

*Torino, 17 aprile 2008
Presidio Sanitario San Camillo*

La salute mentale.
Attualità e Prospettive.

Psicofarmaci e bambini

*Marina Gandione
Dipartimento di Scienze Pediatriche e
dell'Adolescenza dell'Università di Torino
Sezione di Neuropsichiatria Infantile*



Premessa

- Il riconoscimento della malattia mentale in età pediatrica è acquisizione recente.
 - Istintivo rifiuto del mondo adulto.
 - Obiettiva difficoltà a riconoscere una sofferenza che si manifesta, in età evolutiva, attraverso sintomi spesso diversi da quelli tipici dell'età adulta.

- Le cronache ci riportano costantemente ad una realtà di infanzie violate, ferite, traumatizzate e abusate, e di bambini e adolescenti con comportamenti incomprensibili e devianti.
- I moderni sistemi di classificazione psichiatrica, come il DSM IV dell'America Psychiatric Association (1995) e l'ICD 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1992) classificano disordini emotivi e comportamentali a insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza

Disturbi mentali in età evolutiva

- Le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2020 sono preoccupanti: il carico di disabilità legato ai disturbi mentali nei giovani è destinato ad aumentare.

La depressione, in particolare, potrebbe diventare la seconda causa di disabilità fra tutte le condizioni morbose.

- **Sempre secondo l'OMS, oltre il 20% dei soggetti in età evolutiva soffrirebbe di una qualche forma di disturbo mentale.**
- **Il suicidio rappresenta la terza causa di morte in età adolescenziale; parallelamente si assisterebbe a un grande aumento dei disturbi della condotta, correlati a situazioni come dipendenza da sostanze, problemi relazionali, malattie, povertà.**

- Una ricerca del 2002 condotta in Italia su pre-adolescenti tra i 10 e i 14 anni (PRISMA: Progetto italiano salute mentale adolescenti) aveva messo in luce che il 9,1% del campione era affetto da un **disturbo psichico**, tra quelli rientranti nella classificazione del DSMIV
- In particolare, oltre il 7% soffriva di **ansia**, di questi il 5% era rappresentato da un disturbo ossessivo-compulsivo, il 12% da disturbo post traumatico da stress, il 9,1% da agorafobia, il 9,5% da "fobie sociali".

- Meno dell'1% soffriva di Disturbo Depressivo; meno del 2% di ADHD; circa l'1% presentava un Disturbo della Condotta.
- **Secondo altri studi** riportati nel rapporto Eurispes-Telefono Azzurro di fine 2007, il rischio di sviluppare un problema psichiatrico secondario è molto elevato tra i minori con disabilità persistenti (fino all'80%).

Urgenze psichiatriche in età evolutiva.

- Secondo l' Osservatorio Epidemiologico Regionale dell' Emilia Romagna, 8 su 10.000 minori di età compresa tra 13 e 18 anni accedono ai servizi di urgenza: le cause sono disturbi della condotta, tentativi anticonservativi, sindromi deliranti, depressione grave e uso di alcol e droghe.

- **Le principali situazioni di emergenza, specie per l'età adolescenziale, sono rappresentate da psicosi e stati di grave agitazione causati anche da sostanze, tentato suicidio e gravi alterazioni dell'umore, abusi e maltrattamenti, ADHD, disturbi del comportamento alimentare.**
- **A proposito dei DCA, alcuni studi evidenziano che anoressia, bulimia e quadri patologici correlati rappresentano la malattia psichiatrica di cui si muore di più oggi nel mondo, sia per consunzione fisica, sia per suicidio.**

- Studi recenti evidenziano che molti disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale:

oscilla tra il 30 e il 70% la percentuale di coloro che, manifestando un disturbo psichiatrico da adulti, ha già presentato un problema neuropsichiatrico in età evolutiva.

Disagio emotivo e patologia psichiatrica

Confusione tra disagio emotivo e
patologia psichiatrica soprattutto in
età pediatrica.

- Storica contrapposizione in psichiatria tra modelli terapeutici:
 - cura attraverso la prescrizione di una sostanza con effetto specifico
 - cura attraverso l'instaurarsi di un qualche tipo di relazione tra medico e paziente
(riflesso della contrapposizione tra ipotesi eziopatogenetiche biologiche e ambientali)

- In ambito psichiatrico l'approccio farmacologico e l'approccio psicologico rappresentano 2 componenti di una stessa via di guarigione.
- L'insufficienza sia del modello biologico puro che di quello psicologico puro hanno portato lentamente al riconoscimento della reciproca dignità e ad accettare ed approfondire gli aspetti positivi dei 2 approcci:
 - I sostenitori della terapia biologica hanno rivalutato l'importanza dell'attenzione alla relazione con il paziente
 - I sostenitori dell'intervento psicologico hanno iniziato a riconoscere agli psicofarmaci l'importanza del loro effetto sui gravi disturbi psichiatrici.

- Il *disturbo mentale* è in se stesso multifattoriale, risultato di una "condizione sistemica" in cui, rientrano: *il patrimonio genetico, la costituzione, le vicende di vita, le esperienze maturate, gli stress, il tipo di ambiente, la qualità delle comunicazioni intra ed extra-familiari, l'individuale diversa "plasticità" dell SNC, i meccanismi psicodinamici, la peculiare modalità di reagire, di opporsi, di difendersi.*
- Necessita di una una visione "*plurifattoriale integrata*" che si traduca in un *approccio terapeutico*, oltre che diagnostico, *plurimo.*

- La prescrizione del farmaco deve essere collocata all'interno di un articolato percorso terapeutico, che si basi su una approfondita indagine diagnostica e che tenga conto

- della particolare fase evolutiva della malattia
- della sua gravità
- dell'interferenza con il funzionamento adattivo individuale

e può precedere, essere contemporanea o successiva ad altri interventi terapeutici, quali la psicoterapia, gli interventi psicosociali, educativi e riabilitativi, ma in ogni caso deve potersi integrare come intervento agli altri interventi.

- Gli psicofarmaci non curano le causa, ma i sintomi.
- Spesso però i sintomi psichiatrici gravi risultano una invalicabile barriera e la loro attenuazione può permettere agli interventi psicologici ed educativi di avere effetto.
- Esistono per altro aree di frontiera dove il trattamento farmacologico è l'unico possibile, almeno in situazioni di urgenza, come nei casi di break-down psicotico o nelle depressioni gravi, con rischio suicidario.

Sintomo

- Spesso il sintomo rappresenta, non solo il segnale di un malfunzionamento, ma anche l'unica possibilità di espressione a disposizione del paziente per comunicarci la sua difficoltà, il suo disagio e quindi il bisogno di aiuto.
- Non scotomizzare la valenza "comunicativa" del sintomo.
- Si differenzia dal segno che è un reperto obiettivo patologico, riconosciuto dal medico all'esame obiettivo del paziente stesso.

- Alcuni disturbi emotivi e del comportamento si sviluppano e si riducono da soli e/o sono autolimitanti: ricorrere precipitosamente a un farmaco o a qualsiasi altro trattamento può soddisfare il medico e i genitori ma potrebbe non essere necessario.

L'intervento terapeutico in ottica relazionale

- Qualunque sia il trattamento instaurato, biologico, psicologico o educativo, esistono fattori terapeutici comuni, aspecifici, indipendenti dai modelli usati, che coinvolgono tutti gli attori, influenzando nel bene e nel male, l'evoluzione dell'intervento.
- Questi fattori aspecifici, si radicano profondamente nelle modalità di relazione, fattore fondamentale di ogni terapia.

- La richiesta di intervento psichiatrico su un bambino da parte di un genitore è una cosa molto più complessa della richiesta di un intervento medico generico.
- E' fallimentare per lo psichiatra infantile pensare che il suo rapporto con il piccolo paziente possa prescindere dalla rete di relazioni familiari ed extrafamiliari nelle quali il disturbo si è manifestato e talora strutturato e dalle fantasie ad esse connesse.

Fantasie e aspettative dei genitori

- Rispetto all'intervento medico
 - Salvifiche: richiesta di soluzioni magiche, con delega assoluta della funzione genitoriale
 - Persecutorie: aspettative di accuse e giudizi rispetto alle proprie capacità genitoriali, timori di ulteriori sofferenze.
- Rispetto al farmaco (*φάρμακον* = *rimedio/veleno*)
 - Rimedio magico
 - Sostanza dannosa

Fantasie e aspettative del bambino

- Essere un figlio/paziente deludente
- Essere diverso dai coetanei
- Non essere in grado di farcela da solo
- Diventare dipendente da una medicina
- Essere manipolato attraverso un farmaco
- Trovare una soluzione "indolore" alla difficoltà
- Incontrare un terapeuta/genitore onnipotente in grado di risolvere tutti i problemi.

Fantasie e aspettative dello psichiatra

- Essere un super-genitore
- Farmaco come soluzione alla propria impotenza
- Farmaco come difesa dalla relazione con il paziente e con i suoi genitori
- Farmaco come conferma del proprio ruolo
- Farmaco come collusione con il paziente o con i suoi genitori

Alleanza terapeutica

- Cercare la collaborazione dei genitori e coinvolgere il bambino , per quanto possibile, nel percorso terapeutico, fornendo informazioni, accogliendo dubbi e incertezze, non solo soddisfa alcune istanze etiche, ma si ripercuote positivamente sulla compliance e sull'effetto del farmaco e degli altri interventi.
- Consenso informato

Rischi

- “curare” attraverso i farmaci bambini ed adolescenti con disturbi del comportamento conseguenti a disagio familiare e/o sociale.
- “psichiatrizzare” situazioni che devono e possono essere affrontate attraverso interventi mirati a “curare” aspetti relazionali e ambientali sfavorevoli.
- Privare bambini e adolescenti con disturbi del comportamento, espressione di psicopatologia grave ad esordio precoce, dell’aiuto offerto da un intervento terapeutico farmacologico, integrato ad altri interventi.

Grazie per l'attenzione

