

## GLI ESORDI PSICOPATOLOGICI IN ADOLESCENZA: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI, CLINICI E TERAPEUTICI

Questo intervento è centrato sugli esordi in età adolescenziale di quelle forme psicopatologiche definite genericamente come psicosi, ovvero di quei disturbi psichici caratterizzati da una marcata compromissione dell'esame di realtà, che si esprime con una sintomatologia dominata dalla presenza di deliri, allucinazioni, incoerenza del pensiero e conseguenti alterazioni comportamentali. Il termine psicosi è abitualmente utilizzato in modo generico e sostanzialmente comprende diagnosi più specifiche, quali soprattutto quelle di schizofrenia, disturbo bipolare, precedentemente detto psicosi maniaco-depressiva, e disturbo schizoaffettivo. Peraltro queste condizioni morbose, secondo alcuni Autori, potrebbero avere una matrice psicopatologica comune, con una successiva peculiare evoluzione, che determina l'instaurarsi di sindromi diversificate, non solo per i sintomi manifesti, ma anche per decorso e potenzialità invalidanti. La fase dell'adolescenza sarebbe un terreno particolarmente favorevole all'emergere di tali disturbi, in quanto situazione della vita che evoca un peculiare aspetto di incertezza esistenziale e di realizzazione di fisiologici processi di separazione e di individuazione, processi impregnati da marcate ambivalenze emotive e relazionali. Lo studio epidemiologico del fenomeno delle psicosi è in realtà molto complesso e soggetto a numerose variabili. Questo perché vengono a mancare punti di riferimento essenziali per un corretto esame della distribuzione nella popolazione di questi eventi morbosi: in particolare non è stato individuato uno specifico agente eziologico, non sono possibili verifiche di laboratorio o acquisizioni di markers biologici e soprattutto non è attualmente riscontrabile una sufficiente omogeneità diagnostica. Infatti, per quanto negli ultimi anni si siano affermati sistemi di classificazione nosografica che tendono in una direzione più definita, ed in particolare il DSM-IV-TR (APA 2000) e l'ICD-10 (OMS 1992), la diagnosi delle psicosi e della schizofrenia è ancora direi inevitabilmente soggetta a diversi fattori ambientali e culturali, relativi sia alla popolazione esaminata, sia alla formazione degli psichiatri. Si deve inoltre sottolineare che soprattutto al primo approccio e quindi all'esordio della patologia, pur in presenza di sintomi molto significativi, vi è una certa resistenza a formulare la diagnosi di psicosi, e di schizofrenia in particolare, per le gravi implicazioni in termini prognostici e di condizionamento sociale che essa può comportare. Comunque sempre riguardo alla schizofrenia, che è la forma di psicosi più studiata epidemiologicamente, le ricerche effettuate, soprattutto in popolazioni del mondo occidentale, danno tassi di presenza della patologia nell'ordine di grandezza dell'uno per mille e riferisco un ordine di grandezza perché in realtà le oscillazioni tra le diverse ricerche sono significative. Nella particolarità del nostro territorio, rilevando i dati riferiti ai ricoveri presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di adolescenti con età inferiore ai venti anni effettuati negli ultimi due anni, abbiamo che nel 2006, per i quattro pazienti considerati, due avevano diagnosi di psicosi non schizofrenica, mentre nel 2007 si hanno, su sei pazienti, due diagnosi di schizofrenia. Per inciso le altre diagnosi dei pazienti adolescenti ricoverati fanno riferimento soprattutto a disturbi di personalità ed a disturbi dell'umore di tipo depressivo. Peraltro, data la limitatezza del campione considerato, questi dati non esprimono particolari significati statistico-epidemiologici, ma hanno comunque un valore descrittivo della presenza del fenomeno ed i numeri esigui non devono portare ad una sottovalutazione dello stesso. La comparsa di una condizione morbosa grave come una psicosi in età adolescenziale è infatti un evento che oltre all'individuo, investe, con un pesante carico di inquietudine, sofferenza ed angoscia, altri sistemi che con quell'individuo quotidianamente coesistono, ovvero la famiglia, la scuola, l'associazionismo giovanile sportivo, religioso, culturale e la comunità nel suo complesso.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici, abbiamo visto come l'adolescenza sia caratterizzata da una situazione psicologica problematica e contraddittoria, che può favorire l'emergere di una patologia psicotica in individui predisposti, che presentano quella che viene definita come una specifica vulnerabilità, ovvero una miscela di fattori genetici e ambientali spesso condizionati da esperienze critiche precoci. Le dominanti psicopatologiche, che si sostanziano nei caratteristici sintomi

psicotici, hanno a che fare essenzialmente con la perdita del senso di identità nella fase in cui è prevalente la necessità di avanzare in un percorso di separazione dalle precedenti acquisizioni per giungere ad una piena individuazione. In questa fase convergono novità e necessità di particolare impegno emotivo: la maturità sessuale, la scelta di percorsi scolastici o lavorativi decisiva per i successivi decenni, l'allontanamento da modelli ideali e comportamentali, prima in gran parte determinati dalle figure genitoriali, per aderire a nuove esperienze di socialità. Dato che molto frequentemente gli esordi psicopatologici sono sfumati ed insidiosi, è spesso difficile distinguere nei comportamenti e nelle manifestazioni emotive le fisiologiche oscillazioni ed incertezze da tratti di più peculiare pregnanza clinica. Un esempio di ciò è emblematicamente rappresentato dal fenomeno delle dismorfofobie, ovvero dal timore di subire una qualche metamorfosi fisiognomica. Il corpo è peraltro nella nostra attuale cultura oggetto di particolare attenzione, veicolando spesso significati eccessivi di affermazione e successo individuale ed è evidente che sentimenti di incertezza e di insoddisfazione personale possono essere attivati dai reali cambiamenti, spesso disarmonici, che si realizzano in età adolescenziale, ma questi sentimenti assumono un carattere francamente morboso quando preludono a convinzioni di tipo delirante di trasformazioni corporee abnormi. L'evoluzione, che può essere definita benigna o maligna, di tali fenomeni può essere valutata solo all'osservazione del decorso, intuendo ad esempio l'entità del vissuto patologico dall'emergere di atteggiamenti di evitamento o di bizzarre comportamentali. E così altri fenomeni tipici dell'adolescenza come situazioni di disagio adattivo a nuovi contesti, ad esempio un inserimento lavorativo, un cambiamento abitativo, l'inizio degli studi universitari, le prime relazioni sentimentali, possono essere luogo di sperimentazione di fisiologiche frustrazioni e alterazioni emotive o possono innescare vissuti di estraniamento, di incompiuta strutturazione dell'Io con perdita dei suoi confini e fallimento dell'esame di realtà, che prelude a quella confusione tra mondo interno e mondo esterno, che si esprimerà sintomatologicamente in deliri di influenzamento, di furto del pensiero, di timori angosciosi di persecuzione, sostenuti da anomalie della percezione, soprattutto le allucinazioni uditive, con conseguenti comportamenti bizzarri e inadeguati. Tutto ciò peraltro conferma e specifica quanto detto precedentemente, ovvero come la diagnosi di un disturbo psicotico, e della schizofrenia in particolare, in età adolescenziale sia un processo molto impegnativo per le ambivalenze, sopra ricordate, dei naturali sviluppi evolutivi e per le gravi implicazioni prognostiche, sia in termini di decorso clinico, che di persistente stigma sociale. Un processo diagnostico quindi che richiede allo psichiatra paziente osservazione, applicazione empatica, ricerca di adeguati e personalissimi canali di comunicazione, che consentano l'emergere di vissuti angosciosi e di esperienze abnormi spesso celati dall'adolescente con dolorosi sentimenti di colpa e di vergogna. E questo rifuggendo da allarmismi e da giudizi affrettati che possono creare barriere difensive impenetrabili, rendendo l'individuo inaccessibile ad un approccio terapeutico, che colga nella sua reale dimensione le richieste d'aiuto spesso non verbalizzate o apertamente negate, ma implicite in comportamenti apparentemente inadeguati e sconcertanti. Tutto ciò riporta alla necessità di non centrare la diagnosi sulla fotografia di una situazione critica attuale, ma di sviluppare e dare conferma all'ipotesi diagnostica in un arco di tempo utile ad apprezzare evoluzioni, eventi reversibili, ambivalenze e problematicità fisiologiche, al fine di non mortificare e colpevolizzare quei passaggi critici che abbiamo visto essere pressoché obbligati nella fase dello sviluppo adolescenziale, senza però sottovalutare e lasciare inascoltati i primi segnali di un disagio psichico più profondo ed inquietante, in grado di dare luogo ad una franca rottura psicotica. Giungere ad una diagnosi corretta è comunque fondamentale per passare dal momento dell'accoglimento, dell'ascolto, dell'avvicinamento, al momento dell'intervento terapeutico, che nella nostra epoca, offre una variegata possibilità di approccio, quantomeno dal punto di vista teorico e sottolinea questo inciso perché la teoria deve comunque confrontarsi con la realtà delle risorse disponibili e con la motivazione ed il coinvolgimento del protagonista, il giovane paziente, e dei sistemi che lo includono, ovvero la famiglia in primo luogo e l'organizzazione sociale nelle sue varie articolazioni. Abbiamo oggi a disposizione la possibilità di un intervento farmacologico che si basa su una gamma di psicofarmaci, che, negli ultimi dieci-quindici anni, si è ampliata, includendo

prodotti di affidabile efficacia con minori effetti indesiderati, che consentono di arginare gli aspetti sintomatologici più devastanti e di maggiore sofferenza soggettiva per il paziente: è terribile pensare a quanto profonda può essere la pena associata al vissuto di essere in balia di persecutori occulti, di trovarsi in un mondo di trasformazioni catastrofiche e incontrollabili, di sentirsi prigionieri di un corpo che assume connotati mostruosi, di non avere più confini protettivi che consentano di vivere privatamente il proprio pensiero e le proprie emozioni. All'intervento farmacologico si associa poi la possibilità di offrire un percorso psicoterapeutico individuale o ampliato al contesto familiare. Ciò per consentire sia l'elaborazione dei processi psicologici intrapsichici che hanno condizionato l'evoluzione psicotica, sia l'esplicitazione di modelli relazionali all'interno del sistema famiglia, che, in modo inconsapevole e perseverante, sostengono il perdurare dell'induzione al funzionamento psicotico. A questi primi approcci vanno affiancati programmi a carattere terapeutico-riabilitativo, che contrastino il vissuto di rifiuto e di ostilità esterna con conseguente ritiro dalle attività sociali, e che offrano opportunità di sperimentazione, di inclusione e di successo soggettivo ed in questa azione particolare è fondamentale sì l'intervento dei tecnici, ma anche la capacità di una sana ed adeguata risposta delle articolazioni sociali. Ovviamente le strategie terapeutiche vanno valutate caso per caso, si può dire cucendole addosso al singolo paziente, con la premessa che non sempre offrire molte opportunità di trattamento sia sinonimo di maggiore efficacia. Tutto questo comunque implica l'impegno di un approccio multidisciplinare, ovvero l'intervento di più professionisti che sappiano, anche non coesistendo sotto lo stesso tetto, mettersi in rete tra di loro, collaborando ad affrontare la complessità dell'evento psicopatologico, per fare in modo che non si produca quella che, autorevolmente ed efficacemente, è stata definita una esistenza mancata.