
«Quell'alunno mi preoccupa perché...: segnali di allarme di disagio psicopedagogico»

Marco Armando* MD, PhD; Stefano Vicari* MD, PhD

***Dipartimento di Neuroscienze, UOC di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Ospedale
Pediatrico Bambino Gesù**



Breve Overview

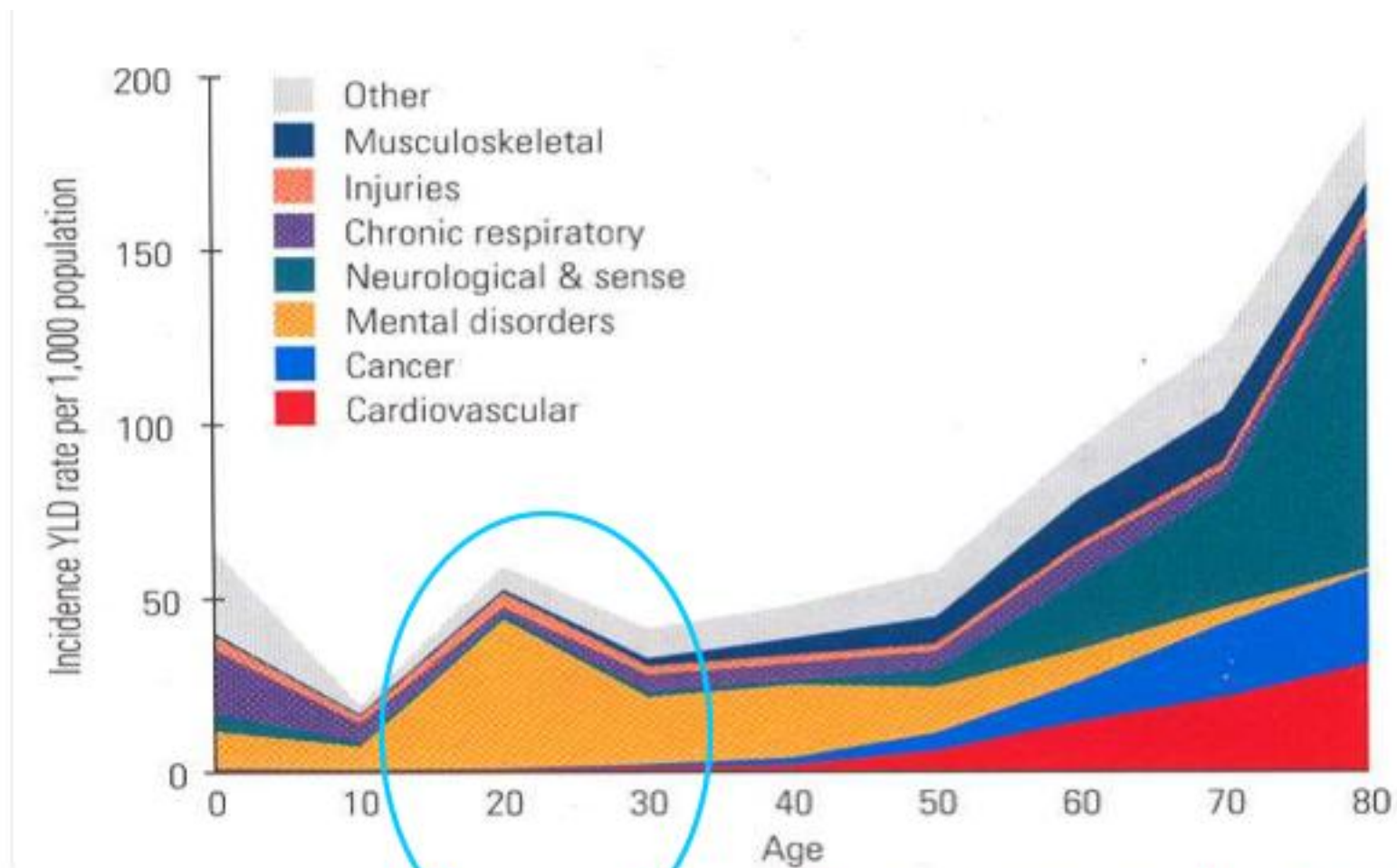
1. Alcuni dati
2. I professori e la scuola come “fattori protettivi”
 1. Possibili modelli applicativi
 2. Un po' di clinica: psicopatologia in adolescenza e preadolescenza

1. Alcuni dati

Alcuni dati: la prevalenza

- ✧ Secondo l'**Organizzazione mondiale della Sanità**, il **7-10%** di tutti i bambini e adolescenti è esposto al rischio di una malattia psichiatrica
- ✧ Il **75%** dei disturbi mentali si manifesta in maniera sintomatologicamente evidente entro i **25 anni** (Patel, Fisher et al., 2007)
- ✧ Il **picco d'incidenza** delle patologie psichiatriche si ha tra i **12** ed i **35 anni** (Patel, Fisher et al., 2007)

Alcuni dati: la prevalenza



Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis

Fiona M Gore, Paul J N Bloem, George C Patton, Jane Ferguson, Véronique Joseph, Carolyn Coffey, Susan M Sawyer, Colin D Mathers

Summary

Background Young people aged 10–24 years represent 27% of the world's population. Although important health problems and risk factors for disease in later life emerge in these years, the contribution to the global burden of disease is unknown. We describe the global burden of disease arising in young people and the contribution of risk factors to that burden.

Methods We used data from WHO's 2004 Global Burden of Disease study. Cause-specific disability-adjusted life-years (DALYs) for young people aged 10–24 years were estimated by WHO region on the basis of available data for incidence, prevalence, severity, and mortality. WHO member states were classified into low-income, middle-income, and high-income countries, and into WHO regions. We estimated DALYs attributable to specific global health risk factors using the comparative risk assessment method. DALYs were divided into years of life lost because of premature mortality (YLLs) and years lost because of disability (YLDs), and are presented for regions by sex and by 5-year age groups.

Findings The total number of incident DALYs in those aged 10–24 years was about 236 million, representing 15·5% of total DALYs for all age groups. Africa had the highest rate of DALYs for this age group, which was 2·5 times greater than in high-income countries (208 vs 82 DALYs per 1000 population). Across regions, DALY rates were 12% higher in girls than in boys between 15 and 19 years (137 vs 153). Worldwide, the three main causes of YLDs for 10–24-year-olds were neuropsychiatric disorders (45%), unintentional injuries (12%), and infectious and parasitic diseases (10%). The main risk factors for incident DALYs in 10–24-year-olds were alcohol (7% of DALYs), unsafe sex (4%), iron deficiency (3%), lack of contraception (2%), and illicit drug use (2%).

Interpretation The health of young people has been largely neglected in global public health because this age group is perceived as healthy. However, opportunities for prevention of disease and injury in this age group are not fully exploited. The findings from this study suggest that adolescent health would benefit from increased public health attention.

Alcuni dati: l'invalidità

Lancet 2011; 377: 2093-102



Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis

Fiona M Gore, Paul J N Bloem, George C Patton, Jane Ferguson, Véronique Joseph, Carolyn Coffey, Susan M Sawyer, Colin D Mathers

Males		Females		Total		
Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	
10–24 years						
1	Road traffic accidents	93 (7.8%)	Unipolar depressive disorders	115 (9.8%)	Unipolar depressive disorders	193 (8.2%)
2	Unipolar depressive disorders	78 (6.6%)	Schizophrenia	46 (4.0%)	Road traffic accidents	127 (5.4%)
3	Violence	69 (5.8%)	Bipolar disorder	44 (3.7%)	Schizophrenia	96 (4.1%)
4	Alcohol use	62 (5.3%)	Abortion	43 (3.7%)	Bipolar disorder	88 (3.8%)
5	Schizophrenia	50 (4.2%)	HIV/AIDS	38 (3.2%)	Violence	81 (3.5%)
6	Bipolar disorder	45 (3.8%)	Road traffic accidents	34 (2.9%)	Alcohol use	71 (3.0%)
7	Self-inflicted injuries	35 (3.0%)	Self-inflicted injuries	32 (2.7%)	HIV/AIDS	70 (3.0%)
8	HIV/AIDS	32 (2.7%)	Maternal sepsis	32 (2.7%)	Self-inflicted injuries	67 (2.8%)
9	Tuberculosis	32 (2.7%)	Lower respiratory infections	30 (2.6%)	Tuberculosis	60 (2.6%)
10	Asthma	32 (2.7%)	Panic disorder	30 (2.6%)	Lower respiratory infections	60 (2.6%)

Alcuni dati: la prognosi

The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study

George C Patton, Carolyn Coffey, Helena Romaniuk, Andrew Mackinnon, John B Carlin, Louisa Degenhardt, Craig A Olsson, Paul Moran

Summary

Background Most adults with common mental disorders report their first symptoms before 24 years of age. Although adolescent anxiety and depression are frequent, little clarity exists about which syndromes persist into adulthood or resolve before then. In this report, we aim to describe the patterns and predictors of persistence into adulthood.

Methods We recruited a stratified, random sample of 1943 adolescents from 44 secondary schools across the state of Victoria, Australia. Between August, 1992, and January, 2008, we assessed common mental disorder at five points in adolescence and three in young adulthood, commencing at a mean age of 15.5 years and ending at a mean age of 29.1 years. Adolescent disorders were defined on the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) at five adolescent measurement points, with a primary cutoff score of 12 or higher representing a level at which a family doctor would be concerned. Secondary analyses addressed more severe disorders at a cutoff of 18 or higher.

Findings 236 of 821 (29%; 95% CI 25–32) male participants and 498 of 929 (54%; 51–57) female participants reported high symptoms on the CIS-R (≥ 12) at least once during adolescence. Almost 60% (434/734) went on to report a further episode as a young adult. However, for adolescents with one episode of less than 6 months duration, just over half had no further common mental health disorder as a young adult. Longer duration of mental health disorders in adolescence was the strongest predictor of clear-cut young adult disorder (odds ratio [OR] for persistent young adult disorder vs none 3.16, 95% CI 1.86–5.37). Girls (2.12, 1.29–3.48) and adolescents with a background of parental separation or divorce (1.62, 1.03–2.53) also had a greater likelihood of having ongoing disorder into young adulthood than did those without such a background. Rates of adolescent onset disorder dropped sharply by the late 20s (0.57, 0.45–0.73), suggesting a further resolution for many patients whose symptoms had persisted into the early 20s.

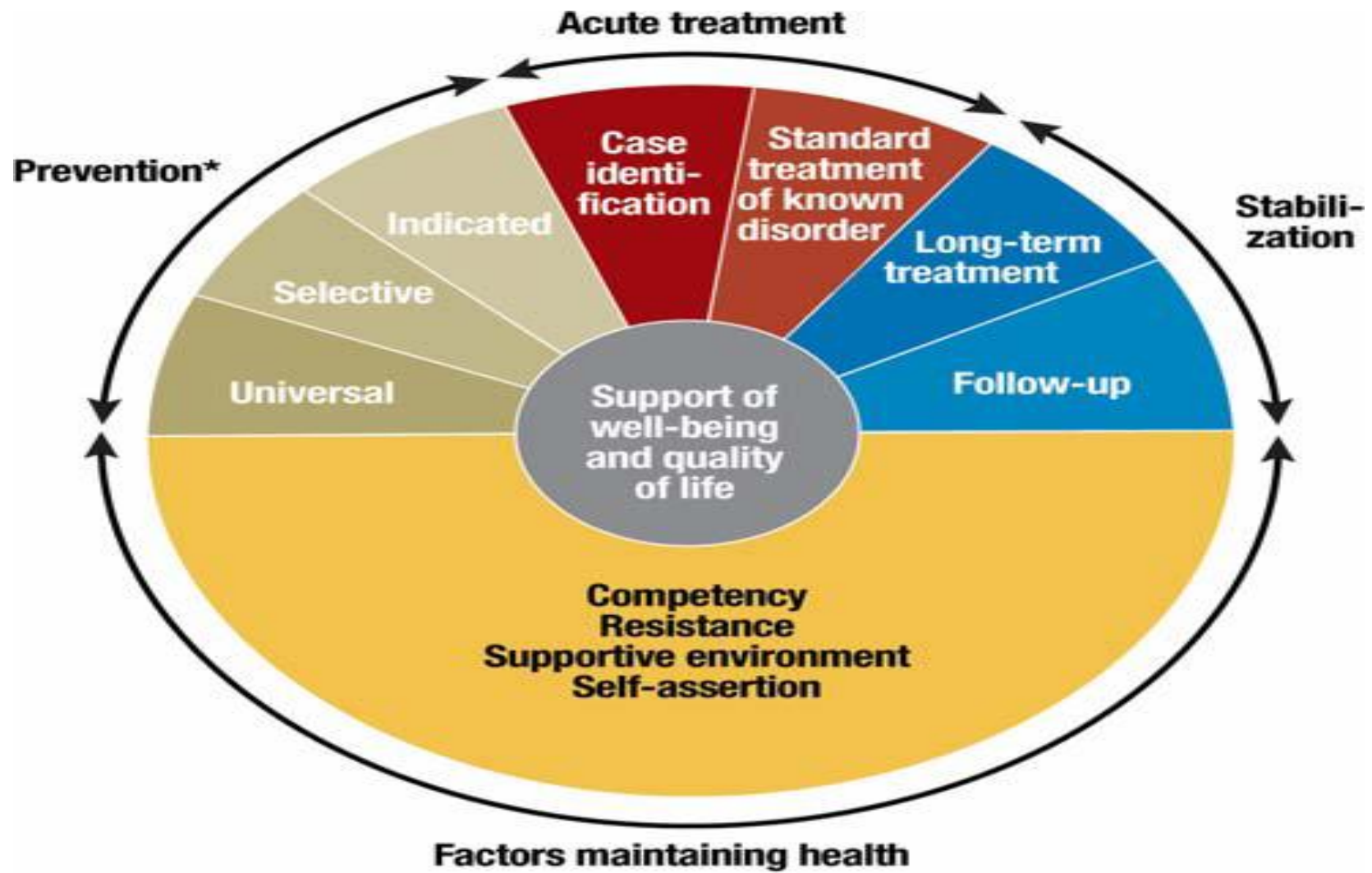
Interpretation Episodes of adolescent mental disorder often precede mental disorders in young adults. However, many such disorders, especially when brief in duration, are limited to the teenage years, with further symptom remission common in the late 20s. The resolution of many adolescent disorders gives reason for optimism that interventions that shorten the duration of episodes could prevent much morbidity later in life.

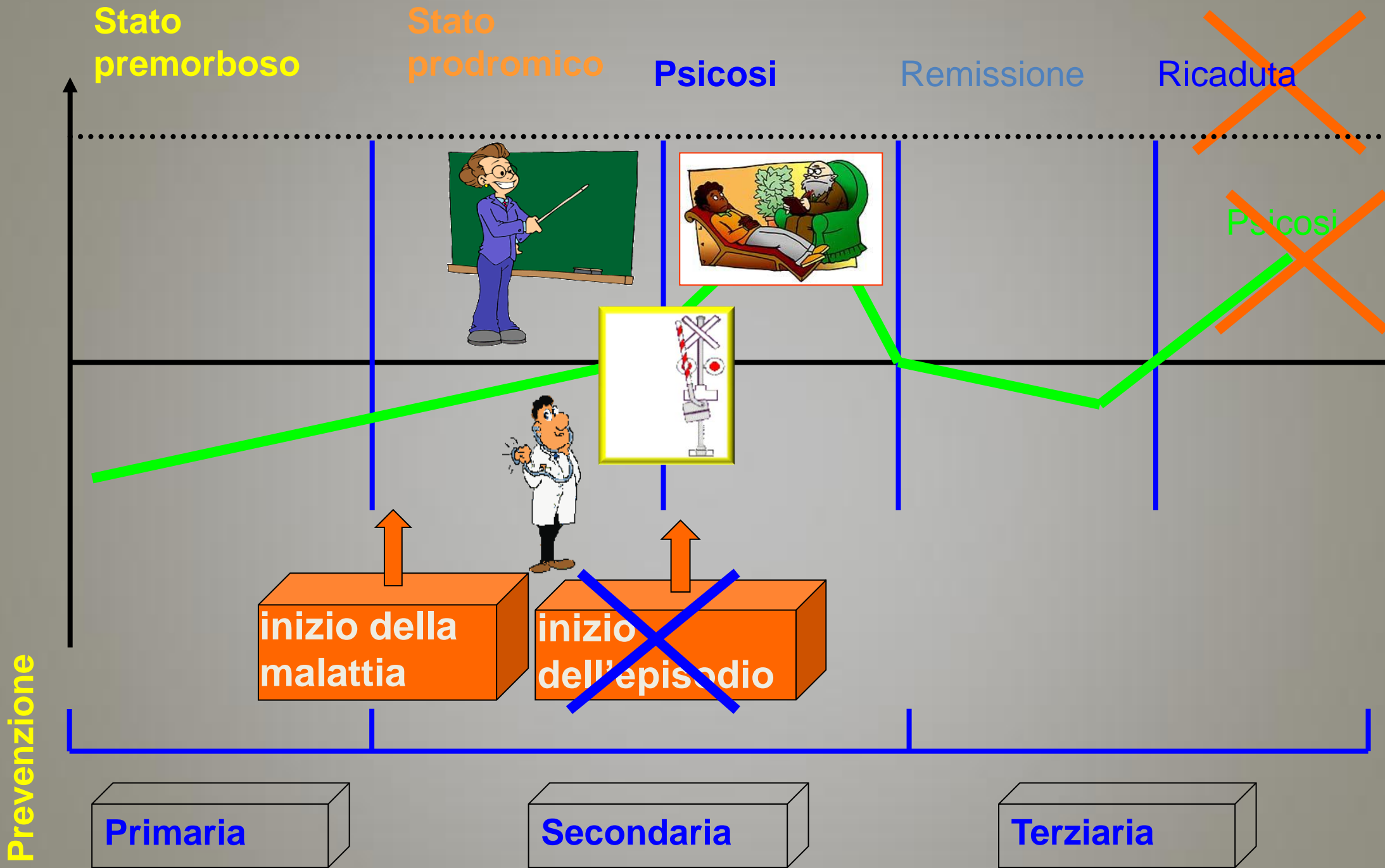
Alcuni dati: fattori protettivi e di rischio

Mental health of young people: a global public-health challenge

	Risk factors	Protective factors
Biological	<ul style="list-style-type: none"> Exposure to toxins (eg, tobacco, alcohol) in pregnancy Genetic tendency to psychiatric disorder Head trauma Hypoxia at birth and other birth complications HIV infection Malnutrition Substance abuse Other illnesses 	<ul style="list-style-type: none"> Age-appropriate physical development Good physical health Good intellectual functioning
Psychological	<ul style="list-style-type: none"> Learning disorders Maladaptive personality traits Sexual, physical, emotional abuse and neglect Difficult temperament 	<ul style="list-style-type: none"> Ability to learn from experiences Good self-esteem High level of problem-solving ability Social skills
Social		
Family	<ul style="list-style-type: none"> Inconsistent care-giving Family conflict Poor family discipline Poor family management Death of a family member 	<ul style="list-style-type: none"> Family attachment Opportunities for positive involvement in family Rewards for involvement in family
School	<ul style="list-style-type: none"> Academic failure Failure of schools to provide appropriate environment to support attendance and learning Inadequate or inappropriate provision of education Bullying 	<ul style="list-style-type: none"> Opportunities for involvement in school life Positive reinforcement from academic achievement Identity with school or need for educational attainment
Community	<ul style="list-style-type: none"> Transitions (eg, urbanisation) Community disorganisation Discrimination and marginalisation Exposure to violence 	<ul style="list-style-type: none"> Connectedness to community Opportunities for leisure Positive cultural experiences Positive role models Rewards for community involvement Connection with community organisations

2. Gli insegnanti e la scuola come “fattori protettivi”







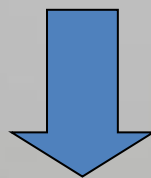
medici di medicina generale
e professori



gatekeepers nella gran parte dei sistemi sociali

fondamentali in ogni tipo di pianificazione strategica

per qualsiasi tipologia di prevenzione e intervento precoce



aumentano le possibilità

DIAGNOSTICHE

TERAPEUTICHE

PROGNOSTICHE

Barriere

Per i giovani

- Stigma
- Disinformazione
- Mancanza di Servizi dedicati
- Costi

Per i gatekeepers

- Difficoltà nel riconoscimento
- + Segni / - Sintomi
- Pochi modelli strutturati
- Mancanza di coordinamento

Disagio mentale in un campione comunitario di giovani adulti:
barriere e fattori favorenti l'help-seeking in un modello generalista
di salute mentale

PAOLO FIORI NASTRO¹, MARCO ARMANDO^{1,2,3}, VALENTINO RIGHETTI¹, RICCARDO SABA¹,
CLAUDIA DARIO¹, ROSSELLA CARNEVALI⁴, MAX BIRCHWOOD², PAOLO GIRARDI^{4,5}

Tabella 2. Distribuzione delle variabili cliniche e socio-demografiche rispetto alle condotte di help-seeking nel sottogruppo con punteggi GHQ ≥ 4		
Variabili	Help – seeking	Non help-seeking
	22,3% (n=345)	77,7% (n=1202)
Socio-demografiche		
Età *	21,79 ($\pm 4,1$)	21,25 ($\pm 2,8$)
Sesso*		
M	18,5% (n=62)	24,8% (n=292)
F	81,5% (n=273)	75,2% (n=887)
Barriere		
Stigma*	23,2% (n=26)	27,5% (n=203)
Costo	34,8% (n=39)	29,7% (n=219)
Sfiducia	31,3% (n=35)	24,6% (n=181)
Disinformazione*	10,7% (n=12)	18,2% (n=134)
Servizi specializzati per giovani adulti*		
Sì	38,7% (n=111)	28,6% (n=302)
No	61,3% (n=176)	71,4% (n=753)
SVS*	19,2 ($\pm 6,1$)	17,3 ($\pm 5,8$)
GHQ-12	7,1 ($\pm 2,5$)	6,7 ($\pm 2,4$)

*p<0,05

Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study

Eur Child Adolesc Psychiatry (2009)
18:217–226 DOI 10.1007/s00787-008-0720-x

Frigerio A. et al.

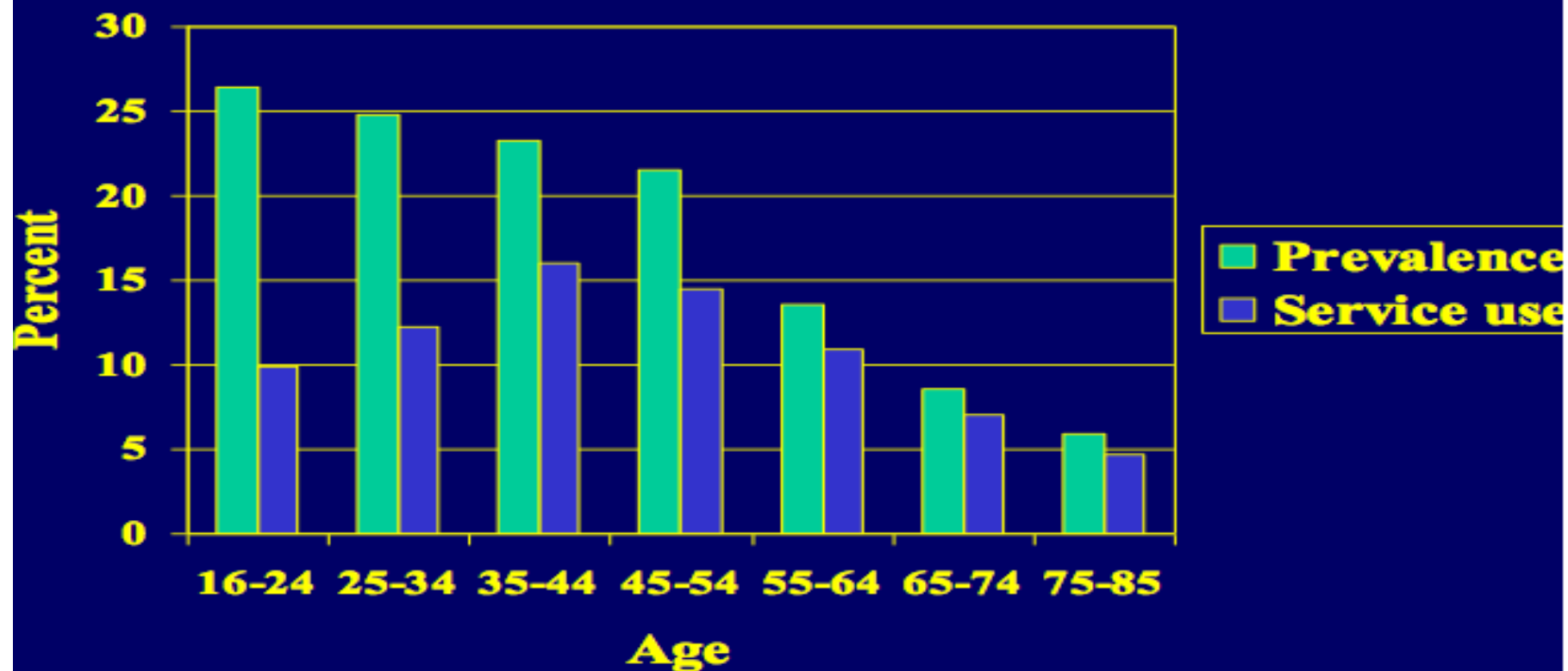
■ **Abstract** *Background* While in the last 5 years several studies have been conducted in Italy on the prevalence of mental disorders in adults, to date no epidemiological study has been targeted on mental disorders in adolescents. *Method* A two-phase study was conducted on 3,418 participants using the child behavior checklist/6–18 (CBCL) and the development and well-being assessment

(DAWBA), a structured interview with verbatim reports reviewed by clinicians. *Results* The prevalence of CBCL caseness and DSM-IV disorders was 9.8% (CI 8.8–10.8%) and 8.2% (CI 4.2–12.3%), respectively. DSM-IV Emotional disorders were more frequently observed (6.5% CI 2.2–10.8%) than externalizing disorders (1.2% CI 0.2–2.3%). In girls, prevalence estimates increased significantly with age; furthermore, living with a single parent, low level of

maternal education, and low family income were associated with a higher likelihood of suffering from emotional or behavioral problems. *Conclusions* Approximately one in ten adolescents has psychological problems. Teachers and clinicians should focus on boys and girls living with a single parent and/or in disadvantaged socioeconomic conditions.

services are *qualitatively* appropriate. At the same time, however, the fact that over 80% of participants with significant mental health problems had not yet consulted mental health services suggests that referral is *quantitatively* inadequate. This latter finding is

Prevalence and Service Use



3. Possibili modelli applicativi



ELSEVIER



SCHIZOPHRENIA
RESEARCH

www.elsevier.com/locate/schres

Early detection strategies for untreated first-episode psychosis

Jan Olav Johannessen^{a,*}, Thomas H. McGlashan^b, Tor Ketil Larsen^{c,d},
Marthe Horneland^d, Inge Joa^d, Sigurd Mardal^e, Rune Kvebæk^e, Svein Friis^f,
Ingrid Melle^f, Stein Opjordsmoen^f, Erik Simonsen^g, Haahr Ulrik^g, Per Vaglum^f

La DUP risulta significativamente ridotta da 114 settimane a 26 settimane (media) (da 26 settimane a 5 settimane, mediana) in un campione di pazienti individuati precocemente. Perciò sembra che la DUP possa essere ridotta attraverso campagne informative dirette alla popolazione generale (inclusi pazienti, familiari, amici), le scuole (insegnanti e studenti; i professionisti della salute mentale al fine di cambiare “help-seeking behaviour”). Le campagne informative hanno lo scopo di potenziare le conoscenze della popolazione generale riguardo i disturbi psichiatrici in generale e i segni precoci della malattie psichiatriche severe in particolare.



Siow-Ann Chong · S. Mythily · Swapna Verma

Reducing the duration of untreated psychosis and changing help-seeking behaviour in Singapore

Networks con i GP, counsellor degli studenti da diverse università e politecnici e counsellor di organizzazioni non governative. Le informazioni sono state comunicate attraverso newsletter mensili su differenti aspetti della psicosi, inclusa la necessità di invii presso centri specializzati.. , Sono stati condotti regolarmente forum e workshop e consultazioni telefoniche.

Risultati: La DUP è risultata significativamente ridotta da una mediana di 12 mesi a una mediana di 4 mesi ($p=0.002$, Mann–Whitney U-test). C'è stato inoltre un incremento nella proporzione degli invii ai servizi specializzati.

Conclusion: Le campagne di sensibilizzazione che coinvolgono diverse figure professionali e la popolazione generale e usano diversi metodi di comunicazione sono efficaci nell'influenzare la DUP e l'“help-seeking behaviour”

Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis

Effects on Clinical Presentation

Ingrid Melle, MD; Tor K. Larsen, MD; Ulrik Haahr, MD; Svein Friis, MD; Jan Olav Johannessen, MD; Stein Opjordsmoen, MD; Erik Simonsen, MD; Bjørn Rishovd Rund, PhD; Per Vaglum, MD; Thomas McGlashan, MD

L'ED program consiste in campagne informative che riguardano i sintomi della psicosi e il loro trattamento e sono dirette alla popolazione generale attraverso giornali, radio e pubblicità al cinema e altre campagne informative dirette ai GP, agli operatori sociali e agli operatori scolastici.

RESULTS: La DUP è risultata significativamente ridotta nel gruppo di pazienti provenienti dall' ED area, comparata con i pazienti provenienti dalle aree in cui non era stato svolto l'ED program (mediana, 5 settimane [range, 0-1196 settimane] vs 16 settimane [range, 0-966 settimane]). Lo status clinico era significativamente meno compromesso per i pazienti provenienti dall'area in cui era stato svolto l'ED program

Conclusions: It is possible to reduce the DUP through an ED program. The reduction in DUP is associated with better clinical status at baseline that is maintained after 3 months.



The Key to Reducing Duration of Untreated First Psychosis: Information Campaigns

Inge Joa^{1,2,3}, Jan Olav Johannessen³, Bjørn Auestad⁴, Svein Friis⁶, Thomas McGlashan⁵, Ingrid Melle⁶, Stein Opjordsmoen⁶, Erik Simonsen⁸, Per Vaglum⁷, and Tor K. Larsen^{2,3}

Results: Nel periodo in cui non sono state svolte le campagne informative la DUP è risalita a 15 settimane (mediana) e pochi pazienti sono arrivati ai servizi specializzati. Inoltre i pazienti provenienti da quel periodo di assenza di campagne informative ricevevano meno frequentemente diagnosi quali il disturbo schizofreniforme, e avevano un punteggio più alto alla PANSS e più basso alla GAF

"Jeg greier ikke høre på læreren og ta notater samtidig lenger"

TIPS HELSE STAVANGER
Tilrettet informasjon og psykisk hjelp

Vi treffes på telefon **51 51 59 59**
alle hverdager 08.00 - 15.00 og på Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1, hver onsdag 15.00 - 17.00. For mer informasjon: tips-info.com

SØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG, DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK

Du er redd for at noe er galt - her er en løsning
Ring TIPS og få råd og veiledning dersom du er bekymret for at du selv eller noen du kjenner har psykiske problemer.

"Jeg er ofte usikker på om det jeg opplever er virkelig"

Conclusions: Per cui le campagne informative intensive sembrano essere una parte necessaria dell'individuazione precoce. Quando le campagne vengono interrotte viene evidenziata una chiara regressione sia nella richiesta di aiuto che nell'incremento della DUP, che nella compromissione clinica.



Original Article

Teachers' awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign

Johannes Langeveld,¹ Inge Joa,¹ Tor Ketil Larsen,^{1,2} Jon Anders Rennan,¹ Elena Cosmovici³ and Jan Olav Johannessen^{1,4}

TABLE 3. Differences between study sites regarding teachers' ability to correctly identify the vignette as a psychotic case

Problem cited as most salient explanation for the vignette (<i>n</i> = 441):	<i>n</i> (%) who rated the disorder as the main problem	
	Rogaland County	Nord-Trøndelag County
Schizophrenia or psychosis summarized	175 (78)	141 (66)
Other disorders than psychosis/schizophrenia	50 (22)	74 (34)
Total	225	216

X^2 (d.f. = 1) = 6.12; $P < 0.001$

Original Article

Evaluation of secondary school teachers' knowledge about psychosis: a contribution to early detection

Alice Masillo,¹ Elena Monducci,² Daniela Pucci,¹ Ludovica Telesforo,¹ Claudia Battaglia,² Alessandra Carlotto,¹ Alberto Forte,¹ Emilio Bonaccorsi,³ Antonio Romano,³ Paolo Fiori Nastro² and Paolo Girardi^{1,4}

TABLE 2. Teachers' answers about the disease/problem that best identified the adolescent described in the vignette

	<i>n</i>	%
Psychosis	65	25.1
Schizophrenia	44	17
Problems in family relationships	32	12.4
Depression	30	11.6
Adolescent distress	25	9.7
Cry for help	20	7.7
Drug use	16	6.2
Anxiety diseases	14	5.4

headspace

headspace home | Parents & Carers | Knowledge Centre

My headspace | headspace Sites | Information | Getting Help

My headspace
See all things to do →

YOUR STORIES
NEWS & EVENTS
PHOTO GALLERIES
GET INVOLVED
DOWNLOADS

welcome to headspace
Australia's National Youth Mental Health Foundation

If you or someone you know is going through a tough time we can help with:

- Useful information
- Where to get help
- What to expect when you get there
- Stories from others
- Events you can attend

headspace services
Check out the 20 new headspace sites! Click on the map to find a headspace service. If there is not a site near you, find out where to get help using the Lifetime Service Finder.

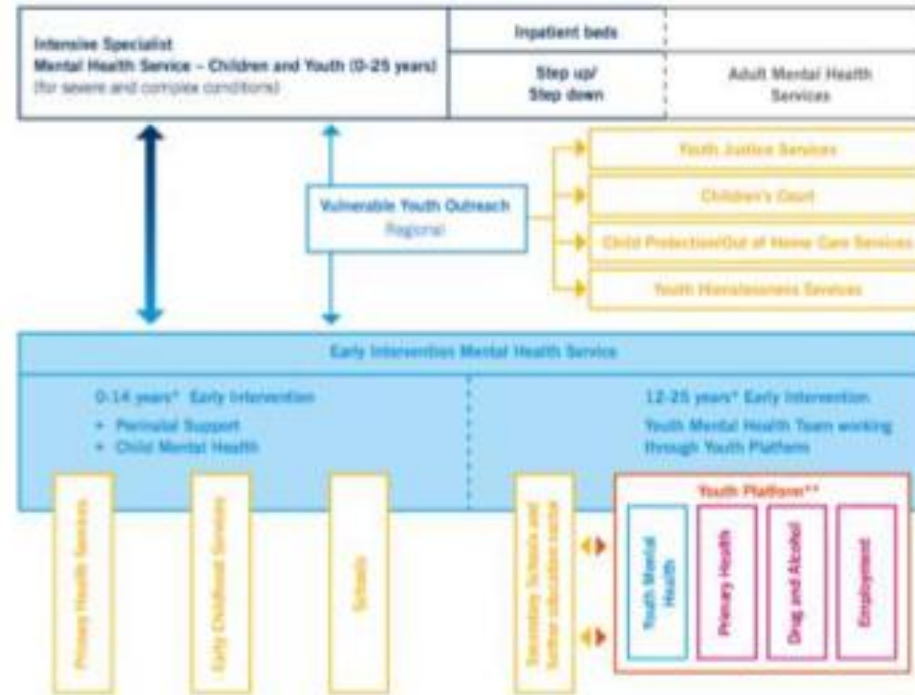
Friends of headspace
Register here to receive updates, reminders or to contribute your stories to the site. [More on signing up](#)

Most Viewed Factsheets
Depression
Anxiety
Alcohol
Eating Disorders
Self Harm
Psychosis

Media Centre
headspace regularly produces media releases on topical issues. Visit the headspace media centre for resources, media archives and useful contacts.

headspace is funded by the Australian Government under the Promoting Better Mental Health - Youth Mental Health Initiative.

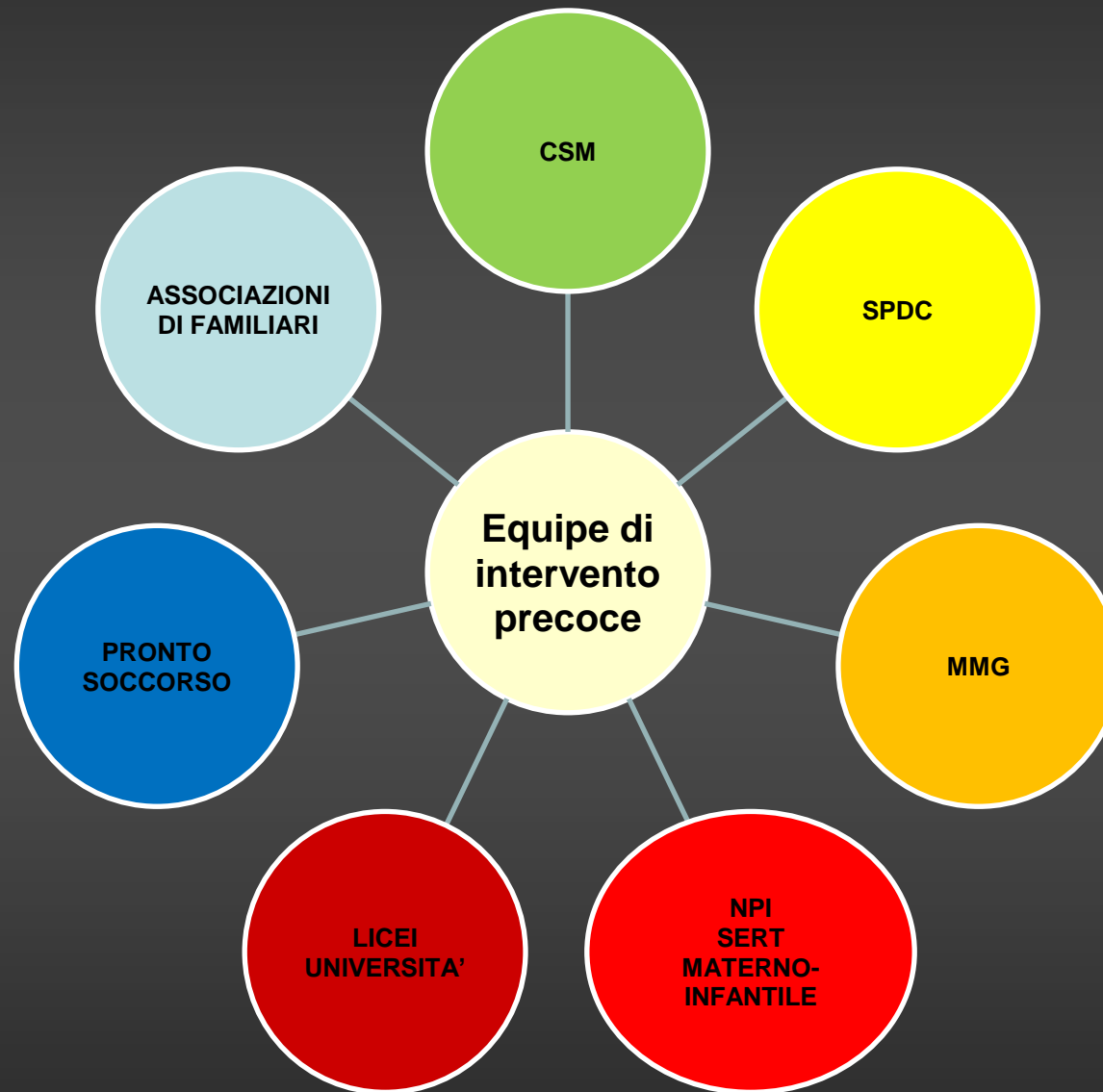
Figure 12: A new area-based service configuration: Child and Youth Mental Health Services (CYMHS)



* The overlap in age between child and youth early intervention services recognises the need for flexibility in deciding the most appropriate service response for the 12-14 group.

** This could be a headspace site or a similar collaboration between state and Commonwealth funded services.

UN POSSIBILE MODELLO DI INTERVENTO: IL MODELLO A STELLA





GUIDEBOOK:
Common Psychosocial Problems of
School Aged Youth:

**Developmental Variations, Problems, Disorders
and Perspectives for Prevention and Treatment**

School Resources

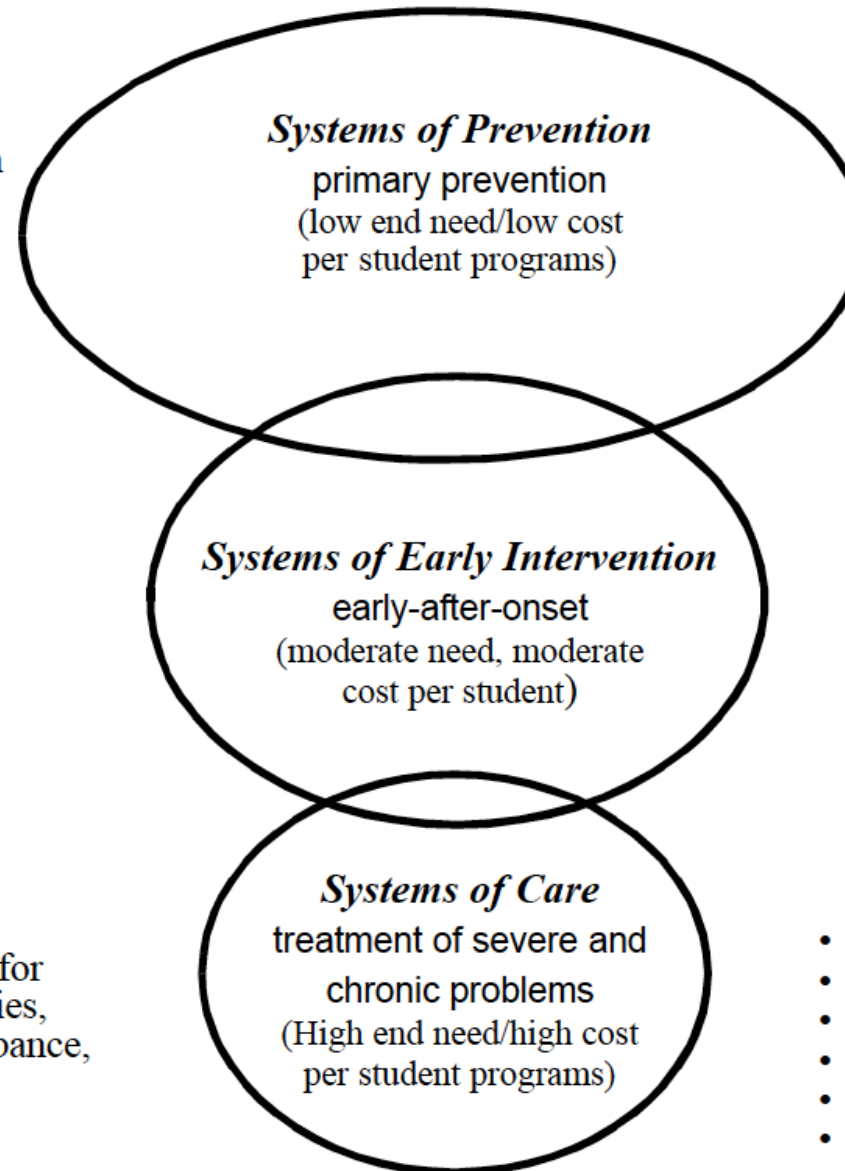
(facilities, stakeholders,
programs, services)

Examples:

- General health education
- Drug and alcohol education
- Support for transitions
- Conflict resolution
- Parent involvement

- Pregnancy prevention
- Violence prevention
- Dropout prevention
- Learning/behavior accommodations
- Work programs

- Special education for learning disabilities, emotional disturbance, and other health impairments



Community Resource

(facilities, stakeholders,
programs, services)

Examples:

- Public health & safety programs
- Prenatal care
- Immunizations
- Recreation & enrichment
- Child abuse education

- Early identification to treat health problems
- Monitoring health problems
- Short-term counseling
- Foster placement/group homes
- Family support
- Shelter, food, clothing
- Job programs

- Emergency/crisis treatment
- Family preservation
- Long-term therapy
- Probation/incarceration
- Disabilities programs
- Hospitalization

Problem identification

- (a) Problems may be identified by anyone (staff, parent, student).
- (b) There should be an Identification Form that anyone can access and fill out.
- (c) There must be an easily accessible place for people to turn in forms.
- (d) All stakeholders must be informed regarding the availability of forms, where to turn them in, and what will happen after they do so.

Triage processing

- (a) Each day the submitted forms must be reviewed, sorted, and directed to appropriate resources by a designated and trained triage processor. Several individuals can share this task; for example, different persons can do it on a specific day or for specified weeks.
- (b) After the sorting is done, the triage processor should send a Status Information Form to the person who identified the problem (assuming it was not a self-referral).

Clients directed to resources or for further problem analysis and recommendations

- (a) For basic necessities of daily living (e.g., food, clothing, etc.), the triage processor should provide information about resources either through the person who identified the problem or directly to the student/family in need.
- (b) If the problem requires a few sessions of immediate counseling to help a student/ family through a crisis, the triage processor should send the form to the person who makes assignments to on-site counselors.
- (c) The forms for all others are directed to a small triage "team" (1-3 trained professionals) for further analysis and recommendations. (If there is a large case load, several teams might be put into operation.) Members of such a team may not have to meet on all cases; some could be reviewed independently with recommendations made and passed on the next reviewer for validation. In complex situations, however, not only might a team meeting be indicated, it may be necessary to gather more information from involved parties (e.g., teacher, parent, student).

Interventions to ensure recommendations and referrals are pursued appropriately

- (a) In many instances, peripheral interventions should be recommended. This means a site must be equipped to implement and monitor the impact of such recommendations.
- (b) When students/families are referred for health and social services, procedures should be established to facilitate motivation and ability for follow-through. Care management should be designed to determine follow-through, coordination, impact, and possible need for additional referrals.
- (c) Referrals to assess the need for special or compensatory education often are delayed because of a waiting list. Back logs should be monitored and arrangements made to catch-up (e.g., by organizing enough released time to do the assessments and reviews).

Management of care (case monitoring and management)

- (a) Some situations require only a limited form of monitoring (e.g., to ensure follow-through). A system must be developed for assigning care monitors as needed. Aides and paraprofessionals often can be trained to for this function.
- (b) Other situations require intensive management by specially trained professionals to (1) ensure interventions are coordinated/integrated and appropriate, (2) continue problem analysis and determine whether appropriate progress is made, (3) determine whether additional assistance is needed, and so forth. There are many models for intensive management of care. For example, one common approach is to assign the responsibility to the professional who has the greatest involvement (or best relationship) with the student/family.
- (c) One key and often neglected function of the care manager is to provide appropriate status updates to all parties who should be kept informed.

4 Un po' di clinica: Psicopatologia in preadolescenza e adolescenza

Breve Overview

1. ADHD
2. Disturbi d'ansia
3. Disturbi dell'umore in età evolutiva
4. Disturbi del comportamento alimentare
5. Esordi Psicotici in adolescenza/preadolescenza
6. Abuso di sostanze

Psichiatria pratica dell'età evolutiva

Stefano Vicari
Alberto Villani

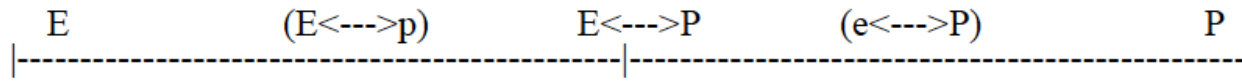
Presentazione di Alberto G. Ugazio
Prefazione di Gabriele Bisi

Il Pensiero Scientifico Editore



il Giardino dei Libri.it

Problems caused by factors in the environment (E)	Problems caused equally by environment and person	Problems caused by factors in the person (P)
---	---	--



Type I
problems

•caused primarily by environments and systems that are deficient and/or hostile

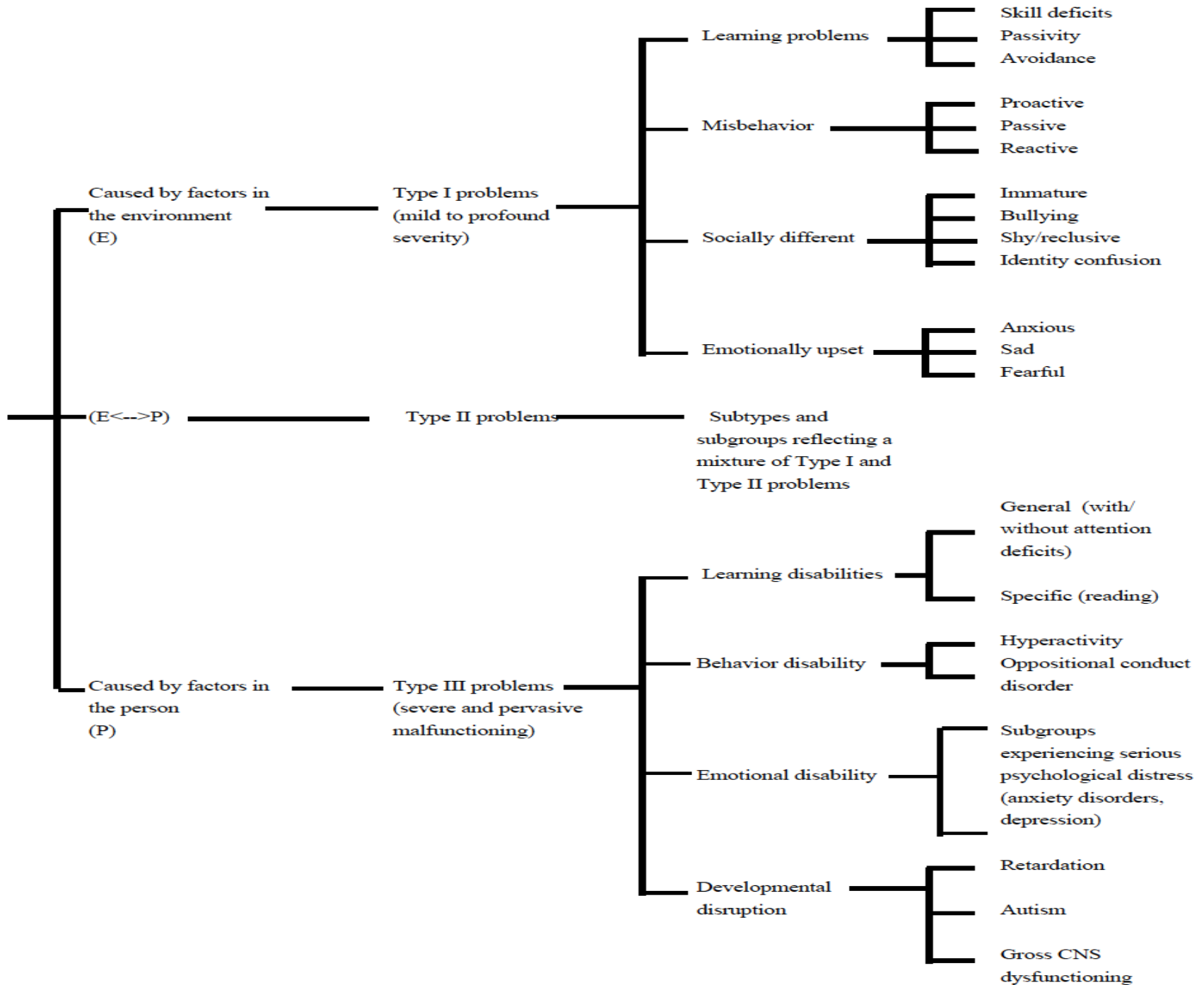
Type II
problems

•caused primarily by a significant *mismatch* between individual differences and vulnerabilities and the nature of that person's environment (not by a person's pathology)

Type III
problems

•caused primarily by person factors of a pathological nature

Primary and secondary Instigating factors



Quali sono i comportamenti-sintomo nel bambino e nell'adolescente che devono alertarci?

Un cambiamento repentino che implica:

- ✓ Incapacità di far fronte alle attività quotidiane con l'efficienza solita
- ✓ Cambiamenti nel ritmo del sonno e/o delle abitudini alimentari
- ✓ Stati d'animo negativi di lunga durata, spesso accompagnati da pensieri di morte
- ✓ Aumento significativo del tempo trascorso da soli
- ✓ Disobbedienza persistente e/o marcata disforia
- ✓ Appiattimento affettivo, fenomeni dispercettivi o atteggiamenti autoreferenziali

“L’ attività di prevenzione e di intervento precoce sono direttamente proporzionali all’ idea che abbiamo della malattia in questione (...)”

McGorry et al. 2007. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry.
Am. J. psychiatry 164 (6).



Il modello Kraepeliniano



Il modello “complesso”



Grazie

marco.armando@opbg.net
stefano.vicari@opbg.net

1. La sindrome ADHD

CLASSIFICAZIONE

DIAGNOSI SECONDO DSM-V (ADHD)

Inattenzione + Iperattività/impulsività → ADHD: tipo combinato

Solo inattenzione → ADHD: tipo prevalentemente inattentivo

Solo iperattività/impulsività → ADHD: tipo prevalentemente iperattivo/impulsivo

DIAGNOSI SECONDO ICD-10 (HKD)

Inattenzione + Iperattività + Impulsività → Disturbo ipercinetico

+
Disturbo della condotta → Disturbo ipercinetico della condotta

Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività

- **3 sottotipi:**

- 1. Iperattivo-impulsivo**
- 2. Inattentivo**
- 3. Combinato**

Sintomi:

- **presenti in diversi contesti di vita**
- **Non riferibili ad altri disturbi**
- **Presenti da almeno 6 mesi**
- **Significativa compromissione funzionale**

Complicanze associate all'ADHD

- Difficoltà **relazionali**
- Difficoltà **scolastiche**
- Bassa **autostima**
- Disturbo del **comportamento**

Mediatori prognostici:

- a) condizioni ambientali
- b) familiarità
- c) tipologia clinica
- d) comorbidità

Come si presenta l'Adhd?

Età prescolare (3-6 anni)

- Massima iperattività
- Crisi di rabbia
- Gioco ridotto, semplificato, motorio
- Litigiosità, provocatorietà
- Assenza di paura, incidenti
- Comportamenti aggressivi
- Disturbo del sonno

Molti di questi bambini non svilupperanno un ADHD!



Età scolare 6-12 anni

Generalmente prima diagnosi

- Apparente accentuazione di irrequietezza
- Maggiore evidenza della disattenzione e impulsività
- Difficoltà scolastiche
- Evitamento di compiti cognitivi
- Rifiuto da parte dei compagni
- Bassa autostima



Adolescenza 13-17 anni

- 35%: sintomi sottosoglia, spesso prestazioni scolastiche inferiori
- 50%:
 - attenuazione di iperattività
 - disturbo attentivo (pianificazione ed organizzazione)
 - instabilità in scelte scolastiche o relazionali
 - condotte pericolose e ricerca di sensazioni forti
 - problemi emotivi
- 15%: permanenza della sindrome
 - impulsività
 - disadattamento sociale
 - difficoltà familiari



2. Disturbi d' ansia in età evolutiva

I principali disturbi d'ansia in adolescenza

- ❖ Disturbo d'Ansia Generalizzato
- ❖ Disturbo Ossessivo-Compulsivo
- ❖ Fobia Sociale
- ❖ Disturbo di Panico

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

Mostra eccessiva preoccupazione per un'ampia varietà di situazioni

Quali i segnali d'allarme?

- ✓ Irrequietezza,
- ✓ Affaticamento,
- ✓ Difficoltà a concentrarsi,
- ✓ Irritabilità,
- ✓ Tensione muscolare
- ✓ Disturbi del sonno

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

✓ OSSESSIONI:

Pensieri continui e ricorrenti che catturano l'attenzione più di un'ora al giorno

✓ COMPULSIONI:

(ripetere azioni) per diminuire l'ansia e la tensione provocata dai pensieri ossessivi

FOBIA SOCIALE

- ✓ Ha **COSTANTEMENTE** ansia in situazioni pubbliche
- ✓ È **COSCIENTE** che il timore è **ESAGERATO**, ma non riesce a controllarlo
- ✓ Incomincia ad **EVITARE** molte situazioni sociali

3 . Disturbi dell'Umore in età evolutiva

Disturbo Depressivo in adolescenza

- La prevalenza puntuale dei disturbi depressivi in età prepuberale è compresa tra l'1% ed il 2%.
 - Disturbo Distimico: 0.6%-1.7%
 - Disturbo Depressivo Maggiore: 2%

- Fino al 15% dei bambini e degli adolescenti possono presentare sintomatologia depressiva senza sviluppare necessariamente un disturbo depressivo

Depressione Maggiore: Come si manifesta?

Adulti	Bambini e adolescenti
A. Almeno 5 dei seguenti sintomi si sono verificati nello stesso periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento precedente; almeno 1 dei sintomi deve essere 1) umore depresso o 2) perdita di interesse/piacere	E' stata suggerita una riduzione del numero dei criteri a 4 e non 5 e di riduzione ad 1 settimana dei criteri temporali.
1) Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (triste, vuoto) o da un osservatore esterno (appare piangente)	L'umore può essere depresso o irritabile. <6 aa: lamentele fisiche vaghe, espressione facciale triste e/o scarso contatto oculare. L'umore irritabile potrebbe manifestarsi tramite: -agiti e comportamenti pericolosi -comportamenti oppositivi e/o ostili -interazioni aggressive
2) Marcata riduzione dell'interesse o del piacere in tutte o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno come indicato dal soggetto o dall'osservazione degli'altri.	La perdita di interesse o di piacere può riguardare il gioco solitario, il gioco con i pari e le attività scolastiche.
3) Significativa perdita od incremento di peso (cambiamento maggiore al 5% del peso in un mese) o decremento/incremento dell'appetito quasi ogni giorno	I bambini possono non avere l'incremento ponderale atteso per la loro età secondo le curve di crescita piuttosto che perdere peso

Adulti	Bambini e adolescenti
4) Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno	Come negli adulti
5) Rallentamento od agitazione psicomotoria quasi ogni giorno (osservabile dagli altri e non solo una sensazione soggettiva di non riuscire a stare fermo o di essere rallentato)	Iperattività associata a cambiamenti dell'umore
6) Facile affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno	La facile affaticabilità può manifestarsi con una riduzione/assenza del gioco con i pari, rifiuto della scuola o frequenti assenze scolastiche
7) Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi ed inappropriati (che potrebbero essere deliranti) quasi ogni giorno (non sensi di colpa per essere malato)	Sentimenti di autosvalutazione: "sono scemo", "sono un ritardato"
8) Ridotta capacità di pensare o difficoltà di concentrazione o indecisione quasi ogni giorno	I problemi di concentrazione possono essere più evidenti in ambito scolastico esprimendosi come difficoltà comportamentali o di rendimento scolastico.
9) pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l'ideazione di un piano specifico per commettere suicidio	Possono manifestarsi comportamenti non verbali quali dare via i propri giocattoli preferiti, le proprie collezioni, i propri CD o videogiochi.

Adulti	Bambini e adolescenti
B. I sintomi non soddisfano i criteri per un disturbo bipolare misto	Come negli adulti
C. I sintomi causano un distress o un deterioramento clinicamente significativo a livello lavorativo, sociale o di altre aree del funzionamento	Deterioramento clinicamente significativo a livello sociale o scolastico.
D. I sintomi non sono causati da un effetto fisiologico dovuto ad uso di sostanze (droghe o farmaci) o ad una condizione medica generale.	Simile agli adulti
E. I sintomi non sono causati da lutto es. dopo la perdita di una persona cara, i sintomi persistono per più di 2 mesi o sono caratterizzati da un marcato deterioramento funzionale, da autosvalutazione, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio	I sintomi psicotici se presenti sono prevalentemente allucinazioni uditive (che criticano il paziente) piuttosto che deliri.

Variazioni della presentazione clinica della DM rispetto all'età

BAMBINI

- Più sintomi di ansia (i.e. fobie, ansia da separazione), lamentele somatiche, allucinazioni uditive
- Esprimono irritabilità e comportamenti problematici
- Minor frequenza di deliri e di ideazione suicidaria con passaggio all'atto

ADOLESCENTI

- Più disturbi del sonno e dell'appetito, deliri, ideazione ed atti suicidari
- Rispetto agli adulti, più frequenti alterazioni comportamentali e meno frequenti sintomi neurovegetativi

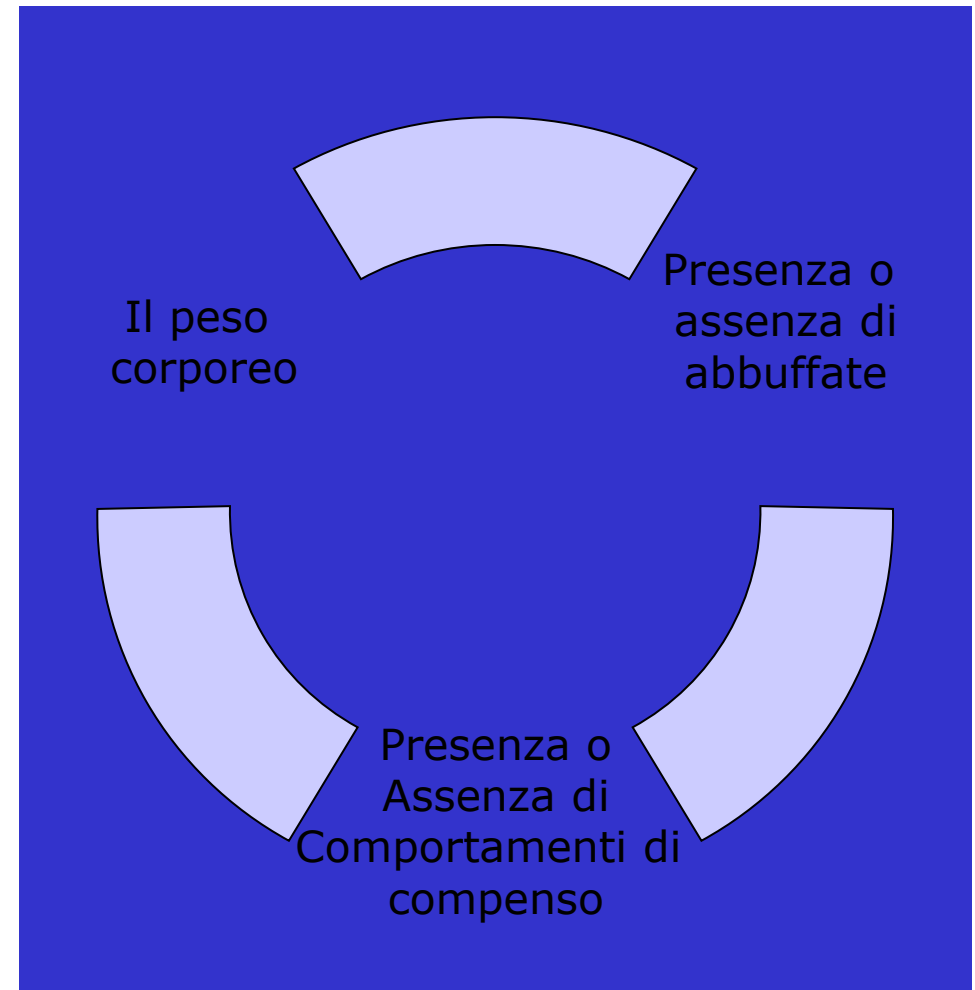
Disturbo Distimico: Come si manifesta?

Adulti	Bambini e adolescenti
A. Umore depresso per la maggior parte del giorno quasi tutti i giorni per almeno 2 anni come riferito dal soggetto ed osservato dagli altri	<u>Per i bambini e gli adolescenti basta 1 anno</u>
B. Presenza, quando è depresso di 2 o più dei seguenti sintomi: 2) Scarso appetito o iperfagia 3) Insonnia o ipersonnia 4) Scarsa energia o astenia 5) Bassa autostima 6) Difficoltà di concentrazione o nel prendere decisioni 7) Sentimenti di disperazione	
C. Durante i 2 anni di malattia la persona non è mai stata priva dei sintomi riportati in A e B per più di 2 mesi alla volta	Durante 1 anno di malattia la persona non è mai stata priva dei sintomi riportati in A e B per più di 2 mesi alla volta
D. Durante i primi 2 anni di malattia non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore (a meno che non ci sia stata una completa remissione dell'episodio)	Durante il primo anno di malattia non è stato presente un Episodio Depressivo Maggiore (a meno che non ci sia stata una completa remissione dell'episodio)

4. I disturbi del Comportamento Alimentare

Disturbi del Comportamento Alimentare

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa



- L'insorgenza dell'anoressia nervosa (AN) avviene tipicamente in età adolescenziale, dalla prima adolescenza ai 20-25 anni. Sono descritti però anche casi ad insorgenza tardiva oltre ai 30 anni.
- La prevalenza nella fascia di popolazione femminile più a rischio (12-25 anni) varia dal 10 al 20%
- AN è più frequente nel sesso femminile con un rapporto femmine/maschi di circa 10:1 (DSM-IV)

5. Gli esordi psicotici in età adolescenziale e preadolescenziale

Schizofrenia < 18 anni

- ✓ 6-20% casi di esordio prima dei 18 anni (*Madaan 2008; Vyas 2011; Hassan 2011*)
- ✓ Esordisce in maniera insidiosa (*Eggers 1978; Asarnow 1988; Alaghband-Rad 1995*)
- ✓ Elevata probabilità di disturbi neuropsicologici (disturbi del linguaggio, difficoltà di apprendimento) (*Hollis 1995; Nicolson 2000*)
- ✓ Elevata probabilità di disregolazione affettiva (*Armando 2011*)
- ✓ M:F = 1:1 (*Werry 1994, Hollis 2000*)
- ✓ La sintomatologia è sovrapponibile alla AOS? (*Chen 2010; Vyas 2011*)

Very early onset schizophrenia (VEOS)

- ✓ Esordio prima dei 13 anni (*David 2011, Kumra 2009, Margari 2008, Russel 1994, Thompson et al. 2001*)
- ✓ Prevalenza 1/10.000 bambini (*McClennan 2005*)
- ✓ La principale manifestazione sul piano clinico è rappresentata dalle allucinazioni uditive (*Russel 1994, David 2011*)
- ✓ Alto tasso di anomalie genetiche (*Addington 2004, Addington 2007, Eckstrand 2008*)

Early onset schizophrenia (EOS)

- ✓ Insorgenza tra i 13 e i 17 anni (*Kumra 2009, Hassan 2011*)
- ✓ Prevalenza 1 - 2 /1000 adolescenti (*McClennan 2005*)
- ✓ Maschi e femmine risultano affetti nella stessa misura (*Werry 1994, Hollis 2000*)

Il ruolo degli insegnanti

Mental health of young people: a global public-health challenge

Vikram Patel, Alan J Flisher, Sarah Hetrick, Patrick McGorry

~~Mental disorders account for a large proportion of the disease burden in young people in all societies. Most mental disorders begin during youth (12–24 years of age), although they are often first detected later in life. Poor mental health is strongly related to other health and development concerns in young people, notably lower educational achievements, substance abuse, violence, and poor reproductive and sexual health. The effectiveness of some interventions for some mental disorders in this age-group have been established, although more research is urgently needed to improve the range of affordable and feasible interventions, since most mental-health needs in young people are unmet, even in high-income countries. Key challenges to addressing mental-health needs include the shortage of mental-health professionals, the fairly low capacity and motivation of non-specialist health workers to provide quality mental-health services to young people, and the stigma associated with mental disorder. We propose a population-based, youth focused model, explicitly integrating mental health with other youth health and welfare expertise. Addressing young people's mental-health needs is crucial if they are to fulfil their potential and contribute fully to the development of their communities.~~

Il 50% delle malattie mentali gravi degli adulti ha origine a partire dai 14 anni di età.

Health-system responses

Treatments for mental disorders in young people have improved substantially during the past two decades with safer and more effective drugs, more practical forms of psychosocial interventions, and reforms in service-delivery models. Several meta-analyses^{96–98} have shown support for individual, group, and family psychotherapies, particularly those with a behavioural or cognitive-behavioural orientation, for a range of mental health and behavioural disorders. In terms of evidence for specific interventions for specific disorders, some encouraging developments have taken place in early intervention in psychotic disorders in young people, in terms of early detection, phase-specific treatment, and health-services reform.^{99–104}

10-14 years

1	Road traffic accidents	15 (6-0%)	Lower respiratory infections	15 (6-3%)	Unipolar depressive disorders	28 (5-7%)
2	Unipolar depressive disorders	14 (5-4%)	Unipolar depressive disorders	14 (6-1%)	Lower respiratory infections	28 (5-6%)
3	Lower respiratory infections	13 (4-9%)	Asthma	12 (5-1%)	Road traffic accidents	26 (5-2%)
4	Asthma	10 (4-1%)	Migraine	11 (4-8%)	Asthma	23 (4-6%)
5	Drownings	10 (3-8%)	Road traffic accidents	10 (4-2%)	Refractive errors	19 (3-8%)
6	Refractive errors	10 (3-7%)	Refractive errors	9 (3-8%)	Iron-deficiency anaemia	17 (3-4%)
7	Falls	9 (3-4%)	Iron-deficiency anaemia	8 (3-5%)	Falls	16 (3-2%)
8	Iron-deficiency anaemia	9 (3-4%)	Falls	7 (2-9%)	Migraine	16 (3-2%)
9	Schizophrenia	6 (2-5%)	Diarrhoeal diseases	6 (2-7%)	Drownings	14 (2-9%)
10	Lymphatic filariasis	6 (2-5%)	Fires	6 (2-5%)	Diarrhoeal diseases	12 (2-4%)

15-19 years

1	Unipolar depressive disorders	34 (8-0%)	Unipolar depressive disorders	53 (11-7%)	Unipolar depressive disorders	86 (9-9%)
2	Road traffic accidents	33 (7-8%)	Schizophrenia	23 (5-2%)	Schizophrenia	46 (5-3%)
3	Alcohol use	30 (7-2%)	Bipolar disorder	22 (4-9%)	Road traffic accidents	46 (5-3%)
4	Schizophrenia	23 (5-4%)	Abortion	17 (3-8%)	Bipolar disorder	44 (5-1%)
5	Bipolar disorder	23 (5-3%)	Panic disorder	16 (3-5%)	Alcohol use	34 (4-0%)
6	Violence	21 (5-1%)	Maternal sepsis	14 (3-1%)	Violence	26 (3-0%)
7	Drug misuse	11 (2-7%)	Self-inflicted injuries	13 (3-0%)	Self-inflicted injuries	24 (2-8%)
8	Asthma	11 (2-6%)	Road traffic accidents	13 (2-9%)	Panic disorder	23 (2-7%)
9	Self-inflicted injuries	11 (2-6%)	Chlamydia	10 (2-3%)	Asthma	18 (2-0%)
10	Drownings	10 (2-5%)	Iron-deficiency anaemia	9 (2-1%)	HIV/AIDS	17 (2-0%)

20-24 years

1	Road traffic accidents	44 (8-7%)	Unipolar depressive disorders	48 (9-9%)	Unipolar depressive disorders	79 (7-9%)
2	Violence	41 (8-1%)	HIV/AIDS	24 (5-0%)	Road traffic accidents	56 (5-6%)
3	Unipolar depressive	31 (6-0%)	Abortion	24 (4-9%)	Violence	47 (4-7%)
4	Alcohol use	28 (5-6%)	Schizophrenia	21 (4-4%)	HIV/AIDS	44 (4-4%)
5	Self-inflicted injuries	21 (4-0%)	Bipolar disorder	20 (4-1%)	Schizophrenia	42 (4-2%)
6	Schizophrenia	21 (4-0%)	Maternal sepsis	18 (3-7%)	Bipolar disorder	40 (4-1%)
7	Bipolar disorder	20 (4-0%)	Tuberculosis	15 (3-2%)	Tuberculosis	35 (3-5%)
8	HIV/AIDS	20 (3-9%)	Self-inflicted injuries	14 (2-9%)	Self-inflicted injuries	35 (3-5%)
9	Tuberculosis	20 (3-9%)	Panic disorder	14 (2-9%)	Alcohol use	32 (3-2%)
10	War	14 (2-7%)	Road traffic accidents	11 (2-3%)	Abortion	24 (2-4%)

General Practitioners Training

- **The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis**
PADDY POWER, EDUARDO IACOPONI, NICOLA REYNOLDS, HELEN FISHER, MORRIS RUSSELL, PHILIPPA A. GARETY, PHILLIP K. McGUIRE and TOM CRAIG
BJP 2007, 191:s133-s139.
- **REDIRECT: cluster randomised controlled trial of GP training in first-episode psychosis**
Helen Lester, Max Birchwood, Nick Freemantle, Maria Michail and Lynda Tait
British Journal of General Practice, 2009 Jun;59(563):e183-90.
- **Early intervention service for psychosis: views from primary care**
Laoise Renwick, Blanaid Gavin, Nicola McGlade, Paul Lacey, Ray Goggins, Deirdre Jackson, Niall Turner, Sharon Foley, Stephen McWilliams, Caragh Behan, Elizabeth Lawlor, Walter Cullen, and Eadbhard O'Callaghan
Early Intervention in Psychiatry 2008; 2: 285–290

GP training basato sul primo episodio psicotico risulta insufficiente nel ridurre la durata di psicosi non trattata e nel miglioramento dell'invio nei servizi di intervento precoce, tuttavia sembra facilitati l'accesso ai team specializzati per gli esordi psicotici.

Criteri diagnostici per il Disturbo Distimico

Adulti	Bambini e adolescenti
E. Non è mai stato presente un Episodio Maniacale, Misto o Ipomaniacale né sono stati mai soddisfatti i criteri per il Disturbo Ciclotimico	
F. La malattia non si manifesta esclusivamente durante il corso di un Disturbo Psicotico cronico, come Schizofrenia o Disturbo Delirante	
G. I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale	
H. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti	

Rivista di psichiatria, 2012, 47, 5

Disagio mentale in un campione comunitario di giovani adulti: barriere e fattori favorenti l'help-seeking in un modello generalista di salute mentale

PAOLO FIORI NASTRO¹, MARCO ARMANDO^{1,2,3}, VALENTINO RIGHETTI¹, RICCARDO SABA¹,
CLAUDIA DARIO¹, ROSSELLA CARNEVALI⁴, MAX BIRCHWOOD², PAOLO GIRARDI^{4,5}

RIASSUNTO. Scopo. Il ritardo nell'accesso alle cure rappresenta uno dei principali ostacoli alla presa in carico dei giovani adulti con disturbi mentali all'esordio. Questo ritardo, troppo spesso osservato nella pratica clinica, ha diverse cause. Una di queste è la richiesta di aiuto inespressa (*unexpressed help-seeking*), che è influenzata da fattori di ordine storico-culturale, dalle caratteristiche della patologia stessa, ma anche dalle modalità con le quali sono organizzati i servizi di salute mentale. Gli obiettivi dello studio sono quelli di individuare: il livello di stress e di disagio mentale, le determinanti principali dell'unexpressed help-seeking all'interno di un campione comunitario di giovani adulti in un contesto nazionale in cui vige un modello generalista di salute mentale. **Metodi.** Il campione è costituito da 3446 studenti universitari. Sono stati somministrati contestualmente: un questionario esplorativo, la scala SVS per la valutazione dello stress percepito e il GHQ-12 per la valutazione del disagio mentale. È stata condotta un'analisi descrittiva seguita dalle correlazioni tra l'unexpressed help-seeking e le altre variabili. È stata effettuata una regressione logistica sul sottocampione con punteggi GHQ-12 ≥ 4 utilizzando la richiesta d'aiuto inespressa come variabile dipendente. **Risultati.** Il 46,8% del campione ha avuto un punteggio GHQ-12 ≥ 4 . L'unexpressed help-seeking è pari al 63,6% e risulta significativamente correlata a: sesso maschile, status di fuorisede, elevato punteggio SVS, assenza di servizi di salute mentale specificamente dedicati ai giovani adulti, sfiducia nei confronti dei servizi esistenti. **Conclusioni.** Una riorganizzazione dei servizi di salute mentale, nel senso della creazione di contesti più appropriati per utenti giovani, potrebbe portare a una riduzione della richiesta di aiuto inespressa.