



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle relazioni interpersonali

LA SINDROME PSICOTICA ATTENUATA

ATTENUATED PSYCHOSIS SYNDROME

Dottoressa Novara Caterina

Kartchner Izabella

Matricola N° 1237456

Anno accademico: 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1: DISTURBO PSICOTICO

1.1 FASI DI SVILUPPO DELLA PATOLOGIA PSICOTICA

CAPITOLO 2: SINDROME PSICOTICA ATTENUATA

2.1 PERIODO PRODROMICO

CAPITOLO 3: PETIZIONE CONTRO IL RISCHIO DI MEDICALIZZAZIONE DI CONDIZIONI FISILOGICHE

CAPITOLO 4: INTERVENTI

4.1: L'ESORDIO PSICOTICO. UNA PROCEDURA DI INTERVENTO PRECOCE E MULTIDISCIPLINARE

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Il termine psicosi indica una condizione medica derivata da una disfunzione cerebrale che comporta un cambiamento nella percezione che si ha del mondo circostante. Questo disturbo è spesso accompagnato da un vissuto di perdita di contatto con la realtà (Dipartimento di Salute Mentale Trieste, 2014a). L'esordio di un disturbo mentale ad alto impatto, come la psicosi, determina nella persona che ne viene colpita l'emergere di importanti alterazioni sensoriali, cognitive, emotive, comportamentali e relazionali che non rimangono limitate all'esperienza individuale (McFarlane, 2012). L'esordio di tali disturbi può avvenire in qualsiasi momento nel corso della vita di un individuo, ma la maggior parte dei disturbi psicotici insorge durante l'adolescenza o nella prima età adulta e, nei maschi, più precocemente. Il valore mediano di insorgenza della patologia è infatti pari a 22-23 anni, sebbene nelle donne appaia spesso posticipato di 3-4 anni rispetto agli uomini, che tendono a sperimentare una sintomatologia più grave e una prognosi più severa (Kessler et al., 2007). Di conseguenza l'individuazione di nuclei endogeni patologici, già di per sé resa difficoltosa dall'aspecificità dei sintomi, appare ulteriormente complicata dalla coesistenza delle problematiche caratteristiche dell'età evolutiva, come il processo di individuazione-separazione, l'abuso di sostanze psicotrope (30-70% dei primi ricoveri), le difficoltà d'inserimento nella società e l'assunzione di un ruolo all'interno di quest'ultima (Hafner et al., 1995). Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo. In particolare, l'Oms sottolinea che, nel mondo, il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e che le condizioni neuropsichiatriche sono la principale causa di disabilità nei giovani di tutte le Regioni Oms. La metà delle malattie mentali inizia all'età di 14 anni, dicono gli esperti, e tre quarti comincia entro i 25 anni. Se non trattate queste condizioni possono influenzare pesantemente lo sviluppo dei giovani e la possibilità di vivere vite soddisfacenti e produttive da adulti. Si stima che la percentuale di problemi legati alla salute mentale per i ragazzi e le ragazze in Europa fra i 10 e i 19 anni è del 16,3%, mentre il dato globale nella stessa fascia di età è del 13,2%. In Italia, nel 2019, il 16,6% dei ragazzi e delle ragazze fra i 10 e i 19 anni soffre di problemi legati alla salute mentale, circa 956.000 in totale. Fra le ragazze, la percentuale è maggiore (17,2%, pari a 478.554) rispetto ai ragazzi (16,1%, pari a 477.518) (Unicef, 15 ottobre 2021).

CAPITOLO 1: DISTURBO PSICOTICO

Secondo il modello “stress-vulnerabilità” (Zubin e Spring 1977; Strauss e Carpenter 1981; Neuecheterlein 1987; Ciompi 1988; Perris 1989) l’esordio psicotico è il risultato di un meccanismo polifattoriale, ossia dell’interazione tra una vulnerabilità di base, fattori stressanti e processi intrapsichici. Preti e Wilson (2011) affermano che la preesistente vulnerabilità determinerebbe un’anomala riorganizzazione sinaptica (fase della pubertà) che in condizioni ambientali “sfavorevoli” produrrebbe il precipitare dei sintomi e dunque il manifestarsi dell’esordio. La sintomatologia psicotica si sviluppa lentamente all’interno di un processo caratterizzato da fluttuazioni.

Nel decorso del disturbo psicotico si assiste a variazioni delle dimensioni psicopatologiche, per cui è stata pensata una classificazione incentrata su stadi di malattia, corrispondenti a livelli evolutivi del disturbo, generalmente sulla base di quattro periodi o fasi successive (Häfner et al. 2003);

1. Fase premorbosa
2. Fase prodromica
3. Fase acuta
4. Fase di remissione

La fase premorbosa è caratterizzata dalla sola presenza di fattori di rischio, in assenza di segni psicopatologici (Bisogno et al., 2019a). La fase premorbosa è caratterizzata dalla presenza di lievi anomalie che precedono di alcuni anni l’espressione clinica della patologia, ovvero “segni e sintomi di un determinato gruppo diagnostico che precedono il disturbo, ma non predicano l’esordio” (Eaton et al., 1992).

La fase prodromica, altresì definita *Sindrome Psicotica Attenuata – APS* (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione - DSM 5), è caratterizzata da sintomi che non soddisfano i criteri per un esordio franco, in quanto meno severi e più transitori. Sostanzialmente i soggetti in fase prodromica presentano sintomi psicotici in forma attenuata, esorditi o peggiorati nell’ultimo anno, meno pervasivi e frequenti (non tutti i giorni) rispetto ai sintomi caratterizzanti un esordio. Altro fattore discriminante è che i soggetti in fase prodromica o psicotica attenuata presentano un giudizio di realtà relativamente intatto: per questo alle manifestazioni sintomatiche

sono associati elevati e intensi livelli di angoscia. I soggetti che rispondono ai criteri per la APS sono identificati in letteratura come “stato mentale a rischio” (at risk mental states, ARMS - Yung e McGorry 1996).

La fase acuta è invece caratterizzata dall'esacerbazione dei sintomi positivi, quali deliri e allucinazioni (Bisogno et al., 2019b). La malattia grave, se lasciata a sé, evolve verso una progressiva perdita di abilità cognitive e sociali, a sua volta premessa per un peggioramento sintomatologico e comportamentale (Cocchi e Meneghelli, 2012a). Con l'attenuazione della sintomatologia positiva, prevalgono i sintomi negativi e i sintomi aspecifici che si erano già presentati nella fase prodromica. Se il paziente permane in questa fase a lungo, senza che si instauri una remissione completa, si sviluppa uno Stato Residuale della Schizofrenia, in cui predominano i sintomi negativi, ed è caratterizzato da alterazioni della personalità, apatia, deficit nel funzionamento, deficit dei contatti sociali, appiattimento affettivo, ipocondria, in casi gravi anche da una grave perdita degli interessi e dell'iniziativa, perdita della competenza sociale con ritiro sociale fino all'autismo, impoverimento affettivo e grave trascuratezza dell'igiene personale (Perdighe et al., 2018).

Nella fase di remissione vi può essere una completa recessione dei sintomi acuti, con un miglioramento del funzionamento psicosociale (recovery) oppure una remissione parziale, in entrambi i casi sono, però, possibili delle ricadute.

2.1 PERIODO PRODROMICO

Nel periodo storico antecedente all'ultimo aggiornamento del DSM gli esperti si sono interrogati sugli stati precedenti alla psicosi conclamata, concettualizzando alcune possibili definizioni: alcuni autori hanno utilizzato il concetto di fase prodromica per indicare il periodo di tempo che precede una ricaduta psicotica. Kablinger et al., invece, hanno definito il periodo prodromico come l'epoca precedente l'esordio di una psicosi, in tale fase non apparirebbero disturbi del pensiero rilevabili ad una prima osservazione del paziente. Bechdolf et al. hanno individuato nella fase prodromica la cosiddetta lieve produttività psicotica, caratterizzata da disturbi della percezione e del pensiero clinicamente rilevabili.

Grazie all'inclusione dei sintomi di rischio nel DSM-V, la medicina moderna si è potuta dedicare con ancor più impegno alla predizione e prevenzione delle malattie, in particolar modo a ciò che concerne i disturbi mentali. Nonostante molti esperti siano contrari all'inserimento dell'APS nel

DSM, alcune ricerche, invece, dimostrano che individuare e quindi riuscire a trattare con un determinato anticipo il disturbo psicotico dia risultati terapeutici positivi.

L'esperienza psicotica si pone, dunque, lungo un continuum ed è importante cogliere la continuità esistente tra i primi sintomi di malattia (aspecifici) e la manifestazione franca. L'individuazione precoce della "traiettoria" psicotica consente, se non di evitare la transizione verso l'esordio, sicuramente di moderarlo e ridurne l'impatto.

Ancor prima del prodromo o stato mentale a rischio o APS è possibile intercettare fasi precocissime di malattia attraverso l'individuazione di quelli che sono definiti "sintomi di base". Huber (1998), Schultze-Lutter et al. (2010) parlano di sintomi di base che, presenti sia negli stadi precoci della malattia che nelle forme residuali, costituiscono quadri deficitari suscettibili di compenso in condizioni ambientali favorevoli. I sintomi di base sono esperienze soggettive anomale, non visibili dall'esterno e vissute con disagio, che fluttuano già anni prima della franca psicosi e che riguardano prevalentemente la sfera cognitivo-percettiva (disturbi del flusso di coscienza; ridotta tolleranza allo stress; difficoltà ad organizzare il pensiero; deficit dell'interazione sociale, come ritiro sociale e riduzione dell'espressività emotiva). Sullwold (Stanghellini, Ricca, Quercioli, Cabras, 1991), sulla base dello sviluppo del questionario Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms di Huber, ha individuato 10 aree del funzionamento mentale cui corrispondono i seguenti 10 insiemi fenomenici:

- perdita del controllo esecutivo: si riferisce all'area volitivo-decisionale; il soggetto presenta difficoltà nella capacità di dirigere i propri pensieri e le proprie azioni;
- percezione semplice e percezione complessa: riguardano esperienze di alterazioni qualitative relative alla percezione di singoli oggetti o di particolari di oggetti, quali ad esempio la microspia, la visione sfuocata o l'alterazione nella percezione dei caratteri di familiarità degli oggetti;
- linguaggio: riguarda i deficit delle capacità linguistiche, definiti come le competenze individuali ad accedere ad appropriati codici linguistici al fine di comprendere, esprimere e comunicare l'esperienza;
- pensiero: riguarda deficit delle capacità di attenzione e di resistenza agli stimoli interferenti; quali sintomi di base si osservano fenomeni come tachipsichismo, interferenza, invadenza dei pensieri;
- memoria: riguarda disturbi qualitativi della memoria, prevalentemente in rapporto alla funzione della sintesi mnesica rappresentativa;

- motricità: riguarda alterazioni qualitative dell'espressività gestuale o mimica che può essere percepita dal soggetto stesso come dissonante rispetto ai contenuti verbali o alle intenzioni motorie;
- perdita di automatismi: riguarda prevalentemente le esperienze di dubbiosità e di perplessità sulle attività abituali e quotidiane;
- anedonia ed ansia: esprime la mancanza di spinta motivazionale e la suscettibilità all'ansia;
- eccesso di stimoli: esprime il vissuto soggettivo di percepire come eccessivi ed invasivi stimoli comuni della vita quotidiana, generalmente visivi o sonori.

Precedentemente all'inserimento dell'APS nel DSM-V, molti esperti si sono interrogati riguardo all'esistenza di una possibile fase prodromica al disturbo psicotico. In particolare, studi precedenti l'aggiornamento del DSM sembravano indicare che l'intervento terapeutico all'esordio del disturbo schizofrenico fosse accompagnato da buoni risultati terapeutici, di conseguenza il tempo necessario per ottenere la remissione di un episodio psicotico con il trattamento farmacologico aumentava quando l'esordio della terapia era stato più tardivo, in tal caso il paziente era, inoltre, meno responsivo al trattamento antipsicotico negli episodi successivi, e i sintomi residui permanevano in maggior misura con una progressiva compromissione delle capacità funzionali (Wyatt, 1991; Lieberman, 1991)

In linea generale, prima che l'APS venisse inserito nel manuale, i sintomi che principalmente venivano individuati nell'ambito della fase prodromica della malattia schizofrenica erano rappresentati da un cambiamento del modo di essere dell'individuo, nella maggior parte dei casi adolescente, rispetto allo stato di funzionamento precedente. In particolare, veniva evidenziato ritiro o isolamento sociale, riduzione delle capacità a svolgere compiti di lavoro, modificazioni, anche se non particolarmente significative, del pensiero nei suoi aspetti formali e di contenuto (Pancheri, Carilli, 1999).

Klosterkotter et al. (Klosterkotter, Hellmich, Steinmeyer, Schultze-Lutter, 2001) hanno evidenziato, in uno studio prospettico multicentrico condotto su un ampio campione di soggetti ambulatoriali, come i sintomi di base, e soprattutto quelli dell'area del pensiero, del linguaggio e della percezione, siano predittivi per lo sviluppo di un disturbo schizofrenico con una probabilità superiore al 81%. L'alta predittività dei sintomi di base pone la possibilità di un intervento terapeutico precoce nei soggetti a rischio per lo sviluppo di un disturbo schizofrenico. Kablinger et al. (Kablinger, Freeman, 2000) sottolineano, invece, l'importanza dell'individuazione, il più precocemente possibile, della fase

preschizofrenica, allo scopo di prevenire lo sviluppo della schizofrenia. L'individuazione di questa fase potrebbe rappresentare un'opportunità per l'intervento precoce e forse per un cambiamento del corso della malattia stessa.

Inoltre, esiste la possibilità che il trattamento precoce possa ridurre la disfunzionalità cerebrale associata ai ripetuti episodi psicotici. La cognitivtà potrebbe essere meglio conservata grazie all'intervento farmacologico e psicosociale precoce. Pertanto, è di estrema utilità prevenire il primo episodio psicotico.

CAPITOLO 2: SINDROME PSICOTICA ATTENUATA (APS)

Quadro clinico

La quinta edizione del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) include la Sindrome Psicotica Attenuata nella Sezione III dedicata alle condizioni che necessitano di ulteriori studi. Il gruppo di studiosi a capo dell'aggiornamento del DSM-IV ha constatato che non ci fossero evidenze sufficienti per includere l'APS nella Sezione II del Manuale, ossia la sezione dedicata alla categoria dei disturbi mentali e, proprio per questo motivo, i criteri riguardanti l'APS non possono essere utilizzati a scopo clinico.

I criteri diagnostici proposti dal paragrafo riguardante la Sindrome Psicotica Attenuata sono i seguenti:

- A. Almeno uno dei seguenti sintomi è presente in forma attenuata, con un giudizio di realtà relativamente intatto, ed è di gravità e frequenza sufficienti da giustificare l'attenzione clinica:
 - Deliri
 - Allucinazioni
 - Eloquio disorganizzato
- B. Il sintomo (o i sintomi) deve essere stato presente almeno una volta a settimana nell'ultimo mese.
- C. Il sintomo (o i sintomi) deve essere iniziato o peggiorato nell'ultimo anno.
- D. Il sintomo (o i sintomi) deve essere sufficientemente stressante e disabilitante per l'individuo da giustificare l'attenzione clinica.

- E. Il sintomo (o i sintomi) non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale, incluso un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica.
- F. Non sono mai stati soddisfatti i criteri per nessun disturbo psicotico.

I sintomi della Sindrome Psicotica Attenuata, come definito dal Criterio A, sono simili a quelli della psicosi ma sono al di sotto del range per una diagnosi di disturbo psicotico conclamato. A confronto con i disturbi psicotici, i sintomi sono meno gravi e più transitori, e l'insight è relativamente mantenuto, inoltre, l'APS comporta una condizione di psicopatologia associata a compromissione funzionale rispetto al Disturbo Psicotico conclamato che è caratterizzato da tratti patologici a lunga permanenza. Cambiamenti nelle esperienze e nel comportamento sono notati dall'individuo e/o da altri, suggerendo un cambiamento dello stato mentale (criterio A). L'individuo realizza che si stanno instaurando cambiamenti dello stato mentale e/o nelle relazioni.

Per quanto concerne il criterio A1, i deliri, se attenuati, potrebbero contenere pensieri sospettosi o persecutori, incluse le delusioni di riferimento, l'individuo, quindi, potrebbe avere un atteggiamento cauto, sospettoso, diffidente. Inoltre, questa tipologia di deliri potrebbe possedere contenuti grandiosi che si presentano come un senso irrealistico di capacità superiore. Quando i deliri sono moderati a livello di gravità, l'individuo vede gli altri come inaffidabili e potrebbe essere ipervigile o percepire una malvagità negli altri, questo atteggiamento da parte del paziente nel colloquio con il terapeuta può interferire con la possibilità di raccogliere informazioni. Inoltre, l'individuo nutre pensieri come l'essere speciale, influente e dotato di talento in maniera unica, e ciò, spesso, aliena amici e familiari. Quando i deliri sono gravi ma rimangono all'interno di un range attenuato, l'individuo possiede dei pensieri disorganizzati riguardo il pericolo o le intenzioni ostili, ma i deliri non hanno una natura fissa, e quest'ultimo criterio è necessario per la diagnosi di Disturbo Psicotico.

Per quanto concerne il Criterio A2, le allucinazioni, se attenuate, includono alterazioni nelle percezioni sensoriali, normalmente uditive e/o visive. Quando le allucinazioni sono moderate, i suoni e le immagini sono spesso informi (es. ombre, scie, aloni, mormorii, rombi) e sono vissuti come inusuali o enigmatici. Quando le allucinazioni sono gravi, queste esperienze diventano più vivide e frequenti (illusioni ricorrenti o allucinazioni che catturano l'attenzione e influenzano il pensiero e la concentrazione). Queste anomalie percettive potrebbero disturbare il comportamento, ma lo scetticismo riguardante la loro realtà può ancora essere indotto.

La comunicazione disorganizzata, compresa nel Criterio A3, potrebbe manifestarsi in discorsi disorganizzati, strani o ambigui (vago, metaforico, troppo elaborato, stereotipato), discorsi sfocati (confusi, troppo veloci o lenti, parole sbagliate, contesto irrilevante, fuori rotta) o discorsi serpeggianti (circostanziali, marginali). Quando la disorganizzazione è moderata, l'individuo spesso tocca argomenti irrilevanti ma risponde facilmente a domande chiarificatrici. Il discorso potrebbe essere strano ma comprensibile. Nel livello moderatamente grave, il discorso diventa serpeggiante e circostanziale, e quando la disorganizzazione è grave, l'individuo non riesce a cogliere il punto senza una guida esterna (marginale). Potrebbero accadere, infrequentemente, blocchi del pensiero e/o perdita delle associazioni, specialmente quando l'individuo è sotto pressione, ma domande riorientative riportano facilmente la struttura e l'organizzazione alla conversazione. Lui o lei mantengono un insight razionale nelle esperienze psicotiche e generalmente colgono il fatto che l'alterazione delle percezioni non è reale.

L'individuo vive un'esperienza di distress e/o performance sociali o funzioni di ruolo alterati (Criterio D).

Caratteristiche associate che supportano la diagnosi

L'individuo può sperimentare un pensiero magico, aberrazioni percettive, difficoltà di concentrazione, qualche disorganizzazione nel pensiero o nel comportamento, eccessiva diffidenza, ansia, ritiro sociale e interruzione del ciclo sonno-veglia. Spesso si osservano alterazioni della funzione cognitiva e sintomi negativi. Le variabili di neuroimaging distinguono le coorti con sindrome da psicosi attenuata dalle normali coorti di controllo con modelli simili, ma meno gravi, a quelli osservati nella schizofrenia. Tuttavia, i dati di neuroimaging non sono diagnostici a livello individuale.

Prevalenza

La prevalenza della sindrome da psicosi attenuata è sconosciuta. I sintomi nel Criterio A non sono rari nella popolazione non in cerca di aiuto, che vanno dall'8% al 13% per le esperienze allucinatorie e il pensiero delirante. Sembra che ci sia una leggera preponderanza maschile per la sindrome da psicosi attenuata.

Sviluppo e corso

L'insorgenza della sindrome da psicosi attenuata avviene di solito nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. Può essere preceduta da uno sviluppo normale o da prove di alterazione cognitiva, sintomi negativi e/o sviluppo sociale compromesso. Nelle coorti in cerca di aiuto, circa il 18% in un

anno e il 32% in tre anni può progredire sintomaticamente e soddisfare i criteri per un disturbo psicotico. In alcuni casi, la sindrome può passare a un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, ma lo sviluppo di un disturbo dello spettro di schizofrenia è più frequente. Sembra che la diagnosi sia meglio applicata a individui età 15-35 anni. Corso a lungo termine non è ancora descritto oltre 7-12 anni.

Fattori di rischio e prognostici

Temperamentale. I fattori che predicano la prognosi della sindrome da psicosi attenuata non sono stati definitivamente caratterizzati, ma la presenza di sintomi negativi, deterioramento cognitivo e cattivo funzionamento sono associati a risultati scarsi e aumentano il rischio di transizione alla psicosi.

Genetico e fisiologico. Una storia familiare di psicosi pone l'individuo con sindrome da psicosi attenuata a rischio aumentato per lo sviluppo di un disturbo psicotico completo. I dati strutturali, funzionali e neurochimici di imaging sono associati ad un aumento del rischio di transizione alla psicosi.

Conseguenze funzionali della Sindrome psicotica attenuata

Molti individui possono sperimentare compromissioni funzionali. Il deterioramento da modesto a moderato nel funzionamento sociale e del ruolo può persistere anche con l'abbattimento dei sintomi. Una parte sostanziale di individui con la diagnosi migliorerà nel tempo; molti continuano ad avere sintomi lievi e compromissioni, e molti altri avranno un recupero completo.

Diagnosi differenziali

Breve disturbo psicotico. Quando i sintomi della sindrome da psicosi attenuata inizialmente si manifestano, possono assomigliare a sintomi di breve disturbo psicotico. Tuttavia, nella sindrome da psicosi attenuata, i sintomi non oltrepassano la soglia della psicosi e il test di realtà/insight rimane intatto.

Disturbo schizotipico di personalità. Il Disturbo schizotipico di personalità, anche se ha caratteristiche sintomatiche che sono simili a quelle della sindrome da psicosi attenuata, è un disturbo del tratto relativamente stabile che non soddisfa gli aspetti che dipendono dallo stato (criterio C) della sindrome da psicosi attenuata. Inoltre, una più ampia gamma di sintomi è necessaria per il disturbo di personalità schizotipico, anche se nelle prime fasi della presentazione può assomigliare alla sindrome da psicosi attenuata.

Disturbi depressivi o bipolari. Distorsioni della realtà che sono temporalmente limitate ad un episodio di un disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare e sono descrittivamente più caratteristiche di tali disturbi non soddisfano il criterio E per la sindrome da psicosi attenuata. Ad esempio, sentimenti di bassa autostima o attribuzioni di scarsa considerazione da altri nel contesto di grave disturbo depressivo non si qualificherebbe per comorbidità alla sindrome psicotica attenuata.

Disturbi d'ansia. Le distorsioni della realtà che sono temporalmente limitate ad un episodio di un disturbo d'ansia e sono descrittivamente più caratteristiche di un disturbo d'ansia non soddisfano il criterio E per la sindrome da psicosi attenuata. Per esempio, la sensazione di essere al centro di attenzioni indesiderate nel contesto del disturbo d'ansia sociale non si qualificherebbe per comorbidità alla sindrome di psicosi attenuata.

Disturbo bipolare II. Le distorsioni della realtà che sono temporaneamente limitate ad un episodio di mania o ipomania e sono descrittivamente più caratteristiche del disturbo bipolare non soddisfano il criterio E per la sindrome da psicosi attenuata. Per esempio, l'aumento dell'autostima in un contesto di produzione di un discorso sotto pressione e del ridotto bisogno di sonno non si qualificherebbe per comorbidità alla sindrome da psicosi attenuata.

Disturbo borderline di personalità. Le distorsioni della realtà che sono concomitanti con il disturbo borderline di personalità e sono descrittivamente più caratteristiche di esso non soddisfano il criterio E per la sindrome da psicosi attenuata. Per esempio, un senso di non essere in grado di sperimentare sentimenti nel contesto di un'intensa paura di abbandono reale o immaginato e di automutilazione ricorrente non si qualificherebbe per comorbidità alla sindrome da psicosi attenuata.

Reazione di adattamento dell'adolescenza. Sintomi lievi e transitori tipici del normale sviluppo e coerenti con il grado di stress sperimentato non si qualificano per la sindrome da psicosi attenuata.

Estrema fine dell'aberrazione percettiva e del pensiero magico nella popolazione non-ill.

Questa possibilità diagnostica dovrebbe essere fortemente presa in considerazione quando le distorsioni della realtà non sono associate a disturbi e distorsioni funzionali e necessità di cure.

Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci. L'uso di sostanze è comune tra gli individui i cui sintomi soddisfano criteri di sindrome da psicosi attenuata. Quando altrimenti i sintomi caratteristici qualificanti sono fortemente legati temporalmente agli episodi di uso della sostanza, il criterio E per la sindrome da psicosi attenuata può non essere soddisfatto e può essere preferibile una diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci.

Attenzione-deficit/disturbo di iperattività. Una storia di disturbo dell'attenzione non esclude una diagnosi attenuata corrente di sindrome di psicosi. Una precoce disfunzione dell'attenzione può essere una condizione prodromica o una disfunzione in comorbidità.

Comorbidità

Gli individui con sindrome psicotica attenuata spesso soffrono di ansia e/o depressione. Alcuni individui con una diagnosi di sindrome da psicosi attenuata progrediranno ad un'altra diagnosi, tra cui ansia, depressione, bipolare, e disturbi di personalità. In tali casi, la psicopatologia associata alla diagnosi di sindrome da psicosi attenuata è riconcettualizzata come la fase prodromica di un altro disturbo, non una condizione in comorbidità.

CAPITOLO 3: PETIZIONE CONTRO IL RISCHIO DI MEDICALIZZAZIONE DI CONDIZIONI FISILOGICHE

Nonostante sia ben noto l'aspetto positivo dell'individuazione della fase prodromica allo sviluppo psicotico, parte della popolazione scientifica si è mossa attraverso una petizione con lo scopo di comunicare quali aspetti dell'ultimo aggiornamento del DSM-V sarebbero più critici e meritevoli di attenzione.

Una delle principali e più consistenti critiche mosse al DSM-5 è l'inclusione di numerose nuove diagnosi non supportate da adeguate evidenze relative a prevalenza, validità, risposta al trattamento e utilità per la pratica clinica. Questo, insieme all'abbassamento della soglia per poter fare diagnosi per alcuni disturbi già presenti nelle precedenti edizioni del manuale, ha condotto a un ampliamento dei confini diagnostici per i più comuni disturbi mentali, rendendo sempre meno chiaro il confine tra normalità e patologia, con il conseguente rischio di medicalizzare condizioni che non necessitano di attenzione clinica.

Una parte della comunità (Petizione della Society for Humanistic Psychology e di altre 43 associazioni scientifiche americane e di altri paesi alla Task Force DSM-5 contro il rischio di medicalizzazione di condizioni fisiologiche, *Petition Open Letter to the DSM-5* (ipetitions.com) si ritiene preoccupata per l'abbassamento della soglia di diagnosi per varie categorie di disturbi, per l'introduzione di disturbi che possono portare ad un trattamento medico inappropriato di sottopopolazioni vulnerabili e per proposte specifiche che appaiono prive di basi empiriche. Inoltre,

vengono messe in discussione le modifiche proposte per la definizione di disturbo mentale che sottovalutano le variazioni socioculturali mentre enfatizzano le teorie biologiche.

Nella sopracitata petizione si ritiene che l'abbassamento delle soglie diagnostiche sia scientificamente prematuro e comporti numerosi rischi. La sensibilità diagnostica è particolarmente importante dati i noti limiti e gli effetti collaterali di farmaci antipsicotici largamente diffusi. Aumentare il numero di persone con i criteri per una diagnosi può condurre ad un'eccessiva medicalizzazione e alla stigmatizzazione di forme di disagio transitorio e anche socialmente accettato.

Inoltre, anche il presidente della DSM-IV Task Force Frances (2011) ha preso voce nel lungo dibattito, affermando che l'abbassamento delle soglie diagnostiche possa comportare il rischio epidemiologico di scatenare epidemie di falsi positivi.

In questo senso c'è una particolare preoccupazione per la Sindrome Psicotica Attenuata, che, secondo la petizione, descriverebbe esperienze comuni nella popolazione generale e si svilupperebbe da un concetto di "rischio", con validità predittiva per la conversione in psicosi conclamata sorprendentemente bassa (American Psychiatric Association, British Psychological Society, 2011)

CAPITOLO 4: INTERVENTI

La letteratura scientifica che si è concentrata su early detection e early intervention nelle psicosi ha mostrato che l'intervento integrato, che include procedure di early intervention, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e intervento sui familiari, trattamento farmacologico e case management, appare il più promettente e più efficace (Ruggeri et al., 2012). Infatti, l'efficacia del trattamento farmacologico con antipsicotici nei primi episodi psicotici è modulata dal fatto che nonostante si abbia un iniziale riduzione sintomatologica, la recovery funzionale sia povera anche quando è stato fornito un ottimo trattamento farmacologico. È chiaro, quindi, come il trattamento farmacologico da solo non sia sufficiente per prevenire le ricadute o assicurare una buona recovery funzionale dopo il primo episodio psicotico (Alvarez-Jimenez et al., 2011). C'è un crescente interesse nell'intervento psicosociale come mezzo per facilitare la recovery e per ridurre la disabilità a lungo termine associata alla psicosi. Gli interventi integrati si avvalgono di staff multidisciplinari, che integrano le competenze dello psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore, TERP terapeuta della riabilitazione psichiatrica, e prevedono l'utilizzo di forme multiple e integrate di trattamento, quali terapia farmacologica, psicoterapia (Cognitive Behavioural Therapy - CBT), social skill training, intervento di supporto lavorativo, psicoeducazione, visite

domiciliari, interventi rivolti ai familiari. Nel contesto italiano è stato messo a punto lo studio sperimentale GET UP, un trial clinico che prevede un intervento multicomponentiale della durata di 9 mesi per i pazienti all'esordio psicotico, che prevede farmacoterapia, interventi CBT, psicoeducazione per i familiari e case management (Ruggeri et al., 2012). Anche i membri della famiglia che fungono da caregiver sono colpiti da un distress emotivo che può svilupparsi in una psicopatologia di per sé e necessitare di un trattamento e parallelamente rappresenta un fattore di rischio per la ricaduta del paziente. L'intervento integrato appare il più efficace, in quanto è associato alla riduzione/remissione sintomatologica, al miglioramento della qualità di vita, al miglioramento del funzionamento sociale e cognitivo, al miglioramento dell'insight, ad un alto livello di soddisfazione rispetto al trattamento, a tempi inferiori di ospedalizzazione, alla riduzione di abuso di sostanze, a meno episodi autolesivi (Bird et al., 2010).

Le linee guida (SNLG 2007, NICE 2014) e la letteratura più recente indicano la terapia cognitivo comportamentale come la scelta di elezione nelle fasi iniziali delle psicosi, non solo per la sua possibilità di affrontare la sintomatologia specifica, ma anche per le sue forti valenze psicoeducative e riabilitative. Le strategie cognitivo-comportamentali diventano strumenti efficaci nel perseguire gli obiettivi connessi alle dimensioni cruciali della recovery: sintomatologia, funzionamento sociale, padronanza del proprio funzionamento psicologico e aspetti soggettivi della qualità di vita. Nell'intervento tempestivo sugli esordi e sui rischi psicotici la CBT trova le sue maggiori opportunità di ottenere risultati importanti e di integrarsi con le altre componenti dell'intervento. L'assunto di base dell'approccio cognitivo comportamentale alle psicosi è l'idea che le credenze e le esperienze psicotiche possano derivare da processi cognitivi che sono un continuum dell'esperienza normale. Le credenze deliranti e le convinzioni sulle voci si originano dall'interpretazione data dall'individuo all'esperienza psicotica e agli eventi di vita (Garety et al., 2001). L'essere umano tende a dare un senso al mondo ed alle proprie esperienze, e lo stesso fa il paziente con psicosi. Il contenuto del delirio rappresenta quindi un tentativo di dare significato all'esperienza, la forma è espressione di possibili errori o distorsioni delle modalità attraverso le quali il paziente compie questa operazione di attribuzione di senso.

La CBT del trattamento delle psicosi si è focalizzata sul trattamento dei sintomi positivi e di quelli secondari all'impatto che la malattia ha sulla vita quotidiana del paziente: la compromissione delle relazioni, sia nel contesto familiare che sociale; disturbi emotivi, dall'ansia alla depressione, con aumento del rischio suicidario; aggressività e abuso di sostanze. Lo scopo è quello di favorire la comprensione dei sintomi e di promuovere strategie di coping più adattive migliorando così l'autostima del paziente.

Tuttavia, l'Istituto Superiore di Sanità (Ministero della Salute, 2007) afferma, in un documento riguardante gli interventi precoci nella schizofrenia, che il livello delle conoscenze attuali non garantisce la forza sufficiente per raccomandare gli interventi di identificazione di soggetti a rischio o in fase prodromica al fine di prevenire l'insorgenza di malattia o di migliorare l'evoluzione clinica della stessa.

Le linee guida canadesi e australiane dedicate al trattamento della schizofrenia (Canadian Psychiatric Association, 2005; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team, 2004) forniscono, in una speciale sezione, moderate raccomandazioni al monitoraggio dei soggetti ad alto rischio (ultra-high-risk mental state). Una revisione della letteratura (Larsen, Friis et al., 2001) ha valutato degli studi di prevenzione primaria della schizofrenia. Tre importanti studi (l'esperienza condotta tra il 1984 e il 1988 a Buckinghamshire, Gran Bretagna, lo studio Personal Assessment and Crisis Evaluation Service – PACE, messo a punto a Melbourne, e il Bonn Early Recognition Study) hanno indagato la transizione da fase prodromica a psicosi conclamata, senza ottenere risultati degni di nota, anche a causa dei numerosi problemi metodologici. Suggestioni indirette circa la possibilità di ridurre l'insorgenza di psicosi in soggetti a rischio di malattia, mediante l'impiego di Terapia cognitivo comportamentale (Cognitive Behavioural Therapy, CBT), provengono da esperienze (Morrison, French et al., 2004) basate su piccole numerosità e brevi periodi di follow-up. Allo stato attuale non esistono in letteratura studi conclusivi che dimostrino l'efficacia degli interventi di identificazione di soggetti a rischio o in fase prodromica in termini di prevenzione dell'insorgenza di malattia o di miglioramento dell'evoluzione clinica della stessa.

4.1: L'ESORDIO PSICOTICO. UNA PROCEDURA DI INTERVENTO PRECOCE E MULTIDISCIPLINARE (Bisogno, Falanga, Scarpellini)

Nonostante ciò, sulla base delle esperienze sviluppatasi in ambito internazionale, in Italia, nel 1999, si è avviato il vasto progetto Programma 2000 (Cocchi e Meneghelli 2000), che è da subito divenuto modello di intervento precoce per soggetti psicotici, ponendo in risalto la maggiore efficacia terapeutica e riabilitativa raggiungibile con una programmazione ottimale dell'intervento stesso, contestualizzato in una ricca e coordinata rete di servizi per la salute mentale. Tale realtà vede l'operare di una équipe attenta alle prime manifestazioni, comprese quelle prodromiche, con fare attivo e scientificamente orientato, che efficacemente risponde alle necessità del soggetto e delle famiglie, stabilendo obiettivi di lavoro specifici per ogni singola fase della patologia, col fine ultimo di ridurre la probabilità di disabilità cronica. I momenti focali dell'intervento precoce sono tre:

- il periodo prodromico o a rischio;
- il primo episodio psicotico;
- il periodo critico (gli anni che seguono immediatamente l'esordio).

La comparsa del prodromo o APS è la finestra temporale, ideale e ottimale, per l'attivazione di interventi multidimensionali, volti a prevenire la comparsa della franca psicosi o a mitigare l'effetto long-time dei sintomi negativi (in particolare sul funzionamento sociale). Intercettare preventivamente giovani help-seekers, che sperimentano sintomi compatibili con una Sindrome Psicotica Attenuata, diviene senza dubbio importante se si considera il lasso temporale che spesso si registra tra la prima comparsa dei sintomi psicotici e la richiesta di un aiuto clinico. Questo ritardo misura la durata della psicosi non trattata (DUP - Duration of Untreated Psychosis) considerata, assieme alla durata della malattia non trattata (DUI - Duration of Untreated Illness) e alla qualità dei trattamenti, una delle variabili manipolabili rivelatrici di esito (Cocchi e Meneghelli 2004). L'aumento della DUP correla con un decorso negativo e un depauperamento significativo delle abilità sociali. Identificare i soggetti che presentano caratteristiche personali e familiari che innalzano il rischio di sviluppare patologie gravi è l'obiettivo di questa prima fase di lavoro e le strategie sono così riassumibili: sensibilizzazione e informazione (ad esempio campagne di informazione pubblica), valutazione e monitoraggio delle situazioni problematiche (raccolta dati, colloqui e l'uso di strumenti standardizzati di valutazione che consentono un'attenta valutazione delle situazioni di disagio e della presenza di fattori di vulnerabilità psicotica), trattamento del problema emerso (disagi, problematiche o sintomi che emergono in fase di valutazione possono essere già trattati perché ritenuti potenzialmente oltre che precursori di psicosi, segni e sintomi di altre categorie diagnostiche). Questa prima fase - individuazione ed aggancio precoce - è stata concettualizzata e strutturata assumendo come principio quanto evidenziato negli anni dall'esperienza clinica e dalla ricerca: ritardare o moderare le conseguenze della malattia, avviando un processo di miglioramento o di guarigione più rapido e stabile, innalza la qualità della vita del soggetto psicotico (Loebel et al. 1992; Häfner et al. 1995; McGlashan e Johannessen 1996). Le insidie che si celano nell'individuazione precoce sono date in primis dal dover distinguere i sintomi dalle normali esperienze adolescenziali, senza sottovalutare poi la non specificità di alcuni segnali precoci cui seguono bassa accuratezza prognostica, possibili falsi positivi ed inserimento in circuiti psichiatrici di soggetti che non ne necessitano. Per questo il compito degli attuali servizi di salute mentale è particolarmente arduo, se da un lato esiste il rischio di segnalare persone che non andranno incontro a sintomatologia psichiatrica, dall'altro la necessità di porre l'attenzione ai segnali precoci è di primaria importanza per migliorare il decorso prognostico della psicosi.

Uno dei primi strumenti che è possibile somministrare in fase di assessment è la Early Recognition Inventory for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist (ERIRAOS-CL) tradotta e validata in italiano da Meneghelli et al. (2014). Si tratta di un'intervista semistrutturata che combina indicatori specifici di disagio (ritiro sociale, depressione, mancanza di energia, nervosismo) con sintomi maggiormente caratterizzanti il vissuto psicotico (es. derealizzazione, idee di persecuzione, alterazioni della percezione). Lo strumento valuta la presenza di 17 diversi sintomi. Alcune domande si riferiscono agli ultimi sei mesi mentre altre all'intero arco di vita, tutte sono volte a migliorare la consapevolezza rispetto ai sintomi manifesti. Una serie di item aggiuntivi riguardano il sintomo ritenuto dal soggetto più disturbante e il suo andamento nel tempo. L'assessment iniziale è caratterizzato da quattro principali obiettivi di lavoro: la ricostruzione della storia di vita, la ricostruzione della fase prodromica con anche l'individuazione dei fattori di rischio, la formulazione del profilo interno del disturbo e la valutazione delle funzioni cognitive.

Ci si avvale, inoltre, del colloquio clinico e di una batteria testologica finalizzata a raccogliere in maniera strutturata la mole di informazioni che occorrono al fine di progettare il miglior intervento possibile per il singolo caso.

Il trattamento integrato

La complessa e multidimensionale patogenesi delle psicosi sembra aver dettato la strutturazione di una terapia integrata volta a fronteggiare i fattori biologici, psicologici e psicosociali implicati nei predetti quadri psicopatologici (Brenner et al. 1997). La clinica, dati gli esiti di anni di ricerche sui trattamenti integrati, attualmente oltre alle terapie farmacologiche adopera sempre più psicoterapie variamente orientate, programmi per la riabilitazione delle capacità cognitive, training per l'acquisizione e/o il potenziamento delle competenze sociali, offrendo inoltre supporto alle famiglie di pazienti psicotici (Lenroot et al. 2003; Malm et al. 2003). Il trattamento integrato applicato al paziente schizofrenico mira a ridurre e contenere la sintomatologia positiva e negativa, ma anche a favorire ed aumentare la compliance ai trattamenti, nonché ad incrementare la consapevolezza dei pazienti rispetto ai loro bisogni ed i loro problemi, contribuendo inoltre a creare spazi di autonomia dalle famiglie che se ne fanno carico (Jeffrey 2017).

Intervento con la famiglia

Il coinvolgimento della famiglia nei programmi di intervento precoce è considerato, ormai universalmente, parte integrante del trattamento poiché i familiari possono giocare un ruolo centrale nelle prime fasi della psicosi (Bird et al. 2010). Come sottolinea Dell'Acqua (2013) "Bisogna sostenere la famiglia per fare in modo che le persone possano vivere nel loro contesto sociale. La

famiglia deve essere inclusa in ogni progetto terapeutico. Il disturbo mentale in particolare non coinvolge solo chi ne è affetto ma ha delle ripercussioni sulla famiglia che ne sostiene il carico. La famiglia costituisce un'insostituibile risorsa sia per la persona sia per i servizi sanitari". Le linee guida del National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE 2010) indicano l'importanza del coinvolgimento della famiglia nel trattamento, raccomandando di offrire alla famiglia informazioni sui disturbi psicotici, incrementare le abilità di problem solving e le strategie di coping, massimizzare la capacità dei familiari di riconoscere eventuali segnali prodromici legati a una possibile ricaduta per prevenirla o agire tempestivamente, offrire supporto emotivo.

L'intervento rivolto alla famiglia non consiste in una terapia familiare, ma si configura come un intervento psicoeducativo con la finalità di informare e formare circa l'episodio psicotico, il funzionamento del disturbo e fornire informazioni in merito al trattamento farmacologico (in collaborazione con lo psichiatra): quali farmaci, come agiscono, posologia ed eventuali effetti collaterali se assunti in combinazione con sostanze, ricorrendo anche al supporto dei dati di letteratura.

Trattamento farmacologico

Negli anni '60 Pierre, Lambert e Revol, per la prima volta, classificarono i farmaci antipsicotici distinguendoli in virtù di molecole definite incisive e sedative, aventi caratteristiche cliniche differenti, nonché effetti collaterali diversi; tra quelle sedative ricordiamo clorpromazina e levomepromazina, mentre tra le incisive l'aloiperidolo e la tioproperazina. Gli antipsicotici hanno rivoluzionato il trattamento della schizofrenia. Molteplici sono le ricerche condotte, sul finire dello scorso millennio, per indagare l'efficacia del trattamento con antipsicotici tipici: l'efficacia del trattamento di pazienti al primo episodio psicotico con aloiperidolo si è mostrata maggiore di quella riscontrata nel trattamento di pazienti schizofrenici cronici (Lieberman et al. 1998; Sheitman et al. 1997; Robinson et al. 1999); i pazienti all'esordio, secondo quanto confermato da numerosi studi sul finire degli anni '90, presentavano poi però maggiori manifestazioni di effetti collaterali di tipo extrapiramidali (Sanger et al. 1999). Per i soggetti con "stato mentale a rischio" da trattare, basandosi sulla gravità della sintomatologia, Haroun et al., nel 2006, propongono una stadiazione dell'intervento in quattro fasi:

- Assessment e diagnosi differenziale;
- Intervento psicoeducativo in merito ai sintomi e al rischio di esordio psicotico;
- Intervento cognitivo-comportamentale;
- Intervento farmacologico.

La terapia farmacologica ha quindi in questi casi una funzione preventiva. McGorry dopo uno studio controllato randomizzato (2002) conclude che la terapia farmacologica, quando non vi è una sintomatologia produttiva, dovrebbe essere considerata di seconda scelta laddove l'intervento CBT non porti a miglioramenti significativi (Cocchi e Meneghelli 2004).

Psicoterapia individuale

Ultimata la fase di assessment e avviata la presa in carico dei familiari è possibile avviare la psicoterapia individuale, asse portante del trattamento oggetto di raccomandazioni da parte delle più recenti linee guida sugli interventi precoci e sulla schizofrenia in generale. La letteratura scientifica degli ultimi anni, in particolare recenti rassegne, studi empirici e studi controllati, sottolineano la rilevanza del corpus teorico e applicativo costituito dall'approccio cognitivo comportamentale nell'affrontare, anche psicoterapeuticamente, i problemi legati alla sintomatologia psicotica (Haddock et al. 1998; Kuipers et al. 2006; Garety et al. 2001; Turkington et al. 2004 in Cocchi e Meneghelli 2004). La terapia cognitivo-comportamentale è stata definita come un intervento per "stabilire un legame tra i pensieri, le azioni e i sintomi passati e presenti e per rivalutare percezioni, credenze e ragionamenti in relazione ai sintomi stessi. Un'altra componente dell'intervento dovrebbe riguardare il monitoraggio dei pensieri o comportamenti rispetto ai sintomi bersaglio e alla loro ricorrenza e/o promuovere modi alternativi di affrontarli e/o ridurre il disagio psicologico. Essa si basa su una individualizzata formulazione del caso, in riferimento al modello del disturbo" (NICE 2010).

Gli obiettivi centrali della psicoterapia sono due: il primo è il riconoscimento dei segnali di rischio e di crisi, il secondo è l'apprendimento di strategie di coping per prevenire o essere pronti alle ricadute eventuali; segue poi, non meno importante, la costruzione condivisa col paziente del modello esplicativo dell'ansia e della depressione quando, come spesso accade, queste accompagnano il manifestarsi della sintomatologia psicotica. L'intervento individuale è da ritenersi l'elemento fondante e di raccordo dei diversi passi e attività costituenti la presa in carico (colloqui psichiatrici, gruppi di competenza sociale, di gestione dell'ansia e attività di sostegno all'integrazione sociale)

Training di gruppo

Sono auspicabili, infine, ulteriori interventi definiti di sostegno al reinserimento sociale, strutturati in training di gruppo che, seguendo l'impostazione cognitivo-comportamentale, hanno essenzialmente il compito di favorire l'acquisizione di abilità e di coping skills, modificare idee

irrazionali e distorsioni cognitive, nonché migliorare il senso di autoefficacia percepita e quindi l'autostima.

CONCLUSIONI

L'età di esordio del Primo Episodio Psicotico si colloca nell'adolescenza e nella prima età adulta e la maggior parte del deterioramento clinico e psicosociale avviene nei primi 5 anni di malattia. Questa finestra temporale è cruciale per iniziare un trattamento. Inoltre, la maggioranza dei pazienti al Primo Episodio Psicotico riferisce un periodo prodromico di almeno un mese e la durata media della fase prodromica prima del primo episodio psicotico è di circa 5-6 anni. Questo stadio della malattia viene definito Stato Mentale A Rischio e costituisce una condizione clinica di vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi. Possiamo quindi considerare il Primo Episodio Psicotico come l'esito di una traiettoria di sviluppo in cui esperienze psicotiche subcliniche hanno preceduto la manifestazione di una psicosi franca. Risulta quindi fondamentale individuare precocemente le situazioni a rischio e intervenire tempestivamente in modo da favorire una buona prognosi clinica a lungo termine.

A partire dagli anni Novanta, il Dipartimento di Salute Mentale si è reso conto della necessità di specializzare maggiormente la risposta al disagio giovanile, definito fino a quel momento in termini ampi, ponendosi quindi l'obiettivo di meglio specificare ed articolare l'intervento precoce negli esordi psicotici di persone tardo adolescenti e giovani adulti. Nel corso degli ultimi anni, la domanda di cura dei disturbi mentali severi, e in particolare delle psicosi, non solo si è modificata ma si è di molto qualificata. La speranza di ripresa e di guarigione, oggi più realistica, è nella coscienza delle persone con disturbo mentale, dei loro familiari, dei cittadini. Sempre più spesso molteplici sensori come istituzioni scolastiche, famiglie, consultori e medici di medicina generale sono testimoni di quel qualcosa che è cambiato nella vita di un giovane e sono disposti alla comprensione e all'aiuto. Più risorse, di differente natura (persone, gruppi, istituzioni, servizi, media) sono oggi contemporaneamente disponibili. Le conoscenze disciplinari e le possibilità di intervento, la consapevolezza e la conoscenza incondizionate proprie dei giovani che vivono esperienze di disturbo mentale sono molto più qualificate. È possibile oggi dare valore all'esperienza e tentare di far fronte al profondo rischio di sottrazione di diritto, di risorse, di dignità che coincide con il riconoscimento del disturbo psichico e il contatto con un Servizio di salute mentale. Tuttavia, la stessa rete, per altro presente fa fatica a riconoscere il problema e lo rinvia avviando, di contro, un percorso caratterizzato da comunicazioni distorte, dissonanti se non antagoniste o contrapposte; tanto che già prima dell'attivazione di un adeguato programma di intervento si registrano misconoscimenti, rinvio di responsabilità, appropriazioni settoriali o

riduttive, perdita di risorse ed infine certamente di tempo. Non vanno certo trascurati gli aspetti di ordine etico che l'attivazione di programmi di riconoscimento precoce impone. Benché ci sia un accordo unanime sulla necessità di curare gli esordi psicotici nei giovani, e una serie di evidenze sui migliori esiti di tali interventi, che anche in Italia ora si stanno diffondendo, vi sono altresì aspetti problematici che riguardano la loro prevenzione specie se rivolta a soggetti considerati a rischio. Viene qui sottolineata la questione dei cosiddetti falsi positivi: il rischio di individuare persone che mostrano tratti considerati a rischio di evolvere in una psicosi, e di sottoporle a trattamenti, mentre invece esse non transiteranno mai verso il disturbo conclamato o andranno incontro a remissione spontanea di una sintomatologia iniziale, le espone a stigmatizzazione, etichettamento e medicalizzazione. Un approccio precoce non può riprodurre gli strumenti della psichiatria clinica, bensì occorre mettere in atto strategie mirate sui bisogni e puntare al recupero sociale.

Da quanto esposto, risulta fondamentale individuare precocemente le psicosi all'esordio e gli stati mentali a rischio di sviluppare psicosi per fornire un trattamento tempestivo, in modo da diminuire la DUP, contrastando una prognosi negativa. Il gold standard è un trattamento integrato con farmacoterapia, CBT individuale, trattamento di gruppo e intervento sulle famiglie. Nonostante la percentuale di falsi positivi all'interno del gruppo degli stati mentali a rischio, è importante trattare comunque i disturbi riportati dai pazienti, perché i sintomi riportati dai pazienti meritano attenzione clinica e in caso di transizione a psicosi si ridurrebbe la DUP. Parallelamente, è importante affinare ulteriormente gli strumenti di identificazione precoce, ed è necessario che i terapeuti siano formati in modo specifico sugli strumenti disponibili per l'identificazione dell'early psychosis e sul tipo di trattamento adeguato in base alla stadiazione della psicosi.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E., McGorry P.D., Gleeson J.F., (2011). Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin* vol. 37 no. 3 pp. 619–630, 2011.
- American Psychiatric Association, British Psychological Society, (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 Development*. Disponibile in: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2012/02/dsm-5-2011-bps-response.pdf> [Giugno, 2011]
- Bechdolf A., Halve S., Schultze-Lutter F., Klosterkötter J. Self-experienced vulnerability, prodromic symptoms and coping strategies before schizophrenic and affective episodes. *Fortschritte de Neurologie Psychiatrie* 1988; 66:378-86.
- Bird V., Premkumar P., Kendall T., Whittington C., Mitchell J., Kuipers E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 197, 5, 350-6.
- Bisogno S., Falanga P., Scarpellini E. L'esordio psicotico. Una procedura di intervento precoce e multidisciplinare. *Cognitivismo Clinico* (2019a) 16, 2, 175-192
- Brenner HD., Roder V., Hodel B., Kienzle N., Invernizzi G., Vita A. (1997). *Terapia Psicologica Integrata (TPI). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico*. McGraw-Hill, Milano
- Ciompi L. (1988). *The psyche and schizophrenia. The bond between affect and logic*. Harvard University Press, Cambridge
- Cocchi A., Meneghelli A. (2000). *Programma 2000. Programma sperimentale di individuazione e di intervento precoce all'esordio di patologie mentali. Primo rapporto annuale ad uso interno*. Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano.
- Cocchi A., Meneghelli A. (2004). *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Cocchi A., Meneghelli A. (2012). *Rischio ed Esordio Psicotico: una sfida che continua. Manuale d'Intervento Precoce*. Ed-Ermes, Milano

- Dell'Acqua P. (2013). *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*. Universale Economica Feltrinelli, Milano.
- Dipartimento di Salute Mentale Trieste, 2014a. *Manuale per insegnanti e coloro che operano a stretto contatto con i giovani. I disturbi psicotici all'esordio riconoscere e affrontare la psicosi migliora la ripresa*. A cura di Mezzina R., Luchetta C. e Minisini C. con la collaborazione di Rausa A., Vidoni D. e Nuovo L.
- Eaton W.W., Mortensen P.B., Herrman H., et al. Long-term course of hospitalizations for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. *Schizophrenia Bulletin* 1992; 18, pp. 217-228
- Frances A.J., (2011). Who Needs DSM-5? A Strong Warning Comes From Professional Counselors. *Psychology Today* (3 giugno, 2011). Disponibile in: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/dsm5-in-distress/201106/who-needs-dsm-5>
- Garety P.A., Kuipers E., Fowler D., Freeman D., Bebbington P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Clinical Psychology Review* 18, 7, 821-38
- Garety, P. A., E. Kuipers, et al. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine* 31(2): 189-195
- Haddock G., Tarrrier N., Spaulding W., Yusupoff L., Kinney C., McCarthy E. (1998). Individual cognitive behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clinical Psychology Review* 18, 7, 821-38
- Häfner H., Maurer K., Loffler W., Bustamante S., van der Heiden W., Riecher-Rössler A., Nowotny B. (1995). *Onset and early course of schizophrenia*. Search for the Causes of Schizophrenia 3, 43-66
- Häfner H., Maurer K., Loffler W., Bustamante S., van der Heiden W., Riecher-Rössler A., Nowotny B. (1995). *Onset and early course of schizophrenia*. Search for the Causes of Schizophrenia 3, 43-66
- Häfner H., Maurer K., Loffler W., van der Heiden W., Hambrecht M., Schultze-Lutter F. (2003). Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 29, 2, 325-340
- Haroun N., Dunn L., Haroun A., Cadenhead K.S. (2006). Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophrenia Bulletin* 32, 1, 166-78

- Huber G., Gross G. (1998). Basic symptom concept. Historical aspects in view of early detection of schizophrenia. *Neurology Psychiatry and Brain Research* 5, 4, 183-190
- Jeffrey A., Lieberman E., Murray R.M. (2017). *Il trattamento integrato della schizofrenia. Un manuale per la gestione clinica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Johannessen J.O., McGlashan T.H., Larsen T.K., Horneland M., Joa I., Mardal S., Friis S., et al., (2001). Early detection strategies for untreated first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 39-46
- Kablinger A.S., Freeman A.M. Prodromal schizophrenia and atypical antipsychotic treatment. *Journal of nervous and mental disease* (2000); 188:642-52.
- Kessler R.C., Amminger G.P., Aguilar-Gaxiola S. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry* (2007); 20:359-64
- Klosterkotter J., Hellmich M., Steinmeyer E.M., Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry* (2001); 58:158-64
- Kuipers E., Garety P., Fowler D., Freeman D., Dunn G., Bebbington P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 32, 1, 24-31
- Lenroot R., Bustillo J.R., Lauriello J., Keith S.J. (2003). Integrated treatment of schizophrenia. *Psychiatric Service* 54, 1499-1507
- Lieberman J.A., Fenton W.S. Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry* (2000); 11:157
- Lieberman J.A., Mailman R.B., Duncan G., Sikich L., Chakos M., Nichols D.E., Kraus J.E. (1998). Serotonergic basis of antipsychotic drug effects in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 44, 11, 1099-117
- Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M., Mayerhoff D.I., Geisler S.H., Szymanski S.R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 149, 9, 1183-8
- Malm U., Ivarsson B., Allebeck P., Falloon I.R. (2003). Integrated care inschizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107, 415- 423

- McFarlane W. R. *Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento dei disturbi psicotici*. In: Hanger R., Turkington D., Berge T. & Grave R.W. (a cura di) *Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi*. Ed. it. Eclipsi. Firenze, 2012
- McGlashan T.H., Johannessen J.O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophrenia Bulletin* 22, 2, 201-22
- McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., Francey S., Cosgrave E.M., Germano D., Bravin J., McDonald T., Blair A., Adlard S., Jackson H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression of first episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry* 59, 10, 921-8
- Meneghelli A., Alpi A., Cascio M.T., Häfner H., Maurer K., Preti A., Raballo A., Cocchi A. Versione Italiana della Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist. *Journal of Psychopathology* 2014; 20:186-198
- Morrison A.P., French P., Walford L., Lewis S.W., Kilcommons A., Green J., Parker S., Bentall R.P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal Psychiatry* 185, 291-7
- Nuechterlein K.H. (1987). *Vulnerability models for schizophrenia: state of the art*. In Hafner H., Gattaz W.F., Janzarik W. (a cura di) *Search for the causes of Schizophrenia*, pp 297-316. Springer
- Pancheri P, Carilli L. (1999) *Schizofrenia*. In: *Trattato italiano di psichiatria II edizione*. Vol.II; cap.43:1550-5
- Perdighe C. et al., “Psicoterapeuti in formazione”. Giugno 2018. Disponibile in: <http://www.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2018/11/giugno2018-21.pdf#page=17>
- Perris C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Guilford, New York. Tr. it. *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Bollati Boringhieri, Torino 1996
- Preti A, Wilson DR (2011). Schizophrenia, Cancer and Obstetric Complications in an Evolutionary Perspective - An Empirically Based Hypothesis. *Psychiatry Investigation* 8, 2, 77-88
- Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M., Bilder R., Goldman R., Geisler S., Koreen A., Sheitman B., Chakos M., Mayerhoff D., Lieberman J.A. (1999). Predictors of relapse

following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder.

Archives of General Psychiatry 56, 3, 241-7

- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., De Girolamo, G., Fioritti, A., Rucci, P., ... & Miceli, M. (2012). A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 73
- Sanger T.M., Lieberman J.A., Tohen M., Grundy S., Beasley C. Jr, Tollefson G.D. (1999). Olanzapine versus haloperidol treatment in first-episode psychosis. *American Journal Psychiatry* 156, 1, 79-87
- Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Berning J., Maier W., Klosterkötter J. (2010). Basic Symptoms and Ultrahigh Risk Criteria: Symptom Development in the Initial Prodromal State. *Schizophrenia Bulletin* 36, 1, 182- 191
- Sheitman B.B., Lee H., Strauss R., Lieberman J.A. (1997). The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 23, 4, 653-661
- Strauss J.S., Carpenter W.T. (1981). *Schizophrenia*. Plenum, New York
- Sullwold Lilo. *FBF Questionario dei sintomi di base*. Versione italiana del Frankfurter Beschwerde Fragebogen a cura di Stanghellini G, Strik WK, Cabras PL. (1991)
- Unicef, 15 ottobre 2021
- Wyatt R.J. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1991; 17:325-51
- Yung A.R., McGorry P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin* 22, 2, 353–370
- Zubin J., Spring B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 2, 103-126