetti della vita dell'adolescente: la capacità di pensare, di provare emozioni, la vita sociale, il modo di agire nella vita quotidiana.

Naturalmente questo elenco di sintomi, o di modi di vivere serve anche a definire la diagnosi. Ma, come vedremo, la diagnosi non è la persona. Questi sintomi allora, presenti in diversa misura, in tempi ed in momenti differenti contribuiscono a distinguere la vita dei singoli individui. Volendo tracciare un profilo assolutamente sintetico, si potrebbe dire

che i giovani che sperimentano una psicosi rischiano di perdere il senso delle cose e degli avvenimenti, sono continuamente impegnati nella ricerca di significati nascosti e faticano a farsi capire dagli altri. Come se vi fosse una perenne oscillazione tra *deficit di senso* ed un *eccesso di senso*. Tra il non capire più nulla ed il credere di aver capito ogni cosa, tra l'insensatezza ed un'arbitraria ricostruzione di senso.

Spunti per gli insegnanti e gli operatori Cosa notano le persone che stanno vicino?

Spesso è un insegnante il primo a cogliere i segni che in un ragazzo qualcosa non va. Data la sua naturale attitudine all'ascolto, può accorgersi dei segni precoci di disagio che il ragazzo mostra e che inizialmente possono manifestarsi così:

- lamenta disturbi di attenzione, di concentrazione o di memorizzazione;
- inizia a non venire a scuola frequentemente;
- appare più chiuso e perso nei suoi pensieri;
- in classe manifesta maggior disagio;
- si mostra ansioso;
- ha alterazioni dell'appetito;
- non riesce più a riconoscere il significato delle parole o ha difficoltà a usare parole idonee;
- ha un'aumentata affaticabilità fisica o psichica, debolezza e stanchezza generale;
- mostra mancanza di forza e sentimenti di inefficienza;
- ha una diminuzione dell'iniziativa;
- ha difficoltà a prendere decisioni.

Confrontarsi con la famiglia di fronte a forti cambiamenti che suggeriscono un disagio o una battuta d'arresto del percorso evolutivo è il primo passo verso la comprensione della situazione che il ragazzo sta attraversando. Se necessario, un parere di uno specialista dei Servizi di Salute Mentale (per l'età evolutiva o per gli adulti) può aiutare a valutare le strategie più indicate per affrontare situazioni difficili.



ESORDIO E DECORSO NELLA PSICOSI

Per comprendere meglio l'esperienza di un episodio psicotico può essere utile pensarne l'evoluzione in 3 fasi: la fase prodromica, la fase conclamata e la risoluzione/ripresa.

La fase prodromica: i primi segni

I primi segni sono vaghi e poco visibili. La persona ha la sensazione che qualcosa stia cambiando: nota dei cambiamenti nei pensieri, nelle percezioni e nel modo in cui vive le emozioni. A questi seguono dei cambiamenti nel comportamento che inizialmente possono non essere notati o capiti da chi sta vicino. Ciò produce una sofferenza alla quale la persona cerca di dare un senso. In media, i prodromi persistono continuativamente 3,3 anni prima dell'esordio della psicosi.

«D'un tratto era come se le cose non mi entusiasmassero più come prima; mi passò la voglia di uscire e mi rinchiusi in camera.»

25

«I miei compagni di classe sanno che sono un incapace e ridono alle mie spalle; quando cammino per strada mi sembra che anche degli estranei ridano di me.»

«Il rombo delle macchine che passavano in strada mi sembrava un bisbiglio.»

La fase conclamata

La persona sperimenta chiaramente sintomi psicotici come allucinazioni o confusione del pensiero. La durata di questa fase è variabile

«Ho vagato per la città per giorni cercando quella ragazza. Ero convinto che l'avrei trovata, ma non avevo neanche l'indirizzo. Non dormivo, non

bevevo e non mangiavo, ma non sentivo né fame né stanchezza.»

«Quando ho capito che anche i miei genitori facevano parte del complotto ho avuto la certezza che gli infermieri fossero lì per uccidermi, ero terrorizzata e in trappola.»

«Mi sembrava di essere in un film e i programmi alla televisione parlassero di me.»

La risoluzione e la ripresa

Dopo l'inizio delle cure, che non deve però tardare, la ripresa c'è sempre, ma i suoi tempi sono soggettivi e il ritorno ad un buon equilibrio dipende da diversi fattori.

La risoluzione è la fase più delicata: in essa la persona e i familiari fanno i conti con la presenza di una fragilità interiore che si è manifestata drammaticamente. L'obiettivo primario è che il giovane riconosca la propria vulnerabilità ed inizi un percorso per prendersi cura di sé.

26

La ripresa rappresenta un periodo di accettazione, di ripresa della gestione di sé stessi e della propria vita, di ridefinizione di obiettivi e mete personali, di ricostruzione delle relazioni.

Il periodo che fa seguito alla remissione dei sintomi dopo il primo episodio psicotico è definito “periodo critico” e dura generalmente dai due ai tre anni. È qui che si gioca una partita decisiva tra la catastrofe personale che è stata rappresentata dalla psicosi e le risorse che la persona può mettere in campo per fronteggiarla. Questa si configura come una fase di alta vulnerabilità in cui è indispensabile un intervento di sostegno esterno articolato in dispositivi, organizzazione dei servizi preposti e strategie mirate.



PSICOSI: QUALI SONO LE CAUSE?

La storia di Marco

Di Marco la mamma dice che è sempre stato un ragazzo riservato; gli altri sostenevano che fosse mammone ma in realtà l'attaccamento era reciproco. Secondo di due figli, si era affacciato al mondo due mesi prima del tempo e questo aveva risvegliato nella madre il timore di poter perdere un figlio. Le complicazioni legate alla nascita prima del termine non avevano tranquillizzato la madre: lei decise di trasferirsi temporaneamente vicino all'ospedale per stargli più vicino, lasciando l'altro fratellino di due anni col padre nella casa fuori città.

Marco era nato letteralmente sotto la campana di vetro e metaforicamente vi era cresciuto fino agli anni dell'asilo; allora ci furono svariati tentativi di inserirlo che non andarono a buon fine. Marco frequentò a singhiozzi le Materne fino a fare capolino alle Elementari.

Le prime difficoltà di Marco emersero alle Scuole medie dove, nonostante avesse degli amici coi quali andava molto d'accordo, un gruppo di ragazzi lo prese di mira. Marco passò un anno difficile, non voleva andare a scuola e perse un anno. Ritornando a scuola cambiò molto i suoi comportamenti. L'arrivo in una classe diversa e la paura di rivivere le stesse esperienze lo portarono ad una graduale chiusura in sé. Marco non andava volentieri a scuola, era molto ansioso e non legava con nessuno. Agli insegnanti sembrava distratto e svogliato, spesso soprappensiero. Temeva i compagni di classe, si sentiva spesso deriso e preso di mira, perciò cominciò ad arrivare in ritardo e ad accumulare assenze. Un giorno disse alla madre che anche gli insegnanti ce l'avevano con lui. Smise di andare a scuola e all'ansia si sommò una continua stanchezza che il sonno non sembrava scalfire. Dopo un anno dall'abbandono scolastico la famiglia contattò il Centro di Salute Mentale perché Marco, che ormai non usciva più di casa, aveva avuto una reazione esagerata ad una critica della madre.

Sebbene la ricerca abbia fatto notevoli progressi negli ultimi decenni, la comprensione esaustiva delle psicosi rimane ancora una sfida aperta. Vi è

comunque un generale consenso sull'origine multifattoriale del disturbo: la genetica, la biochimica e la neurofisiologia interagiscono in maniera dinamica con le esperienze di vita, il *background* socio-culturale e tutti quei fattori che incidono sullo sviluppo psicofisico della persona.

Per comprendere l'origine multifattoriale della psicosi, un modello tuttora condiviso è quello della *Vulnerabilità-Stress* (1977).

Per questo modello esiste una specifica *vulnerabilità* alla psicosi; vi si valutano inoltre i diversi fattori che possono influenzarne lo sviluppo.

Questi fattori sono distinti in:

- Fattori biologici: rappresentati da tutto ciò che è fisico come l'assetto ormonale, il corredo genetico e tutti quegli aspetti prettamente fisiologici che caratterizzano una persona (per esempio, la glicemia alta è un fattore biologico).
- Fattori psicologici: rappresentati da tutto ciò che è mentale come la capacità di gestire lo stress, l'autostima, l'espressione delle emozioni (per esempio, la tristezza che può provare una persona in seguito ad un lutto è un fattore psicologico)
- Fattori sociali: rappresentati da tutto ciò che è in relazione con la persona come la famiglia, l'ambiente lavorativo, il contesto sociale e culturale (per esempio, la condizione economica è un fattore sociale che può incidere sullo sviluppo individuale)

Fin dal concepimento tali fattori determinano in ogni istante quello che siamo, quali sono le nostre fragilità e i nostri punti di forza.

Questi fattori dunque concorrono alla definizione della *vulnerabilità* personale. La complessità dello sviluppo umano non ci permette di prevedere quale direzione prenderanno le interazioni tra tali fattori, né di prevedere se un individuo vulnerabile svilupperà o meno una psicosi.

È tuttavia riconosciuto dalla letteratura che, sommata ad una condizione di preesistente vulnerabilità, l'esperienza di fattori stressanti può essere causa di uno scompenso psicotico.

Innanzitutto eventi di vita quali una bocciatura a scuola, una delusione sentimentale, un lutto, un incidente, la perdita del lavoro e alcune fasi del ciclo di vita come l'adolescenza (considerata di per sé un'età di



transizione e quindi un passaggio critico altamente stressante) possono essere *fattori di rischio* che aumentano la probabilità che si passi a uno stato di sofferenza psichica.

Fattori di rischio possono anche derivare da un ambiente familiare conflittuale o da una situazione sociale difficile.

Viceversa la presenza di una rete sociale forte e di figure familiari di riferimento, l'accesso all'istruzione, le capacità personali di fronteggiare lo stress sono *fattori di protezione* che aumentano la resistenza delle persone agli eventi stressanti.

Conoscere i fattori di protezione e favorirli è utile nel prevenire le ricadute in chi ha già avuto un primo episodio di psicosi, ma è anche importante per sostenere quei ragazzi che si trovano in condizione di vulnerabilità, che attraversano cioè un periodo critico del loro sviluppo e non riescono più a far fronte autonomamente agli eventi di vita.

Spunti per gli insegnanti

29

Perchè è così importante l'ambiente psico-sociale della vostra scuola?

Le ricerche sugli ambienti di lavoro e sulle condizioni abitative hanno rivelato che ci può essere una forte relazione tra contesto sociale e benessere, a breve e lungo termine. Considerando quanto tempo molti bambini e ragazzi spendono a scuola, non stupisce che le dimensioni psico-sociali proprie della scuola abbiano attirato l'interesse di un sempre maggior numero di ricerche.

Riportiamo alcuni risultati.

Un ambiente psico-sociale positivo a scuola può influenzare la salute mentale e il benessere dei ragazzi

Sentirsi uniti nella classe e mantenere una buona comunicazione tra



alunni e corpo docente sono alcune delle caratteristiche che si sono rivelate correlate a diversi indicatori di salute mentale (Patton, 2000). Ad esempio, uno studio sull'impatto del clima scolastico sul benessere e sulla salute mentale dei bambini nella Repubblica Ceca ha riscontrato che nelle scuole con un clima caratterizzato da fiducia e rispetto tra dirigenti, insegnanti, alunni e famiglie sono stati meno frequenti i casi di ansia generalizzata e ansia scolastica; c'erano inoltre un maggior equilibrio emotivo e una più positiva attitudine verso la scuola (Havlinova e Schneidrova, 1995).

Gadin e Hammarstrom (2000) hanno analizzato in un campione di alunni svedesi la relazione tra fattori psico-sociali nell'ambiente scolastico, salute degli alunni e loro autostima. Dai risultati è emerso che le difficoltà nelle relazioni con i compagni di classe erano i fattori psico-sociali più frequentemente associati a problemi di salute. Inoltre, nelle ragazze, la mancanza di auto-controllo a scuola correlava con una bassa autostima.

30

Da *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An important Responsibility of a Health-Promoting and Child-Friendly School* - *WHO Information Series on School Health; Document 10* (WA 350), 2003.





LA GOCCIA CHE FA TRABOCCARE IL VASO.

L'individuo è in continuo movimento, ma lo sviluppo dell'adolescente e del giovane adulto può, in alcuni casi, andare incontro a battute di arresto, traumi o rallentamenti che non possono essere affrontati efficacemente; sommate, tutte queste esperienze possono indebolire e appesantire la struttura della persona e determinare un certo grado di fragilità.

L'esordio psicotico può così essere visto come la reazione ad una goccia che ha fatto traboccare il vaso, ed i fattori scatenanti possono essere svariati: un brutto voto, il *no* di un/a ragazzo/a, l'ennesima angheria subita a scuola. Eventi che magari in passato il giovane ha già gestito ma che sommandosi ad una sua fragilità hanno un effetto dirompente e inaspettato.

Guarire si può

31


*«Un uomo pensante
non è prigioniero del suo ambiente,
nè vittima della sua biografia»*

G. Kelly

Il ruolo attivo della persona che ha sperimentato una psicosi e la sua consapevolezza che il passato non determini il futuro sono cruciali per la ripresa.

Il primo passo è riconoscere che qualcosa non va, che altri ragazzi hanno avuto questo disturbo e l'hanno superato. Ciò avviene anche grazie ai familiari, agli amici e alla scuola. Il superamento della fase acuta è accompagnato da una sensazione di smarrimento e dalla paura che una cosa così inaspettata possa ricapitare da un momento all'altro.

«Mi ricordo che mi riempio le giornate di tutto, facevo ogni cosa per paura che quella sensazione potesse ripiombarmi addosso.»



All'inizio accade spesso che per difesa, paura o stigma il ragazzo possa essere portato a minimizzare quanto accaduto, a considerarlo sbrigativamente come *stress*. Questa visione deresponsabilizza ed espone la persona a forte rischio di ricaduta. Sia per i ragazzi che per gli operatori dei Servizi è importante cercare di comprendere cosa la persona stia vivendo, cosa abbia determinato la fragilità (quali siano cioè i fattori stressanti) e cosa la aiuti a stare meglio (fattori protettivi). L'elaborazione di questi contenuti può favorire la ripresa e ridurre la probabilità di ricadute.

La sviluppo della consapevolezza dei propri punti deboli è il primo passo per avviare un processo di cura di sé.

Specie nelle fasi iniziali e per paura dello stigma che tuttora esiste nella società intorno al disagio mentale, è possibile un rifiuto del disturbo; la persona può anche andare incontro a cali dell'umore e depressione derivati spesso dal pensiero di essere sola o dalla consapevolezza che qualcosa è cambiato per sempre. L'esperienza può essere percepita come incomunicabile e il disturbo come irrisolvibile e sconosciuto.

32 Tutte queste emozioni si possono superare e possono evolvere in una maggiore conoscenza di sé.

Perchè è importante intervenire tempestivamente?

La storia di Filippo

Filippo è un bambino vivace, primogenito di una famiglia numerosa; viene seguito alla elementari dalla neuropsichiatria infantile per dislessia. Sportivo e spigliato, quando è in compagnia cerca sempre di essere al centro dell'attenzione e ha un forte legame con la sua squadra di calcio, con cui si allena tre volte alla settimana. A scuola il rendimento non risponde alle aspettative di genitori e insegnanti, e perde un anno di scuola in terza elementare.

Giunge alle superiori e si iscrive all'Istituto tecnico. Inizialmente i genitori non riferiscono alcun problema, se non una certa tendenza di Filippo a minimizzare e sottovalutare i carichi di studio; ben presto

riemergono tuttavia le difficoltà di attenzione e memorizzazione. Al quarto anno viene bocciato e durante l'estate si chiude in casa; con la motivazione di dover studiare per recuperare, smette di giocare a calcio e interrompe il corso di chitarra cui si era iscritto l'anno prima. Con l'inizio dell'anno scolastico gli insegnanti raccontano ai genitori che lo vedono più chiuso; sembra preoccupato e più volte ha avuto delle incomprensioni e degli screzi con i compagni che accusa di *ridergli sempre dietro*. Lui stesso ricorda che in quel periodo sentiva una sensazione strana, *come qualcosa che arriva da dentro e che ha bisogno di essere accerchiata*; segnalava inoltre come fosse cambiato il suo modo di stare con gli altri, perché riteneva che questi dicessero di lui delle cose non vere. Racconta ai genitori che in autobus tutti parlano di lui e che ogni tanto accadono delle cose che non si sa spiegare, quasi che gli altri gli leggano la mente.

Inizialmente i genitori hanno minimizzato le cose, considerandole un passaggio adolescenziale; di fronte all'angoscia sempre crescente del figlio e alla chiusura avvenuta in quel periodo, però, lo portano privatamente da uno psichiatra, che gli prescrive una terapia antipsicotica e che lo visita una volta al mese per circa sei mesi. 33

Parallelamente Filippo inizia un percorso psicoterapeutico con una psicologa privata che dopo qualche mese lo segnala al Centro di Salute Mentale poiché ritiene indispensabile un approccio territoriale.

Filippo ed i suoi genitori giungono così al Servizio dopo più di un anno dall'inizio della sintomatologia. Sono tutti molto spaventati: Filippo perché teme di avere una malattia grave e inguaribile, di cui dice di non sapere nulla e su cui ha paura a fare domande; i familiari perché si sentono molto soli e preoccupati per il futuro.

Cure in ritardo: grossi problemi nel recupero

Il ritardo nella ricerca delle cure crea grossi problemi, il primo dei quali è che il recupero, ovvero la ripresa è molto più lenta poiché i sintomi e le difficoltà si sono radicate. Altra conseguenza dannosa è legata all'età d'insorgenza del disturbo: in una persona giovane c'è infatti il rischio

di veder bloccato il corso naturale del processo di sviluppo e di crescita; ciò può determinare perdita dei rapporti sociali, deterioramento dei rapporti familiari, difficoltà nello studio, ritiro in casa. Un malessere che può portare all'abuso di sostanze, all'aumento dei problemi relazionali, al possibile rischio di suicidio, all'incorrere in problemi di giustizia, all'abbandono scolastico e lavorativo fino a ripetuti episodi che richiedono il ricovero. Tutte cose che contribuiscono a bloccare in maniera devastante le potenzialità di crescita ed il senso di autostima di un giovane.

Nei casi in cui ci siano delle avvisaglie di malessere come un insolito isolamento, un'apatia diffusa o un'inspiegabile iperattività, intervenire prontamente parlandone e comprendendone le motivazioni è la forma migliore per la prevenzione di un episodio psicotico.

Molti studi rivelano una significativa correlazione tra il ritardo nel trattamento della psicosi e quanto segue:

- 34 - prognosi meno favorevole;
- incompleta remissione dei sintomi;
- aumento di depressione e suicidi;
- abuso di sostanze;
- perdita di autostima;
- interferenze nello sviluppo psichico e sociale;
- interruzione degli studi e del lavoro;
- aumento del carico familiare e dell'emotività espressa;
- alto dosaggio di neurolettici necessari per il trattamento;
- maggiori ricoveri.

Come si può promuovere la prevenzione evitando lo stigma?

È necessario considerare le diverse fasi che una persona vive.

In una prima fase la persona è consapevole a livello soggettivo che sta vivendo un cambiamento. Soltanto poi questo cambiamento è colto anche dagli altri, ad un livello obiettivo. Infine la persona si accorge che, a



livello interpersonale, questo costituisce un problema.
Soltanto allora avviene l'identificazione del problema come sanitario.

Punti nodali nel riconoscimento precoce

Puntando la lente sul decorso del disturbo si possono individuare alcuni punti nodali nella storia della persona. Questi possono aiutare chi le sta intorno a comprendere il profondo malessere che accompagna i vissuti psicotici e a cogliere tempestivamente il suo bisogno di aiuto.

Stadio 1 – Dai primi segni al riconoscimento

1. Percezione soggettiva di un cambiamento

«Mattia era perennemente immerso nei suoi pensieri, all'affannosa ricerca di un punto fisso, una risposta, una visione del mondo che spiegasse o almeno permettesse di fermare tutte quelle sensazioni che lo assalivano.

La maggior parte del tempo Mattia la passava riflettendo su di sé, sugli altri, su cosa spingesse le persone a fare ciò che facevano. Come l'Ulrich di Musil la sua mente cercava di cogliere una regolarità, una funzione che desse senso al tutto.

Questa ricerca partiva da una sensazione molto strana che Mattia aveva sperimentato un giorno per caso.

Si trovava a casa con le sue sorelle e mentre il quadro familiare si svolgeva come da copione – le sorelle litigavano per il telecomando mentre la madre stirava – Mattia si accorse del copione. Non doveva accadere che lui notasse ciò in cui era immerso, eppure fu così. In un istante Mattia si trovò catapultato fuori dalla scena come uno spettatore seduto in platea. Ebbe così la sensazione che ci fosse altro da comprendere. Quella sensazione strana, terrificante e affascinante allo stesso tempo impegnò la sua mente giorno e notte. Prima di poterne parlare con qualcuno doveva riuscire a mettere a fuoco qualcosa; non appena però la nebbia sembrava diradarsi ecco che tutto sfuggiva di nuovo. La sua mente correva e inseguiva e lottava ma il suo corpo si fermava.»



Spunti per gli insegnanti e gli operatori

L'approccio

È opportuno che insegnanti e operatori si confrontino su quale sia la modalità migliore per educare la comunità e portare questi problemi all'attenzione dei giovani in particolare.

Alcuni dei punti salienti sono quelli che seguono:

- usare nell'approccio educativo la stessa attenzione che si usa nell'informare a livello collettivo su temi di forte stigma;
- Parlare dei problemi legati all'insorgere delle psicosi come di possibilità più o meno comuni alle fasi adolescenziale e giovanile (si rimanda alla filmografia);
- Guardare a questi aspetti in una cornice non solo biologica o psicosociale ma terapeutica, che tenga conto della loro complessità;
- Adottare un tipo di approccio e di tattica che siano largamente condivisi e diffusi tra i ragazzi;
- 36 • Informare i ragazzi che ci sono possibilità di cura e di trattamento efficaci ed accettabili di cui non aver paura e di cui illustrare le modalità di accesso.

2. Consapevolezza oggettiva (insegnanti/familiari)

«Una mente brillante e fantasiosa – questo dicevano gli insegnanti di Mattia al primo anno delle superiori – a volte un po' distratto e non molto inserito nel gruppo. Un giorno l'insegnante di matematica notò che passava molto tempo assorto nei suoi pensieri fissando fuori dalla finestra. Come se la sua mente fosse altrove. Il rendimento cominciò a calare ma Mattia non ne sembrava particolarmente preoccupato; anzi, cominciò ad accumulare assenze e a dimostrare scarso interesse nella soluzione di problemi algebrici che inizialmente lo appassionavano. Diventò sempre più silenzioso. Parlando con i genitori emerse che Mattia trascorrevva gran parte della giornata in camera, al pc o nel letto. Aveva smesso di frequentare gli amici e aveva abbandonato lo sport. Tutto faceva pensare ad un brutto periodo, magari anche ad una depressione.»

3. Riconoscimento

«Mattia perse l'anno scolastico. Il silenzio che mostrava celava una confusione di pensieri che gli rendeva difficile tutto quanto: leggere, guardare la televisione e persino capire cosa gli altri gli stessero dicendo. In tutto questo boato l'ira del padre che urlava parole come *pigro!*, *ti raddrizzo io!*, *fannullone*, non facevano che peggiorare le cose. Erano parole troppo difficili da sopportare anche perché in lui restava poco del Mattia brillante e fantasioso.

Ormai lo sguardo e il corpo, le uniche finestre che, oltre alla parola, Mattia potesse ancora usare per comunicare erano irrigiditi, chiusi e sospesi in quella nebbia ovattata che nulla concedeva al mondo esterno. Inglobato dalle domande di un dentro insaziabile cercatore di senso, il fuori aveva cessato di esistere: il confine era evaporato portandosi con sé la possibilità di essere nel mondo e di comunicare con l'altro.»

Isolamento graduale, calo del rendimento scolastico, assenze ripetute, apatia e disinteresse sono comuni campanelli d'allarme di un imminente *drop-out* scolastico.

Un ruolo cruciale hanno gli insegnanti che assistono ad un graduale allontanamento dal percorso scolastico; con la famiglia e i servizi, essi possono contribuire a valutare se sia la manifestazione di un processo di chiusura nel disturbo.

4. Identificazione come problema di salute mentale (come problematica sanitaria)

«Qualcosa era cambiato. Dopo svariati mesi di attesa, genitori e insegnanti capirono che la sofferenza di Mattia non si sarebbe risolta da sola. Mattia peggiorava, non si lavava se la madre non lo spingeva a farlo, parlava a malapena e aveva spesso sbalzi d'umore imprevedibili. Le poche volte in cui apriva bocca rivelavano un Mattia molto diverso, come se gli risultasse difficile parlare del più e del meno; era molto lento e affaticato.»

Una crisi adolescenziale che – complice la speranza che si risolva da sola



– si protrae può celare un disturbo più severo. Informare i familiari sulla possibilità di avere un confronto con specialisti e trovare supporto nei Servizi dedicati può accorciare i tempi di risposta, migliorare la presa in carico e incidere positivamente sulla ripresa.

Stadio 2 – Dalla ricerca di aiuto al CSM

1. Ricerca di aiuto

«Come prima cosa Mattia fu accompagnato da un neurologo privato. L'idea di portare il proprio figlio al Centro di Salute Mentale non piaceva ai genitori. Pensavano che gli altri avrebbero potuto vederlo, che sarebbe stato 'schedato' e che comunque il Servizio pubblico non avrebbe garantito una prestazione di alta qualità. A quella dal neurologo seguirono varie altre visite più o meno specialistiche. Naturopati e omeopati si alternavano a Risonanze Magnetiche e TAC, il tutto con notevole dispendio di energie, soldi e... tempo.»

38 Spesso i percorsi di cura subiscono un ritardo perchè i familiari e i ragazzi non riconoscono il disturbo. Supportarli nell'avvicinamento ai servizi di salute mentale e ai distretti, anche solo per un consulto, può essere determinante.

2. Riconoscimento dei sintomi da operatori altri, sociali e/o sanitari

«Un giorno Mattia si recò dal suo medico di base per un mal di gola che non voleva passare e, chiacchierando con lui, gli disse delle preoccupazioni che lo spingevano a non uscire di casa. Parlò della stranezza di certe coincidenze che notava sotto la finestra di camera sua: alcuni pensieri che lui faceva erano sempre seguiti dal passaggio di una macchina o da una telefonata. Il medico suggerì di fare una visita anche con la mamma per parlarle di queste cose. Mattia sulle prime era incerto, poi acconsentì.»

Medici e/o insegnanti possono confrontarsi con i genitori e cogliere i segnali di un disagio profondo favorendo un percorso di aiuto.

3. Riferire il caso ai Servizi di Salute Mentale

«Per aiutare il ragazzo a non avere più queste paure, il medico propose alla madre e a Mattia di rivolgersi ad un operatore del Centro di Salute Mentale. Chiamarono insieme il Centro di riferimento per quella zona e fissarono un incontro.»

Stadio 3 – La Recovery

1. Accesso e ripresa

«Al primo incontro svolto nel Centro di Salute Mentale seguirono delle visite domiciliari settimanali. Inizialmente Mattia non andava volentieri al Centro: era spaventato, confuso, temeva il giudizio e il pregiudizio. Ora Mattia ha avuto modo di confrontarsi con altri coetanei che hanno attraversato esperienze simili e ha potuto vedere come ognuno abbia affrontato il disturbo, superandolo.»

Fondamentale nella recovery è agire tempestivamente su più livelli:

- **Biologico:** assumere regolarmente la terapia, fare attività fisica all'aperto, controllare la propria dieta, evitare l'assunzione di alcool e droghe.
- **Psicologico:** instaurare un'alleanza e un dialogo continuo con un operatore del Centro di Salute Mentale (psichiatra, infermiere, psicologo, assistente sociale o tecnico della riabilitazione) poiché conosce questo disturbo e sa come aiutare nell'affrontare i pensieri e le difficoltà che accompagnano la psicosi.
- **Sociale:** riprendere gli studi, cercare un lavoro con l'aiuto dei tecnici della riabilitazione, riallacciare i rapporti con gli amici o risperimentarsi al più presto in nuove occasioni di incontro e svago.

L'interruzione di alcuni di questi passaggi può rallentare la ripresa o favorire una ricaduta.

A tal proposito, per i timori e le resistenze che suscita, merita un paragrafo a parte la cura farmacologica.





I FARMACI

Rispetto alla terapia farmacologia è importante capire quale sia l'atteggiamento delle persone, discuterne insieme e, se non vogliono, non costringerle ad assumerla.

Prima di proporre un trattamento farmacologico è essenziale instaurare una relazione con la persona, cercare di comprenderne i bisogni ed il contesto di vita. Cruciale è fare un lavoro di forte contrattazione basato sulla relazione, lavoro che può durare anche settimane.

I farmaci usati per il trattamento dei disturbi psicotici sono chiamati *antipsicotici* o *neurolettici*. Questi farmaci modulano i circuiti neurotrasmettitoriali che sono alterati nell'esperienza psicotica. Gli antipsicotici sono assunti giornalmente in varie formulazioni (liquida, pastiglia, compressa, wafer) o in alcuni casi con iniezioni intramuscolo che rilasciano il farmaco lentamente e che vengono ripetute a cadenza bisettimanale o mensile (preparazioni *depot*).

Generalmente per una persona che sperimenta un disturbo psicotico, a seconda della sintomatologia presentata, può essere necessaria anche l'assunzione di altri tipi di farmaci (antidepressivi, ansiolitici).

La farmacoterapia aiuta le persone che hanno un disturbo psicotico a diminuire la presenza dei sintomi, la loro intensità e la probabilità di avere una ricaduta.

41

Vi sono differenti tipi di antipsicotici la scelta dei quali dipende da vari fattori:

- sintomi
- farmaci assunti contemporaneamente
- effetti collaterali

Effetti indesiderati

La sensibilità ai farmaci varia da persona a persona e non sempre si presentano effetti collaterali.

Tuttavia quando questi si presentano devono essere attentamente valutati

e discussi insieme al terapeuta; egli può così modificare la terapia, cambiare o modificare il dosaggio ma anche introdurre altri farmaci che li riducono (i farmaci anticolinergici).

Tra gli effetti collaterali più comuni vi sono: sonnolenza, spasmi muscolari, tremori a riposo, aumento di peso, rigidità articolare, irrequietezza motoria, secchezza delle fauci, costipazione, vertigini, difficoltà urinarie, visione offuscata, cambiamenti nello schema alimentare, salivazione eccessiva.

Alcuni effetti indesiderati sono presenti all'inizio dell'assunzione della terapia e scompaiono nel tempo (fenomeno della tolleranza).



L'ESORDIO A TRIESTE PROGRAMMA "QUALCOSA È CAMBIATO?"


Prevenzione indicata della psicosi negli adolescenti e nei giovani adulti – costruzione di un percorso umano di arrivo ai servizi e di risposta integrata non stigmatizzante

Dal 2009 è operativo a Trieste un programma denominato *Qualcosa è cambiato?: progetto di prevenzione ed intervento precoce nell'esordio psicotico di adolescenti e giovani adulti*. Esso punta ad applicare tutte le conoscenze relative all'esordio psicotico, conoscenze che cala nel modello territoriale triestino con una forte valorizzazione delle risorse presenti nei tessuti urbano e sociale.

Ciò ha rappresentato un primo passo verso la definizione di strategie di prevenzione indicata e di intervento precoce su questa fascia di utenza; tali strategie sono state rese possibili dallo sviluppo di un sistema territoriale integrato con i Distretti Sanitari. Questo progetto si basa sulla costruzione di un percorso di arrivo non stigmatizzante ai Servizi di Salute Mentale per gli adulti e a quelli per gli adolescenti; percorso che facilita il contatto e, ove opportuna, la presa in carico. 43

Il lavoro svolto per migliorare l'integrazione nei servizi offerti agli adolescenti a rischio di disturbo mentale severo ha portato all'attuazione di un protocollo d'intervento condiviso dai Servizi (minori e adulti) che facilita i percorsi di cura e la transizione.

Il Protocollo Condiviso garantisce che, in qualunque punto d'accesso si arrivi (Dipartimento di Salute Mentale, Distretti, Dipartimento delle Dipendenze) tutti i servizi e le opportune risposte siano messi in rete e, nel modo più ampio possibile, a disposizione delle persone e delle loro famiglie. Il protocollo prevede dei percorsi specifici in funzione del luogo di primo contatto, dell'età del/la giovane e dell'esito del primo colloquio di valutazione.




Che cosa offre oggi il programma “Qualcosa è cambiato?”

Sia che si prenda contatto col Distretto (Consultorio Familiare e Servizio Bambini e Adolescenti) che col Centro di Salute Mentale:

- primo colloquio telefonico o di persona con un operatore in accoglienza;
- primo appuntamento, anche a domicilio, o al presidio distrettuale, concordandolo anche col medico di base, per valutazione e aggancio (presa in carico);
- colloquio con persone significative (familiari / amici) – tramite l’ascolto, si cerca l’identificazione dei problemi di vita e dei vissuti, la rilevazione dei disturbi;
- dopo una prima ipotesi diagnostica (anche con eventuali questionari), prescrizione di terapia farmacologica se necessaria, a basse dosi;

A questo punto la persona è in carico, e si costruiscono le altre componenti del programma terapeutico-abilitativo, quali:

44

- serie di appuntamenti per valutare anche le abilità, gli obiettivi di vita e del programma terapeutico, anche con impiego di approcci psicoterapeutici idonei;
 - monitoraggio della terapia farmacologica sia nei suoi effetti terapeutici che in quelli indesiderati con la persona e i suoi familiari;
 - valutare la compresenza di altri disturbi quali uso di sostanze e alcol, ansia e depressione, autolesionismo e pensieri suicidari, e impostare cure adeguate ad essi anche insieme con servizi appositi;
 - invito a partecipare ad attività di gruppo terapeutico per i giovani, e ad attività ricreative e socializzanti tra pari, come uscite, gite, brevi soggiorni;
 - informazioni ai familiari su quanto si sta valutando e facendo, e successivo invito a partecipare a un gruppo di accoglienza e primo orientamento in cui si danno notizie dettagliate sul problema e sui servizi offerti, si discutono e si mettono a confronto storie e punti di vista, risorse e punti di forza e debolezza;
 - mantenimento di un supporto costante alla famiglia da parte del Centro
- 

di Salute Mentale, con disponibilità a considerare qualsiasi tipo di richiesta;

- individuazione di un operatore-chiave non-medico attivo nel tenere il contatto, ma mantenendo un approccio d'equipe (es. intervento dell'assistente sociale e di tecnici della riabilitazione; uso di sussidi economici per bisogni urgenti; verifica abitativa; programmi di tempo libero e socialità, identificazione di hobbies e interessi vari, ecc);
- offrire percorsi per una valida formazione ed occupazione, anche con uso di borse di lavoro;
- identificazione dei segni precoci di ricaduta;
- gestione di eventuali fasi di crisi con supporto intensivo, se possibile a domicilio, o tramite ospitalità diurna o diurno-notturna nel Centro di Salute Mentale, sempre concordata con la persona e familiari;
- verifiche regolari in equipe e insieme col gruppo familiare, col coinvolgimento attivo della persona;
- informazione e collaborazione col medico di base, cui la persona potrebbe anche essere riferita alla dimissione dal programma.

45

Spunti per gli insegnanti e gli operatori

3 storie, 3 possibili percorsi

La storia di Michela, arrivata al Distretto dallo Spazio Giovani del Consultorio Familiare

Michela è una ragazza di 18 anni. Arriva al Distretto per una visita ginecologica; mentre chiacchiera col suo ragazzo in sala d'attesa, una operatrice del Servizio le propone di compilare una scheda che indaga alcune possibili esperienze comuni a molti ragazzi e che può essere utile a individuare *gli stati a rischio di sviluppare una psicosi*. Michela la compila con l'operatrice che, preoccupata per alcuni vissuti di disagio che Michela riporta – tra questi la confusione dei pensieri, l'insonnia e l'eccessiva preoccupazione per le malattie – le chiede di tornare la



settimana successiva per parlarne con una psicologa. Emerge anche come Michela abbia una buona rete amicale e una relazione stabile; è tuttavia all'ultimo anno delle superiori e la maturità sembra preoccuparla molto perchè teme un'altra bocciatura. Anche per questo motivo dorme poco. La storia di Michela, entro le 48 ore successive, viene valutata in équipe. Il Dirigente individua gli operatori (uno del Distretto e uno dei Servizi di Salute Mentale) che la accompagneranno nelle successive valutazioni e nell'eventuale programmazione di interventi volti al superamento del disagio.

Gli operatori, che conoscono Michela grazie ai colloqui settimanali e agli incontri con la famiglia le propongono un supporto per lo studio. Michela accetta. Grazie all'aiuto della psicologa, dell'infermiera e dell'educatrice Michela supera la maturità e dopo un'estate trascorsa a consegnare curricula trova lavoro come apprendista in un negozio.

A un anno dal primo contatto Michela lavora, ha ripreso a dormire e non è più assalita da pensieri o tormentata dalla paura delle malattie.

46 *Si tratta di una situazione che sarebbe potuta evolvere in una psicosi, non lo sappiamo per certo, ma che aveva bisogno di aiuto e se ne è giovata*

La storia di Matteo, arrivato in Distretto dalla Struttura per Bambini e Adolescenti

Matteo viene in contatto con i servizi a 17 anni. I genitori sono preoccupati per alcune sue affermazioni e per la sua eccessiva inspiegabile angoscia: dice infatti di sentirsi osservato quando va in autobus e che gli altri sanno che lui è un fallito perchè non ha preso in mano il lavoro del padre. Dopo il primo colloquio, si conferma la presenza di vissuti che fanno pensare ad una psicosi sottosoglia, il medico avvia un secondo incontro; tale incontro è finalizzato alla presa in carico entro le 24 ore in un percorso che preveda la presenza congiunta dei Servizi Bambini-Adolescenti distrettuali e dei Servizi di Salute Mentale. Matteo partecipa a dei colloqui con la psicologa e con lo psichiatra e i suoi vissuti vengono monitorati per valutare se e

quando introdurre una terapia farmacologica. Matteo non ha una buona rete amicale ma ha un fratello di due anni più grande col quale va d'accordo. Col padre i rapporti sono tesi e lui sta spesso in compagnia della madre. Dai colloqui emerge che a scuola Matteo è stato spesso vittima di bullismo: lo prendevano in giro e per questo lui alzava le mani. Ora Matteo ha abbandonato gli studi. Dopo alcuni mesi di supporto e di terapia farmacologica a basse dosi Matteo decide di cercare lavoro ma la competizione è forte. Gli viene proposta una Borsa di Formazione Lavoro, ovvero uno strumento flessibile che permette di fornire un rimborso ai ragazzi in fase di ripresa che vogliono cimentarsi in una nuova occupazione.

Matteo comincia a lavorare in una serra; riprende nello stesso tempo a relazionarsi con gli altri trovando nuove amicizie sul posto di lavoro.

Si tratta di una situazione già con sintomi iniziali di psicosi, che è poi evoluta positivamente

47

La storia di Maria e Jacopo, arrivati al Dipartimento delle Dipendenze

Maria ha 18 anni; si presenta al Servizio per le Tossicodipendenze perchè è preoccupata per il suo ragazzo, Jacopo, di 22 anni. Da qualche tempo Jacopo fa strani discorsi. *«Lui è sempre stato polemico e ha sempre lottato contro i poteri forti e le istituzioni», dice Maria, «tuttavia ultimamente se la prende anche con i suoi amici».*

Maria ammette che Jacopo fuma moltissimo hashish e che spesso *va in paranoia* con improvvise paure di essere pedinato dalla polizia. Maria racconta: *«Una sera Jacopo ha notato un'occhiata strana tra due suoi amici e si è convinto che di lì a poco sarebbe successo qualcosa».*

Da quel giorno Jacopo è silenzioso e non esce volentieri.

L'operatore concorda con Maria sulla necessità di far venire al più presto Jacopo al Servizio; lì il ragazzo ha un colloquio con uno psicologo dell'équipe dedicata che lo intervista.

Entro 48 ore il Dirigente attiva la presa in carico da parte del gruppo che



accompagnerà Jacopo.

Lo psicologo affronta con Jacopo il problema dell'uso di sostanze e gli spiega il concetto di vulnerabilità. Jacopo riduce un po' l'uso di hashish ma rimangono le sensazioni spiacevoli di essere osservato e in pericolo. Jacopo non sente di poter star male e così lo psicologo concorda con lui la partecipazione agli incontri di psicoeducazione per giovani all'esordio psicotico. In quel contesto Jacopo ha la possibilità di confrontarsi con altri che, come lui, hanno sperimentato alcuni vissuti psicotici e sono in fase di ripresa.

Si tratta di un esordio scatenato dall'uso di sostanze ma che poi rivela una vulnerabilità sottostante verso la psicosi, che va affrontata adeguatamente



DOMANDE COMUNI.

Quando un comune disagio diviene disturbo?

Può essere difficile riconoscere i primi segnali di un esordio psicotico e differenziarli dai cambiamenti naturali e fisiologici di una fase adolescenziale.

Di fronte ai primi campanelli d'allarme di un possibile disturbo (si veda *spunti per insegnanti e operatori - Cosa notano le persone che stanno vicino?*) è indispensabile il confronto con la famiglia per comprendere meglio la situazione. Se emerge dai racconti dei familiari un quadro di chiusura e di cambiamento inspiegabili, che il ragazzo non vuole affrontare con le figure di riferimento, allora un contatto con i Servizi può facilitare una comprensione di quello che sta avvenendo e iniziare un percorso di aiuto per lui e la famiglia stessa.

Il passaggio dal disagio al disturbo è da considerarsi un processo (non definibile a priori) che vede come attori principali il ragazzo, la famiglia, la scuola e i Servizi dedicati. Prima questi attori entrano in relazione tra loro, prima si condivide una comprensione della situazione e migliore può essere l'esito del processo.

49

Quanto impiegano gli antipsicotici a fare effetto?


Questi farmaci devono essere assunti a lungo – anche per settimane – prima di fare effetto; ciò è normale ma può essere frustrante. Ogni persona inoltre risponde alla terapia in tempi e modi differenti.

È raccomandabile assumere gli antipsicotici regolarmente: in caso contrario diminuisce di molto la loro efficacia. La farmacoterapia aiuta le persone che hanno un disturbo psicotico a fare diminuire la presenza dei sintomi, la loro intensità e la probabilità di avere una ricaduta.

Per quanto tempo deve essere assunta la terapia?

Generalmente quando una persona sperimenta per la prima volta un episodio psicotico è raccomandata una terapia farmacologica di almeno 12 mesi.

Quando una persona sperimenta più di un episodio psicotico è



raccomandata l'assunzione di farmaci per un periodo più lungo.

Fumare cannabis è un fattore di rischio?

L'uso di droghe come amfetamine (MDMA), chetamina, acidi (LSD) ma anche Cannabis, può portare ad un vissuto psicotico dalla durata variabile. Anche nell'astinenza da sostanze vi possono essere vissuti psicotici.

In particolare e nel lungo periodo, l'uso di cannabis e di sostanze psicotrope da essa ricavate (marjuana e hashish) può portare ad esperienze psicotiche che durano per molto tempo e, nei soggetti che presentano una personale vulnerabilità, anche ad un disturbo psicotico permanente. Il principio attivo della cannabis è il THC (Tetraidrocannabinolo).

50 In chi ha già sperimentato psicosi, l'utilizzo di cannabis può essere anche causa di ricaduta e pertanto va assolutamente evitato. Gli studi recenti sottolineano un'importante correlazione tra la cannabis e la psicosi, ciò specialmente in individui che presentano vulnerabilità ed in adolescenti con un precoce inizio di utilizzo della sostanza. L'assunzione di cannabis determina un aumento di due o tre volte del rischio relativo di disturbo psicotico.

...e le smart drugs?

Negli ultimi anni si è diffuso tra i giovani l'uso di *smart drugs*, sostanze legali vendute in negozi detti *smart shops* o su internet. Tra queste vi sono le *Spices*, nuove molecole sintetizzate in laboratorio non ancora schedate come illegali. Le *Spices* agiscono sugli stessi recettori neuronali su cui agisce il THC e producono effetti simili alla cannabis. Questi cannabinoidi sintetici vengono venduti con nomi sempre nuovi sotto forma di incensi, sali da bagno o profumatori per l'ambiente; passa del tempo prima che vengano individuati e schedati tra le sostanze illegali. Essi vengono assunti per via inalatoria e nonostante, come scritto, gli effetti siano simili a quelli della cannabis, essi fanno aumentare il rischio di slatentizzare la psicosi.



COSA MI HA AIUTATO DI PIÙ?

«Gli altri. Pensare che se ce l'avessi messa tutta avrei avuto soddisfazioni. L'incoraggiamento di mia madre e della mia famiglia.»

«Gli amici, con loro parlavo e loro mi dicevano che le cose che sentivo non erano vere, io allora non ero lucido, senno' avrei capito che il più delle volte mi succedevano quando ero solo.»

«In Centro di Salute Mentale ho incontrato altri ragazzi che hanno avuto un'esperienza simile alla mia: poter parlare con loro e sentirli descrivere le mie stesse sensazioni mi ha fatto stare meglio.»





ATTORI CHIAVE A TRIESTE

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste serve una popolazione di 231.755 abitanti. Il perno organizzativo del Dipartimento è costituito dai *Centri di Salute Mentale* dotati di 4-8 posti letto ognuno ed attivi 24/24 (26 posti letto complessivi). Sono quattro aree territoriali che servono circa 60 mila abitanti. Si rapportano non solo con tutti gli altri servizi del Dipartimento ma anche con le altre strutture sanitarie e gli enti a carattere socio assistenziale del territorio.

All'interno di un rapporto organico con i Centri di Salute Mentale il *Servizio Abilitazione e Residenze* coordina le strutture e le attività abilitative, riabilitative e di integrazione sociale a favore dell'utenza e le attività di formazione professionale e inserimento lavorativo.

Il *Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura* è situato presso l'ospedale maggiore di Trieste ed è dotato di 6 posti letto. Fornisce una risposta all'emergenza di pronto soccorso psichiatrico e svolge funzione di filtro ed avvio ai servizi territoriali e di base. Anche di Area Vasta.

53

I Centri di Salute Mentale

L'attività del Centro di Salute Mentale (CSM) è rivolta ad accogliere la domanda di cura delle persone adulte del territorio, ad accesso diretto.

I programmi e gli interventi non sono indirizzati, come a torto si pensa, solo alla popolazione che presenta problemi e disturbi mentali gravi, che rappresenta comunque l'assoluta priorità, ma a tutti coloro che in cicli e fasi della loro vita sperimentano stati più o meno prolungati di angoscia e di tristezza, di paura e di ansia, spesso in coincidenza con particolari eventi. In molti di questi casi il rapporto con il Centro può risolversi in una sola consultazione o in un numero limitato di incontri; altre volte, con modalità diverse, dura per periodi lunghi.

Le persone arrivano al servizio anche su invio del Medico di medicina generale con ipotesi di diagnosi quali disturbo depressivo, insonnia, disturbo d'ansia ed altro. Il rischio che questa condizione di malessere si

trasformi in condizione di malattia e di successiva invalidazione è molto elevato. Questa domanda che raggiunge anche il Distretto richiede una forte collaborazione del Centro di Salute Mentale con le Unità Operative del Distretto e con i medici di famiglia.

Come accedere ai servizi di salute mentale

Per accedere ai servizi di salute mentale di Trieste non sono necessarie particolari procedure. La richiesta può essere posta direttamente dalla persona interessata e/o da terzi coinvolti (coniunti e familiari, parenti, amici, vicini di casa, persone a vario titolo coinvolte) al Centro di Salute Mentale competente territorialmente.

Le modalità di contatto sono le seguenti:

- accesso diretto in orario di apertura (8 - 20), per richiedere l'appuntamento e/o la consulenza (20 - 8 in Servizio di diagnosi e cura);
- intervento a domicilio, sia con carattere di urgenza o meno;
- richiesta telefonica di colloquio e/o consulenza;
- richiesta di intervento tramite il medico curante.

54

Il primo contatto può avvenire anche in sedi diverse da quella del Centro di Salute Mentale: presso il Distretto (con richiesta del medico di base), a domicilio, o presso altre agenzie, istituzioni o strutture sociosanitarie. L'arrivo al Centro di Salute Mentale tramite il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura riguarda esclusivamente persone la cui domanda – generalmente d'urgenza o d'emergenza – sia pervenuta alle strutture di pronto soccorso dell'ospedale.

Non ci sono liste di attesa e il primo colloquio avviene di solito entro le 24 ore successive alla richiesta. La domanda è accolta dallo/ dalla psichiatra o psicologo/a che in quel momento è responsabile dell'attività di accoglienza. La prima valutazione è multi dimensionale e pluriprofessionale perché avviene dopo il colloquio iniziale e in collaborazione con gli altri componenti dell'équipe (infermieri/e,



assistenti sociali).

Nel corso del primo contatto si avvia l'analisi dei bisogni e si valuta se e come agire una presa in carico con un progetto terapeutico individuale e flessibile.

Attività ed interventi del Centro di Salute Mentale

I Centri di Salute Mentale si caratterizzano come luogo d'incontro e di scambio, svolgono attività di emergenza e urgenza, ambulatoriali, di day hospital e di centro diurno, accogliendo domande molto diversificate. Gestiscono inoltre gruppi - appartamento, comunità terapeutiche di transizione e gruppi di convivenza.

Ospitalità Notturna

Per periodi di tempo variabili (da una notte a più settimane, mediamente per 12 giorni) il Centro può offrire ospitalità notturna. In ogni struttura sono disponibili 4-6-8 posti letto, utilizzati come uno degli strumenti di risposta alla crisi, per periodi in cui vi è maggiore necessità di protezione o per offrire possibilità di distanziamento sia al paziente (trattamento sanitario volontario e/o obbligatorio) che alla sua famiglia.

55

Ospitalità Diurna/Day Hospital

L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata, viene proposta per offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia, per seguire terapie farmacologiche, per il sostegno psicoterapeutico e per stimolare la partecipazione ad attività.

Visita ambulatoriale

Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, si effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi. È in questa sede che si preparano certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche.



Visita domiciliare

Programmata o svolta d'urgenza, la visita domiciliare consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia. In certi casi serve a mediare i conflitti nelle relazioni di vicinato, specie nell'intervento in situazioni di crisi. Per le persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, viene utilizzata per somministrare la terapia farmacologica e portare sostegno, o accompagnare a/da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro.

Lavoro terapeutico individuale

Lavoro terapeutico con la famiglia

Attività in/di gruppo

- 56 Incontri programmati, in cui il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Possono essere di auto-aiuto o tenuti da operatori su temi specifici.

Interventi di abilitazione e prevenzione

Sostegni per l'accesso a diritti e opportunità sociali

Centro Diurno

L'ospitalità per alcune ore, o per l'intera giornata ha lo scopo di allargare la rete sociale, conoscere altre persone e partecipare ad attività individuali e di gruppo.



Budget Individuale di Salute / Sostegno all'abitare

Programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati rivolti al sostegno della persona nei suoi luoghi di vita o in condizioni di residenzialità (gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche), mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo. I programmi comportano differenti gradi di intensità assistenziale in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone.

Attività di consulenza

Interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri, nelle case di riposo pubbliche e private ed anche con il carcere per le persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici.

Attività dei Centri di Salute Mentale nel 2013: alcuni dati

La penetrazione del servizio pubblico nel territorio della città trova conferma nell'esiguità del circuito privato e nei dati statistici. Nel 2013 con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale sono entrate in contatto 5.190 persone; 3.976 si sono rivolte ai CSM. Il 16% (655 persone) sono al primo contatto con i servizi di salute mentale, quasi la metà dell'utenza (49%) presenta un disturbo mentale severo: disturbi nell'area della psicosi, del tono dell'umore, di personalità. Lo scorso anno il 46% delle persone in contatto con i CSM sono state visitate a domicilio e/o in luoghi diversi dalla sede dei servizi di salute mentale territoriale. 310 persone nel 2013 hanno utilizzato l'ospitalità diurna e notturna nei CSM 24 ore per oltre 7.800 giornate di accoglienza. La rete di servizi del DSM così improntata sul lavoro territoriale a chiusura del bilancio del 2012 è costata € 18.793.514 (37 miliardi di lire). Nel 1971 l'OP costava all'Amministrazione Provinciale più di 5 miliardi di allora, 40 milioni di euro odierni (il costo del denaro nel frattempo è aumentato di quasi 15 volte).



I Servizi per bambini e adolescenti

I servizi per bambini ed adolescenti della ASS1 (Struttura Semplice Tutela Salute Bambini e Adolescenti) sono cinque: uno per ogni distretto e uno sovra distrettuale per la popolazione di lingua slovena.

All'interno delle Unità operano medici pediatri di comunità, psicologi, psichiatri, fisiatri, assistenti sanitari/e, infermiere/i, fisioterapiste/i, logopediste/i. Le consulenze neuropsichiatriche vengono svolte dalla Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCSS Burlo Garofolo.

Ogni professionalità ha delle competenze specifiche ma lavora in un'ottica di équipe per la presa in carico delle famiglie in stretta connessione con i pediatri ed i medici di famiglia con i quali collabora anche in merito ad azioni di pediatria di comunità. A seconda del problema prevalente/emergente il case manager è una diversa figura professionale.

L'unità svolge la sua attività per 5 giorni alla settimana, dal lunedì al venerdì.

58

L'accesso è diretto o su invio del Pediatra di libera scelta o di altri specialisti. La famiglia si rivolge al servizio spontaneamente o su consiglio della scuola, di agenzie educative, del servizio sociale di base ecc...

Compiti e funzioni

Il servizio per Bambini e Adolescenti è direttamente responsabile della tutela e della promozione della salute dei bambini e degli adolescenti, prioritariamente se affetti da malattie croniche, disabilità rilevanti, ad elevato rischio di disagio psicosociale o in situazione di rischio, di svantaggio o di sofferenza tali da incidere negativamente sul loro sviluppo.

- Garantisce una presa in carico complessiva senza separatezze o frammentazioni di intervento coinvolgendo il suo contesto familiare, sociale ed ambientale.
- Svolge attività di prevenzione, accoglienza, diagnosi e cura, riabilitazione.
- Mette in atto interventi multiprofessionali individuali familiari e di

gruppo sia a livello domiciliare che ambulatoriale e negli ambienti di vita per problematiche semplici e complesse relative a minori.

- Promuove interventi volti a sostenere le famiglie, garantire l'integrazione scolastica e sociale ed a prevenire e/o ridurre l'esclusione sociale che può accompagnare queste situazioni. In particolare si attiva per contrastare i percorsi di istituzionalizzazione.
- Cura percorsi diagnostico terapeutico assistenziali in particolare per i disturbi dello spettro autistico, i disturbi specifici dell'apprendimento e gli stati mentali a rischio/esordio psicotico secondo le Linee Guida Nazionali.

Negli ultimi anni il numero di famiglie che si sono rivolte al servizio è progressivamente aumentato.

Accoglienza

Quando la famiglia arriva al servizio per la prima volta c'è una prima fase di accoglienza che serve a raccogliere informazioni essenziali e concrete per decodificare la domanda e chiarirne i bisogni sottesi. Spesso la domanda, sempre portatrice di un bisogno, non necessita di percorsi sanitari ma di avvio e sostegno a percorsi altri (sociali, educativi, di scambio, di sostegno economico) ed in questo caso, dopo la valutazione iniziale, il servizio stesso si fa da tramite per l'accesso a questi percorsi.

59

Presenza in carico situazioni complesse

Dopo la prima fase di accoglienza la situazione viene discussa in équipe dove vengono identificati gli operatori che seguiranno la famiglia e formuleranno assieme a questa il progetto terapeutico personalizzato. Il servizio per Bambini e Adolescenti opera, in stretto raccordo oltre che con i pediatri ed i medici di famiglia ed il servizio sociale del Comune, con tutti i diversi attori e servizi formali ed informali del territorio rivolti ai minori, quali educatori, scuole, ricreatori, associazioni, volontariato, comunità di accoglienza, istituzioni confessionali realizzando interventi integrati di ordine sanitario, educativo e assistenziale, con un approccio multidimensionale e multiprofessionale.

Il monitoraggio, la valutazione e l'aggiornamento del programma terapeutico/riabilitativo individuale, familiare o di gruppo avvengono attraverso incontri periodici. La scuola riveste un ruolo di primaria importanza nel perseguimento degli obiettivi del progetto di vita, in stretto raccordo con gli altri attori (famiglia, associazioni, agenzie educative, comunità) coinvolti.

Salute mentale in età evolutiva

Per quanto riguarda la salute mentale in età evolutiva il servizio per Bambini e Adolescenti garantisce l'approfondimento diagnostico ed il trattamento delle psicopatologie con percorsi definiti per fasce d'età in relazione ai bisogni e comunque *evidence based*, in continuità con Pediatra di libera scelta e Ospedale ed in forte sinergia e integrazione con le unità operative sanitarie territoriali rivolte agli adulti (Servizi di salute mentale e delle dipendenze). Provvede alla stesura del progetto personalizzato integrato condiviso con la famiglia, alla verifica e rivalutazione dello stesso, in modo integrato con i servizi sociali di base, le agenzie educative, la scuola.

60

Fondamentale il percorso per l'intercettazione e l'intervento precoce degli stati mentali a rischio di disturbo mentale severo, attraverso interventi congiunti e integrati con il Dipartimento di salute mentale per adulti, la Neuropsichiatria Infantile Ospedaliera, il Dipartimento delle dipendenze. La connessione con l'équipe distrettuale consultoriale consente l'intercettazione precoce delle situazioni che accedono ai servizi direttamente nella fascia d'età 15-25 anni.

Continuità terapeutica nel passaggio all'età adulta

Nel rispetto della continuità terapeutica i servizi per Bambini e Adolescenti si articolano con le Unità di Riabilitazione Distrettuale per gli adulti e con gli altri servizi per l'età adulta (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze) per facilitare i passaggi nella presa in carico dopo il raggiungimento del 18° anno di età, garantendo la prosecuzione, laddove necessario, dell'intervento fino all'attivazione del



servizio ricevente o fino alla conclusione del progetto terapeutico iniziato in età evolutiva.

Continuità assistenziale

Il servizio per Bambini e Adolescenti collabora con l'I.R.R.C.S Burlo Garofolo al fine di garantire la continuità terapeutico assistenziale (per i bambini/adolescenti che necessitano di un programma terapeutico-riabilitativo post-dimissione e/o di cure ambulatoriali complesse ed integrate (situazioni di disabilità, situazioni di fragilità, patologie complesse/rare, rischio psico-sociale, esiti di prematurità, patologie croniche, malattie rare, ...)) e ridurre l'ospedalizzazione dei bambini attraverso interventi domiciliari.

Il servizio per Bambini e Adolescenti e il Consultorio Familiare svolgono attività specifiche come previsto dalle normative vigenti, ma collaborano in diverse funzioni integrate quali: percorso nascita, interventi rivolti agli adolescenti ed ai giovani adulti, famiglie multiproblematiche, gravidanze e post partum a rischio psicosociale, promozione alla salute, sviluppo di comunità. Tali percorsi prevedono naturalmente anche un'integrazione con i servizi sociali ed i servizi per gli adulti.

61

Compiti e Funzioni dei Consulteri Familiari

Relativamente ai consultori familiari, il Progetto obiettivo materno infantile afferma che il consultorio familiare deve garantire quattro ambiti di attività: area ostetrica, area ginecologica, area pediatrica, area psicosociale.

Agli adolescenti presta assistenza psicologica, sociale e sanitaria relativa alle problematiche sessuali, relazionali e affettive (spazio giovani).

A seguito di recenti innovazioni normative, ai consultori sono stati assegnati nuovi compiti nell'area della prevenzione e tutela dei minori in particolare in casi di abbandono, grave trascuratezza, adozioni nazionali e internazionali, nuclei familiari a rischio, situazioni di disagio psicosociale.

L'équipe è composta da ostetriche, assistenti sanitarie, infermiere, Operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi.







CONTATTI

CSM Barcola

viale Miramare 111, Trieste
Accoglienza: 040 411586/452

CSM Maddalena

Via Molino Vento 123, Trieste
Accoglienza: 040 3995730/5737

CSM Domio

Via Morpurgo 7, Trieste
Accoglienza: 040 2820024/0039

CSM Gambini

Via Gambini 8, Trieste
accoglienza: 040 3995745

Distretto n. 1: Tutela Salute Bambini e Adolescenti

Sede di via Stock, 2
accoglienza: 040 3997863

Distretto n. 2: Tutela Salute Bambini e Adolescenti

Via A. Vespucci, 7/1
accoglienza: 040 3995558/5561

Distretto n. 3: Tutela Salute Bambini e Adolescenti

Sede di Valmaura, 59
accoglienza: 040 3995809

Distretto n. 4: Tutela Salute Bambini e Adolescenti

Sede di via Sai, 7
accoglienza: 0403997369





Bibliografia

- Carcione, A., Nicolò, G., Procacci, M. (a cura di) *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. Franco Angeli. 2012.
- Cocchi, A., Meneghelli A., *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro Scientifico Editore.
- Dell'Acqua, P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*. Universale Economica Feltrinelli.
- Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, *La guida ai servizi di salute mentale*, ASS1 Triestina, DSM Trieste 2009.
- Edwards, J., McGorry P., *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi*. Centro Scientifico Editore.
- Falloon I. et al., *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. Edizioni Erickson. 2002.
- McGorry P., Jackson H., *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio. Un approccio preventivo*. Centro Scientifico Editore. 2001.
- McFarlane, W.R., *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: The Guilford Press. 2002.
- OMS, *Schizofrenia, informazioni per le famiglie* (ed. italiana a cura di Dell'Acqua G. Vidoni D., Campiutti E.). Edizioni Biblioteca dell'Immagine, Pordenone. 1994.
- Singh S. P., *Transition from CAMHS to Adult Mental Health Services (TRACK): A Study of Service Organisation, Policies, Process and User and Carer Perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organization programme*. Queen's Printer and Controller of HMSO. 2010.
- www.triestesalutementale.it

Filmografia

- *Noi siamo infinito*, regia di Stephen Chbosky, USA 2013. (titolo originale: The Perks of Being a Wallflower.)
- *Ragazze interrotte*, regia di James Mangold, USA 1999. (titolo originale: Girls interrupted.)
- *Bling Ring*, regia di Sofia Coppola, USA, Gran Bretagna, Francia, Germania, Giappone 2013. (titolo originale: The Bling Ring.)
- *Il grande cocomero*, regia di Francesca Archibugi, Italia 1993.
- *Family Life*, regia di Ken Loach, Gran Bretagna 1971.
- *Senza pelle*, regia di Alessandro D'Alatri, Italia 1994.
- *A Beautiful Mind*, regia di Ron Howard, Gran Bretagna 2001.
- *Diario di una schizofrenica*, regia di Nelo Risi, Italia 1968.
- *Il lato positivo*, regia di David o.Russel, USA 2012.(titolo originale: Silver Linings Playbook.)
- *Shine*, regia di Scott Hiks, Australia/Gran Bretagna 1996.

