

Adolescenti in psichiatria: tempo di cura o...?

“ Vassene il tempo
e l'uom non se n'avvede”
(Dante, Divina Commedia, Paradiso)

Dott.ssa Mara Donatella Fiaschi SPDC Osp. San Martino
Dott.ssa Marta Germoglio SPDC Osp. Villa Scassi



Inadeguatezza degli SPDC per i giovani dai
14 ai 17 anni:

- rischio per l'adolescente di
stigmatizzazione
- separazione fra psichiatria dell'infanzia e
degli adulti: perdita delle manifestazioni
d'esordio e dell'occasione di intervenire
precocemente.

Policy Statements on Impatient Hospital Treatment of Child and Adol.Psych., American Act 1989

- Ricovero appropriato quando:
 - Il pz. non è gestibile fuori da ambito contenitivo;
 - Il comportamento è bizzarro e distruttivo;
 - Il caso necessita trattamento farmacologico monitorato;
 - Il pz. necessita per 24 ore di ambiente restrittivo;
 - Tutte le volte che sono falliti gli interventi meno restrittivi.

Royal College of Psychiatrists, London, 2000

1. Il ricovero è appropriato quando il pz. non è gestibile fuori da un ambito contenitivo.
2. Il ricovero è necessario quando il pz. si mette a rischio.
3. Sotto i 18 anni il pz. deve essere inserito in un reparto specialistico dedicato e tutelante e non con adulti.

Che senso ha?

- Ha un senso dare una valenza di malattia a comportamenti sicuramente inadeguati ma che rinviano a difficoltà d'altro genere, a deficit educativi, a problemi relazionali, ad un senso di vuoto, di non appartenenza, ad un sentimento di esclusione? (S. Testa, 2007).

Quando è necessario il ricovero?

- Quando diventa unico luogo possibile di contenimento di fronte all'emergere di un'angoscia catastrofica.
- Quando è necessaria una riduzione dell'intensità drammatica di emozioni incontenibili e/o di episodi di aggressività.
- Quando è luogo con funzione intermediaria

Come reagisce l'equipe dei curanti?

- I meccanismi patologici dell'adolescente appaiono amplificati e possono innescare reazioni controtransferali poco controllabili.
- La presenza di un adolescente costringe il gruppo degli operatori a svolgere funzione genitoriale.
- Il tempo che gli operatori riescono a dedicare ad un adolescente appare limitato rispetto alle sue richieste, che sembrano infinite.

Come si comporta l'equipe?

- Cerca di trattenere il pz. il più breve tempo possibile.
- È costretta a “ripensare” alla propria adolescenza.
- Deve lasciare più spazio ai familiari.
- Deve riflettere sulle norme del reparto che vengono continuamente criticate e sfidate dal pz.
- Deve porre massima attenzione nel modulare e monitorare la terapia farmacologica.

Rischio di irrigidimento

- Il gruppo dei curanti può irrigidirsi per difesa, per mancanza di strumenti relazionali, per paura di comportamenti imprevedibili, per difficoltà emotive personali ad accedere al mondo dell'adolescenza.

Che fare per il futuro?

- Utilizzo del SPDC come intervento d'urgenza in tempi brevi in una rete di servizi in continua comunicazione.
- Creazione di strutture dedicate ai giovanissimi, separate da quelle per adulti.
- Formazione specifica all'equipe.

Bibliografia

- Ducci G . “ Il ricovero degli adolescenti in SPDC: aspetti clinici ed organizzativi “ in Seminari sull’adolescenza- Ordine Psicologi Lazio- Roma ottobre 2011.
- Girardi P. Tavola rotonda Il paradigma dell’intervento precoce e la formazione in psichiatria , (vedi sopra).
- J. Edwards, P.D. Mc Gorry, Intervento precoce nelle psicosi, Centro Scientifico Editore, To 2002
- Az. Osp. Carlo Poma, Mantova- Home page- Adolescenti psichiatrici, risposta multidisciplinare sul territorio- Progetto 2011
- C. Di Brina, P. D’Oto, R. Di Scipio, D. Di Pietro, G. Menghini, B. La Rocca, I.Scibilia, U. Sabatello, Uno studio descrittivo sull’accesso degli adolescenti ai servizi neuropsichiatrici territoriali in “ Rivista di Psicologia Clinica n.3-2008”.
- Ferrannini L.,Il lavoro in SPDC tra la cura e il prendersi cura, DSM, Genova, Corso di aggiornamento Cagliari, 24, giugno 2008.
- Ferro A.M. Dinamiche gruppali nel lavoro istituzionale in un centro per i disturbi dell’adolescenza e del comportamento alimentare (CDAA) – 17° International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes , Roma 24/8-29/8/09.
- S. Testa Il ricovero di un adolescente presso la Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio: una misura inevitabile? 2007.
- Policy Statements on Inpatient Hospital Treatment of Child and Adol. Psych., American Act 1989.
- Royal college of Psychiatrists, London, 2002: Recommendations for Acute In-patients psychiatric care for young people with severe mental illness.
- Neri C., (1998) “ Studio della Comunità dei Fratelli “ pag. 51-55 in “ Gruppo “ Ed. Borla
- Winnicott D.W.(1971), Gioco e realtà, Armando Ed., Roma, 1982.

Grazie per l'attenzione



Adolescenti in psichiatria: tempo di cura o..."

Mara Donatella Fiaschi, Marta Germoglio

SPDC "S. Martino" D.S.M. e Dip. asl3 Genova, SPDC "Villa Scassi" D.S.M. e Dip. asl3 Genova

Premessa

Il concetto del tempo è importante perché l'adolescente sente sempre di non averne, anche se ha la vita davanti ha l'impressione di dovercela giocare nel qui ed ora, soprattutto se sta male ed è insofferente per il bisogno di accudimento, non volendo dipendere da nessuno e negando i suoi bisogni di sostegno.

Ci è stato sollecitato più volte dall'amica e collega Dolcino di riflettere su che cosa abbiamo compreso dell'adolescenza e non tanto di cosa facciamo con l'adolescente in psichiatria. Da questa sollecitazione nasce la scelta del titolo della nostra relazione che ci stimola nell'interrogarci per prima cosa sul significato del ricovero di un adolescente.

Informiamo che nel nostro lavoro mancano i dati epidemiologici in quanto sarebbero stati inevitabilmente parziali, autoreferenziali e ci avrebbero sviato dalla riflessione richiesta.

La prima riflessione riguarda l'inadeguatezza degli SPDC ad accogliere minori della fascia 14-17 anni perchè strutturati e pensati per accogliere adulti. L' SPDC è nato come luogo di accoglienza e cura delle situazioni di scompenso psichico grave con compiti terapeutici, di controllo e a volte sociali : nel caso dell'adolescente socialmente marginale il ricorso al ricovero può essere rischioso perchè stigmatizza ed evidenzia atteggiamenti fluidi e passibili di cambiamento anche in tempi rapidi dando l'opportunità negativa di usare il ricovero come "scusa" per evitare coinvolgimenti o responsabilità ("sono stato ricoverato da giovane perciò sono matto, non aspettatevi da me comportamenti adulti ed adeguati").

Per la nostra riflessione possono essere utili le linee guida nei ricoveri per adolescenti da " Policy Statements on Inpatient Hospital Treatment of Child and Adol. Psych., American Act 1989 ":

- 1) Tutte le situazioni in cui il pz. È in uno stato tale da produrre un grave danno ad altri o a se stesso.
- 2) In caso di comportamento bizzarro o distruttivo.
- 3) quando il caso necessita trattamento farmacologico monitorato.
- 4) Quando il paziente necessita per 24 ore di un ambiente restrittivo che permette la stabilizzazione del suo stato alterato.
- 5) Tutte le volte che siano falliti tutti gli altri interventi meno o non restrittivi.

Nelle " Recommendations for Acute In-patients psychiatric care for young people with severe mental illness (Royal College of Psychiatrists, London, 2002)" si legge che il ricovero è appropriato:

- 1) quando il paziente non è gestibile fuori da un ambito contenitivo,
- 2) quando si mette a rischio e,
- 3) soprattutto sotto i 18 anni deve avere un reparto specialistico dedicato e tutelante e non deve essere inserito con adulti.

La rigida separazione tra la psichiatria dell'infanzia e quella degli adulti, oltre ad apparire del tutto anacronistica, determina ostacoli tanto sul piano clinico (ogni operatore conosce bene il problema dei ricoveri degli adolescenti in SPDC o il problema della gestione degli adolescenti tra i sedici e i diciotto anni) quanto sul piano teorico-formativo, dove la ricerca delle manifestazioni precoci di malattia potrebbe invece avvicinarci alla conoscenza del nucleo psicopatologico primario, prima che venga oscurato nelle fasi più tardive della malattia, dalle manifestazioni cliniche eclatanti. Inoltre la possibilità di estendere l'osservazione clinica oltre il periodo dell'adolescenza renderebbe visibile l'effettiva efficacia terapeutica dell'intervento precoce, quale modalità elettiva di trattamento delle malattie mentali gravi. (P.Girardi, 2000).

In alcune ricerche si è evidenziato come spesso l' SPDC rappresenti per l'adolescente socialmente marginale il luogo in cui “viene portato” quando gli adulti non riescono a trovare altre soluzioni.

Testa (2007) si chiede se ha un senso dare una valenza di malattia a comportamenti sicuramente inadeguati ma che rinviano a difficoltà d'altro genere, a deficit educativi, a problemi relazionali, ad un senso di vuoto, di non appartenenza, ad un sentimento di esclusione?

Riprendendo il titolo proviamo a rispondere alla domanda **quando può essere un momento di cura:**

- 1) quando diventa unico luogo possibile di contenimento di fronte all'emergere di un'angoscia catastrofica (esempio di un caso di adolescente psicotico);
- 2) riduzione dell'intensità drammatica di emozioni incontenibili (casi di adolescenti in gravidanza...) e/o episodi di aggressività in famiglia e/o comunità terapeutica.
- 3) Quando è un luogo con funzione intermediaria che attiva un percorso di cura dell'adolescente psicotico, borderline, portatore di disturbi della condotta...

Criticità e opportunità per l'equipe

Le equipe spesso non sono preparate nei confronti dell'espressione emotiva e/o psicopatologica dell'adolescente: ogni meccanismo patologico di funzionamento mentale, in un gruppo o in un singolo paziente giovane, è inevitabilmente amplificato e così i movimenti controtransferali degli operatori più difficilmente gestibili. Il gruppo dei pazienti più giovani può essere in grado di manipolare ed amplificare situazioni anche quotidiane in modo tale da farle diventare rischiose ed imprevedibili: in letteratura sono evidenziati casi con esiti nefasti (t.s. o, addirittura suicidi riusciti). Emergenza per il personale della gestione della sessualità e/o della provocabilità dell'adolescente; espressioni dell'adolescente che per essere gestite correttamente richiedono una formazione specifica del personale curante. L'adolescente è come se “costringesse” l'equipe a riflettere, a fare

il suo “mestiere”, a svolgere quella funzione genitoriale che spesso non è stata esercitata adeguatamente nella famiglia di origine o che si è interrotta nell’ambito comunitario.

Lo sforzo che viene richiesto ,come afferma Neri (1998), è quello di riconoscere gli “assunti di base” per passare da una dimensione pseudo ad una dimensione di equipe.

Come si comporta l’equipe?

Cerca di trattenerne l’adolescente il più breve tempo possibile. Il tempo che gli operatori riescono a dedicare ai giovani è limitato rispetto alle loro richieste che, talvolta, sembrano infinite(il tempo presente che si dilata seguendo l’emotività) . Talvolta la velocità di cambiamento nella relazione è così repentina che gli adulti non riescono a tollerarla. La dimissione veloce diventa quindi la risposta che interrompe tutto, nel bene e nel male. L’equipe è costretta anche a pensare alla propria adolescenza , a ricollocarla nel passato storico, ma anche a rivederla dentro di sé nel presente: si può essere stati adolescenti più o meno ribelli a seconda dell’ambiente sociale e familiare, della libertà di cui si disponeva, delle alleanze con adulti al di fuori dei familiari stretti , ci si confronta con il giovane paziente in questi termini.

Durante il ricovero in alcuni casi può essere importante lasciare più spazio alla presenza dei familiari con conseguenze positive e negative: i genitori e i fratelli maggiori possono sentirsi aiutati o criticati, possono intervenire troppo per timore di perdere il ruolo di accudimento o possono delegare troppo per paura di sbagliare o per sfiducia nelle proprie possibilità con il giovane sofferente, creando nell’equipe vissuti di scarsa stima o maleducazione (*“lo credo che si comporta così, guarda i suoi...”*; *“Con una madre così anche io darei di matto...”*). La tecnica utilizzata in alcune strutture di effettuare colloqui familiari o gruppi con genitori può aiutare, come anche interventi di tipo focale sul problema attuale. Un’altra strategia è quella di “tenere tutti fuori” scegliendo di non ricoverare il giovane, anche se i genitori insistono, ed utilizzare l’astanteria di Pronto Soccorso o il Day Hospital dove esiste. Può essere esemplificativo il caso di un quindicenne che “sveniva” ripetutamente durante le lezioni scolastiche, allarmando e attivando una serie di interventi di urgenza che lo facevano accedere ripetutamente in Pronto Soccorso, comportando ogni volta numerosi esami neurologici e consulenze psichiatriche, nonché richieste di ricovero da parte dei genitori. Attraverso l’utilizzo del Day hospital siamo riusciti a monitorare e a gestire quotidianamente per due settimane l’andamento delle crisi del giovane che corrispondevano ad un ‘organizzazione isterica della personalità, ed anche ad effettuare una lavoro di psicodiagnosi e di invio con la creazione di una rete sociale.

L’equipe è anche obbligata a riflettere continuamente sulle norme del reparto perché l’adolescente tende a criticarle e a contrattarle.

Può pensare di evitare un trattamento farmacologico in prima battuta (escludendo gli stati psicotici) con la conseguenza di essere maggiormente coinvolta nella relazione.

E’ più soggetta al rischio di trincerarsi, irrigidirsi e chiudersi per timore di mettersi in gioco (gli adolescenti vogliono sapere fino a che punto gli adulti tengono di fronte alle loro provocazioni) .

Cosa fare per il futuro?

Le linee guida esistono a partire dal 1984 (Jane Edwards, Patrick D. Mc Gorry, *Intervento precoce nelle psicosi*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2002). Nei servizi di cure psichiatriche in ambito anglo-sassone e nordico (Australia, Nuova Zelanda, Norvegia) l'utilizzo del ricovero del giovane in esordio acuto viene solo dopo una serie di interventi sul territorio, come unità di crisi, programmi di gestione sul territorio, monitoraggio tramite case managers , la durata del ricovero varia tra i sei e i nove giorni, lo scopo è instaurare e monitorare la terapia farmacologica, con attenzione agli effetti collaterali che potrebbero inficiare la compliance futura del giovane. Secondo le indicazioni dell'EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, Melbourne-Australia) durante il ricovero i pazienti al primo episodio vengono separati dai pazienti cronici e dagli adulti, vengono consentiti orari flessibili per le visite con possibilità per i genitori di rimanere anche la notte, i pazienti vengono informati chiaramente sullo scopo e la durata prevista del ricovero, vengono sviluppati setting a basso stigma, viene curata la privacy del pz., vengono date chiare spiegazione sulle terapie, i comportamenti agitati vengono gestiti con l'uso mirato di interventi infermieristici intensivi, vengono evitate le coercizioni fisiche. Il servizio per acuti è solitamente inserito in una rete ben articolata di interventi sul campo, nei luoghi frequentati dagli adolescenti (casa, scuola, luoghi di aggregazione, centri sportivi, discoteche, etc.), è utilizzato solo in fase acuta e non per segnalare l'esordio e far partire l'intervento di rete che è già, evidentemente, partito prima. In Italia, invece, spesso il SPDC è il luogo in cui, necessariamente il pz. deve prendere atto della sua gravità, se ci riesce, e accettare l'invio ai servizi territoriali, cosa molto difficile per un giovanissimo che non accetta lo stigma, il limite, la censura sociale.

Bibliografia.

Ducci G . “ Il ricovero degli adolescenti in SPDC: aspetti clinici ed organizzativi “ in Seminari sull'adolescenza-Ordine Psicologi Lazio- Roma ottobre 2011.

- Girardi P. Tavola rotonda Il paradigma dell'intervento precoce e la formazione in psichiatria , (vedi sopra).
- J. Edwards, P.D. Mc Gorry, *Intervento precoce nelle psicosi*, Centro Scientifico Editore, To 2002
- Az. Osp. Carlo Poma, Mantova- Home page- Adolescenti psichiatrici, risposta multidisciplinare sul territorio- Progetto 2011
- C. Di Brina, P. D'Oto, R. Di Scipio, D. Di Pietro, G. Menghini, B. La Rocca, I.Scibilia, U. Sabatello, Uno studio descrittivo sull'accesso degli adolescenti ai servizi neuropsichiatrici territoriali in “ Rivista di Psicologia Clinica n.3-2008”.
- Ferrannini L.,Il lavoro in SPDC tra la cura e il prendersi cura, DSM, Genova, Corso di aggiornamento Cagliari, 24, giugno 2008.
- Ferro A.M. Dinamiche gruppali nel lavoro istituzionale in un centro per i disturbi dell'adolescenza e del comportamento alimentare (CDAA) – 17° International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes , Roma 24/8-29/8/09.
- S. Testa Il ricovero di un adolescente presso la Clinica Psichiatrica Cantonale di Mendrisio: una misura inevitabile? 2007.

- Policy Statements on Inpatient Hospital Treatment of Child and Adol. Psych., American Act 1989.
- Royal college of Psychiatrists, London, 2002: Recommendations for Acute In-patients psychiatric care for young people with severe mental illness.
- Neri C., (1998) “ Studio della Comunità dei Fratelli “ pag. 51-55 in “ Gruppo “ Ed. Borla
- Winnicott D.W.(1971), Gioco e realtà, armando, Roma,1982.