

Saluti di Benvenuto

Maurizio Mauri, Medico, specialista in Radiologia, Oncologia, Igiene e tecnica ospedaliera, Recovery for Life

Vi ringraziamo per la partecipazione a questo primo seminario dell'Academy di Recovery for Life. Siete tanti, ci fa molto piacere. Speriamo anche che questo sia il primo seminario di una lunga serie di seminari e altre iniziative che vogliamo fare come Recovery for Life. Le nostre finalità sono ovviamente l'assistenza clinica ma anche la ricerca, l'attività scientifica e le attività di formazione, aggiornamento, divulgazione scientifica e comunicazione. Quindi siamo alla prima prova, la compagnia è molto bella e molto importante, io non rubo altro tempo ai relatori. Grazie ancora a voi di essere qui e buona giornata.

Apertura seminario: nuove sfide dall'esperienza clinica

Giovanna Cuzzani, Medico Psichiatra, Psicoterapeuta, Recovery for Life

Buongiorno a tutti. Mi presento, sono la dottoressa Cuzzani Giovanna. Come leggete sono il Direttore Sanitario di Recovery for Life e ho il compito di introdurre questo seminario. Si inizia ogni evento ringraziando. Ringraziando i relatori che hanno accettato di collaborare con noi oggi e ringraziando voi che avete accettato l'invito. Vorrei sottolineare che per noi è un grazie davvero sentito questo, il seminario di oggi rappresenta per noi un punto di arrivo di un lungo periodo che abbiamo avuto, come Recovery for Life, di analisi, di confronto, anche con colleghi del territorio. Questa riflessione è culminata nel primo Centro Diurno che abbiamo aperto a Milano in marzo e nella prossima apertura di interventi residenziali e semiresidenziali che abbiamo in programma a Bollate e a Limbiate. Non ci fermiamo. Questo perché, come cercherò di dire, anche se brevemente, l'idea di lavorare con gli adolescenti e i giovani adulti ha come sottofondo quello di pensare che i servizi debbano essere nel loro territorio di vita, per non sradicarli, per non trovare delle difficoltà nel reinserimento sociale - sappiamo che possiamo fare dei meravigliosi progetti riabilitativi, terapeutico-riabilitativi, ma il reinserimento sociale nel loro luogo di vita rimane un fattore fondamentale da tenere in considerazione. Apriremo quindi in altre regioni d'Italia, la prima in Veneto, a Pianiga. Per noi questo seminario è quindi sicuramente un punto di arrivo, ma è anche un punto di partenza perché vorremmo continuare ad avviare, ma soprattutto anche implementare, quel confronto tra professionisti di diverse specialità, di diversi "retrotterra culturali". Pensiamo che organizzare degli spazi di pensiero di cui abbiamo tanto bisogno - e sembra ormai un lusso riuscire a fermarsi e ad avere degli spazi di pensiero- sia l'unico modo per poi costruire; per dare una lettura sempre più adeguata a quello che è il contesto, a quelli che sono i bisogni degli adolescenti e dei giovani adulti e ovviamente delle loro famiglie. Parliamo di adolescenti ma anche di giovani adulti perché a 18 anni non "viriamo" completamente. Pensiamo che il confronto con varie professionalità e con attori che lavorano in modo diverso, da un punto di vista psicoterapeutico o altro, sicuramente permetta di costruire delle analisi successive, delle proposte e degli interventi che siano sempre più adeguati a quello che è il bisogno che attualmente vediamo. Perché il seminario? Per questi motivi. Il mio discorso introduttivo sottolinea la nostra volontà di riuscire ad accogliere le sfide. Non ho la pretesa in mezz'ora di sapere dare chissà quali illuminazioni, ma proverò a spiegare quale può essere per noi un processo in cui accogliamo le sfide che dall'esperienza clinica ci vengono rivolte. La prima sfida è proprio quella che dicevo: lavorare insieme, ognuno con le proprie specificità, in un lavoro che sia davvero di rete. Tante volte la parola "rete" è detta. Siamo tutti d'accordo in linea teorica, ma lavorare in rete è una fatica, una ricchezza e anche un compito che dobbiamo prenderci. Perché partire dall'esperienza clinica? Perché sicuramente l'esperienza clinica ci interroga. La relazione con l'altro ci pone dei dubbi, ci pone degli interrogativi, ci arricchisce anche. Credo che alimenti anche il desiderio di noi clinici, ma non solo, di conoscere sempre più approfonditamente di chi vogliamo o cerchiamo di prenderci cura. Lavorare con gli adolescenti e i giovani adulti è sicuramente un lavoro che, almeno personalmente, credo sia molto ricco perché ci pone delle

domande, a volte anche esistenziali. Quindi è sicuramente un lavoro molto ricco, anche se emotivamente impegnativo, perché ci pone di fronte a delle difficoltà, a dei dolori, a delle sofferenze non indifferenti. Stare con gli adolescenti, stare con le loro famiglie, “stare con”. Accogliere le sofferenze che ci portano ci obbliga ad accogliere propositivamente quelle che sono le loro sfide, che possono essere a volte silenziose, a volte invece sono urlate in modi drammatici, mettono veramente in grande subbuglio, anche emotivo. Ci obbliga, “lavorare con”, “stare con”, a raccogliere, a cercare insieme a loro e alle loro famiglie, quelle che possono essere le risposte più adeguate, anche innovative, ai loro bisogni e al contesto sociale in cui vivono. Quindi il seminario è un'occasione per dire: «fermiamoci un attimo e costruiamo davvero questa rete».

Alcuni punti su cui mi fermo, abbastanza rapidamente.

1) Prima di tutto gli adolescenti. Stiamo parlando di adolescenti. L'adolescenza non è più quella che noi abbiamo sempre pensato e che abbiamo definito. L'adolescenza sicuramente è un periodo in cui sono mutate le espressività degli adolescenti, frutto di cambiamenti culturali, sociali, valoriali; frutto dell'avvento, non ce ne possiamo dimenticare - abbiamo visto insieme anche con la pandemia - di tutte le nuove tecnologie che abbiamo subito, ma che in qualche modo possono essere invece anche un arricchimento, per una risposta che vada verso un linguaggio nuovo che è quello, appunto, degli adolescenti. Sappiamo che le nuove tecnologie, poi, in qualche modo funzionano come qualsiasi *trigger* esterno, anche per “ridefinire” il nostro cervello potendo condurre a specifici fenomeni di plasticità neuronale. Non entro nel merito di questo discorso perché saranno poi il dottor Scognamiglio, il dottor Russo e la dottoressa Scognamiglio, ad accompagnarci in questa analisi e a presentarci anche un'esperienza con cui poterci confrontare. Presenterò meglio i miei colleghi, ma la loro presenza nasce proprio dalla volontà di leggere questo nuovo contesto e questa “nuova adolescenza”. Aggiungo solo, rispetto a questo, che sicuramente l'adolescenza rimane un tempo tanto ricco, tanto veloce di esperienze, di modalità, ma sicuramente è un tempo in cui già la rivista Nature nel 2018, quindi in tempi non sospetti rispetto alla pandemia, sottolineava come sia il momento in cui la morbilità e la mortalità aumenti del 200/300%. Quindi è un periodo davvero importante ed è anche il periodo in cui possono emergere diverse classi di malattie psichiatriche. Sappiamo che gli esordi, e la clinica ci dice che sono sempre più precoci, di stati d'ansia, di disturbi dell'umore, di psicosi, di disturbi alimentari, di disturbi di personalità, di abuso di sostanze sono in questa fase. Accanto a questo, però, l'adolescenza è anche il momento - ed è per quello che credo sia importante intervenire su questa fascia d'età- in cui tutti gli interventi terapeutici, riabilitativi, possono avere il massimo degli effetti. Quindi è veramente un *focus*, anche se non è meravigliosa questa parola, su cui investire. Noi dobbiamo, come clinici e come adulti che hanno una relazione con gli adolescenti da un punto di vista bio-psico-sociale ma anche da un punto di vista etico, farcene carico in termini di cura ma, e sarebbe un capitolo lunghissimo, anche in termini di prevenzione. Credo che lavorare nella clinica ci dice, e potremmo davvero ampliare il discorso alla prevenzione, quanto modelli culturali, schemi educativi, stili educativi, in realtà possano indirizzare una fragilità o propositivamente, come costruzione di un progetto di vita, o in realtà invece come difficoltà da superare faticosamente.

2) Se parliamo di adolescenti non possiamo non parlare delle famiglie. Famiglie che a volte noi stessi facciamo fatica ad accogliere senza pregiudizi. Sono le famiglie che spesso sono già di per sé in una situazione di grande frammentazione, di solitudine, di minor tenuta e che vivono le difficoltà dei figli come un fallimento della loro funzione genitoriale, quando forse non è così. Semplicemente forse potrebbero essere accompagnate a sostenere se stesse e i figli, soprattutto in questo momento di crisi, di breakdown evolutivo. Mi rendo conto si tratti di alcuni “flash”, ma anche i colleghi approfondiranno e poi c'è tempo eventualmente per alcune domande e riflessioni.

3) Terzo aspetto fondamentale sono i Servizi Territoriali. Qui presenti abbiamo colleghi con cui collaboriamo. Credo che nonostante l'impegno profuso dei nostri colleghi nel territorio - penso che a volte si sentano in trincea - è chiaro che la presa in carico non sia sufficiente. I Servizi dovrebbero essere in qualche modo rivisti, anche per poter far sì che davvero i giovani e gli adolescenti

avvicinandosi a questi Servizi non si sentano in qualche modo già stigmatizzati. Sicuramente è un lavoro da fare insieme. Spesso gli interventi che si trovano e che si possono fare sono di contenimento di un'emergenza e di stabilizzazione di un quadro clinico. Direi che tutto l'aspetto poi di riabilitazione, dell'accompagnare gli adolescenti nel sapersi riconoscere come persone di valore, forieri di risorse, in grado di imparare a progettarsi, è un lavoro che ci sfida. Nel senso che è un lavoro su cui investire grande parte dell'intervento con gli adolescenti.

Recovery For Life si inserisce in questo quadro con i propri *setting*, con le proprie attività di formazione e di ricerca, come ricordava il dottor Mauri, ponendosi accanto e integrando i Servizi Territoriali. È fondamentale per noi questa sinergia: integrarsi con i Servizi Territoriali, quindi UONPIA, CPS, Servizi Sociali, collaborando col Tribunale dei Minori, e riuscendo così a costruire dei percorsi di cura che siano integrati, prendendo in carico i vari aspetti della vita di ognuno di noi e quindi anche dell'adolescenza. Non solo, quindi, l'aspetto prettamente emergenziale, clinico-terapeutico, ma quello che può garantire, poi, la ripresa di una qualità di vita sicuramente migliore.

I progetti che noi come Recovery for Life abbiamo pensato e stiamo strutturando, sempre in una dinamicità, per rispondere davvero a quelle che sono le necessità, sono a favore di adolescenti. Parliamo della fascia di età 14-18 anni e delle loro famiglie che devono essere coinvolte perché sono una potenziale risorsa per diversi motivi: sia perché conoscono bene il proprio figlio, sia perché possono essere coloro che, recuperando una funzione genitoriale positiva, possono essere in gioco rispetto a una stabilizzazione positiva della vita del proprio figlio. Ci rivolgiamo anche a giovani adulti, dai 18 ai 25 anni perché l'ingresso nell'età adulta, con i compiti evolutivi che richiede, può destabilizzare; ma soprattutto perché fra 17 e 18 anni non c'è differenza. Partecipavo a un convegno, qualche settimana, dove si sottolineava come la maturazione del cervello, tanto da essere in grado di gestire le emozioni, che è uno degli aspetti preminenti, arriva intorno ai 25-28 anni. Quindi c'è una fascia di età di cui dobbiamo davvero prenderci carico, anche forse inserendoci e "accompagnando" i Servizi nel passaggio tra quelli per minori e quelli per adulti.

La clinica ci pone di fronte a un'emergenza che ha scardinato credo anche alcune nostre sicurezze di clinici. Alcune note: l'esordio avviene sempre più precocemente, la dimensione psicopatologica è sempre più complessa, emergono quadri clinici nuovi. Emergono nuovi fenomeni, nuovi sintomi, nuove dipendenze, le *New Addiction*, ma anche le vecchie dipendenze diventano sempre più incontrollabili. Sempre nel convegno di qualche settimana fa, riportavano come ogni anno vengano immesse in mercato 50 nuove sostanze di cui non conosciamo gli effetti, che non riusciamo nemmeno a testare e a riconoscerne l'assunzione. Sono dati assolutamente drammatici. Sappiamo, e lo vediamo, che è in forte aumento il fenomeno dell'autolesionismo, che può avere varie cause. Non sempre è un autolesionismo suicidario, ma un autolesionismo anche non suicidario, di contenimento delle emozioni, di autopunizione. Non entriamo nelle cause adesso, però è in fortissimo aumento, tanto che, vi do solo alcuni dati, l'incidenza nelle fasce di età di cui stiamo parlando oscilla tra il 15% e il 20% (Ross et al., 2002) e l'età di esordio è tra i 13 e i 14 anni (Herpetz, 1995; Nock et al., 2006; Withlock et al., 2006; Ross et al., 2002). Sono dati drammatici, di fronte ai quali però, gestendo anche le nostre ansie e le nostre fatiche, dobbiamo cercare di affinare quelle che sono le nostre capacità di comprensione del linguaggio che sta sotto al sintomo, della psicopatologia, per poter essere sempre più adeguati nelle proposte che offriamo ai nostri adolescenti, alle nostre famiglie.

Qualcuno sostiene che la pandemia in tutto questo sicuramente abbia avuto un ruolo. Credo che sia bene parlarne perché in realtà sicuramente la pandemia ha aggravato la situazione, ma non dobbiamo nasconderci dietro alla pandemia come causa di una situazione così emergenziale. Già le stesse società scientifiche, la stessa SINPIA, evidenziavano come negli ultimi 10 anni questa situazione fosse così allarmante: gli accessi ai servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza erano raddoppiati e la disparità tra il bisogno di una cura personalizzata e individualizzata e la risposta attraverso i Servizi rappresentava sicuramente un *gap* di cui farsi carico. È chiaro che la pandemia sia stato un *trigger*. Credo che su questo nessuno di noi possa dire

il contrario perché basta pensare ad alcuni dati che sono stati pubblicati, ad esempio dal Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Ospedale San Raffaele: nel 2020 sono raddoppiate le prime visite per il trattamento dei disturbi alimentari e il 30% in più dei ragazzi ha sviluppato questo disturbo. Le percentuali poi salgono al 35% per gli episodi depressivi e al 40,2% se si comprendono poi tutte le patologie, tutte le tipologie di disagio psichico¹. È veramente un dato drammatico che ci deve interrogare, che ci deve sfidare rispetto a che cosa proponiamo. Sono veri questi dati, ma è anche vero che questo dolore esisteva anche prima. Prima era maggiore la possibilità in qualche modo di celarlo, era gestito da ragazzi in maniera forse più “privata”, in una dimensione più silenziosa. La pandemia non ha fatto altro che renderlo evidente. Stare chiusi in casa con i propri figli ha reso evidente che cosa stava succedendo, lo ha reso esplicito. Il COVID è stato sicuramente un *trigger* ma, direi, ha dato più voce a un'emergenza che era già presente. La sfida ora è non fare finta di niente. Il COVID ha dato più voce ad un'emergenza che era già presente e che in qualche modo ci ha anche detto quanto non abbiamo fatto. Non lo dico in termini pessimistici ma in termini assolutamente propositivi, quanto non abbiamo fatto e quanto in realtà invece dobbiamo fare. Come dicevo prima vi è un aumento esponenziale delle richieste di cura ai Servizi Territoriali. La sfida che dobbiamo quindi raccogliere qual è? È che questa espressione di un disagio così profondo deve assolutamente essere accolta, ascoltata, compresa e affrontata, per evitare che i problemi poi diventino cronici. Sappiamo bene le traiettorie psichiatriche che i ragazzi che non hanno ricevuto un trattamento efficace nella fase di esordio o successivamente, possono successivamente intraprendere.

Le traiettorie psichiatriche di cronicizzazione mettono a rischio il futuro del giovane, della sua famiglia, ma anche del nostro contesto, perché gli adolescenti sono il nostro futuro. Mi piace ricordare un libro secondo me bellissimo, *l'Epoca delle passioni tristi*. Gli autori del libro, due psichiatri francesi, molti anni fa sottolineavano come - questo a dire che è un'emergenza che non è di adesso- quello che respiravano i nostri adolescenti, i nostri giovani, fosse un futuro che non era più una speranza, ma un futuro vissuto come una minaccia; i compiti evolutivi a cui “rispondere” nel percorso di crescita venivano vissuti con un senso di inadeguatezza, di vulnerabilità, di impotenza drammatica, dove la normale fragilità umana, quella disposizione, Borgna dice, che ci permette di capire noi stessi dal dolore dell'altro, in realtà non fosse vissuta come una risorsa ma come un limite a un'aspettativa di onnipotenza. Questo era detto 20 anni fa più o meno, però credo che questa analisi possa essere ancora molto efficace. Per raccogliere questa sfida, adesso, si usa la frase “dalla pandemia non si esce da soli” ripetuta costantemente. Mi verrebbe da trasportarla un po' anche alle malattie psichiatriche o a queste fasi di così grande vulnerabilità e disagio. Non ci si esce da soli. Non esce da solo né il paziente, né la sua famiglia, ma non esce da solo nemmeno un unico servizio. Abbiamo davvero bisogno di integrarci perché da una situazione di grande *break down* psicopatologico si possa uscire in altro modo che non sia che non sia la cronicizzazione.

Riassumendo, ci troviamo di fronte da un lato a questa emergenza clinica, dall'altro alla consapevolezza che l'intervento, per essere efficace e diminuire il rischio di cronicizzazione, deve essere precoce, riabilitativo. Dobbiamo essere in grado di leggere quali possano essere, senza delirio di onnipotenza, i segnali. In questa fase i trattamenti possono avere il massimo degli effetti e per farlo devono essere personalizzati e territoriali, nel luogo di vita del ragazzo. Sono indispensabili, questo è un po' il sunto, delle strutture di riabilitazione che siano capaci di una grande flessibilità nella costruzione, utilizzando i vari setting - residenziale, semiresidenziale, domiciliare e on-line- in una progettualità individualizzata e personalizzata. Mettere insieme tutti questi aspetti è stato il processo che, come RFL, abbiamo fatto in questo tempo e che si è concretizzato nel modello assistenziale che ci caratterizza.

¹ <https://www.hsr.it/news/2021/marzo/disturbi-comportamento-alimentare-adolescenti-2021>, consultato in data 04/11/2021.

Il titolo “*Nuove sfide dall’esperienza clinica*” significa questo. Una sfida che come Recovery for Life abbiamo colto facendoci carico di dare una risposta laddove ci sia un vuoto, non per mancanza di qualcuno ma perchè credo che nessun servizio debba essere “a tutto tondo”. Dare una risposta laddove esiste un vuoto sempre in un’ottica di integrazione, di sinergia con tutti gli attori che si occupano del ragazzo e della sua famiglia. I punti cardine che ho elencato sono per noi una concretizzazione di una sfida che abbiamo accettato. In questo percorso di proposte, di progetti di riabilitazione sempre più adeguati e su cui la mia collega, la dottoressa Tieghi che è il Coordinatore Clinico di Recovery for Life, porterà alcune riflessioni.

Punti cardine di questa sfida che noi abbiamo accettato sono:

- l’essere in rete, affiancare i Servizi e non solo;
- farci carico dell’adolescente e del giovane adulto e della sua famiglia in un’ottica di implementazione delle risorse all’interno della famiglia;
- proporre *setting* con diversi livelli assistenziali - questo credo che sia per noi un “fiore all’occhiello”, lo credo profondamente-: la possibilità di pensare a servizi che, come citavo prima, possono essere di un livello assistenziale molto diverso: residenza, semi residenza, on-line, domiciliare; la possibilità di poter utilizzare questi vari setting in un progetto che risponda davvero al bisogno. Penso ad esempio a ragazzi che non escono di casa, perché sappiamo tutti che uno dei dati della pandemia è anche la famosa “Sindrome della capanna” per cui risulta difficile uscire adesso, rimettersi nel mondo. La possibilità di costruire un’alleanza terapeutica a casa per poi capire di quale intervento ci sia maggiore necessità è una grande potenzialità che come Recovery for Life abbiamo e che già con i colleghi del territorio con cui lavoriamo ha dimostrato di essere veramente un valore aggiunto rispetto al percorso di riabilitazione.
- un altro cardine è integrare le diverse professionalità della cura. Noi lavoriamo in una équipe multidisciplinare in cui neuropsichiatri, psichiatri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, medici, dietisti, sono parte integrante e imparano ad avere un linguaggio comune. Lavorare in équipe crediamo tutti che sia una delle strade indispensabili, ma costruire insieme, far sì che la tua professionalità sia una parte di quel progetto unico, è anche questo uno dei lavori importanti da fare. Lavoriamo con gli adolescenti e con i giovani adulti e le famiglie, ma lavoriamo anche su di noi proprio per integrarci sempre di più.
- un altro cardine è mantenere una territorialità, come già sottolineavo, nel luogo di vita. Non costruire “cattedrali del deserto”, passatemi il termine, rispetto a bellissimi progetti in residenza, ad esempio, che risultano però inefficaci al momento del reinserimento sociale che avviene a molti chilometri di distanza. Essere nel luogo di vita permette invece di mantenere quelle relazioni che saranno poi propositive per continuare il proprio percorso di crescita.

Tutto ciò non è un processo statico ma dinamico. L’Academy di RFL, attraverso proposte di formazione e di ricerca, ha come *focus* proprio questo: il miglioramento delle offerte terapeutico-riabilitative del nostro modello assistenziale; contribuire a generare un elevato valore sociale per i ragazzi; contribuire a fare un lavoro di prevenzione, a rivedere quelli che possono essere i modelli e gli schemi educativi che in realtà fanno sì che la fragilità venga manifestata in termini psicopatologici e non invece integrata in un percorso di crescita.

Credo che tutti noi abbiamo cercato di acquisire delle abilità che ci consentissero di gestire le nostre fragilità: non le neghiamo, le sappiamo gestire e in tal modo forse, come diceva Borgna (2014), è possibile generare quel terreno in cui noi capiamo anche le difficoltà e i dolori dell’altro.

Vado verso la conclusione ma permettetemi un’ultima riflessione, a cui ho un po’ già accennato prima. C’è un’altra sfida che insieme non possiamo assolutamente lasciarci sfuggire: riflettere sulla pandemia. Cosa ci ha insegnato questa pandemia? Ci sta insegnando qualcosa? Giustamente ci lamentiamo del distanziamento, delle mascherine, di tutto quanto, ma ci ha insegnato qualcosa rispetto alle nostre relazioni, al nostro stile di vita? Non abbiamo ancora ben capito di cosa si tratti, ma di sicuro sappiamo che al di là dell’emergenza attuale ci sarà probabilmente un’onda lunga che arriverà all’attenzione dei nostri Servizi. Oggi abbiamo i dati che ho provato a riportare prima,

sull'aumento dei problemi di salute. Fra qualche anno arriveremo impreparati? Non dobbiamo farci trovare impreparati. Questo lo dico non solo rispetto alla clinica ma anche rispetto all'implementare le risorse individuali. Dobbiamo secondo me -questa credo che sia una sfida che potremmo accogliere insieme- cercare di essere attenti a che le difficoltà della vita non diventino per forza un trauma. Possiamo imparare a far sì che questo trauma ci insegni qualcosa. Dobbiamo stare attenti affinché gli adolescenti e i giovani non vivano solo questo periodo con la percezione di quello che non hanno vissuto e quindi con un'etichetta che in qualche modo è patologizzante. Riporto ciò che dice il direttore del centro nazionale per la ricerca e la prevenzione del suicidio presso l'Università di Oslo. Lars Mehlum si è chiesto quale sia uno dei fattori che promuovono il cambiamento in senso propositivo e positivo di qualità di vita. Uno dei fattori è la speranza. La speranza è un fattore protettivo mentre la *hopelessness* è, di contro, un fattore di rischio importante per l'autolesionismo, per il rischio di atti suicidari e via dicendo (Mehlum et al., 2019). In qualche modo ritorna quello che dicevano i colleghi circa una ventina di anni fa. La speranza di farcela, di potersi progettare, di investire sul proprio futuro imparando a tollerare l'ansia, la frustrazione, l'imperfezione quindi imparando ad esprimere quelle che sono la propria originalità, le proprie risorse, la propria identità. Questo, a qualunque livello, clinico, scolastico, familiare, è secondo me il nostro compito di adulti e della professione di cura ed è una delle sfide che credo dobbiamo accogliere. Grazie.

Proseguendo con il nostro seminario abbiamo pensato di coinvolgere, come già accennavo prima, vari colleghi, attori che ruotano intorno agli adolescenti e alle loro famiglie.

Parlando di adolescenti, parlando con gli adolescenti, tutti noi ci accorgiamo che abbiamo forse un *gap*. Dobbiamo davvero ricostruire un pensiero sull'adolescenza e dobbiamo tenere conto di quali siano le modalità con cui loro stessi leggono se stessi, la loro vita e il modo di rapportarsi all'altro. L'idea di coinvolgere il dottor Scognamiglio, il dottor Russo e la dottoressa Scognamiglio è nata dall'aver letto un libro dal titolo *Adolescenti digitalmente modificati (ADM)* (Scognamiglio – Russo, 2018). Lascio a loro la parola. Il dottor Scognamiglio è il primo che interverrà.

Psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista, psicosomatologo, direttore dell'Istituto di Psicosomatica Integrata, direttore di Nuova clinica, Nuovi setting, direttore dell'Associazione Nazionale Dipendenze Tecnologiche e Cyberbullismo della Regione Lombardia. Quindi quale persona più indicata per poterci accompagnare in questa lettura.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Benasayag, M. – Schmit, G. (2013), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli Editore, Milano.

Borgna, E. (2014), *La fragilità che è in noi*, Einaudi, Torino.

Herpetz, S. (1995), *Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 91(1), 57-68.

Kaplan, M. (2018), *Happy with a 20% chance of sadness*, Nature, 563, 20-22.

Mehlum, L. – Ramleth, R.K. - Tørmoen, A. J. – Haga, E. – Diep, L.M. – Stanley, B.H. – Miller, A.L. – Larsson, B. – Sund, A.M. – Grøholt, B. (2019), *Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60 (10), 1112-1122.

Nock, M.K. - Joiner, T.E. - Gordon, K.H. (2006), *Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts*, Psychiatry Res., 144(1), 65-72.

Ross, S., Health, N. (2002), *A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents*, Journal of Youth and Adolescence, 31(1), 76-77.

Scognamiglio, R.M. - Russo, S.M. (2018). *Adolescenti Digitalmente Modificati (ADM): Competenza Somatica e nuovi setting terapeutici*. Mimesis edizioni, Milano.

Withlock, J. - Eckenrode, J. - Silverman, D. (2006), *Self-injurious behaviors in a college population*, Pediatrics, 117(6), 1939-1948.