

**PSICOSI ALL'ESORDIO:
INTEVENIRE PRIMA
*PER MIGLIORARE GLI ESITI***

Informazioni di base per i Nuclei di Cure Primarie



A cura di:

F. Starace per il Gruppo di Lavoro "Esordi Psicotici"¹

DSM-DP, AUSL Modena

G. Feltri e F. Salinaro

Medici di Medicina Generale, AUSL Modena

¹ V. Greco, F. Mazzi, M. Belvederi-Murri, N. Colombini, M. Ferrara, F. Kusmann, K. Lukacs, M. Miselli, F. Mungai, V. Musella, E. Tedeschini, F. Villanti

Prefazione

In salute mentale si considera di buona qualità un intervento che si realizzi il più precocemente possibile mantenendo quanto più solido possibile il legame tra la persona che presenta il disturbo e il suo contesto di vita e restituisca comprensibilità ai sintomi.

Questo intervento, che punta alla ripresa, ad una buona qualità della vita, alla guarigione, è la strategia più efficace per prevenire la stigmatizzazione delle persone con disturbi psichiatrici.

Per centrare questo importante bersaglio è necessaria una interazione positiva tra tutti gli attori sanitari e sociali, in particolare coloro che sono in prima linea a fianco di pazienti e familiari: i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

Cos'è la Psicosi?

Con il termine di Psicosi, introdotto nella letteratura scientifica già nel 1845 da Ernst von Feuchtersleben, si identificano disturbi quali la Schizofrenia, il Disturbo Bipolare, alcune forme di Depressione, ed altri tra i quali gli Episodi psicotici brevi.

In tutti questi disturbi sono presenti sintomi definiti appunto “psicotici”: allucinazioni, deliri, comportamenti ed eloquio disorganizzati.

Il tratto distintivo di questi sintomi è il difficile riconoscimento del loro legame con la realtà. I recenti studi mostrano come i sintomi psicotici possano comunque essere compresi e spiegati come espressione della difficoltà delle persone a comunicare, all'interno del contesto di riferimento (famiglia, rete sociale) il proprio disagio in relazione a eventi stressanti e/o traumi vissuti con profonda sofferenza.

Il modello più comunemente accettato dalla comunità scientifica per descrivere l'insorgenza e lo sviluppo dell'episodio psicotico viene definito modello Stress/Vulnerabilità. In persone con una specifica sensibilità allo stress, i sintomi psicotici si sviluppano come tentativo di dar senso, di tollerare, di spiegare, di comunicare i vissuti di intensa sofferenza somatica e psicologica che la persona avverte.

Perchè intervenire precocemente nelle psicosi all'esordio?

Secondo gli studi più recenti, gli esiti delle patologie psicotiche sono correlati sia con la durata del periodo in cui la psicosi non è trattata, sia con l'andamento clinico durante i due anni successivi all'esordio psicotico.

Durante il “periodo critico”, primi due anni dall'esordio psicotico, si definiscono e si stabilizzano la maggior parte delle disabilità ed il deterioramento sociale, il cui livello è fortemente predittivo del funzionamento sociale fino ai 15 anni successivi.

Questo iniziale “periodo critico”, rappresenta una fase di alta vulnerabilità, ma anche il periodo di massima opportunità per migliorare l'esito funzionale della malattia. È qui che si può determinare l'evoluzione verso la cronicizzazione o verso la guarigione, con interventi terapeutici e psicosociali mirati ed efficaci.

I **benefici potenziali** di un intervento precoce includono:

- riduzione della morbidità
- processo di guarigione più rapido
- prognosi migliore
- mantenimento di abilità psicosociali
- conservazione di supporti familiari e sociali
- minore necessità di ospedalizzazione

La durata della psicosi non trattata (DUP, Duration of Untreated Psychosis) è un indicatore importante di cui tenere conto quando ci si impegna per migliorare l'esito del primo episodio psicotico. Contrariamente ad altre variabili prognostiche come la vulnerabilità, il sesso e l'età dell'esordio, la DUP è una variabile potenzialmente modificabile e può essere oggetto di strategie di intervento mirate.

La collaborazione tra medico di famiglia e psichiatra territoriale è elemento fondamentale per individuare precocemente una persona all'esordio o a rischio di esordio psicotico e intervenire tempestivamente riducendo la DUP.

La fase iniziale della psicosi rappresenta dunque una finestra di opportunità ideale per un lavoro finalizzato al recupero funzionale e clinico della persona all'esordio o a rischio di psicosi. Gli interventi messi in atto precocemente hanno un effetto allo stesso tempo sia di tipo riabilitativo che preventivo: una riabilitazione precoce rappresenta infatti uno dei più importanti fattori di prevenzione perché, se da un lato si oppone all'interruzione di un percorso di sviluppo giovanile, dall'altro permette alla persona di continuare a imparare ed acquisire ulteriori fattori protettivi. Si riesce così ad ottenere un impatto decisivo sugli esiti della malattia e sul futuro delle persone.

Il rischio da evitare è che il percorso normale di sviluppo personale si arresti compromettendo gli studi, il lavoro, le relazioni di amicizia, affettive, sessuali, il senso di indipendenza personale. Anche il senso di identità può vacillare, la persona si demoralizza e conduce una vita sempre più ritirata.

Le persone con schizofrenia, specialmente quelle che fanno esperienza della malattia per la prima volta, si possono sentire svalutate, inutili e socialmente indesiderabili. Tutto ciò rappresenta l'inizio di una spirale negativa in cui l'identificarsi con il ruolo di malato viene rafforzato dal fallimento, per l'assenza di competenze sociali, nel soddisfare le richieste ambientali. Il ripetersi di esperienze negative e deludenti avvia il processo di cronicizzazione.

E' quanto mai opportuno ed importante riavviare e ripristinare il più presto possibile abilità e percorsi interrotti, anche se da poco tempo, facendo in modo che un ragazzo, subito dopo la crisi, riprenda gli studi o venga supportato nelle sue abilità sociali così da non compromettere ulteriormente le relazioni familiari, amicali, affettive.

L'obiettivo dovrebbe essere allora quello di strutturare interventi precoci che mettano l'individuo in condizione di evitare esperienze fallimentari e quindi evitare il percorso di desocializzazione verso la cronicità.

Quando si può sospettare la comparsa di un esordio psicotico?

I disturbi psicotici possono esordire in modo relativamente graduale, subdolo, senza conclamati disturbi “produttivi”, quali i deliri e le allucinazioni, ma con una modificazione del comportamento e del “funzionamento” della persona.

Alcuni comportamenti possono far sospettare un esordio e suggerire la necessità di una valutazione specialistica:

- **isolamento sociale:** la persona non frequenta più gli amici di prima, si chiude in casa, non va a scuola o al lavoro
- **irritabilità:** la persona litiga più facilmente con i familiari, con i colleghi di lavoro, con gli amici, con i vicini di casa
- **disturbi del sonno e cognitivi:** la persona dorme di meno, lamenta difficoltà di concentrazione o difficoltà a svolgere quelle che erano le consuete attività
- **idee di riferimento:** la persona interpreta le azioni altrui come a sé riferite, esprime “credenze bizzarre”, “strane sensazioni”, fino a sentirsi perseguitata
- **disturbi dell'eloquio:** la modalità di espressione verbale è cambiata, alterata

In appendice viene riportato uno strumento (Checklist per la Valutazione dell'Esordio Psicotico – CVEP²) utilizzabile ai fini dello screening e dell'individuazione precoce

² Checklist per la Valutazione dell'Esordio Psicotico (CVEP). Adattamento italiano ad uso sperimentale della Primary Care Checklist for referral to Aspire. A cura di Feo C., Raballo A. DSM-AUSL Reggio Emilia, 2007.

Quali sono i fattori di rischio e quali i fattori di protezione?

I fattori di rischio sono quelli che contribuiscono ad aumentare la probabilità di sbilanciare uno stato di equilibrio psichico verso uno stato di sofferenza mentale.

I fattori di protezione, al contrario, aumentano la resistenza soggettiva nei confronti degli eventi di vita stressanti e concorrono al mantenimento di uno stato di benessere psicologico.

Tra i **fattori di rischio** possiamo distinguere:

1) Fattori genetici

I dati scientifici ad oggi disponibili escludono l'azione diretta di specifici geni responsabili dell'eziopatogenesi dei disturbi psicotici. Gli studi di genetica condotti in questo ambito concludono per l'esistenza di una condizione di maggiore suscettibilità biologica, definibile con il termine di predisposizione genetica, soggetta alla regolazione di molteplici altri fattori.

2) Fattori ambientali

Dati epidemiologici hanno evidenziato come più elevati tassi di incidenza di psicosi si correlino con alcuni fattori ambientali:

- elevato livello di urbanizzazione;
- disagio sociale (emigrazione, disoccupazione, difficoltà abitative)
- utilizzo di sostanze stupefacenti (cannabinoidi in particolare)
- esposizione a traumi (fisici e psichici)
- esposizione ad eventi di vita stressanti
- ridotto livello di scolarizzazione
- complicazioni materne ed ostetriche (ipossia, infezioni, stress o stati di vita non salutari e stato di malnutrizione materna)
- periodo di nascita nei mesi invernali ed all'inizio della primavera (forse correlabile a qualche agente infettivo contratto nel corso della gravidanza)
- difficoltà ad accedere ai servizi sanitari

3) Fattori temperamentali

Alcuni tratti o disturbi di personalità sono noti per rappresentare una predisposizione per lo sviluppo di disordini psicotici.

4) Periodi critici della vita

Alcuni momenti della vita risultano essere più a rischio di psicosi rispetto ad altri: in particolare i momenti critici di passaggio di età, come l'età adolescenziale, oppure altri di rilievo per l'individuo, come lo stato di gravidanza, il periodo post-partum e quello prossimo ad una separazione sentimentale o ad un lutto.

5) Abitudini di vita: uso e abuso di sostanze stupefacenti, alcool e farmaci

Ad oggi, la prevalenza dei disturbi psicotici indotti da sostanze nella popolazione generale non è nota, a causa della difficoltà di reperire queste informazioni epidemiologiche. Ciò che sappiamo è che una percentuale di pazienti al primo episodio psicotico, variabile tra il 7 ed il 25%, riporta una recente assunzione di sostanze.

Per avere un ulteriore approfondimento circa l'andamento della prevalenza dell'utilizzo di farmaci soggetti ad abuso o dipendenza nel nostro paese ed in Europa più in generale, vi consigliamo di accedere al sito <http://www.emcdda.europa.eu/>, gestito dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e le Tossicodipendenze. In questo sito troverete un aggiornamento costante dei dati epidemiologici relativi all'utilizzo di sostanze nei vari paesi europei, suddivisi per fasce di età e per sostanza di abuso, nonché informazioni circa le nuove droghe che compaiono sul mercato.

E' importante evidenziare come alcuni tipi di sostanze stupefacenti, per es. amfetamina, cocaina, allucinogeni, fenciclidina, possano indurre lo sviluppo di quadri psicotici indistinguibili sul piano clinico da quelli di natura endogena. Spesso questi quadri evolvono in episodi psicotici di tipo paranoideo o megalomane, caratterizzati dalla presenza di allucinazioni visive vivide.

La compresenza di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti, inoltre, può peggiorare il decorso, la prognosi e la cura della malattia psichiatrica di base, sia questa un disturbo di tipo psicotico o di altro genere; per queste ragioni, è fondamentale indagare ed approfondire questo dato anamnestico appena possibile nel corso della raccolta della storia clinica del paziente.

In caso di intossicazione acuta o astinenza da alcool si possono presentare sintomi psicotici, quali allucinazioni (di solito visive per es. microzoopsie) o deliri, associati ad

altri sintomi neurovegetativi e neurologici (tachicardia, sudorazioni profuse, disorientamento spazio-temporale, confabulazioni, falsi riconoscimenti, etc.) che aiutano ad effettuare una diagnostica differenziale corretta.

Va sottolineato infine che, anche in corso di assunzione o astinenza da una serie di farmaci (in particolare sedativi, ipnotici ed ansiolitici) si possono verificare quadri clinici del tutto analoghi. Tra le categorie farmacologiche correlabili ad eventi psicotici vanno citati: anestetici, analgesici, anticolinergici, cortisonici, antibiotici, antipertensivi, miorilassanti, antibiotici, antiepilettici, chemioterapici, antidepressivi ed il disulfiram. Altre sostanze note in letteratura in grado di indurre sintomi psicotici sono: monossido di carbonio, anidride carbonica, benzina e vernici.

Tra i **fattori di protezione** possiamo distinguere:

- 1) Rete sociale di supporto
- 2) Familiari di riferimento
- 3) Elevato livello di scolarizzazione
- 4) Facilità di accesso ai servizi sanitari
- 5) Ridotto livello di urbanizzazione
- 6) Capacità personale di resistere allo stress.

Riassumendo

Rimangono aperti, ad oggi, molti interrogativi sull'importanza dei fattori genetici e di quelli ambientali nello sviluppo dei disturbi psicotici, così come la loro modalità di interazione reciproca. Il modello interpretativo eziopatogenetico "Stress/Vulnerabilità", è quello che forse meglio fra tutti, integra i fattori biologici, quelli ambientali e quelli temperamentali; esso postula che un individuo possa avere una particolare vulnerabilità o "diatesi" rappresentata da stati premorbosi di malattia che, influenzati da fattori stressanti, porterebbero allo sviluppo dei sintomi psicotici.

Qual è il trattamento delle psicosi all'esordio?

Il trattamento farmacologico

I farmaci prescritti per il trattamento dei disturbi psicotici sono chiamati antipsicotici o neurolettici: non curano la psicosi, ma riducono i sintomi associati alla psicosi, nonché le ricadute.

Gli antipsicotici differiscono tra loro per efficacia, tollerabilità e modalità di assunzione. Gli antipsicotici vengono generalmente distinti in due classi: quella dei tipici (es: aloperidolo), caratterizzata da una maggiore incidenza di effetti collaterali extrapiramidali (tremore, discinesia, acatisia); quella degli atipici (es: aripiprazolo, clozapina, olanzapina, risperidone), associata a maggiore frequenza di effetti dismetabolici (es: incremento ponderale, diabete). Tuttavia, la distinzione tra tipici e atipici non tiene conto delle differenze tra singoli farmaci; per tale motivo la scelta del farmaco nel primo episodio dovrà prendere in considerazione:

1) **precedente risposta ad un farmaco antipsicotico** (assumendo che anche in episodi successivi abbia la stessa efficacia)

2) **contemporanea assunzione di altri farmaci** o di condizioni fisiche concomitanti (ad es. è sconsigliabile somministrare farmaci che aumentano l'appetito in un paziente diabetico o sovrappeso)

3) **effetti collaterali**

Negli esordi psicotici è necessario utilizzare il **più basso dosaggio efficace**, per evitare l'insorgenza di effetti collaterali o reazioni indesiderate. Le linee guida internazionali indicano che, in caso di un singolo episodio acuto di psicosi in remissione, il trattamento psicofarmacologico di mantenimento dovrebbe proseguire per almeno 1-2 anni; in caso di episodi multipli di psicosi per almeno 5 anni. La brusca interruzione del trattamento con antipsicotici o la riduzione del farmaco a dosaggi non terapeutici espone il paziente al rischio di riacutizzazione dei sintomi psicotici.

La **combinazione di antipsicotici è generalmente sconsigliata**, perché associata ad una maggiore incidenza di effetti collaterali anche gravi, quali disturbi della conduzione, allungamento del Qtc e morte improvvisa. Per ridurre sintomi quali insonnia ed

agitazione, può essere opportuno associare per un breve periodo di tempo una benzodiazepina. In determinate situazioni cliniche può essere indicata l'associazione con un farmaco stabilizzatore del tono dell'umore o un antidepressivo.

La mancanza di compliance al trattamento psicofarmacologico è molto comune nei pazienti giovani affetti da psicosi a causa di una scarsa consapevolezza di malattia, del timore di essere stigmatizzati, degli effetti collaterali, o di false credenze sui farmaci (convinzione che siano dannosi o pericolosi). Quando la condizione clinica rende necessario un trattamento prolungato o quando la compliance è scarsa, la formulazione depot/long acting dell'antipsicotico può essere una buona strategia terapeutica per ridurre il rischio di una riacutizzazione sintomatologica e di ospedalizzazione.

Quando un paziente assume un antipsicotico è necessario uno stretto **monitoraggio della salute fisica**, in particolare:

- pressione arteriosa
- peso
- ECG con QTc

Esami ematici: emocromo con formula, glicemia, lipidi ematici (colesterolo totale e frazioni, trigliceridi), che vanno effettuati dopo il primo, il terzo e il sesto mese di terapia e successivamente ogni 6 mesi.

Qual è il trattamento delle psicosi all'esordio?

I trattamenti non farmacologici

Oltre ai trattamenti farmacologici, che permettono la riduzione dei sintomi e la prevenzione delle ricadute, è importante mettere in atto interventi non farmacologici che coinvolgano, oltre al paziente, anche i familiari ed in generale le figure più significative.

La **psicoeducazione** ha lo scopo di far conoscere al paziente e a chi gli sta accanto il disturbo che lo ha colpito e le sue caratteristiche, mantenendo un atteggiamento di ottimismo senza tuttavia minimizzarne la gravità. Ciò permette di attribuire alla psicosi un significato che risulti dalla propria personale esperienza e dalle definizioni tecniche, di superare la confusione derivante dall'impatto con un primo episodio psicotico, di imparare a riconoscere eventuali segni di ricaduta e di costruire ed apprendere strategie di gestione degli episodi acuti.

Le tecniche di **psicoterapia cognitivo-comportamentale** sono dirette al superamento di situazioni e problemi derivanti da pensieri e comportamenti distorti. Si basano sul concetto che pensieri, credenze e percezioni distorti influenzano comportamenti ed emozioni: la valutazione realistica e la modificazione dei pensieri e delle credenze permettono di modificare positivamente i comportamenti e gli aspetti affettivi. Vengono usate per trattare i sintomi della psicosi e quelli ad essa spesso correlati (depressione, ansia, abuso di sostanze). Sono considerate particolarmente utili in pazienti giovani, poiché offrono un modo alternativo di esaminare e spiegare sintomi come deliri o idee prevalenti, prima che questi diventino consolidati e più difficili da trattare.

Tutti gli interventi farmacologici e non farmacologici hanno come obiettivo quello di rendere attuabili, quando necessari, i **programmi di inclusione sociale**, che, promuovendo relazioni sociali al di fuori dei setting psichiatrici, favoriscono la ripresa dello studio, del lavoro, delle relazioni significative.

La prognosi dei disturbi psicotici è tanto più favorevole quanto più i percorsi di cura, interagendo con il contesto

di vita, mantengono un vitale interscambio tra l'individuo e le persone per lui maggiormente significative.

Il Programma Esordi Psicotici della Regione Emilia Romagna?

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Modena è capofila del Programma di trattamento integrato sugli Esordi Psicotici, che punta a una migliore cura ed al pieno recupero delle persone affette da un primo episodio psicotico, implementando le migliori linee guida nazionali ed internazionali sul tema.

La psicosi è una patologia comune che si riscontra prevalentemente nei giovani. Ad esempio, in provincia di Modena, nel 2011, erano circa 3.700 i pazienti affetti da psicosi in contatto con i Centri di Salute Mentale.

La regione Emilia Romagna ha programmato e finanziato un Programma dedicato agli "Esordi psicotici" con la finalità di migliorare gli esiti complessivi, ottenere la maggiore aderenza possibile ai trattamenti, prevenire e/o ridurre le disabilità correlate alla malattia e ridurre i costi dell'assistenza, evitando ospedalizzazioni inappropriate.

Il Programma regionale Esordi Psicotici ha previsto:

- ✧ un processo formativo - realizzato nella primavera del 2013 - con l'obiettivo di aggiornare le conoscenze tra i professionisti coinvolti e migliorare le competenze sugli interventi di provata efficacia;
- ✧ un'attività di monitoraggio e supervisione dei processi assistenziali.

Gli interventi prevedono: colloqui individuali ad approccio cognitivo-comportamentale, terapia farmacologica in accordo alle linee guida più accreditate, psico-educazione rivolta al paziente e ai suoi familiari, interventi recovery-oriented per il miglioramento o il mantenimento dell'inclusione sociale, avviamento al lavoro, sostegno allo studio, monitoraggio della salute fisica.

In particolare, ai familiari vengono date informazioni dettagliate e realistiche circa il disturbo, le sue possibili evoluzioni ed i fattori di rischio. In questo modo si riduce il rischio di reazioni negative da parte delle persone vicine al paziente, diminuisce lo stress e il carico emotivo e si correggono alcuni pericolosi luoghi comuni associati alla malattia mentale. L'intervento ad orientamento cognitivo comportamentale viene condotto invece in forma individuale e si svolge con incontri periodici della durata

di circa 45 minuti. Gli incontri hanno come scopo la "normalizzazione" dell'esperienza psicotica, la lotta allo stigma associato alla malattia, il mantenimento e il rafforzamento delle abilità di relazione interpersonale. Sono proprio queste capacità che rischiano di interrompersi nelle fasi iniziali della psicosi, minando il normale sviluppo dei rapporti sociali significativi, come lo studio, il lavoro, l'amicizia, gli affetti, il tempo libero.

L'effettiva implementazione del percorso di cura sopradescritto è verificata da una scheda di monitoraggio adottata da tutti i DSM-DP della Regione Emilia Romagna.

Cosa fare? Guida pratica alla gestione del caso clinico

L'obiettivo del riconoscimento e trattamento precoce dell'esordio psicotico è quello di abbreviare la durata di psicosi non trattata e migliorare la prognosi della malattia attraverso interventi terapeutici tempestivi, qualitativi e condotti da operatori formati.

Per il raggiungimento di tale obiettivo è fondamentale una stretta collaborazione tra i Servizi di Salute Mentale e i Medici di Medicina Generale che, frequentemente, hanno i primi contatti con la persona sofferente o con i suoi familiari.

Da un punto di vista operativo, il Medico di Medicina Generale ha un ruolo attivo nell'intervento precoce dell'esordio psicotico sia nella fase del suo riconoscimento e invio al servizio che nelle fasi successive di trattamento, follow-up e dimissione.

La modalità di intervento è differente se il contatto con l'utente avviene in una situazione di urgenza (forte agitazione psicomotoria, gravi turbe del comportamento sostenute da alterazioni psicopatologiche, rischio suicidario) oppure in una fase precedente.

Nel primo caso si ritiene indicato un invio immediato al CSM o in Pronto Soccorso. E' comunque importante, anche durante un intervento urgente, mostrare disponibilità all'ascolto; effettuare, se possibile, una valutazione approfondita dello stato di salute fisica; affrontare in modo empatico e accogliente ma diretto argomenti quali l'eventuale intenzionalità autolesiva e la presenza di sintomi psicotici e/o affettivi.

E' utile fornire alcuni primi elementi di psicoeducazione al paziente e ai familiari al fine di ridurre lo stigma e favorire l'invio al servizio psichiatrico e l'accettazione di un trattamento specialistico. Il MMG, infatti, oltre ad essere un autorevole inviante al servizio di salute mentale, ha un ruolo essenziale nel consigliare e orientare i familiari al rapporto con il CSM.

E' importante considerare che l'invio a specialisti privati non attiverà un intervento multidisciplinare ma solo (nella maggior parte dei casi) farmacologico. Le famiglie vanno aiutata a contrastare i pregiudizi e le paure verso il servizio psichiatrico pubblico.

Se la situazione clinica non viene ritenuta tale da richiedere un intervento urgente è comunque indicato un contatto tempestivo con il CSM al fine di concordare il

miglior percorso possibile (attesa vigile, contatto col CSM dei familiari, trattamento iniziale nel setting della MG, invio al CSM, ecc.).

Una volta avvenuto l'invio, il MMG rimane un collaboratore fondamentale per il trattamento, sia per terapie e counselling che per la prevenzione delle ricadute. Soprattutto nei casi di drop-out o nelle persone che hanno scarsa compliance ai trattamenti, il MMG rimane una figura essenziale per il monitoraggio del quadro clinico e le eventuali successive segnalazioni al servizio.

Anche nei casi in cui i familiari tendano a rimanere esterni al processo di cura, il MMG potrà essere la figura di riferimento per gli interventi psicoeducazionali alla famiglia e per raccogliere impressioni e informazioni da chi vive con la persona che ha avuto l'esordio psicotico.

Nella fase finale del trattamento, quando i rapporti con il CSM si allentano perché la persona ha recuperato una condizione stabile di benessere e ha ripreso un adeguato funzionamento sociale e lavorativo, il MMG ha un ruolo attivo nel monitoraggio attento delle condizioni psicofisiche e nelle eventuali segnalazioni al servizio.

Casi Clinici

La discussione di casi clinici fra MMG e Psichiatri costituisce lo strumento più efficace per migliorare e mettere in atto le reciproche competenze professionali al fine di ottimizzare l'adesione degli utenti ai percorsi di cura.

Vengono di seguito riportate, a scopo esemplificativo, alcuni casi descritti da MMG partecipanti a Eventi Formativi sugli Esordi psicotici

Caso 1)

Mi chiama il padre di A, 16 anni e mi dice che il figlio da 15 giorni non va a scuola. All'inizio aveva avuto qualche disturbo gastro intestinale che si è rapidamente risolto. Ma non va a scuola perché "non si sente bene". Il padre vorrebbe sapere da me se è ammalato davvero ma non mi pare particolarmente allarmato. A ha fatto la stessa cosa lo scorso anno. Va male a scuola, ma poi cerca di recuperare un poco e riesce a farcela con qualche debito. Il padre mi chiede se posso andare a casa, perché A non vuole venire in studio.

Caso 2)

La signora X è una insegnante di scuola elementare. Viene per parlarmi del figlio, 14 anni appena compiuti, ragazzo sveglio che frequenta la terza media, va bene a scuola, gioca in una squadra di calcio con passione.

Il ragazzo, riferisce la madre, racconta che i compagni di scuola si aggregano tra di loro e spesso lo escludono. Pensa che ce l'abbiano con lui. Anzi, li vede riunirsi tra loro e ha l'impressione che parlino male di lui e questo pensiero gli continua a ronzare nella testa, anche se poi quando è a casa pensa che sia impossibile, non ce ne è ragione, "è una sua fissa" dice, ma fa fatica a liberarsi del tutto di questo pensiero. La madre vorrebbe parlare con un neuropsichiatra, senza coinvolgere per ora il ragazzo, ma potrebbe intanto farlo venire dal medico di famiglia...

Caso 3)

I genitori di B, 17 anni, sono stati chiamati dal preside perché il figlio è spesso assente da scuola, in genere assenze brevi 1-2 giorni, poi si ripresenta, ma dopo pochi

giorni è a casa di nuovo. I genitori erano al corrente di alcune assenze, quando B lamentava al mattino **disturbi per lo più gastro intestinali**, ma le assenze reali sono molte di più di quelle note ai genitori. Lo **giudicano pigro, svogliato**, ma in realtà quando va a scuola il suo rendimento non è poi così male, non c'è nulla che faccia pensare a "cattive compagnie" o uso di droghe. Lo convincono a venire in studio.

Mi dice che **non va a scuola perché "non gli va"**, ma nel corso del colloquio poi mi confida che **"non ci riesce"**, al momento di scendere dall'autobus si sente il **batticuore, trema e ha sudorazione, si sente mancare e proprio non ce la fa a entrare dal portone.....**

Caso 4)

C è alle soglie dei 18 anni e viene per il certificato anamnestico della patente. I genitori si sono separati tre anni fa, poi il padre è morto improvvisamente lo scorso anno.

La storia clinica la conosco già, nulla di rilevante; gli faccio le domande di rito; fumi? Sì ma "poco", **bevi alcolici?** "no". Neanche al sabato? "beh **al sabato sera.....**" **Fumi canne o prendi pasticche?** **"Che male c'è, lo fanno tutti"**. Puoi spiegarmi meglio? "solo canne".... "abbastanza spesso" **"....4-5 volte al giorno"** Tutti i giorni? "beh sì ma non capisco cosa c'entra con la patente". In compagnia? "no, **di solito da solo**". Gli spiego che prima del certificato dobbiamo vedere se queste canne sono un problema o no....

Mi chiama la madre il giorno dopo, molto irritata: "come mi sono permesso di trattare suo figlio da tossicodipendente?" e "le canne le fumano tutti" e...

Pochi giorni dopo entrambi cambiano medico.

Caso 5)

Ho notizie di D prevalentemente dalla nonna che viene spesso a raccontarmi le **cose terribili che succedono in casa**. Conosco D come un **ragazzino chiuso** e le poche volte che è venuto in studio era sempre **torvo, senza un sorriso e si esprimeva a monosillabi**. Ha ora 20 anni. **Vive con il padre, separato, affetto da una psicosi grave e con la nonna.**

Secondo la nonna, D **si chiude in camera e ci sta per ore, è spesso aggressivo e distrugge suppellettili di casa e qualche volta ha lanciato oggetti dalla finestra.**

Talora si rifugia nella casa di montagna dove inizia a suo dire, improbabili restauri in realtà distruggendo tutto.

Il padre lo asseconda in tutto. La madre è totalmente assente. Non è del tutto chiaro se il racconto della nonna sia attendibile e equilibrato, ma non ho possibilità di verificare, qualche problema verosimilmente grave c'è, ma non è facile "agganciare" D a un Servizio.

Caso 6)

E è stato un **campioncino di nuoto tra gli 11 e i 13 anni**, molto "pompato" dai genitori che pretendevano da lui risultati sempre migliori. Poi, crescendo, "il suo fisico non era più competitivo" e ha dovuto smettere. Ha 18 anni. Viene in studio e mi fa un racconto piuttosto confuso dicendomi che **due sere prima in discoteca ha preso una pasticca**, non lo aveva mai fatto prima, **e da allora si sente strano, crede che probabilmente ha distrutto il suo corpo e ne avrà danni irreparabili, che è tutta colpa sua.**

Mi chiede rassicurazioni ma poco dopo ritorna in modo ripetitivo sullo stesso tema. Nel racconto entrano spesso i suoi genitori, si sente in colpa anche verso di loro ma al tempo stesso pensa che sia tutta colpa dei genitori.

Alla richiesta del perché e per quale ragione **risponde in modo confuso.**

Caso 7)

F nuovo paziente 14 anni, la madre mi racconta di **problemi di alimentazione:** mangia solo pane, dolci, crocchette di pollo. Rifiuta tutto il resto. Va bene a scuola, gioca a scacchi, cosa di cui la madre è molto orgogliosa. Ma è basso rispetto all'età e questo lo mette in difficoltà quando gioca a calcio.

La famiglia ha già seguito **vari percorsi con psicologi, terapia familiare e non vuole più fare nulla.**

All'incontro appare come un ragazzino di 11 anni, **sfugge sempre il mio sguardo, si rivolge in continuazione alla madre con aggressività e sembra non ricevere neppure le domande.**

Dopo pochi giorni mi dicono che **non vuole più andare a scuola e dice che vuole morire.**

Caso 8)

G è in affido familiare dall'età di 7 anni. Da sempre poco rispettoso alle regole familiari ed all'autorità dei genitori affidatari.

Uso abituale di cannabinoidi dall'età di 16 anni, in quantità anche elevata (fino a più di 10 “canne” al giorno)

Contemporaneamente iniziano comportamenti dissociali (furti in famiglia, aumento dell'oppositività, deterioramento delle prestazioni scolastiche).

In quanto in affido familiare era seguito dal Servizio Sociale Minori. Mai seguito da Servizi del DSM-DP.

Intorno al 17° anno di età G ha iniziato a manifestare comportamenti sempre più aggressivi e minacciosi nei confronti dei familiari, in particolare nei confronti della sorella affidataria.

G le rivolgeva avances sessuali esplicite, e al rifiuto della ragazza ha reagito in modo sempre più aggressivo sia verbalmente che fisicamente.

G diventava sempre più disinibito ed aggressivo, sostenuto anche dall'aumento del consumo di cannabinoidi, alcolici ed allucinogeni.

Un giorno G manifestò una crisi pantoclastica a casa con anche minacce scritte in modo caotico verso tutti i familiari. La crisi era comparsa dopo una severa intossicazione da cannabinoidi ed alcool.

G venne condotto in PS al vicino ospedale dalle forze dell'ordine e fu ricoverato volontariamente in SPDC.

Glossario

Delirio

Il delirio può essere definito come **“una convinzione errata estremamente rigida, non criticabile, una certezza che non necessita né di fondamento né di dimostrazione. La convinzione delirante non può essere messa in dubbio né da dimostrazioni fondate né dall'esperienza. Non è ammesso nessun dubbio e non può essere messo in dubbio da un'esperienza contraria alla convinzione del soggetto. Il delirio condiziona ed isola il soggetto”**.

I deliri possono essere di tipo diverso, cioè assumere forme diverse e trattare temi diversi.

I più frequenti sono:

Deliri di Persecuzione

Il soggetto è convinto di essere oggetto di minacce, complotti, persecuzioni da parte di altri soggetti (sia appartenenti al contesto sociale di appartenenza, come ad esempio familiari, vicini di casa, datore di lavoro, conoscenti a vario titolo, sia non appartenenti, come ad esempio servizi segreti, o – in alcune forme più bizzarre – alieni).

Deliri di Grandiosità

Il soggetto è convinto di essere una persona importante che decide le sorti del mondo, essere onnipotente, avere il potere di far accadere le cose solo pensandole.

Deliri riguardanti il Pensiero

Il soggetto è convinto che gli altri gli leggano nella mente o che lui legga la mente degli altri (**DELIRIO DI DIFFUSIONE DEL PENSIERO O TELEPATICO**), oppure essere convinti che gli altri rubino i suoi pensieri (**DELIRIO DI FURTO DEL PENSIERO**) o che glielo impongano, lo comandino, lo controllino (**DELIRIO DI CONTROLLO DEL PENSIERO**).

Deliri di Tradimento

Convincimento a priori di essere tradito dal partner; come detto tale convinzione non ha bisogno di essere dimostrata né essere criticata o messa in dubbio.

Deliri Religiosi o Mistici

Il soggetto può essere convinto di essere un dio (un paziente in fase maniacale con delirio era convinto di essere il dio del tuono, dio della mitologia nordica) o la reincarnazione di un santo o di ricevere compiti da dio o che il diavolo si sia impossessato di lui.

Deliri di Trasformazione Corporea

Certezza di essersi trasformati corporeamente, che alcune parti del proprio corpo si sono trasformate, di essere diventati un'altra persona.

Deliri di Rovina

Convincimento di rovina economica, riduzione in povertà estrema.

Deliri di Colpa

Il soggetto è colpevole e da lui è dipeso un qualche male irrimediabile.

Deliri Ipocondriaci

Convinzione di avere una malattia spesso mortale, nonostante esami medici e valutazioni mediche lo disconfermino.

Allucinazioni

Le allucinazioni sono definite come “quando uno sente, vede, annusa, gusta o avverte come sensazione corporea qualcosa che gli altri non possono riconoscere come avente un fondamento obiettivo”

Allucinazioni uditive

Sono le più frequenti. Il soggetto non riconosce tale esperienze come produzione della propria mente e le

attribuisce a soggetti fuori della propria testa o a voci nella propria testa.

Queste VOCI possono essere minacciose, denigranti per il soggetto, attribuirgli qualità che il soggetto non si riconosce (“sei omosessuale”, “sei un ladro”) oppure al contrario possono attribuirgli missioni o qualità particolari. Possono essere VOCI di persone note al soggetto o di sconosciuti, voci che il soggetto non sa a chi attribuire. Possono essere **VOCI CHE COMMENTANO** i comportamenti del soggetto (“Hai sbagliato a fare così”, oppure “Sei stato codardo, perchè non lo ha fatto”) oppure **VOCI CHE COMANDANO** il soggetto a compiere certe azioni, anche che coscientemente lo stesso non avrebbe voluto compiere (ad esempio alcuni soggetti possono compiere gesti autolesivi perchè comandati dalle voci).

Allucinazioni visive

Il soggetto vede figure, ombre, scene più o meno vivide e chiare (spesso anche in stati confusionali, sotto l'effetto di sostanze, in alcuni stati epilettici).

Allucinazioni olfattive o gustative

Come in stati epilettici o anche associate ai deliri di veneficio (il soggetto avverte il sapore di sostanze venefiche).

Allucinazioni tattili

Il soggetto avverte sensazioni tattili che possono essere: essere toccato, essere pizzicato, essere bruciato, essere punto, etc., presenza di sensazioni attribuiti ad insetti, piccoli animali (quando associate ad allucinazioni microzooptiche – vedere piccoli insetti che camminano sulla pelle – sono spesso segno di allucinosi alcolica o associata a sindromi psico-organiche).

Allucinazioni corporee o cenestesiche

Essere diventati di pietra o di altra materia, sentire il corpo che si è trasformato o che si trasforma, alcune parti del corpo cambiano di forma o di grandezza. Il corpo è attraversato da correnti o raggi.

Disturbi della Forma del Pensiero

Sono disturbi del modo in cui si presenta il pensiero (e il linguaggio del soggetto come suo correlato).

Pensiero inibito

Il pensiero (ed il linguaggio) appare rallentato, faticoso

Perseverazione

Il pensiero è fermo su una sola idea (o poche idee), il discorso ritorna presto sul medesimo tema, ridondante, una sorta di riflessione dolorosa, afflitta su uno stesso tema.

Blocco del pensiero

Il pensiero d'improvviso si blocca, il discorso può interrompersi spesso, improvvisamente (la coscienza resta integra, lucida).

Pensiero accelerato o fuga delle idee

La velocità del pensiero (e del linguaggio) è accelerata, il discorso può cambiare rapidamente di argomento, non riuscire a tenersi su un tema.

Pensiero incoerente

Pensiero e linguaggio privi di coerenza logica o comprensibilità, frammentati, la costruzione della frase è disordinata, caotica.

Checklist per la valutazione dell' Esordio Psicotico (CVEP) [§]

Nome _____ Età _____ Sesso _____ Data ____-____-____
 Problematica riferita (tipo e insorgenza) _____
 Fattori concomitanti ☐ autolesionismo ☐ aggressività ☐ impulsività ☐ trascuratezza di sé ☐ perdita di funzionamento

ITEM	PUNTEGGIO	DOMANDE ESPLORATIVE SUGGERITE
1 punto ciascuno		• Pensi di essere diventato più solitario e introverso o meno espansivo e loquace? • Preferisci passare il tempo per conto tuo? Hai iniziato a ridurre i contatti col tuo gruppo di amici? • Eviti di fare le cose in compagnia? • Qualcuno ha mai detto di essere stato preoccupato per te? • Sei insolitamente irritabile o arrabbiato o finisci per trovarti più spesso a litigare con parenti e amici? • Recentemente, ti è capitato di esagerare nel bere? • Hai fatto uso di droghe recentemente? Se sì, ricordi il tipo di droga e su quando l'hai assunta l'ultima volta?
Trascorre più tempo per conto proprio	_____	
Litiga con gli amici o i famigliari	_____	
La famiglia è preoccupata	_____	
Consumo eccessivo di alcool	_____	
Consumo di sostanze stupefacenti (cannabis inclusa)	_____	
2 punti ciascuno		• Come hai dormito recentemente? • Com'è stato l'appetito? • Hai avuto meno voglia di mangiare del solito? Per quanto tempo? • Ti sei sentito giù o abbattuto? (Have you been feeling low?) • Ti sei sentito in ansia o in preda al panico? Per quanto tempo? • Ti succede che diversi pensieri si mescolino nella tua mente, fai fatica a mettere ordine ed organizzare i pensieri? • Ti senti teso, agitato o inquieto? • Ti senti irrequieto e reattivo o così sembri agli altri che te lo hanno fatto notare? • Ti sei sentito meno interessato e coinvolto nel lavoro, nello studio, nelle attività quotidiane, nello stare con gli altri?
Difficoltà nel sonno	_____	
Perdita di appetito	_____	
Umore depressivo	_____	
Ridotta concentrazione	_____	
Irrequietudine/agitazione	_____	
Tensione o nervosismo	_____	
Ridotto piacere, interesse o coinvolgimento nelle cose	_____	
3 punti ciascuno		• Hai la sensazione che la gente ti osservi o stia provando ad approfittarsi di te? • A volte riesci a vedere, udire, avvertire cose che gli altri non possono percepire? Ti è capitato di sentire rumori o voci mentre eri da solo per conto tuo?
Sensazione di essere osservato o guardato dagli altri *	_____	
Sentire o udire cose che gli altri non possono sentire *	_____	
5 punti ciascuno		• Ti è mai capitato di pensare che eventi o azioni di altre persone hanno un significato speciale, in qualche modo destinato a te? • Hai mai la sensazione che gli altri ridano o parlino di te? O cogli messaggi che ti riguardano trasmessi dalla TV, giornali, radio, computer? (idee di riferimento) • Hai qualche convinzione che gli altri trovano inconsueta, peculiare o strana? O l'impressione di possedere doti speciali o poteri non comuni? (credenze bizzarre) • Ti è mai capitato di avvertire che le persone o le cose intorno a te sembravano essere cambiate all'improvviso? • Qualcuno, recentemente, ti ha fatto notare che hai detto cose inconsuete o confuse? • Qualcuno nella tua famiglia ha mai avuto problemi psicologici o di salute mentale?
Idee di riferimento *	_____	
Credenze bizzarre *	_____	
Stranezza nel pensiero o nell'eloquio	_____	
Affettività inappropriata o incongrua	_____	
Stranezza nel comportamento o nell'aspetto	_____	
Storia familiare di psicosi (parenti di primo grado) e aumentato carico di sollecitazioni o deterioramento nel funzionamento *	_____	
TOTALE		

Se il punteggio supera 20 valutare l'invio per un approfondimento in ambito specialistico.

Se sono soddisfatti alcuni item contrassegnati con l'asterisco *, prendere in considerazione l'invio anche se il punteggio globale è inferiore a 20.

Si ringrazia Aspire (www.aspireleeds.com) - Leeds Early Intervention in Psychosis (EIP) Service per il permesso accordatoci.

[§] Adattamento italiano ad uso sperimentale della Primary care checklist for referral to Aspire, a cura di C. Feo e A. Raballo, SPDC - DSM AUSL Reggio Emilia (Ottobre 2007)