

Perchè occuparci di adolescenti?

Claudio Mencacci

Direttore DSM-D e Neuroscienze

ASST-Fbf-Sacco, Milano

Lo sviluppo cerebrale adolescenziale, caratterizzato dallo straordinario fenomeno di riorganizzazione della struttura della materia grigia e delle connessioni sinaptiche (Casey et al. 2008), contiene una straordinaria unicità: nel percorso di definizione di competenze cognitive, affettive e relazionali che rimarranno un lascito per l'età adulta, le potenzialità vanno di pari passo con le fragilità. Come tutti i fenomeni caratterizzati da profondi cambiamenti anche la maturazione cerebrale dell'adolescenza è infatti straordinariamente sensibile agli stimoli dell'ambiente, sia che questi si caratterizzino per una loro potenzialità in senso evolutivo, sia che si tratti di sollecitazioni che possono influenzare negativamente lo sviluppo (Lupien et al 2009). L'adolescenza si presenta dunque come una lente di ingrandimento e può facilitare l'emergere di condizioni psicopatologiche conclamate. Al riguardo sappiamo, da un gran numero di studi scientifici, che è proprio negli anni dell'adolescenza che danno i primi segni gran parte delle patologie psichiche dell'età adulta (Paus et al 2008). E nel nostro lavoro giornaliero è ormai dato consolidato ricevere in sempre maggior quantità richieste di visite specialistiche psichiatriche per soggetti minori, sia che queste si palesino come richieste di consulenza in reparti di pediatria o in PS sia tramite ricoveri d'urgenza negli SPDC. A Milano nel terzo trimestre del 2017 sono stati effettuati negli SPDC cittadini 40 ricoveri di minorenni: questo dato, pur rappresentando solo la punta, più significativa, del fenomeno, acquisisce tutta la sua significatività soprattutto se si considera il costante e

significativo incremento anno per anno. Questi dati hanno una conferma su tutto il territorio regionale, seppure con una diffusione disomogenea per aree territoriali.

Possiamo partire da queste considerazioni, che segnalano un progressivo cambiamento delle necessità di intervento, per iniziare a ripensare alle modalità del nostro lavoro clinico. La medicina, in tutte le sue specializzazioni, è sempre mirata al futuro e a una costante tensione alla riorganizzazione che sappia cogliere le necessità dei tempi presenti, adattandosi al contesto, ai bisogni e alle opportunità. Se dunque riconosciamo nel sempre maggior numero di ragazzi con malessere psichico (Costello et al. 2003, Mojtabai et al. 2016,) il bisogno che ci porta a occuparci anche di adolescenti, quali sono le opportunità?

Un aspetto centrale è dato dalle enormi potenzialità che l'adolescente possiede e che l'esordio delle psicopatologie tende a sovvertire. È in adolescenza infatti che si definiscono non solo le competenze cognitive-intellettive ma anche quelle affettive, relazionali, la gestione delle frustrazioni, il rapporto con il piacere e la gratificazione: tutti aspetti centrali per il funzionamento dell'individuo adulto, non solo per il suo benessere ma anche di quello della comunità e della società. Queste competenze, che sono ben note, non possono essere esclusivamente considerate come transizioni psicologiche, ma hanno le loro basi nella fondamentale transizione neurobiologica che da forma al cervello adulto grazie ai fenomeni di riorganizzazione delle reti neurali. Se questo processo di "cablaggio" cerebrale viene in qualche modo alterato le conseguenze possono essere durature (Mencacci & Migliarese 2017).

Riconoscere questo periodo del tutto peculiare come una risorsa fondamentale che necessita della stessa attenzione dell'infanzia ci porta a ragionare su quali possano essere le modalità che possano tutelare la transizione adolescenziale, salvaguardandol'accesso all'età adulta.

Il focus allora si sposta dalla cura alla prevenzione, intesa in senso ampio, ovvero sia come esposizione ad ambienti "nutritivi" che come evitamento di fattori tossici o patogeni e si declina sulle due linee ben distinte della prevenzione primaria e secondaria. La prevenzione primaria – mirata alla popolazione - si avvale di politiche sociali, di interventi sulla scuola, di promozione della salute fisica e psichica e della riduzione dell'esposizione a fattori patogeni aspecifici: può essere orientata dal sapere clinico, ma la necessità di interventi ad ampio spettro la caratterizza come strumento maggiormente politico/organizzativo. La prevenzione secondaria prevede invece azioni specifiche su soggetti ad alto rischio, il riconoscimento precoce dei segni di malattia e l'impostazione di interventi mirati al contenimento e alla risoluzione di queste manifestazioni. La prevenzione secondaria parte dalla consapevolezza che il cervello adolescente, seppure altamente sensibile agli effetti dei fattori patogeni, risponde in modo sorprendente ai fattori di protezione e che risponde in modo più evidente del cervello adulto ad interventi mirati a mitigare i traumi emotivi e / o fisici (Eliand & Romeo 2013) ed è di competenza clinica. Essendo mirata prevalentemente agli interventi precoci ha il suo focus fondamentale nella capacità di riconoscere che alcune manifestazioni non sono parte del fisiologico, a volte turbolento, percorso di sviluppo individuale, ma segni di psicopatologia per la quale è necessario un intervento tempestivo e specifico. Non tutto può infatti essere riferito a un generico "disagio adolescenziale": farlo significa privare un ragazzo sofferente della possibilità di accedere a cure specifiche, con tutto il correlato che l'intervento tardivo porta con sé:

aggravamento dei sintomi, alterazioni del funzionamento, effetti a livello socio-relazionale e scolastico. A questo proposito, la WPA (World Psychiatric Association) ha recentemente redatto una dichiarazione dei diritti dei giovani con patologie psichiche, segnalando l'importanza centrale che ha la salvaguardia di questo periodo della vita per tutelare la salute psichica globale. Aspetto centrale di questa dichiarazione è il diritto che i giovani con patologie psichiche dovrebbero avere di accedere a percorsi idonei di trattamento e cura al pari dei loro coetanei con malattie fisiche. Purtroppo, anche per motivi storici, vi è la tendenza a disconoscere la possibilità che un ragazzo giovane presenti un disturbo psichico e i dati epidemiologici ci dicono che solo una minoranza di giovani con disturbi psichici giungono in contatto con specialisti, vengono riconosciuti correttamente e ricevono un trattamento idoneo.

Sottolineare con decisione questa carenza non deve favorire il rischio opposto, quello di "medicalizzare" manifestazioni che invece necessitano in primo luogo di essere comprese e contenute con i consueti mezzi affettivi ed educativi presenti in ambito familiare, senza privare la famiglia del suo specifico ruolo educativo con il ricorso a figure esterne più o meno normative.

Includendo azioni su soggetti ad alto rischio, la prevenzione secondaria deve al contempo avere uno sguardo aperto a tutti quei fattori che agiscono sulla riorganizzazione delle reti neurali e che in soggetti con predisposizione allo sviluppo di psicopatologia possono fungere da "detonatori". Tra questi, tre paiono elementi centrali in questo senso: gravi alterazioni del sonno veglia, utilizzo di sostanze stupefacenti, stress emozionali ripetuti, tutti fattori influenzati dalle trasformazioni socio-antropologiche attuali e dall'iperbolico sviluppo tecnologico. I dati ci dicono ad esempio che i ragazzi utilizzano smartphone, tablet e computer per più di 8 ore al giorno e soprattutto nelle ore serali e notturne

(Owens et al. 2014). E che l'utilizzo di questi strumenti li espone a maggiori stress emozionali in quanto l'esperienza dei social network risulta un'esperienza senza filtri, e dunque ingigantita, di cui il cyber-bullismo appare fenomeno paradigmatico. Infine, i dati ESPAD (2015) ci segnalano l'incremento dell'esposizione alle sostanze: è sempre più semplice acquistare attraverso la rete nuove sostanze d'abuso, non ancora inserite nel tabellario degli stupefacenti e dunque legali, ma i cui effetti appaiono spesso devastanti.

L'incremento nel corso degli ultimi anni della prevalenza di patologie stress-correlate sembra confermare che le richieste attuali dell'ambiente sociale siano spesso soverchianti le possibilità dell'individuo. L'influsso di questi cambiamenti sulle modalità relazionali e affettive dei giovani è difficilmente quantificabile, anche se appare del tutto plausibile che si estrinsechi in una rimodulazione globale del percorso di sviluppo identitario e abbia riflesso anche sulle susseguenti manifestazioni psichiche. Il cervello in via di sviluppo dell'adolescente rimane infatti sempre più esposto ai fattori patogeni, con il rischio di manifestazioni significative.

Un recente saggio di Jean Twenge dell'università di San Diego riporta dati che fanno riflettere, ricavati dall'analisi del comportamento degli adolescenti negli ultimi 40 anni: rispetto agli adolescenti delle generazioni precedenti, i nativi digitali sono più depressi e meno inseriti a scuola o al lavoro, dei loro genitori e nonni, passano meno tempo con gli amici, nello studio, nello sport, e investono meno su loro stessi (ad esempio rinunciano a prendere la patente, vanno meno a ballare).

Occuparsi di adolescenti è dunque un lavoro complesso e affascinante che ci permette di avvicinare la psichiatria ad altre branche della medicina e del sapere, di focalizzarci su interventi che aumentino la resilienza favorendo la formazione di fattori protettivi. Un intervento che deve essere strutturato "in rete", unendo

competenze e specificità complementari dalla Pediatria alla Neuropsichiatria alle Dipendenze. È un lavoro che, come l'adolescenza stessa, è ricco di insidie, complessità e di potenzialità. Occuparci di adolescenti permette di andare nella direzione, fondamentale, di rispondere al diritto che i giovani con patologie psichiche dovrebbero avere di accedere a percorsi idonei di trattamento e cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Casey B.J., Jones R.M., Hare T.A., *The adolescent brain*. Ann N Y Acad Sci, 2008 Mar; 1124():111-26.
2. Costello E.J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A., *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Arch Gen Psychiatry. 2003 Aug;60(8):837-44.
3. Eliand L., Romeo R.D., *Stress and the Developing Adolescent Brain Neuroscience*. 2013 Sep 26; 249: 162-171.
4. ESPAD (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Report 2015 consultabile online <http://www.espad.org/report/home/>
5. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R., Heim C., *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition*. Nat Rev Neurosci. 2009 Jun;10(6):434-45. doi: 10.1038/nrn2639. Epub 2009 Apr 29.
6. Mencaci C., Migliarese G. (a cura di), *Quando tutto cambia: la salute psichica in adolescenza*. Pacini Ed. 2017
7. Mojtabai R., Olson M., Han B., *National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults*. Pediatrics, 2016, Volume 138, number 6, pp. 1-10
8. Owens J. et al. *Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences*. Pediatrics, 2014, Volume 134, Number 3, pp. 921-932.
9. Paus T., Keshavan M., Giedd J.N., *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nat Rev Neurosci, 2008 Dec;9(12): 947-57. doi: 10.1038/nrn2513.

C. Mencacci - G. Migliarese

PACINI EDITORE MEDICINA
Quando tutto cambia
La salute psichica in adolescenza

Quando tutto cambia

La salute psichica in adolescenza



L'adolescenza rappresenta un periodo di straordinaria ricchezza e potenzialità, ma allo stesso tempo altamente sensibile. Molti fattori possono intervenire nel percorso di sviluppo e alterare la traiettoria evolutiva. E' per questo che in adolescenza danno i primi segni gran parte delle patologie psichiche. Riconoscere i segni precoci e intervenire correttamente è fondamentale per proteggere lo sviluppo adulto.