

Il lavoro psicoterapico negli esordi psicotici in adolescenza

*Psychotherapeutic treatment in psychotic disorders
during adolescence*

G. RIGON, S. COSTA*

Coordinatore della Sezione Psichiatria della SINPIA

**U.O.S. di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, Area Dipartimentale NPIA, DSM,
Azienda USL di Bologna*

PAROLE CHIAVE. – Esordi psicotici - Adolescenza - Psicoterapia - Trattamento
KEY WORDS. – *Psychotic Disorders - Adolescence - Psychotherapy - Treatment*

Summary

A review of the 2004-2009 Anglo – American (PUBMED) and European scientific literature shows that few articles focussing on “psychotherapy and brief psychotic disorders in adolescence” were published. All these articles consider immediate and intensive treatment necessary, in the form of multifocal and integrated therapy involving psychopharmacological, psychosocial, family and individual treatment. The CBT approach is the most frequently quoted type of psychotherapy and great attention is paid to working with and for families, with the aim of helping them cope with a psychotic relative. All the various cognitive therapeutic approaches attach particular attention to the relational components that are required to build a proper working alliance, and from this point of view a similarity with psychodynamic strategies can be identified. According to the literature, especially European studies, psychiatric services are effective in promoting a successful outcome if their set-up reflects a psychotherapeutic approach. In this case the different treatments provided are integrated synergistically in a strategy that aims to strengthen the potentials of patients and the surrounding environments while promoting the resumption of their personal development.

Premessa

La trattazione del tema della psicoterapia negli esordi psicotici in adolescenza richiede in premessa due precisazioni inerenti i termini “esordi psicotici” e “psicoterapia”.

Esordi psicotici

Gli esordi psicotici non sono una categoria diagnostica definita come tale; il termine indica un insieme di disturbi che vanno dai “fenomeni psicotici transitori”, segnalati “nei bambini normali o con disturbi lievi, come molto più comuni di quanto non sia generalmente riconosciuto”¹, agli episodi deliranti acuti (classificati come “Sindromi psicotiche acute e transitorie” - F23, nell’ICD10), sino alla schizofrenia. Riguardo all’età, vi è unanime riconoscimento sul fatto che i disturbi psicotici sono molto rari nell’infanzia, cominciano a manifestarsi in adolescenza, per toccare il picco nella prima età adulta, a 22-23 anni di età². L’età media di comparsa del disturbo è compresa fra i 15 e i 35 anni; nel sesso femminile si manifesta di solito con un ritardo di 3-4 anni rispetto al sesso maschile, ma i tassi di prevalenza nella vita sono sostanzialmente simili nei due sessi così come tra aree urbane, rurali e miste. La schizofrenia viene trattata, salvo rarissime eccezioni^{3,4}, senza differenziare l’adolescenza dall’età adulta. Ciò in ragione di quanto in maniera molto esplicita scrive Rutter⁵: “Oggi è chiaro che i criteri diagnostici basati sull’adulto sono validi anche in questo gruppo di età (bambini e adolescenti) e che il disturbo ha continuità clinica e neurobiologica con la schizofrenia negli adulti ... La schizofrenia infantile è una variante più grave della forma che compare nell’adulto”⁵. La particolarità di situazioni cliniche denominate come “Episodi deliranti acuti” o “Sindromi psicotiche acute e transitorie” sta nel fatto sopra ricordato che la loro evoluzione non è prevedibile al momento del loro manifestarsi, consentendo soltanto diagnosi ex-post: guarigione, schizofrenia, disturbi di personalità, disturbi dell’umore. Rispetto alla schizofrenia acuta il criterio diagnostico differenziale più importante è quello del decorso; se i sintomi si protraggono oltre i 6 mesi, il disturbo va inquadrato nell’ambito della schizofrenia. La decisione diagnostica viene quindi stabilita a posteriori, a seconda della diversa evoluzione del quadro clinico. Gli episodi deliranti acuti rappresentano forme cliniche differenti che possono essere simili tra loro ma non coincidenti, ed il dibattito relativo al loro significato e alla loro collocazione nosografica è ancora molto vivo; alcuni autori rivendicano la loro specificità ed autonomia, che invece viene negata da altri⁶⁻⁸. Il DSM-IV classifica queste forme come “Disturbo Psicotico Breve” (BPD), e l’ICD-10 come “Sindromi Psicotiche Acute e Transitorie” (ATPD). L’assenza di elementi sintomatologici specifici che possono indirizzare sin dall’inizio la diagnosi consiglia di mantenerla “aperta” a possibili evoluzioni positive e stimola a raccogliere tutti gli elementi relativi

all'ambiente, alla storia personale e alla struttura di personalità che, al di là di quanto occorre per l'inquadramento diagnostico-nosografico, possono servire a indirizzare al meglio le strategie terapeutiche.

Un'ultima notazione relativa alla terminologia clinica che riguarda sia gli episodi deliranti acuti sia la schizofrenia. Il termine "episodi deliranti acuti" o quello di "Sindromi psicotiche acute e transitorie" è a nostro parere preferibile a quello di "esordi psicotici" anche in considerazione del fatto che quest'ultimo ha implicita la previsione negativa di inizio ("esordio") di una malattia grave e cronica come la psicosi; gli altri termini sottolineano invece l'aspetto dell'acuzie o quello della transitorietà, cosa maggiormente rispondente alla realtà clinica, e per il messaggio di apertura alla speranza che trasmette, un fattore di cui molti autori sottolineano l'importanza sia nel rapporto con il paziente che in quello con i familiari. Motivazioni analoghe sono riportate da Holzer, Halfon e Lagetin in una lettera all'Editore del *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*⁹ relativamente all'uso del termine "stato prodromico" nel caso delle psicosi infantili e dell'adolescenza.

Nell'ambito del trattamento degli esordi psicotici questa review si occupa dell'intervento psicoterapico; nel far questo non si può però ignorare in premessa che la cura di questo tipo di disturbi prevede un trattamento integrato multimodale. Molti studi hanno dimostrato l'importanza, ai fini dell'esito a distanza, di un trattamento precoce¹⁰⁻¹⁸, la minor durata del periodo che intercorre tra l'inizio dei sintomi e l'inizio del trattamento farmacologico è associata infatti con una prognosi più favorevole, minor rischio di cronicizzazione, minor durata dell'ospedalizzazione, minor numero di recidive, miglior funzionamento sociale e cognitivo.

I vari autori sono quindi sempre concordi nel sostenere che il trattamento deve essere di tipo integrato e pluridimensionale^{8 19-21}, in special modo per la schizofrenia.

Il lavoro che presentiamo parte da un precedente studio che analizza i fattori terapeutici all'interno del nostro DH per questi casi²². Il modello di lavoro è di tipo integrato pluriprofessionale e sulla base dei positivi risultati dimostrati da un follow-up di 2 anni dopo la dimissione abbiamo indagato presso i pazienti, i loro familiari e i medici curanti, il parere circa i fattori terapeutici; è emersa con assoluta concordanza fra i tre gruppi, l'indicazione dell'ambiente terapeutico accogliente come fattore più importante per l'esito della terapia; seguono in ordine di importanza, per paziente e familiari, un ambiente di vita stabile e supportivo ed una positiva alleanza di lavoro, mentre per i medici curanti al secondo posto si colloca la terapia farmacologica. Si tratta quindi di patologie in cui il lavoro psicoterapico si realizza principalmente nella organizzazione psicoterapeutica dell'ambiente sulla linea di quanto già suggerito da autori ormai classici come Sullivan²³ e Arieti²⁴ riguardo allo sviluppo di un clima positivo per il paziente, ed alla integrazione di diversi specifici interventi, quello farmacologico, la psicoterapia, i colloqui di supporto, il lavoro con la famiglia, l'intervento educativo mirato all'autonomia personale e sociale²⁵.

Psicoterapia

Discutendo di psicoterapia, in particolare trattando di disturbi della sfera psicotica, è necessario precisare che essa, oltre ad essere una tecnica terapeutica individuale o di gruppo, può rappresentare una modalità di funzionamento di un servizio. La psicoterapia infatti può essere “una impostazione organizzativa e funzionale di un Servizio che prevede in tutti gli interventi l’analisi del contesto, l’attenzione alle dinamiche relazionali del paziente, dei genitori, degli operatori sanitari coinvolti e che si traduce nel rispetto e nell’ascolto di quanto portato dal paziente, e nell’analisi di ciò attraverso un modello diagnostico di tipo strutturale, volto alla identificazione dei punti di forza e non solo degli elementi sintomatologici categoriali²⁶. Al contempo, in quanto tecnica terapeutica, essa può rappresentare un tipo di trattamento che si integra efficacemente con gli altri strumenti dello psichiatra dei bambini e degli adolescenti (educativi, sociali, farmacologici, ecc.) o dello psichiatra degli adulti²⁷.

Il ruolo della psicoterapia: modalità, strumenti, risultati

La ricerca bibliografica sul tema della psicoterapia degli esordi psicotici in adolescenza ha portato ad una serie di interessanti considerazioni sulla modifica nel tempo dell’utilizzo di questa tecnica terapeutica, che appare essere sempre meno indicata come intervento singolo. La revisione della bibliografia è stata così condotta: è stata innanzitutto condotta una indagine attraverso il motore di ricerca PUBMED relativamente agli anni 2004-2009. Poiché, come è noto, la assoluta maggioranza dei titoli visualizzati attraverso PUBMED appartengono alla letteratura anglosassone, sono state prese in considerazione anche le più note riviste francesi e italiane di psichiatria dell’età evolutiva. Sono stati quindi analizzati gli indici dei numeri pubblicati dal 2004 al 2009 delle seguenti riviste: *Psychiatrie de l’Enfant* (3 articoli dedicati su un totale di 132); *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence* (9 articoli dedicati su 384; questa Rivista ha pubblicato nel 2009 un numero monografico dedicato alla schizofrenia infantile); *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza* (gli articoli dedicati sono 8 su un totale di 396); *Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva* (gli articoli dedicati sono 3 su un totale di 198); *Imago* (3 articoli dedicati su un totale di 84). La revisione bibliografica è stata completata con la consultazione, di alcuni trattati recenti di psichiatria generale e dell’età evolutiva, di testi dedicati, in tutto o in parte, agli esordi psicotici, e dalla lettura della Linea Guida prodotta dal nostro Ministero della salute riguardante gli interventi precoci nella schizofrenia².

L’indagine svolta con il motore di ricerca PUBMED, è stata innanzitutto condotta utilizzando le seguenti combinazioni di parole chiave: 1) *acute psychotic disorder in child and adolescent psychotherapy*; 2) *transient psychotic disorder in child and adolescent psychotherapy*; 3) *brief psychotic disorder in*

child and adolescent psychotherapy; 4) *onset psychosis in child and adolescence psychotherapy*. Abbiamo poi focalizzato l'attenzione sui risultati derivati dalla combinazione n. 3, che portava ad un numero maggiore di articoli, comprensivi anche di quelli individuati dalle altre tre parole chiave, è stato possibile individuare 127 articoli pubblicati tra il 1.1.2004 ed il 31.12.2009. Calcolando l'arco di tempo di 5 anni, si hanno in media 25 articoli all'anno, ovvero, 2 articoli al mese: davvero poco. La conferma ci viene dall'analisi della letteratura francese e italiana, ed anche da una analisi più approfondita del *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, che è una delle più importanti tra quelle statunitensi di psichiatria dell'età evolutiva, e che ha pubblicato un totale di 10 articoli sull'argomento su un totale di 720. Di questa stessa Rivista, abbiamo preso in considerazione i "parametri pratici" per la diagnosi e il trattamento della schizofrenia infantile, pubblicati in un Supplemento del 2001.

Constatato che il numero totale di voci era esiguo rispetto ai dati attesi e che la maggior parte di questi lavori, alla lettura, rivelavano una scarsa pertinenza all'argomento psicoterapia (occupandosi più frequentemente di psicofarmacologia, di valutazioni diagnostiche o di neuroimmagini), si è deciso di ampliare l'area di ricerca sostituendo alla parola chiave *psychotherapy* la parola *treatment*, termine più generale ma di prevedibile maggior uso in considerazione del fatto che la complessità dei quadri psicotici richiede terapie multimodali. Ci aspettavamo dunque di trovare contributi specificamente dedicati al lavoro psicoterapeutico nel contesto di interventi terapeutici complessi. Così facendo, in effetti, il numero di articoli è aumentato di dieci volte, passando da 127 a 1020 voci che comprendevano la maggior parte dei lavori precedentemente ricavati dall'utilizzo di *psychotherapy*. È interessante notare che nel biennio 2004-2005 i titoli classificati alla voce *psychotherapy* costituiscono circa l'11% degli articoli ricavati con il termine *treatment*, e che tale proporzione si dimezza, passando a meno del 6%, nel biennio 2008-2009. Questo dato sembrerebbe indicare la tendenza ad interessarsi sempre meno alla psicoterapia come tipologia di trattamento per le psicosi; per verificare questa nostra ipotesi abbiamo condotto una ricerca analoga relativa alle nevrosi che, invece, ha mostrato il mantenimento nel corso degli anni, di un elevato numero di contributi scientifici dedicati alla psicoterapia.

Gli interventi psicoterapici nei disturbi psicotici in adolescenza

Nella quinta edizione del *Trattato di Psichiatria del bambino e dell'adolescente* di Rutter, il tema degli esordi psicotici è trattato da Chris Hollis in un capitolo dedicato. Relativamente agli approcci terapeutici, si sottolinea la estrema difficoltà di poter intervenire in termini di prevenzione primaria, fosse anche attraverso la eliminazione di fattori ambientali di rischio come l'uso della cannabis. Riguardo alla terapia della fase prodromica, viene citato lo studio di follow-up coordinato da McGorry et al.¹³ nel quale si dimostrava che il tratta-

mento combinato con risperidone a basse dosi e CBT vs trattamento standard, risultava efficace nel ridurre il passaggio alla psicosi nei primi 6 mesi, mentre risultava inefficace a distanza di 12 mesi dall'esordio. Il trattamento psicoterapico delle psicosi è compreso negli "interventi psicosociali" e viene presa in considerazione soltanto la CBT a proposito della quale si dice che rimane ancora da stabilire se sia efficace con gli adolescenti (come è stata dimostrata essere nei pazienti adulti nel ridurre sintomi positivi resistenti al trattamento farmacologico o comunque efficace nei pazienti con predominanti sintomi negativi). Vengono fortemente raccomandati interventi psicoeducativi e di sostegno alle famiglie, il cui scopo principale è quello di prevenire le ricadute e di migliorare il livello di funzionamento. Si sottolinea come nel lavoro con i genitori dei bambini e degli adolescenti con schizofrenia, vi sia un passaggio di particolare importanza consistente nel "riconoscere che la malattia produce un processo di lutto per la perdita del figlio normale". Merita segnalare in questo capitolo la presentazione di un metodo di recupero cognitivo che viene definito come "un trattamento psicologico finalizzato ad arrestare o ad invertire le limitazioni nella attenzione, concentrazione e memoria di lavoro che sono associate ai sintomi negativi e all'esito dell'impoverimento funzionale tipico della schizofrenia". Infine, sul piano della organizzazione dei servizi, viene raccomandata la costituzione di servizi specificamente dedicati, dotati di posti letto, e aperti a soggetti di età compresa fra i 14 e i 25 anni.

Fonagy et al. nel loro libro *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente*²⁸ dedicano un capitolo ai "disturbi psicotici", nell'ambito dei quali considerano la schizofrenia e i disturbi shizoaffettivi; in questi ultimi vengono considerati mania e disturbi bipolari. Nonostante quanto ci si aspetterebbe dal titolo, il tema della psicoterapia non è praticamente trattato in questo capitolo, preferendo gli autori presentare i principi generali del trattamento della schizofrenia. In proposito, viene innanzitutto ricordato che i contributi relativi a questo tema, comprese le raccomandazioni operative e i consigli, sono estrapolati dalla letteratura sugli adulti, e si basano sul concetto di continuità clinica e neurobiologica della schizofrenia nelle diverse età della vita. Gli approcci generali al trattamento, scrivono gli autori, richiedono che esso sia multimodale ed includere trattamenti mirati ai sintomi specifici così come trattamenti più generici connessi alle necessità psicosociali ed educative del bambino e della famiglia. Si sottolinea come, pur essendovi poche dimostrazioni formali a sostegno di un intervento rispetto ad un altro, è tuttavia presente un consenso generale che un periodo di trattamento in situazione di ricovero sia di solito necessario, almeno nelle prime fasi del trattamento. La psicoterapia non è discussa mentre sono presentati i trattamenti psicosociali, a proposito dei quali si dice che "ci sono veramente poche valutazioni" che riguardino bambini e adolescenti e solo una sperimentazione controllata che viene quindi presentata. Tale studio risale al 1994²⁹, coinvolse 12 ragazzi di età compresa fra 12 e 18 anni, ed era mirato a valutare l'efficacia e i costi di un complesso intervento psicoeducativo della durata di 2 anni, riguardante i pazienti e i

loro familiari. La conclusione raggiunta fu che i giovani del gruppo sperimentale ebbero un numero significativamente inferiore di ricadute nei due anni successivi all'ammissione. Tuttavia, non si registrarono differenze significative nel funzionamento psicosociale sulla base delle misure della C-GAS a due anni dall'inizio del trattamento. Le famiglie all'inizio dello studio erano tutte caratterizzate da alta emotività espressa (EE), mentre al termine, 7 su 12 passarono ad uno status di bassa EE. Altro dato importante ricavato da questo studio riguarda i costi globali del trattamento che sono risultati inferiori a quelli del gruppo di controllo a causa del ridotto tasso di ricadute e di ri-ammissioni.

L'importante lavoro di McGorry mirato alla prevenzione delle psicosi attraverso l'individuazione dei soggetti a rischio e delle condizioni ambientali aggravanti e/o precipitanti, nonché attraverso la precoce presa in carico terapeutica della malattia sin dal primo episodio, è ben presentato nel libro scritto assieme a Jackson³⁰. Al lavoro psicoterapico negli esordi psicotici sono dedicati in particolare due capitoli: "Guarigione dalla psicosi: interventi psicologici" e "Intervento familiare nell'esordio psicotico". Anche in questo caso la popolazione clinica non è distinta fra adolescenti e giovani adulti, e questi ultimi rappresentano la maggioranza della casistica presentata. Richiamando la connotazione negativa del termine esordio, questi autori definiscono l'esordio come "una crisi evitabile", sottolineando con ciò le possibili positive evoluzioni che questo disturbo può avere se si interviene con tempestività, appropriatezza clinica, e rispetto sul piano umano sia verso i pazienti che i familiari. Gli interventi psicologici presentati e sostenuti sulla base della esperienza, sono di tipo cognitivo: se, come scrivono gli autori, "i risultati continueranno ad essere dimostrati positivi", gli approcci terapeutici cognitivi possono costituire "una opportunità terapeutica importante e rivoluzionaria nel trattamento della psicosi, aumentando il nostro arsenale per migliorare la qualità della cura per i pazienti con psicosi iniziale". Sotto la voce "interventi cognitivi" vengono compresi tre tipi di intervento: 1) quelli che si occupano dei difetti dell'elaborazione delle informazioni, allo scopo di migliorare le capacità di *problem solving* ed altre abilità; 2) quelli volti a ridurre i deliri e le allucinazioni e/o ad alleviare la sofferenza relativa a queste esperienze; 3) quelli centrati sulla visione che ciascuna persona ha del proprio disturbo, con il conseguente impatto sul sé e sull'adattamento, durante lo sviluppo del disturbo psicotico.

La psicoterapia ad orientamento cognitivo per le psicosi in fase iniziale (COPE), prevede quattro fasi: valutazione, alleanza terapeutica, adattamento del sé, prevenzione o riduzione della morbilità secondaria. Essa è descritta in uno specifico manuale (EPPIC). Obiettivi della terapia sono l'aiutare la persona a ricercare un significato all'esperienza psicotica, padroneggiarla, proteggere l'autostima danneggiata o quantomeno minacciata dall'esperienza psicotica stessa. La fase di valutazione è centrata sui sintomi e sull'esordio del disturbo, sull'idea che il paziente ha del disturbo e sulle capacità di insight; sul funzionamento delle diverse aree prima e dopo l'episodio psicotico, le modalità di far fronte agli eventi. Il terapeuta cerca di giungere ad una comprensione adeguata

di come il paziente si percepisce rispetto al mondo attuale, al passato e al futuro. Questa fase viene svolta nell'arco di tre sedute. La fase dell'alleanza terapeutica, o di aggancio, ha come premessa la consapevolezza che essa rappresenta uno dei cinque fattori considerati forti predittori di esito, indipendentemente dal tipo di terapia adottata (come emerge dalla revisione di Weinberger³¹). La vulnerabilità e la fragilità della persona con psicosi richiede estrema delicatezza nel costruire l'alleanza: "L'aggancio sarà favorito dall'accettazione tranquilla del materiale psicotico, dalla scrupolosa attenzione alla comunicazione non verbale e verbale, nonché dalla capacità del paziente di stabilire una relazione". La terza fase, detta di adattamento o di puntellamento del sé, ha lo scopo di aiutare la persona a valutare correttamente i processi psicotici e la percezione di sé, compresa la stima del proprio valore, ma anche di dare sostegno alle risorse e alle risposte volte a fronteggiare gli eventi. L'ultima fase, è orientata a capire i modelli esplicativi del paziente ed il suo livello di insight; in particolare si cerca di esplorare non solo gli aspetti positivi del sé, ma anche quelli temuti o indesiderati in modo da calibrare la consapevolezza del paziente sia verso la sua malattia che verso la immagine di sé.

Altro capitolo importante del lavoro di questo gruppo è quello dedicato al lavoro con le famiglie, che viene ritenuto obbligatorio. Il capitolo sulle famiglie si apre inquadrando gli esordi psicotici come una minaccia al processo di individuazione in quanto la loro insorgenza si situa in media nella tarda adolescenza, e come stagnazione dello sviluppo inquadrata in un più generale ritardo di autonomia sociale che caratterizza i giovani nel mondo occidentale, a causa dell'aumento della disoccupazione e dell'aumento dei costi dell'istruzione e degli alloggi. Il lavoro con le famiglie si fonda sull'importanza "critica" di dare loro sostegno ed educazione, e di coinvolgerle sia nelle prime fasi sia nei periodi successivi della malattia, perché esse nell'era della psichiatria di comunità (o territoriale, diremmo noi) hanno l'opportunità di giocare un ruolo essenziale di cura e sostegno durante il processo di guarigione". Vengono in particolare presentati gli studi relativi alla emotività espressa (EE) sottolineando che l'evidenza di un rapporto tra alte EE e ricadute cliniche è dubbia, e che, analizzando l'efficacia dell'intervento familiare nel primo episodio psicotico, di fronte a famiglie che negli stadi iniziali della malattia hanno l'esigenza di esprimere le proprie emozioni, tentare di modificare tali modelli di adattamento potrebbe portare ad esiti peggiori. Pertanto, come premessa al lavoro con le famiglie viene data l'indicazione di utilizzare modelli di intervento già sperimentati con popolazioni a cronicità elevata e di non introdurre atteggiamenti eccessivamente pessimistici rispetto al decorso e all'esito che potrebbero causare danno ai pazienti. L'intervento per i familiari viene realizzato seguendo gli snodi della malattia: dai prodromi alla psicosi vera e propria; dall'esordio psicotico al successivo biennio critico; dal biennio critico alla psicosi prolungata. L'intervento psicoeducativo viene fornito alle famiglie sia individualmente che attraverso modalità di gruppo, da loro chiamate "sedute di familiari ed amici" (si tratta di gruppi multifamiliari aperti a frequenza men-

sile, guidati da due operatori che forniscono informazioni, e che sono poi oggetto di discussione, su cos'è la psicosi, sui farmaci, sulla guarigione, sul futuro. Gli scopi generali dell'intervento psicoeducativo sono così elencati: a) ridurre l'angoscia, il carico emotivo e l'ansia; b) dare spazio alla elaborazione e discussione delle emozioni; c) fornire supporto alle famiglie e agli amici, riconoscendo loro il diritto a ridurre il proprio disagio e il rischio di morbilità; d) fornire accurate informazioni sia scritte che orali; e) aiutare le famiglie e gli amici ad integrare le informazioni nella loro specifica esperienza; f) permettere alle famiglie e agli amici di riconoscere e utilizzare le loro forze e risorse; g) facilitare con i familiari e gli amici lo sviluppo di un approccio collaborativo, che riconosca l'importanza del loro ruolo rispetto al paziente e al processo di cura; h) fornire nelle "sedute di familiari e amici" un ambiente favorevole per porre domande, discutere le proprie preoccupazioni ed esperienze.

Abbiamo riassunto ampiamente il modello di intervento del gruppo di Melbourne perché esso si è venuto affermando e diffondendo come punto di riferimento nel lavoro terapeutico sugli esordi psicotici, e perché sono molto bene espressi il ruolo e le finalità che la psicoterapia ha oggi nel trattamento delle psicosi, le modalità secondo le quali essa viene erogata verso il singolo paziente, verso i suoi familiari, e verso il gruppo sociale più vicino. La posizione di Kuipers, Leff e Lam ³² risulta vicina a questa impostazione, ma con una differente accentuazione del ruolo della famiglia che viene individuata come vero e proprio co-terapeuta. In tal senso questi autori evidenziano innanzitutto la differenza fra il loro approccio e quello psicoanalitico e sistemico. La schizofrenia è vista come malattia a base biologica che determina un disfunzionamento cerebrale e che può presentarsi in famiglie che funzionano perfettamente bene che non esercitano alcuna influenza causale, sebbene possano modificare il corso della malattia. Il modello di terapia è fortemente imperniato sull'importanza del rapporto con le famiglie che i terapeuti, per essere coerenti con il modello di lavoro, non debbono mai criticare. Sono invece considerati cruciali ai fini della efficacia del lavoro, i principi rogersiani che vogliono il terapeuta caloroso, empatico e sincero con le famiglie. Gli autori sottolineano anche che "sebbene la comprensione psicodinamica delle relazioni familiari abbia valore, noi non facciamo interpretazioni alla famiglia". Per quel che attiene ai contenuti del rapporto con le famiglie, essi coincidono con quelli di McGorry tesi a dare informazioni, avvertimenti e consigli alla famiglia e ad incoraggiarla a prendere parte attiva nel discutere tali informazioni. Ciò che differenzia il lavoro di Kuipers e colleghi è di "essere attivi, su mandato della famiglia, nel negoziare con altri servizi, ciò che di solito non è intrapreso da parte di uno psicoanalista tradizionale, e che invece può essere fatto da un terapeuta sistemico che vede tali servizi come parte del più ampio sistema nel quale opera la famiglia". Inoltre essi, diversamente dal gruppo di McGorry, danno importanza, come valore predittivo, alla associazione fra EE da parte dei parenti ed andamento della schizofrenia. Per quel che riguarda l'intervento psicoterapico per i pazienti, si tratta di una terapia cognitivo comportamentale.

Una interessante raccolta di brevi saggi curata da Findling e Schulz, sotto il titolo di *Juvenile-Onset Schizophrenia: Assessment, Neurobiology and Treatment*, fornisce un quadro accurato, puntuale ed aggiornato nei riferimenti bibliografici, sulla schizofrenia in età adolescenziale e giovanile. Due articoli sono specificatamente dedicati alla psicoterapia e al supporto psicologico: il primo è dedicato agli interventi individuali, il secondo agli interventi con la famiglia. Il primo fa riferimento agli unici tre studi dedicati alla psicoterapia con giovani psicotici; tra questi, quello già ricordato di Rund et al. che evidenzia: 1) come il trattamento combinato di psicoterapia cognitivo comportamentale, farmacoterapia e interventi di supporto alle famiglie produca miglioramenti significativi sia sul versante della sintomatologia che su quello funzionale; 2) che l'interruzione degli interventi psicosociali determina un netto aggravamento della situazione clinica ed un aumento delle ricadute. Questi dati sono confermati da numerosi altri studi condotti su adulti che mostrano come l'associazione di farmaci, psicoterapia individuale (di tipo cognitivo comportamentale) e supporto psicosociale alle famiglie abbia effetti terapeutici migliori rispetto all'uso di soli farmaci o psicoterapia. L'insieme di questi studi porta gli autori a sostenere che le terapie psicosociali dovrebbero essere viste come una componente continuativa nella gestione delle malattie psicotiche piuttosto che come un intervento limitato nel tempo. Due ultime conclusioni di questi studi meritano essere ricordate: A) è meno importante il metodo di intervento che viene scelto, rispetto alla intensità dell'intervento stesso; B) le terapie psicosociali devono variare in relazione all'evolvere nel tempo delle capacità del paziente. Particolare attenzione viene poi data alla fase di costruzione dell'alleanza terapeutica sottolineando la sua importanza nella strategia terapeutica globale; viene citata in proposito una tecnica, proposta da Amador³³, denominata LEAP (listen, empathize, agree, partner) che ripropone molte caratteristiche dell'approccio psicodinamico. Vengono riferiti dettagliatamente, per ogni fase della malattia, gli obiettivi del trattamento e le modalità che prevedono sempre interventi psicoeducativi, terapia supportiva e terapia comportamentale. Vengono anche date indicazioni relative all'intervento da svolgere a scuola: informare gli insegnanti sulla malattia e su come questa interferisce nell'apprendimento e nelle relazioni con i compagni; dare consigli su come collocare il bambino o il ragazzo in una classe con un basso numero di alunni; facilitare l'interazione sociale con i compagni.

Il capitolo dedicato alle famiglie e agli interventi psicosociali descrive innanzitutto i positivi risultati che la letteratura riporta relativamente alla terapia familiare nei casi di schizofrenici adulti: riduzione delle ricadute e dei ricoveri, miglioramento dei sintomi e dell'adesione al trattamento, miglioramento della capacità delle famiglie di sopportare il carico della malattia e di fronteggiare positivamente gli effetti del disturbo³⁴. Analoghi risultati positivi sono riferiti dal lavoro di Rund²⁹ che viene qui citato come l'unico studio pubblicato che esamina gli interventi nei casi di schizofrenia ad esordio precoce. Gli autori segnalano anche la presenza di uno studio in corso di svolgimento a Seattle, che

intende valutare l'uso in adolescenti (*teenagers*) con schizofrenia degli interventi centrati sulla famiglia e mirati all'auto gestione nel contesto della comunità. I dati preliminari indicano la necessità di promuovere contemporaneamente sia i meccanismi di supporto alle famiglie sia le alleanze nella comunità ³⁵. Infine viene compiuta una dettagliata esposizione degli interventi che compongono gli interventi con le famiglie: psicoeducazione, formazione per acquisire competenze per migliorare la comunicazione e le capacità cognitive, costituzione di gruppi di discussione per familiari, costituzione di una rete di supporto che faciliti l'integrazione delle famiglie nella comunità contrastando l'isolamento sociale verso il quale li spinge la malattia dei figli.

I lavori esposti sono alla base di quanto indicato nei *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Schizophrenia* pubblicati nel 2001 ³⁶. In queste linee guida viene affermato infatti che un trattamento adeguato richiede la combinazione di agenti psicofarmacologici e di interventi psicosociali; e tra questi ultimi ne venivano raccomandati due: terapia psicoeducativa per il paziente e terapia psicoeducativa per la famiglia. In aggiunta, nella sezione "altri trattamenti" venivano date indicazioni per contrastare condizioni di comorbidità o sequele del disturbo come abuso di sostanze, depressione e suicidalità. Veniva infine sconsigliato l'elettroshock in quanto non è efficace per la schizofrenia quanto invece lo può essere per i disturbi dell'umore. Una vera e propria Linea Guida è quella prodotta nel 2007 dal Ministero della Salute Italiano dedicata agli Interventi precoci nella schizofrenia ². Qui non si differenzia fra età evolutiva e giovani adulti. Pur precisando che esiste una diffusa incertezza nel corpus delle conoscenze in materia di interventi precoci nella schizofrenia, queste linee guida, che raccolgono una ampia documentazione bibliografica, fanno una distinzione tra soggetti a rischio di schizofrenia e soggetti al primo episodio psicotico. Per i primi, l'efficacia degli interventi è stata studiata assumendo come obiettivo la modifica del decorso della malattia o la prevenzione della sua insorgenza. Essendo la letteratura su questo argomento molto ridotta, non è stato possibile pervenire a chiare ed esplicite raccomandazioni in materia. Per quanto riguarda i soggetti al primo episodio psicotico, invece, l'efficacia degli interventi è stata valutata sulla base della modifica del decorso di malattia e/o del miglioramento della prognosi. Le esperienze in questo ambito sono senz'altro più numerose, ma molte delle dimostrazioni di efficacia sono indirette ed esposte a bias. Gli interventi raccomandati, che dovrebbero essere messi in atto da parte di centri dedicati, sono: a) programmi strutturati di identificazione e trattamento precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia in quanto l'efficacia è mediata dalla riduzione della durata della psicosi non trattata (raccomandato l'impiego di scale di valutazione accurate e specifiche per la diagnosi di schizofrenia; tecniche di imaging solo come supporto e non come test diagnostici di primo livello, come più recentemente indicato dal Dipartimento di Salute Pubblica ed Epidemiologia dell'Università di Birmingham ³⁷); b) terapia farmacologica nel periodo che segue l'esordio psicotico (vista la sua efficacia nel ridurre le rica-

dute); c) trattamenti psicoeducativi familiari e training per le competenze sociali; d) ricorso alla terapia cognitivo comportamentale in sinergia con altre strategie terapeutiche; e) regime di “trattamento assertivo di comunità” con caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità.

Tra i contributi italiani, il *Trattato Italiano di Psichiatria*³⁸ tratta il tema della schizofrenia in età evolutiva in due differenti capitoli: quello di Pancheri sulla “Schizofrenia ad esordio precoce” e quello di Berti, Peraldo e Rossi sulla “Schizofrenia in adolescenza”. Nel primo, viene sottolineato che l’unico tipo di intervento che ha dimostrato validità, soprattutto nel ridurre le ricadute, è quello familiare per il controllo della EE, e viene inoltre segnalato che mentre le psicoterapie insight-oriented non hanno un supporto di evidenza empirica sufficiente per sostenerne l’utilizzazione in questo campo, la psicoterapia di sostegno è utile e raccomandata. Secondo Pancheri, il sostegno psicoterapeutico fa parte della normale prassi terapeutica di qualunque psichiatra che tratti la schizofrenia ad esordio precoce. È inoltre sempre necessario un intervento psicoeducativo familiare per fornire tutte le informazioni sulla diagnosi, la prognosi, le possibili terapie e la riabilitazione. Berti, Peraldo e Rossi, danno evidenza alla psicoterapia di tipo psicodinamico che viene qui presentata come necessaria e caratterizzata, nel caso degli adolescenti schizofrenici, da specifiche particolarità legate alla specifica condizione maturativa e sociale di quella età. La posizione è dunque decisamente lontana da quelle presentate sin qui e opposta a quella sostenuta da Kuipers, Leff e Lam. Questi autori segnalano l’importanza di coinvolgere in termini di informazione e di sostegno il gruppo familiare come gruppo sofferente per la inevitabile risonanza emotiva suscitata dalla patologia del paziente; essi aggiungono che non è infrequente che i genitori stessi abbiano bisogno di un intervento psicoterapico, il più delle volte mascherato dall’esclusivo desiderio di aiutare il membro “malato” della famiglia. Riguardo alla finalità della psicoterapia si dice che, quando si realizza la catastrofe schizofrenica, rimangono insoddisfatti alcuni bisogni fondamentali della persona, come il bisogno di dipendere da qualcuno, di avere intimità, di avere fiducia negli altri e che gli altri abbiano fiducia in noi. Il terapeuta allora dovrebbe essere in grado di soddisfare almeno in parte questi bisogni, rappresentando un oggetto di cui il paziente possa fidarsi, su cui possa appoggiarsi e con cui possa sviluppare una ragionevole intimità, al fine di mantenere o di riconquistare le proprie caratteristiche di persona.

Anche i contributi sul tema degli esordi psicotici apparsi sulle riviste italiane di psichiatria o di neuropsichiatria infantile sono molto pochi più spesso trattano l’aspetto clinico diagnostico, come ad esempio nel caso del lavoro di Muratori et al. (dedicato ad una attenta revisione della casistica di adolescenti che avevano presentato un primo episodio psicotico)³⁹, oppure nello studio di Margari et al. (nel quale si sottolinea la grande importanza della genetica quale fattore di rischio nella schizofrenia)⁴⁰. Relativamente agli aspetti terapeutici, va segnalato un lavoro di Masi ed altri, dedicato alla schizofrenia ad esordio prepuberale⁴¹

nel quale viene discusso il ruolo del trattamento farmacologico all'interno di un intervento complesso che include il supporto psicologico, i trattamenti comportamentali, la riabilitazione sociale e cognitiva, l'assistenza nelle attività sociali ed il supporto alla famiglia. Il ruolo fondamentale dei trattamenti psicoterapici e psicosociali, organizzati secondo un modello multifocale e multidisciplinare è documentato nel lavoro di Gatta, Condini et al.⁴², in quello di Santacroce⁴³, e in quello nostro⁴⁴. Una segnalazione particolare merita il lavoro di Benzoni, Costantino et al.⁴⁵ perché riporta la prima esperienza di una indagine svolta presso i medici ed i pediatri di base di due distretti di Milano attraverso un questionario finalizzato alla individuazione precoce degli esordi psicotici in adolescenza. I risultati dell'indagine indicano che solo una percentuale esigua degli intervistati ha contatti clinici con pazienti tra i 13 e i 18 anni, ed inoltre che le conoscenze specifiche sui sintomi d'esordio, così come sulle Unità Territoriali, sono scarse. L'articolo di Caratelli⁴⁶ propone un modello integrato di intervento negli esordi psicotici in adolescenza nella prospettiva della psichiatria evolutiva psicodinamica. A fondamento della proposta sta la volontà di dare profondità e senso a concetti descrittivi ed epidemiologici come quello di fenotipo schizoide o di menomazione sociale che molti autori descrivono come predittivi dell'esordio schizofrenico. Il modello proposto, che ha una forte assonanza con i principi ispiratori del nostro^{22 44 47}, integra l'intervento farmacologico con quello psicoterapeutico e riabilitativo, ed individua l'elemento integratore nella centralità del soggetto e dello sviluppo normale e patologico del Sé. I due modelli sono accomunati dallo sforzo di individuare l'elemento integratore dei diversi interventi, senza il quale essi sarebbero una semplice sommatoria, e non un insieme che è rafforzato nel suo effetto terapeutico dalla sinergia dei singoli interventi che a sua volta rafforza l'azione di ciascuno di essi. L'indicazione di fattori differenti come centrali (continuità del soggetto e dello sviluppo del Sé per Caratelli; una impostazione organizzativa e funzionale del Servizio in chiave psicoterapica nella nostra proposta) sembra solo il risultato di una differente illuminazione di parti della scena più che una vera diversità.

Il riferimento ad un approccio psicopatologico ed evolutivo⁴⁸ associato ad una ipotesi multifattoriale della malattia e alla conseguente presa in carico plurifocale e pluridisciplinare⁴⁹ caratterizzano il punto di vista francese sulla schizofrenia, a cui la rivista *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* ha dedicato un numero speciale nel 2009. Di questo numero merita segnalare il contributo di Escaig che propone di inquadrare la schizofrenia secondo il modello della disabilità psichica (ICF) che, a parere dell'Autore, fornisce un importante riferimento per la terapia di una persona che sia contemporaneamente malata e disabile; in questa prospettiva il ruolo dei genitori assume grande rilevanza anche in qualità di esperti del binomio autonomia-protezione; essi vanno pertanto supportati ed aiutati sia dai professionisti che dalle associazioni dei familiari al fine di mantenere saldo il loro ruolo⁵⁰.

Conclusioni

I contributi dedicati agli esordi psicotici in adolescenza sono pochi; le casistiche, in ragione dell'età media di insorgenza della malattia che si colloca intorno ai 22-23 anni, comprendono in prevalenza adulti o giovani adulti. Perciò sono rari gli studi dedicati in modo specifico ai disturbi psicotici che insorgono nell'infanzia e nell'adolescenza; tali studi sarebbero invece necessari anche perché a questa età è particolarmente difficile individuare precocemente e in maniera sicura questi disturbi, e differenziare al loro interno le diverse condizioni cliniche che possono manifestarsi con una sintomatologia psicotica. Come abbiamo visto ciò sarebbe rilevante sia per la terapia tempestiva che per la prognosi. Gli episodi deliranti acuti nei quali, per definizione, non è prevedibile l'evoluzione al momento del loro manifestarsi, e per una parte dei quali sappiamo poter esistere una rapida risoluzione dell'episodio, sono un esempio della particolarità con cui i disturbi psicotici si manifestano in età evolutiva e quindi della grande attenzione e apertura con la quale vanno trattati.

Pur con i limiti appena detti relativi alle casistiche di riferimento, l'analisi della letteratura evidenzia forti punti di convergenza relativamente all'importanza della diagnosi precoce, della individuazione dei soggetti a rischio, e dell'intervento precoce. A parere unanime devono essere messi in campo interventi complessi, che comprendono sia il trattamento farmacologico che gli interventi psicologici rivolti al paziente, alla sua famiglia e al contesto sociale; particolare accordo vi è in letteratura relativamente alla necessità di porre in atto un aiuto specifico alla famiglia che non è più vista come causa della malattia ma come risorsa. Dati attendibili confermano che questo insieme di interventi ha una efficacia superiore a quella di ciascun intervento valutato singolarmente.

La psicoterapia è considerata all'interno di questi interventi psicologici. Il ruolo che le è assegnato varia da un lavoro psicologico finalizzato a migliorare il riconoscimento da parte del paziente dei sintomi che sta sperimentando o che potrà sperimentare (coincidendo di fatto, in questo caso, con quello che solitamente è denominata psicoeducazione), ad un intervento psicologico finalizzato a favorire nel paziente l'adesione alla terapia farmacologica, sino ad una vera e propria tecnica terapeutica; in questo ultimo caso le forme di psicoterapia più frequentemente indicate sono le psicoterapie cognitivo-comportamentali. La psicoterapia psicodinamica è presa in considerazione soltanto dagli autori italiani e dell'area francofona; comunque, anche questi autori la collocano nell'ambito di un intervento plurifocale e multiprofessionale nel quale l'intervento farmacologico ha un posto di primo piano; la psicoterapia è vista in questi casi sia come tecnica specifica da utilizzare con il singolo paziente sia come impostazione organizzativa e funzionale del sistema curante.

Dall'analisi fatta è infine interessante rilevare che alcune delle attenzioni relazionali che vengono consigliate dagli autori di approccio cognitivo-comportamentale o familiare in merito al sostegno emotivo, al rinforzo dell'autostima,

alla cura dell'alleanza di lavoro, dagli autori ad orientamento dinamico sono valorizzati ed inseriti all'interno di una impostazione psicoterapica del servizio che nella letteratura europea è dimostrata come efficace.

Riassunto

La revisione della letteratura anglosassone (PUBMED) ed europea – negli anni 2004/2009 – condotta su “psicoterapia ed esordio psicotico in adolescenza” mostra pochi contributi. In modo concorde viene sottolineata la necessità di un trattamento tempestivo ed intensivo; il trattamento consigliato è integrato e multifocale: farmaci, intervento psicosociale, familiare e individuale.

L'approccio psicoterapico individuale più citato è quello cognitivo-comportamentale; molto risalto, pur con ottiche differenti a seconda dei diversi autori, è dato all'intervento per e con le famiglie, che si trovano a convivere con un componente che è psicotico. Un elemento che accomuna diversi approcci cognitivi e che li avvicina ad impostazioni di tipo psicodinamico è l'attenzione relazionale per creare una positiva alleanza di lavoro. Un ulteriore aspetto del trattamento, che viene richiamato, soprattutto nella letteratura europea, come efficace per un esito positivo, è l'impostazione del servizio secondo una funzione psicoterapica, cosa che comporta l'integrazione dei diversi interventi proposti, non come semplice sommatoria, ma come azione sinergica volta allo sviluppo delle potenzialità del paziente e del suo ambiente e alla ripresa del percorso evolutivo.

Bibliografia

- ¹ McGee R, Williams S, Poulton R. *Hallucination in nonpsychotic children*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:12-3.
- ² Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. *Gli interventi precoci nella schizofrenia*. Linea Guida n. 14 ottobre 2007.
- ³ Berti A, Peraldo R, Rossi R. *Psicopatologia dell'adolescenza*. In: Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, Pazzagli A, Ravizza L, Rossi R, Smeraldi E, Volterra V. *Trattato italiano di psichiatria*. Seconda edizione. Milano: Masson 1999, pp. 3084-3113.
- ⁴ Findling RL, Schulz SC, eds. *Juvenile Onset Schizophrenia*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press 2005.
- ⁵ Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson JS, Taylor EA, Thapar A eds. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Fifth edition. Oxford,UK: Blackwell Publishing 2008, pp. 753.
- ⁶ Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. *Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study*. Acta Psychiatr Scand 1997;96:150-4.
- ⁷ Pillman F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R, Marneros A. *A comparison of DSM-IV brief acute disorder with 'Positive' Schizophrenia and healthy controls*. Compr Psychiatry 2002;43:385-92.
- ⁸ Rigatelli M. *Gli episodi psicotici acuti*. Bologna: Patron Editore 1985.
- ⁹ Holzer L, Halfon O, Laget J. *Intervention in Adolescent Psychosis Risk*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2005;44:512.

- 10 Addington J, Mairwright S, Addington D. *Patterns of premorbid functioning in first-episode psychosis: initial presentation*. Schizophr Res 2003;62:23-30.
- 11 Davidson M, Weisner M. *Early diagnosis of schizophrenia-the first step towards secondary prevention*. Acta Psychiatr Scand 2000;101:7-10.
- 12 Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. *Does treatment delay in first-episode psychosis really matter?* Psychol Med 2003;33:97-110.
- 13 McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM. *Randomized controlled trial of intervention designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms*. Arch Gen Psychiatry 2002;59:921-8.
- 14 Morrison AP, Bentall RP, French P, Walford L, Kilcommons A, Knight A, et al. *Randomized controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals*. Br J Psychiatry 2002;181(S43):s78-s84.
- 15 Piccione R. *La prevenzione della schizofrenia*. Psichiatria di comunità 2002;4:165-79.
- 16 Simon AE, Ferrero FP, Merlo MCG. *Prodromes of first-episode psychosis: how can we challenge non specificity?* Compr Psychiatry 2001;45:382-92.
- 17 Walter G, Wiltshire C, Anderson J, Storm V. *The pharmacologic treatment of the early phase of first-episode psychosis in youths*. Can J Psychiatry 2001;46:803-9.
- 18 Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, McGorry PD. *Psychosis prediction: 12 months follow-up of a high-risk ('prodromal') group*. Schizophr Res 2003;60:21-32.
- 19 Cahn R. *Adolescenza e follia*. Roma: Borla Editore 1991.
- 20 Caratelli TJ, Ferrara M, Monniello G, Sabatello U. *Adolescenti e ricovero psichiatrico*. Milano: F. Angeli 1998, cap. 1-3.
- 21 De Martinis D, Barale F, Caverzasi E. *La crisi psicotica acuta: psicopatologia-clinica-terapia*. Roma: Borla Editore 1989.
- 22 Costa S, Rosati C, Rigon G. *Episodi deliranti acuti in adolescenza: follow-up e fattori terapeutici*. Imago 2004;3:237-255.
- 23 Sullivan HS. *Scritti sulla schizofrenia*. Milano: Feltrinelli 1993 (Edizione originale 1962).
- 24 Arieti S. *Interpretazione della schizofrenia*. Milano: Feltrinelli 1963 (Edizione originale 1955).
- 25 Costa S. *Intervento ospedaliero diurno in casi gravi ed urgenti in psichiatria dell'età evolutiva*. In: Rigon G, Costa S. *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*. Milano: F. Angeli 2002, pp. 33-44.
- 26 Costa S, Rigon G, Chiodo S, Mancarusio A, Poggioli D G. *Il Day Hospital in Psichiatria dell'età evolutiva: analisi dell'efficacia e dei fattori terapeutici*. Psichiatria Infanzia Adolescenza 2004;71:207-218.
- 27 Merini A. *La psicoterapia nel Centro di Salute Mentale*. In: Rigon G, Costa S. *Interventi in psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva*. Milano: F. Angeli 2002, pp. 101-123.
- 28 Fonagy P. *Disturbi Psicotici*. In: Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z. *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente. Trattamenti e prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2003.
- 29 Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, et al. *The psychosis project: Outcome and cost-effectiveness of psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents*. Acta Psychiatr Scand 1994;89:211-18.
- 30 McGorry PD, Jackson HJ. *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio. Un approccio preventivo*. Torino: Centro Scientifico Editore 2001 (Edizione originale 1999).
- 31 Weinberger J. *Common factors aren't so common: the common factors dilemma*. Clinical Psychology Science and Practice 1998;2:45-69.
- 32 Kuipers E, Leff J, Lam D. *Family work for schizophrenia. A practical guide*. Glasgow: Bell & Bain Lt. 1992, 2002.
- 33 Amador XF. *Public awareness and personal insights into psychotic disorders: patient and family perspectives. Paper presented at the conference: treatment of psychotic disorders. What is the state of the art?* New York 2002.
- 34 Huxley NA, Rendall M, Sederer L. *Psychosocial treatment in schizophrenia: a review of the past 20 years*. J Nerv Ment Dis 2000;188:187-201.

- ³⁵ Schepp KG, West MG, Tsaj JHC, Kim HJ. *Use of genograms to illustrate family coping with adolescent mental illness*. Communicating Nursing Research 2001;34:199.
- ³⁶ *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:4S-23S.
- ³⁷ Albon E, Tsourapas A, Frew E, Davenport C, Ovebode F, Arvanitis T, Meads C. *Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation*. Health Technol Assess 2008;12:iii-iv, ix-163.
- ³⁸ Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, Pazzagli A, Ravizza L, Rossi R, Smeraldi E, Volterra V. *Trattato italiano di psichiatria*. Seconda edizione. Milano: Masson 1999 (Edizione elettronica 2002).
- ³⁹ Muratori F, Salvatori F, D'Arcangelo G, Picchi L. *Caratteristiche cliniche e antecedenti psicopatologici de primo episodio psicotico in adolescenza*. Giorn Neuropsich Età Evol 2002;22:119-33.
- ⁴⁰ Margari F, Petruzzelli MG, Presicci A, Ventura P, Spadone MA, Margari L. *Psicopatologia familiare nella schizofrenia ad esordio precoce*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2008;75:55-60.
- ⁴¹ Masi G, Pari C, Mucci M. *La schizofrenia ad esordio prepuberale*. Giorn Neuropsich Età Evol 2007;27:16-26.
- ⁴² Gatta M, Perakis E, Salamini A, Salviato C, Testa P, Ramaglieli E, et al. *Accoglimento dell'adolescente nell'urgenza psichiatrica*. Imago 2006;3:219-28.
- ⁴³ Santacroce M. *Patologie psichiatriche gravi in adolescenza: sviluppo e relazione nel processo terapeutico*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2004;71:219-34.
- ⁴⁴ Rigon G, Costa S. *Presa in carico in rete delle situazioni di urgenza/emergenza psichiatrica in età evolutiva*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2006;73:583-97.
- ⁴⁵ Benzoni S, Cavenaghi S, Chiapale M, Dall'Ara F, Masolo F, Matakovic Manca A, et al. *Esordi psicotici e prevenzione secondaria in adolescenza: un questionario per medici di base e pediatri*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2009;76:201-11.
- ⁴⁶ Caratelli TJ. *Questioni di coscienza: scopi e caratteristiche dell'intervento integrato negli esordi psicotici in adolescenza*. Giorn Neuropsich Età Evol 2006;26:200-309.
- ⁴⁷ Poggioli DG, Mancaruso A, Costa S, Chiodo S, Cassetti A, Rigon G. *Tentato suicidio in età evolutiva: intervento clinico, strumenti di valutazione e analisi dei fattori di rischi*. Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 2008;75:113-35.
- ⁴⁸ Speranza M. *Approche psychopathologique et développementale de la schizophrénie infantile*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2006;54:45-53.
- ⁴⁹ Goeb JL, Delion P. *Considérations cliniques introductives à ce numéro spécial concernant les schizophrénies de l'enfant*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2009;57:2-5.
- ⁵⁰ Escaig B. *Un point de vue des parents: le modèle du handicap psychique chez l'enfant atteint de schizophrénie. Une prise en charge multimodale ou ne pas prendre en charge que la maladie, mais la vie entière!* Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2009;57:21-4.