



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





# SOMMARIO

AnnoXXXIV • 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.*

# Il nulla che ferisce il sé

## PARTE II

*Barbieri S.\*; Soardo L.°; Bertelli S.°; Aroasi P.L.\**

### INTRODUZIONE

In questo lavoro proveremo a rispondere all'interrogativo se e come il contesto antropologico post-moderno, che abbiamo descritto nella prima parte di questo lavoro, determini le forme in cui si manifesta oggi la sofferenza mentale.

Il presente articolo è organizzato in tre punti:

1. una rassegna della letteratura, non molto ampia nonostante la pregnanza del tema;
2. un tentativo di descrizione psicopatologica in senso transnosografico a partire da osservazioni sul campo;
3. una proposta per arricchire i nostri tradizionali punti di reperi semeiologici.

L'obiettivo è dunque indagare la nuova clinica e proporre un arricchimento della semeiologia classica.

### RASSEGNA DELLA LETTERATURA

La letteratura attuale sugli esordi psicopatologici in adolescenza si articola soprattutto in due filoni fondamentali:

1. il superamento della dicotomia tra servizi per l'infanzia e l'età adulta, nell'implicito riconoscimento di un allungamento dell'epoca adolescenziale, tipico della nostra cultura, e dei relativi conflitti; da qui la necessità di elaborare strategie organizzative che consentano una continuità assistenziale durante le fasi iniziali della malattia;
2. la presentazione clinica polivalente, che si pone al confine di varie problematiche (psichiatriche, tossicologiche, di poli-dipendenza, sociali, giudiziarie), e la necessità di una presa in carico globale del paziente, rinunciando in un primo tempo all'incasellamento in categorie diagnostiche e nosografiche e focalizzandosi su tutti gli aspetti psicopatologici ed esistenziali dell'individuo.

L'adolescenza, che come abbiamo sottolineato nel precedente articolo è un prodotto tipicamente postmoderno, è da intendere come lo snodo centrale da cui originano le radici profonde delle malattie mentali, in relazione ai cambiamenti a livello cerebrale che avvengono in questo delicato periodo della vita<sup>1</sup>.

Questa evidenza scientifica però è in netto contrasto con la strutturazione attuale dei servizi psichiatrici in Italia che creano una discontinuità di cura proprio nell'età più critica, in cui entrano in stretta risonanza fattori biologici, intrapsichici, relazionali e sociali in un contesto antropologico e culturale che non favorisce processi simbolici atti a favorire il transito verso la maturità (tema per il quale si rimanda alla prima parte di questo lavoro).

Nella pratica clinica il passaggio dall'U.O.N.P.I.A. ai servizi psichiatrici per adulti rappresenta spesso un momento critico di rottura in cui la difficile comunicazione tra i servizi e la sensazione di abbandono/perdita che vive il paziente (spesso eco di altre analoghe perdite in contesti scolastici e sociali) rappresentano fattori di rischio per l'interruzione del trattamento.

In molti Paesi (Australia, Canada, UK) vi è già stato un forte impegno nella creazione di servizi che garantiscano una continuità di cura nella fase evolutiva della vita, focalizzandosi su un approccio olistico e che permetta un accesso rapido e privo di stigma all'aiuto.

Pioniera in tal senso è stata l'Australia con la creazione di HEADSPACE, un programma governativo di intervento precoce dedicato ai giovani dai 12 ai 25 anni. Esso adotta un approccio olistico che fornisce supporto non solo al disagio mentale ma anche alla salute fisica (ad esempio relativamente alle abitudini sessuali), a problematiche familiari, sociali e di abuso di alcol e sostanze. L'accesso al servizio è libero e può avvenire anche online, abbattendo quindi le classiche barriere di accesso alla cura e garantendo un contatto che parla la lingua dei giovani, quella del web<sup>2</sup>.

Questo approccio globale al giovane paziente si basa sulla riflessione critica di una nuova epidemiologia psichiatrica, in cui il disagio è sempre più difficilmente

inquadabile in una nosografia rigida ed è sempre più spesso intrecciato con problematiche familiari, sociali, di abuso e scolastiche. Questo cambio di prospettiva è rappresentato dalla psichiatria trans-diagnostica che configura un nuovo concetto di psichiatria, sfidando le rigide categorie nosografiche esistenti (ICD e DSM) non solo per creare un miglior sistema classificativo ma per ottimizzare la strutturazione dei servizi esistenti<sup>3</sup>.

Lo sviluppo di servizi iperspecializzati come i servizi per le tossicodipendenze, gli ambulatori per i disturbi di personalità etc garantiscono da un lato una presa in carico da parte di terapeuti altamente formati per specifiche entità nosologiche ma dall'altra rischiano di escludere dalle cure pazienti con sintomi sotto-soglia per gravità che non ricadono (momentaneamente) in una specifica categoria diagnostica.

Tale problematica risulta molto evidente quando nella nostra pratica quotidiana ci troviamo di fronte a pazienti psicotici con concomitante abuso di sostanze, evenienza sempre più frequente.

Una recente meta-analisi ha analizzato la letteratura di oltre un quindicennio in merito all'uso di sostanze in pazienti nello spettro schizofrenico e i risultati mostrano una prevalenza che raggiunge il 42% e un incremento negli anni dell'uso di sostanze illecite in questi individui<sup>4</sup>.

Per contro l'abuso di sostanze persistente dopo l'episodio psicotico correla con una prognosi peggiore a 10 anni rispetto a quelli che ne interrompono l'uso<sup>5</sup>, anche a causa di una minore utilizzazione dei servizi.

Questo minore accesso alle cure rimane immutato anche quando si verificano tentativi di suicidio<sup>6</sup>.

Accanto alla letteratura empirica, sono riportate numerose osservazioni aneddotiche orientate secondo diversi approcci teorici.

Vi è una estesa letteratura psicoanalitica che pone in relazione l'emergere delle patologie narcisistiche alla post-modernità, di cui si rimanda alla rassegna, molto puntuale ed esaustiva sul tema, di Gabbard e Crisp<sup>7</sup>.

## LA PRESENTAZIONE CLINICA IN OTTICA TRANS-NOSOGRAFICA

Ci collochiamo nel filone aneddotico e proviamo a sistematizzare le nostre osservazioni sul campo (un'unità operativa psichiatrica che conta circa 150 mila abitanti in una zona prevalentemente rurale della Lombardia del Sud).

Il primo accesso ai nostri servizi (S.P.D.C. e C.P.S.) riguarda pazienti sempre più giovani e con problematiche di confine.

Ciò pone prima di tutto un problema di raccordo tra servizi diversi, che mostra la nostra attuale difficoltà a farci carico dei loro bisogni in modo integrato.

I pazienti sempre più spesso provengono da prolungati trattamenti presso le U.O.N.P.I.A. o sono stati valutati e seguiti in ambito specialistico per disturbi dell'apprendimento e ADHD (ciò apre all'importante tema della continuità tra disturbi dell'apprendimento e della condotta e psicopatologia dell'età adulta). Hanno non di rado avuto segnalazioni al Tribunale per i Minorenni e sono stati seguiti fino alla maggiore età dal Servizio di Tutela Minori.

Mostrano invariabilmente problematiche di dipendenza patologica (sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo, videotermini).

Hanno gravi difficoltà scolastiche, che vanno dal calo del rendimento fino al ritiro e alla fobia scolare.

Talvolta hanno commesso reati e giungono ai servizi con prescrizione della magistratura, spesso dopo periodi di detenzione in carcere o degenza in R.E.M.S..

Il primo contatto con i nostri servizi avviene solitamente con due modalità:

1. una crisi psicotica acuta e/o gravi disturbi comportamentali in stato di intossicazione, il più delle volte da un cocktail di stupefacenti (l'uso concomitante e polimodale ha sostituito la scelta elettiva di una sostanza, che caratterizzava la tossicodipendenza del passato);
2. un tentativo di suicidio, o un suicidio mancato, in situazioni di ritiro che con estrema difficoltà giungono

all'osservazione al di fuori della fase acuta; oppure in relazione a vissuti di fallimento che travolgono soggetti narcisisticamente fragili.

Il superamento della fase acuta consegna alla nostra osservazione un mondo interno all'apparenza desertificato. Nel vissuto dello psichiatra e dell'equipe curante si crea la percezione di una enigmaticità molto diversa dall'esperienza del "perturbante", di cui parla Freud, evocata dall'incontro con lo psicotico: c'è un' abissale sensazione di vuoto, di assenza, di nulla.

Sono pazienti che faticano molto a raccontare la loro storia.

L'anamnesi va spesso raccolta attraverso terzi e si rende necessario un lavoro di raccolta documentale dei percorsi terapeutici precedenti e di liason con i colleghi e le istituzioni che li hanno seguiti in passato.

Costituisce a nostro parere prova del nulla che evocano il fatto, di frequente riscontro, che i precedenti terapeuti ne hanno ricordi sfocati e spesso indefiniti. Non di rado anche le comunità educative che li hanno accolti durante l'infanzia o l'adolescenza devono ricorrere alla documentazione clinica perché gli operatori non li ricordano.

Il loro linguaggio, la capacità di utilizzare nessi cognitivi e logici nel discorso e di accedere ad un funzionamento astratto del pensiero fa sospettare un livello cognitivo deficitario o ai limiti. Stupisce, quando si somministrano i test di livello cognitivo, valori nella norma, sovente buoni. Non c'è correlazione tra le performances testistiche e la presentazione clinica.

È deficitaria la capacità di rappresentazione, di produrre fantasie e narrazioni, di sognare, di esprimere verbalmente il proprio mondo affettivo. Non c'è nesso tra pensiero ed emozioni. Non c'è auto-rappresentazione e rappresentazione del mondo interno altrui.

La semeiologia ci orienta verso una coartazione affettiva, più che verso una depressione dell'umore. Talvolta intravediamo un profondo nucleo melanconico, ma esso rimane del tutto scisso e inaccessibile. La somministrazione dei test proiettivi di personalità è caratterizzata da

estrema povertà del protocollo e da numerosi rifiuti. I rapporti interpersonali sono scarsamente investiti.

Nelle osservazioni più approfondite e prolungate nel contesto della comunità terapeutica si rende evidente una profonda sfiducia nella possibilità di legame con l'altro.

L'indagine sui legami familiari è spesso caratterizzata da racconti, spesso stereotipi, di normalità.

Se vengono evocati eventi traumatici, di solito mai spontaneamente dai pazienti ma esplicitati dal terapeuta perché presenti nei racconti dei familiari, dei colleghi o nella documentazione nel frattempo raccolta, la reazione è di estremo distacco. Le risposte che si ottengono sono di solito: "non ci penso mai", "non mi ricordo più".

Vi è una scarsità o un'assenza di ricordi relativamente alla propria infanzia. Più che a un oblio frutto di meccanismi di difesa sembra che ci troviamo di fronte a veri e propri buchi che costellano il paesaggio interiore.

L'inserimento nel gruppo dei pari di solito è stato difficoltoso. Talvolta il paziente ha svolto il ruolo di "capro espiatorio" delle dinamiche del gruppo classe ed è stato vittima di fenomeni di bullismo.

Insieme alle difficoltà scolastiche ciò crea una frattura narcisistica molto grave e rende ancora più difficile elaborare i conflitti intrapsichici tipicamente adolescenziali.

Capita talvolta che il paziente in modo reattivo cerchi di affermare la propria identità attraverso atti trasgressivi, condotte antisociali, esperienze tossicomane, consumate in solitudine o in gruppi-bande devianti.

I legami con la famiglia di origine, a fronte del fallimento di un'appartenenza grupppale alternativa, rimangono adesivi. L'impossibilità ad elaborare i conflitti adolescenziali li condanna ad una dipendenza infantile dal contesto familiare che è contemporaneamente carica di frustrazione e rabbia. I legami familiari dunque appaiono tanto tenaci quanto conflittuali, in un clima che è sovente di asimmetria generazionale, di inversione di ruolo, di tendenze endogamiche.

La profonda sfiducia nel legame ha come posizione reattiva la ricerca di relazioni amicali, sentimentali o sessuali nel mondo virtuale. Solo attraverso la rassicurante

distanza garantita dal mezzo tecnologico sembra possibile un incontro di corpi e di affetti. Quando gli incontri avvengono “in vivo”, spesso dopo lunghe titubanze, sono deludenti e il più delle volte si interrompono.

L'interesse per la sessualità è scarso, anche dove si costituiscono coppie. Esse mostrano le caratteristiche dell'amore narcisistico in cui l'altro non è investito come oggetto a sé stante ma come appendice della propria persona e deve svolgere la funzione di appagamento dei propri bisogni. Quando questa funzione viene meno la relazione si interrompe.

Lo scarso interesse per la sessualità e l'amore rimanda a un tema a nostro parere centrale, che è l'assenza del desiderio. Questa assenza va inquadrata nella concezione del tempo post-moderna, analizzata nella prima parte di questo lavoro: non c'è passato e non c'è futuro, c'è un presente ipertrofico in cui la possibilità di trovare tutto e subito toglie il senso dell'attesa, che è l'essenza stessa del desiderio. Se si può avere tutto e subito non si può desiderare nulla.

Al tema del futuro assente e del desiderio impossibile si collega il tema della passione, a nostro avviso centrale in una prospettiva terapeutica. Non si ravvisa, in questi ragazzi, un elemento vitale che li attragga e che sia in grado di polarizzare i loro interessi, le loro attività e iniziative. Non esiste per loro nulla che dia senso al loro esistere e dia valore alla vita stessa. Manca una progettualità, se non immediata e volta a soddisfare i bisogni del momento. Interrogati sul futuro, rispondono che non sanno o non ci hanno mai pensato; di frequente avvertono un senso di minaccia e pensano di non avere nessuna possibilità.

La difficoltà a costituire una propria identità determina un'ipertrofia del corpo e della sua presentazione. Il corpo diventa parlante e si ha spesso l'impressione che interrogare l'abbigliamento, il look, il trucco, i capelli, i piercings e i tatuaggi rappresenti il primo, possibile linguaggio con cui entrare in contatto con questi ragazzi. A volte un capo di abbigliamento, un piercing, un tatuaggio, un oggetto tecnologico o qualcosa di inanimato sembrano svolgere

la funzione di oggetti di transizione tra le vicissitudini dell'età infantile e l'impossibilità ad accedere ad investimenti più adulti. Il senso di questo oggetto va allora interrogato e valorizzato come elemento semeiologico di un mondo relazionale interno di cui il paziente non è in grado di dire nulla.

Raramente questi ragazzi sanno indicare adulti con cui si identificano e a cui desiderano assomigliare. Nello stesso tempo non si osserva nemmeno un principio di differenziazione tra la propria generazione e quelle precedenti e non c'è traccia di principio di autorità nei rapporti con gli adulti significativi. Da qui, un'estrema difficoltà a tollerare regole e frustrazioni, particolarmente evidenti nelle osservazioni comunitarie.

Correlativamente non si osserva il senso del limite. Accanto ad una generale perdita di significato, tutto diventa possibile. Ciò rimanda anche al senso di onnipotenza che si accompagna reattivamente ad un'identità fragile: di fronte ad un senso di impotenza assoluto e alla percezione di assenza del limite arriva la sfida ultima alla morte, con attacchi al corpo, reiterati tentativi di suicidio, condotte autolesionistiche di varia gravità.

La rabbia e l'aggressività non si esprimono, se non attraverso agiti che spesso scaturiscono in modo imprevedibile e assumono forme enigmatiche e indecifrabili.

Ciò che colpisce in modo particolare è l'assenza di una vera sofferenza soggettiva e la mancata percezione del bisogno di aiuto, a dispetto di una notevole gravità clinica.

Percepriamo un vuoto che non è quello tradizionalmente ascritto alle gravi forme depressive, alla psicosi, al disturbo di personalità narcisistico che sono comunque vuoti “pieni” di significato. Qui ci troviamo di fronte ad un “vuoto ontologico”<sup>8</sup>, al nulla come è stato tematizzato filosoficamente: è un vuoto che ha a che vedere con un Sé annientato dall'assenza di senso e dall'angoscia di esistere. L'assenza di senso determina una completa perdita di speranza rispetto all'investimento vitale. Dove la speranza si è congedata non vi è nemmeno possibilità di sofferenza. Sopravvive solo il nulla.



Ci sembra che l'osservazione di questi giovani così gravi, destrutturati, enigmatici, difficilmente collocabili in categorie nosografiche definite, inaccessibili prima di tutto a loro stessi, metta a dura prova anche le tradizionali concettualizzazioni sul narcisismo.

L'elemento fenomenologico centrale del loro vuoto è l'assenza di un senso e la perdita di speranza di poterlo trovare. La clinica del vuoto, su cui si interroga la psichiatria contemporanea orientata psicoanaliticamente, ci sembra evolvere in una più enigmatica clinica del nulla.

È del tutto evidente, in questo scenario, l'inadeguatezza degli approcci terapeutici tradizionali.

## VERSO UNA NUOVA SEMEIOLOGIA

Di fronte a un giovane paziente incapace di parlare di Sé, di auto-rappresentarsi, di manifestare sofferenza e richiesta di aiuto, come possiamo iniziare a farci un'idea del suo mondo interno?

Lo studio antropologico e i dati clinici ci aiutano ad arricchire l'approccio semeiologico classico individuando alcuni punti di reperi aggiuntivi.

1. In assenza di una capacità autodescrittiva è molto utile studiare la rappresentazione che il paziente dà di sé sui social. Foto, immagini, post, citazioni forniscono un primo indicatore di come il paziente si auto-percepisce e si presenta al mondo. Facebook e Instagram sono divenuti importanti vie di accesso al mondo interno del paziente che inizialmente non è altrimenti accessibile.
2. Occorre porre particolare attenzione al corpo e al modo di viverlo e presentarlo: abbigliamento, piercings, tatuaggi, look in generale. Si tratta di uno spazio intermedio tra dentro e fuori che va esplorato e soprattutto considerato nelle sue evoluzioni nel corso tempo. Altrettanta attenzione va posta agli oggetti-sé inanimati, di cui abbiamo parlato sopra: la scelta dell'oggetto e il rapporto che il paziente intrattiene con esso. Esso testimonia delle vicissitudini che intercorrono tra i legami infantili, difficili

da sciogliere, e l'accesso ad attaccamenti più adulti e differenziati; talvolta è solo attraverso l'oggetto inanimato che possiamo rappresentarci questo complesso passaggio. È dunque rilevante come questo rapporto evolve, se e come viene sostituito, se la sua funzione si modifica: tutto questo può fare almeno in parte da specchio alle vicissitudini relazionali interne, che soprattutto nei contesti di osservazione comunitaria si proiettano in parallelo sul contenitore istituzionale. La tensione tra questi due poli osservativi a nostro parere è clinicamente molto feconda.

3. L'approfondimento delle relazioni implica una più accurata definizione delle dinamiche familiari secondo una direttrice evolutiva. Laddove l'adolescenza si dilata, la sofferenza trae in parte origine, in parte viene amplificata dalle tipiche dinamiche adolescenziali. Esse vanno colte in quella specifica costellazione familiare in modo da favorirne l'evoluzione da un punto di vista terapeutico. È importante chiarire i miti familiari di generatività e filiazione, la trasmissione trans-generazionale, la dimensione del traumatico. Di solito in queste famiglie si osserva una eccessiva permeabilità versus impermeabilità tra le generazioni e ciò rende i riti iniziatici verso l'adultità inefficaci.
4. L'assenza di una distinzione tra generazioni e l'abolizione del principio di autorità rende necessario indagare riti iniziatici orizzontali e capire se e perché sono falliti. Va indagato secondo questa prospettiva il rapporto con i gruppi dei pari (amici, gruppo-classe) e con realtà sociali alternative alla famiglia, la presenza di amicizie caratterizzate da particolare affinità. L'indagine dei rapporti con la scuola evidenzia il più delle volte un fallimento nel favorire un investimento alternativo: anche la scuola ha perso l'appello di luogo deputato al sapere e gli insegnanti, impoveriti del principio di autorità, subiscono lo stesso destino dei genitori. Non a caso osserviamo spesso, a testimonianza del fallimento della verticalità, conflitti tra genitori e insegnanti. Nella storia di



questi pazienti spiccano spesso considerazioni relative al fallimento del rapporto con alcuni insegnanti che vengono vissuti dal paziente stesso e dai genitori come persecutori responsabili dei loro fallimenti. Le criticità relazionali con gli insegnanti non vengono sempre supplite dalla possibilità di investire su un gruppo-classe che può rappresentare una possibilità di senso dell'esperienza scolastica contemporanea. È dunque importante comprendere se l'isolamento in una dimensione regressiva sia frutto dell'incapacità a collocarsi nel gruppo o peggio ancora di una dinamica gruppale di tipo persecutorio che porta il paziente a divenirne il capro espiatorio. Nell'anamnesi si riscontra spesso l'essere stati vittima di aggressioni e fenomeni di bullismo. Viceversa, può attivarsi reattivamente l'adesione a un gruppo banda che porta il paziente a commettere atti antisociali. Il successo o l'insuccesso di queste appartenenze vanno indagate e ricostruite in relazione all'emergere di manifestazioni psicopatologiche. Anche il gruppo di appartenenza, vissuto o fallito, e il legame affettivo con un amico del cuore forniscono insieme all'oggetto-Sé inanimato una proiezione del mondo interno del paziente, l'immagine di sé e le sue aspettative rispetto alle relazioni, le oscillazioni delle dinamiche tra dipendenza e autonomia, appartenenza e individuazione.

5. L'impovertimento del senso del limite impone di indagare il rapporto del paziente rispetto alla dinamica impotenza/onnipotenza. Dove tutto è possibile e non vi sono limiti, ancora una volta la risposta può essere una regressione nell'impotenza assoluta versus un atteggiamento di trasgressione onnipotente: da qui l'uso di sostanze stupefacenti, le condotte antisociali, la continua sfida, la ricerca di situazioni estreme e autodistruttive. Spesso le due condizioni coesistono: da una condizione regressiva scaturisce un agito grave, imprevedibile e apparentemente indecifrabile che testimonia del fallimento dell'integrazione tra

i due poli. Entrambe le condizioni vanno lette nella stessa prospettiva.

6. Al tema del limite si collega quello della morte, che a nostro parere ad un certo punto del percorso di cura va esplicitato: occorre indagare con il paziente il suo vissuto relativo alla mortalità, l'interfaccia tra la vita e la morte, la morte da un lato come limite estremo da sfidare, dall'altro come potenzialità del vivere. Il tema della morte è molto presente nella mente degli adolescenti come dimensione assoluta e vertiginosa, di cui prendono consapevolezza per la prima volta, e occorre elaborare un linguaggio con il quale parlarne. Spesso indagare pensieri suicidari consente di aprire un discorso che a poco a poco potrà dispiegarsi verso la ricerca di un senso al resistervi, laddove è proprio la perdita di speranza di trovare un senso, e dunque la potenza soverchiante del negativo, ciò che rende impossibile vivere.
7. Nella prospettiva dell'assenza di senso, in un tempo appiattito su un presente ipertrofico e un futuro impossibile, occorre indagare possibili tracce di desiderio. Comprendere se sopravviva da qualche parte una dimensione desiderante e saperla cogliere come polo della matassa dalla quale partire terapeuticamente. Solo la riattivazione del desiderio e della passione possono costituire un antidoto al vuoto ontologico e offrire un possibile senso all'esserci. Si tratta dunque di orientare i nostri interventi terapeutici, variamente declinati, nella direzione di riattivare il desiderio e intrecciare a partire da esso una passione che sia passione del fare, passione del sapere, in una parola speranza di trovare attraverso una prassi il senso del vivere la vita. Questa riattivazione non è da pensare in meramente psicologici e psicoterapici, che in una prima fase ci sembrano poco utili, se non iatrogeni, per questi pazienti (va comunque sempre tenuta viva una dimensione psicoterapica in termini di una sorta di pensiero sotterraneo). È piuttosto una riattivazione che passa

---

attraverso una prassi quotidiana, che diventa cruciale nei contesti di comunità: la ritmicità quotidiana, la fatica delle attività di condivisione del vivere comune, l'obbligo che nel tempo diventa piacere delle relazioni, l'impegno in un'attività di studio o lavorativa. Da questa prassi, che va pazientemente riproposta dopo ogni crisi, dopo ogni ripiegamento nel negativo, può scaturire la percezione del valore e della bellezza della vita. Dove la disperazione è così assoluta da non generare nemmeno sofferenza è solo attraverso una prassi che si possono somministrare piccole iniezioni di senso. Spesso è la cura dell'altro, la scoperta di un hobby o di un lavoro che appassiona, il ritrovamento di un antico talento, il piacere di condividere momenti di gruppo a riattivare briciole di speranza, che si alternano all'assenza e al ritiro, per lungo tempo. Con una pratica paziente, continua, quotidiana, instancabile pur nella consapevolezza della sua labilità e vulnerabilità, è forse possibile ridare la speranza di trovare un senso.

## CONCLUSIONI

La letteratura sul tema della clinica contemporanea suggerisce da un lato trasformazioni epidemiologiche, dall'altro la necessità di adottare un approccio trans-nosografico per intercettare e trattare olisticamente le problematiche dei giovani pazienti all'esordio. Ciò pone importanti ricadute sull'organizzazione dei servizi.

In questo articolo abbiamo tentato di delineare una descrizione clinica trans-nosologica dei giovani pazienti gravi suggerendo nuovi, possibili punti di reperi semeiologici.

Abbiamo inoltre mostrato, in continuità con la prima parte di questo lavoro, come le caratteristiche del mondo post-moderno<sup>1</sup> contribuiscano a dare nuove forme alla clinica e costituiscano elementi di ulteriore vulnerabilità socio-culturale.

---

### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *ASST di Pavia, Italia;*

° *Università degli Studi di Pavia, Italia*

---

1. Per postmodernità adottiamo la definizione di J.F. Lyotard<sup>9</sup>: essa designa lo stato della cultura dopo le trasformazioni subite dalla scienza, dalla letteratura e dalle arti dalla fine del '900, dunque la generale condizione del sapere nelle società più sviluppate

## BIBLIOGRAFIA

1. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nat Rev Neurosci. 2008. doi:10.1038/nrn2513
2. Headspace National Youth Mental Health Foundation.
3. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, et al. *Transdiagnostic psychiatry: a systematic review.* World Psychiatry. 2019. doi:10.1002/wps.20631
4. Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. *Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis.* Drug Alcohol Depend. 2018;191:234-258. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011
5. Weibell MA, Hegelstad WTV, Auestad B, et al. *The Effect of Substance Use on 10-Year Outcome in First-Episode Psychosis.* Schizophr Bull. 2017;43(4):843-851. doi:10.1093/schbul/sbw179
6. Suominen KH, Isometsä ET, Lönnqvist JK. *Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorders.* Schizophr Bull. 2002;28(4):637-647. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006970
7. Gabbard, G., Crisp H. *Il Disagio Del Narcisismo.* Cortina, ed.; 2019.
8. Galimberti U. *L'ospite Inquietante. Il Nichilismo e i Giovani.* Feltrinelli, ed.; 2007.
9. Lyotard J.F. *La Condizione Postmoderna.* edizione italiana Feltrinelli, ed.; 1981.

## 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 Migliaresse

#### 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