

III° EDIZIONE
**INCONTRI DI PSICHIATRIA
DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE



GIULIA SIGONA, LAURA CAIAZZA

Lungo la rotta del trauma: storia di un minore non accompagnato

Baha, 17 anni

- Originario della Tunisia, dove attualmente vivono la madre e la sorella maggiore, studentessa, con le quali B. ha contatti quotidiani.
- Un fratello maggiore vive invece in Italia, che il ragazzo sente sporadicamente.
- Padre deceduto in Tunisia quando B. aveva 9 anni e per tale ragione il ragazzo avrebbe gradualmente abbandonato la scuola per lavorare e sostenere economicamente la famiglia.
- Anamnesi telefonica attraverso mediatore linguistico: muta





Giungeva a Lampedusa verso la fine del 2022, come minore straniero non accompagnato, sotto la spinta della madre per raggiungere il cugino residente a Parma.

Inizialmente ospitato da un centro di accoglienza → si allontanava autonomamente per recarsi in Francia per ricongiungersi con alcuni amici.

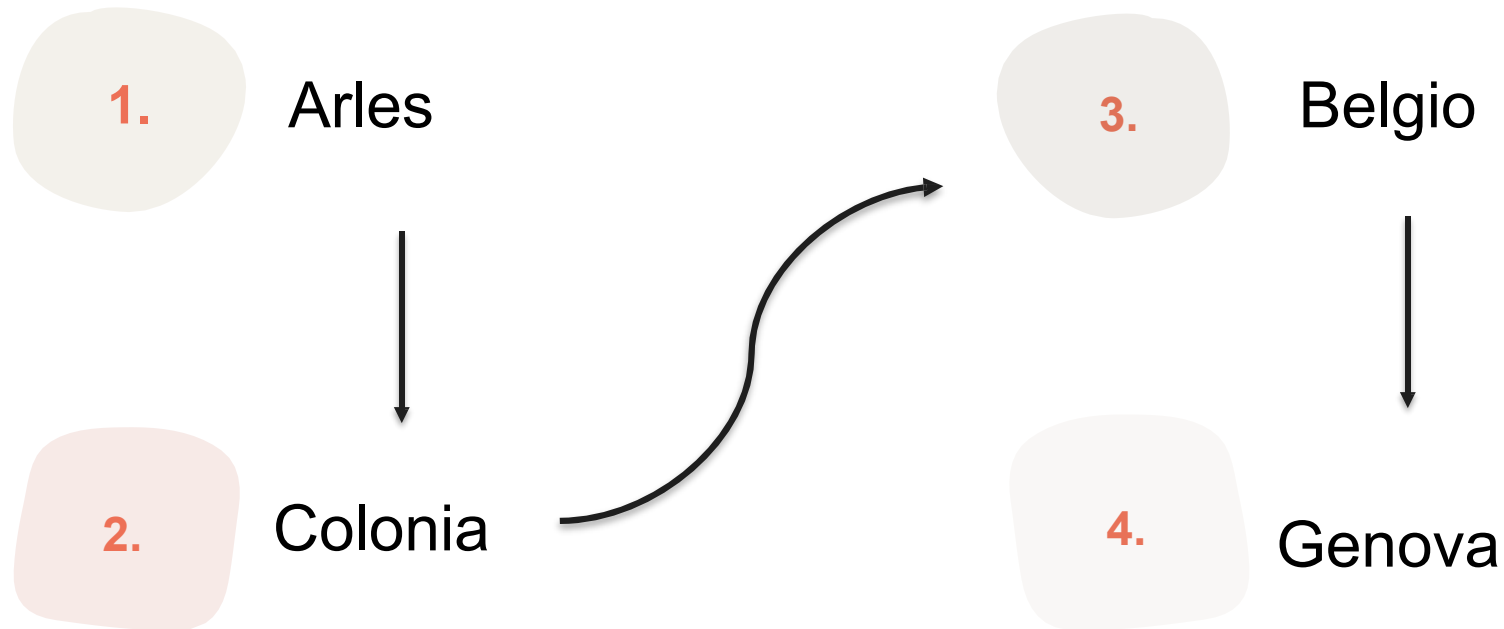


Giunto in Francia, entrava in contatto con **ambienti devianti** legati all'uso di sostanze e successivamente avrebbe vissuto a Marsiglia in una struttura per minori agli arresti domiciliari.

Da allora riferiva il **consumo di diverse sostanze**, tra cui cocaina, ecstasy, oppiacei e cannabinoidi, questi ultimi in modo continuativo e progressivamente ingravescente.



Negli ultimi mesi del 2024 il paziente si allontanava nuovamente, sulla base di vaghi e mal strutturati **spunti persecutori** amplificati e sostenuti dall'utilizzo di sostanze.



5.

Firenze

Presso il Centro di accoglienza di Firenze, B. riferiva di aver subito durante il viaggio, abusi sessuali in corso di intossicazione da sostanze, mostrando difficoltà nel ricostruire gli accadimenti con lucidità.

Con il supporto degli operatori, veniva comunque sporta denuncia verso ignoti.



6.

Parma

A marzo del 2025, dopo un solo giorno di permanenza a Firenze, il paziente si allontanava per recarsi a Parma dal cugino.

Dopo pochi giorni, per insorgenza di **episodio di agitazione in corso di intossicazione da cannabinoidi**, B. veniva accompagnato in pronto soccorso dal cugino, spaventato dalla sintomatologia e non più disposto ad accoglierlo al proprio domicilio.



Conosciamo B. il 6/03 quando dal pronto soccorso contattano il servizio di emergenze-urgenze della NPIA per effettuare una consulenza psichiatrica dal momento che B. evidenzia *“una sintomatologia caratterizzata da mal strutturate ideazioni persecutorie con tendenza alla rivisitazione degli eventi traumatici nel senso dell’autoriferimento, per cui si poneva indicazione al ricovero.”*



Durante primi colloqui con il ragazzo emergono:

Delirio persecutorio

Uso di sostanze d'abuso

Comportamento
disorganizzato

Insonnia

Evitamento

Idee di
riferimento

Compromissione del
funzionamento globale

Esperienza di
eventi traumatici

Isolamento

Ipotesi diagnostiche:

- Disturbo schizofreniforme/schizofrenia
- Disturbo psicotico indotto da sostanze
- Disturbo post-traumatico da stress



Disturbo post traumatico da stress

- | | |
|---|---|
| A | La persona è stata esposta a morte reale o minaccia di morte, a gravi lesioni, o a violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi: <ol style="list-style-type: none">1) Esperienza diretta dell'evento traumatico2) Presenza diretta all'evento mentre accadeva ad altri3) Apprendimento che l'evento traumatico è accaduto a un familiare stretto o amico (la morte deve essere violenta o accidentale)4) Esposizione ripetuta o estrema a dettagli dell'evento traumatico (es. soccorritori, poliziotti, ecc.) |
| B | > 1 sintomi intrusivi associati all'evento traumatico, iniziati dopo l'evento: <ol style="list-style-type: none">1) Ricordi spiacevoli e ricorrenti, involontari e intrusivi2) Sogni spiacevoli e ricorrenti (incubi) legati all'evento3) Reazioni dissociative (es. flashback)4) Sofferenza psicologica intensa all'esposizione a segnali associati all'evento5) Reazioni fisiologiche marcate a segnali che simboleggiano o assomigliano all'evento |
| C | Evitamento persistente di stimoli associati all'evento, dopo l'evento: <ol style="list-style-type: none">1) Evitamento di ricordi, pensieri o sentimenti angoscianti2) Evitamento di persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti o situazioni che suscitano ricordi angoscianti |



Disturbo post traumatico da stress

D	Alterazioni negative delle cognizioni e dell'umore, iniziate o peggiorate dopo l'evento, evidenziate da 2 (o più) dei seguenti: 1) Incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento (amnesia dissociativa) 2) Credenze o aspettative negative persistenti su sé stessi, gli altri o il mondo (es. "Sono cattivo", "Il mondo è pericoloso") 3) Colpa o vergogna esagerata 4) Emozioni negative persistenti (paura, orrore, rabbia, colpa, vergogna) 5) Diminuzione marcata di interesse o partecipazione ad attività significative 6) Sentimenti di distacco o estraneità verso gli altri 7) Incapacità di provare emozioni positive
E	Alterazioni dell'arousal e della reattività, con 2 (o più) dei seguenti: 1) Irritabilità o esplosioni di rabbia 2) Comportamento spericolato o autodistruttivo 3) Ipervigilanza 4) Risposte di allarme esagerate 5) Difficoltà di concentrazione 6) Disturbi del sonno
F	I disturbi (criteri B, C, D ed E) durano più di 1 mese
G	Il disturbo causa sofferenza clinicamente significativa o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti
H	Non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica



Disturbo schizofreniforme

- | | |
|---|---|
| A | Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte significativa di tempo durante un periodo di 1 mese (o meno, se trattato con successo). Almeno uno dei sintomi deve essere (1), (2) o (3):
1) Deliri
2) Allucinazioni
3) Linguaggio disorganizzato (ad es., frequente deragliamento o incoerenza)
4) Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
5) Sintomi negativi, ad es. diminuzione dell'espressione emotiva o abulia |
| B | Un episodio del disturbo dura almeno 1 mese, ma meno di 6 mesi. (provvisoria in attesa di completo recupero) |
| C | Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo schizoaffettivo, da un disturbo depressivo maggiore o bipolare con caratteristiche psicotiche. |
| D | Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (ad es. droga, farmaco) o a un'altra condizione medica. |



Disturbo psicotico indotto da sostanze

A	Presenza di uno o entrambi i seguenti sintomi: 1) Deliri 2) Allucinazioni
B	Evidenza dall'anamnesi, dall'esame obiettivo o dagli esami di laboratorio 1) I sintomi del criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanze oppure successivamente all'assunzione del farmaco. 2) La sostanza/farmaco può produrre i sintomi del criterio A
C	I disturbo non è meglio spiegato da un disturbo psicotico che non è indotto da sostanze/farmaci.
D	Il disturbo non si verifica esclusivamente nel corso di un delirium
E	Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.



Ricovero presso **SPOI** (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo):

-ECG con calcolo QTc, esami emocromocitometrici , funzionalità renale, epatica e metabolica, ecografia addome,

-consulenza chirurgica, in merito al riferito abuso, che il ragazzo rifiutava

Inizialmente si mostrava reattivo e a tratti oppositivo alle cure, con episodi di disregolazione comportamentale, anche correlati al craving per sostanze. Non emergevano franchi disturbi maggiori dell'umore in quanto scarsamente indagabili i contenuti intrapsichici.

Per cui si inseriva terapia con **Risperidone** 2mg/die, **Entumin** sol gtt: 20 x3, **En** sol gtt: 50x3

Ricovero presso RTIP/M “**San Polo**” per approfondimento psicodiagnostico, osservazione intensiva e creazione progetto di cura post dimissione.



Inizialmente il ragazzo appariva molto **diffidente e coartato**.

Faticava a instaurare relazioni con gli operatori e con gli altri ospiti, riportando una **sensazione soggettiva di estraneità** rispetto al contesto oltre a un'importante barriera linguistica.

Emergeva instabilità psicoemotiva e ipersensibilità agli stimoli relazionali, con **vissuti di rabbia e frustrazione**, facile irritabilità, aggressività verbale e **tendenza alla persecutorietà e sintomi paranoidei**.

B. ricercava la vicinanza di figure adulte, piuttosto che dei coetanei e appariva molto sensibile agli stimoli che attivavano il **sistema di attaccamento** e ciò ci indirizzava nelle strategie di creazione del progetto riabilitativo.



Il modello relazionale della struttura, di vicinanza non giudicante e di attesa dei tempi degli ospiti per la condivisione delle storie, sperimentato dal ragazzo ha fatto sì che B. si affidasse sempre di più nelle interazioni



diminuzione della frequenza degli accessi disforici sostituiti dalla **verbalizzazione e condivisione delle angosce post-traumatiche.**



Somministrate Matrici di Raven con risultato QI 85.

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents:

- all'ingresso 30
- All'uscita 16

Alla luce della persistenza degli spunti paranoidei e delle condotte esternalizzanti, interpretate come processi difensivi di vissuti depressivi è stata sospesa la terapia con risperidone 2 mg e introdotta terapia con **olanzapina** fino al dosaggio di 10 mg.

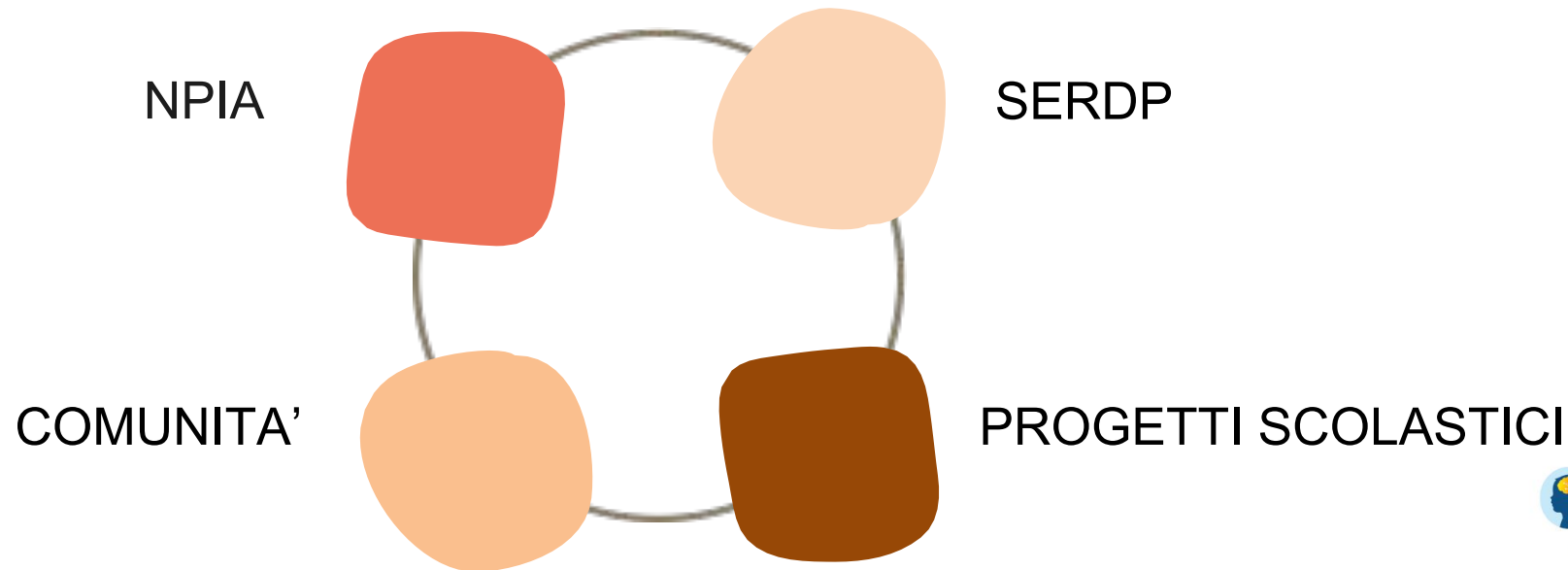


**Diagnosi di disturbo psicotico indotto da sostanze in paziente
con disturbo dell'adattamento**



In seguito alla dimissione B. è stato collocato presso una **comunità educativa** ed è stato creato un progetto di rete atto a sostenere l'integrazione del ragazzo nel contesto sociale.

Prosegue monitoraggi con l'NPIA e il SerDP.



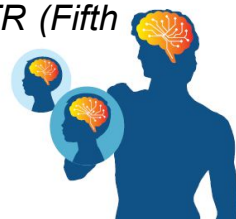
B. è apparso **sensibile** al supporto psichico ed emotivo operato sia dall'équipe del RT sia dai referenti dei servizi territoriali coinvolti nel progetto di rete e questo potrebbe rappresentare un **fattore protettivo** per raggiungere un compenso psichico stabile.

All'ultimo colloquio clinico del 10/10 us, B. si presenta vigile orientato nel t/s, adeguato nei modi e nell'aspetto. Eloquio spontaneo e ben organizzato seppur presente parziale barriera linguistica; non più presenti sintomi paranoidei. Permane utilizzo saltuario di alcool e cannabinoidi ma ridotto in frequenza ed entità. Attualmente frequenta un corso professionalizzante di cucina, un corso di lingua italiana, un progetto di inclusione sociale e autonomia presso una cooperativa ECM² fattoria di Vigheffio. B. appare propositivo rispetto al progetto creato per lui (*“voglio fare meglio”*) e alla vita di comunità.



Bibliografia:

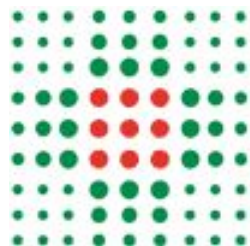
- Beckmann D, Lowman KL, Nargiso J, McKowen J, Watt L, Yule AM. Substance-induced Psychosis in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2020 Jan;29(1):131-143. doi: 10.1016/j.chc.2019.08.006. Epub 2019 Sep 23.
- Smith RC, Feldner MT, Badour CL. Substance Use to Regulate Affective Experiences in Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Laboratory-Based Studies. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2011;2(1):3-27. doi:[10.5127/jep.011310](https://doi.org/10.5127/jep.011310)
- Rezaee AR, Hosseini SR, Firoozabadi A. Prevalence of psychotic-like experiences among Afghan migrant children and adolescents: examining the predictive role of childhood trauma, mindfulness, and cognitive flexibility. *BMC Psychiatry*. 2025 Jul 3;25(1):678. doi: 10.1186/s12888-025-06979-x.
- Lievrouw S, Myin-Germeys I, Achterhof R. The mental health of European adolescents with vs. without a migration background (2013-2024)-a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025 May;34(5):1529-1543. doi: 10.1007/s00787-024-02589-2.
- Degenhardt L, Coffey C, Hearps S, Kinner SA, Borschmann R, Moran P, Patton G. Associations between psychotic symptoms and substance use in young offenders. *Drug Alcohol Rev*. 2015 Nov;34(6):673-82. doi: 10.1111/dar.12280.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (Fifth edition, text revision)*. American Psychiatric Association Publishing.





UNIMORE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

GRAZIE DELL'ATTENZIONE



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

