

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

**SUPSI**

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

**INTERVENTI DI PREVENZIONE TERZIARIA PER  
ADOLESCENTI AL PRIMO ESORDIO PSICOTICO**

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Sascha Rufo

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari-Bernasconi

Manno, 15 gennaio 2016

Anno Accademico: 2015-2016

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

**SUPSI**

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

**INTERVENTI DI PREVENZIONE TERZIARIA PER  
ADOLESCENTI AL PRIMO ESORDIO PSICOTICO**

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Sascha Rufo

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari-Bernasconi

Manno, 15 gennaio 2016

Anno Accademico: 2015-2016

“L'autore è l'unico responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi”

## **ABSTRACT**

### **Background**

L'esordio psicotico è un evento che si sviluppa generalmente nel periodo tardo adolescenziale di un individuo. La presenza di sintomi negativi e positivi, accompagnati da una perdita del contatto con la realtà e una mancanza di consapevolezza della malattia, sono delle caratteristiche che spesso accomunano i pazienti con disturbi psicotici.

La presa a carico tempestiva e olistica del paziente influisce sul decorso della malattia e sulla prognosi.

### **Scopo**

Questa ricerca intende indagare quali sono gli interventi infermieristici di prevenzione terziaria in grado di contenere, o limitare, eventuali ricadute in utenti al loro primo esordio di carattere psicotico.

### **Metodologia**

Inizialmente, attraverso una ricerca bibliografica e alla conseguente stesura del quadro teorico, ho cercato di approfondire la tematica, potendola così comprendere meglio. In questa fase esplorativa teorica ho tentato di mettere in luce le tipologie di trattamento dividendole in fasi. Successivamente ho svolto la parte di ricerca qualitativa utilizzando come strumento d'indagine l'intervista semi-strutturata. Ho sottoposto a delle interviste 5 infermieri della Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio, che lavorano nel reparto di competenza dei primi esordi psicotici. Con esse ho potuto raccogliere altri dati che, comparati a quelli teorici, mi hanno permesso di individuare quali fossero realmente gli interventi di prevenzione terziaria più importanti per evitare nuove recidive.

### **Risultati**

Dalle interviste svolte risulta evidente come tutti gli interventi infermieristici siano importanti e siano complementari tra loro. Creare una buona rete intorno al paziente e fare in modo che le sue risorse collaborino nei suoi interessi, cercando di sostenerlo e di evitare che vi siano nuove esacerbazioni, è un obiettivo fondamentale. Per questo, al momento della dimissione, è necessario fornire al paziente tutti gli strumenti utili che gli permettano di essere attivo nella società. In relazione a ciò, si tende a investire molto sulla psicoeducazione e sulla presa a carico della famiglia e dell'entourage.

Le risposte ottenute tramite l'indagine sul campo si sono rivelate perlopiù analoghe a quanto emerso dalla ricerca bibliografica.

### **Conclusioni**

Questo lavoro pone in evidenza l'importanza di una presa a carico soprattutto in vista delle dimissioni. Difatti, la società risulta essere un luogo meno protetto, rispetto a quanto lo sia la clinica psichiatrica. Dobbiamo considerare che nel percorso terapeutico vi sono delle variabili imprevedibili e difficilmente controllabili, che possono modificare in modo negativo il decorso della malattia. Dobbiamo perciò prendere atto che esistono dei limiti anche per noi curanti.

Da questa ricerca si possono trarre degli spunti interessanti per quel che riguarda il futuro della professione, per esempio la figura del Case Manager.

## INDICE

<b>1. PRIMA PARTE</b> .....	<b>1</b>
1.1 INTRODUZIONE E MOTIVAZIONE .....	1
1.2 ESPERIENZA PERSONALE .....	2
1.3 DOMANDA DI RICERCA.....	3
1.4 SCOPO E OBIETTIVI .....	3
1.5 METODOLOGIA .....	3
1.5.1 Fase I: inquadramento e scelta del tema .....	4
1.5.2 Fase II: il quadro teorico.....	4
1.5.3 Fase III: indagine sul campo .....	5
1.5.4 Fase IV: conclusioni .....	5
<b>2. PARTE SECONDA</b> .....	<b>6</b>
2.1 QUADRO TEORICO .....	6
2.1.1 Salute mentale, disturbo mentale e psicosi.....	6
2.1.2 Epidemiologia.....	7
2.1.3 Eziologia.....	9
2.1.4 Il decorso e la sintomatologia.....	11
2.2 TRATTAMENTO .....	14
2.2.1. Premessa .....	14
2.2.2 Fase dell'ammissione.....	15
2.2.3 Fase della degenza.....	16
2.2.4 Fase della pre-dimissione .....	19
<b>3. TERZA PARTE</b> .....	<b>22</b>
3.1 INDAGINE SUL CAMPO .....	22
3.2 ANALISI DEI DATI E RIFLESSIONI PERSONALI .....	24
<b>4. QUARTA PARTE</b> .....	<b>29</b>
4.1 CRITICITÀ.....	29
4.2 CONCLUSIONI.....	29
4.3 RINGRAZIAMENTI .....	30
<b>5. FONTI</b> .....	<b>31</b>
5.1 BIBLIOGRAFIA.....	31
5.2 LETTERATURA GRIGIA .....	33
5.3 SITOGRAFIA .....	33
<b>6. ACRONIMI</b> .....	<b>34</b>
<b>7. ALLEGATI</b> .....	<b>35</b>

# 1. Prima parte

## 1.1 Introduzione e motivazione

L'area che ho scelto e che tratterò nel mio lavoro di tesi è quella della psichiatria.

“Ciascuno di noi è quindi sempre esposto all'esperienza del dolore mentale (...) i punti deboli interni, “toccati” da nuovi incontri che li fanno riemergere, (...) sono talmente fragili o sofferenti da suscitare un dolore mentale insopportabile (...) è quindi in questo caso che può prodursi l'evento psicotico”. (Grivois, 2002).

Con questa citazione di Henri Grivois, voglio dire che ognuno di noi potrebbe essere esposto al rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico; esistono però degli eventi che possono incidere in maniera determinante sul prodursi dell'evento psicotico.

L'idea di intraprendere questo tema è nata soprattutto dopo aver svolto il mio secondo stage formativo presso l'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) di Mendrisio.

Devo ammettere che la psichiatria mi ha sempre affascinato, ancor prima di incominciare questo percorso scolastico e professionale. Forse perché avendo vissuto molti anni a Mendrisio e frequentando fin da piccolo con amici o con la scuola il vecchio “Parco del Neuro”, più volte mi sono confrontato con pazienti psichiatrici. Agli occhi di noi bambini erano delle persone “strane” per via di tatuaggi, piercing e modi bizzarri di comportarsi o di apparire, ma allo stesso tempo risultavano simpatiche e molto socievoli. Ricordo bene che è capitato più di una volta di giocare nel pratone, dove a suo tempo c'erano delle porte da calcio, con alcune persone ricoverate presso la clinica. Da adolescente inoltre ero molto affascinato da film o libri in cui la psiche umana ricopriva un ruolo da protagonista.

Ero molto curioso ed entusiasta nel poter svolgere uno stage in psichiatria e speravo che le mie attese fossero soddisfatte. Essendo il primo stage in quest'ambito sapevo che magari, soprattutto all'inizio, mi sarei potuto trovare in difficoltà. Speravo mi piacesse l'ambiente, la casistica dei pazienti e che comunque riuscissi a sopportare il peso psicologico che per forza di cose si viene a creare quando lavori in un reparto psichiatrico. Fortunatamente alla fine di questo stage sono rimasto soddisfatto per l'esperienza vissuta e soprattutto appagato, consapevole del fatto di aver svolto il mio lavoro bene e conseguendo dei risultati positivi.

Ho svolto lo stage nel reparto Adorna 3, che dal 2013 è diventato centro di competenza dedicato ai ragazzi giovani al primo esordio psicotico.

Sono rimasto sorpreso dalle caratteristiche comuni che molti pazienti avevano, soprattutto legate alla loro storia di vita, che metteva in risalto esperienze non sempre piacevoli. Diversi di essi hanno avuto un'infanzia segnata da traumi difficili da cancellare, come ad esempio abusi, adozioni, vissuti di guerra, genitori divorziati o tossicodipendenti. La vita di moltissimi di loro era segnata da un abuso, passato o ancora presente, di sostanze come cannabis, cocaina o eroina.

Questa curiosità verso delle caratteristiche che li accomuna mi ha spinto inizialmente a voler ricercare, per la redazione del lavoro di tesi *Bachelor*, quali fossero i fattori scatenanti che incidono sull'esordio psicotico dei giovani pazienti. Di seguito, il mio interesse si è focalizzato anche sulle strategie e interventi di prevenzione terziaria che può mettere in pratica l'infermiere per contenere o limitare eventuali ricadute ed ulteriori ricoveri in ambito psichiatrico.

## 1.2 Esperienza personale

Prima di iniziare lo stage in psichiatria non sapevo a cosa sarei andato incontro, in quanto era la prima volta che mi avvicinavo all'ambito psichiatrico. Ero cosciente del fatto che in ogni caso sarebbe stata una nuova esperienza e come tale il mio obiettivo era quello di acquisire il più possibile nuove conoscenze.

Precedentemente ero stato molto soddisfatto dagli stage in casa anziani e in ospedale e la mia "paura" era che magari il contesto psichiatrico non potesse piacermi.

Durante questi mesi ho vissuto questa esperienza in modo positivo e ho cercato di apprendere il più possibile, chiedendo, confrontandomi e spesso osservando.

In psichiatria la pazienza è fondamentale; il percorso di cura richiede sempre molto tempo e quindi a sua volta i risultati sono spesso visibili sul lungo termine.

Ho scelto questa professione proprio perché ritengo che gratifichi tantissimo dal lato umano, ma durante lo stage inizialmente mi sono sentito talvolta frustrato. Intendo dire che se in ospedale i miglioramenti sono visibili in un breve periodo, ad esempio di una ferita, in psichiatria ti può sembrare addirittura che quello che fai non serva a nulla.

Mi ricordo di aver instaurato un buon rapporto con quasi tutti i pazienti, sicuramente il fatto di essere spesso un loro coetaneo mi permetteva un accesso "privilegiato" nell'entrata in relazione con loro, ma d'altra parte a volte mi trovavo in difficoltà nel fare emergere il mio ruolo professionale.

Un ragazzo in particolare mi stava molto a cuore e ricordo di aver trascorso molto tempo con lui. Lui si confidava e mi mostrava le sue ansie e le sue paure, io lo ascoltavo attentamente e cercavo di dargli dei piccoli *input* che lo aiutassero a riavvicinarsi alla realtà. Ogni volta che finivamo "la chiacchierata" sembrava avesse capito tutto e si fosse convinto che le sue paranoie non avevano un senso logico. Invece, ahimè, giusto qualche ora dopo sembrava che il nostro discorso non fosse mai avvenuto. Andò avanti così per diverse settimane e devo dire che non è facile continuare a curare un paziente senza vedere quasi nessun miglioramento. Sembra che sia tutto inutile, infatti sembra, perché in realtà i risultati ci sono, ma non sono immediati come magari vorremmo. Per aiutare questo tipo di utenza, non è sufficiente limitarsi all'informazione, ma bisognerebbe riuscire a scavare più a fondo.

Ho perciò appreso che tutto quello che facciamo è utile, anche se magari ci vuole parecchio tempo per vedere dei risultati. Per verificare se questi interventi siano stati efficaci, sarà necessario attendere un periodo di tempo medio-lungo.

Penso che non sia facile entrare in quest'ottica, ma quando ci entri alla fine risulta essere gratificante il doppio.

Gli infermieri di riferimento durante lo stage mi hanno fatto comprendere quanto fosse fondamentale che i nostri pazienti capissero l'importanza di diversi aspetti, tra i quali l'assunzione farmacologica regolare, la relazione terapeutica, porre degli obiettivi comuni, utilizzare le proprie risorse e creare una vera e propria alleanza terapeutica. Ciò non era sempre facile, poiché appena si sentivano meglio, incominciavano a sottovalutare la malattia e di conseguenza l'assunzione farmacologica veniva effettuata in modo poco costante, causando così una riacutizzazione della sintomatologia psicotica.

I pazienti erano poco costanti anche quando, in accordo con essi, decidevamo quali attività occupazionali dovevano svolgere durante la giornata. Alcuni di loro dovevano ad esempio lavorare in un piccolo bar all'interno della clinica, in modo tale da poter riprendere una certa regolarità delle attività quotidiane. Sovente però capitava che non si recassero al bar, o per distrazione, o per poca voglia, mettendo così in evidenza le difficoltà che si potevano creare in vista di una futura dimissione. Le stesse difficoltà nel

mantenere i propri impegni si riscontravano anche con la mancata presenza nelle attività di gruppo, come yoga, palestra, riunioni di reparto tra pazienti e curanti e gruppi pasto.

Proprio per questi motivi, nel mio lavoro di *Bachelor* il mio focus sarà concentrato sugli interventi di prevenzione terziaria che vengono effettuati dagli infermieri con lo scopo di limitare o evitare nuove ricadute.

### **1.3 Domanda di ricerca**

In considerazione di quanto detto sin qui ho sviluppato la seguente domanda di ricerca: “Quali sono gli interventi infermieristici, in termini di prevenzione terziaria, in grado di contenere o limitare eventuali ricadute o nuove esacerbazioni in utenti dopo il primo esordio di carattere psicotico?”.

### **1.4 Scopo e obiettivi**

*Scopo:* Lo scopo generale del mio elaborato consiste nel ricercare quali sono gli interventi infermieristici in grado di contenere o limitare eventuali ricadute o nuove esacerbazioni in utenti al loro primo esordio di carattere psicotico.

*Obiettivi:*

- Approfondire le mie conoscenze in merito al tema dei disturbi psicotici e del loro esordio.
- Scoprire quali interventi favoriscono un’educazione efficace al paziente nel riconoscimento dei fattori di rischio e dei “campanelli di allarme”, per evitare un riacutizzarsi della sintomatologia psicotica.
- Scoprire quali interventi farmacologici, psicoeducativi, di riabilitazione sociale e occupazionale sia necessario attuare per evitare o limitare un riacutizzarsi della malattia.
- Individuare le difficoltà maggiori che incontrano gli infermieri nell’applicare interventi mirati e specifici di prevenzione in questa delicata e importante fase del percorso di cura.
- Riconoscere e comprendere l’importanza del ruolo infermieristico nella promozione del benessere del paziente, del consolidamento della fase di compenso e di un’efficace adesione al progetto terapeutico.

### **1.5 Metodologia**

Per la stesura del mio lavoro di tesi ho adottato un metodo di ricerca di tipo qualitativo, in quanto il mio scopo è quello di riuscire ad ottenere maggiori informazioni possibili e precise. La ricerca qualitativa mi permette di muovermi in modo meno limitato, potendo approfondire durante l’intervista i temi che più mi interessano.

Lo scopo è quello di descrivere, esplorare e spiegare soprattutto i processi piuttosto che gli esiti. Essa permette di approfondire la conoscenza di un dato fenomeno, potendo andare anche in profondità grazie alle numerose e dettagliate informazioni raccolte. Il linguaggio, i concetti, i vissuti che emergono dalla ricerca non vengono misurati, ma bensì descritti. La ricerca qualitativa adotta una visione olistica e soggettiva orientata alla persona, al significato, al processo o al fenomeno (Fain, 2004).

Lo strumento d’indagine che ho utilizzato nel mio elaborato è l’intervista semi-strutturata. Essa è uno scambio verbale e non verbale tra l’intervistatore e l’intervistato e uno degli scopi è quello di raccogliere maggiori informazioni possibili. L’intervista ha

anche lo scopo di consigliare, aiutare, ma anche quello di poter intervenire sul comportamento delle persone in base alle informazioni ricevute (Cantarelli, 2006).

Il motivo principale per cui ho utilizzato questo strumento è limitato all'aver delle informazioni utili da poter comparare alla teoria.

Semi-strutturandola, darò modo inoltre all'intervistato di esprimersi più liberamente, dando così spazio ad approfondimenti che arricchiscono le risposte.

Inoltre nell'intervista vi è un incontro di emozioni da entrambe le parti che non vanno trascurate, come anche l'aspetto non verbale della comunicazione.

Va evidenziato anche quanto sia importante entrare in empatia con l'intervistato e di come bisogna cercare di adattare il linguaggio tentando di esprimersi sullo stesso livello sensoriale.

Bisogna tenere conto che ogni protagonista dell'intervista è un individuo che porta con sé un proprio bagaglio di conoscenze, le quali possono influire sull'andamento della stessa. Le proprie caratteristiche di *background* quindi possono portare distorsioni nell'interazione (Cantarelli, 2006).

### **1.5.1 Fase I: inquadramento e scelta del tema**

L'esperienza personale è stata il trampolino di lancio che mi ha permesso di decidere quale argomento trattare. Ho quindi proceduto a delimitare il campo d'azione attraverso la formulazione di scopo e obiettivi.

### **1.5.2 Fase II: il quadro teorico**

Successivamente ho intrapreso una ricerca bibliografica, in particolare su temi riguardanti la salute mentale, il disturbo mentale, l'esordio psicotico, l'eziologia dell'esordio psicotico, la sua epidemiologia, il suo decorso, la sintomatologia e il trattamento.

La ricerca del materiale utile per poter strutturare il quadro teorico, l'ho svolta attraverso una documentazione bibliografica e di articoli nelle banche dati, cercando di "scremare" il più possibile il materiale trovato in funzione del focus del mio elaborato, ossia gli interventi di prevenzione terziaria.

Per la ricerca bibliografica ho potuto avvalermi della biblioteca della SUPSI, ma soprattutto di quella presso la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) di Mendrisio.

Ho svolto una ricerca anche nelle banche dati inserendo come parole chiavi "*psychosis*", "*early interventions*", "*treatment*", "*early psychosis*", "*first episode*", "*preventing*" e "*second episode*".

Trattandosi di un argomento così vasto, a volte ho faticato molto a ritrovare del materiale specifico che riguardasse solo ed esclusivamente i ragazzi giovani al primo episodio psicotico.

Nel quadro teorico con l'aiuto dei libri di testo e delle banche dati ho spiegato cosa si intende per psicosi, dando anche alcune definizioni. Il passo successivo è stato quello di approfondire l'esordio psicotico, che a sua volta mi ha permesso di concentrarmi poi su quali interventi di prevenzione terziaria è utile mettere in atto per evitare/contenere ricadute ed ulteriori ricoveri in ambito psichiatrico.

Il quadro teorico mi è servito come bagaglio iniziale per potermi addentrare nelle tematiche. Ciò mi ha portato ad avere un *background* che mi ha permesso di conoscere più a fondo l'argomento che ho voluto trattare, fornendomi gli spunti necessari per formulare le domande per le interviste agli infermieri della CPC.

Durante la costruzione del quadro teorico ho cercato così di estrapolare degli elementi che a mio avviso mi potevano sembrare utili per svolgere una comparazione tra ciò che emerge dalla ricerca bibliografica e ciò che emergerà durante l'indagine sul campo.



La scelta degli elementi mi ha portato a definire in modo chiaro cosa volevo sapere, il mio scopo e la mia domanda di ricerca.

Inoltre, in questa fase, ho dovuto anche prendere contatto con la responsabile della formazione infermieristica che lavora presso l'OSC per poter pianificare se e quando avrei potuto svolgere la mia indagine sul campo.

Attraverso uno scambio di e-mail e un contatto telefonico ho ricevuto il consenso che mi ha permesso di sottoporre i curanti alle mie interviste.

### **1.5.3 Fase III: indagine sul campo**

Lo strumento d'indagine che ho utilizzato per svolgere la mia ricerca qualitativa è l'intervista, in particolare quella semi-strutturata, in modo tale da avere una traccia semi-strutturata da seguire, rispettando così un filo logico, ma potendo comunque approfondire le tematiche che più mi interessavano. In questo modo ho lasciato anche la possibilità agli infermieri di poter esprimere le proprie sensazioni, potendo argomentare più liberamente le loro risposte.

Nell'intervista semi-strutturata ci sono alcune domande che bisogna porgere obbligatoriamente, ma le risposte possono essere analizzate in modo qualitativo, come avviene per le interviste libere (Cantarelli, 2006).

La struttura delle sette domande, che ho formulato in collaborazione con la mia direttrice di tesi, è stata pensata riprendendo le diverse fasi di una degenza, proprio come lo stesso principio utilizzato nel quadro teorico.

Le interviste sono state effettuate individualmente e personalmente a cinque infermieri in una saletta d'accoglienza del reparto di psichiatria Adorna.

Il numero delle domande che ho deciso di porre è di sette e le interviste sono durate approssimativamente 30 minuti ciascuna; tutte le interviste sono state registrate.

La registrazione mi ha permesso di potermi concentrare totalmente su quanto mi veniva esposto dai colleghi diplomati, potendo captare maggiormente le emozioni e le sensazioni dei curanti e nello stesso tempo mi ha garantito di poter riportare le loro risposte nel modo più preciso, fedele ed oggettivo possibile, dando così poco spazio a mie interpretazioni. Infatti, quando l'analisi dei contenuti è di un'intervista qualitativa, occorre avviare il più possibile alla soggettività e alla propria interpretazione (Cantarelli, 2006).

Successivamente ho proceduto alla sbobinatura delle interviste (vedi allegato 3), che mi ha dato l'opportunità di estrapolare man mano gli elementi più importanti al fine del mio lavoro di ricerca. Di seguito ho creato una tabella di estrazione dati suddivisa per numero domanda e risposta. Dalle risposte ricevute ho estrapolato gli elementi più rilevanti ripartendoli nella tabella sotto forma di elenco puntato e ho messo tra parentesi alla fine di esse una percentuale, la quale indica quanti infermieri hanno dato quella risposta. Trattandosi di un campione di 5 infermieri, la risposta di 1 solo infermiere equivale al 20%, mentre il 100% significherà naturalmente che tutti gli infermieri mi hanno dato la stessa risposta.

Infine ho proceduto a effettuare un'analisi delle interviste comparando i dati raccolti durante l'indagine con ciò che avevo trovato in letteratura.

### **1.5.4 Fase IV: conclusioni**

Ho concluso con la messa in evidenza di ciò che è emerso durante l'indagine sul campo e nel quadro teorico. Ho cercato di definire quali interventi è utile attuare in termini di prevenzione terziaria, di formulare delle ipotesi che potessero giustificare il perché talvolta, nonostante si cerchi di fare il possibile, purtroppo non sempre i risultati sono quelli che vorremmo e ho aggiunto delle mie osservazioni personali.

## 2. Parte seconda

### 2.1 Quadro teorico

#### 2.1.1 Salute mentale, disturbo mentale e psicosi

La visione che la gente ha della psichiatria è da sempre influenzata dalla società e dalla cultura che è radicata in essa. L'emozione che suscita la follia comprende spesso timore, ripugnanza, senso di disagio, paura; delle emozioni simili a quelle che si provano pensando alla morte. La malattia psichica è stata un tempo collegata a una sorta di "male divino" e per questo motivo, per proteggere la società da questo "male oscuro", gli ospedali psichiatrici acquisirono il compito di controllare ed escludere le persone affette da malattie mentali.

Alla fine degli anni '70 con la Legge Basaglia si assiste a un cambiamento epocale per la storia della psichiatria, in quanto il luogo di cura del malato diventa il territorio, abbandonando così il concetto di pericolosità sociale che gli era stato "etichettato".

Ciò nonostante il pregiudizio, il timore e l'angoscia, che nascono dalle fantasie che la malattia mentale suscita, sono ancora presenti nella nostra società. Per questo la tolleranza e la completa integrazione restano ancora degli obiettivi difficilmente raggiungibili.

Le rappresentazioni popolari influiscono su ogni individuo ed esse trovano terreno fertile dove vi è una mancanza di conoscenza dell'argomento. I pregiudizi sono infatti tipici di chi non ha una conoscenza diretta su cui basare il proprio giudizio e sono inoltre difficilmente abbandonabili anche alla luce di nuove conoscenze (Vender, 2005).

Nonostante si cerchi ancora di sensibilizzare la gente e ridurre la stigmatizzazione verso le malattie mentali, vedasi la promozione alla giornata mondiale per ridurre lo stigma della malattia mentale il 7 aprile 2001 da parte dell'OMS, essa rimane marchiata dal suo passato.

Occorrerebbe educare le nuove generazioni in modo tale che possano imparare a valutare obiettivamente la realtà, cercando di eliminare attraverso la conoscenza e la comunicazione quell'immagine negativa che la gente ha della follia (Benassi, 2014).

Per queste ragioni i giovani pazienti al primo esordio psicotico e i loro familiari, che si confrontano con la patologia psichiatrica, non hanno le conoscenze e le conseguenti competenze per affrontare questa situazione, ma bensì sono influenzati dall'ideologia presente nella società in cui vivono. Sovente è presente una sorta di "resistenza" a rivolgersi ai servizi di salute mentale, o per una scarsa fiducia nei trattamenti psichiatrici, oppure per il timore di essere "etichettati" come "malati mentali". Tutto questo porta a un ricovero tardivo con tutte le conseguenti complicazioni del caso (De Rosa, 2010).

Quindi è evidente come, ad oggi, sia ancora difficile affrontare l'argomento della psichiatria.

Per arrivare a definire cosa sia un disturbo mentale è necessario chiarire prima di tutto cosa si intende per salute mentale; per fare ciò bisogna fare riferimento alla letteratura scientifica. L'OMS definisce la salute mentale come:

*...uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni (OMS).*

Il disturbo psicotico, per essere definito tale, deve soddisfare la definizione di disturbo mentale.

Secondo il DSM-5 il disturbo mentale è:

*...una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. Comportamenti socialmente devianti (per es., politici, religiosi o sessuali) e conflitti che insorgono primariamente tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non sia il risultato di una disfunzione a carico dell'individuo, come descritto precedentemente.*

È possibile trovarsi di fronte a pazienti che non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo mentale, ma nonostante ciò non vuol dire che essi non possono accedere alle cure adeguate. Anche se non sono presenti tutti i sintomi, è necessario prendere in considerazione la gravità e l'importanza di quelli presenti, con il conseguente dolore mentale che percepisce l'individuo e la disabilità che ne deriva (DSM-5).

Per quanto riguarda il termine psicosi non esiste ancora una definizione unitaria, ma vi è una definizione dettata dalla sintomatologia che ne comporta. I deliri, le allucinazioni e i disturbi del pensiero possono essere considerate delle caratteristiche cliniche di base e la combinazione dei diversi sintomi porta verso a una conseguente distorsione della realtà. La psicosi è concettualizzata come una composizione di caratteristiche osservabili clinicamente, si tratta perciò di una sindrome clinica composta da vari sintomi. Vi sono alcune indicazioni sull'eziopatologia e sulla fisiopatologia dei sintomi psicotici, ma non possiamo ancora determinare l'esatto meccanismo che agisce nei singoli casi della manifestazione clinica della psicosi. L'insieme di sintomi necessari per la sua definizione dovrebbe essere chiaramente osservabile, in modo tale da definirli tipici della psicosi, contribuendo così a diversificare gli stati psicotici da altre sindromi (Gaebel, 2015).

Nel DSM-5 sono riportati vari gruppi di disturbi psicotici, i quali sono caratterizzati dalla presenza di deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Non è presente nel DSM-5 una definizione formale di "psicosi". Sono invece definite "psicotiche" delle caratteristiche in cui vi sono deliri, allucinazioni e disturbi nella forma del pensiero (DSM-5).

Si può affermare perciò che la psicosi è una sindrome clinica composta da diversi sintomi e non è un'entità nosologica. I sintomi della psicosi si verificano in una vasta gamma di disturbi mentali e sono molto variabili a dipendenza della persona (Gaebel, 2015).

### **2.1.2 Epidemiologia**

Secondo Kaplan (2003), l'epidemiologia in psichiatria si basa sullo studio della distribuzione, sull'incidenza (numero di nuovi casi in un determinato periodo di tempo), sulla prevalenza (numero totale di persone che sperimentano una certa condizione) e

sulla durata di una data malattia. Essa mira a comprendere le cause, alla prevenzione dei disturbi e a valutare gli interventi.

L'epidemiologia è una disciplina che viene utilizzata per diversi scopi, come ad esempio lo studio delle tendenze storiche riguardanti un incremento o un declino di un disturbo nel tempo, oppure per studiare il rischio individuale. Indagare le cause e lo studio dell'ampiezza e della natura di un disturbo e dei gruppi vulnerabili sono solo altri esempi che ci fanno capire come l'epidemiologia sia considerata una disciplina di base per la medicina preventiva (Giberti, 2005).

Arsanow (2004) afferma che l'esordio psicotico si può fissare generalmente tra i 16 e i 35 anni (Carcione, 2012). Questo *range* è confermato anche da altri studi come ad esempio Kessler (2007) il quale però segnala un aumento dei casi d'insorgenza dell'esordio psicotico tra i 15 e i 17 anni (Kessler, 2007). Infatti, l'età dell'esordio in questi anni tende a diminuire a causa di una stretta relazione con l'incremento dell'abuso di sostanze stupefacenti, prima fra tutte la cannabis. Diversi studi riportano che addirittura più metà dei soggetti maschili all'esordio psicotico presentano un abuso di sostanze, mentre per il genere femminile si parla di circa un terzo del campione preso in analisi (Popolo, 2013).

L'esordio prima dei 12 anni è considerato un esordio precocissimo, mentre al contrario dopo i 40 anni è un esordio tardivo. Nel mezzo c'è l'esordio precoce che avviene prima dei 18 anni e l'esordio in età adulta, tra i 18 e i 25 anni.

Vi sono varie ricerche che cercano di calcolare la prevalenza di questo disturbo, ma spesso i dati raccolti divergono tra loro. Ciò avviene poiché i criteri utilizzati nella stima della prevalenza sono differenti.

McGrath (2004) in una *review* indica una prevalenza tra 4 e 7 per ogni 1000 persone, mentre il DSM IV TR (2000) rileva una prevalenza che va da 5 a 15 per ogni 1000 persone (Carcione, 2012).

Altre fonti affermano che l'incidenza del primo episodio psicotico è di 0,8-1/10'000 abitanti; in altre parole su 100'000 abitanti possiamo aspettarci tra 8 e 10 primi episodi psicotici in un anno (Popolo, 2013).

Anche riguardo agli studi effettuati sulla differenza di genere, vi sono diverse divergenze. Alcuni studi indicano un rapporto 2 a 1 maschi-femmine, mentre altri riportano addirittura una netta prevalenza nei maschi con un rapporto di 5 a 1.

McGarth (2004), in una sua *review*, mostra come vi sia una prevalenza più alta nel sesso maschile rispetto a quello femminile.

Murray (2003) va più a fondo e sottolinea che nei maschi vi sono maggiori alterazioni neurologiche, una maggiore severità nel decorso, una maggiore compromissione a livello cognitivo e una più precoce manifestazione del disturbo.

Nonostante le malattie psichiatriche colpiscono trasversalmente i diversi livelli di stato socioeconomico, Kirkbride (2008) sostiene che la psicosi è una patologia riscontrata più frequentemente negli individui che fanno parte di un contesto socioeconomico relativamente basso. La malattia crea nelle persone affette una maggiore difficoltà nel poter svolgere i loro impegni occupazionali e lavorativi, rendendo perciò precaria la loro situazione economica. Questa situazione problematica crea un vortice dal quale è molto difficile uscirne.

Walsh (2006) mostra come vi sia un'importante relazione tra condotte violente e psicosi. Infatti le persone affette dalla malattia hanno, rispetto alla popolazione normale, molta più probabilità di adottare dei comportamenti violenti. Circa la metà di questi atti violenti vengono compiuti nei momenti di esordio della patologia (Carcione, 2012).

### 2.1.3 Eziologia

Le cause dell'esordio psicotico sono ancora oggi argomento di dibattito tra studiosi e ricercatori.

Il fattore genetico secondo uno studio di Gilmore (2010) è il rischio maggiore per sviluppare un disturbo psicotico. Il rischio genetico non è però sufficiente per spiegare la comparsa della malattia psicotica, subentrano perciò fattori sia biologici, psicologici e sociali (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2014).

Oltre alla suscettibilità genetica i soggetti nati con complicanze perinatali, come ipotetici danni avvenuti durante la vita uterina, stress materno, infezioni o complicanze come l'ipossia fetale e perinatale hanno un rischio maggiore di sviluppare un esordio psicotico. (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2014; Carcione, 2012; Popolo, 2013; Lalli, 1999).

Tra i fattori di rischio legati alla nascita, e non modificabili dal soggetto, troviamo l'elevata età di procreazione paterna e la stagione in cui si nasce (Carcione, 2012; *National Collaborating Centre for Mental Health*, 2014).

Secondo uno studio più approfondito, il rischio di sviluppare un disturbo psichico aumenta a partire da un'età paterna superiore ai 29 anni, per poi raggiungere un rischio ancora più grande se l'età paterna è superiore ai 49 anni. Vi è un rischio, anche se pur minore, se l'età paterna è inferiore ai 24 anni (Miller, 2011).

Una ricerca invece mette in evidenza come l'incidenza aumenta per i nati in inverno e primavera, rispetto alle persone nate nelle altre due stagioni (Davies, 2003).

Gli avvenimenti che possono causare una forte situazione di stress e considerarsi così come fattore di rischio per un esordio psicotico sono innumerevoli; molto dipende da come la persona affronta queste esperienze con cui si trova confrontato e le risorse che ha a disposizione (Lalli, 1999).

L'infanzia è un periodo della vita in cui se dovessero verificarsi episodi come un trauma cranico, processi infettivi, la mancanza di persone di riferimento con cui parlare, la separazione dei genitori, abusi fisici, psicologici e sessuali, essi andrebbero a favorire la comparsa della malattia (Popolo, 2013). Le violenze subite dal bambino interferiscono sulle sue prime esperienze, le quali vanno a costruire la percezione del sé (De Masi, 2009).

Durante l'adolescenza vi sono alcune situazioni di pericolo, come la discriminazione a scuola e l'essere vittima di episodi di bullismo. In questo periodo la condotta più a rischio è l'abuso di sostanze (Popolo, 2013). L'abuso di sostanze può contribuire all'insorgenza della malattia psicotica e all'esacerbazione della sintomatologia annessa a questo stato. A riguardo Rabinowitz e collaboratori (1998) hanno potuto verificare che, tra i pazienti al primo esordio psicotico, il 17,4% di uomini e il 6,2% di donne avevano un moderato e severo abuso di sostanze in corso, mentre ben il 58,5% degli uomini e il 31,8% delle donne avevano una diagnosi di abuso di sostanze (Popolo, 2013). L'abuso di sostanze crea inoltre un peggioramento della sintomatologia della malattia mentale (Hunt, 2013).

Il consumo di cannabis, specialmente nell'adolescenza, è secondo molti studi un fattore di rischio per la malattia psicotica (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2014, Zammit, 2010).

Non tutti gli studi riguardo al consumo di cannabis hanno portato dei risultati univoci. Per alcuni ricercatori l'utilizzo di cannabis è uno dei fattori predittivi rispetto alla transazione psicotica, al contrario altri non riscontrano questa associazione (Carcione, 2012).

In uno studio più recente (Schubart, 2011) si evidenzia come solo alcuni principi attivi, non presenti in tutte le formulazioni di cannabis, determinano un aumento del rischio (Carcione, 2012).

Difficile dire se la cannabis sia una causa diretta di eventi psicotici, oggi vi sono pareri e studi ancora troppo discordanti (Rathbone, 2008). Molto dipende dalle dosi e dalle condizioni d'uso della droga, dall'età e dalla personalità del soggetto; sicuramente è però una concausa (Giberti, 2005).

In tal senso anche altre ricerche riguardo alcuni fattori di rischio dell'esordio psicotico, come le complicanze ostetriche, hanno portato a risultati contrastanti (Carcione, 2012).

In età adulta i fattori che possono indurre all'esordio psicotico sono la solitudine, la mancanza di relazioni affettive, un lutto, una separazione dal partner, l'esclusione sociale e la discrepanza tra aspettative e realizzazione delle stesse (Popolo, 2013; Lalli 1999).

Le difficili situazioni sociali sono un altro fattore di rischio per l'insorgenza della malattia psicotica a causa della costante presenza di eventi stressogeni (Carcione, 2012; Häfner, 2002).

Le risorse della struttura sociale in cui il soggetto vive condizionano lo sviluppo della psicosi; ad esempio il rischio aumenta se si vive nei grandi centri urbani (isolamento sociale, esposizione all'inquinamento, stile di vita, relazione con gli altri, e disparità socioeconomiche) (Popolo, 2013).

Individui con un'istruzione bassa e con un'occupazione modesta sono più vulnerabili a situazioni di stress. Infatti, gli eventi stressanti della vita sembrerebbero avere un impatto maggiore sugli individui appartenenti alle classi sociali più basse (Giberti, 2005).

La povertà è sovente collegata a un basso livello d'istruzione e infatti anche quest'ultimo è da considerarsi un elemento che potrebbe facilitare la comparsa della malattia (Carcione, 2012; *The British Psychological Society*, 2014). Essi non devono per forza essere correlati tra loro, ma la presenza di due o più fattori di rischio aumentano il rischio totale di sviluppare un episodio di psicosi (Zammit, 2010).

Degli studi dimostrano come fra le popolazioni migranti vi sia una maggiore vulnerabilità a causa dei fattori di stress connessi alla migrazione (Popolo, 2013). La situazione di stress è dettata sia dal distacco dall'alveo culturale tradizionale, sia dal confronto con la nuova cultura e le sue nuove regole (Lalli, 1999).

Viene data sempre più importanza agli eventi socio-ambientali, i quali sarebbero fondamentali nel determinare lo sviluppo o meno della psicosi (Popolo, 2013).

Il risultato è che le persone diventano più vulnerabili in presenza di alcuni di questi fattori di rischio, senza tener conto se vi sia o meno una predisposizione genetica (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2014).

Non esiste una relazione semplicistica di causa-effetto, ma vi è una forte influenza da parte degli eventi della vita sul benessere psichico della persona.

Secondo dei recenti studi gli eventi esterni non sono sufficienti a causare dei disturbi mentali, ma vi è una combinazione tra fattori genetici ed esperienziali. La teoria della vulnerabilità infatti presuppone che il rischio di malattia sia strettamente correlato a fattori come l'accudimento infantile, i disturbi fisici, gli stress psicologici, le caratteristiche genetiche, oltreché dai fattori sociali di stress.

Ogni individuo ha una propria soglia di vulnerabilità e la concomitanza di fattori biologici, psicologici e sociali lo porta all'esordio psicotico (Giberti, 2005).

Vi sono vari modelli patofisiologici per quanto riguarda la relazione tra il deficit cognitivo e la malattia psicotica. Uno dei più accreditati sostiene che l'esordio della malattia sia influenzato da una sorta di lesione cerebrale, pre- o peri-natale, che è presente in forma

latente prima della comparsa dei sintomi della malattia. Questa lesione latente renderebbe il sistema nervoso centrale più vulnerabile a eventi traumatici, i quali, interagendo con altri fattori come quelli ambientali, lo stress e l'utilizzo di sostanze, metterebbero le basi per lo sviluppo di un esordio psicotico. In questo modo si suppone che l'alterazione del neurosviluppo, causata da una perdita di neuroni e di una scarsa funzionalità di connettività in regione prefrontale, associata ad altri fattori, sia la causa del deficit psicologico (Carcione, 2012).

Da tutti questi studi si evidenzia come l'eziopatogenesi delle psicosi comprenda fattori biologici, sociali, traumatici, condotte pericolose e aspetti relazionali affettivi (Popolo, 2013).

Come visto i fattori sono molti e l'individuo nel suo ambiente è sottoposto a una continua pressione emotiva, a cambiamenti culturali e pressioni sociali, da cui derivano delle situazioni di stress talvolta difficili da gestire.

Indagare e scoprire quali fattori di vulnerabilità influenzano il paziente al primo esordio psicotico ci può permettere di intervenire precocemente, cercando di limitarli e modificando così la storia di malattia. Tuttavia, ciò non è affatto semplice, in quanto, come visto in precedenza, ogni fattore interagisce in modo complesso con gli altri. Per questo motivo sarà necessario l'intervento di diverse figure professionali capaci di garantire una tipologia d'intervento interdisciplinare.

Tenendo conto delle ricerche da me effettuate, posso concludere affermando che i dati di letteratura sono spesso confusivi e non sempre vi è una spiegazione chiara ed esaustiva. Vi è una concomitanza di fattori che nel corso della vita dell'individuo interagendo tra loro influiscono aumentando il rischio di comparsa dell'esordio psicotico. Più che una causa vera e propria, si può definire un'ipotesi eziologica multifattoriale.

Riporto qui sotto uno stralcio del libro intitolato "*Nascere alla follia*", in cui l'autore Henri Grivois spiega, attraverso una sorta di metafora, le cause dell'esordio psicotico, definendolo come "*un delicato gioco tra fantasma e realtà*".

*Ciascuno di noi è quindi sempre esposto all'esperienza del dolore mentale (...) Esiste però la possibilità di tollerare questo dolore mentale, sia semplicemente rimuovendolo, sia poi, dopo che in questo modo lo si è contenuto e distanziato, eventualmente ripensandolo e apprendendo da esso. La realtà esterna e il fantasma interno rimangono quindi in dialogo, senza mai sopraffarsi a vicenda. Esiste però invece la possibilità che i punti deboli interni toccati da nuovi incontri che li fanno riemergere (...) siano talmente fragili o sofferenti da suscitare un dolore mentale insopportabile, impossibile da rimuovere e quindi impossibile da inserire in quella distanza che lo rende eventualmente pensabile. È in questo caso che può prodursi l'evento psicotico (...) poiché, dolente e urlante, il fantasma interno può debordare (...) utilizza il proprio esplodere per allontanare la realtà esterna, per scavalcarla e denegarla. (...) I due poli si mescolano troppo e a quel punto ogni incontro con l'esterno, per quanto venga fuggito, rievoca sempre, facendoli esplodere, fantasma e dolori interni, creando un vissuto schiacciante di invasione, di pressione, di allagamento la cui fonte è a quel punto indiscernibilmente interna ed esterna. (Grivois, 2002)*

#### **2.1.4 Il decorso e la sintomatologia**

La psicosi nasce molto prima delle manifestazioni cliniche conclamate e tendenzialmente il suo processo è inarrestabile. Sono presenti alterazioni della percezione di sé e fenomeni che interessano la percezione visiva, uditiva o il pensiero (De Masi, 2006).

Come visto in precedenza i disturbi psichici esordiscono più frequentemente in età tardo adolescenziale e giovanile, impedendo di fatto un completo sviluppo dell'adolescente. Il mancato raggiungimento delle "tappe" relative alle competenze sociali e cognitive, rende l'individuo precocemente disabile e i disturbi psichici impediscono così all'adolescente di maturare un "ruolo" nella società.

L'esordio psicotico può essere un evento particolarmente confuso e traumatico per la persona e la sua famiglia e una mancanza di consapevolezza della malattia spesso porta a una ricerca d'aiuto tardiva.

La psicosi è caratterizzata dalla presenza di sintomi che la persona percepisce come novità, ossia sintomi positivi, come il delirio, le allucinazioni, disturbi catatonici, disturbi formali e del pensiero e il linguaggio disorganizzato. Vi è una perdita del contatto con la realtà e spesso è presente anche una mancanza di coscienza della malattia. Accanto a ciò hanno una certa rilevanza anche i sintomi negativi, caratterizzati da una diminuzione evidente delle funzioni psicologiche di base del soggetto. In questo caso vi è una diminuzione principalmente della produzione linguistica, dell'iniziativa autonoma di attività, della concentrazione, dell'attenzione, della partecipazione ed espressione affettiva (Carcione, 2012).

Per descrivere i fenomeni mentali, i curanti si basano su segni e sintomi che a loro volta andranno a definire se sia presente un processo patologico, ossia il disturbo.

Il "segno" è un fenomeno oggettivo osservabile dagli specialisti della cura, indice di un processo patologico.

Al contrario, i sintomi sono dei fenomeni soggettivi che il paziente avverte, come ad esempio l'umore depresso o la mancanza di energia. In psichiatria i sintomi, a differenza della medicina, necessitano un collegamento al disturbo grazie ad una "comprensione psicologica", assumendo così dei significati diversi a dipendenza dei quadri teorici di riferimento e dei vissuti del paziente.

Il sintomo rappresenta inoltre non solo la sofferenza, ma anche una sorta di difesa, una protezione. Risulta importante quindi trovare il senso dei sintomi, ai fini di poter allestire un progetto di cura idoneo e individualizzato alla persona, tenendo conto della sua complessità ed unicità.

Essi sono perciò manifestazione di un disturbo, il quale potrebbe essere identificato come un'alterazione, sofferenza, a carico dei processi biologici, della comunicazione intrapsichica del mondo interno del soggetto e delle comunicazioni e relazioni interpersonali e socioculturali necessarie all'adattamento del soggetto al mondo esterno. Queste ultime sono alterate praticamente in tutti i disturbi e sono quelle che richiedono una maggior attenzione negli interventi di riabilitazione.

I disturbi provocano un'alterazione per quel che riguarda il funzionamento sociale e lavorativo del soggetto e dei segni e sintomi presenti, che progrediscono in concomitanza (Fassino, 2007).

Vi è perciò un disagio clinicamente significativo, oppure è presente una compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (DSM-5).

Il decorso delle psicosi si può dividere in quattro fasi principali: fase premorbosa, fase prodromica, fase acuta e fase residuale oppure di remissione.

La fase premorbosa è caratterizzata dalla presenza di fattori di rischio, ma non ci sono segni psicopatologici.

La seconda fase è quella prodromica, che indica la presenza di sintomi precoci che precedono le manifestazioni caratteristiche di una patologia acuta. Le fasi prodromiche possono variare da qualche settimana, fino anche a più di dieci anni (Carcione, 2012).



Secondo alcuni studi la durata media della fase prodromica prima del primo episodio psicotico è di circa cinque-sei anni (Schultze-Lutter, 2010).

Il primo episodio psicotico è quindi preceduto da una fase premorbosa e da una fase prodromica e i primi segni di rischio per un esordio psicotico sono secondo Carcione (2012):

- Difficoltà scolastiche o lavorative
- Difficoltà concentrazione
- Sospettosità, sfiducia
- Idee inusuali, pensieri e comportamenti bizzarri
- Cambiamento modo di percepire le cose e i suoni
- Ritiro sociale, isolamento
- Emozioni disregolate
- Sentimenti depressivi, ansia
- Ritiro amicizie e legami familiari
- Aumentata sensibilità sensoriale
- Declino cura di sé, igiene
- Confusione rispetto propria identità
- Mancato controllo sui propri pensieri o idee

La fase seguente è quella acuta dove sono espressi i sintomi positivi (Carcione, 2012).

Il delirio, le allucinazioni, l'eloquio disorganizzato e il comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico sono dei sintomi positivi spesso presenti nel disturbo psicotico. Più precisamente, per essere definito tale, devono essere presenti uno o più dei quattro sintomi elencati e almeno uno deve essere tra i primi tre (DSM-5).

Il delirio è spesso presente ed è una falsa convinzione, irreali e con carattere di convinzione assoluta, come ad esempio il delirio di persecuzione.

Le allucinazioni sono delle percezioni senza stimolo esterno, che hanno però delle qualità paragonabili a delle percezioni sensoriali vere. Le allucinazioni acustiche, sono considerate tra le più frequenti, mentre le allucinazioni visive sono per lo più presenti in giovani ragazzi.

Tra i sintomi positivi ci sono i disturbi formali del pensiero, che rendono le espressioni difficilmente comprensibili. Questa disorganizzazione dei processi di pensiero, possono creare delle situazioni d'incoerenza, insalata di parole o neologismi.

Da ultimo può essere presente una sintomatologia disorganizzata, catatonica; l'attività motoria è disorganizzata, in eccesso oppure mancante. Manierismi, imitazioni automatiche dei movimenti, assenza di movimento o reazioni (stupor catatonico), oppure uno stato di eccitamento psicomotorio senza ragione, sono solo alcuni dei sintomi che il paziente potrebbe avere.

Il ritardo della richiesta di aiuto in questa fase è spesso dovuto allo sviluppo della sintomatologia positiva che provoca una perdita del contatto con la realtà.

Con l'attenuazione della sintomatologia positiva si passa alla fase residuale, nella quale i sintomi negativi acquistano importanza.

Tra i sintomi negativi l'appiattimento affettivo porta a una riduzione dell'espressione, i sentimenti non vengono quasi più espressi e le reazioni emotive sono limitate. I sentimenti positivi inoltre non vengono quasi più percepiti (anedonia).

L'individuo mostra una perdita dell'iniziativa, dell'energia, della capacità di prendere iniziativa e decisioni (avolizione); perfino le attività più semplici appaiono troppo difficili da concretizzare, per cui sovente non vengono nemmeno iniziate.

Vi è un impoverimento del linguaggio e una riduzione sia nel contenuto, sia nel flusso che nella quantità di linguaggio spontaneo.

Infine il pensiero astratto con i suoi contenuti vengono presi alla lettera, il concretismo è perciò un sintomo negativo. A questo va accompagnata anche la difficoltà a concentrarsi, o a elaborare degli stimoli in modo adeguato, che può portare a confusione e frammentazione del corso del pensiero (Carcione, 2012).

Hafner (2003) ha provato a elencare i dieci sintomi che sono riportati più spesso dai pazienti al loro esordio psicotico:

- Irrequietezza
- Depressione del tono dell'umore
- Ansia
- Disturbi del pensiero e della concentrazione
- Preoccupazioni eccessive e/o bizzarre
- Riduzione dell'autostima
- Mancanza di energia, lentezza
- Riduzione delle performance lavorative
- Ritiro sociale
- Difficoltà nelle relazioni interpersonali

(De Rosa, 2010)

I sintomi positivi e negativi hanno un impatto sulla vita quotidiana del paziente, in quanto compromettono la vita di relazione, sia dal punto di vista familiare che sociale; creano disturbi emotivi, come l'ansia e la depressione, che inoltre aumentano il rischio suicidario; spingono all'abuso di sostanze e a comportamenti aggressivi (Popolo, 2013).

Una volta la sintomatologia negativa era vista come quella primaria, mentre oggi gioca un ruolo secondario, poiché è la sintomatologia positiva la vera sintomatologia dominante (Carcione, 2012).

Non bisogna scordare che le possibili ricadute possono essere presenti sia dopo una remissione parziale che anche dopo una remissione completa.

Spesso perciò non si parla di "guarigione", ma bensì di "*Recovery*". L'espressione "*Recovery*", accanto alla regressione della sintomatologia, indica il miglioramento del funzionamento psicosociale del paziente. Il paziente è più stabile, ha acquisito una migliore integrazione sociale e delle efficaci strategie di *coping*, riuscendo così a gestire la quotidianità "normalmente" (Carcione, 2012).

## 2.2 Trattamento

### 2.2.1. Premessa

In questo capitolo ho deciso di presentare i diversi trattamenti suddividendoli in base alle fasi dell'assistenza che si presentano dopo un ricovero in ambito protetto: la fase dell'ammissione, della degenza e il momento che precede la dimissione vera e propria che chiamerò fase della pre-dimissione. In questo modo, tenendo conto del decorso della malattia e della sua sintomatologia, cercherò di mettere in evidenza quali trattamenti hanno maggior importanza in queste tre fasi del percorso di cura del paziente. Mi preme sottolineare che questo è solo un modo per far comprendere meglio e per suddividere i numerosi trattamenti infermieristici che vengono citati in letteratura, ma che, come detto in precedenza, tutti gli interventi sono complementari e imprescindibili tra loro. Inoltre, l'unicità e la complessità della persona che necessita di cure modifica significativamente il nostro tipo di approccio curativo.

### 2.2.2 Fase dell'ammissione

Come premessa bisogna ricordare che spesso il malato può presentare delle problematiche riguardanti le sfere bio, psico e sociale. Il paziente, quasi nella totalità dei casi, in questa fase, a causa di una sintomatologia produttiva spesso di carattere persecutorio, non ha coscienza di malattia, per cui l'alleanza terapeutica, la *compliance* e l'aderenza sono spesso condizionate. Inoltre potrebbe avere delle reazioni aggressive, causate da un'angoscia di fondo e da un senso di minaccia che lo pervade. È importante acquisire tutte le informazioni possibili dal paziente, dai parenti e dalle persone con cui egli è entrato in contatto, come ad esempio figure professionali (De Rosa, 2010). Il coinvolgimento della famiglia nella fase precoce del trattamento favorisce un clima di supporto intorno al paziente, oltre che aumentare la sua *compliance* al trattamento farmacologico (Popolo, 2013).

Ai nostri occhi il paziente potrebbe risultare trascurato fisicamente, a causa della scarsa igiene e dell'alimentazione non corretta. Per la sfera sociale invece ci accorgeremo che le dinamiche familiari potrebbero essere molto conflittuali. Queste problematiche possono essere differenti a dipendenza della presenza o meno di allucinazioni e deliri (Chiesa, SUPSI).

Bisogna considerare che alcuni pazienti potrebbero essere riluttanti a esporre i propri sintomi psicotici, proprio per evitare il ricovero. È tutt'altro che raro che i sintomi stessi appartengano alla dimensione affettiva o a quella negativa; anche in questo senso gli specialisti della cura potrebbero essere tratti in inganno (De Rosa, 2010).

L'accoglienza, il contenimento emotivo, il rispetto e l'attenzione al corpo dello psicotico sono alcuni degli interventi necessari da attuare in fase acuta. Questi interventi sono alla base per poter acquisire una certa fiducia, che ci può aprire un varco per stabilire un contatto che a sua volta servirà per creare un'alleanza terapeutica. Attraverso la relazione bisognerebbe cercare di orientare il paziente verso la realtà, ma senza mettere in discussione i suoi contenuti deliranti. Nella fase acuta gli interventi essenziali come visto si giocano molto sul piano relazionale, accompagnati anche da una buona copertura farmacologica (Chiesa, SUPSI).

Il trattamento farmacologico deve essere individualizzato e personalizzato, in base alla valutazione psichiatrica, medica e psicosociale.

Oltre che informare il paziente sui farmaci utilizzati e offrire la possibilità di chiarimenti in merito, è importante che i curanti valutino accuratamente a intervalli regolari l'effetto che essi hanno sulla persona. Solitamente si inizia con basse dosi di antipsicotici atipici, fino ad arrivare alla dose minima efficace. Se il paziente presenta solo sintomi psicotici, l'antipsicotico viene accompagnato dalle benzodiazepine a lunga emivita, che controllano eventuali episodi di agitazione e comportamenti aggressivi. Quando i sintomi psicotici sono accompagnati da quelli depressivi allora l'antidepressivo viene preferito alle benzodiazepine (De Rosa, 2010).

Come detto in precedenza gli antipsicotici atipici, o chiamati anche di seconda generazione, sono considerati la prima scelta nel trattamento del primo episodio psicotico. Essi sono efficaci nel trattamento della fase acuta e nella prevenzione delle ricadute, ma hanno un minor rischio di effetti collaterali extrapiramidali rispetto agli antipsicotici di prima generazione (tipici).

I farmaci atipici hanno alcuni effetti collaterali che spesso nei giovani pazienti ostacolano l'aderenza terapeutica. L'aumento di peso e l'elevazione della prolattina con disfunzioni nella sfera sessuale sono due degli effetti collaterali che più incidono sull'assunzione costante della terapia farmacologica nei giovani pazienti (De Rosa, 2010).

Dal punto di vista farmacologico i pazienti al primo esordio psicotico, rispetto a chi ha già avuto in precedenza altre esperienze psicotiche, hanno una miglior risposta al trattamento, ma anche una maggior sensibilità in termini di effetti collaterali (Remington, 1998). La scelta farmacologica risulta talvolta difficile e influenzata dalle patologie fisiche di base che il paziente presenta. Vi è infatti una stretta relazione tra disturbi mentali e malattie fisiche che spesso, oltre che a coesistere, contribuiscono a determinarsi e complicarsi vicendevolmente. Perciò oltre che a individuare il farmaco più adatto non bisogna dimenticare che la polifarmacologia, a cui questi pazienti sono frequentemente sottoposti, può esporre a rischiose interazioni farmacologiche (De Rosa, 2010). La terapia farmacologica nei giovani pazienti richiede un'accurata scelta della tipologia del farmaco, in quanto l'età stessa implica alcuni comportamenti a rischio che possono condurre all'autosomministrazione e all'abuso. Per questo motivo è importante educare e responsabilizzare il giovane e la famiglia, spiegando le proprietà del farmaco, la sicurezza, l'efficacia e i possibili effetti collaterali. Il rapporto tra la tollerabilità del farmaco e la sua efficacia va valutato con molta cura.

Bisognerebbe inoltre non utilizzare solo i farmaci per controllare o eliminare comportamenti problematici, ma bensì istruire ed educare, trovando strategie terapeutiche sicuramente più lunghe e difficili, ma utili per il benessere del paziente (Giberti, 2005).

I principali obiettivi di un trattamento psicofarmacologico sono:

- Velocizzare la remissione sintomatologica.
- Prevenire le ricadute e le resistenze ai trattamenti.
- Evitare collateralità interferenti con la *compliance* a medio-lungo termine.
- Migliorare le funzioni cognitive o almeno non interferire negativamente con esse.
- Evitare il rischio di episodi depressivi sovrapposti o susseguenti all'esordio psicotico

(De Rosa, 2010)

La percentuale di pazienti in remissione entro i 2-3 mesi dall'inizio del trattamento è di oltre il 70% e a 1 anno si arriva a toccare l' 80-85% (Lieberman, 1996); solo però il 10-15% hanno una remissione stabile a lungo termine (Gitlin, 2001).

Interventi mirati alla motivazione facilitano una buona alleanza terapeutica e quindi prevengono le ricadute.

Da quest'ultima affermazione possiamo dire che il trattamento farmacologico non può fare a meno di essere supportato da interventi che gestiscono gli aspetti sociali e familiari (Popolo, 2013).

Bisogna tener conto inoltre, che ogni intervento nelle fasi iniziali della malattia, se effettuato tempestivamente, può cambiare la storia della malattia, migliorando la prognosi a lungo termine (Murphy, 2011; Singh, 2010). Purtroppo però lo stigma, il pessimismo, il silenzio che circondano i malati e una conseguente incapacità di investire in ciò, spesso ostacolano gli interventi precoci (McGorry, 2008).

### **2.2.3 Fase della degenza**

Innanzitutto va detto che questa fase ha una durata estremamente differente da individuo a individuo per le molteplici variabili in gioco presenti nella patologia psicotica. Si può affermare che un accesso alle cure tempestivo e una diagnosi precoce incidono in modo positivo sul paziente, migliorando la prognosi e diminuendo così la durata della degenza (De Rosa, 2010, Popolo, 2013). In questa fase di solito ci aspettiamo di vedere un paziente che dal punto di vista della sintomatologia sia compensato. Questa fase è estremamente delicata perché mette in evidenza le sue incertezze sul futuro, spesso infatti sono presenti problematiche sociali, famigliari e occupazionali.

Sarà importante effettuare degli interventi di prevenzione terziaria che mirano alla riabilitazione, cercando di prevenire o limitare le ricadute, al fine di migliorare la qualità di vita della persona malata.

La riacquisizione delle proprie abilità, il controllo delle recidive e il reinserimento sociale inteso come reinserimento familiare, abitativo, formativo, ricreativo, lavorativo e relazionale, sono attività che permettono all'utente di vivere meglio.

Importante è fin da subito cercare insieme al paziente delle risorse in tutte le sfere; esse rappresentano un fattore di protezione importante per prevenire le ricadute (Chiesa, SUPSI). I pazienti psicotici al primo esordio hanno già diverse analogie con i pazienti psichiatrici "conclamati", i quali sono spesso dei soggetti con scarse risorse personali, candidati alla marginalità e all'isolamento. Sempre di più si cerca di sostenerli anche in ambito sociale, vale a dire offrendo a loro dei trattamenti riabilitativi, finalizzati all'integrazione nella comunità. Ciò può avvenire attraverso attività concrete che danno la possibilità al paziente di sviluppare le capacità sociali compromesse. Infatti, la riabilitazione aiuta l'individuo a sviluppare e utilizzare le proprie risorse, cercando di permettergli di vivere in un ambiente non medicalizzato a un livello sociale e occupazionale simile a quello degli altri adulti nella comunità. La riabilitazione ha come obiettivo anche quello di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità (Fassino, 2007). Essa vuole mettere nella condizione il paziente di vivere nella maggior indipendenza possibile. Le aree su cui si basano la maggior parte dei modelli riabilitativi sono la cura personale, l'abitazione, il lavoro, i legami affettivi e l'ambito sociale e ricreativo. In ognuna di queste aree l'adesione da parte del paziente risulta fondamentale, infatti senza l'interesse del paziente ogni attività riabilitativa è destinata ad avere un esito negativo. L'adesione è facilitata se gli obiettivi vengono condivisi con l'utente.

Per una buona riabilitazione bisogna mantenere una certa continuità in ciò che si fa, valutare costantemente in che modo vien fatto e soprattutto attribuire il giusto carico di responsabilità in base alle sue capacità, incentivando e supportando moralmente il paziente. (Chiesa, SUPSI)

L'area del funzionamento sociale è forse la più importante, poiché include relazioni sociali, lavoro, piacere, qualità di vita e carico familiare.

È necessario valutare la disabilità del paziente, intesa come incapacità nello svolgere le attività legate ai ruoli sociali che ci si aspetterebbe vengano svolte, come ad esempio lavorare, mantenere una casa e vivere autonomamente. Bisogna confrontare le disfunzioni del ruolo familiare e sociale prima e dopo l'insorgenza del disturbo psicotico, prendendo dunque in considerazione le competenze preesistenti.

Come detto in precedenza durante la riabilitazione è importante mettere il focus non sulla malattia, ma sulle risorse del malato.

Secondo Fassino (2007) gli obiettivi dell'intervento riabilitativo sono:

- Il conseguimento dell'autonomia e delle capacità di espressione al massimo livello possibile.
- L'acquisizione di modelli di comportamento reciprocamente tollerabili da parte dell'individuo e dell'ambiente in cui è situato.
- La collocazione di tali processi nell'esistenza concreta dell'individuo.

Bisogna aiutare il paziente a interagire con un ambiente stressante, utilizzando le risorse a disposizione, al fine di ridurre gli stress potenziali.

Importante è anche focalizzarsi sulle parti forti del paziente, per aumentare l'autostima e la speranza di miglioramento.

L'esito che si vuole ottenere attraverso il trattamento va scelto in base ai bisogni del paziente e concordato con lui stesso, al fine di renderlo attivo nel suo percorso di cura e

anche per motivazioni etiche (Fassino, 2007). Si può affermare che da una definizione di obiettivi concreti e dalla loro delimitazione, accompagnati da un supporto ambientale e psicologico spesso ne derivano dei buoni effetti riabilitativi (Lalli, 1999).

Durante la degenza bisogna mantenere un buon contatto con la rete formale e informale del paziente, in modo tale da poter collaborare con i servizi sul territorio e i famigliari, avendo come obiettivo la costruzione di un percorso riabilitativo valido.

Laddove non c'è una rete, sarà importante crearla nel minor tempo possibile, evitando così che il paziente allunghi inutilmente la propria degenza (Chiesa, SUPSI).

La rete ricopre un ruolo fondamentale e ogni trattamento che non tiene conto delle persone con cui il paziente vive e dei rapporti che esso ha con le altre persone significative che fanno parte della sua vita, è destinato a fallire. Per questo motivo è importante offrire anche un adeguato sostegno alla famiglia, intervenendo così anche sul nucleo familiare (Giberti, 2005).

I parenti influenzano il comportamento del paziente, bisogna evitare che essi trasmettano le loro ansie e tensioni agli utenti, poiché ciò andrebbe a incrementare i fattori di rischio.

Il coinvolgimento attivo dei familiari, oltre che a correggere le loro eventuali convinzioni errate sulla psicosi, dovrebbe fare in modo che vengano istruiti a comunicare in modo chiaro e diretto con il paziente (Popolo, 2013). Interventi di psicoeducazione, basati su uno scambio di informazioni, diminuiscono il rischio di *burn out* dei famigliari (Chiesa, SUPSI).

Potrebbe succedere che il paziente non voglia coinvolgere la famiglia nel suo percorso di cura. Dopo aver indagato sui motivi e avendo spiegato al paziente l'importanza che ne deriva dal loro coinvolgimento, si potrebbe optare per garantire ai familiari un supporto psicoeducativo, ma con appuntamenti distinti.

La famiglia svolge perciò un ruolo di alleato nel trattamento e gli interventi dovrebbero essere rivolti soprattutto per quel che riguarda la promozione di competenze già preesistenti all'interno del contesto familiare (Garety, 2008).

I parenti sono spesso esasperati e i rapporti dalle due parti sono molte volte contraddistinti da una forte ambivalenza. Essi sono propensi a essere ipercritici e ostili nei confronti del paziente psicotico. Queste situazioni sono terreno fertile per l'aumento del rischio di ricadute, indi per cui intervenire sostenendo i famigliari risulta essere di fondamentale importanza sia per loro, ma soprattutto per il malato (Chiesa, SUPSI). Per questo bisogna ricordare loro che devono incoraggiare positivamente il malato rispetto ai suoi progressi, magari dandogli *feed-back* positivi (Popolo, 2013).

Sulla famiglia viene fatto un intervento psicoeducativo, facendo comprendere la malattia e il ruolo che ha il trattamento farmacologico sulla riduzione del rischio delle ricadute (Carcione, 2012).

Riuscire a instaurare un buon aggancio con la famiglia e con la rete sociale di supporto sarà la base per poter costruire una valida collaborazione terapeutica, che ridurrà la probabilità di recidive della malattia (Popolo, 2013; Garety, 2008).

Nella fase della degenza dove il trattamento farmacologico è già iniziato e vi è una stabilizzazione della sintomatologia, la psicoterapia cognitivo-comportamentale serve ai pazienti per riuscire a valutare razionalmente le proprie esperienze psicotiche e ha come obiettivo quello di ridurre maggiormente la sintomatologia e prevenire le ricadute (Carcione, 2012). Nel caso in cui vi siano sintomi resistenti al trattamento, piuttosto che aumentare la dose di antipsicotico, si può optare per un ciclo di psicoterapia cognitivo-comportamentale. L'aggancio, le informazioni, la psicoeducazione, la promozione dell'"adattamento" alla malattia, lo sviluppo di adeguate modalità di *coping*, le tecniche

per affrontare i deliri o i disturbi uditivi e le strategie per prevenire le ricadute, sono i momenti essenziali di questa psicoterapia (De Rosa, 2010).

Spesso i pazienti presentano anche problemi cognitivi, i quali possono influire in modo significativo sull'esito dei trattamenti psicosociali. La riabilitazione cognitiva viene effettuata utilizzando delle strategie finalizzate al potenziamento dell'attenzione, della memoria di lavoro, della flessibilità cognitiva, della pianificazione e delle funzioni esecutive. Questi interventi di riabilitazione cognitiva permettono di ottenere dei miglioramenti sul funzionamento globale solo se associati a un programma di riabilitazione psicosociale e spesso hanno maggior beneficio se i pazienti sono giovani, poiché meno compromessi dalla durata della malattia (Carcione, 2012; Popolo, 2013).

Il trattamento psicoterapico può risultare insufficiente se il paziente non instaura relazioni con adulti e coetanei, oltre che con il terapeuta (Giberti, 2005). Nella psicoeducazione il coinvolgimento della famiglia con la conseguente spiegazione della malattia, dei sintomi, delle cause, del decorso e del trattamento, aiutano il paziente a ridurre i vissuti emotivamente dolorosi e lo spingono ad una maggiore collaborazione con l'équipe curante (Popolo, 2013).

Ai genitori possono essere indicati degli accorgimenti educativi da mettere in atto, oltre che stabilire le modalità di partecipazione del figlio nella vita familiare (Giberti, 2005).

Oltre che a trattamenti individualizzati, è opportuno tener conto, se si ha a che fare con pazienti con difficoltà a tollerare la relazione a due e più propensi a confidarsi con i coetanei, la terapia di gruppo. Essa è utile anche con pazienti che sono particolarmente isolati, per i quali questa terapia può fornire loro un momento di socializzazione tra pari (Giberti, 2005). La terapia di gruppo va utilizzata in aggiunta e non come alternativa ai trattamenti individualizzati. Questo trattamento, oltre che offrire un sostegno e un'occasione per rielaborare la propria situazione ai pazienti, è un modo per condividere le informazioni utili alla comprensione della malattia e del percorso terapeutico che si vuole mettere in atto. La psicoterapia di gruppo aumenta anche l'autostima, favorisce la riduzione dei sintomi positivi e migliora la *compliance* al trattamento farmacologico. Gli interventi gruppal contrastano pure l'isolamento sociale, poiché in questi momenti il paziente migliora le sue abilità interpersonali, ossia gli aspetti relazionali e sociali.

Questo approccio terapeutico porta dei vantaggi anche dal punto di vista economico. Durante questi momenti sono diversi i soggetti che vengono coinvolti, ciò richiede così l'impiego di minor personale sanitario specializzato e una conseguente diminuzione dei costi della sanità pubblica (Popolo, 2013).

#### **2.2.4 Fase della pre-dimissione**

Il paziente in questa fase è ben compensato, dal punto di vista farmacologico solitamente il dosaggio è ben calibrato e l'utente non presenta particolari disturbi (per esempio eccessiva sedazione, eccetera) e vi è una remissione della sintomatologia produttiva (nella maggior parte dei casi totale). È quindi pronto per il rientro a casa, la maggior parte delle volte ritornando al proprio domicilio, talvolta invece presso una nuova collocazione abitativa. In tutti i casi ha le potenzialità di poter svolgere, in modo più autonomo possibile, un ruolo attivo all'interno della società che gli dia soddisfazione.

Alla dimissione è particolarmente importante verificare che l'utente abbia una strutturazione della giornata, un'occupazione, in quanto riduce il rischio di isolamento sociale, aumenta l'autostima e garantisce un'indipendenza economica.

Bisogna favorire l'accesso del paziente al mondo del lavoro attraverso una collaborazione interdisciplinare tra le figure che mirano al benessere del paziente. Il

supporto consiste ad esempio nello sviluppare un programma individualizzato di formazione al lavoro, impiegare il paziente in lavori transitori o protetti oppure identificare persone di riferimento per valutare i progressi nell'ambito lavorativo (De Rosa, 2010).

Se si riesce ad assicurare all'utenza un'assistenza costante nelle attività della vita quotidiana, è più facile poter rivalutare i loro bisogni oppure accorgersi se il paziente non aderisce alla terapia.

Nella fase della pre-dimissione i curanti dovrebbero essere riusciti a fare accettare la terapia proposta in termini di progetto terapeutico, ad aver messo le basi per una condivisione degli obiettivi e che il paziente sia motivato.

Per aderenza infatti si intende un:

*Coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione del trattamento elaborando un consenso basato sull'accordo.* (Meyers, 1998)

Nella *compliance* invece il comportamento della persona coincide con le raccomandazioni del curante, ma il paziente svolge un ruolo passivo, al contrario nell'aderenza vi è un coinvolgimento attivo e collaborativo (Andrews, 2004).

Una scarsa aderenza terapeutica è la principale causa di un mancato miglioramento clinico del paziente. Con il tempo si possono addirittura avere delle complicanze gravi come l'insorgenza del rischio suicidio, tendenza all'abuso di sostanze, aumento mortalità associata ad altre cause e aumenta il rischio di ospedalizzazioni. Tutti questi fattori comportano una riduzione del funzionamento psicosociale e la qualità di vita del paziente subisce un netto peggioramento (De Rosa, 2010)

La non-aderenza può essere suddivisa in primaria o secondaria; primaria quando i pazienti non incominciano il trattamento, secondaria invece quando vi è un'interruzione di un trattamento, ed è la forma più frequente (Sabatè, 2003)

La secondaria può essere ulteriormente suddivisa in sporadica, involontaria e ragionata. La sporadica è una delle forme più comuni, legata alla distrazione del paziente o a uno stile di vita poco regolare. Quella involontaria si presenta quando i pazienti non assumono i farmaci perché non comprendono appieno il regime terapeutico prescritto. La non-aderenza involontaria può incidere notevolmente sull'*outcome* complessivo del trattamento. Infine la non-aderenza ragionata si presenta quando i pazienti riducono volontariamente le dosi dei farmaci, interrompono l'assunzione o non iniziano il trattamento (D'Angelo, SUPSI).

La non-aderenza al trattamento è condizionata da fattori legati al paziente, alla malattia, all'ambiente, al tipo di terapia e al rapporto tra medico e paziente.

Nei giovani pazienti e negli anziani la mancata aderenza è maggiore, poiché nei primi sovente vi è una mancata accettazione della malattia, mentre nei secondi è legato più a un deficit della memoria.

Uno dei fattori che influenza la non-aderenza è quello socio-economico, ossia la povertà, il basso livello d'istruzione, il costo delle medicine, la disgregazione familiare e la mancanza di un adeguato supporto sociale. Vi sono fattori legati al sistema sanitario, come la scarsa preparazione degli operatori sanitari, la difficoltà a reperire i farmaci a causa di una scadente distribuzione e la scarsa capacità di fornire informazioni al paziente. Possono esserci dei fattori legati alla patologia, come il livello di disabilità fisica, psicologica, sociale, lavorativa e la mancanza di consapevolezza. Esistono fattori legati alla terapia: la complessità, la durata, i precedenti fallimenti, le modifiche delle prescrizioni, la terapia che non ha effetto rapido e gli effetti collaterali. Infine incidono anche i fattori legati al paziente, le sue convinzioni, le risorse, gli atteggiamenti, le



aspettative, le percezioni, lo stress, la scarsa motivazione, l'uso droghe e la negazione della malattia.

L'informazione, l'ascolto e il dialogo chiaro con il paziente sono fondamentali per poter creare la base per una buona alleanza terapeutica. Per questo è necessario valutare l'aderenza terapeutica costantemente, attraverso dei colloqui in cui oltre che analizzare globalmente la situazione, bisogna individuare con l'aiuto del paziente le difficoltà che ha riscontrato, in modo da poter apportare degli accorgimenti.

L'aderenza è migliore inoltre se il paziente vive in un ambiente comprensivo, dove è presente un sostegno sociale e un coinvolgimento familiare (De Rosa, 2010).

Per promuovere l'aderenza si potrebbero adattare una serie d'interventi come la promozione all'autocura, un intervento educativo personalizzato, rinforzare positivamente il paziente rispetto ai suoi sforzi, fornire informazioni sui progressi, rendere facilmente disponibili le risorse e garantire una continuità delle cure (D'Angelo, SUPSI). Sicuramente l'*empowerment* in questo caso ricopre un ruolo fondamentale di promozione della salute, poiché attraverso la relazione tende a responsabilizzare il paziente, stimolandolo e facendo in modo che esso utilizzi tutte le proprie risorse.

Come visto la non-aderenza potrebbe essere una delle cause dello sviluppo di nuove esacerbazioni di carattere psicotico.

Nei primi 3-5 anni del disturbo le ricadute sono particolarmente frequenti, per questo motivo è molto importante cercare di prevenirle attraverso il riconoscimento dei segni precoci e la messa a punto di un piano di prevenzione.

Fondamentale è dare delle buone informazioni ai familiari e al paziente, insegnando loro a riconoscere i "segni di crisi" e monitorando la frequenza con cui essi si ripetono.

In caso vi siano dei segni di crisi è importante adottare delle strategie terapeutiche precoci e diversificate a seconda della gravità. Ad esempio se il paziente riferisce ansia si potrebbe proporre delle tecniche di rilassamento o prescrivere ansiolitici per brevi periodi, mentre in caso di sintomi psicotici lievi allora magari sarà opportuno indirizzare il paziente verso un ciclo di psicoterapia.

Può essere utile svolgere con il paziente e con i familiari delle esercitazioni e simulazioni, per favorire la gestione dei segni di crisi.

Da ultimo è bene considerare che, anche se dovesse esserci una ricaduta, essa può essere un'opportunità per migliorare il piano di prevenzione concordato (De Rosa, 2010).

## 3. Terza parte

### 3.1 Indagine sul campo

Dopo aver inviato una richiesta d'autorizzazione alla CPC (vedi allegato 1) e aver ricevuto il nullaosta, ho potuto contattare la responsabile delle cure, il coordinatore del reparto ed infine gli infermieri che volevo intervistare. I cinque infermieri intervistati dovevano avere un solo requisito, ossia quello di lavorare nel reparto di competenza dei primi esordi. Ho intervistato 4 infermieri e 1 infermiera che lavorano presso il reparto Adorna 3 da oltre due anni e ogni intervista, come detto in precedenza, è durata approssimativamente 30 minuti.

Ecco di seguito le sette domande delle interviste:

1. Secondo quanto ha potuto osservare durante la sua esperienza, l'ammissione tardiva in ambito specialistico di un utente che presenta uno scompenso psicotico (quando per molte settimane, a volte mesi sono presenti sintomi positivi e/o negativi) in che modo influisce sulla durata della degenza e sulla prognosi?
2. A parer suo, ancora oggi nel 2015, quali sono le ragioni che stanno alla base di un mancato intervento specialistico tempestivo di fronte ad un giovane che presenta disturbi di carattere psicotico?
3. Quale atteggiamento/attitudine da parte del curante ha valutato come vincenti nella sua pratica professionale nei confronti dei giovani utenti per favorire fin dalle prime settimane di degenza una risposta positiva al percorso di cura proposto?
4. Quali interventi ritiene maggiormente importanti da mettere in atto e si dimostrano più efficaci a rispondere ai bisogni del paziente durante le prime settimane che seguono il ricovero?
  - 4.1) Quali invece in particolare durante la fase centrale della degenza?
  - 4.2) E infine quali nelle settimane che precedono la dimissione?
5. A parer suo, ci sono interventi durante la degenza del paziente che rinforzerebbe e che si rivelerebbero efficaci per favorire una migliore aderenza terapeutica e quindi scongiurare un'ulteriore ricovero di un giovane utente al primo esordio?
6. Secondo la sua esperienza, quali sono le indicazioni terapeutiche che meno vengono seguite/rispettate dagli utenti dopo la dimissione?
7. Una volta rientrato nel suo contesto abitativo, quali atteggiamenti/comportamenti si rivelano a suo giudizio particolarmente rischiosi per l'utente e lo mettono a serio rischio per una esacerbazione della sintomatologia psicotica?

Durante il mio stage ho avuto modo di conoscere tutti e cinque gli infermieri che dovevo intervistare, per questo motivo non è stato necessario presentarmi, ma ho potuto iniziare esponendo brevemente l'argomento della mia tesi e chiarendo il motivo per cui avevo bisogno di loro. Prima di procedere con le interviste ho spiegato loro le modalità di svolgimento, le tempistiche e chiesto di approvare con una firma il consenso scritto all'intervista (vedi allegato 2).

Ho riassunto in questa tabella di estrazione dati le risposte alle diverse domande:

<b>N°</b>	<b>RISPOSTE (%)</b>
<b>1.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influisce in modo negativo, una presa a carico tardiva allunga i tempi di degenza e peggiora la prognosi. (80%)</li> <li>- Dipende, ogni persona ha una diversa storia di malattia e non è facile ricostruire il momento in cui avviene il primo esordio e quando avviene la presa a carico. (20%)</li> </ul>
<b>2.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando vi sono delle situazioni di disagio all'interno della famiglia e la famiglia non è in grado di riconoscere i comportamenti patologici. (60%)</li> <li>- La malattia psichiatrica spaventa, stigma ancora presente. (60%)</li> <li>- Poca informazione riguardo alla rete di sostegno presente nel nostro cantone. (40%)</li> </ul>
<b>3.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canale comunicativo adeguato, mettersi al loro livello. (40%)</li> <li>- Cercare di essere i più empatici possibili. (40%)</li> <li>- Costruire una relazione di fiducia. (20%)</li> <li>- Essere molto flessibili. (20%)</li> <li>- Evitare di essere invasivi. (20%)</li> <li>- La chiarezza. (20%)</li> <li>- Confrontarsi. (20%)</li> <li>- La dialettica. (20%)</li> <li>- Escludere l'argomento della terapia farmacologica. (20%)</li> </ul>
<b>4.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importante è identificare i bisogni dell'utente. (40%)</li> <li>- Incominciare a creare una rete esterna. (40%)</li> <li>- Coinvolgere l'entourage. (40%)</li> <li>- Terapia farmacologica. (20%)</li> <li>- Tutti gli interventi sono importanti ed efficaci se effettuati insieme in maniera sinergica. (20%)</li> </ul>
<b>4.1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducazione individuale e di gruppo. (60%)</li> <li>- Coinvolgere famigliari. (60%)</li> <li>- Strutturare la giornata dell'utente proponendogli molte attività. (20%)</li> </ul>
<b>4.2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creare una rete esterna. (60%)</li> <li>- Intensificare contatti con famiglia. (40%)</li> <li>- Psicoeducazione alla famiglia. (40%)</li> </ul>
<b>5.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rafforzare la psicoeducazione. (60%)</li> <li>- Coinvolgere maggiormente i famigliari, l'entourage. (60%)</li> <li>- Costruire una rete forte all'esterno. (60%)</li> <li>- Il reparto dovrebbe essere composto esclusivamente da pazienti giovani al primo esordio psicotico. (40%)</li> <li>- Dare maggiori informazioni nella fase delle dimissioni. (20%)</li> </ul>
<b>6.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'assunzione della terapia farmacologica. (100%)</li> <li>- Rispettare gli appuntamenti con gli specialisti della cura. (20%)</li> </ul>
<b>7.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo di sostanze. (60%)</li> <li>- Non avere un'occupazione o svolgere un'occupazione poco gratificante. (40%)</li> <li>- Ambiente familiare disfunzionale. (40%)</li> <li>- Quando stanno bene non aderiscono più alla terapia farmacologica e agli appuntamenti con gli specialisti della cura. (20%)</li> <li>- Paura di confrontarsi con gli altri dopo il ricovero e quindi isolarsi. (20%)</li> </ul>

### 3.2 Analisi dei dati e riflessioni personali

Dopo aver compilato la tabella di estrazione dati mi sono accorto che, per quasi tutti gli argomenti trattati durante la mia indagine sul campo, gli infermieri del reparto hanno dato delle risposte che coincidevano con quanto avevo approfondito precedentemente nel quadro teorico.

Per la prima domanda l'80% degli intervistati ha dichiarato che l'ammissione tardiva influisce in modo negativo sulla storia di malattia e ciò è confermato in letteratura sia da Murphy (2011) che da Singh (2010). Inoltre un accesso alle cure tempestivo influisce in modo positivo sul paziente, migliorando la prognosi a lungo termine e diminuendo la durata della degenza (De Rosa, 2010; Murphy, 2011; Popolo, 2013; Singh, 2010).

La seconda domanda indagava su quali fossero le cause di un mancato intervento tempestivo e anche in questo caso, dopo aver comparato le risposte alla teoria, ho notato che esse combaciavano perfettamente. Infatti, le due risposte più accreditate con entrambe il 60% riguardavano la presenza dello stigma nella società odierna e la poca conoscenza della famiglia riguardo alla malattia. Mc Gorry (2008) afferma proprio che lo stigma ostacola gli interventi precoci, così come Vender (2005) che ribadisce che lo stigma esiste e trova terreno fertile dove vi è una mancanza di conoscenza. I giovani pazienti e le loro famiglie, non avendo conoscenza della malattia psichiatrica, non riescono talvolta a riconoscere i comportamenti patologici e per questo vi è una "resistenza" a rivolgersi agli specialisti della cura (De Rosa, 2010). La mancanza di consapevolezza della malattia porta proprio a una ricerca d'aiuto tardiva (Carcione, 2012). Questa mancanza del paziente e la scarsa conoscenza della malattia psichiatrica dei familiari sono elementi che ho potuto notare da vicino durante il mio stage pratico nel reparto Adorna 3. I genitori dei ragazzi si dimostravano il più delle volte spaesati, non sapevano a cosa andavano incontro e facevano fatica ad accettare che loro figlio si trovasse in una clinica psichiatrica. Il loro sguardo era rivolto spesso anche verso gli altri pazienti e non di rado cercavano di informarsi rispetto a quale disturbo mentale avessero, in modo tale da poter comparare il loro caro alle altre persone e cercare di capire se fosse l'unico ad avere determinati comportamenti oppure se invece il suo atteggiamento fosse "comune". Alcuni genitori con cui ho svolto dei colloqui si sono dimostrati molto dispiaciuti e potevo leggere nei loro occhi un senso di colpa per non essersi accorti in tempo di cosa stesse realmente accadendo. Nella risposta a questa seconda domanda è emerso che lo stigma è ancora ben presente nella nostra società, nonostante si cerca di investire tempo ed energie per far capire e conoscere la malattia mentale. Avendo avuto contatto più volte con l'ambiente psichiatrico mi è capitato, in più di un'occasione, di trattare questo argomento con persone che non hanno mai avuto a che fare con la psichiatria e devo purtroppo confermare che la malattia mentale è ancora molto stigmatizzata. Gli stereotipi e i luoghi comuni prendono il sopravvento sulla vera realtà dei fatti, i malati sono visti come dei violenti, inguaribili e improduttivi. In questi ultimi anni si è cercato di investire molto sulle campagne contro la stigmatizzazione delle malattie psichiatriche e qualche risultato si è ottenuto, ma certamente è un processo che richiede ancora molto tempo.

Con la terza domanda volevo capire quali atteggiamenti/attitudini l'intervistato reputava vincenti nei confronti dei giovani pazienti nelle prime settimane di degenza per favorire una risposta positiva al percorso di cura proposto e in questo caso le risposte sono state numerose e quasi tutte differenti tra loro. La flessibilità, l'empatia, il confronto e la chiarezza sono solo alcune caratteristiche che ho potuto raccogliere esaminando i dati ottenuti. Sicuramente si può notare che la relazione e il modo di approcciarsi è un elemento fondamentale di cui non si può fare a meno. Queste caratteristiche le ho

potute ritrovare nei vari moduli che ho frequentato in questi tre anni di formazione presso la SUPSI. Nella fase iniziale acuta molti interventi si giocano proprio sul piano relazionale; l'accoglienza e il rispetto per il malato sono elementi che sono alla base per poter acquisire una certa fiducia che ci potrà poi garantire la creazione di presupposti per una buona alleanza terapeutica (Chiesa, SUPSI).

La quarta domanda è forse la più importante, in quanto le risposte che ne derivano risultano poi di grande interesse per rispondere alla mia domanda di tesi. Essa come visto si divide in tre parti e indaga quali sono gli interventi ritenuti maggiormente importanti nelle tre fasi del ricovero (prime settimane, fase centrale della degenza, fase che precede le dimissioni).

Una premessa comune è stata quella che ogni intervento deve essere personalizzato, in quanto l'utente stesso è un individuo complesso e unico e per questo motivo bisogna indagare quali sono i bisogni del malato e cosa possiamo fare per migliorare il suo stato di salute. Questa premessa è spesso presente in letteratura, ad esempio De Rosa (2010) e Popolo (2013) sostengono che le variabili in gioco sono molteplici sia per quanto riguarda la durata della patologia, sia per quanto riguarda la presa a carico; per questo motivo ogni intervento deve essere esclusivo a dipendenza della situazione.

È stata esplicitata da un infermiere l'importanza di svolgere in sinergia tutti gli interventi nelle diverse fasi, poiché solo così risulterebbero efficaci. Mi sento di affermare che anche gli altri intervistati condividevano questo pensiero, nonostante non l'abbiano dichiarato apertamente. Ho notato durante le interviste come facevano fatica a trovare un intervento che predominasse sugli altri; la complementarità e l'imprescindibilità degli interventi è cosa accertata in letteratura (Carcione, 2012; Popolo, 2013).

Nonostante nella mia ricerca ho trovato diversi autori che evidenziassero l'importanza della terapia farmacologica, definendola imprescindibile nel trattamento delle psicosi, anche se sempre più vengono riconosciuti degli interventi complementari i cui benefici nel trattamento sono stati comprovati da studi di efficacia (Carcione, 2012), solo il 20% degli intervistati ha messo l'accento sull'importanza farmacologica nelle prime settimane che seguono il ricovero. Addirittura un altro 20% ha evidenziato come la terapia farmacologica influisca negativamente sull'approccio iniziale con il paziente ed è l'origine di tensioni anche tra curanti e famigliari. L'aspetto farmacologico è stato toccato relativamente poco, forse perché sempre di più si tende ad avere una visione olistica e complessa del malato. La terapia farmacologica è presente e ricopre un ruolo determinante, ma da sola fa ben poco, poiché ogni intervento è complementare all'altro. Il coinvolgimento dei famigliari è certamente un intervento a cui gli infermieri hanno dato molta importanza, poiché presente in tutte e tre le fasi. Oltre che a non far sentire solo l'utente al momento del ricovero, essi devono essere in grado poi di accogliere al meglio e sostenere il malato al momento della dimissione. Per questi motivi durante le interviste è stata rimarcata anche la necessità di coinvolgere e sostenere i famigliari nel percorso di cura. Alcuni infermieri del reparto, oltre che mettere in evidenza quanto fosse utile il coinvolgimento della famiglia, hanno affermato che bisognerebbe porre più attenzione all'entourage, ossia a tutte quelle persone che fanno parte della vita del paziente, ma che non per forza sono dei famigliari. Il curante non si limita più come una volta a occuparsi solo ed esclusivamente del malato, ma pone un occhio a 360° e oltre che curare il paziente in tutte le sue sfere si occupa anche di chi ruota intorno ad esso.

La psicoeducazione alla famiglia è fondamentale proprio in proiezione delle dimissioni; il riconoscimento dei segni, dei sintomi e delle situazioni di stress, potrebbe essere d'aiuto per intervenire precocemente in caso di ricadute (Carcione, 2012). Questa importanza fondamentale della famiglia viene ripresa anche da Giberti (2005), quando afferma che ogni trattamento, che non tiene conto delle persone con cui il paziente vive

o con cui ha dei rapporti significativi, è destinato a fallire. Ciò dimostra come sia fondamentale offrire un adeguato sostegno anche alla famiglia, siccome essa svolge frequentemente un ruolo di alleato nel trattamento (Garety, 2008; Giberti, 2005).

Nella fase centrale i dati raccolti mostrano come il 60% degli infermieri ritengono la psicoeducazione individuale e di gruppo essenziale e necessaria per affrontare la psicosi con i suoi aspetti, i suoi segni, i sintomi, l'interazione tra cannabis e psicosi e come ristabilirsi dopo un evento psicotico acuto. Anche in letteratura la psicoeducazione è ritenuta molto utile soprattutto nella fase centrale della degenza, quando vi è una stabilizzazione della sintomatologia (Carcione, 2012).

Durante la raccolta dei dati delle interviste ho notato che l'80% degli infermieri ha espresso un parere positivo rispetto alla psicoeducazione di gruppo, mentre il 20% ha confermato sì la sua utilità, che tra l'altro è riconosciuta in letteratura come nel caso di Giberti (2005) che la reputa adatta soprattutto per i pazienti isolati, ma spesso essa prende il sopravvento su quella individuale. Infatti, la psicoeducazione di gruppo dovrebbe essere attuata in aggiunta ai trattamenti individualizzati (Popolo, 2013). Potrei provare a ipotizzare una spiegazione al fatto che talvolta la psicoeducazione di gruppo prevale su quella individuale, attenendomi a quanto visto quando sono andato in reparto per svolgere le interviste. Il carico di lavoro per i curanti è sempre molto pesante e il tempo a disposizione è spesso limitato, per cui la terapia di gruppo richiede sicuramente minor tempo rispetto a quella individualizzata.

Nelle settimane che precedono la dimissione il 60% ha dichiarato che bisognerebbe creare, intensificare o rafforzare la rete esterna; una rete forte in cui vi è una valida collaborazione tra le figure è la base per poter ridurre le probabilità di recidive (Garety, 2008).

Nella risposta alla domanda numero cinque, ossia quali interventi rafforzerei per favorire una migliore aderenza terapeutica, il 60% punterebbe sul rafforzamento della psicoeducazione. Un altro 60% invece aumenterebbe gli interventi non sul malato, ma bensì sulla rete sociale, composta in primis da familiari e dall'entourage, ritenuti fondamentali poiché saranno le persone a stretto contatto con l'utente dopo la dimissione. Ho notato che gli infermieri a cui ho posto le domande, si sono soffermati molto sulla psicoeducazione e sull'aspetto della famiglia e dell'entourage.

Dalle loro risposte si poteva intuire come la psicoeducazione abbia un ruolo fondamentale nel favorire l'*empowerment*; attraverso essa si cerca di stimolare il paziente a sviluppare le proprie risorse, in modo tale da potergli lasciare più potere decisionale, cosicché possa essere il più autonomo possibile.

Questo ruolo più attivo del malato lo ritroviamo anche nell'aderenza terapeutica, la quale prende il posto della *compliance*. La *compliance* implica un ruolo passivo del malato, mentre nell'aderenza terapeutica esso svolge un ruolo attivo, è lui che accetta la terapia proposta e vi è una motivazione in relazione al progetto terapeutico. Il paziente viene stimolato ad acquisire maggiore autonomia possibile, così facendo al momento delle dimissioni dovrebbe aver già sviluppato quelle capacità che gli permetteranno di vivere in armonia con la società.

La domanda numero sei ha trovato tutti gli intervistati d'accordo, infatti al quesito riguardo a quali fossero le indicazioni terapeutiche che meno vengono rispettate dagli utenti dopo la dimissione, abbiamo un 100% che sostiene che la terapia farmacologica è un serio problema. Alcuni infermieri sostengono che dopo la dimissione molti pazienti, probabilmente anche a causa della loro giovane età, smettono di assumere la terapia. Nonostante il lavoro che si cerca di fare attraverso i colloqui e la psicoeducazione è difficile far capire al paziente che bisogna, nonostante stia bene, continuare ad assumere la terapia prescritta. Inoltre il 40% degli intervistati sostiene che gli effetti

collaterali dei farmaci sicuramente sono un ostacolo che, soprattutto per i giovani pazienti, è difficile da superare. Infatti l'aumento di peso e le disfunzioni nella sfera sessuale sono gli effetti collaterali che più incidono sull'assunzione costante della terapia farmacologica nei giovani pazienti (De Rosa, 2010).

Capita spesso che essi non aderiscano alla terapia farmacologica e che non rispettino gli appuntamenti con gli specialisti della cura. Per questo, sostiene un infermiere, è molto interessante il progetto che hanno adottato a Losanna dove il Case Manager ricopre un ruolo fondamentale. La figura del Case Manager si pone in maniera attiva in tutti gli ambiti che riguardano il ragazzo e diventa una figura di riferimento che coordina tutte le risorse. Secondo quanto riferito da alcuni infermieri gli *outcome* sono stati assolutamente positivi, ma si teme che per vedere questa figura in Ticino ci vorrà ancora un po'. Il suo inserimento potrebbe certamente migliorare la situazione della rete esterna, poiché spesso risulta essere piuttosto carente e disorganizzata. Il fatto che i pazienti non vengano seguiti a dovere al domicilio e che la rete non sia stata creata in modo tale da supportarli, li mette a serio rischio di una ricaduta. Probabilmente il motivo per cui gli infermieri concentrano i loro sforzi sulla psicoeducazione e sulla famiglia, è proprio la consapevolezza del problema al rientro nella società. La rete sul territorio non funziona molto bene e per questo alcuni infermieri hanno sottolineato quanto sia importante la figura del Case Manager, il quale si occuperebbe in modo attivo di tutte le sfere dell'utente e svolgerebbe un ruolo di coordinatore tra le risorse. In sua assenza si cerca di favorire l'*empowerment* e coinvolgere il più possibile i famigliari e l'*entourage*, in modo da poter essere una risorsa importante per il malato e da poterlo sostenere quando verrà dimesso.

L'ultima domanda riguarda i comportamenti a rischio che potrebbe adottare il paziente una volta rientrato nel suo contesto abitativo.

Il 60% del campione sostiene che l'abuso di sostanze è un comportamento che mette l'utente a serio rischio per una nuova esacerbazione della sintomatologia psicotica. La facilità nel potersi procurare le sostanze, le concentrazioni di queste sostanze psicoattive che le rendono sempre più "attivanti" e la difficoltà nel far passare il messaggio del pericolo che sta dietro al loro consumo, sono le cause che vengono evidenziate dai curanti.

Nel reparto di competenza dei primi esordi, l'utenza appartiene alla fascia d'età dell'adolescenza o del post adolescenza e in questo periodo la condotta più a rischio è proprio l'abuso di sostanze (Popolo, 2013). Come visto precedentemente nella teoria, l'abuso di sostanze, specialmente nell'adolescenza, può contribuire all'esacerbazione della sintomatologia psicotica, risultando così un fattore di rischio per la malattia annessa a questo stato (Popolo, 2013; Hunt, 2013; Zammit, 2010).

Il 40% ha affermato che non avere un'occupazione o svolgere un lavoro poco gratificante, potrebbe essere una situazione di rischio. Ciò trova riscontro anche in letteratura, infatti gli individui con un'occupazione modesta sono ritenuti più vulnerabili a situazioni di stress e di conseguenza a sviluppare una sintomatologia psicotica (Giberti, 2005).

Un ultimo dato raccolto nelle risposte a questa domanda riguarda l'ambiente familiare, il quale se dovesse essere disfunzionale è considerato un fattore di rischio per una nuova esacerbazione della sintomatologia psicotica. Il 40% degli infermieri intervistati affermano che un atteggiamento non adeguato della famiglia potrebbe creare i presupposti per una ricidiva. Difatti le dinamiche familiari influenzano in modo determinante il paziente e se esse dovessero rivelarsi disfunzionali andrebbero a incrementare i fattori di rischio, aumentando le probabilità di una nuova ricaduta (Lalli, 1999; Popolo 2013).

Durante l'indagine sono emersi un paio di accorgimenti che gli infermieri reputano utili per ridurre le ricadute e favorire una migliore prognosi della malattia, ma purtroppo in entrambi i casi il fattore economico ricopre un ruolo determinante. Si tratta della figura del Case Manager e dell'impossibilità di avere 365 giorni all'anno un reparto composto solo da ragazzi giovani al primo esordio, poiché i letti liberi vengono occupati dai pazienti che sono in esubero negli altri reparti. I pazienti cronici sono più inclini alle ricadute, infatti si sono già costruiti un'opinione sulla terapia, sui trattamenti e sui fattori di rischio, spesso errata. I ragazzi al primo esordio, il più delle volte, non hanno ancora strutturato una loro opinione e quindi vi è un rischio maggiore di essere influenzati dall'ambiente circostante e perciò anche dai pazienti cronici.

Da questa analisi è emerso che gli interventi di prevenzione terziaria che cercano di limitare o ridurre le ricadute sono farmacologici, psicoeducativi, riabilitativi e improntati sulla famiglia e sull'entourage. Questo è un grande cappello che implica moltissimi altri interventi che mirano a curare il paziente in tutte le sue sfere.

Purtroppo, è apparso in modo chiaro, che nonostante i curanti attuino tutti gli interventi possibili per evitare nuove esacerbazioni della sintomatologia psicotica, le cause che determinano la sua comparsa sono multifattoriali e le sue variabili sono spesso imprevedibili e presenti nella quotidianità.



## 4. Quarta parte

### 4.1 Criticità

Il campione da me preso in considerazione e sottoposto all'intervista è di cinque infermieri, per cui si tratta di una piccola parte dell'équipe che lavora nel reparto di competenza dei primi esordi psicotici. I dati raccolti rappresentano quindi una realtà ristretta e nonostante molte risposte sono condivise dai soggetti, non significa che gli altri infermieri del reparto abbiano lo stesso punto di vista. Dobbiamo tenere perciò in considerazione che se avessi scelto un campione più ampio vi sarebbe stata la possibilità che i dati raccolti risultassero discordanti rispetto a quelli rilevati durante la mia indagine sul campo. Sarebbe sicuramente interessante prendere in considerazione un campione più ampio, così da avere maggiori testimonianze che potrebbero fare emergere nuove argomentazioni e che darebbero a loro volta ulteriori spunti per l'analisi finale.

Per quanto riguarda il materiale bibliografico su cui mi sono basato, ci tenevo a puntualizzare, che nonostante il mio elaborato prenda in considerazione i ragazzi giovani al primo esordio, alcuni documenti che ho trovato non specificano esattamente se trattano di ragazzi giovani o meno. In alcuni casi ho preferito escludere la documentazione trovata. In altri invece mi sono basato sul fatto che generalmente l'esordio psicotico si manifesta nella fascia d'età tra i 16 e i 35 anni e quindi ho dedotto che, se non vi erano delle indicazioni precise, il campione preso in considerazione fosse quello "standard" e quindi di mio interesse.

Un altro argomento critico del mio elaborato riguarda, come accennato nel capitolo precedente, la presenza, piuttosto costante, di alcuni pazienti cronici nel reparto di competenza dei primi esordi. Come testimoniato da alcuni infermieri, sarebbe auspicabile riuscire ad avere sempre un reparto composto esclusivamente da ragazzi giovani al primo esordio. Invece, per questioni logistiche, in caso non vi sia possibilità di ricovero in altri reparti per mancanza di posti letto, presenti invece nel centro di competenza, vengono accolti pazienti con un'importante storia clinica alle spalle. La loro presenza, secondo quanto emerso dalla raccolta dati, crea delle dinamiche che spesso recano un danno agli altri utenti. Ci tenevo a precisare quindi che alcuni risultati sono influenzati anche da questa variabile che non dovrebbe essere presente.

Infine l'ultimo punto di criticità riguarda l'argomento in sé, in quanto l'ambito psichiatrico è molto complesso, olistico, pieno di variabili e ogni situazione è unica, esclusiva e incomparabile. Per questo motivo il tema scelto risulta essere talvolta poco oggettivo e le domande poste agli infermieri lasciano molto spazio all'interpretazione personale. Ogni risposta è influenzata dal proprio vissuto, dalla propria esperienza e dal proprio paradigma.

### 4.2 Conclusioni

Sono soddisfatto di aver trattato nel mio lavoro di *Bachelor* un argomento che certamente si rivelerà utile per la mia futura professione, poiché lavorare in ambito psichiatrico è senza dubbio un mio prossimo obiettivo. L'argomento che ho scelto di trattare si focalizza sui ragazzi giovani al primo esordio psicotico, ma alcuni temi trattati, soprattutto nel quadro teorico, ma anche nell'indagine sul campo, si possono estendere a tutta l'utenza in ambito psichiatrico. Ogni paziente ha avuto un esordio, una sorta di scintilla che poi ha dato origine al disturbo mentale. Per questo motivo è importante

conoscere il decorso della malattia e i motivi che possono influenzare il paziente portandolo a una cronicizzazione.

Più nello specifico, prettamente a livello professionale, sono riuscito a elaborare diversi accorgimenti utili nella pratica. Sarebbe infatti interessante inserire nella rete di ogni paziente una persona esterna che coordini il percorso di cura. In mancanza di esso, a livello Ticinese, risulta necessario educare al meglio le persone maggiormente a contatto con l'utente, anche sulle risorse territoriali. Un ulteriore elemento da prendere in considerazione, saranno i legami che si creano durante la degenza tra pazienti, soprattutto in presenza di persone con patologia cronica. Oltre ai legami creati in clinica è fondamentale tenere presente dei legami antecedenti, che siano essi famigliari, amici, colleghi, eccetera. Questo perché ogni persona può avere un punto di riferimento diverso, che può rappresentare sia una risorsa che un ostacolo al percorso.

Alcune delle aspettative e delle previsioni che mi ero posto sono state confermate, forse anche perché, avendo avuto l'opportunità di lavorare in questo reparto, avevo potuto già toccare con mano questo argomento. Senza dubbio però l'approfondimento teorico mi ha permesso di acquisire alcune nozioni di cui non ero a conoscenza, arricchendo così il mio bagaglio professionale. Anche per quanto riguarda l'indagine sul campo, nonostante immaginavo che le risposte si sarebbero avvicinate molto a ciò che è riportato in letteratura, sono rimasto felicemente sorpreso per alcune risposte ricevute. Esse mi hanno permesso di vedere da un altro punto di vista alcune situazioni che io durante il mio stage pratico avevo appreso in maniera del tutto differente.

Terrò certamente conto di ciò che ho imparato e cercherò, una volta inserito in un contesto lavorativo, di applicare alla pratica gli interventi infermieristici che ho trattato nella mia tesi, ben consapevole delle difficoltà che si incontrano e dei limiti che abbiamo.

Dal punto di vista metodologico la ricerca qualitativa mi ha permesso di addentrarmi in un ambito di cui ero sì a conoscenza, ma sicuramente di cui ero poco pratico. La rigidità delle indicazioni e il rispetto di alcune formalità mi hanno in certe occasioni creato diverse difficoltà. Sono rimasto inoltre sorpreso dal tempo e l'impegno che necessita una tesi di *Bachelor*, ma sono contento che le energie impiegate abbiano portato a questo risultato.

Grazie a questo lavoro di *Bachelor*, ho svolto un percorso di crescita sia a livello professionale che personale. Questo mi ha posto di fronte al fatto che purtroppo, nonostante noi curanti facciamo tutto il possibile per il benessere del nostro paziente, talvolta non riusciamo a raggiungere i risultati sperati. L'importante è essere consapevole dei propri limiti, mantenendo quella motivazione che spinge a migliorare se stessi, malgrado le difficoltà e gli ostacoli che si possono trovare sul proprio cammino. Questo è il passo decisivo per sentirsi, nonostante tutto, gratificati per ciò che facciamo e per amare il proprio lavoro.

### **4.3 Ringraziamenti**

Innanzitutto ci tengo a ringraziare la Direzione dell'OSC per avere accolto la mia richiesta e gli infermieri del reparto Adorna 3 per la loro disponibilità.

Un ringraziamento particolare va alla mia direttrice di tesi Lara Pellizzari-Bernasconi, che mi ha accompagnato, sostenuto e stimolato durante l'intero percorso.

Inoltre ringrazio Diellza, per aver trovato sempre le giuste parole che mi hanno confortato anche nei momenti più difficili.

Infine desidero ringraziare Francesco Z., Sara, Margherita, Roberta, Michela e Francesco M. Sono stati dei fantastici compagni che durante questi tre anni mi hanno permesso di vivere molti momenti con più leggerezza e allegria.

## 5. Fonti

### 5.1 Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Andrews, G., Hunt, C., & Jarry, M. et al. (2004). *Disturbi mentali. Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*. Torino: Centro Scientifico Editore, pp. 55-59.

Ba, G. (2002). *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: FrancoAngeli. 104-122.

Benassi, P. (2014). *Mezzo secolo di psichiatria italiana. 1960-2010*. Milano: FrancoAngeli.

Cantarelli, M. (2006). *Gli infermieri nella ricerca: metodologia della ricerca sociale applicata all'infermieristica*. Milano: McGraw-Hill.

Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2012). *Manuale di terapia cognitiva nelle psicosi*. Milano: FrancoAngeli.

Davies, G., Welham, J., Chant, D., Torrey, E.F., & McGrath, J. (2003). A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 29(3), 587-93.

De Masi, F. (2006). *Vulnerabilità alla psicosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

De Rosa, C., & Fiorillo, A. (2010). *Guida pratica alla psichiatria. Come sopravvivere alla professione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Fain, J. A. (2004). *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. (II Edizione) Milano: McGraw-Hill.

Fassino, S., Abbate, G. D., & Leombruni, P. (2007) *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico Editore, pp. 27-51.

Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 9-18.

Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.

Giberti, F., & Rossi, R. (2005). *Manuale di psichiatria. Per studenti, medici, assistenti sociali, operatori psichiatrici*. (V Edizione) Padova: Piccin e Vallardi.

Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K.L., Ventura, J., Mintz, J., Fogelson, D.L., Bartzokis, G., & Aravagiri, M. (2001). Clinical outcome following neuroleptic

discontinuation in patients with remitted recent-onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1835-42.

Grivois, H. (2002). *Nascere alla follia. Un approccio agli esordi psicotici*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma. Gi. Srl.

Häfner, H. (2002). *Risk and Protective Factors in Schizophrenia*. Darmstadt (Germany):Springer.

Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, B. T. (2007). Age of onset mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 359-364.

Lalli, N. (1999). *Manuale di psichiatria e psicoterapia*. Napoli: Liguori Editore.

Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Koreen, A., Geisler, S., Chakos, M., Sheitman, B., & Woerner, M. (1996) Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 14: 13S-21S.

McGorry, P.D., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7: 148-156.

Meyers, L. B., & Midence, K. (1998). *Adherence to treatment in medical condition*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Miller, B., Messias, E., Miettunen, J., Alaräisänen, A., Järvelin, M. R., Koponen, H., Räsänen, P., Isohanni, M., & Kirkpatrick, B. (2011). Meta-analysis of paternal age and schizophrenia risk in male versus female offspring. *Schizophr Bull*, 37(5), 1039-47.

Murphy, B. P., & Brewer, W. J. (2011). Early intervention in psychosis: strengths and limitation of services. *Advances in psychiatric treatment*, vol. 17, 401-407.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults. *The nice guideline on treatment and management*. National Clinical Guideline Number 178.

Popolo, R., Balbi, A., & Vinci, G. (2013). *Interventi precoci nelle psicosi*. Roma: Alpes.

Rathbone, J. Variend, H., & Mehta, H. (2011). Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3*.

Remington, G., Kapur, S., & Zipursky, R.B. (1998). Pharmacotherapy of first-episode of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172(33), 66-70.

Sabatè, E. (2003). *Adherence to Long-term: Evidence for Action*. World Health Organization.

Schultze-Lutter, F., & Koch, E. (2010) *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia*. Versione per bambini e adolescenti. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Singh, S. P. (2010). Early intervention in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 343-345.

The British Psychological Society. (2014) *Understanding Psychosis and Schizophrenia. Why people sometimes hears voices, believe things that others find strange, or appear out touch with reality, and what can help*. Anne Cooke, *A report by the division of Clinical Psychology*, Canterbury Christ Church University.

Vender, S. (2005). *La stigmatizzazione. Dal pregiudizio alla cura della malattia mentale*. Vol 11. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Zammit, S., Lewis, G., Dalman, C., & Allebeck, P. (2010). Examining interaction between risk factors for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 207-211.

## 5.2 Letteratura grigia

Chiesa, M. (Aa 2015-2016). *Percorsi di cura dell'utente con psicosi*. Modulo: A14 rete assistenziale e aderenza terapeutica. Manno: SUPSI.

D'Angelo, V. (Aa 2015-2016). *L'aderenza terapeutica*. Modulo: rete assistenziale e aderenza terapeutica. Manno: SUPSI.

## 5.3 Sitografia

WHO. (2014, agosto). Mental health: strengthening our response. Disponibile da <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (consultato il 17.07.2015)

Definizione di "salute mentale" secondo l'OMS. (2013, 6 marzo). Disponibile da [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto) (consultato il 11.11.2015)

## **6. Acronimi**

- CPC: Clinica Psichiatrica Cantonale
- DSM V: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Vol. V
- OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
- OSC: Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale

## 7. Allegati

- Allegato 1: Consenso informato inoltrato al Direttore F. Bianchi
- Allegato 2: Copia consenso scritto all'intervista
- Allegato 3: Trascrizione delle interviste
  - Intervista 1
  - Intervista 2
  - Intervista 3
  - Intervista 4
  - Intervista 5

## **Allegato 1: Consenso informato**

Egregio Direttore Fiorenzo Bianchi,

Mi chiamo Sascha Rufo, sono uno studente SUPSI al terzo anno formativo di cure infermieristiche che ha già svolto uno stage lo scorso anno presso la CPC e più precisamente nel reparto Adorna 3 e che quest'estate ne svolgerà un altro presso il reparto di psico-geriatria Edera.

Sono in fase di elaborazione della mia tesi di fine formazione e trattandosi di un metodo qualitativo, ho scelto come strumento d'indagine le interviste semi-strutturate.

Le scrivo su consiglio della mia tutor Lara Pellizzari, per chiederle l'autorizzazione a svolgere delle interviste ad un numero di cinque infermieri che operano nel reparto Adorna 3. Ogni intervista avrà una durata di 45 minuti al massimo.

La mia tesi di *Bachelor* si propone di indagare quali sono gli interventi infermieristici, in termini di prevenzione terziaria, in grado di contenere o limitare eventuali ricadute o nuove esacerbazioni, in giovani utenti al loro primo scompenso di carattere psicotico che potrebbero causare ulteriori ricoveri in ambito psichiatrico. Le domande sono ancora in fase di elaborazione, non appena saranno ultimate sarà mia premura farle visionare da lei prima di procedere con le interviste.

Nella speranza che possa accogliere favorevolmente la mia richiesta le segnalo che, nel caso lei lo ritenga più opportuno, potrei mettermi io in contatto direttamente con il reparto Adorna 3, poiché come detto conosco buona parte dell'équipe.

Resto in attesa di sue indicazioni sul procedere, la ringrazio anticipatamente e le porgo i miei più cordiali saluti.

Sascha Rufo

COPIA: Signora Giovanna Ciano



## **Allegato 2: Consenso scritto all'intervista**

*Titolo tesi:* "Quali sono gli interventi infermieristici, in grado di contenere o limitare eventuali ricadute o nuove esacerbazioni in utenti al loro primo esordio di carattere psicotico."

*Intervistatore:* SASCHA RUFO

*Persona intervistata:* .....

- Ho ricevuto le informazioni in merito allo svolgimento dell'intervista e allo scopo di essa nell'elaborato scritto che svilupperà lo studente.
- Sono stata/o informata/o che il materiale raccolto dalle interviste sarà utilizzato garantendo l'anonimato.
- La mia partecipazione è volontaria.
- In qualsiasi momento posso ritirare senza giustificazione il mio consenso alla partecipazione.

Luogo e data:  
intervistata:

Firma della persona

.....

.....

## Allegato 3: Trascrizione delle interviste

### Intervista 1:

1. È una domanda a cui è abbastanza difficile rispondere. Perché anche qui ogni persona ha una diversa storia di malattia. Noi abbiamo avuto dei casi in cui sia risolta con una degenza breve e anche una prognosi al momento favorevole, mentre in altri casi purtroppo ciò non si è verificato, anche perché non è sempre facile ricostruire il momento in cui avviene primo esordio e quando si interviene. Abbiamo visto che soprattutto quando ci sono dei familiari abbastanza coinvolti è più facile intervenire abbastanza presto e quando ci sono situazioni disagiate dal punto di vista sociale familiare le cose diventano più difficili.
2. Possiamo dire che una delle cause forse nonostante l'esistenza il nostro reparto sia già stato pubblicizzata a livello per esempio dei servizi dell'OSC o a livello territoriale non c'è stata ancora una pubblicizzazione, quindi un marketing, a livello di medici psichiatri privati. Anche se però è un obiettivo che si vorrebbe raggiungere. Questa potrebbe essere una delle cause per cui non veniamo coinvolti direttamente. Poi un'altra causa sicuramente è anche il fatto che il numero di nuovi casi quindi l'incidenza di nuovi casi è legato all'epidemiologia, quindi 300.000 persone in Ticino, l'incidenza è di uno per mille più o meno e ci sono 30 casi nuovi all'anno. Non tutti vengono da noi probabilmente alcuni andranno in privato.
3. Io credo che l'aspetto vincente è quello che cerchiamo di fare fin dalla costituzione di questo reparto, costruiamo un rapporto empatico e costruire sin da subito una relazione di fiducia basata su una grossa flessibilità. Quindi evitare interventi che sono troppo invasivi, rispettare i tempi dell'utente, ciò ci ha permesso di avere dei buoni risultati in questi due anni di pratica.
4. Se si costruisce una relazione terapeutica basata sulla fiducia, poi tutti gli interventi che sono tutti importanti, poiché sappiamo che l'intervento deve essere multidisciplinare, quindi sia farmacologico, socioterapico, relazionali, di psicoeducazione, eccetera. Sono efficaci se sono utilizzati tutti insieme in maniera sinergica. È chiaro che ritornando all'importanza se si costruisce una relazione terapeutica pian piano ci si adatta ai bisogni dell'utente e insieme si costruisce qualcosa che può rivelarsi utile per il suo benessere successivo e poi anche per la degenza e la successiva prognosi.
5. Questo è uno degli obiettivi della psicoeducazione che noi facciamo, favorire comunque l'*empowerment* della persona per quanto è possibile proprio perché è una malattia grave e quindi la psicoeducazione ha questo obiettivo, siccome è divisa per tematiche (in relazione all'uso e effetti delle sostanze stupefacenti sulla psicosi oppure psicosi e recupero sociale e informazione di tipo psicopatologico sulla malattia) l'obiettivo è quello di permettere comunque alla persona e alla sua famiglia, perché questa offerta di cura per le famiglie interessate noi le offriamo, così come viene anche offerta una psicoterapia ai familiari. È una delle prime cose che il Medico di reparto fa sempre e abbiamo imparato a farlo anche noi come équipe e forse era capitata qualche volta che c'eri anche tu presente durante il tuo stage.

6. Soprattutto sono molto facili le ricadute rispetto alla terapia farmacologica e purtroppo le ricadute sul consumo dei farmaci. Nonostante la psicoeducazione, nonostante i tanti interventi e colloqui medico e infermieristici che vengono fatti, ma sono le cause più frequenti dei rientri. Magari anche inferiore ai trenta giorni o anche superiori.
7. Se ci sono dei comportamenti disfunzionali è difficile che si avrà un buon esito. Anche qui l'ambiente familiare, l'ambiente sociale è fondamentale. Di solito tendiamo a non destrutturare l'ambiente sociale e familiare della persona che viene al primo ricovero. Quindi noi interveniamo subito nel senso di trovare una collocazione, un laboratorio, una struttura protetta e di solito questi passi li facciamo a partire dal secondo o terzo ricovero. Quindi abbiamo avuto sia delle persone dimesse al primo ricovero che se non sono seguite dall'OSC, ossia dalle strutture territoriali nostre non abbiamo nessuna informazione e anche comunque delle altre non abbiamo informazioni complete. È qualcosa che vogliamo risolvere introducendo il case manager che dovrebbe seguire il follow up del paziente a due o tre anni come è previsto dalla letteratura internazionale. Quindi desumiamo che queste persone con un ambiente familiare favorevole per il momento sono riuscite a riprendere la loro attività, però usiamo il condizionale. Poi ci sono delle persone con cui abbiamo avuto delle difficoltà e siamo intervenuti a partire dal secondo o terzo ricovero e molti utenti nostri sono allo spazio giovani dove il CARL cerca di trovare un inserimento lavorativo e sociale adeguato.

### ***Intervista 2:***

1. Spesso e volentieri diciamo che può influire. Più che altro adesso la durata esatta non te la so dire, però tante volte abbiamo avuto pazienti molto giovani che ormai probabilmente erano in una fase di scompenso da alcuni mesi e la cosa poi a livello pratico di cura e a livello delle dimissioni diciamo che si è prolungata fino a due mesi la degenza.
2. La psichiatria diciamo che fa ancora abbastanza paura, quindi secondo me tanta colpa è dello stigma. Poi anche per la persona accorgersi che c'è qualcosa che non va, o anche per i genitori che spesso e volentieri pensano sia solo un periodo di stress e che pensano che la sintomatologia passerà con il passare del tempo. Diciamo che sono queste le ragioni principali. Perché spesso e volentieri rivolgersi allo psichiatra vorrebbe anche voler dire ammettere di avere un qualche problema, ecco. Specialmente a livello psichiatrico e questo sappiamo che nonostante siamo nel 2015 ci pesa tantissimo.
3. Questa domanda è un pochettino difficile, ma nel senso che in realtà però la risposta è abbastanza semplice. Tante volte si è visto qui specialmente lavorando all'Adorna 3, che il discorso che funzionava bene con i ragazzi giovani è quello di cercare di capire comunque il loro stato di malessere comunque da qualche parte sentirsi partecipi al loro percorso di terapia. Per sentirsi partecipi non dico nel senso, quel minimo di empatia ci vuole, da questo punto di vista funziona bene.

4. Diciamo che semplicemente a livello di bisogni la cosa più importante fin dall'inizio è cercare di capire quali sono le problematiche e i fattori stressanti, che spesso e volentieri si rivelano essere proprio dei bisogni non soddisfatti o comunque delle cose che frustrano e che alla fine non ti portano da nessuna parte. Quindi la cosa più importante dalle fasi iniziali è, sempre dal mio punto di vista, fare una ricerca attenta per quelli che sono una serie di bisogni delle persone e valutare a che punto siano e se possiamo eventualmente aiutarli, perché abbiamo un'équipe multidisciplinare su determinate cose possiamo iniziare a portare avanti il lavoro e quindi appunto la prima parte è l'identificazione dei bisogni e capire quali sono quelli problematici. La seconda parte è comunque cercare di affrontare il discorso sulla coscienza di malattia, ma cercando di spiegare cosa è la malattia in sé spesso e volentieri è una cosa molto difficile da comprendere. Portare avanti il discorso del soddisfacimento dei bisogni, spesso e volentieri vengono qui che non hanno una casa oppure se hanno la casa l'ambiente familiare è disfunzionale. Quindi nella fase centrale della degenza è importante anche coinvolgere i famigliari anche per spiegare i vari aspetti della malattia. Nella fase della pre-dimissione la cosa importante è creare una rete esterna che possa accogliere il paziente in caso di difficoltà e poi preparare i famigliari in modo che possono accoglierlo e supportarlo nel suo percorso patologico, ma anche nel percorso di guarigione. La famiglia spesso e volentieri nell'ambiente psichiatrico è vita un po' come un alimento disturbante, questa è sempre una percezione personale. E quindi non si fa mai abbastanza, non si cerca di coinvolgere abbastanza dal punto di vista, non so come definirlo, perché dalle esperienze personali che ho potuto vivere qui dentro, cioè spesso e volentieri il discorso della farmacoterapia viene vissuta molto male dai famigliari e questa cosa diciamo allontanava abbastanza le due parti. E quindi al posto di fare un discorso costruttivo e ammettere che siamo su due punti discordanti e cercare di trovare un punto in comune per portare avanti il discorso per il bene del figlio spesso e volentieri si tende a rimanere su due posizioni contrastanti e quindi anche quello che era la preparazione per la dimissione del paziente, cioè cercare un'alleanza terapeutica con lui, ma anche con quello che sono i famigliari non veniva fatto. Quindi i famigliari da una potenziale risorsa diventavano un potenziale problema.
5. Allora quello che io ti posso dire, ma anche da quello che dicono i nostri dati sulla soddisfazione della qualità dei nostri pazienti, si nota che ci sia una mancanza di informazione nel post-dimissioni, ossia come fare nel caso in cui il problema si ripresenta. Allora il discorso è che qui viene affrontato un discorso sulla psicoeducazione, ma che secondo me va semplicemente a grattare via solo la superficie di tutta una serie di dubbi e di domande che possono avere le persone. Spesso e volentieri questo tipo di intervento viene fatto in gruppo per permettere ai ragazzi di poter condividere tra di loro le loro esperienze. Probabilmente è carente dal punto di vista dell'informazione diretta che la persona può ricevere. Questo potrebbe essere uno strumento affiliato ad altri strumenti, ossia al giorno della dimissione eventualmente bisognerebbe coinvolgere anche i famigliari e spiegarli quali sono le possibilità che ci sono all'esterno nel caso in cui la problematica si dovesse ripresentare. Poi diciamo che adesso dal febbraio 2016 partirà sul territorio una nuova équipe che nessuno conosce, *PAT Team*, che potrebbe essere una risorsa in questi casi. Però queste sono cose future.

6. Bè, non per concentrare tutto sul discorso farmacologico, però spesso e volentieri quello che sono le indicazioni farmacologiche date dai medici, spesso e volentieri una volta che l'utente è rientrato a casa diciamo che la terapia non la prende più. Oppure anche un aggancio esterno o una rete esterna che viene creata, quelle poi magari sono mancanze nostre che non viene creata in maniera abbastanza presente. Diciamo che è un altro ostacolo a quello che poi è il proseguimento all'esterno, perché capisci se facciamo un aggancio all'SPS e poi l'SPS vede la persona solo una volta e poi non la vede più, capisci che già manca qualcosa.
7. Anche qui per riallacciarmi un po' al discorso che facevo prima, cioè spesso e volentieri, c'è stata una volta un paio di anni fa subito all'inizio quando abbiamo aperto il centro per esordi psicotici continuavano ad arrivarci ragazzi per scompensi psicotici molto probabilmente dovuti all'intossicazione da THC. Dopo la degenza venivano dimessi, ma puntualmente rientravano per lo stesso disturbo. Da qualche parte non è stato passato bene il messaggio del pericolo che ci sta dietro al THC e all'elevata sensibilità da questo punto di vista, o magari da parte nostra c'è stata una mancanza. Mancanza o di informazione o comunque anche di affrontare il discorso della malattia in sé. E poi un po' le altre cose che ti dicevo prima; una rete non sempre disponibile comunque nei confronti della nostra utenza. Ossia tante volte succede che se tu delle volte agganci una persona ad un servizio che sia privato o pubblico, questo servizio diciamo che se la persona non si presenta da sola non è che si preoccupa più di quel tanto ad andare a valutare il suo stato di salute o come stia.

### ***Intervista 3:***

1. Riuscire a ricoverarlo tempestivamente è una priorità, che si riesca a farlo è un altro conto. Il fatto che possa anche sfuggire ai controlli territoriali saltando gli eventuali appuntamenti che ha, sicuramente rallenta comunque la presa a carico e poi anche spesso il fatto che anche i sintomi più attivi possono avere nel frattempo comunque avuto una calata o un'impennata. Spesso di persone con uno scompenso psicotico puro e non indotto da altre sostanze piuttosto che da altro è difficile soprattutto sui giovani. Spesso nei giovani abbiamo le due cose. Lo scompenso psicotico spesso è attivato dall'uso di sostanze. Per cui molte volte dobbiamo verificare che non ci sia un contemporaneo uso di sostanze psicoattive. Poi da qui a prenderlo precocemente e rimandarlo a casa precocemente o a tempo debito non è così automatico. Si tende a non dare subito una diagnosi a una persona, per non mettergli un'etichetta che lo potrebbe riportare poi sempre qui. La prognosi in genere sono fauste, perché poi tutto sommato riuscire a compattarli con l'uso dei farmaci e del nostro supporto, del loro e di quant'altro, si riesce in qualche modo finita la fase acuta. La cosa difficile è poi in qualche modo continuare a casa sulla stessa falsa linea del reparto per quanto riguarda poi la presa a carico e anche l'assunzione della terapia che è il nocciolo che forse funziona male. Il paziente spesso vive male la terapia farmacologica per mille motivi suoi, che possono essere il fatto di sentirsi guarito, il fatto che si sente limitato in altri ambiti come possono essere la sfera sessuale. Di conseguenza una delle prime cose che fanno è sospendere la terapia e sospesa la terapia poi rientrano. Manca un controllo sulla terapia a

casa al domicilio. Non abbiamo una *compliance* farmacologica a casa. I famigliari a volte non riescono a valutare complessivamente quanto stanno assumendo e poi i nostri utenti sono bravissimi a nascondere la terapia, riciclarla, rivenderla.

2. Una cosa che mi fa pensare è che c'è una grossa disponibilità economica da parte dei giovani e c'è un'offerta notevole per quanto riguarda le sostanze che si possono trovare. C'è veramente di tutto, basta avere quattro soldi e puoi trovare di tutto. Quando uno pensa che sono le droghe leggere, il THC ha raggiunto delle concentrazioni di sostanze psicoattive che sono spaventose e sono estremamente attivanti. Noi abbiamo aperto da relativamente poco, 2 anni, bisogna fare ancora molto. Spesso manca qualcosa a livello del territorio di intermedio che possa essere da filtro prima che arrivino qui ricoverati e qualcosa che gli possa rispondere alle loro aspettative una volta dimessi (come giovani). Non ci sono strutture per giovani e per minorenni.
3. Diciamo che ogni intervento è singolo, individuale e unico. Nel senso che con utenti simili l'approccio va per tentativi. Fa tanto l'esperienza personale o la conoscenza che c'è stata nei precedenti ricoveri. Cercare di parlare la loro lingua può aiutare. A volte vengono a cercare quello che a loro può mancare, una figura che in famiglia è latitante o poco presente. Diciamo che il confronto, la dialettica, rimangono l'arma migliore con i nostri utenti giovani. Evitando di arrivare allo scontro perché loro sono bravissimi a portarti sul loro territorio. Cercare di parlare molto chiaro aiuta sempre secondo me. La chiarezza cercando di spiegare che non andiamo a prendere nessuno a casa, ma che se ce li portano qui noi dobbiamo cercare di aiutarli.
4. Nella fase acuta è importante disinnescare la parte acuta del sintomo psicotico e in questo caso l'aspetto farmacologico è importante e dovrebbe funzionare. Un'altra cosa che fin dall'inizio bisognerebbe fare è l'attivazione da parte delle risorse territoriali che possono essere la famiglia e chi altro poi può essere presente sul territorio. Però la famiglia, con tutte le paure e i timori che una famiglia può presentare. Allo stesso modo durante la degenza è importante strutturare la giornata, nel senso dare la possibilità di riempire la giornata con delle attività. Ecco forse da questo lato siamo un po' carenti rispetto a quello che possono essere i bisogni di un utente giovane, però c'è un'offerta migliore rispetto a qualche anno fa. Ci sono dei gruppi musica, c'è il gruppo sport, si cerca di coinvolgerli a fare delle attività sia all'interno del reparto che all'esterno. Sono delle cose molto semplici che molto spesso tendono a frustrare le capacità dei nostri utenti. E poi per essere ripetitivo, nella dimissione avere un *feedback* con la famiglia, se ci fosse qualcosa sul territorio che verifica e controlla. Ci sono delle famiglie che sono funzionali all'utente e lo vogliono, lo tengono e lo rivogliono a casa appena sta bene; altre famiglie possono essere assolutamente espulsive o disfunzionali, per cui ci possono essere delle tematiche con una certa familiarità alla malattia mentale di cui diventa difficile. Ripeto dipende molto dalla famiglia, è una cosa estremamente individuale, dipende da che tipo di famiglia c'è alle spalle.
5. Non esiste una formula o un algoritmo che utente "A" con patologia "B" si fa intervento "C" e poi "D", le cose si mischiano continuamente e ogni intervento è

singolo, individuale e personalizzato. Personalizzato perché lo stesso utente a sei mesi di distanza è completamente diverso o con tematiche diverse. Forse una cosa potrebbe aiutare, il fatto di lavorare con utenti omogenei. Nel senso con patologia omogenea, se si pensa di ricoverare un gruppo di giovani, è importante avere tutti giovani, non giovani, anziani, gente con diversa esperienza e diversa storia psichiatrica di ricoveri, perché poi tendono a influenzare. Immaginiamo un ragazzo appena arrivato che non ha nessuna conoscenza dell'ambiente psichiatrico gettato tra le "braccia" degli altri utenti che magari hanno più di un ricovero alle spalle e con le paure che vive sia il giovane sulla sua malattia che con quelli che sono gli altri utenti. Forse questa cosa, una presa a carico più personalizzata sull'aspetto della patologia con solo giovani. Si è tentato ma non è stato possibile garantire un certo tipo di utenza omogenea, nel senso non si riusciva più a tenere aperto un reparto con solo giovani ricoverati. Le esigenze di posti letto ci obbligano a ricoverare altra utenza.

6. La compliance farmacologica è la cosa che spesso viene disattesa e purtroppo è così per tanti motivi. Solitamente bisognerebbe assumere la terapia per sei mesi/ un anno dopo l'esordio della malattia, ma difficilmente si riesce a mantenere per così tanto tempo. Per motivi vari, personali e altro. A volte anche il costo, perché questi farmaci hanno un costo notevole e vanno a incidere sull'aspetto economico di una famiglia che deve pagare molto per una terapia del genere, soprattutto per i neurolettici di nuova generazione.
7. Il fatto che comunque se uno non cambia quello che è stato l'elemento che ha scatenato la crisi in passato. Se non si insegna ai nostri utenti ad avere un percorso e degli atteggiamenti diversi. Se vengono riproposte le stesse tematiche, lo stesso ambiente, tendono se non impara a fare un percorso diverso, un tipo di ragionamento, un tipo di situazione se non viene snaturata e modificata la cosa porta allo stesso risultato, perciò la crisi e un ricovero ulteriore. Non so quali altri strumenti possiamo dare all'utente, soprattutto un'utenza con una patologia psicotica diventa un po' difficile scendere su una psicoterapia che ha poco effetto per imparare strategie diverse. Ripeto, quando stanno bene si sentono forti e sentendosi forti non hanno bisogno ne di appuntamenti, ne di confronti, ne di farmaci. Se c'è un esordio abbastanza veloce spesso c'è difficoltà a concentrarsi e a portare a termine quelle che sono le attività scolastiche e lavorative. Difficilmente si riesce a inserire e a dare un lavoro gratificante ai nostri utenti. Spesso vanno in assistenza, o in Ai. Si fanno dei tentativi, dentro alla clinica c'è uno spazio giovani che grazie anche tanto ad una copertura Ai si fa una formazione, un inquadramento per avere in futuro uno sbocco. Gli utenti più giovani vengono spesso indirizzati a questa cosa. Mentre se rientrano a casa c'è un aggancio sul territorio, che può seguire per un'occupazione del tempo parziale, ma non è così funzionale, spesso le cose che vengono fatte sono delle cose abbastanza banali e di poca gratifica.

#### **Intervista 4:**

1. Influisce in modo negativo, nel senso che più è tardiva l'osservazione e quindi anche la presa a carico del ragazzo giovane più la prognosi è negativa. Anche perché purtroppo accade che arrivano alla nostra attenzione dopo numerosi scompensi.
2. C'è una serie di fattori che influiscono a una difficoltà ad individuare il disagio. Sicuramente a livello culturale, nel senso che purtroppo ancora oggi nel 2015 la malattia psichiatrica spaventa. E quindi quando all'interno della famiglia si verificano situazioni in cui si vede che ci sono dei comportamenti bizzarri che vanno in qualche modo ad inficiare la quotidianità del ragazzo si tende prima di portarlo da uno specialista ad aspettare, ad attendere e si danno molteplici giustificazioni. Sicuramente anche il fatto che al momento in cui accade all'interno della famiglia alcuni comportamenti vengono vissuti normali e quindi entrano a volte anche nella disfunzionalità familiare ed è difficile. Un altro fattore è che purtroppo si tende ad arrivare da uno specialista solo nel momento in cui ci sono dei comportamenti eclatanti, quindi degli agiti aggressivi, piuttosto che delle situazioni che mettono a rischio o la vita stessa della persona o chi sta attorno e quindi insomma diventa anche difficile.
3. In questa esperienza di due anni e mezzo con i giovani, sicuramente è importante trovare il canale comunicativo adeguato con loro. Quindi in qualche modo è importante calarsi nei panni del ragazzo giovane dove oltre all'esordio di una malattia psicotica ci sono anche tutti gli aspetti che riguardano l'adolescenza piena piuttosto che una post adolescenza. Quindi sicuramente se si riesce ad utilizzare un canale che il giovane comunque utilizza hai una compliance maggiore. Un esempio concreto può essere, se il canale può essere quello lavorativo, piuttosto che quello formativo quindi anche questa progettualità che hanno, anche perché partiamo da presupposto che è una fase di malattia, sicuramente c'è una grande difficoltà però sono delle persone che hanno dei desideri, dei bisogni e che comunque hanno difficoltà ad affrontare delle frustrazioni. Quindi sicuramente se si trova un canale a cui loro aderiscono e che comprendono, perché poi alla fine da quello che ho potuto vedere hai un riscontro maggiore. Devi metterti un po' al loro livello, devi uscire un pochino dall'adulto e cercare di capire quali sono quei bisogni e quelle difficoltà che si provano quando si è giovani. Perché sicuramente da adulto minimizzi, ma se ci pensi a quello che tu hai vissuto prima, forse riesci a comprenderli di più. Soprattutto perché hanno questa grande vulnerabilità e questa grande fragilità rispetto ai coetanei, ai pari.
4. Sicuramente il coinvolgimento dell'entourage, che non riguarda solo l'aspetto familiare, ma anche il rapporto con i pari. Sicuramente verificare se c'è già una rete formale che tipo di "maglia" ha questa rete formale e soprattutto che tipo di "maglia" ha questa rete di tipo informale, anche perché è importantissimo, soprattutto nella fase della dimissione, che la persona una volta rientrata al domicilio abbia dei punti di riferimento, abbia delle risorse da utilizzare per evitare soprattutto ulteriori ricoveri. Solitamente il ragazzo che arriva alla nostra attenzione è inserito in una famiglia che in quel momento ha perso il suo equilibrio, quindi è diventata disfunzionale. Hai nostri occhi appare disfunzionale,



però è anche vero che sono riusciti a tenere un equilibrio fino a quando non c'è stata comunque una rottura. Io parto dal presupposto che l'esperienza che ho visto in questi anni; anche se all'inizio può essere una difficoltà però la famiglia è comunque una risorsa, anche perché sono giovani che quasi sempre rientrano al domicilio. Quindi se non cerchiamo di ristabilire quell'equilibrio, disfunzionale che possa essere ai nostri occhi, ma che però ha permesso ad un ragazzo giovane di condurre una vita diciamo qualitativamente adeguata fino al ricovero e soprattutto se la famiglia non è sorretta in questa manifestazione esemplare del disagio e del disturbo sicuramente è ovvio che il rischio di recidive è altissimo. Soprattutto l'escludere la famiglia è un ulteriore fattore di rischio, anche perché anche se abbiamo moltissimi giovani che hanno conflittualità e che hanno un rapporto disfunzionale con la mamma o con il papà alla fine la grande difficoltà per questi ragazzi è il distacco da questa famiglia. Secondo me è importantissimo nel bene e nel male utilizzarle come risorse. Se si vede che ci sono delle grandi difficoltà maggior ragione vanno supportate e bisogna attuare tutti gli interventi necessari per supportarli, aiutarli, cercare di fare della psicoeducazione anche ai famigliari in modo che a lungo termine diventano una risorsa e non un elemento negativo nella crescita e nell'equilibrio psicofisico del ragazzo. La psicoeducazione con i ragazzi non è facile all'inizio anche perché confronti effettivamente sulla sintomatologia e quindi sul problema. Anche perché il vissuto che hanno i ragazzi è di non essere normali, se viene più accettata la gamba rotta, il disagio psichico fa più fatica soprattutto ad un ragazzo in una fascia d'età così giovane. La psicoeducazione di gruppo è molto utile perché come prima cosa ti confronti con altre persone quindi ti rendi conto che non è qualcosa di isolato, ma può accadere anche agli altri e non è che tu sei stato il prescelto in maniera negativa. Dà degli spunti di riflessione che possono in qualche modo aiutare la persona a modificare, a cambiare anche determinati tipi di comportamenti. A me ad esempio vengono in mente le sedute di psicoeducazione riguardo all'utilizzo di sostanze che è un grave problema. Però è anche vero che ponendo anche come questione che la sostanza si può darti quel breve piacere, però nello stesso tempo può contribuire ad aumentare gli stati di paranoia, piuttosto che i delir, sicuramente molti ragazzi si sono resi conto che effettivamente ogni tanto fanno dei viaggi non fantastici. Oppure il fatto anche di confrontarsi che c'è una fase di malattia, ma si può riprendere in mano la propria vita. Lo definisco un po' come l'ottimismo realista. C'è sicuramente una grande vulnerabilità, quindi è importante fare in modo che anche i fattori di stress vengano in qualche modo ridotti, aumentando magari i fattori protettivi, però non è perché tu hai avuto uno scompenso psicotico oppure ti hanno ipotizzato una struttura psicotica, vuol dire che la tua vita è finita. Puoi comunque andare avanti, poter portare avanti i tuoi progetti di vita, crescere. Sicuramente consapevole del fatto che c'è una fragilità maggiore. Le sedute di psicoeducazione sono molto importanti perché non si limitano solo a farti capire quali sono i sintomi, ma ti danno anche degli spunti di riflessione che ti fanno capire che posso star male, ma posso anche star bene.

5. Ci sono moltissimi interventi, sicuramente gli interventi sulla famiglia, sicuramente valutare la situazione esterna alla famiglia, quindi il rapporto con i pari, che tipo di difficoltà ha presentato. Molto spesso questi ragazzi hanno in anamnesi dei fallimenti a livello formativo, quindi coinvolgere anche le istituzioni scolastiche, ma soprattutto questo potrebbe anche evitare anche lo stigma e

evitare così eventuali ricoveri. Alla base c'è una rete molto forte che deve essere costruita all'esterno, perché da solo e la famiglia sola non può sicuramente far fronte a una problematica come una malattia psichiatrica quindi vanno supportati al massimo. L'occhio deve essere posto a 360 gradi, non soltanto al singolo o alla famiglia, ma a quello che poi in qualche modo forgia un pochino il crescere e lo sviluppo della persona.

6. Sicuramente l'assunzione della terapia farmacologica, sicuramente l'andare puntuale da uno specialista. È anche vero che con il ragazzo giovane e soprattutto quando si parla di una patologia psicotica questo è diciamo lo zoccolo duro. Quindi da curanti se aspettiamo che vengano loro abbiamo già fallito in partenza, nel senso che ci saranno ulteriori ricoveri, ulteriori degenze, magari più lunghe. Quindi è importante cercare di andare incontro, creare un'alleanza, andare al domicilio, interessarsi degli aspetti scolastici, della relazione con i pari, cercare di instaurare delle relazioni con i famigliari. Anche perché poi alla base c'è l'alleanza terapeutica per la collaborazione. Fino a quando poi in alcuni casi comunque il paziente non dice più no alla terapia o ai controlli. È bellissimo il progetto che hanno fatto a Losanna dove utilizzano la figura del Case Manager dove appunto questa figura di riferimento che coordina un pochino le risorse soprattutto non aspetta che il paziente arrivi al servizio, ma si pone lui in maniera attiva in tutti gli ambiti che riguardano il ragazzo. Quindi da quello scolastico a quello lavorativo, piuttosto che la rapporto coi pari. Magari delle volte tralasciando inizialmente l'assunzione della terapia farmacologica, però cercando alla base di costruire un'alleanza, perché se non c'è quella. Il ragazzo giovane non verrà mai al servizio a prendere le terapie farmacologiche.
7. Se durante la degenza noi curanti non siamo stati in grado di lavorare sull'entourage e su quello che c'è fuori. Anche perché poi si rischia di ridurre soltanto la sintomatologia per rendere la persona adeguata per breve tempo a quello che la società ti chiede, ma poi alla fine lo reinserisci in un contesto dove le problematiche ci sono sempre. Quindi nel giro di poco se sospende la terapia farmacologica, ma anche con la terapia farmacologica, i fattori stressanti ci sono sempre. Quindi è importante se ci sono delle difficoltà a livello socioeconomico cercare comunque di dargli un aiuto. Magari non si riescono a risolvere, però il fatto che ci sia una figura di riferimento che in qualche modo lo possa accompagnare. Se ci sono delle difficoltà a livello familiare cercare comunque di aiutare la famiglia, la persona stessa ad affrontarle. Quindi è ovvio che se non lavoriamo su queste cose una volta rientrati al domicilio il rischio di recidiva è alto. È come quando si accende una spia luminosa sul cruscotto dell'auto e noi mettiamo un nastro adesivo per non vederla. Per un po' va avanti, ma prima o poi la macchina si sfascia.  
Molti pazienti sono rientrati in un contesto dove hanno reiterato i comportamenti di prima, quindi non hanno concluso una formazione, non hanno un'occupazione e quei pochi che sono riusciti ad avere un'occupazione o è perché hanno avuto un'invalidità e sono stati inseriti in laboratori, ma poi alla fine non ha funzionato. Purtroppo in questi due anni e mezzo abbiamo visto che non sono più arrivati alla nostra attenzione, noi gli abbiamo persi di vista come servizio pubblico, ma sono andati in altre cliniche. Adesso stiamo portando avanti dei progetti territoriali con il servizio per fare in modo di non perderli di vista e cercare di aiutarli ad avere una qualità di vita sicuramente migliore, adeguata ai loro bisogni

e cercando di non creare il cronico. Anche perché penso che a 20 anni delle possibilità ci possano essere. Poi ovvio, individuando le risorse stesse della persona, quindi in base anche alle capacità cognitive.

### **Intervista 5:**

1. Secondo me, o comunque dall'esperienza maturata soprattutto negli ultimi due anni e mezzo da quando esiste questo reparto specialistico è un bene se il primo ricovero avviene in tempi possiamo dire di qualche mese rispetto alla comparsa dei primi segni e sintomi evidenti di bizzarria, comportamenti particolari o anche soltanto l'isolamento in casa e la perdita dei contatti. Sono segnali che un genitore può interpretare in un milione di modi, ma che se riesci a collegare tutti i puntini sperando non da solo, ma con il supporto di qualcuno, vale la pena arrivare subito a contatto con un professionista che può anche magari pensare di indirizzarlo in un reparto come il nostro. L'ammissione in tempi brevi sicuramente aiuta, perché se una famiglia, magari spaventata dall'idea della malattia mentale o che magari ha lo zio matto in famiglia che è stato allontanato da qualcuno o che magari arrivano da qualche contesto particolare dove c'è una società un po' più chiusa e ha paura di ammettere anche solo l'ipotesi remota di un disturbo psicologico o psichiatrico si tende comunque a nascondere la realtà dei fatti o comunque a disegnarla in maniera diversa da come è. È capitato più volte che la gente semplicemente non volesse o non avesse le forze di ammettere che magari il proprio figlio ha una malattia mentale o ha una malattia con la quale dovrà fare i conti con il resto della vita, o perdere diversi anni, o semplicemente che un genitore si dica: "Ok, ma allora se mio figlio è matto non lo porterò mai all'altare? Non avrò dei nipoti?". Passano le peggiori idee per la testa e c'è chi reagisce in maniera rabbiosa cercando quindi anche il distacco per riprendersi un po' lo spazio e rivalutare la questione sotto un altro punto di vista e chi invece tende a occuparsi di tutto per negare il problema. Credo che l'atteggiamento del negare il problema non valga mai la pena, per cui quando si ha la forza di chiedere aiuto è già sicuramente un atteggiamento positivo e permette anche sia per la degenza, che per la prognosi, che per il post ricovero di avere delle basi solide. Perché non significa aver paura e allora chiamo subito il medico, ma significa che io non so cosa fare, so ammetterlo e allora chiamo un medico. Ho il coraggio di ammetterlo e avrò il coraggio di prepararmi quando tornerai a casa, dovrò fare io un percorso per accettare il fatto che comunque mio figlio ha affrontato qualcosa che magari è indotto da una sostanza, ma magari è semplicemente organico, magari è semplicemente il caso. Per cui sì il contatto, non necessariamente il ricovero, ma il contatto con un professionista è importante, influisce tanto sia sulla degenza, che sulla prognosi che sul post ricovero.
2. Soprattutto per il fatto che siamo nel 2015 il più grande ostacolo è la paura in un cantone così piccolo. Siamo una realtà che si proietta sul futuro, ci sono delle grandi città, è un mondo tecnologico, ma la gente racconta ancora storie dei pazienti degli anni '70 e questo è un peccato. Mi è capitato di discutere anche con miei semplici conoscenti del semplice fatto del posto in cui lavoro e se io lavorassi in ospedale non si farebbero così tanti problemi. Per cui lo stigma numero uno. Che poi siamo 350'000 in Ticino, c'è sempre qualcuno che conosce qualcuno che è passato di qui. Quindi fin tanto che le nuove generazioni, gli

amici delle nuove generazioni, i famigliari delle nuove generazioni non si confronteranno con un'esperienza positiva non potranno raccontarla. Anche se avranno un'esperienza positiva se non avranno il coraggio di raccontarla per paura di come gli altri interpretano, gli altri non sapranno mai. Io ho appena completato un lavoro per la specialità incentrato sulla necessità di accogliere non soltanto i famigliari, ma anche tutto il resto dell'entourage di un utente al primo esordio, soprattutto per quello che è il favorire del mantenimento dei contatti anche durante il ricovero. È ovvio che nel primo periodo devi confrontarti con tutta una serie di novità di stimoli, di persone, di posti, di limiti ed è dura. Però se hai la possibilità di avere il tempo in una stanza in cui puoi avere le tue visite, sfogarti, piangere e dire a qualcuno che ti manca, ti permette di non perdere quello che hai fuori da qui. Perché qui siamo in una bolla il più delle volte e è un altro mondo, è un villaggio a sé, un posto a sé e fuori da qui non hanno idea di cosa succede. Chi è cresciuto qui e nei dintorni è abituato a venire qui tutti gli anni per la festa campestre, farsi il giro in bicicletta, la corsetta, o portare i figli al parco è un conto. Chi abita semplicemente in fondo all'altra parte di Mendrisio e magari non ci viene da queste parti, è il manicomio, è il neuro, punto. Io sono convinto che comunque l'aver puntato tanto su un reparto come il nostro ci permetta di lavorare con utenti che hanno soltanto una conoscenza parziale di questo posto. Però poi quando ti confronti e se veramente i tuoi amici vedono il percorso che fai e se quando torni a scuola riesci a riprendere la tua vita, se con i tuoi genitori, i tuoi cugini, i tuoi vicini di casa riesci a dirlo e se la testa della gente cambiasse là fuori sarebbe sicuramente più facile. Sono convinto che però le esperienze positive vissute adesso sono quelle che un giorno i nostri ragazzi avranno il coraggio di raccontare. E solo così cambierà qualcosa, altrimenti saranno sempre le storie di quello che ha rincorso la torcia olimpica per accendersi la canna, quello che era chiuso in un armadio che credeva di essere una pesca, le storie più eclatanti dell'amico, dell'amico, che era strafatto e ha fatto la cazzata troppo grande ed è finito sul giornale quel giorno. Fintanto che la psichiatria saranno i casi eclatanti da raccontare e farci due risate, per la gente fuori non cambierà il modo di vivere il ricovero. Quindi sì, le ragioni che stanno alla base di un mancato intervento tempestivo è proprio la paura di doversi confrontare con tutto un mondo che purtroppo ci insegnano di aver paura e timore, ed è un peccato.

3. Secondo me per quanto riguarda atteggiamento/attitudine o comunque modo di porsi con i nostri ragazzi, che ho trovato estremamente positivo e soddisfacente è il fatto di cominciare a porre le basi per una relazione sana e terapeutica tra curante e utente senza l'elemento della terapia farmacologica. Tanti ragazzi hanno anche le prime settimane di ricovero senza una terapia per il semplice fatto che fino a che non hai osservato com'è la situazione non puoi nemmeno dosare l'intervento farmacologico. E se già parti imponendo qualcosa di così piccolo, ma a tutti gli effetti così gigantesco; "Se prendo questa pastiglia probabilmente dovrò prenderla per tutta la vita", "se non prendo la pastiglia mi fanno l'iniezione", "mi tengono e mi fanno la puntura se io mi rifiuto", oppure creare situazioni in cui proprio si impone è sicuramente pericoloso perché sin dall'inizio crei un gran rancore nella gente, "mi hai fatto male, mi hai tirato giù i pantaloni, mi sono vergognato". Magari poi la situazione è così eclatante che capita in corridoio, e son cose che capitano. Ma se nelle prime settimane ci permettiamo di non imporre una terapia perché non crediamo che la terapia

farmacologica sia l'unica cosa che può salvare i nostri ragazzi, questo credo sia l'atteggiamento migliore. Quando sin da subito partiamo con, ha fatto questo, si è comportato così, allora gli mettiamo questo, è già sbagliare. È già decidere che un farmaco reagirà in un modo quando il paziente ancora a malapena l'hai visto. Per cui se uno mi deve dormire due giorni e poi mi deve fare il matto una settimana a me sta bene, anche perché se diventano più floridi questi deliri al punto di diventare pericolosi puoi intervenire, ma dopo aver provato altro. Se invece ti dai il tempo di trovare gli spunti deliranti, piuttosto che quali elementi sono più pericolosi di altri, o magari andare a ritroso in un delirio e capire quando si è sviluppato, in relazione a chi o a cosa. Quando poi a proporre una terapia il paziente ha magari già sviluppato un minimo di critica, per cui può avere fiducia nei tuoi confronti che gliela stai proponendo, non sentirla imposta, ma avere la possibilità comunque di scegliere e magari in casi idilliaci sviluppare il dubbio che possa essere effettivamente la cosa che gli serve. E questo tantissime volte è quello che manca, perché la pastiglia viene vissuta come un "Fate diventare ricche le case farmaceutiche, fate gli esperimenti su di me, per voi sono una cavia" e funziona tutto così ed è un vero peccato.

4. Pensando alle varie fasi del ricovero potrei dire che sono convinto che nella fase iniziale il contatto o comunque la stimolazione a non perdere il contatto con i propri famigliari sia fondamentale come prima fase per permetterti di non sentirti solo e abbandonato. Anche perché come ti dicevo è entrare in un mondo completamente nuovo con stimoli nuovi, persone nuove di cui sicuramente si può avere paura. Nella fase centrale, quindi dopo esserti confrontato con il tuo malessere ed essere confrontato con quanto stai male, con i tuoi deliri, con il fatto che quello che vedi forse non lo vedi o lo vedi soltanto te, che quello che senti è nella tua testa e non è fuori, che forse la pastiglia ti aiuta e che sono un casino di novità. Nella fase centrale io sono convinto che la psicoeducazione come la stiamo facendo adesso sia utilissima. Anche perché affrontiamo la psicosi con i suoi aspetti, i suoi segni e i suoi sintomi, l'interazione tra la cannabis e la psicosi, il ristabilirsi dopo un evento psicotico acuto, sono comunque aspetti fondamentali che devi prima o poi discutere. Una psicoeducazione per come la facciamo adesso, quindi una tavola rotonda con pazienti selezionati, due volte alla settimana, con delle schede che affrontano quelle tematiche, dando l'opportunità di esprimersi su cosa leggo in questa scheda, qual è la parte più importante, qual è il mio vissuto, il confronto con i ragazzi è importantissimo. In una fase però di dimissione le questioni che si pongono sono veramente tantissime. Innanzitutto un aggancio esterno, inteso non esclusivamente con un SPS o con uno psichiatra privato, ma il riuscire a trovare qualcuno, qualunque figura sia (professionista della salute) con il quale ti senti libero di parlare, libero dal condizionamento di non poter dire qualcosa perché magari interpreta o non mi capisce e poter dire quello che senti. Avere qualcuno che ti ascolterà quando sei fuori. Nel periodo prima della dimissione indubbiamente quali sono i segnali precoci di crisi che è molto utile nel creare nell'utente cosa ho affrontato prima di perdere il controllo e poi ritrovarmi qui e cosa è cambiato in me rispetto a quando stavo bene. Ti permette di mettere in luce che c'è stato un periodo di transizione, per alcuni più lungo, per alcuni più corto, ma indubbiamente un periodo di transizione tra quando ero un ragazzo che non aveva alcun problema e adesso che sono diventato uno degli utenti del reparto di psichiatria. In tutte e tre le fasi la prima dovrebbe continuare, quindi il contatto con l'esterno io sono dell'idea

che andrebbe mantenuto sempre. Perché se perdi il contatto o se esci e hai paura di parlare con qualcuno con cui magari hai condiviso un milione di esperienze, ma questa l'hai vissuta da sola e non ti va di raccontarla perché se no poi passi per matto e poi sei semplicemente il pazzo che è stato a Mendrisio va a finire che ti isoli e ti ritrovi a finirci un'altra volta. Ti trovi da solo a macinare l'esperienza che hai fatto non uscendone veramente più neanche se ne sei già uscito, ed è un vero peccato. Fondamentale anche il minimo insegnamento ai genitori, il genitore è importante che sappia cosa è successo, che abbia tutta un'informazione se vuoi anche statistica, del fatto che non capita solo a te, non capita solo a tuo figlio. Ci sono genitori che l'hanno già affrontato con la quale puoi condividere un'esperienza, ci sono i gruppi di autoaiuto per i genitori di malati psichiatrici, ci sono un sacco di momenti d'incontro, di associazioni, pazienti, utenti, famigliari, amici, eccetera. Riuscire a trovare un contesto nel quale esprimere il proprio vissuto permette agli altri di sapere cosa affronteranno se sono all'inizio di questa esperienza, permette a qualcuno che l'ha già vissuta semplicemente di dirla ad alta voce che è importantissimo, permette a tanti genitori di alleviarsi la tensione perché dice "Ok allora non sono soltanto io che ho avuto paura di mio figlio", "Non sono soltanto io che un giorno mi sono arrabbiato così tanto che avrei voluto non volerlo e adesso mi vergogno a morte di quel pensiero". Il genitore se si trova intrappolato e non riesce più ad avere la forza di esternare certe cose finisce per ammalarsi anche un genitore. E poi una serie di informazioni a tutti quelli che saranno i *caregiver*. Noi ci focalizziamo tantissimo su quelli che sono i genitori, ma trovo che andrebbe posta particolare attenzione sui fratelli e sulle sorelle, soprattutto coetanei o di una fascia d'età vicina, perché tante ricerche ci danno come *outcome* e *feedback* che un fratello e una sorella sono le persone che più ti possono riportare ad aprirti alla società. Se la tua mamma a 20 anni ti porta al cinema non è come se tua sorella ti porta al cinema, se tu certe cose le vuoi raccontare a qualcuno magari al tuo genitore ti vergogni a un fratello o a una sorella non ti fai problemi. Dubbi, paure, pensieri, è brutale dover aver paura di raccontare un pensiero di cui si ha già avuto paura. Immaginare di fare del male a qualcuno e non poterlo nemmeno esprimere il pensiero. Non perché lo farai, ma perché hai paura che se lo dici qualcuno pensa che lo farai. Sono pensieri che in una mente in una fase di instabilità possono esserci. Se non hai mai potuto esternare un pensiero così disturbante con nessuno è ancora peggio perché ti rimane dentro ti "bolle". Per cui l'attenzione ai *caregiver* tanto alla dimissione anche perché sono le persone con cui l'utente si confronterà di più. Un minimo di informazione all'entourage, anche agli amici e non al direttore della scuola e basta, ma al direttore della scuola, all'insegnante, ma anche ai tuoi compagni di classe che sono i più stretti. Perché se il momento in cui tu ritorni in classe magari lo sanno già tutti, ma nessuno lo dice dove sei stato. E magari tu ti inventi anche la storia che ti sei rotto le gambe e sei stato in riabilitazione, ma magari lo sanno tutti e tu vivi una menzogna credendo di non poterla dire quando in realtà allieveresti la tua tensione, quella degli altri e magari un giorno fai girare le balle a qualcuno e ti danno del matto sapendo che sei stato a Mendrisio e allora li sprofondi come uno struzzo con la testa sotto la sabbia. Quando invece già accogliere delle visite qui permette di creare un minimo d'informazione, di creare un contatto tra noi e il fuori, tra l'utente e il fuori, quando torni in classe metà della gente della classe è venuta a trovarti ogni settimana, sanno i nomi degli infermieri che ti hanno seguito e che gli hanno chiesto: "Cosa gli piaceva prima? Quando l'hai visto cambiare? Cosa

credi possa servirci in questo momento? Capitava già prima che si comportasse così?”. Permette a noi di conoscere meglio un’utente e a chi è fuori di sentirsi utile. Far sentire anche più accettato e compreso chi è ricoverato.

Ci sono inoltre esperienze di genitori disturbanti e con disturbanti intendo proprio dei sistemi familiari che già non funzionavano prima e dal momento che un utente è ricoverato qui, in tal caso il figlio, diventano disturbanti qui. Magari il ruolo di una madre troppo protettiva in casa cerca di trasferirlo qui, magari con le visite tutti i giorni, magari il padre accusatorio, piuttosto che la madre instabile, si prendono troppo spazio qui dentro trasferendo tutte le dinamiche di casa qui. Allo stesso tempo ci sono genitori che si sono dimostrati delle risorse gigantesche. Magari a casa in quel modo da soli non funzionava più. Dal momento in cui viene preso a carico un utente, il genitore stesso potrebbe decidere di essere preso a carico fuori, chiede dei contatti regolari con noi, si dimostra attento all’evolversi della situazione senza però sostituirsi all’utente e ne a noi, in tal caso la famiglia è una risorsa. È una risorsa perché è il mondo in cui si torna una volta fuori. È una risorsa anche per come il genitore impara a parlarne fuori, perché se il tuo vicino di casa ti chiede dove è tuo figlio che sono tre mesi che non lo vedo. E il genitore si inventa che sei partito in Australia invece di avere il coraggio di raccontare determinate cose, può darsi che non gliene deve fregare niente al vicino, ma può darsi che il giorno che rientri a casa ti chiedono “Ah, ma come era l’Australia?!”. Ciò può creare piccoli conflitti, piccole spaccature che con il tempo si ingrandiscono e si rompono. Se non c’è una fiducia di base, se non ci sono le informazioni nostre che trasferiamo alla famiglia; perché noi da loro pretendiamo tanto. Tutta una serie di informazioni rispetto a come stava prima, ma se poi non gli diamo niente in cambio, loro ci hanno dato tutto, figlio incluso, per poi avere in cambio un figlio diverso da come ce l’hanno consegnato, lo vedranno sempre come un “me l’hanno rovinato”. Se invece vengono inclusi in tutto il processo di cura hanno modo di vedere con un occhio, non dico critico perché si tratta comunque di un genitore, ma più attento tutto l’evolversi della situazione. Quando si fa un percorso di segni e sintomi pregressi al ricovero anche il genitore che possa capire che quel comportamento che suo figlio aveva a 16 anni, forse già quello poteva essere un campanello d’allarme, al prossimo comportamento così avrò un occhio più attento. Sarà più veloce il contatto con il professionista con cui si è creata una buona relazione. L’importante è anche capire in fretta se la famiglia è una risorsa o meno, perché se lasciamo troppa libertà subito e poi dobbiamo toglierla creiamo del conflitto, che nonostante il conflitto possa essere positivo, un genitore incazzato è un genitore incazzato.

5. Sì, alcuni dei quali li ho già elencati prima; la psicoeducazione sicuramente per comprendere che cosa si sta vivendo, comprendere cosa si vivrà e il confronto con l’altro anche per avere un minimo di prospettiva per il futuro. Una cosa che mi è venuta in mente immediatamente è l’aver un occhio di riguardo sul quadro completo dell’utenza nel reparto. Nel senso che siamo un reparto di esordio psicotico in un cantone piccolo, non abbiamo mai 14 esordi psicotici insieme. Questo vuol dire che abbiamo determinati posti che vengono assegnati ad ammissioni generali, ma se non c’è un’attenzione su chi viene messo in questo reparto senza essere un esordio psicotico, ci ritroviamo a mettere nello stesso reparto, negli stessi spazi, a far mangiare insieme, a far fumare insieme, utenti che possono in qualche modo influire negativamente sugli altri. Va pensato il

confronto tra ogni utente. Per cui dal momento in cui io ragazzo di 16/17/18 anni sono ricoverato e poi a colazione mi trovo di fronte un quarantenne o un cinquantenne con 25 anni di ricovero che mi dice “non prendere le pastiglie perché questi qua ti rovinano”, “fai attenzione che ti fanno l’iniezione”, magari alzano i toni per cui poi si arriva ad un intervento e il minorente vede la situazione di tensione e sente la tensione del reparto pre durante e post intervento. Si crea sfiducia, si crea paura, si crea un clima in cui inevitabilmente l’utente si confronta con l’altro utente. Se il confronto avviene tra coetanei le esperienze possono essere più simili e in un reparto nuovo sono quasi tutti alla prima esperienza o alle prime esperienze. Si conoscono e si creano anche un gruppo più affiatato. Se in un gruppo dove ci sono minorenni, diciottenni, ventenni aggiungi lo psichiatrico istituzionalizzato che ha una moltissimi ricoveri alle spalle con delle terapie che sono quelle che sono, crei sfiducia, crei paura di cosa sto per diventare.

6. La prima inevitabilmente l’assunzione di una terapia in maniera regolare. Soprattutto perché se non c’è un insegnamento, non dico costante, ma chiaro e che abbia risposto a tutti i dubbi dell’utente, appena sei fuori e ti senti bene pensi che non ti servono più. Prendi la pastiglia per il mal di testa, quando mi passa il mal di testa smetto di prenderle. Se non c’è un insegnamento che ti da le basi per comprendere il tuo malessere, non è che tutti sono incapaci di comprendere a livello organico cosa è un neurone, una sinapsi, un recettore, come funziona un farmaco. Ci sono persone che dal momento che sanno determinate informazioni possono anche immaginarsi come è nato il loro problema, come si sviluppa, lo immaginano graficamente o in chissà quanti altri modi. Se però gli diciamo “tu devi prenderla, punto”, già non funziona. Io sono dell’idea che nell’assunzione della terapia, o comunque nel proporre la terapia, sin da subito sia fondamentale mettere in chiaro che non necessariamente si parla di una terapia per tutta la vita, ma se non vuole parlare di una terapia per tutta la vita, allora si sta parlando di una terapia con una tempistica chiara. In un caso di esordio psicotico in adolescenza, avere il coraggio di dire: “guarda che una terapia con un neurolettico per far sì che possa essere l’unica terapia che fai e per far sì che poi tu non debba avere più la necessità perché ristabilisci il tuo benessere e trovi altre strategie per stare bene, significa che tu questa pastiglia la prendi regolarmente per sei mesi o un anno”. Può sembrare tantissimo se stiamo parlando di un quindicesimo o di un ventesimo della tua vita, ma nella prospettiva che sia un settantesimo o un ottantesimo della tua vita un anno di una pastiglia è poco. È poco e se questo basta a non doverne poi prendere più per tutto il resto della tua vita. Se non lo spieghiamo il paziente pensa che stia meglio e non prenderà più quella roba chimica. Quindi più che l’assunzione di una canna o di una birra ogni tanto, proprio il voler prendere la pastiglia. Entrare nell’ottica del doverla prendere tutti i giorni a quell’ora. Trovare l’ora migliore, non qui dentro, ma una volta fuori. Se quel neurolettico che sei abituato a prendere alla mattina, ma poi se lo prendi alla mattina a scuola non puoi andarci, non è alla mattina che devi prenderlo. Qui poteva andare bene, per fuori no. Che quindi ci sia un medico decente che fuori sappia dosare quel farmaco, non scalandolo per darti il contentino, così tu vieni tutte le volte sperando che te lo scalo ancora finché tu non ce l’hai più fine; ma chiedendoti come stai, dosandolo, spezzandolo nella giornata, mettendolo tutto la sera, spiegandoti tu quanto ne hai bisogno, dandoti le informazioni giuste. Poi si arriva al processo di



scalare la terapia e poi la terapia finisce e poi uno psicoterapeuta lo vedi una volta ogni qualche mese, poi una volta all'anno e poi è quella storia che puoi raccontare. Quella volta che hai dato fuori, eri al limite, hai avuto bisogno di qualcuno e qualcuno ti ha aiutato. E magari quel qualcuno siamo stati noi.

7. Sicuramente il voler smettere di prendere una terapia, ma allo stesso tempo la paura del confronto con l'altro dopo il ricovero ti chiude inevitabilmente. Mi è capitato di dover discutere con i colleghi di come prepariamo i nostri utenti alla dimissione ed effettivamente se tu bocci un anno di scuola e l'anno dopo vedi i tuoi compagni di classe che sono all'anno in cui dovresti essere tu, ma tu hai bocciato, te ne fai una ragione. Pensi che hai fatto il lazzarone, sei andato alla partita invece di studiare, ho saltato molti esperimenti, non ho studiato niente, non facevo i compiti, è colpa mia. Ma se devi confrontarti con i compagni di classe che vanno avanti e tu l'anno di scuola l'hai perso perché sei stato ricoverato a inizio anno, non sei più riuscito a metterti in pari, l'anno prossimo ti confronti con tutte nuove classi che non conosci, tu sei quello grande che ha bocciato, ma non si è capito come mai. Vedi gli altri che vanno avanti mentre tu sei fermo sul posto e ti chiedi se stai rivivendo la stessa cosa. Capita che per più di un anno ci siano ricoveri nello stesso periodo perché rivivi le stesse dinamiche. Chi ti si avvicina?! Chi ti vede più senza quel paio di occhiali sul naso?! Inevitabilmente torni a casa e non esci la sera, poi il giorno dopo nemmeno ci vai a scuola, poi il giorno dopo la stessa cosa, poi non esci più nemmeno dalla tua stanza, poi non ti cambi più, poi non ti lavi più e poi tua madre chiama l'ambulanza e ti riportano qui e riinizia tutto da capo. Il tutto perché non sono state messe le basi per permettere un rientro sano, non nella società, ma in quello che sono gli aspetti più sensibili del tuo rientro in società: la scuola, il posto di lavoro, il vicino di casa o quel giro di amicizie a cui non avresti il coraggio di dirlo. Questi sono sicuramente aspetti rischiosissimi.

LT approvato in data: