



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata da:**  
Alberto Giannelli

**Diretta da:**  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Clerici (Monza)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

**Comitato Scientifico:**  
Carlo Fraticelli (Como)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)  
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Camilla Callegari (Varese)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Laura Novel (Bergamo)  
Pasquale Campajola (Gallarate)  
Giancarlo Belloni (Legnano)  
Marco Toscano (Gavagnate)  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Emilio Sacchetti (Milano)  
Alberto Giannelli (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Massimo Rabboni (Bergamo)

**Segreteria di Direzione:**  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

- 5** Un intervento urgente per salvare il diritto alla cura per chi soffre di patologie mentali  
*di Cerveri G.*
- 12** La salute mentale oggi e domani: quali speranze per il futuro?  
*di Percudani M. e Clerici M.*

### RECENSIONI

- 15** In dialogo con la solitudine  
*Recensione, Commento, Divagazioni di Giannelli A.*

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 19** Dati preliminari su un algoritmo di Natural Language Processing per l'identificazione di referti relativi a ideazione suicidaria nei Pronto Soccorso di ASST Lariana  
*di Alamia A., Calzolari R., Micieli W., Mingotto E., Sani E., Fraticelli C.*
- 26** Anoressia Nervosa: trattamenti evidence-based e nuove prospettive  
*di Baccara A., Del Giudice R., Bertelli S., D'Agoŝtino A.*
- 30** Il nulla che ferisce il sé - PARTE I  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*
- 37** Il nulla che ferisce il sé - PARTE II  
*di Barbieri S., Soardo L., Bertelli S., Arosio P.L.*

**45** L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo come strumento per la riduzione dell'aggressività in SPDC  
*di Bellini L., Papini B., Spera M., Vergani V., Mencacci C.*

**55** Una indagine preliminare sugli effetti del lockdown in un campione di istituti superiori della ASST Melegnano e della Martesana  
*di Camporota V., Carnevali S., Durbano F.*

**66** L'esperienza del Budget di Salute di Comunità in beneficiari con disturbo di Personalità  
*di Cardani C., Porcellana M., Morganti C., Di Bernardo I., Percudani M.*

**73** Team leader in sanità  
*Riflessioni sulla esperienza formativa del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana come strumento di integrazione tra servizi differenti ma aggregati di Durbano F., Delvecchio G.*

**80** Il percorso di ricerca infermieristica nel Dipartimento di Salute Mentale.  
*L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano*  
*di Ferrara P., Capone A., Villa A., Oliverio V., Betella M., Destrebecq A., D'Agoŝtino A., Gambini O.*

**84** Covid e RSA, la salute psichica degli operatori ad un anno di distanza  
*di Grossi C.; Gesi C., Consorti E., Fiorentini G., Bergamaschini L., Vercesi E., Cerveri G.*

IN COPERTINA: Caino, Giovanni Dupré, 1846  
Museo Statale Ermitage, San Pietroburgo  
© Yair Haklai / Wikimedia Commons / CC-BY-SA-2.5

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)



# SOMMARIO

AnnoXXXIV • n. 2 • luglio–dicembre

**94** **Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico**  
*di Leon E., Bosetto D. & Clerici M.*

**114** **Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la comorbidità psichiatrica: oltre il concetto di doppia diagnosi**  
*di Limosani I., Ciliberti C., Longo L., Turco M., Percudani M.*

**121** **Dolore mentale e screening del rischio suicidario in un campione clinico di pazienti affetti da disturbi psichiatrici**  
*di Lucca G., Ielmini M., Trabucchi E., Aspesi G., Caselli I., Callegari C.*

**130** **Study skills training: sperimentare e valutare un approccio online in tempi di pandemia**  
*di Prini C., Amadei I., Colnaghi F., Fresco A., Grignani S., La Greca E., Lucchini B., Meliante M., Moreno Granados G. N., Parisi C., Pozzetti T., Amatulli A.*

**138** **L'impatto della pandemia da Covid-19 sul sistema di rete per il lavoro in psichiatria nella città metropolitana di Milano**  
*di Quarenghi A., Rubelli P., Sanna B., Fusi A., Mencacci C.*

**144** **I giovani e la pandemia: richieste di accesso ai servizi psichiatrici e correlazione con agiti autolesivi**  
*Uno studio condotto presso il CPS Giovani di Milano*  
*di Tagliabue S., Malvini L., Barbera S., Percudani M.*

**150** **Neurofeedback come strumento di valutazione e di trattamento per l'ADHD dell'adulto**  
*Il Programma Dafne in ASST Lariana*  
*di Uccello M., Massara A., Turati S., Fraticelli C.*

## PSICHIATRIA FORENSE

**154** **In mancanza di specifiche linee guida che cosa fare?**  
*di Mantovani R., Mantovani L.*

## CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

**156** **CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE**  
**Gli agiti aggressivi nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura**  
*Un'analisi retrospettiva*  
*di Camuccio C. A., Bonaldi E., Vitale E.*

**165** **CONTRIBUTO AITERP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E PSICOSOCIALE**  
**La riabilitazione psichiatrica ai tempi del covid-19**  
*Una riflessione a partire dall'esperienza del DSMD dell'ASST di Lodi*  
*di Scagliarini V., Fioletti B., Bonazzi I., Zaniboni F.*

## Basket Cases: marginalità e disagio psichico in adolescenza tra diagnosi e possibilità di presa in carico

Leon E. \*, Bosetto D. + & Clerici M. °

### PLAYLIST:

**GREEN DAY**, *Basket Cases* (1994)

<https://www.youtube.com/watch?v=nutgr5t3moy>

Il presente contributo nasce da una serie di riflessioni - effettuate a livello di un CPS lombardo - sulle caratteristiche, sia cliniche che sociologiche, identificate in questi anni seguendo una popolazione giovanile che si colloca a "scavalco" tra le esigenze assistenziali di un Servizio di Salute Mentale pubblico e la marginalità sociale. Tale popolazione giovanile che, in questa sede, assumerà simbolicamente il nome di "*Basket Cases*" (dal titolo di una famosa canzone degli anni '90 del gruppo musicale statunitense "punk rock" dei Green Day), si caratterizza per essere "a rischio" di sviluppo psicopatologico con manifestazioni per lo più diversificate. Tra queste, la sindrome di psicosi attenuata, l'autolesività non suicidaria, fino agli episodi depressivi con ipomania di breve durata, il disturbo da comportamento suicidario o a veri e propri esordi psicotici, in gran parte sostenuti dall'uso di sostanze. In tale cornice diagnostica polimorfa, costantemente cangiante e, spesso, rapidamente evolutiva - in quanto marcata da condizioni cliniche e/o comportamentali espressione di un potente disorganizzatore nosografico, quale si rivela ai più diversi livelli il disturbo correlato all'uso di sostanze - si declinano spesso le più ampie alterazioni della processualità temporale dei disturbi mentali classicamente descritti e quelle molteplici forme di disagio psichico, anche potenzialmente croniche, che difficilmente vengono intercettate prima dell'insorgenza di una vera e propria sindrome. Lo sviluppo di queste manifestazioni, almeno per come viene percepito a

livello territoriale dai nostri Servizi, sembra mostrarsi proprio in quel periodo di "allerta fluida" dove prevalgono sintomatologie polimorfe che si possono esprimere in difficoltà scolastiche e lavorative, grave deterioramento delle relazioni interpersonali e affettive, ampia alternanza di iper-connesione e ritiro sociale, nonché espliciti comportamenti a rischio o autolesivi.

All'interno di questo complesso panorama il Servizio di Salute Mentale (CPS) si sforza di ricercare, con grande fatica, la definizione di un comun denominatore di segni e sintomi - non di rado sottosoglia - caratterizzanti la popolazione dei "*Basket Cases*": ciò attraverso l'individuazione di una prossimità - a volte solo confluenza e non completa sovrapposibilità - con il Disturbo di Personalità Borderline o, tutt'al più, con i Disturbi di Personalità "senz'altra specificazione" (come da DSM 5) o "NAS" (come da DSM III, III-R, IV o IV-TR; 2001). Questo approccio si giustifica a partire dalla necessità di fornire comunque un quadro sintomatologico sinottico che possa giungere almeno ad una grossolana differenziazione per nucleo patologico di appartenenza marcando, in un certo senso, anche un assessment della possibile evoluzione del caso.

Se l'analisi di questi casi parte, in genere, da alcune delle proposte di revisione diagnostica reperibili nella sezione terza del DSM 5 (2013) - relativa alle condizioni che necessitano ulteriori studi (revisione dei Disturbi di Personalità su base dimensionale e tratto-specifica; Sindrome Psicotica Attenuata e Stati Mentali a Rischio; Disturbo da Gioco su Internet - *Gaming*) - e si amplia al concetto diagnostico di Spettro Autistico Sotto-soglia (Dell'Osso, Dalle Luche, 2016), alle tematiche relative ai comportamenti a rischio e autolesionistici (Marchetti, Bracaglia, Cavalli, 2013) o allo IAD (Lugoboni, Zamboni, 2018), il quadro complessivo sembra allargarsi "a fisarmonica" e rendere spesso difficile la lettura clinica nella sua dimensione fenomenica. Per meglio comprendere la multidimensionalità e la multifattorialità che caratterizzano la genesi del disagio psichico tipico dei

*Basket Cases* può essere dunque utile recuperare anche una chiave di lettura sociologica che riferisca agli Adolescenti Digitalmente Modificati - ADM (Scognamiglio, Russo, 2018) e alla loro specifica appartenenza ai contesti dell'epoca iper-moderna.

Ne deriva che ogni obiettivo di attivare nuove opzioni di presa in carico specialistica e/o correggere l'intervento "classico" dei nostri Servizi a favore di popolazioni da agganciare precocemente in chiave preventiva finisce per costituire - a nostro parere - il discrimine fra una costante progressione ora verso un disturbo conclamato (con i rischi connessi di inevitabile cronicizzazione), ora - all'opposto - la possibilità di preservare un'identità funzionale "fuori" dal Servizio, implementando competenze emotive, abilità cognitive e di socializzazione proprie dell'età di questi giovani utenti: ciò al fine di favorire inclusione sociale e sostegno all'autonomia, secondo i modelli del self-care management e della recovery (APA, 2001; Caruana et al., 2018)

#### **"BASKET CASES": PROFILI PSICOPATOLOGICI E CARATTERISTICHE QUALIFICANTI DISTURBI MENTALI TENDENZIALMENTE DIAGNOSTICATI COME "SENZA ALTRA SPECIFICAZIONE"**

Con "*Basket Cases*" vogliamo indicare giovani - dai 16 ai 24 anni (ma tale barriera non è invalicabile) - che "danzano sulla frontiera" del disagio psichico: a volte solo "transitati" nelle strutture della neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, altre volte "in transito" dalla neuropsichiatria alla psichiatria adulta, altre ancora "mai pervenuti" in modo strutturato, fino all'emergenza in Pronto Soccorso. In genere tale deriva si arresta al confine con un primo episodio psicotico conclamato, un tentato suicidio o gli esiti estremi, soprattutto disfunzionalmente relazionali, di comportamenti "a rischio" o autolesivi. Come detto, questi giovani manifestano profili polimorfi, accomunati da un'estrema "mobilità" psicopatologica, inquadrabile come difficoltà a comprenderli in categorie diagnostiche

precise e definite, tanto che lo stesso DSM - nella sua 5a edizione (2013) - sembra difficilmente accogliere tale complessità "post-moderna" e chiede di interrogarsi su come coinvolgerla in azioni cliniche il più possibile efficaci rispetto alle manifestazioni prodromiche tipiche del primo episodio psicotico.

Di particolare interesse risulta, in relazione potenziale ai casi "*Basket Cases*" o - in termini più esplicitamente clinici - ai soggetti con Stati Mentali a Rischio (ARMS), la sezione terza del DSM 5 che propone alcuni nuovi modelli e strumenti di valutazione, fra cui anche quello cosiddetto alternativo per i disturbi di personalità, basato su un approccio dimensionale e tratto specifico. Nell'approccio che qualifica il capitolo "Condizioni che necessitano ulteriori studi", si potrebbe identificare, quindi, anche un tentativo di cogliere almeno parzialmente un'istantanea dell'attuale disagio giovanile emergente attraverso la proposta di "nuove" categorie diagnostiche meno legate alla tradizione categoriale dei Manuali Diagnostici e Statistici dei Disturbi Mentali che ci hanno accompagnato nell'ultimo quarantennio.

Nella definizione di *Sindrome Psicotica Attenuata*, l'attenzione - oltre che sulla proposta di una nuova categoria diagnostica "finestra" - si concentra sulle fasi prodromiche, approfondisce i fattori di rischio, indaga segni e sintomi di cambiamento nelle aree affettiva, cognitiva e comportamentale da considerarsi - proprio nelle prime fasi - soprattutto aspecifici, lievi e di breve durata: un periodo "finestra", mediamente di 5 anni, viene proposto ancor più fortemente del solito all'attenzione clinica del diagnosta come oggetto di possibili cure preventive.

Sempre nella sezione terza si colloca anche il nuovo modello alternativo di diagnosi per i disturbi di personalità che sembra andare nella direzione di una possibile apertura alla complessità post-moderna, proprio in quanto più facilmente rispecchiabile in una pratica clinica dove i pazienti, specie della fascia giovanile, si presentano sempre più frequentemente con quadri sintomatologici che, all'osservazione, corrispondono a più disturbi di

personalità “in sovrapposizione”. Rispetto a quelli attualmente classificati nel DSM 5 (derivanti dall’approccio DSM IV-TR non modificato), si è spinti ad esplorare una “nuova” concettualizzazione in grado di valorizzare congiuntamente - nella chiave di lettura categoriale e nella prospettiva dimensionale - quella nozione di intervento precoce (ad es., nel Disturbo tratto specifico) che meglio si addice a disturbi caratterizzati contemporaneamente da compromissioni grossolane del funzionamento della personalità guidate contemporaneamente, ad esempio, dall’impiego di sostanze psicoattive e da tratti di personalità patologici. Questo approccio include, per l’appunto, una diagnosi di disturbo di personalità tratto-specifico (DP-TS) che può essere formulata quando un disturbo di personalità è considerato presente, ma non vengono affatto soddisfatti i criteri per un disturbo specifico (DSM 5 p. 883).

Tale rimodulazione dell’approccio diagnostico - e lo sforzo interpretativo che ne è correlato - è tanto più auspicabile in quanto ben si adatta, plasticamente, alla fascia d’età compresa fra i 14 e i 24 anni, considerata critica relativamente al fisiologico processo di definizione del sé e, parallelamente, in rapporto al tema degli esordi, in particolare quelli psicotici e gli stati mentali a rischio. È proprio in questo periodo, infatti, che i giovani portano a compimento un “percorso” maturativo ed evolutivo, manifestando contemporaneamente sia bisogni di cura che di supporto da parte degli adulti di riferimento e di emancipazione e differenziazione grazie all’identificazione e alla ricerca di appartenenza con il gruppo dei pari.

In questa “finestra” evolutiva emerge come le popolazioni giovanili arrivino a presentare, con sempre maggiore frequenza, quei segni e quei sintomi che pongono alcuni dei loro rappresentanti, almeno potenzialmente, nell’area degli “stati mentali a rischio”: l’osservazione sul campo nei nostri Servizi ci spinge a fermarsi su eterogenee variazioni nell’area affettiva, cognitiva e comportamentale che - oltre ad essere eventualmente prodromiche alla “sindrome psicotica attenuata” - possono transitare nei disturbi dello

spettro ansioso e depressivo, nei già citati disturbi della personalità (in particolare borderline e antisociale), nei disturbi del comportamento alimentare o nei disturbi da *addiction* (in senso lato), tutti epifenomenicamente rappresentativi di un incremento importante di condotte a rischio (Biffi, de Isabella, 2012).

Diversi studi epidemiologici hanno confermato, negli anni, l’esigenza di tenere conto della specificità dell’insorgenza precoce di problematiche legate alla salute mentale con fasi prodromiche dai sintomi aspecifici e dai deficit rilevabili sul piano cognitivo, neuropsicologico e psicosociale (Schultze-Lutter et al, 2010; 2015) che - proprio per la difficoltà di un preciso inquadramento nosografico - determinano ritardi nel riconoscimento del disturbo e nell’attivazione dei percorsi di cura che possono variare dai 5 ai 10 anni.

Da cosa può nascere, allora, questa estesa fragilità? Nell’epoca iper-moderna (Scognamiglio, Russo, 2018) il processo di “crisi” sotteso alla costruzione identitaria individuale sembra essere divenuto permanente: il continuo moltiplicarsi dei “mondi possibili” e delle scelte che ne derivano, mette maggiormente in scacco le capacità di scelta dell’adolescente e del giovane adulto, acuendo le ferite narcisistiche che ogni rinuncia comporta e facendole percepire come intollerabili e minacciose per l’integrità del sé. L’impossibilità a restringere il campo del possibile caratterizza così un’“adolescenza del pensiero” (Faliva, Cozzani 2011) che diventa intrinseca anche alla prima età adulta, rendendola particolarmente fragile, specie nei primi anni. In questo scenario, l’adolescenza non può più essere intesa - in accordo con le teorie classiche dell’età evolutiva - come periodo di ricerca e di costruzione del proprio sé tramite l’assoluzione di compiti di sviluppo culturalmente determinati e di attivazione di una separazione necessaria per raggiungere l’individuazione (Scognamiglio, Russo, 2018).

Peraltro, la grave crisi della funzione normativa - priva di limiti, regole, autorità e oggetti esterni di conflitto (come quello tra libertà e legge) - depaupera i ragazzi

dell'oggi di quelle *milestones* culturalmente condivise che possono fungere da orientamento e contenimento come i grandi contenitori simbolici (Famiglia, Scuola, Stato e Chiesa) che sono andati progressivamente perdendo quella funzione che – ancora per le generazioni digitalmente adottate (nati prima del 1985) – avevano avuto un ruolo fondamentale nella formazione della fase adulta della vita (Scognamiglio, Russo, 2018). Anche la scomparsa di punti di riferimento quali i “riti di iniziazione” o i “riti di passaggio” (tappe di chiusura di periodi scolastici come diploma o l'uscita di casa) rendono i confini del percorso adolescenziale permanentemente mobili e i suoi tratti “liquidi” (Baumann, 2010), con abbassamento della “soglia d'accesso” agli 11-12 anni e innalzamento del “punto di uscita” dai 20 ai 30 anni. Se l'identità è plasmata, infatti, entro un sistema culturale che permette ai suoi membri di attribuire senso al mondo (Bruner, 2002), il rischio per gli adolescenti e i giovani adulti di oggi è quello di oscillare fra un' “identità diffusa” (caratterizzata dalla pervasiva confusione e frammentazione di ruoli in fase di sperimentazione) e un' “identità negativa” (totalmente identificata in valori e modelli comportamentali valutati come devianti dalla cultura di riferimento): il tutto in una società che non chiede più nulla all'adolescente, né nulla da lui pretende, se non che “faccia esperienza”, condannandolo così, in qualche modo, ad una libertà senza confini (Marchetti, Bracaglia, Cavalli, 2013). Tale libertà, però, lo mette in scacco verso un corpo, sempre più stimolato, e in una terra di nessuno che la sociologia cerca di cogliere nel fenomeno dei Neet (*not engaged in education, employment or training*) e la psichiatria – nei suoi aspetti più esplicitamente psicopatologici – forse negli “stati mentali a rischio”.

#### **ALCUNE EVIDENZE PSICOSOCIALI: IPER-MODERNITÀ E ADOLESCENTI DIGITALMENTE MODIFICATI**

Prima di affrontare il tema dei “*Basket Cases*” dal punto di vista clinico, può essere utile approfondire una breve

analisi di tipo socio-culturale, al fine di delineare lo scenario entro cui si muovono questi “ragazzi-imprendibili”. Scognamiglio e Russo (2018) coniano appunto il termine di “Adolescenti Digitalmente Modificati (ADM)” ponendo l'accento non solo sulle trasformazioni socio-culturali dell'iper-modernità ma, soprattutto, sui cambiamenti a livello del corpo che essa sta producendo nelle nuove generazioni. Ad una prima valutazione, emergono alcuni interessanti tratti salienti che accomunano gli ADM:

- la confusione somato-psichica;
- *l'iper o hypo arousal*, il *multitasking* e la disattivazione della memoria: gli ADM sono caratterizzati da corpi immersi in un'iper-stimolazione sensoriale che sembra renderli, però, poco abili nella mentalizzazione e nelle capacità rappresentative. Il qui ed ora degli ADM è compulsivo, orientato da una logica mentale *erase/reset* in cui la necessità di muoversi velocemente fra più scenari va a discapito dell'immagazzinamento di informazioni connotate emotivamente. Costoro sono inseriti in routine fitte di impegni spesso “pre-confezionate” dalle figure genitoriali senza chiedere una reale adesione all'adolescente, se non una disponibilità e una permeabilità *multitasking* a spostarsi da un'attività all'altra, quasi come nello scenario di un gioco on-line. Se la paura del futuro e una competitività spesso proiettata su un pensiero debole animano la condotta contro-fobica genitoriale, ai ragazzi – privi delle condizioni per sedimentare una vera memoria – non resta che la continua ricerca di iper-stimolazione (le chat sullo *smartphone*, la musica in cuffia, lo spasmodico bisogno di interrompersi a lezione...) per sfuggire alla sensazione panica che i pochi momenti di vuoto generano in loro. L'impossibilità di reggere la frustrazione e l'attesa sono, in tal senso, altri indici di questo rapporto annichilente con il vuoto;
- la devianza, che si manifesta con modalità eterogenee e, perlopiù, attivata dal “branco”;
- il prevalere dell'assenza di desiderio, imbarazzo o empatia: nelle relazioni iper-moderne il consumo

sostituisce il desiderio e l'incontro è improntato al non svelamento di fronte all'altro, per un'intrinseca fragilità narcisistica (Scognamiglio, Russo, 2018). Nei meccanismi da *adrenaline addiction* dello *speed-dating* e del sesso on-line, l'imbarazzo di mostrarsi cessa di esistere laddove non esiste l'intimità. Il superamento dell'imbarazzo non è indice di maggiore *self-confidence*, ma deriva da un'incapacità di riconoscere all'Altro la sua separatezza rispetto al sé. L'altro reale diventa protesi del proprio corpo, nella ricerca di piacere e, subito dopo, vuoto a rendere in un contesto in cui il corpo - anche il proprio - è insieme "iperattivato e reificato" (Lugoboni, Zamboni, 2018). Dove non c'è più spazio per sentire l'imbarazzo, il senso di colpa, il dubbio o l'incertezza non possono trovarsi "immedesimazione, compenetrazione e assimilazione" (Scognamiglio, Russo, 2018). In alcuni casi - che possono addirittura scivolare nella clinica - le relazioni amicali o quelle affettive sono mantenute, con enorme fatica, per conservare un sembiante sociale solo a beneficio dei familiari e a tutela del proprio isolamento;

- l'egotismo somatico e l'isolamento relazionale: la "cameretta" diventa luogo di fuga e di decompressione in cui abbassare l'*arousal* e dove un solo click permette di evadere. I dispositivi digitali diventano portali d'accesso a universi paralleli (chat e gruppi di interesse), improntati all'orizzontalità relazionale, all'omogeneità di interessi e al recupero di spazi individuali di piacere. Il contatto in chat risulta più appagante di quello reale, non esponendo al rischio del rifiuto, alla necessità della narrazione di sé e dell'ascolto dell'altro, essendo improntato a forme di comunicazione iper-specialistica (ad es., gruppi di interesse) o allo *speed-dating*;
- il vuoto e il panico: il fallimento della funzione normativa, lo svuotarsi dei contenitori valoriali e la "morte da noia" lasciano i ragazzi in balia del vuoto, depotenziati in termini di capacità connettive e creative e iper-stimolati corporeamente, a cercare in solitudine oggetti per "scaricare" la tensione generata dal rischio

di uno stato di immobilità psichica nel quale mancano le rappresentazioni (Scognamiglio, Russo, 2018). In questa generazione ad alto tasso di analfabetismo emotivo l'angoscia non di rado si esprime in sintomi corporei (gastriti, cefalee, attivazioni ortosimpatiche che arrivano all'attacco di panico...) che non riescono però ad essere resi significanti, data la difficoltà a mentalizzare, a recuperare un punto di osservazione interno sulla propria condotta e una visione metacognitiva sul processo nel suo insieme. Il panico e le varie forme di fobia sociale sempre più diffuse possono allora essere lette come estremi tentativi di una soggettività estromessa che cerca di riprendere il comando del corpo. L'incremento osservato per quanto riguarda il profilo Alessitimico predispone a reinterrogarsi su questo costrutto, trovando innovative valenze esplicative alla luce delle problematiche psicopatologiche cui si correla e che lo vedono legato a fenomeni di disregolazione emotiva, più che ad una mancanza di emozioni. L'alessitimia si rafforza dunque come una dimensione trans-nosografica, non solo presente come un tempo nelle patologie psicosomatiche, ma attiva proprio in quei disturbi clinici a prevalenza delle condotte agite su quelle mentalizzate - ad esempio dipendenze, DCA e disturbi da discontrollo degli impulsi in genere - o dove si delinea una difficoltà ad utilizzare l'affetto come sistema informativo e motivazionale e nel rapporto con gli altri - ad esempio disturbi d'ansia, depressivi e post-traumatici da stress - rimandando alle più attuali elaborazioni di altri costrutti, come l'intelligenza emotiva di Salovey, il codice multiplo di Wilma Bucci e la teoria sul trauma di Krystal. (Caslini, Clerici, Zappa, 2013);

- la diffusione di "rapporti orizzontali" e crisi dei "rapporti verticali" dove l'interazione precoce con la tecnologia porta nei bambini e nei ragazzi ad un cambiamento della struttura stessa del flusso soggettivo dell'esperienza e del senso di efficacia (Scognamiglio, Russo, 2018) attraverso "l'info-sfera" come dimensione



dei segni intenzionali che circondano l'organismo sensibile (Berardi, 2011).

Già a partire dalla fine degli anni novanta, si è avviato un processo di interazione corpo-tecnologia che - specie nei nativi digitali - ha portato, in piena fase evolutiva (e quindi nel massimo della neuroplasticità), ad un'integrazione ed interdipendenza tale nei gesti di uso quotidiano da:

- rendere questi mezzi quasi una sorta di "protesi digitali" (realtà aumentata),
- creare una nuova prossemica, digitalmente orientata,
- modificare processi di pensiero e stili cognitivi (con valorizzazione del codice digitale).

A seguito della "democratizzazione" dell'utilizzo del pc e dello *smartphone* negli anni 2000, la tecnologia ha rinforzato queste modalità attraverso la divulgazione di contenuti attraverso le pagine web, organizzate secondo una logica digitale e visiva. Si è passati così dal "leggere" allo "scorrere" perdendo il senso della lettura narrativa, dei nessi sintattici che collegano e del piacere della lentezza del dettaglio descrittivo, a favore di una fruizione immediata e complessiva che accumula in modo onnivoro e salta da un punto all'altro per giustapposizione, ma si rivela scarsamente efficace nei processi di pensiero selettivi. Questa modalità è quella naturalmente acquisita dai nativi digitali (Prensky, 2012), cioè dalle generazioni nate dopo il 1985 e succedutesi con velocità impressa dai ritmi dell'innovazione tecnologica (nativi digitali 1985-93; google generation dal 1998; I-generation 1995-2010).

I ragazzi appartenenti - per nascita - a queste fasi storiche si sono trovati immersi, da sempre, nel nuovo contesto iper-moderno che allena e rinforza codici digitali e processi di comunicazione direttamente rivolti al corpo e alla sfera sensoriale, senza filtri cognitivi o relazionali. La conseguenza, dal punto di vista evolutivo nelle nuove generazioni, appare come un rafforzamento delle abilità intuitive e una maggiore difficoltà nelle attività che richiedono procedure sequenziali (ad esempio, nell'infanzia quelle relative alla coordinazione ed integrazione

percettivo motoria: allacciarsi le scarpe, andare in bici, scrivere un dettato...) e nelle attività cognitivamente complesse (scrivere o riassumere un testo). Anche la scrittura manuale perde fluidità, sostituita dalla digitalizzazione. Il fenomeno si riflette nell'osservazione di un rilevante cambio degli stili cognitivi in età evolutiva, con una importante crescita di diagnosi di ADHD, disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi dello spettro autistico. Secondo un sondaggio di AVG - azienda specializzata in software di protezione, effettuato nel 2010 su un campione di 2200 mamme di bambini tra i 2 e i 5 anni residenti in diversi Paesi (fra cui l'Italia) - il 58% di costoro è in grado di utilizzare il computer per giocare e il 25% è in grado di aprire un browser e navigare, mentre solo il 20% sa nuotare e il 9% sa allacciarsi le scarpe da solo. Una crescita nella rilevazione di casi di disturbi specifici dell'apprendimento certificati viene segnalata anche dal MIUR che passa dallo 0,7% nel 2010/11 al 2,1% della popolazione scolastica di ogni ordine e grado nel 2014/15. Esiste quindi allerta, rispetto alle generazioni prive di esperienza pre-digitale, relativamente a una somma di rischi di analfabetismo affettivo, distorsione del rapporto col proprio corpo, precarietà dell'autostima e sviluppo di quadri di dipendenza patologica (Lugoboni, Zamboni, 2018).

Un ulteriore elemento di forte cambiamento - rispetto alle generazioni non native digitali - è osservabile nella trasformazione delle modalità di gioco che stimolano un'aumentata reattività riflessa, subtalamica, a scapito della costruzione simbolica e valoriale. Il *video-gaming*, a cui la stragrande maggioranza degli ADM è massicciamente esposta sin dall'infanzia e di cui si rivela forte fruitrice in adolescenza, addestra infatti ad uno stile di gioco improntato all'azione diretta ed alla gratificazione immediata, all'arco-riflesso stimolo-risposta/azione-azione, in cui l'attivazione sensoriale trova un'immediata compensazione nell'agito, rinforzato da ricompense, bonus e passaggi di livello. Il corpo resta protagonista, ma ciò che viene valorizzato è la competenza logica e la rapidità

nel processare informazioni in input, trasformandole in output. Lo stimolo viene dall'esterno e il corpo non è il soggetto della costruzione narrativa (come accadeva nel gioco analogico/simbolico), non introduce elementi autobiografici e non si sperimenta nella relazione con l'altro, costruendo gerarchie funzionali allo sviluppo dell'azione (ad es., giocare a guardia e ladri, alla famiglia, ai pirati, etc...). Le trame-cornici del videogame addestrano i ragazzi ad una modalità relazionale orizzontale, alla costruzione di universi paralleli egotisticamente connotati (*minecraft*), all'identificazione con "specie a sé stanti" che poco hanno a che fare con l'umanità: la "crescita" è sostituita dall'"evoluzione" (quasi una mutazione genetica intrinseca) e la competenza emotiva e affettiva dalla percezione sensoriale immediata (l'uomo diventa pelle: *skin* di *fortnite*). Anche la fascinazione del gioco non è più connessa alla costruzione e sperimentazione di scenari sociali, ma al continuo e rapido cambiamento. I giochi devono essere in grado di fornire, almeno parzialmente, l'effetto "sorpresa multipla" (*packaging* con molti *wrap* da scartare e piccoli oggetti distribuiti ciascuno in un *wrap*) e le identità "polimorfe" tipiche del *gaming* (trasformazioni attraverso accessori, ma anche vere e proprie "mutazioni/cambi di pelle").

Un altro interessante elemento che può contribuire a ricostruire, almeno parzialmente, la complessità degli ADM è dato dalla iper-stimolazione del canale visivo. Attraverso l'ininterrotta disponibilità di immagini sempre più *catching* (HD, 3D), i più vari *devices* (senza escludere la televisione) hanno addestrato i ragazzi ad una continua ed intensa eccitazione che si configura in divertimento, sganciato dall'ideazione fantastica e dalla condivisione emotiva con l'altro e che rende la condizione di consumo individuale quasi preferibile, aprendo al rischio dell'isolamento, della compulsione e del corto-circuito dell'attenzione (che gesti quali lo *zapping* in qualche modo simboleggiano), a scapito di abilità ideative e creative. Questa tendenza ha uno degli esiti più visibili nella costituzione di un "immaginario

amoroso digitale" tra adolescenti che fanno massiccio ricorso ai canali web, non solo per ricercare informazioni, ma anche per consumare incontri sessuali virtuali o cercare partner occasionali. Di fatto l'educazione sessuale più ambita dagli adolescenti, anche femmine, passa dal modello hardcore del web, disponibile spesso senza filtri a chiunque e a qualunque età. Se ne possono vedere le ripercussioni sul piano delle aspettative dell'incontro con l'Altro, non più giocato in termini di un'affettività condivisa, bensì su una performance sessuale da esibire (Scognamiglio, Russo, 2018), da cui un sempre maggior rischio di ricerca di sostanze legali e illegali in grado di favorire il potenziamento delle performances sessuali fra giovani adulti.

Alla luce di queste complesse mutazioni in atto, gli ADM - o *Google Generation* - appaiono quindi non solo "mutanti", ma anche portatori di veri e propri disagi che derivano dai profondi cambiamenti tecnologico-culturali descritti; per poter sperare di incontrarli e sostenerli educativamente o terapeuticamente senza pregiudizio è dunque assolutamente necessario assumere nuove categorie di osservazione e mettere in crisi sistemi di credenza acquisiti, portandoci ai "confini" della realtà delle generazioni digitalmente adottate (i nati prima del 1985).

## ALCUNE CRITICITÀ DIAGNOSTICHE E CLINICHE

Proprio alla luce dei rapidi cambiamenti socio-culturali in atto, i "ritardi" o le "incertezze" nell'inquadramento in specifiche categorie diagnostiche del malessere psichico che si manifesta nella fascia dei giovani adulti (16-24) possono essere lette - più o meno esplicitamente - ora come uno sforzo volto ad evitare forme di "etichettamento" precoce, ora invece come un fattore di "cronicizzazione" vs la malattia di "tratti" spesso ancora recuperabili attraverso programmi terapeutico-risocializzanti ad hoc.

In senso diagnostico, una prospettiva di valutazione inclusiva a partire da un approccio dimensionale - specie per i disturbi di personalità, ma anche per gli esordi psi-

cotici - può valorizzare il continuum fra normalità e stati patologici e risultare, pertanto, decisamente auspicabile per popolazioni pre-cliniche: ciò al fine di aderire, proprio dal punto di vista della restituzione diagnostica, a quella estrema “mobilità” - intrinseca del mondo giovanile - che ci viene costantemente offerta dalle indagini sociologiche e demografiche, prima ancora che dai dati clinici.

Il termine di “*Basket Cases*” che abbiamo scelto per queste riflessioni si adatta dunque bene - a nostro parere - a quella popolazione giovanile “a rischio di sviluppo” di manifestazioni pre-cliniche che vediamo soprattutto in Pronto Soccorso, ma che risulta difficile avviare ad una presa in carico stabile nelle strutture del territorio attualmente a disposizione nel Sistema di Intervento: esordi psicotici, certo, ma comunque anche altre forme di disagio psichico omologabili nella fase precedente all’insorgenza sindromica vera e propria. L’individuazione precisa - e condivisibile tra operatori anche di diverso orientamento - di tale quadro di segni, sintomi, tratti e vissuti che costituiscono questa condizione giovanile di “allerta fluida” è funzionale a favorire una presa in carico stabile ed un’inclusione produttiva in programmi specifici finalizzati, primariamente, ai seguenti obiettivi:

- prevenzione degli esordi psicotici (soprattutto se sostenuti dall’impiego abituale di sostanze);
- interventi precoci atti ad evitare la progressione in disturbo conclamato di tratti/elementi marcatamente disfunzionali, ma non assimilabili a quadri clinici o caratterizzati da cluster sintomatologici non sufficienti per la diagnosi strutturata;
- antagonismo ai “percorsi” di cronicizzazione,
- possibilità di preservare e implementare le competenze emotive, le abilità cognitive e quelle sociali.

Per descrivere i “*Basket Cases*” si deve dunque fare riferimento a categorie nosografiche, ancora in fase di definizione nel DSM 5 e in corso di approfondimento nelle ricerche EBM della comunità scientifica, come evoluzione dei grandi “classici” della cultura psichiatrica contemporanea, sempre in fase di rivisitazione (o

per meglio dire su cui il dibattito clinico non si è mai interrotto), ma secondo nuovi modelli interpretativi anche della diagnostica RDoc e similari. È evidente che precursori quali gli “stati mentali a rischio” (ARMS) e “a ultra rischio” (UHR), la “sindrome psicotica attenuata”, i comportamenti a rischio su base autolesiva non suicidaria, i disturbi da *addiction*, lo spettro autistico sotto-soglia e i disturbi di personalità del Cluster impulsivo, siano al centro dell’attenzione di chi osserva il mondo giovanile.

Per quanto riguarda i primi - gli “stati mentali a rischio” (ARMS) e “a ultra rischio” (UHR) e la “sindrome psicotica attenuata” - non si può dimenticare come, a partire dagli anni novanta (McGorry, Singh, 1995; Yung et al, 1996), anche in Italia sia aumentata l’attenzione dell’ambiente scientifico e clinico alle fasi pre-morbose: ciò al fine di sviluppare nuovi modelli di prevenzione, riconoscimento e presa in carico degli stessi (*Early Intervention*; Cocchi, Meneghelli, 2012, Cozzi 2017).

Nello stato ARMS la condizione osservata è caratterizzata da:

- ritiro sociale
- insorgenza di episodi depressivi, quadri dissociativi, attacchi di panico, disturbi d’ansia, sintomi ossessivo-compulsivi,
- accentuazione di tratti disfunzionali di personalità (fino al disturbo), in particolare borderline e antisociali,
- uso di alcool e sostanze,
- comportamenti a rischio e autolesivi,
- emarginazione/devianza sociale e quadri familiari complessi (caratterizzati da marginalità, povertà, abusi, traumi o neglect in infanzia).

Nello stato UHR, caratterizzato da sintomi psicotici attenuati e sintomi psicotici brevi e transitori (APA, DSM 5, 2013) è osservabile una condizione-limite, caratterizzata appunto da sintomi psicotici in forma attenuata che possono sfociare in disturbi psichiatrici eterogenei tra cui anche, ma non necessariamente, i disturbi dello spettro psicotico.

La Sindrome Psicotica Attenuata si distingue dalle altre sindromi psicotiche per la presenza di sintomi con intensità sotto-soglia e di maggior transitorietà e per una maggiore preservazione di *insight* ed esame di realtà. Tuttavia è una condizione di forte disagio e che impatta negativamente sul funzionamento dell'individuo, dato che spesso - in concomitanza - possono essere presenti altri sintomi o condizioni cliniche, quali stati o disturbi ansiosi e depressivi, ritiro sociale, alterazioni emotive, comportamentali e cognitive (APA, 2013).

La prevalenza di adolescenti/giovani che rientrano in questi quadri clinici è difficile da stabilire in quanto solo un'esigua percentuale si rivolge a centri specialistici e viene diagnosticata (Tsuang et al, 2013), ma è ipotizzabile intorno al 5% (Linscott, Van Os, 2012). La progressione in disturbo psicotico o in altri disturbi (in particolare dell'umore, d'ansia e di personalità) non è necessaria, ma probabilmente molto più frequente rispetto al resto della popolazione giovanile. La validazione definitiva della condizione di sindrome psicotica attenuata, come categoria diagnostica, sarebbe importante proprio per una presa in carico stabile di quei pazienti che, pur non soddisfacendo - nell'ambito dei disturbi psicotici - i criteri per una diagnosi "pura", mostrano disagio clinicamente significativo e, nell'attualità, troppo spesso restano in una condizione di rischio senza ricevere le cure necessarie perché il quadro psicopatologico rimane, fortunatamente, ancora *soft*. Data l'eterogeneità e la frequente discontinuità di segni e sintomi che caratterizzano il loro stato, costoro tendono a rivolgersi ai Servizi di Salute Mentale con una certa frequenza, ma soprattutto per altre condizioni cliniche associate, quali ansia, depressione o uso di sostanze.

In assenza di una categoria diagnostica legittimata e di programmi specifici ad essa dedicati, la presa in carico può quindi essere parziale, discontinua e, talvolta, ambivalente in relazione alla posizione ideologica sul tema tipica dei singoli operatori. Ciò induce, non di rado, interruzioni precoci: quelle che, appunto, si configurano in qualche modo come "*Basket Cases*", con il rischio di

sottovalutare e peggiorare soprattutto i primi cluster sintomatologici negativi, come ritiro sociale, difficoltà scolastiche o lavorative, deterioramento dei rapporti e relazioni interpersonali (Bechdolf et al, 2005). A sostegno dell'importanza di una presa in carico precoce in caso di UHR, troviamo - tra le altre ricerche - una meta-analisi (27 studi per un totale di 2500 pazienti) che ha mostrato un rischio di sviluppo di psicosi molto elevato, che aumenta nel corso degli anni (la transizione è stimata intorno al 18% dopo i primi 6 mesi, al 22% dopo il primo anno e al 29% dopo due anni; dopo il terzo anno la transizione alla psicosi è del 36%; Fusar-Poli et al., 2012).

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio su base autolesiva non suicidaria - in linea con le nuove proposte del DSM 5 fra cui, appunto, anche la condizione clinica di autolesività non suicidaria (APA, 2013) - il questionario self-report RTSHIA (*Risk-Taking and Self-harm Inventory for Adolescent*) di Fonagy e Vroua (Marchetti; Bracaglia, Cavalli, 2013) contribuisce ad un'utile rivisitazione di tali manifestazioni alla luce della teoria della mentalizzazione. Si può evidenziare, in maniera più strutturata, come la sofferenza emotiva e il disagio psichico ad essa correlati sia riconducibile, nella popolazione giovanile, ad una scarsa capacità degli adolescenti contemporanei di gestire le emozioni, riflettendo sugli stati interni; da questa scarsa o assente capacità di mentalizzazione e autoregolazione, unita a fattori ambientali e temperamentali predisponenti, deriverebbero le forme devianti di comportamento a rischio e di comportamento autolesivo.

#### A) *Comportamenti a rischio*

Il comportamento a rischio in adolescenza e nella prima età adulta spesso non ha in sé una valenza disadattiva, ma evolutiva: quella, cioè, di essere una forma di autoregolazione, di sfida e di apprendimento del limite personale in grado di guidare il giovane verso una progressiva maturazione all'interno di un'assimilazione creativa dei valori della cultura

di appartenenza. Rischiare è, per l'adolescente e il giovane adulto, la possibilità di segnare il confine - fra sé e la famiglia d'origine, fra sé e il gruppo dei pari - fronteggiando l'ansia connessa alla dialettica fra impotenza e onnipotenza, insita nel processo di individuazione e crescita. È un comportamento fisiologico, con picco massimo di espressione oggi anticipato ancor prima della fascia 16-24 anni e che trova riscontro (anche dal punto di vista delle neuroscienze) nei mutamenti ormonali e del SNC che presiedono la maturazione cognitiva e la regolazione affettiva, emotiva, motivazionale, esecutiva e del ragionamento sociale guidata dai livelli di dopamina nelle regioni prefrontali associate all'aumento della salienza per la ricompensa e del *sensation seeking*. Ciò significherebbe che gli stimoli gratificanti vengono sperimentati come maggiormente gratificanti e assumono un incremento d'importanza in relazione ai rinforzi emotivi e sociali del gruppo di pari. Tutto ciò considerando il temporaneo disallineamento tra affetti, cognizioni e capacità di autoregolazione, dovuto alle parallele mutazioni a carico delle strutture cerebrali deputate alle funzioni esecutive, in particolare in quella fase della vita, ma anche agli effetti diretti delle sostanze eventualmente impiegate. Ciò che discrimina, allora, l'assunzione del rischio, come processo evolutivo, dal *risk taking*, inteso come comportamento deviante, è la sua potenziale correlazione con fattori predisponenti di carattere ambientale, siano essi psicologici, sociali e culturali.

Dal punto di vista psicologico, possiamo considerare fattori predisponenti ad assunzioni di rischio disadattive le seguenti:

- personalità caratterizzate da scarsa coscienza, scarsa energia, nevroticismo;
- autoestima bassa o smisuratamente alta;
- percezione di scarsa auto-efficacia, specie in contesti scolastici o sociali;
- scarsa empatia;

- tratti temperamentali quali difficoltà nella regolazione del controllo, nella pianificazione e nell'individuazione degli errori, impulsività, oltre a veri e propri disturbi di personalità.

Secondo una lettura socio-culturale, invece, l'allettarsi dei vincoli normativi e il rafforzarsi di una cultura narcisisticamente ripiegata su di sé hanno, come conseguenza, il cambiamento di direzione dell'energia del gesto trasgressivo, da sfida all'altro a sfida autodistruttiva al sé. Cambia così, simbolicamente e culturalmente, il senso del "rischio": i comportamenti di rottura giovanili non sono più "problematici", cioè minaccia verso l'esterno e sovvertimento dell'ordine pre-costituito, ma diventano "a rischio", cioè atti in cui il "bersaglio" dell'azione trasgressiva diventa l'attore stesso e il potenziale creativo implode in condotte autodistruttive quali uso di alcool e/o sostanze psicotrope, farmaci, comportamenti sessuali promiscui, guida pericolosa, atti impulsivi o violenti, gioco d'azzardo, etc... Si definisce così, allora, il fenomeno del *risk taking* in senso non più evolutivo, ma clinico: quando presente consistentemente, esso correla con disturbi di personalità di cluster B (borderline, antisociale, narcisistico...), del neurosviluppo (disturbo oppositivo provocatorio, disturbo da deficit di attenzione e iperattività), disturbi dell'umore e d'ansia, disturbi post-traumatici, del comportamento alimentare e anche con gli esordi psicotici.

Anche il contesto familiare e la rete amicale possono influire come fattori di rischio o di protezione rispetto ad agiti di *risk taking*: in particolare - proprio in relazione alla famiglia - un attaccamento di tipo insicuro-preoccupato rende più complessa, per l'adolescente, la gestione dell'autonomia che costui sta acquisendo, specie in un contesto familiare intrusivo o manipolativo. Stili educativi permissivi sembrano altresì correlati con la manifestazione di *risk taking* laddove l'assenza di contenimento e di limiti inducono all'agito impulsivo nella ricerca di un'auto-limitazione. Fami-

glie altamente conflittuali, invischiate o, all'opposto, assenti risultano quindi allo stesso modo predisponenti all'*acting out* nei figli adolescenti.

In tal senso il gruppo dei pari – o un gruppo dei pari eterodiretto/facilitato in chiave preventiva e/o curativa da un Servizio - può svolgere la funzione di fattore protettivo, rispetto a contesti familiari problematici, soprattutto quando le relazioni siano connotate affettivamente, direzionate verso scopi sociali (ad es., volontariato, sport, etc...) o caratterizzate da modalità di mutuo-aiuto (ad es., in ambiti quali quello scolastico e della socializzazione compensatoria). Al contrario, gruppi di pari in cui le relazioni siano caratterizzate da aggressività, condotte trasgressive e scarsa vicinanza possono agire come rinforzo rispetto alla messa in atto di comportamenti a rischio, così come rapporti sessuali precoci e promiscui in cui spesso la scelta è inconsapevolmente indirizzata verso partner che condividono problematiche simili. Anche l'isolamento sociale, amplificato dall'inserimento in un contesto familiare vissuto dal giovane come problematico rientra nei fattori di rischio per atti impulsivi e/o di discontrollo.

### B) *Autolesività non suicidaria*

L'autolesività non suicidaria è un fenomeno in continuo aumento nella popolazione giovanile e, quindi, di crescente interesse clinico come categoria a sé, non di rado correlabile a differenti quadri di manifestazioni di disagio o di vero e proprio disturbo. Ricerche condotte su campioni di studenti rilevano da tempo prevalenze in aumento (Hawton, James, 2005; Gratz, 2007, Marchetti, Bracaglia, Cavalli, 2013).

L'autolesività non suicidaria è così diventata proposta per approfondimento nel DSM 5 (APA, 2013) e viene descritta come comportamento autolesivo in cui la persona si infligge intenzionalmente danni alla superficie corporea, in grado di provocare sanguinamento, lividi o dolore, con l'aspettativa che tale ferita procuri sollievo da sensazioni o stati cognitivi negativi, induca

sensazioni positive o risolva difficoltà interpersonali e produca danni fisici solo lievi o moderati. Non vi è quindi intento suicidario. Le ferite, i tagli, le mutilazioni (con prevalenza nella popolazione adolescenziale femminile), le bruciature, le contusioni (con prevalenza nella popolazione adolescenziale maschile) vengono preferibilmente agite in parti del corpo non visibili e l'atto di ferirsi è legato ad un bisogno impellente di sollievo psichico e vissuto, successivamente, con insorgenza di sentimenti di vergogna e inadeguatezza che - impattando negativamente su un'autoestima già fortemente deficitaria - rafforzano il circolo vizioso dell'autolesionismo.

In un'area di attenzione limitrofa, seppur non ancora presente nei criteri diagnostici, si pongono forme "para-suicidarie" prive di intenzionalità suicidaria, come l'assunzione di farmaci non stupefacenti (come paracetamolo o analgesici) per overdose o comportamenti quali attività fisica estrema, che si associano ad alcune forme di *addiction* come quella da sostanze e/o altri comportamenti a rischio come i disturbi del comportamento alimentare soprattutto nella loro dimensione bulimica.

I comportamenti autolesivi, quindi, possono abbracciare/essere trasversali a vari quadri nosografici - oltre al disturbo di personalità borderline, al quale sono stati tradizionalmente associati - e possono manifestarsi anche in sua assenza in ragazzi che presentano, all'apparenza, comportamenti collaborativi e relazioni positive. Il gesto autolesivo, per chi lo compie, può infatti rispondere a vari bisogni, accorpabili in due ampie categorie funzionali,

- *crying of pain*. funzione di confronto interiore,
- *crying for help*. funzione di confronto sociale,

In generale, l'agire il *self-harm* riduce l'*arousal* e la percezione di emozioni negative e può interrompere stati dissociativi. Da un punto di vista psicopatologico, alla luce delle attuali evidenze neuroscientifiche, è possibile ipotizzare come un dolore "esterno" e che

coinvolge il corpo sarebbe per l'appunto meno doloroso a livello percettivo di un dolore "interno" di tipo emotivo/relazionale, da cui la scelta dell'adolescente di provocarsi ferite o lesioni per interrompere un dolore emotivo più intenso a livello di percezione. Infatti, è stato rilevato come le aree del cervello che codificano l'intensità del dolore non siano tendenzialmente in grado di differenziare tra stimoli dolorosi generati dal contesto esterno e quelli auto-prodotti; al contrario nell'autoproduzione di dolore la corteccia somatosensitiva primaria manifesta una minore attivazione (Helmchen et al, 2006). Le proiezioni a livello delle aree del lobo temporale rilevanti per la memoria tattile, ossia per quella che viene denominata "rappresentazione implicita corporea", potrebbero rendere i comportamenti autolesivi un modo discretamente efficace per "riaggiustare" i livelli di endorfine.

Anche alla luce degli aspetti citati, risulta allora fondamentale non trascurare mai la diagnosi differenziale rispetto a comportamenti con intenti suicidari, specie in relazione al potenziale trattamento di chi si trova a chiedere aiuto dopo essersi volontariamente fatto del male. Per esempio, i comportamenti autolesivi possono essere assimilati ai tentativi di suicidio in base all'impatto emotivo che hanno sull'operatore, alla loro gravità percepita o alle conseguenze non volute alle quali hanno condotto. Il trattamento, però, può rivelarsi controproducente in caso di comportamenti autolesivi con rischio di peggioramento quale la reiterazione o la conclamazione degli agiti autolesivi (Marchetti et al, 2013).

Tra i fattori predisponenti che possono facilitare l'insorgenza di comportamenti autolesionistici troviamo - come per altri comportamenti a rischio in adolescenza - i contesti familiari a rischio psicosociale, quelli violenti, quelli con alto tasso di separazione o conflitti, la presenza di disagio mentale in uno dei due genitori, le cure genitoriali insufficienti, il neglect o le esperienze traumatiche in infanzia. Per questo partico-

lare cluster sembrano molto rilevanti le esperienze di violenza/abuso in infanzia e i vissuti emotivi negativi in grado di indurre paura (Polk, Liss, 2007).

Nella presa in carico di adolescenti che praticano *self-harm* è primariamente importante intervenire sulla difficoltà di autoregolazione dell'*arousal* che i ragazzi presentano, connessa ad abilità di mentalizzazione scarsamente sviluppate o quasi assenti nel fronteggiare alti livelli di emotività ed esperienze interiori fonti di distress che nascono, come già citato, da un tipo di attaccamento insicuro, spesso di tipo preoccupato. Se il ruolo del gruppo dei pari all'interno di sottoculture giovanili che valorizzano il *self-harm* può costituire un elemento di rinforzo nella sua pratica, va colto anche l'intento comunicativo rispetto alla condizione di distress che il gesto autolesionistico e la sua condivisione può assumere, specie quando protetto dall'anonimato (da tenere in considerazione il forte isolamento sociale da cui spesso questi profili sono caratterizzati) e, soprattutto, in *community* omogenee on-line. Nei forum e nei siti dedicati al *self-harm* - peraltro frequentemente moderati da persone che ricorrono esse stesse a comportamenti autolesivi (e quindi prive di una preparazione specifica sul tema aiuto) - il fatto di poter condividere la propria condizione e sofferenza e i vissuti che portano al *self-harm* può rappresentare una risorsa, ovviamente non sufficiente, per un primo passo verso l'allontanamento dalla condizione di vergogna e di estremo isolamento che caratterizza questi adolescenti. In molti casi i frequentatori di siti dedicati al *self-harm* affermano che il supporto ricevuto dalla *community* li ha aiutati a ridurre la frequenza e l'intensità del comportamento autolesivo.

È importante differenziare il *self-harm* anche da altri comportamenti sanciti socialmente che esitano in lesioni corporee permanenti autoprodotte o auto-deliberate, come gesti rituali o culturali (quali tatuaggi, piercing...) e che tuttavia, di nuovo, sono indicatori di una cultura giovanile in cui il corpo è al centro,

un corpo estetizzato e insieme autoriferito nelle sue manifestazioni emotivamente non decodificabili e, quindi, non comunicabili.

Per quanto riguarda i disturbi da *addiction* (disturbo da gioco su internet, ma non solo...), questi sono citati in letteratura come i fattori correlati al crescente isolamento sociale ed al peggioramento delle performance scolastiche e delle abilità relazionali degli adolescenti e dei giovani adulti: un aumentato impiego di tempo passato a giocare on-line o nelle attività sociali on-line sviluppa, nei casi più gravi, segni e sintomi simili a quelli dei disturbi correlati all'uso di sostanze (tolleranza, astinenza, craving, infruttuosi tentativi di smettere o ridurre il comportamento, compromissione del funzionamento). L'attenzione clinica vero questo fenomeno si evidenzia appunto nella sezione terza del DSM 5 in cui viene introdotto - almeno preliminarmente - il concetto diagnostico, ancora in fase di approfondimento, di Disturbo da Gioco su Internet, per riferirsi a una modalità di eccessivo e prolungato gioco su internet che risulta in un insieme di sintomi cognitivi e comportamentali, tra cui la progressiva perdita di controllo sul gioco, la tolleranza e i sintomi di astinenza analoghi ai sintomi presenti nei disturbi correlati all'uso di sostanze. Come nel caso di questi disturbi, gli individui con disturbo da gioco su internet continuano - per lunghi periodi - a stare seduti davanti al computer e ad impegnarsi nel gioco, trascurando fortemente ogni altra attività individuale e sociale. Tipicamente, costoro dedicano a questa attività 8 o 10 ore e più al giorno e almeno 30 ore la settimana (APA, 2013). Il disturbo da gioco su internet (che si differenzia tendenzialmente dal *gambling* per l'assenza di perdita di denaro durante il gioco) o, comunque, l'utilizzo massiccio di pc e smartphone per partecipare a giochi on-line con altri giocatori, può portare a gravi ripercussioni sul rendimento scolastico, compromettere ampiamente la socializzazione, incidere negativamente sui ritmi sonno-veglia, indurre ritiro sociale ed evidenziare comorbidità con molteplici disturbi quali quelli depressivi, ossessivo-compulsivi o da deficit di

attenzione e iperattività. Anche giovani con fobia sociale possono essere particolarmente esposti allo sviluppo di tali forme di dipendenza.

Il legame fra utilizzo incontrollato di internet (quindi non solo riferito al *gaming* ma, in senso lato, inclusivo di *social network*, *dating* e *cyber-sex*) e stati di particolare disagio psicologico quali solitudine, ansia, depressione, discontrollo degli impulsi, uso di alcool/sostanze e isolamento sociale è stato ormai rilevato da molti Autori (Young, 1998; Lee et al, 2016; Lugoboni, Zamboni, 2018) e riconfermato dalla letteratura più recente che evidenzia una elevata comorbidità psicopatologica nei pazienti IAD.

In particolare, si possono citare alcune caratteristiche salienti e ancora attuali per la definizione di questi profili:

- tendenza ad utilizzare internet come mezzo per regolare stati emotivi e pensieri negativi;
- preferenza per una "vita di relazioni virtuali" rispetto a quelle reali, con svalutazione di quest'ultime;
- tendenza a mettere in atto su internet, attraverso figure simboliche di avatar, parti di sé non esplicitate nella realtà, fino a giungere a livelli di vera e propria creazione di false identità e fenomeni dissociativi ("trance dissociativa da videoterminale"; Caretti, La Barbera, 2009);
- tendenza alla distorsione temporale e alla negazione del tempo trascorso on-line, associata a vissuti di vergogna.

La dimensione on-line diventa "sostitutiva" di quella off-line, attraverso un processo in tre fasi (Young, Rogers, 1998) che si sviluppa dal forte "coinvolgimento", alla "sostituzione" on-line con ciò che è percepito come inarrivabile off-line e, infine, alla "fuga" da stress e frustrazioni attraverso la dimensione on-line percepita come unica realtà in grado di dare gratificazione. L'accessibilità, la sensazione di controllo sulle attività svolte e la forte eccitazione neurovegetativa, offerte dalla rete - ed in particolare dal *gaming* on-line - rendono internet un luogo dal fascino magico ed irresistibile in cui il gesto negato può trovare spazio e enfasi di iper-gesto.



Anche in relazione all'insorgenza delle più diverse forme di dipendenza da internet o, comunque, di un eccesso di tempo trascorso "in connessione", possono venire sottolineati come elementi tipici della vulnerabilità in fase adolescenziale: la bassa autostima, insicurezze nello sviluppo dell'identità, competenze sociali deboli, relazioni immature, affiliazione deviante e rifiuto dei pari, mancanza di interessi, mancanza di ideologie e valori, legami familiari poveri, mancanza di monitoraggio familiare, scarso impegno scolastico" (Lugoboni, Zamboni, 2018), tutti o in parte elementi riscontrabili in quelli che abbiamo definito "Basket Cases".

La rete - con le sue caratteristiche di anonimato e di "onnipotenza democratica" - diventa allora particolarmente rischiosa, in termini psicopatologici, per soggetti dove il processo si innesta su un senso di impotenza, inefficacia e inadeguatezza personale, come oggi frequentemente accade nelle popolazioni adolescenziali marginalizzate o dove le alterazioni neuropsicologiche interferiscono progressivamente - a livello di biologia del SNC - nei compiti di attenzione selettiva, apprendimento mnemonico, elaborazione degli stimoli somato-sensoriali, gratificazione differita e controllo dell'impulsività, con marcata accentuazione delle componenti impulsive nei processi decisionali, *decision making* e regolazione emotiva (Weinstein, 2017).

Nelle forme di *addiction* - in particolare la dipendenza da internet - il rischio è quello che il soggetto non riesca più ad orientarsi e ad integrare nell'unicum di un'identità consolidata, i molti sé decentrati che sperimenta nei vari mondi virtuali. A questo proposito, un'interessante ipotesi interpretativa sul *gaming* è quella di Formica e Giordano (citati in Lugoboni, Zamboni, 2018) secondo cui la compulsione legata al rimanere connessi sembra più correlabile alla "fissità dell'incanto" - che viene mantenuta rigidamente dall'intensità in-equivalente del piacere offerto dall'inter-realtà - che non dall'astinenza da "io *disconnected*". Il mondo del *gaming* offrirebbe cioè, attraverso l'attuazione di processi di proiezione, identi-

ficazione proiettiva e introiettiva, la materializzazione virtuale del proprio ideale dell'IO. "La considerazione di questo modello diventa indispensabile nelle dipendenze da internet in cui la fanno da padrone i giochi on-line come i MMORPG MUVE (*Massive Multiplayer Online Role-Playing Game - Multi-User Virtual Environment*), ovvero mondi virtuali in cui più utenti possono interagire e vivere simultaneamente come se ci si trovasse nel mondo reale (giochi di ruolo on-line multi-player). Tutte queste dimensioni di gioco rappresentano un forte fattore di rischio in termini di dipendenza/dissociazione a causa della presenza di avatar in cui il soggetto può identificarsi a tal punto da vivere una vita parallela on-line, creare una nuova storia, una nuova identità, rincorrendo la materializzazione, seppur virtuale, del proprio ideale dell'IO". Giocatori di *World of Warcraft* - che spendono in media 23 ore alla settimana nei panni del loro avatar - attivano le stesse zone cerebrali coinvolte quando pensano al proprio sé reale: "il cervello mostra, infatti, una maggiore attività nella corteccia mediale pre-frontale, zona adibita all'elaborazione di informazioni riguardanti il sé" (Lugoboni, Zamboni, 2018, p. 214-25).

Emerge quindi, con una certa evidenza, come questi "sé decentrati", ma reali, debbano anch'essi venire inclusi nel processo di cura. La "*avatar therapy*" - proposta da Kerley nel *Center for Positive Mental Health* sulla piattaforma *Second Life*, pur nell'estrema sperimentale e "provocatorietà" della proposta - segna un'importante *milestone* in termini di efficacia e di possibili confini di questo approccio "immersivo": ciò al fine di sviluppare, anche in ambito di presa in carico dello IAD, un lavoro congiunto di team multidisciplinari che, oltre alle competenze psicoeducative, siano anche dotati di abilità informatiche. La realtà "immersiva" in cui adolescenti e giovani adulti si trovano a vivere oggi richiede la maturazione di competenze digitali anche da parte degli operatori, al fine di raggiungerli laddove è, per costoro, più facile essere in qualche modo "agganciati" e dove si manifestano insieme le prime dinamiche relazionali disfunzionali: la

sfida potrebbe essere, dunque, la messa a disposizione di forme di *chat therapy*, cioè rendere *whatsapp*, *messenger* e quanto altro verrà creato nei prossimi anni da luogo di dispersione, esclusione, cyber-bullismo a strumento effettivo e fattivo di rieducazione e pratica comunicativa in grado di generare senso e ancoraggio alla realtà del corpo e del contatto.

Dallo spettro autistico sotto-soglia ai disturbi di personalità del cluster impulsivo (in particolare quello *borderline*) può derivare un'ulteriore interessante ipotesi di lavoro. Nei precedenti paragrafi sono stati descritti una serie di segni e sintomi che costituiscono il comun denominatore della storia della popolazione clinica fin qui definita come "*Basket Cases*": questi casi dovrebbero essere identificati prima della presa in carico presso i Servizi di Salute Mentale territoriali dove, non raramente, prevale in modo aspecifico una diagnosi di Disturbo di Personalità *Borderline* o - ancora più spesso - una diagnosi NAS o "senza altra specificazione" (dal DSM III al DSM IV-TR al DSM 5). In realtà, alla valutazione di chi se ne occupa nei Servizi, tali diagnosi sono quasi sempre convenzionalmente afferenti all'area *Borderline* e, raramente, evolvono verso la ricerca di elementi psicopatologici più precisi e definiti, proprio per la prevalenza delle manifestazioni sotto-soglia di cui costoro sono portatori. Per una piena comprensione dei "*Basket Cases*" e della loro vicinanza - a volte confluenza ma, tuttavia, non completa sovrapponibilità - al Disturbo *Borderline* di Personalità, risulta invece importante un approccio in grado di coniugare, o per lo meno, aprire alla coesistenza degli opposti che, in questo caso, associano un'interpretazione del fenomeno secondo un'ottica sociologica a quella di orientamento neurobiologico-clinico.

Si può cogliere e apprezzare, oggi, lo sforzo di una clinica di impianto "socio-culturale" in molti indirizzi interpretativi del costrutto di ADM (Adolescenti Digitalmente Modificati; Scognamiglio, Russo, 2018) precedentemente trattato. Proprio la nuova proposta di

revisione dei Disturbi di Personalità su base dimensionale (sezione terza del DSM 5) riconosce l'importanza dei fattori sociali nell'insorgenza e rispetto ad un affinamento della diagnosi e di una migliore conoscenza dell'espressività del disturbo di personalità. Le aree diagnostiche di "funzionamento della personalità" e di "tratto patologico della personalità", mostrano un'intrinseca attenzione a fattori esterni alla sola psicopatologia, in particolare al funzionamento sociale e relazionale dell'individuo. Il paziente di "spettro" *borderline* risulta così soggetto ad alterazioni del funzionamento verso se stesso (immagine di sé e direzione del sé) e verso gli altri (deficit nell'empatia e nell'intimità) che si caratterizza per un'affettività tendenzialmente negativa (tendenze depressive, labilità, ansia e ansia da separazione), disinibizione (impulsività e *risk taking*) e antagonismo (condotte ostili nelle relazioni interpersonali). La complessità sociale dell'epoca post-moderna viene quindi - almeno come orientamento di ricerca in senso diagnostico - meglio evidenziata nella multi-fattorialità che caratterizza la genesi del disturbo mentale (e del disagio psichico in generale), ponendo l'accento in maniera forte sulle componenti sociali che, per molto tempo, sono state sottodimensionate pur nel paradigma biopsicosociale imperante e a fronte dei continui progressi delle neuroscienze che hanno reso altrettanto importante mettere l'accento sulla vulnerabilità biologica come fattore predisponente.

Si rivelano quindi di particolare interesse gli studi di Dell'Osso e Dalle Luche (2016) sullo Spettro Autistico Sotto-soglia come substrato neuropatico impattante nella genesi di vari disturbi fra cui, appunto, il Disturbo di Personalità *Borderline* (DBP). Partendo dal DSM 5 e, appunto, dalla riproposizione del concetto di "spettro" per significare gruppi diagnostici che condividono un medesimo substrato neurobiologico, psicopatologico e sociale, questi ricercatori hanno posto l'attenzione su una serie di elementi sintomatologici - quali aspetti deficitari nella comunicazione sociale e nelle relazioni (criterio A) o fissità e ripetitività negli interessi (criterio B) - che si rivelano

non sufficienti per una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico. Tale insufficienza è marcata nei suoi aspetti di grave invalidazione ma, tuttavia, facilmente riscontrabile in molti giovani contemporanei che presentano “forme di ritiro domestico, chiusura interpersonale, *addiction* a internet o ai videogiochi” (Dell’Osso, Dalle Luche, 2016, p. 231). Costoro possono essere considerati come individui che non soffrono di autismo e che, tuttavia, ne condividono alcuni tratti che costituirebbero appunto - secondo gli Autori - quel “terreno di coltura” (in particolare relativamente a deficit marcati nell’insight e nella capacità di far fronte ed elaborare eventi traumatici) in cui fattori scatenanti fisici o psichici, come traumi ripetuti, episodi di bullismo, abuso sessuale, lutti, possono portare allo sviluppo di disturbi dell’umore, d’ansia, ossessivi o psicotici, in un quadro costante di disturbo di personalità borderline. Lo spettro autistico, così come definito (cioè in termini di spettro autistico sotto-soglia), “potrebbe rappresentare un substrato neuropatico su base neuro-evolutiva, secondo un modello di diatesi-stress o di diatesi-vulnerabilità-stress. Potrebbe dunque essere un fattore determinante nel mantenere nel tempo, di fronte ad un evento traumatico, non solo disregolazioni dell’emotività e delle funzioni vitali, come insonnia o mancanza di appetito, esperienze dissociative acute, incubi e tutti gli altri sintomi di PTSD, ma anche ruminazioni a lungo termine e condotte di evitamento, cioè una sintomatologia protratta assimilabile a PSTD, fino a condizioni croniche più pervasive come appunto i quadri borderline, complicati da abusi di sostanze e dipendenze comportamentali.” (Dell’Osso, Dalle Luche, 2016, p. 219). Il problema del DBP - in termini di esordio e decorso - è, infatti, quello di includere varie dimensioni psicopatologiche (ad es., tra le altre, lo spettro dei disturbi da stress) che spesso riverberano l’uno sull’altro in un labirinto di estrema complessità e sofferenza per chi si trova a viverlo. Fra queste dimensioni si possono citare:

- elementi fobico sociali,
- deficit di empatia, reciprocità e competenze sociali,
- elementi ruminativi/ossessivi e compulsivi,

- marcata impulsività e dipendenza.

L’ipotesi di “Spettro Autistico sotto-soglia”, a questo punto, permetterebbe la costruzione di un modello diagnostico suggestivo in cui il disturbo del neurosviluppo sotto-soglia (con i numerosi elementi di vulnerabilità impliciti a questa condizione innata ereditaria e spesso non valutati), connesso a fattori ambientali, predispongono - nell’incontro con fattori scatenanti quali eventi traumatici - all’insorgenza di un quadro polimorfo e complesso come quello borderline. Il trauma, in tale scenario, esiterebbe facilmente in complicazioni più gravi e croniche proprio perché innestato su una già presente vulnerabilità alla sua elaborazione, data appunto dal quadro riscontrabile nello SAS (“alterazione dei meccanismi di oblio, rimuginazioni, fenomeni dissociativi e di distacco dalla realtà, ritiro, isolamento”; Dell’Osso, Dalle Luche, 2016, p. 189).

Il modello diverrebbe quindi funzionale alla presa in carico e al trattamento di quegli adolescenti e giovani adulti che non rientrano completamente nella diagnosi di DBP in base ai criteri standardizzati messi a punto - tra gli altri - da Gunderson (Gunderson, Hoffman, 2010) e ripresi nei Manuali DSM III, DSM IV e DSM-5 (escludendo le proposte della sezione terza) a partire da elementi e tratti altamente disfunzionali della triade trauma, spettro borderline e spettro autistico:

- gli aspetti fobico-sociali e panico-claustro/agorafobici: timore di essere criticati, avversione alle situazioni di esposizione sociale, tratti contro-fobici, ipersensibilità alle separazioni, compromissione delle capacità comunicative ed empatiche;
- sintomi da disfunzionalità cognitiva: balbuzie o disturbi specifici dell’apprendimento o della memorizzazione, ruminatività, criticità nel *problem solving* e delle *social skills*;
- deficit nell’empatia (oscillazione fra iper-coinvolgimento affettivo e distacco e freddezza), ipersensibilità somatoestesica e sensoriale, scarse capacità di *social cognition* e reciprocità;
- aspetti ossessivo/compulsivi, perfezionistici, rigidità

- di pensiero, interessi ristretti, ortoressia o DCA;
- disturbi cronici nell'*arousal* (insonnia, impulsività, ansia cronica)
- instabilità emotiva, dell'umore e relazionale
- disturbi dell'identità e aspetti dissociativi
- atteggiamenti di evitamento e diffidenza rispetto a situazioni che richiamano il trauma
- resilienza paradossa ad abbandoni, abusi e traumi ripetuti nell'infanzia (abbandoni, lutti, *neglect*) e adolescenza (bullismo, rapporti sessuali precoci, abbandoni);
- discontrollo degli impulsi, crisi di rabbia, pattern relazionali intensi e instabili; intolleranza alle separazioni, promiscuità, comportamenti a rischio, autolesionistici e *risk-taking*;
- aspetti tossicofilici e isolamento/solitudine ipercompensati da dipendenze comportamentali.

In un insieme così sfaccettato di manifestazioni e sintomi, spesso non presenti contemporaneamente, un approccio terapeutico solo parziale può rischiare lo spostamento del sintomo stesso, cioè l'estinzione della manifestazione disfunzionale in un'area e la corrispondente riaccensione e/o rafforzamento in un'altra, essendo tutte/i intrinsecamente collegate/i da un unico stato di vulnerabilità. Uno strumento utile per l'affinamento della comprensione diagnostica e la messa a punto di un coerente impianto trattamentale rivolto a questa utenza potrebbe risultare l'*Adult Autism Subthreshold Spectrum - SelfRating* (AdAS Spectrum - SR, questionario sviluppato dall'Università di Pisa in collaborazione con le Università di Napoli, Siena, Pavia, Brescia, Catania e Firenze e la scuola superiore Sant'Anna di Pisa; Dell'Osso, Dalle Luche, 2016). Questo strumento è rivolto alla valutazione dell'intera gamma di segni, sintomi, manifestazioni comportamentali e tratti temperamentali inclusi in questo quadro, sia per quanto riguarda i setting clinici che la popolazione generale.

## CONCLUSIONI

In base a quanto delineato finora, ci sembra di aver cercato di mettere a fuoco - in senso clinico e, almeno parzialmente, sociologico - alcune caratteristiche della popolazione giovanile "post-adolescenziale" denominata come "*Basket Cases*" che oggi si può qualificare, tipologicamente, per la non facile identificabilità nel ruolo tradizionale di paziente e la conseguente difficoltà di giungere ad una presa in carico definita a livello di Strutture psichiatriche. Questa popolazione sta comunque crescendo nella pratica corrente dei Servizi pubblici e - soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai Pronti Soccorsi e nei centri territoriali della Psichiatria, della Neuropsichiatria Infantile e dei SerT - comincia a rappresentare un problema clinico di non secondaria importanza. Si è detto che i "*Basket Cases*" si caratterizzano per la sintomatologia polimorfa in grado di disorganizzare nosograficamente la processualità attesa dei disturbi mentali attraverso una mobilità di segni e sintomi spesso imprevedibile. Queste condizioni raramente riescono ad essere lette a pieno con gli attuali indicatori e criteri di inclusione diagnostica: dalla sezione terza del DSM 5 (relativa a condizioni che necessitano di ulteriore studio quali la Sindrome Psicotica Attenuata, gli Stati Mentali a Rischio, le dipendenze comportamentali e altro) abbiamo tratto alcuni suggerimenti in grado di meglio comprendere i contorni di quelle costellazioni sintomatologiche, estremamente diversificate, che lasciano ancora aperti più dubbi che certezze sulla loro collocazione diagnostica. Data la complessità emergente dai quadri definibili, forse provocatoriamente, come "*Basket Cases*" non si può non sottolineare, pertanto, la necessità di una presa in carico "a rete" che possa sfruttare - appunto sinergicamente - le reti di sostegno formali e quelle informali presenti nel territorio. Tra quest'ultime, le Agenzie socio-sanitarie e assistenziali del Terzo Settore e del Privato Sociale che possono diventare un riferimento centrale per potenziali utenti che si presentano ora con quadri multi-problematici su cui impattano stressors ambientali importanti, ora con

---

puntiformi “urgenze” cliniche, ora con manifestazioni di disagio derivanti perlopiù da condizioni macro-economiche del contesto di appartenenza e *life-events* significativi ma privi di contenuti psicopatologici.

Per tutte queste condizioni risultano dunque fondamentali e attesi dei modelli di presa in carico precoce ed “integrata” finalizzati alla preservazione di un’identità “base”, all’implementazione del funzionamento psico-sociale, alla regolazione emotiva e, più in generale, alla manutenzione di quelle competenze necessarie ad un percorso di socializzazione adeguato all’età, laddove invece gli obiettivi a medio-lungo termine rimangono quelli di favorire almeno momenti informali di contatto fra utenza, operatori e Servizi che si possano rivelare pro-pedeutici al rinforzo di un aggancio utile per valorizzare l’apprendimento imitativo di stili affettivi e relazionali più funzionali e, se necessario, una presa in carico finalizzata alla crescita di consapevolezza sui bisogni complessivi cui inevitabilmente corrispondere.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *Case Manager, Psicologa Consulente DSMD ASST Monza*

+ *Direttore Scuola di Psicoterapia Adleriana CRIFU, Professore di Analisi e Trattamento del Disagio Psicico e delle Psicopatologie, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi e Campus*

° *Professore Ordinario di Psichiatria, Università degli Studi Milano Bicocca, Direttore DSMD ASST Monza*

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington; American Psychiatric Press.
2. American Psychiatric Association (2001). *Practice guide for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington; American Psychiatric Press.
3. Baumann Z. (2010). *Modernità liquida*. Roma-Bari; Laterza.
4. Bechdolf et al. (2005). *Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: a comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls*. Schizophr Res, 79(1):137-143.
5. Berardi F.B. (2011). *After the future*. Oakland (USA); AK Press.
6. Biffi G., De Isabella G. (2012). *Nuove sfide per la salute mentale: innovazioni cliniche e organizzative*. Santarcangelo di Romagna; Maggioli.
7. Bruner J. (2002). *La fabbrica delle storie*. Bari; Laterza.
8. Caretti V., La Barbera D. (2009). *Le nuove dipendenze*. Diagnosi e clinica. Roma; Carocci.
9. Caruana E. et al. (2018). *A Comparison of Vocational Engagement Among Young People with Psychosis, Depression and Borderline Personality Pathology*. Community Ment Health J, 54(6):831-841.
10. Caslini M., Clerici M., Zappa L.E. (a cura di) (2013). *Le parole senza voce. Il costrutto Alessitimico tra disturbi del comportamento alimentare e dipendenze*. Milano; Franco Angeli.
11. Cocchi A., Meneghelli A. (2012). *Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua*. Manuale di intervento precoce. Milano; Edi-Ermes.
12. Cozzi A. (2017): <http://www.stateofmind.it/2017/10/psicosi-esordio-psicotico-sintomi>.
13. Dell'Osso L., Dalle Luche R. (2016). *L'altra Marilyn, psichiatria e psicoanalisi di un cold-case*. Firenze; Le Lettere.
14. Faliva C., Cozzani B. (2011). *Lo sviluppo nell'adolescenza*, in: Faliva C. (a cura di), *Tra normalità e rischio*. Manuale di psicologia dello sviluppo e dell'adolescenza. Santarcangelo di Romagna; Maggioli.
15. Fusar Poli P. et al. (2012). *Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis*. Schizophr Bull, 22:58-66.
16. Gratz K.L. (2007). *Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury*. J Clin Psychology, 63:1091-1103.
17. Gunderson J.G., Hoffman P.D. (2005). *Disturbo di Personalità Borderline* (ed. italiana a cura di Clerici M.). Milano; Springer (2010).
18. Hawton K., James A. (2005). *Suicide and deliberate self-harm in young people*. BMJ, 330:891-94.
19. Helmchen C. et al. (2006). *Neural activity related to self versus externally generated painful stimuli reveals distinct differences in the lateral pain system in a parametric fMRI study*. Hum Brain Map, 27(9):755-65.
20. Lee T.K., et al. (2016). *The relationship of problematic internet use with dissociation among south Korean internet users*. Psychiatry Res, 241:66-71.
21. Linscott R.J., Van Os J. (2012). *An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders*. Psychol Med, Epub online publication.
22. Lugoboni F., Zamboni L. (2018). *In sostanza, vol 1 e 2*. Verona; Edizioni Clad Onlus.
23. Marchetti A., Bracaglia E., Cavalli G. (2013). *Comportamenti a rischio e autolesivi in adolescenza*. Il questionario RTSHIA di Fonagy, Vroua. Milano; Franco Angeli.
24. McGorry P.D., Singh B.S. (1995). *Schizophrenia: risk and possibility*. In: Handbook of Preventive Psychiatry (Raphael B, Burrows GD, eds.). Amsterdam; Elsevier, pp. 492-514.
25. Polk E., Liss M. (2007). *Psychological characteristics of self-injurious behavior*. Personality and Individual Differences, 43:567-77.
26. Prensky M. (2012). *La mente aumentata*. Dai nativi digitali alla saggezza digitale. Milano; Erickson.
27. Schultze-Lutter F. et al. (2010). *Predicting first-episode*

- 
- psychosis by basic symptoms criteria*. Clin. Neuropsychiatry, 4(1):11-22.
28. Schultze-Lutter F. et al. (2015). *EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses*. I. Eur Psychiatry, 30(3):405-416.
29. Scognamiglio R.M., Russo S.M. (2018). *Adolescenti digitalmente modificati (Adm): competenza somatica e nuovi setting terapeutici*. Milano; Mimesis.
30. Tsuang M., et al. (2013). *Attenuated psychosis syndrome in DSM5*. Schizophr Res, 150(1):31-35.
31. Weinstein A. (2017). *An update overview on brain imaging studies of internet gaming disorder mini review*. Front Psychiatry, 29(8):185-192.
32. Young K.S., Rogers R.C. (1998). *The relationship between depression and internet addiction*. Cyber-Psychology and Behavior, 1:25-28.
33. Yung A.R., et al. (1996). *Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis*. Schizophr Bull, 22(2):283-303.

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni