



Depressione

Stop

La Depressione tra inverno e primavera

**L'effetto Dunning-
kruger e il Natale**

**La Depressione
Stagionale**

**Next Stop Rogoredo
una fermata della
metropolitana o ...
cos'altro?**

Cybersex ed erotismo

**Doppia Depressione.
Uno studio di
comunità a Cava dei
Tirreni**



Progetto

Depressione Stop è una rivista a carattere scientifico divulgativo, che esprime le finalità della nostra associazione “Eda Italia Onlus, Associazione Italiana sulla Depressione”. Il periodico ha lo scopo principale di offrire un’ulteriore occasione di divulgazione delle informazioni scientifiche sulla Depressione e sui Disturbi dell’Umore, espresse con un linguaggio chiaro, semplice e facilmente leggibile. Queste malattie sono molto diffuse, sono spesso subdole nella loro evoluzione, e coinvolgono tutte le fasce di età, con esordio frequentemente giovanile.

La rivista ha lo stesso obiettivo de “La Giornata Europea sulla Depressione”, evento annuale italiano, gemellato con altre 16 nazioni europee e coordinato dall’EDA Italia Onlus, che è quello di dare spunti di riflessione, di aggiornamento e d’informazione sul “Male oscuro” al comune cittadino e agli operatori del settore, approfondendo ed aggiornando i contenuti d’interesse.

Direttore Responsabile

Francesco Franza
direttore.responsabile@deprestop.it

Direttore Editoriale

Maurilio G. M. Tavormina

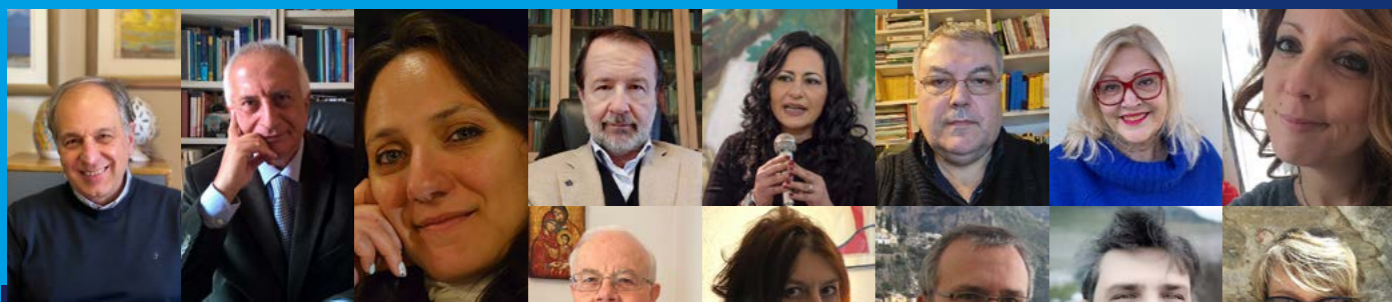
Direttore Artistico

Wilma di Napoli

Caporedattore e Dirigente segreteria

Giuseppe Tavormina

Redazione : Via Nazionale 88,
83020 Mercogliano (AV), Italia
redazione@deprestop.it



Comitato Scientifico

Gino Aldi, Marilisa Amorosi, Alba Cervone, Francesco Cervone, Immacolata d’Errico, Walter di Munzio, Luigi Starace, Francesca Mari

Redazione

Patrizia Amici, Donatella Costa, Domenico de Berardis, Sandro Elisei, Andrea Iengo, Maria Rosaria Juli, Gianluca Lisa, Antonella Litta, Enza Maierà, Maria Efsia Meloni, Leonardo Mendolicchio, Maria Vincenza Mino, Dominique Tavormina, Romina Tavormina, Antonella Vacca, Federica Vellante



Editore



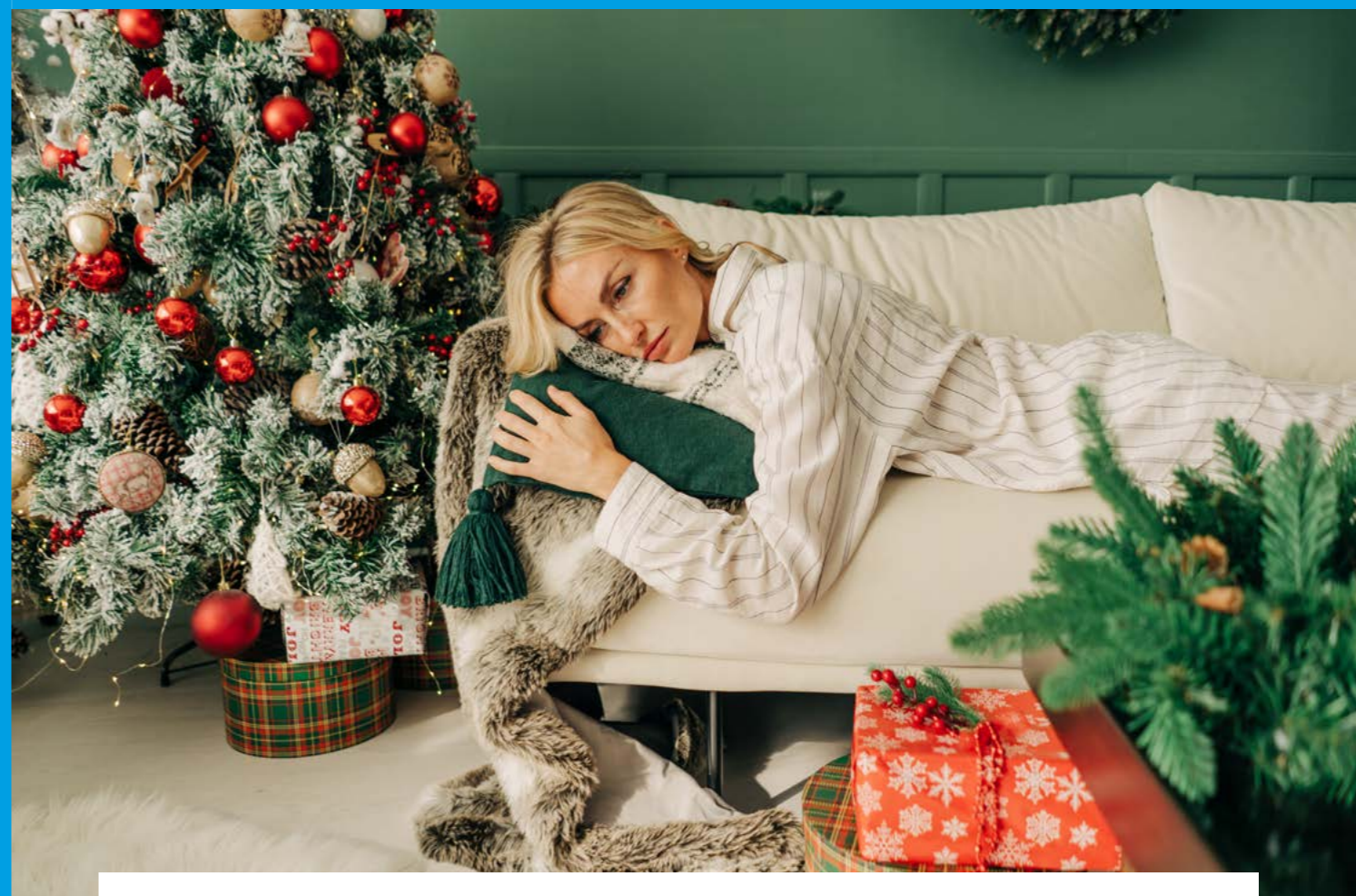
Sede: Piazza Portici, 11, 25050 Provaglio d’Iseo (BS), Italia
tel. e fax: +39 030 9882061 email: segreteria@edaitalia.org
sito Web: www.edaitalia.org Codice F. / P. IVA: 02897990988



Stampa: Pixartprinting S.p.A. Via I° Maggio, 8, 30020 Quarto d’Altino VE

Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it

Autorizzazione n° 1483 del 06/09/2021 Tribunale di Avellino



Editoriale

Cari amici e colleghi,

è con grande piacere che sostengo e mi felicito con i promotori per l’uscita del primo numero della rivista “Depressione Stop”.

È il giusto coronamento a una azione di formazione per i medici e di informazione anche per il grande pubblico, iniziata anni addietro con la creazione della “European Depression Association” La Depressione, ancora oggi, purtroppo, rimane una delle patologie più subdole e diffuse che richiede, da parte dei professionisti della salute, una attenta analisi, una accurata valutazione e un approccio terapeutico personalizzato. Nella scia del Covid, negli ultimi due anni, siamo stati confrontati a situazioni ansiogene che hanno facilitato l’insorgere di manifestazioni depressive in una larga fetta della popolazione! L’impegno di professionisti preparati e la pubblicazione di notizie e informazioni validate è la via maestra da percorrere.

“Depressione Stop” vuole essere questo strumento di informazione in grado di fornire quel necessario supporto qualificato di cui il grande pubblico ha bisogno per far fronte con maggiore competenza a tutte quelle situazioni che, nella sfera personale, lavorativa e sociale, inevitabilmente si presentano! Sono certo che questa iniziativa editoriale susciterà l’interesse del mondo accademico e dei media per i quali potrebbe essere una fonte autorevole e validata. Ad maiora!

Vincenzo Costigliola MD
Presidente di EDA
(European Depression Association)



Felicità e tristezza nelle nostre festività

/ Francesco Franza /

La tristezza e la felicità sono due emozioni che conosciamo bene e che possono pervadere l'atmosfera delle festività.

Il primo numero di una rivista suscita tante emozioni. Dall'entusiasmo di un nuovo percorso si passa alla paura di commettere errori. Dalla gioia della nascita del nuovo progetto si cede alle incertezze e ai problemi che troveremo nel nostro cammino. Allo stesso modo emozioni contrapposte come la tristezza e la felicità ci accompagnano durante il periodo delle festività. Sono due facce della stessa medaglia così come avviene in alcune patologie dell'umore. Il discorso potrebbe richiamare la tristezza e potrebbe sembrare malinconico. Potrebbe sembrare in tema con l'argomento di questo numero sulla depressione ad andamento stagionale. La tristezza, tuttavia, non è depressione; lo sosterranno gli autori in questo numero. La tristezza è una emozione che è spesso presente durante le festività. Una emozione che ci fa paura e che ci può far sentire soli. Dobbiamo trasformarla, tuttavia, in una opportunità, in una emozione che può aiutarci a riflettere. Può aiutare a capire che noi

siamo qui perché portiamo in noi la nostra storia. Veniamo tutti da lontano e non intendo soltanto in senso geografico. Ma tutti siamo giunti qui. Avendo il diritto e il dovere di rappresentare in questo momento quello che siamo stati, che siamo ora e che saremo. Quando si avvicinano le feste, soprattutto quelle natalizie, siamo invasi da un sentimento di speranza positiva, anche di felicità. Ci vengono in mente i nostri Natali passati; quelli trascorsi nel caldo della nostra famiglia e dei nostri affetti. Speriamo, anzi crediamo, che anche le festività che stanno per arrivare saranno così. Che possono portarci in dono la felicità. Ma a volte ci assale un velo di tristezza, che non sappiamo identificare. Non la sappiamo capire se non ci fermiamo a riflettere cosa siamo e con chi siamo ora. È la mancanza di qualcosa che non c'è più? Non è solo l'assenza di persone amate ma la mancanza delle emozioni vissute con quelle persone, in quel tempo. Questa emozione ci può confondere, scoraggiare, far

pensare che stiamo sperando e cercando qualcosa che non ci è più concesso avere. Inevitabilmente ci accorgiamo di essere assaliti da un senso di vuoto che sembra essere incolmabile. Questa tristezza in alcune persone si trasforma in depressione e può assumere la caratteristica di Depressione Stagionale. Ma il calore delle festività non resta nascosto dentro di noi. Fa capolino; inizia pian piano a uscire fuori. La vena malinconica si trasforma in una sensazione di tranquillità, di serenità. Ci prende, allora, un sentimento di felicità, circondati da nuovi affetti, da compagni di vita, figli, nipoti, amici, colleghi di lavoro, da membri dell'EDA Italia. Sentiamo che sta nascendo una certezza. Noi siamo qui! Ora! A rappresentare il diritto di portare in noi la nostra storia e gli insegnamenti delle persone che ci hanno preceduto e che abbiamo l'onore e il piacere di rappresentarli. Proprio in questi momenti dobbiamo ricordare la nostra storia, da dove veniamo, cosa e, soprattutto, chi portiamo in noi. Ricordiamo le persone che vivono in noi, anche se non più fisicamente. Persone che rappresentiamo qui, ora, in questo momento, avendo il rispetto per loro e, quindi, per noi. Ci spingono a "sentire" il cammino fatto insieme a loro. Ci aiutano a non cadere nella tristezza, nell'angoscia e nella assenza di speranza. La speranza non avrà così motivo di esistere, diventerà un mezzo inutile e superficiale, perché avremo la certezza consolatoria che tutto è qui. Ed è in questo momento che nasce la magia dell'incontro, nasce la felicità. La speranza diventa certezza perché nasce dall'incontro delle nostre storie. Gli autori del primo numero parlano della depressione e il mondo



che gira intorno ad essa. Affrontano il problema della Depressione ad andamento Stagionale, che durante le festività può e aggravarsi. La Depressione, tuttavia, si può manifestare in diverse forme. È importante conoscere questi aspetti perché proprio "le festività possono essere fonte di stress". Queste e altre considerazioni, informazioni e curiosità sulla Depressione ad andamento stagionale potranno essere letti nel nuovo numero della neonata rivista Depressione Stop. Una rivista che non fa conclusioni. Lascia aperta la porta della cultura

e della conoscenza. Vi auguro una buona lettura, comprendendo i nostri sforzi per cercare di fare una informazione culturalmente e scientificamente adeguata. Vi auguro di godere insieme a noi questa nascita, frutto di storie convergenti. Godere il momento non è retorica psicoterapeutica ma è consolazione terapeutica. Quando ciascuno si domanderà della propria vita dovrà tenere conto della sua storia. "E ciascuno risponde come può, in modo sincero o mentendo; ma questo non ha molta importanza. Ciò che importa è che alla

fine ciascuna risponde con tutta la propria vita" (Sándor Márai. Le braci). Solo in questo modo riusciremo e avremo il diritto di entrare pienamente nello spirito delle feste che ricorda molto lo spirito della EDA Italia Onlus.



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile



Sommario

8	Maurilio Tavormina <i>La Depressione Natalizia</i>	48	Gino Aldi <i>Le Challenge e la morte sul Web</i>
10	Walter di Munzio <i>Doppia Depressione. Uno Studio di comunità a Cava de Tirreni</i>	50	Immacolata d'Enrico <i>Premio di studio Prof. Marcello Nardini SOPSI 2021</i>
12	Federica Vellante <i>Quale colpa per la Depressione</i>	52	Luigi Starace <i>L'interesse che non ti aspettavi sul Etnopsichiatria</i>
14	Maria Efsia Meloni <i>Le stagioni e l'umore</i>	54	Donatella Costa <i>Il familiare curante e le emozioni negative</i>
16	Enza Maierà <i>La violenza di genere</i>	56	Alba Cervone <i>Il Natale dei dimenticati</i>
18	Maria Rosaria Juli <i>Quando la scuola può</i>	58	Wilma A.R. Di Napoli <i>Il rischio suicidario tra inverno e primavera</i>
20	Giuseppe Tavormina <i>La Giornata sulla Depressione del 2021</i>	60	Immacolata d'Enrico <i>"Natale" La poesia di Giuseppe Ungaretti</i>
22	Francesco Franza <i>L'effetto Dunning-Kruger e il Natale</i>	62	Domenico De Berardis <i>La famiglia problematica di Little Miss Sunshine</i>
24	Antonella Vacca <i>La speranza di Zaky: Luce sul male oscuro</i>	64	Luigi Starace <i>Fotografia e comunicazione contemporanea</i>
26	Walter di Munzio <i>Disuguaglianze sociali</i>	66	Antonella Litta <i>Musica Metal e salute mentale</i>
28	Maurilio Tavormina <i>La Depressione Stagionale</i>	68	Romina Tavormina <i>Veleno 19 al Depression Day</i>
30	Patrizia Amici <i>Christmas Blues. Quando la festa "Infesta"</i>	70	Leonardo Mendolicchio <i>Arte e psiche</i>
32	Immacolata d'Enrico <i>Opere d'arte e Depressione: il laboratorio di narrazione</i>	72	Gianluca Lisa <i>Un abbraccio per Natale un arma contro la Depressione</i>
34	Giuseppe Tavormina <i>Disturbi della Condotta Alimentare</i>	74	Dominique Tavormina <i>Didattica a distanza. Impressioni e testimonianze degli studenti</i>
36	Andrea Iengo <i>Psicoterapia per la Depressione</i>	77	Giuseppe Tavormina <i>La malinconia in Dante</i>
38	Massimo Elia <i>L'energia vitale e la Depressione</i>	80	Maurilio Tavormina <i>Bile nera e malinconia</i>
41	Francesca Mari <i>Cybersex ed erotismo</i>	82	Antonella Litta <i>La Deposizione di Rosso Fiorentino</i>
44	Francesco Cervone <i>Corpo, umori e stagioni</i>	84	Marilisa Amorosi <i>Depressione ad andamento Stagionale</i>
46	Maria Vincenza Minò <i>Binge-watching e la Depressione da fine serie tv</i>	86	Giuseppe Tavormina <i>Next Stop Rogoredo: una fermata della metropolitana o ... cos'altro?</i>
		89	Wilma A.R. Di Napoli <i>Auto-mutuo-aiuto anche a Natale</i>

La Depressione Natalizia

/ Maurizio Tavormina /

Quando il Natale porta tristezza e malinconia invece di gioia e allegria. La Depressione durante le feste guarisce spontaneamente con il nuovo anno.

La Depressione natalizia è più frequente di quanto possiamo credere. Le festività in genere e le vacanze spesso possono portare sentimenti di ansia, malinconia e tristezza. Il Natale con le sue mille luci colorate e il loro luccichio, gli allegri addobbi festosi, il colore rosso che predomina nei decori, rendono il clima della festività lieto, allegro, carico di buone aspettative e stimolante di piacevoli ricordi della nostra infanzia. Si aspetta e ci si augura il meglio, scambiandosi benevoli ed affettuosi auguri, si offrono doni colorati, inviti, dolci e prelibatezze natalizie. La famiglia si raccoglie al caldo focolare domestico, i credenti celebrano la messa e i rituali religiosi del Santo Natale con uno spirito di rinnovata fede, pieno di speranze per il nuovo anno liturgico e amore fraterno. Le strade e i negozi si affollano di persone intente all'acquisto di regali e di cibo per le festività. Si vive un clima di magia re-

altà, sentita come una favolosa gioiosa e fugace esistenza, vissuta con un umore lievemente eccitato ed euforico. Purtroppo, però, non è per tutti così! In questi giorni particolari, quando essere speranzosi, felici e contenti sembra quasi un obbligo sociale, molte persone si ammalano di Depressione o soffrono per il freddo, la fame, la povertà e per le difficoltà, per i problemi fisici, psicologici, sociali, lavorativi legati anche alla pandemia virale e alla perdita di persone care. La Depressione natalizia è un Disturbo dell'Umore, di tipo depressivo, strettamente legata alle festività natalizie; essa si riduce o scompare dopo il trascorrere delle stesse. È caratterizzata da tristezza, malinconia, mancanza di forze, tendenza al pianto, aumento dell'appetito, della voglia di carboidrati e dolci, aumento del sonno e tendenza alla sonnolenza durante la giornata, chiusura nei rapporti sociali e tendenza ad isolarsi.

Sono ipotizzate cause biologiche con riduzione di serotonina ed aumento della melatonina, come per la Depressione Stagionale, e soprattutto cause psicologiche e sociali, non dipendenti da altri fattori stressanti come ad esempio la disoccupazione stagionale. Va precisato che di per sé i festeggiamenti natalizi possono essere causa di stress quale: riunioni familiari che possono non essere gradite; l'organizzazione e l'acquisto dei regali con le eventuali difficoltà economiche; il mancato impegno scolastico e lavorativo e il maggior tempo trascorso con i familiari, o in solitudine per la morte di una persona cara o per litigi e crisi coniugali; o semplicemente legate alla salute e ai cambiamenti sociali; la tendenza a fare dei bilanci conclusivi di fine anno ed eventuale insoddisfazione e sofferenza per gli obiettivi non raggiunti. La Depressione natalizia, a differenza di quella stagionale, pur avendo una sintomatologia in comune, se ne differenzia da quest'ultima per l'inizio e la durata della malattia e per il fatto che è inerente e presente nel periodo natalizio.

La Depressione natalizia si distingue dalla Depressione Maggiore per l'intensità, la gravità e la durata dei sintomi. Essa può essere catalogata tra le forme di breve durata e non specifiche di Depressione, non rispettando i suoi criteri comuni d'inclusione per la depressione maggiore (DSM-5, 2013). La terapia indicata, per efficacia e scarsità di effetti collaterali, è la "terapia della luce" (esposizione ad un fascio di luce di circa 10.000 lux, emessa da una lampada che imita la luce solare) per circa un'ora al giorno. Nei casi in cui i sintomi depressivi sono più marcati



sono utili i farmaci antidepressivi serotonergici e la psicoterapia individuale. È importante rivolgersi ad un professionista ogni qual volta lo si ritenga necessario ed in particolare quando i sintomi sono gravi o non si risolvono spontaneamente dopo le festività, per evitare un eventuale aggravarsi del quadro depressivo. Possono essere utili i seguenti consigli:

- Cercare di non isolarsi e stare in piacevole compagnia
- Ridurre le ansie, le aspettative sociali, lo stress festivo e lo shopping natalizio (Kasser T, 2002)

- Accettare i propri sentimenti ed emozioni negativi, senza necessariamente adeguarsi al clima di festa e senza imporsi una gioiosa falsa apparenza: rafforzerebbe lo sconforto!

- Prendersi cura di sé, migliorando lo stile di vita e facendosi piccoli regali.

- Non farsi prendere dai pensieri negativi, impegnandosi in qualcosa di pratico e concreto.

- Cercare di risolvere eventuali litigi e crisi familiari

- Essere benevolo verso sé stesso e il prossimo.

Buon Natale a tutti.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013a). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, D.C.: APA
2. Kasser, T., Sheldon, K. M. (2002). What Makes for a Merry Christmas?, in: Journal of Happiness Studies, vol. 3, n.4, pp. 313-329



Maurilio Tavormina
Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

Doppia Depressione. Uno studio di comunità a Cava dei Tirreni

/ Walter di Munzio /

Una ricerca scientifica sugli effetti depressivi del Covid-19 sull'economia e sulle patologie psichiche dei cittadini di Cava de Tirreni (SA).

La Doppia Depressione è forse il termine più abusato in questa fase post epidemica, perché risponde meglio allo stato d'animo delle persone. Esse si trovano a fronteggiare la ripresa delle normali attività lavorative, ludiche e sociali, i disagi economici e le difficoltà psichiche correlate. La doppia depressione è chiamata in causa in due ambiti diversissimi e molto presenti in questo periodo pandemico. Il primo è usato in campo economico per indicare una fase di crisi di produzione e riduzione del PIL (Prodotto Interno Lordo). Il secondo significato è quello più noto, causa una forte riduzione dell'umore, pessimismo, calo degli interessi, scarse relazioni e un peggioramento della qualità della vita. Molti autori hanno pubblicato studi finalizzati a calcolare i danni psicologici prodotti sulla popolazione a seguito della pandemia. Un interessante studio di comunità è stato condotto sulla popolazione di Cava de' Tirreni (SA). Sono stati ricercati dati epidemiologici di salute dei cittadini per orientare la programmazione territoriale.

Gli autori hanno condotto lo studio di comunità su tutti i residenti, con lo scopo di approfondire i loro danni psicologici e fisici, conseguenti all'infezione virale. È stata la prima volta che una città di medie dimensioni si è posta il problema di indagare gli esiti dell'epidemia sulla propria popolazione. La ricerca ha focalizzato risultati da un punto di vista scientifico, sociologico e persino amministrativo. Si volevano acquisire informazioni utili ai clinici per capire il tipo di danni che si potevano produrre e, agli amministratori, per mettere in campo possibili e concrete soluzioni amministrative. Per preservare la salute pubblica, e contenere la diffusione del contagio, molti comuni hanno adottato misure contenitive. Esse sono state il distanziamento sociale (ossia fisico) e le quarantene, fino al concreto isolamento delle persone infette e dei loro familiari. La quarantena è stata un'esperienza dolorosa e stressante. Troppo spesso ha comportato anche una lesione delle libertà personali e dei contatti sociali, producendo senti-

menti di aggressività, insicurezza e diffidenza. Queste esperienze hanno portato a un vistoso cambiamento nella qualità della vita delle persone, ben evidente nello studio comunità. La quarantena ha avuto inoltre un forte impatto sulla salute mentale. In particolare ha pesato l'isolamento sociale, la solitudine, la diffidenza, l'angoscia e la paura di infettarsi. Ancora il timore di non avere beni di prima necessità e la scarsità di corrette informazioni sono risultate importanti. Tutti questi fattori hanno determinato un aumento dei sintomi ansioso-depressivi, insonnia, irritabilità e sintomi ossessivo-compulsivi. Inoltre c'è stato un maggior consumo di farmaci psichiatrici (il 20% di aumento), di sostanze stupefacenti e, a volte, la comparsa di ideazione suicidaria e azioni aggressive (Di Munzio et al, 2021). Senza contare l'aumento di casi di violenza familiare, che trovano fondamento in comportamenti di esasperazione e di paura. Fino al diffondersi di convincimenti di tipo "politico", come si legge nel Rapporto CENSIS 2021, quali idee che negano la realtà. Alcuni rifiutano l'esistenza della malattia virale, incentivando comportamenti a rischio (rifiuto delle mascherine e ricerca di assembramenti in generale). I ricercatori hanno condotto lo studio di comunità sulla popolazione di una cittadina medio-grande (circa 50.000 abitanti), economicamente benestante, nel meridione d'Italia, utilizzando:

- a. la rete dei medici di base e dei pediatri di libera scelta;
- b. una Fondazione del territorio e un'associazione locale di operatori sanitari, che include anche tutti i MMG (medici di medicina generale);
- c. alcuni ambulatori specialis-



tici di psicologi e psichiatri sia pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) che privati. Sono state individuate le persone a rischio attraverso un questionario autosomministrato e sono state invitate poi, da uno specialista volontario e aderente alla ricerca. Il fine è stato quello di un inquadramento diagnostico e d'individuare una eventuale incidenza di disturbi psichici nella pandemia. Gli obiettivi che ci si è posti sono stati 5:

1. Quantizzare l'impatto della pandemia e delle misure di limitazione della libertà sulla salute mentale della popolazione in termini di sintomi ansioso-depressivi;
2. Valutare la percezione soggettiva di solitudine e di isolamento sociale;
3. Valutare l'insorgenza di pensieri di morte e l'adattamento alla quarantena e alla pandemia;
4. Individuare patologie psichiatriche gravi, valutando la comparsa di eventuali sintomi precoci di tipo psicotico;
5. Approfondire il ruolo di Internet, della rete dei social e delle strutture sociali attive sul territorio in questo delicato momento. La disponibilità di questi dati doveva consentire, all'Amministrazione Comunale ed all'Azienda

Sanitaria Locale, di programmare azioni amministrative facilitanti una corretta programmazione di servizi e di attivare azioni capaci di opporsi ai danni sulla popolazione. I metodi scientifici utilizzati nello studio di comunità hanno selezionato 3 tipi di popolazione a rischio e hanno definito specifici percorsi per la loro gestione sanitaria: 1. Disturbi di Ansia; 2. Depressioni; 3. Esordi Psicotici. Lo studio, attuato da volontari, è stato finalizzato all'attivazione di nuovi servizi territoriali in ambito sociale e a fornire visite di consulenza psicologico/psichiatrica. È stata utilizzata la disponibilità del personale della ASL di riferimento. I dati della ricerca evidenziano alcuni insegnamenti utili nel campo medico e della politica:

1. La necessità di riorganizzare i servizi territoriali di prevenzione e di assistenza extra ospedaliera.
2. La necessità di riformare profondamente l'organizzazione periferica amministrativa ed i meccanismi di distribuzione delle risorse disponibili.
3. L'urgenza di ripensare l'assistenza agli anziani e la risposta alla cronicità (di Munzio, 2021). I risultati dello studio di comunità ha infine dimostrato che sarebbe utile e possibile estendere il

“Modello Psichiatria” anche agli anziani e alle fasce deboli della popolazione. Questo ambizioso obiettivo si persegue con un lavoro di cooperazione tra dipartimenti che includono sia momenti ospedalieri che territoriali, oltre a una rete di strutture ambulatoriali e residenziali. La ricerca ha evidenziato che il “Modello Psichiatria” è non solo più efficace, ma è anche capace di conservare affetti e relazioni. Esso costa molto meno del modello ospedaliero e di lungodegenza e potrebbe persino contribuire allo sviluppo di un'economia diffusa dei territori (di Munzio, 2019).

Bibliografia

1. Di Munzio W. (a cura di): Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale. Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2019.
2. Di Munzio W. et al.: Effetto Lockdown, storia di una pandemia tra cronaca ed esiti psicologici, Marlin Editore, Cava de' Tirreni, 2021.
3. Di Munzio W.: Report Finale della ricerca di comunità sugli esiti della pandemia condotta sul territorio, Report Finale, Cava de' Tirreni, 2021.
4. 55° Rapporto sulla situazione sociale del paese 2021, Ed. CENSIS, Roma 2021



Walter di Munzio

Medico Psichiatra
Giornalista Pubblicista

Quale colpa per la Depressione

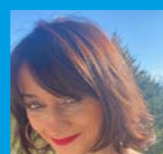
/ Federica Vellante /

Molte volte cerchiamo di coprire una mancanza affettiva importante con una eccessiva disponibilità verso l'altro e ci sentiamo sempre in colpa se non lo facessimo.

“Non avrei mai pensato di arrivare a desiderare che la colpa, che ho associato alla mancanza, non facesse parte per un momento del mio mondo interno: un viaggio difficile e doloroso. Oggi mi appartiene...” Sono le parole di una mia paziente che chiameremo Francesca. Ella è in cura da molti anni con farmaci e psicoterapia psicoanalitica. Oggi effettua solo controlli saltuari di monitoraggio. La vita della paziente è stata più o meno da sempre accompagnata da quelli che in psichiatria si definiscono stati depressivi, quelli che, in altri tempi, noi psichiatri avremmo definito distimia. La donna non trovava pace. Le difficoltà la ributtavano in uno stato di profonda solitudine e disperazione che travestiva con comportamenti fuorvianti, a volte di tipo ossessivo-compulsivo. E le riusciva bene, era davvero bravissima, nessuno si accorgeva della sua sofferenza, della sua depressione, nemmeno lei. Fino a quando uno degli psichiatri che

ha incontrato, ha iniziato a dare un nome ai sintomi che sembravano ai più ‘caratteristiche personali’. Francesca cercava di capire e risolvere questioni altrui, degli affetti in particolare. Chi si avvicinava a lei era ammaliato dal suo dare, la sua sembrava essere una generosità incondizionata. Non lo sapeva bene la paziente, ma lo stava imparando sulla sua pelle. Si trattava di una sorta di garanzia, quella di garantire il controllo di una presenza. Cercava di fronteggiare una mancanza radicale, storica e indicibile perché è troppo dolorosa. E fino a quando? Fino alla consapevolezza di quella mancanza, del fatto che quella assenza aveva a che fare con responsabilità altrui, che non c'era colpa, ma solo responsabilità altrui. Altre persone che era impossibile interpellare perché emotivamente mancanti da sempre. Qui, credo come in ogni campo umano, siamo tenuti al massimo ad aprire solo dei campi di riflessione, non altro. E

a questo proposito probabilmente la colpa della sua Depressione, se così si può definire e se davvero una sola ce n'è, può avere a che fare proprio con l'assumersi la responsabilità di una mancanza affettiva che riguarda “altro da sé”. Senza averne coscienza e alla ricerca forse disperata di un contatto emotivo. Meccanismi psicopatologici sottili sono chiamati in causa. Tra questi mi viene in mente l'identificazione con l'aggressore, leggendo la mancanza come una aggressione al negativo, una sorta di negligenza e colpa. Ma l'essenza della stessa credo sia la difficile consapevolezza di sé stesso ed una difficoltà a restituire all'altro la colpa della sua mancanza e della sua responsabilità. E di fronte alla consapevolezza di ciò, la colpa smette di schiacciare la paziente e la malinconia parla al suo posto con umana poesia. Ripeto a tal proposito le parole di Francesca, del suo ultimo controllo clinico: oggi è consapevole della “Presenza di Sé” così come della “Mancanza dell'Altro”. “Non avrei mai pensato di arrivare a desiderare che la colpa, che ho associato alla mancanza, non facesse parte per un momento del mio mondo interno: un viaggio difficile e doloroso. E il desiderio diventa una ripresa, una rinuncia alla cura della mancanza altrui e una possibilità diversa di vita, con la memoria malinconica, umanamente preziosa, di quanto la relazione con Sé e con Altri davvero curi.



Federica Vellante

Medico Psichiatra
Redattrice



Le stagioni e l'umore

/ Maria Efsia Meloni /

Dalle ricerche scientifiche emerge una correlazione tra Depressione e ciclo delle stagioni. La luce solare è determinante ed incide sull'insorgere dei Disturbi dell'Umore.

Fin dall'antichità è risaputo che la luce del sole varia durante le stagioni ripercuotendosi sul benessere psicofisico delle persone. Il ritmo delle stagioni influenza le attività, le abitudini quotidiane, nonché gli stessi prodotti in natura che sono molteplici e variegati. Nei diversi Paesi del mondo, a seconda della latitudine la durata del sole nell'arco della giornata e dell'anno è diversa, questo influisce notevolmente sul tono dell'umore. Il percorso storico, antropologico, e lo stesso mutare delle temperature, del clima, interferisce anche sulla modalità degli scambi commerciali. Infatti la comunicazione in tutto il pianeta avviene attraverso i mezzi di trasporto, rispecchiando la globalizzazione, e, purtroppo questo si manifesta negativamente in un periodo di pandemia. Già nel 460 a.C. Ippocrate, considerato il padre della medicina, integrò dalla natura la sua teoria umorale e i temperamenti: freddo, caldo, secco, umido con: le quattro stagioni. Le sue teorie furono riprese da Galeno (168 d.C.). Lo stes-

so Dante scrisse nel XXX canto dell'Inferno il concetto di malattia, in particolare l'idropisia, ossia un liquido che si accumula nei tessuti e cavità sierose (pericardio, pleura, peritoneo). Il Sommo Poeta commentava i concetti espressi da Ippocrate tra la salute e la malattia. Secondo le sue teorie: "nel corpo circolano gli umori; il flegma (linfa), il sangue, la bile gialla e quella nera, il loro equilibrio porta alla salute psicofisica". I quattro temperamenti da lui descritti in relazione con le quattro stagioni si ha in autunno, con il clima freddo e secco, una prevalenza della bile nera. Essa è rappresentata e caratterizza il temperamento melanconico. Durante l'inverno il clima freddo e umido, si associa a quello flemmatico. In primavera periodo umido e caldo, il temperamento è il sanguigno. In estate, infine, nel clima secco e caldo prevale il temperamento bilioso. Il cosiddetto orologio biologico durante le stagioni subisce delle variazioni soprattutto con una diversa produzione di ormoni. Tra que-

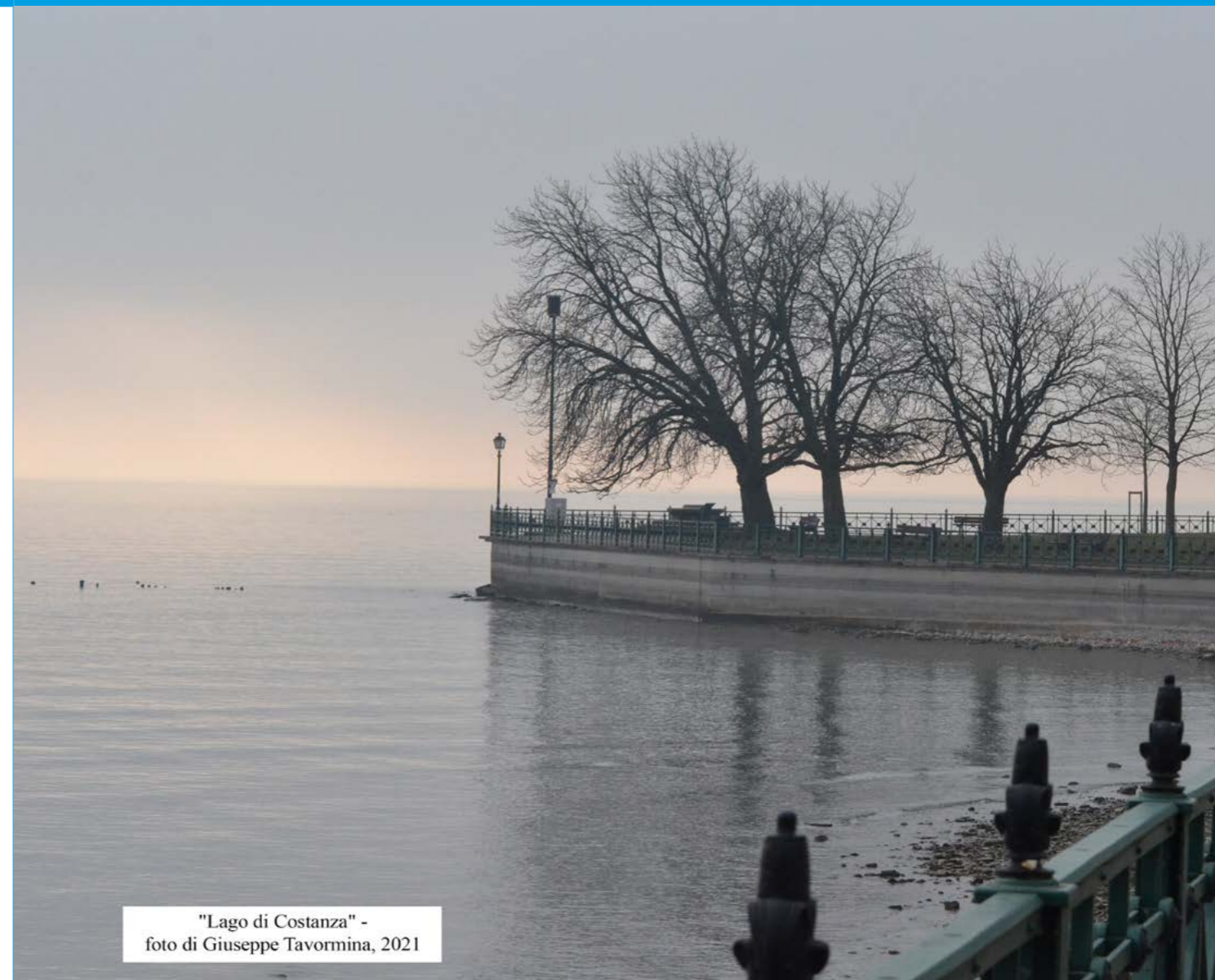
sti anche la melatonina prodotta da una ghiandola: l'epifisi, che regola il ciclo sonno-veglia. Se viene alterato l'equilibrio delle emozioni, in particolare la paura, si può determinare una maggior fragilità psichica, soprattutto nel cambio delle stagioni. Questa fragilità tende alla vulnerabilità ed è strettamente correlata in alcune persone alla solitudine e alla mancanza di rapporti interpersonali. I comportamenti aggressivi che manifestano alcuni individui sono dovuti alla scarsa tolleranza alla frustrazione. Essa è largamente rappresentata nel cambio delle stagioni e soprattutto durante questo triste periodo storico di pandemia. L'isolamento sociale gradualmente determina una "visione a tunnel" di infinita solitudine. Proprio per questo, nel clima d'incertezza e paura che ha determinato la pandemia è necessario concentrarsi sul presente e nel sereno vivere quotidiano. Secondo diversi ricercatori le persone con temperamento melanconico o flemmatico sono più predisposte alla depressione. La parte integrante del carattere è rappresentata dal temperamento che si manifesta nei vari aspetti comportamentali. In modo simile Jung (Jung C.G, 1921) con la sua teoria sui tipi di personalità ne rappresenta le dimensioni psicologiche: L'estroverso stabile appare socievole, con buona autostima e autocontrollo di sé, sicuro ed autonomo. La personalità dell'introverso stabile è contraddistinta da calma e riflessività, nell'interazione con l'ambiente e le relazioni interpersonali. Queste dimensioni psicologiche dipendono dal tipo di personalità, dalle emozioni rispetto ai traumi della vita: lutti, separazioni, eventi stressanti. Se si riesce ad elaborarli e superar-

li prevale l'adattamento, invece se vi è un mancato equilibrio emotivo, si possono manifestare le malattie psicosomatiche e in altri casi la Depressione. Fattori predisponenti sono rappresentati oltre la familiarità, da eventi traumatici, tra cui la pandemia è un ulteriore fattore di fragilità. Un ruolo fondamentale è dovuto ai fattori climatici. Infatti nei paesi nordici (per citarne alcuni: Finlandia, Norvegia, Danimarca) vi è un elevato consumo di antidepressivi, e sembra che la Danimarca ne sia la seconda al livello mondiale. Dove c'è poco sole vi è maggiore incidenza di disturbi dell'umore. Un ruolo importante come già detto è rappresentato dalla solitu-

dine, soprattutto a dicembre sotto le festività, uno dei mesi in cui è più alto il numero dei suicidi. Freud nel libro "Il disagio della civiltà" del 1929, rivelò tre aspetti:

1. le difficoltà nelle relazioni personali portano alla sofferenza;
2. le sostanze tossiche: l'alcol o le droghe, che vengono usate come autoterapia;
3. la "sublimazione" intesa come una modalità di difesa della persona per trasformare l'aggressività in lavoro, nell'arte e nella creatività.

Quest'ultimo aspetto incide soprattutto nell'allontanare la paura della morte o nell'evitare la morte stessa con dei comportamenti distruttivi.



"Lago di Costanza" -
foto di Giuseppe Tavormina, 2021

Bibliografia

1. MIND, *Mente & Cervello: Il tempo della solitudine*.
2. L'isolamento sociale da coronavirus ha stravolto la nostra quotidianità. Con quali conseguenze sulla nostra psiche? N.185-Anno XVII-I-maggio 2020.
3. Vittorio Bartoli: *L'idropisia di maestro Adamo in Inferno XXX. L'importanza della dottrina umorale di Galeno nel medioevo*. Università di Firenze, Tenzone n.8, 2007.
4. Francesco Tempesta: *ansia autunnale: come dirle addio e ritrovare il buonumore*, 14 ottobre 2018, il Giornale.it
5. Maria Efsia Meloni: *I paradossi della comunicazione. Umorismo, ironia, sarcasmo*, Tema 2016



Maria Efsia Meloni

Medico Psichiatra
Redattrice

La violenza di genere

/ Enza Maierà /

È un fenomeno che colpisce l'attenzione e la nostra sensibilità. La violenza di genere, perpetrata nelle sue varie forme e con i dati allarmanti di femminicidio, devasta la nostra società civile.

È solito vivere le festività natalizie al lume delle candele che fanno da sfondo alle nostre tavole imbandite, alla festosità delle luci colorate dei numerosi addobbi natalizie. Fuori, alle le spettacolari luminarie che attraggono le nostre menti verso quello che è il periodo più dolce ed aggregante dell'anno. Ma il lume delle candele ci riporta anche alle numerose sfilate di solidarietà, miste a rabbia. Esse durante l'anno, hanno accompagnato il ricordo delle numerose donne scomparse e/o vittime di violenza: vittime di menti dal pensiero distorto o accecate da impulsi irrazionali e distruttivi. Si chiama violenza di genere. Esistono purtroppo numerose connessioni tra la maschilità e la violenza. Da un lato, gli uomini sono i maggiori responsabili delle violenze e sono spesso conosciuti dalle vittime, si parla di partner, parenti e amici. Dall'altro, si tratta di uomini che appartengono ad ogni livello di istruzione e classe sociale. Solo in misura molto esigua si può

parlare di persone con problemi psicologici (Capecchi, 2003). La violenza di genere trova le sue radici nella costruzione sociale delle identità e delle relazioni di genere. Ad esempio la violenza verso le donne fa parte di una cultura sociale di tipo patriarcale che vede la donna subordinata al dominio maschile. Esso percepisce l'altro sesso come "inferiore" "diverso" e "pericoloso". Il comportamento discriminatorio e spesso violento del maschio non è pertanto l'espressione di una patologia psichiatrica, ma è la conseguenza di un'idea di potere e di superiorità del maschio. La società ha costruito tale convinzione creando così una disparità di genere e di ruoli e quindi di poteri asimmetrici, (Ruspini E, 2003). In un'epoca, la nostra, caratterizzata da grandi mutamenti sociali e tecnologici ed in cui è fortemente avvertita la necessità di comprendere ed applicare i concetti di parità e di pari opportunità di genere, si assiste spesso ad un atteggiamento cieco e sordo

a tali istanze. Alcuni uomini hanno accettato tali sollecitazioni, altri le hanno rifiutate reagendo con paura e aggressività. L'abitudine di molti uomini a considerarsi "naturalmente" titolari di potere può innescare reazioni violente se tale convinzione viene messa in discussione. Tale fenomeno, laddove si verifica, è molto evidente in ambito familiare dove si consumano più frequentemente le più disparate forme di vessazioni e maltrattamenti, fino ai femminicidi. La violenza provoca gravi conseguenze, alcune con esito fatale. Le donne vittime di violenza, oltre alle lesioni fisiche sono più esposte ad attacchi di panico, depressione, scarsa autostima, disturbi del sonno e dell'alimentazione, alcolismo, disfunzioni sessuali. Essi rappresentano l'esito di esperienze traumatiche (cumulative) che riguardano prevalentemente traumi interpersonali in cui sono inclusi l'abuso fisico, sessuale e l'abuso emotivo (DSM-5). La violenza di genere comprende una serie di atti di violenza di natura fisica, psicologica, sessuale ed economica. È compresa anche solo la minaccia di compiere tali atti, nonché la coercizione e la privazione arbitraria della libertà, sia in ambito domestico che extradomestico. Quella fisica è la forma di violenza più visibile, perché comporta l'uso della forza contro le vittime, producendo danni evidenti. La violenza psicologica comprende, fra l'altro, intimidazioni, minacce, umiliazioni e disprezzo, sia in pubblico che in privato, isolamento sociale della vittima. L'obiettivo è quello di minare l'autostima, la fiducia in sé e la capacità di autodeterminarsi. Questa forma di violenza è indubbiamente collegata a tutte le altre. Il vero obiettivo dell'uo-



mo che picchia, che minaccia, che disprezza, che violenta economicamente o sessualmente la propria compagna è, in definitiva, mostrarle che è lui a detenere il potere ed il controllo. Egli vuole indurre la vittima ad uno stato di soggezione e dipendenza fisica e psicologica. La vittima, ovvero la donna, purtroppo, a volte, subisce tali aggressioni perché si sente sola e teme reazioni violente. Giustifica ed accetta tali comportamenti come fisiologiche espressioni di un rapporto asimmetrico o, infine, non è consapevole della loro natura e della loro portata. Di regola prevale il timore di avviare una lotta impari che la vede perdente e sopraffatta. Lo stato psicologico frustrato ed impaurito non la sostiene a mettere in atto strategie difensive di fuga e di denuncia. Anche lo stalking può essere considerato una forma di violenza di genere. Esso è caratterizzato da ripetute condotte persecutorie nei confronti

di un'altra persona messa in una condizione di blocco emotivo ed incapace di trovare soluzioni. Non per ultimo, ricordiamo la violenza subita nel contesto lavorativo, in cui si parla di molestie sessuali sul lavoro e di mobbing basato sul genere. È sicuramente vero che le donne possono contare oggi su una più incisiva tutela giuridica, basti pensare al cosiddetto "Codice Rosso" e alle varie circostanze aggravanti da questo previste. Ma è altrettanto vero che se per un verso le sole leggi non bastano a operare da deterrenti, scoraggiando gli uomini a usare violenza contro le donne, per un altro queste ultime forse non si sentono adeguatamente comprese e sostenute.

Da qui la necessità di interventi preventivi educativi alla non violenza e di sensibilizzazione culturale alla risoluzione delle problematiche di genere, che coinvolgano la politica, le isti-

tuzioni e tutto il tessuto sociale (Ivone V, 2013). Ma è anche la necessità di portare avanti il concetto che l'individuo è dotato di un bene giuridico e morale da tutelare da qualsivoglia sopruso o danno: la sua salute mentale insieme alla sua integrità fisica.

Bibliografia

1. Capecchi S. Intolleranza alla violenza e in sicurezza nelle città. Paradigmi interpretativi, in Bimbi (2003)
2. Ivone V. (2013). Identità sessuale e diritti della persona nel nuovo millennio. La Camera Blu. Rivista Di Studi Di Genere.
3. Ruspini E. Le identità di genere, Carocci 2003.
4. DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Raffaello Cortina Editore, 2014.



Enza Maierà

Medico Psichiatra
Redattrice

Quando la scuola può

/ Maria Rosaria Juli /

La scuola è un luogo che permette di raggiungere bambini ed adolescenti e fornire loro lezioni fondamentali per la vita che, diversamente, non potrebbero mai ricevere.

Nei mesi appena trascorsi abbiamo assistito all'allarme lanciato dai pediatri e dai neuropsichiatri al boom di richieste di aiuto da parte degli adolescenti e dei pre-adolescenti. Il fenomeno, è destinato a crescere in questo periodo di isolamento forzato e di pressione psicologica i giovani sono più preda a depressione, ansia, disturbi alimentari e sono anche più esposti alla violenza domestica (Salari et al, 2020). I bambini e i ragazzi, indipendentemente dall'età, possono manifestare vissuti di preoccupazione o disagio emotivo durante e a seguito di un'emergenza sanitaria. Possono attivare comportamenti di attaccamento verso chi si prende cura, sentirsi ansiosi, ritirarsi, sentirsi arrabbiati o agitati, avere incubi notturni, enuresi, frequenti cambiamenti d'umore (CSTS, 2020). Diverse sono state le iniziative di prevenzione attivate a livello nazionale nella scuola per arginare il fenomeno. Gli interventi di prevenzione in scuola sono basati su due aspetti: uno di contenuto e uno di metodo. Il

contenuto punta a definire obiettivi realistici e stimolanti, come affrontare e risolvere i problemi. Come il migliorare la comunicazione, facilitare la collaborazione, promuovere la conoscenza dei sentimenti propri e altrui. Il metodo consiste nel proporre con esempi adatti alla cultura giovanile una serie di esercitazioni in piccolo gruppo. Oltre la possibilità di commentare in modo costruttivo le prestazioni di chi più si espone nelle esercitazioni. Un'indagine sulla salute mentale, condotta dai Centri di Controllo e Prevenzione delle Malattie di Atlanta (USA) è emerso che l'ansia e la Depressione sono aumentate. La causa è dovuta principalmente all'isolamento dai coetanei e per l'interruzione della routine scolastica. Questi fattori hanno contribuito a far crollare la sensazione di stabilità percepita solitamente dai ragazzi (Pappa et al., 2020). Ancora non abbiamo dati certi sugli effetti della pandemia perché sono ancora in corso. Ma studi in tutto il mondo hanno confermato che i disturbi che si



manifestano in adolescenza sono per lo più quelli depressivi. Sicuramente i fattori che contribuiscono maggiormente in questo periodo particolarmente difficile è il mancato contatto interpersonale, causato dalle misure restrittive, dai pensieri negativi e dal mancato scambio con i coetanei. Non dimentichiamoci che in questa fase della vita emerge il desiderio di autonomia e il sentirsi allo stesso tempo protetti. Se poi consideriamo che l'adolescente ha necessità di confrontarsi con i pari, con il desiderio di emergere a scuola ed in società, il disagio

può amplificarsi. Diventa molto importante, come ha sottolineato lo psichiatra Richard Friedman in un articolo sul New York Times, che sia gli operatori che si occupano di salute mentale, sia i genitori siano più attenti alle richieste degli adolescenti. Sarebbe necessario promuovere nuovi servizi di salute mentale, pensati specificamente per la prevenzione delle difficoltà tipiche dell'età adolescenziale.

Sarebbe utile proporre contatti regolari con i coetanei, favorire relazioni "strette" con gli adulti fuori casa, come insegnanti e

allenatori. Ma questo non basta. La scuola, infatti, rappresenta il primo vero luogo di scambio tra pari, ed è quindi chiamata a rispondere attraverso azioni di sensibilizzazione e prevenzione nei confronti degli adolescenti. D'altro canto, i genitori dovrebbero incoraggiare i figli introversi a rimanere in contatto con i loro coetanei e condividere i propri sentimenti e i problemi comuni. Diventa fondamentale preparare i genitori a riconoscere nei loro figli sintomi depressivi e segni che possano far pensare ad una patologia vera e propria.

Bibliografia

1. Center of Study of Traumatic Stress. Helping Homebound Children During the COVID-19 Outbreak. Department of Psychiatry, 2020a.
2. Pappa S. et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020.
3. Salari N. et al.: Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis, *Globalization and Health*, 2020.



Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

La Giornata sulla Depressione del 2021

/ Giuseppe Tavormina /

Con la Giornata sulla Depressione, che si svolge in ottobre tutti gli anni sin dal 2004, l'associazione EDA Italia Onlus fa formazione e informazione scientifica. Essa è rivolta alla popolazione generale, sulle tematiche della Depressione e dei disturbi dell'umore.

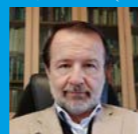
La Giornata sulla Depressione del 2021, giunta quest'anno alla sua 18a edizione (la prima si è svolta nel 2004), si è svolta il terzo sabato di ottobre e nei giorni vicini, con un totale di 25 eventi in tutta Italia (Tavormina G, 2007). Quest'anno le manifestazioni sono state quasi tutte in presenza, solo quattro di esse sono state fatte in videoconferenza. In questo anno e mezzo di pandemia, a causa delle restrizioni e delle limitazioni per il contagio, i casi di Depressione sono stati in aumento. Sono aumentati soprattutto in coloro che non avevano mai curato in precedenza il proprio disturbo dell'umore. È emerso proprio quello che viene definito un "Disadattamento ad evento stressante protratto". Il tema della Giornata sulla Depressione di questo anno (2021) è stato proprio "La Depressione sotto la pressione del Covid". I

nostri 25 eventi nella penisola hanno approfondito tutto questo con classiche conferenze e online, anche in otto Scuole Superiori italiane, rivolte agli studenti maturandi. Spesso anche tramite eventi scientifico-artistici, con brevi conferenze inframmezzate da concerti o rappresentazioni teatrali. Esse hanno avuto il merito di coinvolgere ancor più il pubblico. Una ricerca scientifica dello scorso anno (Benedetti F, 2020) condotta su 226 pazienti ha rilevato che "la Depressione era strettamente legata all'intensità dello stato infiammatorio sistemico post Covid", anche dopo mesi dalla guarigione. I dati raccolti hanno confermato la stretta relazione tra risposta del sistema immunitario, stato infiammatorio e persistenza dei sintomi depressivi. È emerso che le citochine infiammatorie sono più

alte nel sangue dei depressi e che l'infiammazione riduce la serotonina nel sangue con rischio di depressione. Inoltre, l'isolamento sociale e la quarantena hanno interferito pesantemente su una buona percentuale della popolazione, soprattutto quella adolescenziale. Hanno limitato i contatti sociali di ogni tipo ed hanno spesso determinato periodi di vita apatica e demotivata. Abbiamo sottolineato durante la Giornata sulla Depressione che la Depressione e i Disturbi dell'Umore, nel suo complesso, sono delle malattie molto diffuse, poco riconosciute, mal diagnosticate, spesso poco o mal curate. Sono subdole e si infiltrano nella vita quotidiana di chi ne soffre senza farsi riconoscere. Compito del medico psichiatra è quello di curare i pazienti che ci contattano quando stanno male. Ma è anche quello di fare prevenzione facendo un'adeguata informazione su queste tematiche. con la Giornata sulla Depressione. Essa si svolge in ottobre ogni anno, sin dal 2004 (Tavormina G, Costigliola V, 2004) e tutti noi, che facciamo parte dell'associazione EDA Italia Onlus, ci adoperiamo a fare formazione ed informazione scientifica per la popolazione in generale.

Bibliografia

1. Tavormina G, Costigliola V – "European Depression Day" (Psichiatria, 2004; 15: suppl. 1: 184).
2. Tavormina G – "Bipolar spectrum diagnosis and social aspects of mood disorders: the European Depression Day project" (Psichiatria Danubina, 2007; 19: suppl 1: 6).
3. Benedetti F. Brain, Behavior and Immunity, 2020; vol. 89 (594-600).



Giuseppe Tavormina

Medico Psichiatra
Capo Redattore



L'effetto Dunning-Kruger e il Natale

/ Francesco Franza /

L'illusione di un magico Natale potrebbe dipendere da una distorsione cognitiva e da sintomi depressivi: l'effetto Dunning-Kruger.

A volte restiamo delusi dalle aspettative riposte nelle festività. Tanto attese, spesso ci portano in “dono” un senso di vuoto, un velo di malinconia e una sensazione di un tempo perduto. Tutto ciò può avere come conseguenza un incremento del malessere psicologico che si manifesta soprattutto quando le festività sono finite. In alcuni casi tale effetto può portare a sintomi depressivi o alla comparsa di episodi depressivi clinicamente significativi. Queste riflessioni sono state confermate dai pochi studi disponibili e che, in particolare, hanno evidenziato una stretta relazione tra distorsione della memoria ed effetto rimbalzo della depressione nel periodo post-festività (Sansone & Sansone 2011). Malessere e sofferenze psicopatologiche dipendenti anche da una delusione per una illusione distorta delle aspettative: l'effetto Dunning-Kruger. Esso è caratterizzato da alterazioni cognitive che inducono le persone a fare conclusioni sbagliate di fronte ad eccessive ed illusorie aspettative. “L'effetto Dunning-Kru-

ger” è un fenomeno per il quale persone con scarse o superficiali competenze tendono a sopravvalutare le proprie conoscenze e fanno previsioni errate dal punto di vista logico ed emotivo. Tale effetto, conosciuto anche come “illusione della competenza” è stato per la prima volta descritto nel 1999, dagli psicologi americani David Dunning and Justin Kruger. Essi conclusero che chi aveva minori competenze in uno specifico settore erano convinti di saperne di più di coloro che, invece, erano esperti in materia. Quali sono i legami con il Natale e le festività? Il gruppo di Alana Muller dell'Università americana dell'Arizona nel 2021 ha pubblicato un articolo in cui è stato dimostrato come tale effetto sia direttamente associato a specifici processi cognitivi della memoria. Le persone hanno la consapevolezza, o meglio l'illusione della conoscenza o della competenza, che ciò che vivranno sia loro estremamente familiare. I ricordi dei Natali “caldi” e sereni trascorsi nel passato rievocano emozioni piacevoli inducendo a conclu-

sioni e aspettative positive. Tali ricordi non soltanto sono associati a una speranza consapevole che le prossime festività possano essere come quelle trascorse in passato ma possono creare l'illusione inconsapevole di sapere già cosa avverrà. La spiegazione di questo effetto può essere ricercata negli studi dei meccanismi cerebrali associati alla memoria e alle emozioni da essa scatenate. Questi studi hanno scoperto l'esistenza di stretti legami neurali tra alcune aree cerebrali responsabili della memoria e di altre deputate alla rappresentazione del senso di familiarità e di appartenenza. Tutto ciò porta al “sapere illusorio” che spinge la persona a credere di conoscere o meglio di “prevedere” gli avvenimenti futuri. Si può parlare in questo caso di “una maggiore fluidità” del pensiero, che ha come risultato finale l'utilizzo di un pensiero superficiale che spingerà la persona a giungere a conclusioni affrettate e sbagliate. Chi prevede cosa succederà in futuro, assocerà questa previsione alla illusoria consapevolezza che il prossimo Natale sarà sereno e piacevole, come quello dei suoi ricordi familiari. In questo modo se il futuro è prevedibile e conoscibile si può controllare l'angoscia. Dare un senso alle nostre previsioni è, quindi, necessario affinché la nostra interpretazione rimanga plausibile e appagante (Sclavi 2003). L'effetto Dunning-Kruger, o della illusione della conoscenza, agisce, pertanto, maggiormente quando ci troviamo di fronte a situazioni familiari. E il Natale è una delle condizioni per noi più familiari. Si attivano, così, quei circuiti cerebrali che sono in stretta connessione con le aree deputate al ricordo delle emozioni associate



alla memoria. Il ricordo dei Natali passati può portare ad aspettative eccessive per il Natale e le prossime festività.

Ma quando queste saranno finite e quando “tutto si spegnerà”, il rischio di sviluppare una sintomatologia depressiva sarà più elevato. È interessante notare che nei giorni precedenti al Natale e nei primi giorni delle festività si osserva una riduzione della sintomatologia depressiva, un minor numero di comportamenti suicidari e un minor ricorso ai servizi di salute mentale. Al termine delle festività si avrà, invece, l'effetto rimbalzo con un incremento degli episodi depressivi e dei comportamenti suicidari. Molte persone nella speranza di vivere un sereno e felice Natale possono cadere nella trappola dell'“illusione delle competenze”

o delle conoscenze. Acquistano un senso di illusoria ragionevolezza e giustificazione nel fidarsi dell'intuizione. I loro pensieri saranno guidati dalla semplicità del ragionamento e dalla familiarità dell'esperienza che vivranno, in quanto già vissuta. Tutto ciò è associato alla facilità ad esprimere giudizi e al raggiungimento di conclusioni sbagliate che inizialmente illudono, ma che successivamente possono provocare malessere e tristezza per le speranze disattese. L'incremento degli episodi depressivi al termine delle festività potrebbe avere tra i fattori scatenanti l'effetto Dunning-Kruger? Non esistono risposte assolute.

Probabilmente la conoscenza dell'esistenza di tale effetto come fattore di rischio potrebbe ridurre quell'attesa eccessiva ed

illusoria, consentendo la partecipazione alle festività così “come sono adesso”, godendosi ora, ottimizzando al momento i valori dell'amicizia e della famiglia, con i quali si condividono le emozioni e le speranze.

Bibliografia

1. Muller A, et al. Neural correlates of the Dunning-Kruger effect. *Eur J Neurosci* 2021; 53:460-484.
2. Sansone RA, et al. The Christmas effect on psychopathology. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8:10-3.
3. Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili*. Mondadori, 2003



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

La speranza di Zaky: luce sul male oscuro

/ Antonella Vacca /

Le prime dichiarazioni di Zaky dopo la liberazione pongono l'accento sul significato psicologico della speranza come attivatore di azioni che possono migliorare lo stato d'animo.

È noto come la speranza possa influire il modo di porsi della persona anche in situazioni di grande sofferenza, come nelle conseguenze del lockdown e della pandemia, nei disturbi oncologici e nella depressione e nel pericolo di vita. Patrick Zaky è un fulgido esempio di quanto è necessaria la speranza. Liberato dal carcere in Egitto dopo 22 mesi di detenzione, ha ringraziato così chi lo aveva sostenuto: "Grazie a tutti quelli che hanno tenuto accesa la luce

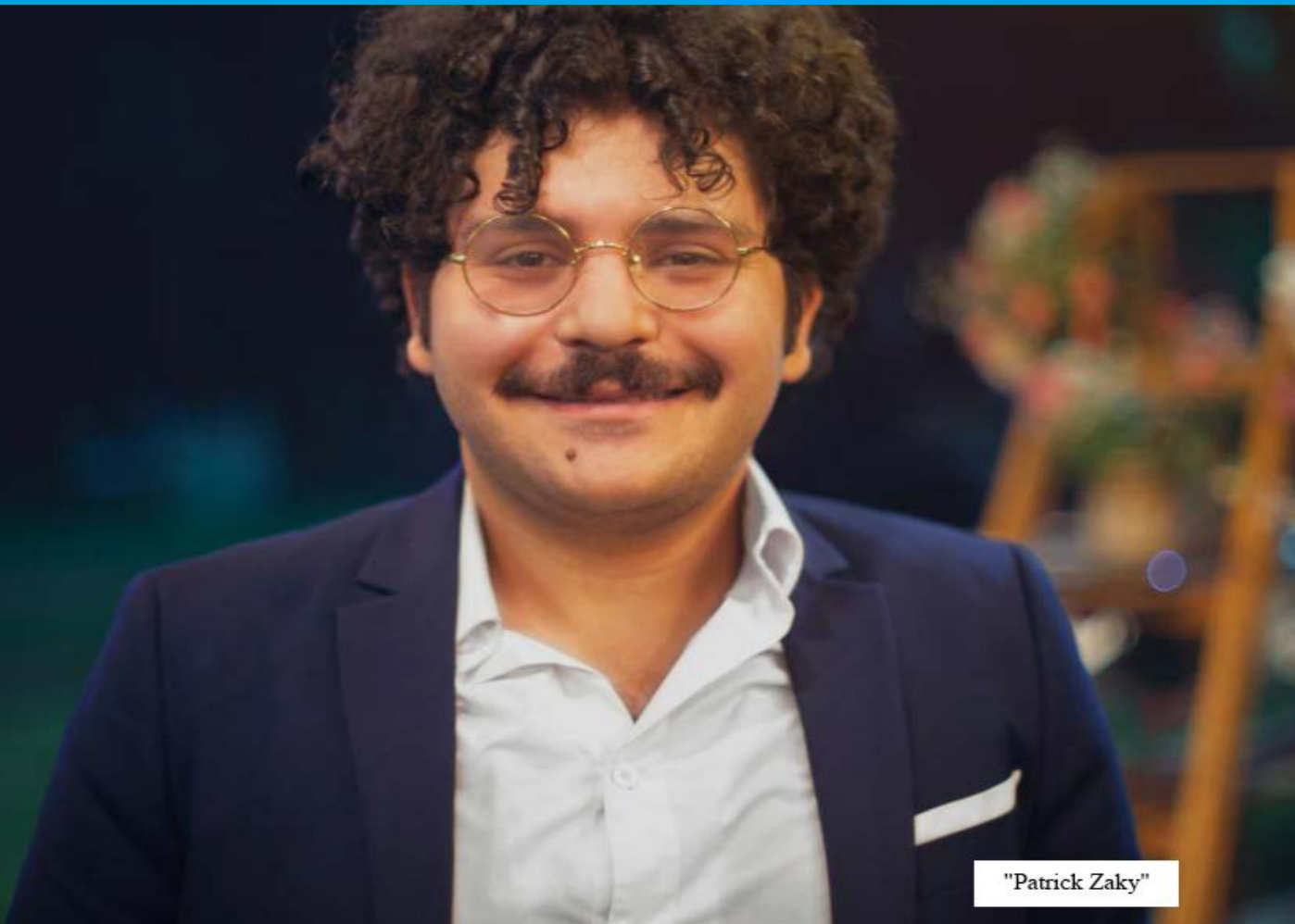


"La Speranza" di Klimt

Queste parole dello studente egiziano indicano chiaramente come la speranza può rappresentare un'importante risorsa nelle situazioni più difficili. Zaky ha ancora raccontato "Non posso dire tutti i dettagli e preferisco non parlare delle condizioni di detenzione. Ma poi ho capito che c'era una speranza. È la speranza, sai, la cosa più difficile da tenere in vita quando ti tolgono la libertà".

La speranza è intimamente legata ai sensi, per questo può essere una luce nel buio e può essere considerata la capacità umana di riunire tutte le nostre forze e di concentrarle per riuscire a raggiungere un obiettivo. Secondo Shimanoff (1984) il termine è una delle parole più frequentemente menzionate nelle conversazioni di tutti i giorni: le persone sperano nel raggiungimento di un bene o nell'evitamento di un male, quasi come tendenza naturale. La parola deriva dalla radice sanscrita spa-, che significa "tendere verso una meta" ed è proprio questo che significa sperare: protenderci verso qual-

cosa che non possiamo ancora vedere, ma che ci aiuta ad andare avanti. Sperare è pertanto tendere verso un miglioramento a partire da una condizione di malessere, frustrazione, insoddisfazione ma anche paura ed angoscia. Alcuni primi studi sulla dimensione della speranza sono stati condotti in situazioni di minaccia alla vita ed associati, pertanto, alla capacità della persona di reagire alle avversità. Ad esempio Korner e McGee hanno documentato la relazione tra la speranza e la sopravvivenza degli ebrei nei campi nazisti. Sulla scia di quei primi studi, la dimensione della speranza è stata considerata come fattore fondante la relazione di cura e pertanto approfondita nelle sue componenti e qualità dal punto di vista delle persone malate. In uno studio condotto da Johnson su un gruppo di persone malate di tumore sono stati delineati 10 attributi della speranza: aspettative positive, qualità personali, spiritualità, presenza di obiettivi, confort, assistenza, relazioni interpersonali, controllo, lasciare qualcosa di valore agli altri, riconoscere gli obiettivi raggiunti. In uno studio di Geisinger il novanta per cento dei pazienti (su un totale di 120) risulta avere un senso di speranza come principale significato alla propria vita. Un altro studio invece ha evidenziato i fattori che riducono la speranza nelle persone malate: l'abbandono e l'isolamento (dalla rete familiare, sociale e operatori sanitari). Altri fattori sono il dolore, il disagio incontrollabile e la svalutazione della personalità. L'esperienza legata al lockdown e al Covid-19 ha fatto emergere l'importanza della consapevolezza di sé stessi e delle relazioni con gli altri, alla quale non siamo quasi mai educati. Spesso



infatti, siamo spinti da ritmi frenetici alla ricerca di qualcuno o qualcosa che speriamo apporti un miglioramento nella nostra vita. Questo comportamento allontana la possibilità che abbiamo in ogni momento di partire da noi stessi per comprendere cosa ci fa stare bene, che cosa condiziona il nostro sentire e il nostro agire e che cosa possiamo fare per cambiare. Per contro la mancanza di speranza, definita come provare una sensazione di una situazione insormontabile, dove nessun obiettivo sembra raggiungibile, è associata con la Depressione ed è correlata con l'idea di suicidio. Il concetto di speranza è dunque multidimensionale e complesso. Esso è associato ad un'emozione positiva, ma è anche un processo di anticipazione ansiosa che coinvolge il pensiero, il comportamento, le emozioni e la modalità di porsi in relazione con gli

altri. La speranza di Zaky gli ha permesso di superare le gravi difficoltà della sua prigionia. È una forza vitale nell'adattamento che emerge in tutta la sua potenza nelle parole della lettera che Zaky aveva scritto alla sua famiglia il 21 giugno 2020: "Spero che stiate tutti bene e che il Coronavirus non abbia colpito nessuno dei nostri cari [...] Un giorno sarò libero e tornerò alla normalità, ancora meglio di prima".

Bibliografia

1. Gelling L. The role of hope for relatives of critically ill patients: a review of the literature. *Nurs Stand.* 1999 Sep 22-28;14(1):33-8.
2. Geisinger AJ et al. Terminally ill cancer patients. Their most important concerns. *Cancer Prac* 1997; 5:147-54.
3. Korner I. Hope as a method of coping. *J Consulting and Clinical Psychology* 1970; 34,2:134-139.
4. Mazza C. et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated

Factors. *Int J Environ Res Public Health.* May 2;17(9):3165.

5. McGee R. Hope: a factor in influencing crisis resolution. *Advances in Nursing Science* 1984; 6,4:34-44.

6. Shimanoff S. Commonly Named Emotions in Everyday Conversations. Perceptual and motor skills. First Published April 1, 1984 Research Article.

7. Stephenson C. The concept of hope revisited for nursing. *J Adv Nurs.* 1991; 16:1456-61.

8. Susan E. et al. "La speranza nei malati terminali di cancro" *European Journal of Cancer (EJC)* 44(2008) 1169-1174.

9. Tutton E. et al. An exploration of hope as a concept for nursing. *Orthop Nurs.* 2009; 13:119-27.

10. https://www.corriere.it/esteri/20_luglio_04

11. <https://www.linkiesta.it/2021/12/patrick-zaky-intervista-corriere/>

12. <https://neamente.com/2020/05/17/speranza/>



Antonella Vacca

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattore*

Diseguaglianze sociali

/ Walter di Munzio /

Si affronta la valutazione sulla condizione di ritrovata normalità attraverso la valutazione delle diseguaglianze sociali nel paese, della organizzazione della risposta sanitaria e il loro impatto nella economia e nelle opportunità di vita.

Ad una terribile crisi pandemica segue spesso una profonda crisi delle economie coinvolte, ma con la crisi si accentuano anche le diseguaglianze sociali. Le fasce di popolazione più povere ne escono ancor più povere, quelle che detengono le chiavi della produzione, diventano sempre più ricche e possono fruire delle opportunità che nascono dalle stesse crisi sanitarie. Gli sforzi per ripristinare lo stato di salute collettiva, così danneggiata, comportano una ricomposizione diseguale dell'organizzazione della sanità, del mondo del lavoro e della società stessa. È paradossale, ma per essere un sistema sanitario veramente equo (e forse anche più sostenibile economicamente) dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo la parte di popolazione più debole. Pertanto, dovrebbe essere aiutata quella parte affetta da patologie invalidanti o da forti riduzioni della capacità di gestire la propria vita. Come lo sono i pazienti psichiatrici, i malati cro-

nic, quelli con crisi acute e invalidanti. Quando i servizi sanitari funzionano come servizi alla persona condizionati dalle leggi di "mercato", si possono persino intaccare tanti diritti civili, come accade per esempio a quei cittadini portatori di diseguali bisogni, anch'essi visti come «clienti», è fonte di domande da soddisfare, e allora i sistemi sanitari possono persino diventare moltiplicatori di diseguaglianze. In Italia, leggendo i dati ISTAT sulla distribuzione della ricchezza nelle varie aree geografiche, si può osservare una mappa caratterizzata da un marcato gradiente di risposte sociali correlate alla fornitura di servizi dedicati alla salute. E allora assistiamo alla proliferazione di ospedali specializzati o di servizi pubblici e privati dove già si aveva una buona risposta e si deprivano ulteriormente le aree popolari più povere. Chi già vive in agiatezza continua a rimanere in posizione più favorita per l'accesso alle cure e ai servizi del SSN. Le fasce di popolazione più

disagiate e con difficoltà di accesso ai servizi vedono diminuire vertiginosamente la loro aspettativa di vita. Si calcola di oltre tre anni la minore aspettativa di vita delle persone affette da disagio psichico. Nelle aree più povere si vive peggio e si accede ai servizi con difficoltà. Tale svantaggio è stato quantizzato e documentato da molti studi ad hoc sulla base di una vasta gamma di indicatori di salute, in entrambi i sessi, e per tutte le classi di età. Sono stati considerati anche diversi indicatori sociali: classe, occupazione, istruzione, risorse economiche, condizioni abitative e contesto socioculturale di riferimento. Le diseguaglianze sociali in ambito di dati sulla mortalità mostrano una tendenza in aumento nel Meridione d'Italia come in tutti i sud del mondo. Si spiega così il peso crescente dei differenziali nei dati di mortalità correlata all'abuso di droghe (AIDS e overdose) e agli stili di vita (tumore del polmone e malattie ischemiche del cuore). L'associazione tra condizione sociale di appartenenza e salute è diretta. Non solo per quelle patologie che mostrano dati più significativi, come per le allergie e per alcuni tumori (colon, melanoma e, nella donna, mammella e ovaie), perché legati a stili di vita sbagliati e maggiormente diffusi tra le fasce di popolazione meno ricche. La salute delle persone è pertanto influenzata da fattori economici, ambientali e stili di vita più che dagli interventi sanitari disponibili. Questi fattori si distribuiscono nella popolazione in modo diseguale e sempre a svantaggio di precisi gruppi sociali e nelle comunità socialmente meno favorite. I dati disponibili ci mostrano quanto queste affermazioni siano valide, soprattutto dopo la pandemia. Ma



cosa possiamo fare ora utilizzando le risorse aggiuntive messe a disposizione dalla Unione Europea? È chiaro che per modificare le prospettive di salute degli individui e delle comunità occorre intervenire sulle politiche e sui comportamenti che influenzano la distribuzione delle risorse su tutto il territorio. È necessario avere accesso e disponibilità per tutti ai servizi e uniformi possibilità di cura. Tale obiettivo deve essere perseguito non solo da una prospettiva di tipo politico che privilegi i principi di equità e di giustizia sociale, ma anche da tutti gli altri orizzonti possibili. Siano essi di politiche sociali, di organizzazione dei servizi sanitari e dei servizi culturali che guardino allo sviluppo della società. In quanto è sempre più evidente e dimostrato che la salute delle persone rappresenta una precondizione per gli obiettivi di innovazione e di sviluppo di ogni società. Eppure, la salute non è mai stata considerata una questione

di importanza prioritaria, anche se diventa di grande rilevanza quando risulta compromessa. In genere non si dà molta importanza ai costi dello sviluppo, ma si attribuisce grande peso ai costi dei servizi sanitari. È stato così per anni abbandonata la sanità pubblica per favorire quella privata e speculativa, con tante e spesso inutili esternalizzazioni. Oggi è apparentemente aumentata la consapevolezza che occorre cambiare rotta nell'ottica della sostenibilità dello sviluppo. La qualità dell'ambiente è diventato finalmente un criterio da utilizzare per misurare costi sociali e loro sostenibilità. Le dipendenze e gli stili di vita pericolosi sono più difficili da modificare tra le persone meno istruite e tra i poveri. Cominciano a manifestarsi precocemente e raramente si superano nell'età adulta. Anzi le possibilità di carriera sociale di una persona che vive in una zona disagiata sono rare e si ha la tendenza a scendere sempre più

nella scala sociale, fino a forme estreme di emarginazione. Questi eventi sono ampiamente documentati dalla ricerca sui determinanti sociali delle diseguaglianze di salute in Italia. Persino dai dati forniti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha prodotto sull'argomento importanti documenti (1998. Wilkinson R. et Alii).

Bibliografia

1. Di Munzio W et al.: Effetto Lockdown, storia di una pandemia tra cronaca ed esiti psicologici, Marlin Editore, Cava de' Tirreni, 2021.
2. Di Munzio W: Report Finale della ricerca di comunità sugli esiti della pandemia condotta sul territorio, Report Finale, Cava de' Tirreni, 2021.
3. Wilkinson R. Marmot M. (eds.): The Social Determinants of Health, WHO, 1998.



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

La Depressione Stagionale

/ Maurizio Tavormina /

L'umore malinconico al cambio di stagione incide sulla nostra quotidianità e rende le nostre giornate triste e faticose. La depressione stagionale si ripresenta nei periodi di cambiamento climatico e di riduzione della luce solare, più frequentemente in autunno e inverno.

La Depressione Stagionale o Sindrome Affettiva Stagionale (SAD), secondo il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5 edizione) dell'Associazione Americana di Psichiatria, è un sottotipo della Depressione Maggiore Ricorrente. Essa si manifesta soprattutto in autunno o inverno, dura per almeno due mesi e guarisce spontaneamente con l'inizio della primavera. La possibilità di ammalarsi dipende dalla storia familiare del paziente, dalla presenza di depressione stagionale tra i familiari, dal sesso femminile, dall'età (18-30 anni) e dal vivere a una latitudine più settentrionale. Le persone che vivono al nord hanno meno opportunità di esposizione alla calda e benefica luce solare. Data la natura temporale degli episodi di depressione, la diagnosi richiede la remissione completa al termine della stagione specificata e due

anni consecutivi di episodi nella stessa stagione (Galima Samuel 2020). Nella Depressione Stagionale la caratteristica ereditaria della familiarità sembra sia un fattore determinante. È stata individuata l'alterazione dei geni per i recettori serotonina-2a. Tra le



cause biochimiche sono prese in considerazione la riduzione della serotonina, l'aumento della melatonina, la stagionalità invernale e la riduzione dell'esposizione alla luce solare. Oltre a possibili cause psicologiche e sociali. La Depressione Stagionale si manifesta con umore depresso, tristezza, malinconia, tendenza al pianto, pensieri negativi, sentimenti di autosvalutazione, sconforto, ideazione pessimistica ed ideazione suicidaria. Sono presenti, inoltre, la mancanza di forze, l'aumento dell'appetito, soprattutto di carboidrati, dolci e cioccolata. Si può avere anche l'aumento delle ore di sonno e sonnolenza durante la giornata. A differenza della Depressione Maggiore nella quale si ha più frequentemente mancanza di appetito, perdita di peso, risveglio precoce e ridotta durata del sonno. Devono essere presenti almeno cinque sintomi e devono durare stabilmente non meno di due settimane e a seconda della loro presenza, gravità e compromissione dell'attività quotidiana e lavorativa si ha una depressione stagionale lieve, media o grave. Per fare diagnosi di Depressione Stagionale, maggiore e ricorrente,

è necessario che si ripeta per almeno due anni. Non devono essere presenti altri episodi di Depressione Maggiore, né di Disturbo Bipolare in fase depressiva, né di Depressione Persistente (o Distimia). Altre patologie depressive dell'umore legate a malattie internistiche, Sindrome Disforica Premestruale e Dipendenza da Sostanze Stupefacenti o da farmaci non devono essere presenti. La diagnosi differenziale con il Disturbo Bipolare è facilmente fatta in quanto in quest'ultima patologia si ha un alternarsi sia di fasi euforiche-iperattive che depressive. Esse pure durano per almeno due mesi, sono intervallate da un periodo di benessere psicofisico, e possono avere una facilità d'inizio durante il cambio di stagione. La Depressione Stagionale si differenzia dalla depressione minore o Distimia, per

la maggiore gravità dei sintomi e per la loro durata, in quest'ultima durano stabilmente per almeno due anni e l'umore depresso è meno marcato di quello della Depressione Maggiore. La terapia di prima utilità comprende in particolare la "terapia della luce". Sono efficaci gli antidepressivi serotoninergici e la psicoterapia individuale cognitivo comportamentale. Essi sono utilizzati da soli o in combinazione, a seconda della necessità e la gravità sintomatologica. È utile l'esposizione alla luce solare naturale, una moderata attività fisica quotidiana ed il controllo dietetico. La "terapia della luce" si effettua prevalentemente al mattino dalle ore 06:00 alle 10:00, per circa un'ora quotidianamente. Il paziente, comodamente seduto, è esposto al fascio di luce, d'intensità variabile da 2.500 a 10.000 lux, di una lam-

pada che simula la luce solare. Si è visto che la luce solare inibisce la produzione di melatonina ed ha una efficacia antidepressiva, priva di significativi effetti collaterali

Bibliografia

1. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5 Edizione- Raffaello Cortina Editore
2. Eszter Molnar (2010) et al. Seasonality and winter-type seasonal depression are associated with the rs731779 polymorphism of the serotonin-2A receptor gene. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2010.04.009>
3. Galima S V (2020) et al. Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33252911/>



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra Direttore Editoriale

Christmas Blues. Quando la festa “infesta”

/ Patrizia Amici /

Paradossale, forse, ma in alcune persone le festività possono provocare molta tristezza e l'aria natalizia innescare aspettative inappagate e pensieri negativi.

Ribattezzata come “Christmas Blues”, è una depressione dell'umore che si manifesta con malinconia e tristezza nel periodo natalizio e che molto spesso guarisce spontaneamente con la fine delle festività. Che cosa nelle feste provoca tale sgomento? Le feste portano con sé molti fattori stressanti: in primo luogo, la tendenza a “tirare le somme” della propria esistenza, fare bilanci e confrontarsi con eventuali successi o insuccessi a più livelli: lavorativo, affettivo etc. Questa insoddisfazione può essere vissuta come un macigno e spegnere la speranza in un futuro migliore. In aggiunta sono importanti: la pressione all'acquisto ed il confronto con eventuali difficoltà economiche (Kasser e Sheldon); la diminuzione degli impegni lavorativi o scolastici che possono portare ad una diminuzione dei contatti sociali; l'obbligo delle riunioni familiari con il suo seguito di possibili tensioni; il peso immenso della perdita in coloro che affrontano un lutto. Il Christmas Blues va distinto dal Disturbo Affettivo Stagionale, che il DSMV defini-

sce Disturbo Depressivo Maggiore ricorrente con andamento stagionale). Il Disturbo Affettivo Stagionale riguarda episodi depressivi che hanno solitamente andamento stagionale (con esordio nella stagione fredda: autunno o inverno), non imputabili a fattori stressanti e che vanno in remissione durante la stagione più calda (APA, DSM V, 2003). Alle difficoltà connesse al periodo natalizio e al Christmas Blues vanno aggiunte le nuove abitudini digitali degli italiani, che un'indagine Doxa commissionata da Gruopon (Doxa, 2017), vede sempre più vivere il Natale sui social. Qualche dato curioso: 9 su 10 scelgono gli auguri digitali perché sono comodi e meno impegnativi (62%); il 75% frequenta gruppi WhatsApp per scambio di foto, auguri e decidere menu (60%) e regali (57%). Solo il 25% non usa gruppi. Le foto la fanno da padrone rispetto ai messaggi personalizzati. Gli italiani condividono per il 49% l'albero di Natale, per il 38% la tavola imbandita e i piatti (36%). Il 33% degli italiani è scettico sull'u-

so dei social per vivere il Natale (33%), contro i 7 italiani su 10 che giudicano l'uso dei social positivo in quanto maggiormente festoso e allegro (link1).

Il rischio è comunque quello di mettere una distanza tra sé e gli altri, di preferire la via meno impegnativa e spersonalizzata invece dell'intimità e del calore (link2). Altro rischio è quello di autorappresentare una realtà abbellita, edulcorata e messa in posa per piacere e colpire l'attenzione dell'altro, volta più a rappresentare sé stessi al meglio che a comunicare pensieri ed emozioni “calde”. Il rischio di colpire coloro che sono già fragili perché soli, in condizioni di povertà o isolamento, fatica emotiva, lavorativa e familiare è grande. Possono essere utili alcuni suggerimenti per evitare lo stress e l'umore negativo nelle festività natalizie

- acquistare meno, stabilendo un budget secondo le proprie possibilità;
- accettare inviti e occasioni sociali che ci fanno veramente piacere, evitando situazioni in cui potremmo sentirci a disagio o intristiti;
- ridimensionare l'importanza del periodo natalizio e delle sue implicazioni, cercando di far riferimento ai propri bisogni e valori;
- non lasciar andare i propri pensieri rincorrere le difficoltà: decidiamo piuttosto un piccolo cambiamento nella direzione voluta;
- godere del tempo libero e dare spazio a hobby e momenti per sé. Farsi un piccolo regalo.

Ce lo meritiamo e non dobbiamo aspettare sempre che sia l'altro a darci qualcosa che vogliamo;

- stare all'aria aperta e mantenere uno stile di vita sano;
- ricordare che sui social appare ciò che si vuol mostrare non la verità



Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC.
2. Link 1: <https://bva-doxa.com>

1. Kasser T., Sheldon K.M. (2002). What makes for a Merry Christmas? In Journal Of happiness studies, vol. 3, n. 4, 313-329

2. Link 2: <https://Psychologytoday.com/evidence-based-living/201712>



Patrizia Amici

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Opere d'arte e Depressione: il laboratorio di narrazione

/ Immacolata d'Errico/

Le opere d'arte utilizzate nel laboratorio di narrazione hanno permesso di evidenziare l'esperienza depressiva di G. e di A., non consapevoli della loro malinconia.

Ho condotto per 6 mesi un laboratorio di "narrazione" con utenti psichiatrici di un Centro Diurno del sud barese, mostrando loro opere d'arte pittorica. Riporto l'esperienza di G., 50 anni e di A., 42 anni, maschi. In questa esperienza presso il centro diurno, in cui ho lavorato recentemente, ho voluto dar vita a pensieri, parole e gesti di pazienti afferenti al Centro Diurno, utilizzando delle opere d'arte estratte dal catalogo del progetto "tutti uguali, tutti diversi". Campagna di sensibilizzazione e di lotta allo stigma e alla discriminazione sul disagio mentale attraverso l'arte che il CSM 3 (Centro di Salute Mentale) di Troia ha condotto nel 2007 in sinergia con l'Accademia delle Belle Arti di Foggia e la Soprintendenza BAP (d'Errico 2018 in *Psichiatria Danubina*). Ho utilizzato in questo laboratorio delle opere d'arte perché credo rivelino parti di noi stessi, conosciute o sconosciute. Queste opere esprimono angosce, difficoltà,

sofferenze, desideri, dubbi, paure, speranze, pregiudizi, rifiuti. Ho fotocopiato a colori le opere d'arte contenute nel catalogo e le ho sottoposte al gruppo di 11 utenti afferenti al Centro Diurno. Ho detto loro di guardarle, di riflettere e di scegliere quelle che "vi toccano maggiormente l'animo". Ho detto loro di esprimersi utilizzando qualunque mezzo: la recitazione, il disegno, la poesia, il movimento e altro ancora. Nell'impatto con le emozioni che un'opera d'arte suscita, i pazienti è come se avessero costruito un ponte per potere incontrare sé stessi e per recuperare e riunire quelle parti di sé in un tutto unico. In questo modo intrecciano un nuovo dialogo con sé stessi e le proprie parti affettive-emozionative. Nell'articolo pubblicato su *Psichiatria Danubina* ho illustrato ogni singolo paziente e le opere più fortemente impattanti e le riflessioni che ne sono derivate. Qui porterò l'esperienza di G. e di A. che in seguito a questa

esperienza terapeutica scoprono parti che hanno tentato di tenere sempre nascoste a sé stessi. G. ha lavorato sull'opera



"SEGREGAZIONE" olio su tela, di Rosanna Roggia portando il tema della solitudine di vita, affettiva, ma anche interiore, un vuoto esistenziale immenso. Il paziente nella vita e nel Centro si è sempre mostrato spavaldo, duro, rinnegando completamente il suo senso di solitudine, di abbandono e di alienazione. G. negava questi temi. Nella sua vita voleva ad ogni costo comunicare una immagine di forza e resistenza; rideva e derideva spesso in modo immotivato e grossolano. Il lavoro su di sé nel laboratorio di narrazione ha portato, invece, alla consapevolezza sia di sé stesso che degli altri. Il tema della solitudine emerso ha aperto un varco che gli ha permesso di divenire consapevole dei suoi spazi interni e agli altri compagni di entrare nel suo mondo e introdurre calore e colore. Di seguito riporto una serie di riflessioni sul tema della solitudine che al termine del laboratorio G. ha scritto e condiviso con il gruppo. "Perché proprio a me questo vuoto? La solitudine. Camminando nel deserto troverai una strada che ti soddisferà. La solitudine secon-

do me può essere anche curativa, nel senso che se riusciamo a curare questo disagio in solitaria, lo affrontiamo meglio forse. Riflettere e ascoltare a lungo la propria anima. La solitudine è l'isolamento dal mondo e da tutti. Nessuno mi comprende ed il mio sogno è quello che leggano dentro di me. Sognare in una stanza da solo.

La solitudine è rimanere soli nella realtà ma nei propri sogni ci rifugiamo. La solitudine è una brutta bestia. Perché proprio a me questo vuoto?" A. 42 anni, ha lavorato su



"ESPRESSIONI NASCOSTE", acrilico e olio su tela di Cristina Trentalange e che ha ribattezzato "Maschere, tante facce ridenti, che svelano mentre coprono". A. è un "ragazzo" sempre sorridente, sempre servizievole, gentile, volenteroso. La sua psicopatologia è legata ad un lieve deficit intellettuale che ha portato con sé un senso di inadeguatezza e diversità che poi le esperienze scolastiche e di vita hanno accentuato. A. ama lavorare, ha svolto con successo l'attività lavorativa

in un forno per circa due anni, per un progetto di inserimento lavorativo, oramai conclusosi da tempo e non più riavviato, credo per problemi economici/politici. Nonostante l'inattività lavorativa e la ovvia conseguente frustrazione, A. ha sempre dato ed ostentato di sé un'immagine di serenità. Alla luce di tutto ciò si può ben comprendere come la scelta di quest'opera d'arte abbia aperto un varco alla comprensione di un disagio interno tenuto dal paziente sempre nascosto. Per lavorare su questo tema emerso ho chiesto ad A. di trovare nella letteratura una poesia o un brano

riuscito a non stimare, a non curare più gli uomini e le cose, e ti manca perciò l'abitudine, che non trovi, e l'occupazione, che sdegni – quando tu, in una parola, vivrai senza la vita, penserai senza un pensiero, sentirai senza cuore – allora tu non saprai che fare: sarai un viandante senza casa, un uccello senza nido. Io sono così." In coincidenza temporale con questo laboratorio A. sviluppa una depressione, sicuramente legata alla presa di consapevolezza e al "buttar fuori", quasi in un processo di liberazione, ciò che aveva sempre tenuto nascosto a sé stesso.

Depressione che ha permesso poi in psicoterapia, di affrontare le tematiche di vita a lui fino ad allora sconosciute. Attraverso il lavoro sulle opere d'arte scelte, sia G. che A. hanno scoperto parti di sé che tenevano nascoste inconsapevolmente, costringendosi al confronto con le stesse. Questo ha permesso di dare nuovi significati alla propria storia personale e di iniziare un processo di recupero di nuove possibilità di essere, che si credevano perdute.

Bibliografia

- d'Errico I.: "How artworks can gather unspoken yet deeply felt experiences, using narrative lab in daily psychiatric center". *Psichiatria Danubina*, 2018, Vol.30, Suppl. 7, pp 527-532
- Pillo G. (a cura di): "TUTTI UGUALI TUTTI DIVERSI". Grafiche Gercap Foggia-Roma, ottobre 200



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Disturbi della Condotta Alimentare e Disturbo Bipolare

/ Giuseppe Tavormina /

Quasi tutti i Disturbi della Condotta Alimentare non sono una “malattia a sé stante” ma sono integranti negli “Stati Misti” dello “Spettro Bipolare dell’Umore”.

La “instabilità dell’umore”, più che la “Depressione”, è il problema principale che il medico clinico deve comprendere nel trattare un paziente con Disturbi dell’Umore; questo concetto è essenziale affinché il lettore rifletta su ciò anche quando si parla di Disturbi della Condotta Alimentare. Ogni quadro clinico dello Spettro Bipolare dell’Umore inizia con una manifestazione sintomatologica definita “sotto-soglia”, in quanto non ancora clinicamente evidente, se non lievemente. Lo psichiatra si approccia con grande attenzione a questa conoscenza diagnostica, tanto da portarlo ad evidenziare nella storia del paziente la presenza dei cosiddetti “temperamenti” (cioè le modalità cliniche con cui i disturbi sotto-soglia si presentano). Quanto sia importante il sapere cogliere precocemente la presenza di questi temperamenti, per meglio orientare diagnosi e terapia, lo sottolinearono alcuni anni fa anche Hagop Akiskal e Zoltan Rih-

mer (2010). Le tipologie temperamentali sotto-soglia hanno un ruolo importante nell’evoluzione clinica degli episodi dell’umore sia minori che maggiori... Esse inoltre interferiscono in modo significativo sul decorso e sviluppo delle stesse patologie maggiori, inclusi il rischio suicidario e le altre forme di comportamenti autodistruttivi, quali l’abuso di sostanze e i disturbi dell’alimentazione”. Quasi tutte le forme di Disturbi della Condotta Alimentare (DCA), eccetto che un paio di essi, entrano per la stessa caratteristica dei loro sintomi fra i cosiddetti “quadri misti” (o stati misti) dello spettro bipolare dell’umore. Essi sono caratterizzati dalla contemporanea presenza di tensione e inquietudine interna e muscolare, iperattività dei pensieri, sintomatologia depressiva con indifferenza e disinteresse, sfiducia, irritabilità, alimentazione poco controllata (in eccesso o in difetto), sonno molto disturbato e frequente associa-

zione di crisi d’ansia acute. È stato condotto uno studio scientifico nel valutare tutte le nuove visite viste consecutivamente nell’arco di tre anni e mezzo (Tavormina G, 2020): ovvero 192 pazienti, tutti con la diagnosi di Disturbi dell’Umore dello Spettro Bipolare. Tra questi, 19 pazienti (il 10% fra tutti; tutte donne) presentavano anche sintomi di Disturbi della Condotta Alimentare in varie forme, definiti secondo il DSM-5 (AA.VV., 2014): disturbo da alimentazione incontrollata (4 pazienti), disturbo alimentare restrittivo (13 pazienti), bulimia nervosa (2 pazienti). L’uso della scala di valutazione per gli Stati Misti Bipolari, la “G.T. Mixed States Rating Scale” (“G.T. MSRS”: Tavormina G, 2015), ha evidenziato il livello di “mixity” raggiunto dai suddetti 19 pazienti (il “mixity” descrive l’intensità del livello dei sintomi degli stati misti, prima descritti): 5 di essi hanno raggiunto un livello alto e gli altri 14 tutti un livello medio. Nessuno era nel livello medio-lieve”, per sottolineare quanto i DCA abbiano una notevole intensità di “mixity” e che pertanto fanno parte degli “Stati Misti” dello Spettro Bipolare (Tavormina G, 2019). Questo studio conclude dicendo che tutti i 19 pazienti con DCA hanno raggiunto nel tempo una stabilità clinica di buon livello di umore con una terapia farmacologica basata su regolatori dell’umore e antidepressivi a basso dosaggio. Possiamo senz’altro affermare che quasi tutti i Disturbi della Condotta Alimentare non sono una “malattia a sé stante”, ma sono parte integrante del più ampio “spettro bipolare dell’umore” (in particolare “stati misti”), ed è quindi questa la patologia che va curata.



Bibliografia

1. AA.VV.: DSM-5. Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali. Raffaello Cortina Editore, 2014.
2. Rihmer Z et al. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23: 12-18.

3. Tavormina G – Clinical utilisation of the “G.T. MSRS”, the rating scale for mixed states: 35 cases report – *Psychiatria Danubina* 2015; 27: suppl 1: 155-59.
4. Tavormina G – Bipolar disorders and bipolarity: the notion of the “mixity” – *Psychiatria Danubina* 2019; 31: suppl 3: 434-37.



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Capo Redattore

Psicoterapia per la Depressione

/ Andrea Iengo /

Quando si cerca per la prima volta un aiuto psicologico è difficile orientarsi davanti al gran numero di approcci disponibili, come possiamo trovare quello adatto a noi?

Quando si parla di psicoterapia per la Depressione ci si riferisce ad un insieme di attività che possono essere piuttosto diverse l'una dall'altra. Chi ha avuto modo di essere seguito da diversi terapeuti si sarà reso certamente conto delle differenze, anche sostanziali, tra un approccio e l'altro. Esistono approcci che indagano il passato e altri che si concentrano sul presente. Approcci incentrati sulle emozioni, altri sulla ragione, approcci nei quali il terapeuta per lo più ascolta e altri nei quali interviene molto.

Ci sono approcci che prevedono più sedute in una settimana, altri che prevedono un paio di sedute al mese e così via. Confrontandoci con questo tipo di realtà possiamo chiederci quale psicoterapia sia efficace nel trattamento della depressione. Questa domanda se la sono posta anche numerosi studiosi nel corso degli anni, anche se non è così facile trovare una risposta definitiva. Nel 2016, Barth e colleghi hanno analizzato 198 ricerche fatte su un totale di 15.118 pazienti adulti. Lo studio ha considerato solo le situazioni

in cui la psicoterapia non era associata con il trattamento farmacologico.

Questo per evitare che i risultati fossero influenzati da fattori esterni. Sono state considerate tutte le possibili tipologie di 'setting' (1), viso a viso, telefonico, via internet, sia individuale che di gruppo. Lo studio di Barth ha preso in considerazione sette differenti tipologie di psicoterapia per la Depressione in base alle loro caratteristiche:

1. **Psicoterapia Interpersonale:** un approccio che considera fondamentale il ruolo delle relazioni interpersonali nello sviluppo della depressione, lavorando su queste per risolvere il disturbo. Rientra tra le terapie brevi, è una terapia limitata nel tempo, in genere tra le 12 e le 16 sedute (Bellino et al, 2014).

2. **ACT: la Acceptance and Commitment Therapy,** è una delle terapie di terza ondata della terapia cognitivo-comportamentale. Essa è basata sulla consapevolezza, sulla piena attenzione e sulla capacità di accettazione delle difficoltà e sofferenze.

3. **Psicoterapia Cognitivo Comportamentale:** si focalizza sull'impatto che i pensieri non funzionali o patologici hanno sul comportamento della persona. Utilizza modifiche sostanziali del ragionamento per correggere positivamente i pensieri alterati o non funzionali. Vengono insegnate al paziente tecniche e comportamenti idonei per affrontare le situazioni stressanti.

4. **Problem Solving Therapy** sono definite così le terapie che prevedono il chiarimento del problema e la messa a punto di più possibili soluzioni per ogni problema. Si elabora una strategia di uso di queste soluzioni e si attua la verifica dei risultati ottenuti applicando le soluzioni previste.

5. **Psicoterapia Psicodinamica:** si concentra sul passato del paziente, partendo dal presupposto che le esperienze infantili, i conflitti passati irrisolti, e le relazioni storiche influenzano significativamente il funzionamento presente del paziente.

6. **Insegnamento di Competenze Sociali:** è un tipo di terapia comportamentale in cui vengono insegnate al paziente le abilità per costruire e mantenere relazioni sociali.

7. **Sostegno Psicologico:** vengono classificati qui i casi in cui non vengano utilizzate tecniche specifiche di altri approcci psicologici. Vengono sfruttati i fattori comuni a tutte le terapie, come l'aiutare le persone a parlare dei propri problemi e offrire un ascolto in modo autentico. Si manifesta l'intenzione onesta di comprenderne il punto di vista e le idee della persona, senza avere la fretta di interromperla per esprimere la propria opinione. Non vengono proposte soluzioni o insegnate nuove abilità.

Ci si basa sul presupposto che



discutere con gli altri di un problema possa portare di per sé sollievo.

Da questa ricerca emerge che tutti i tipi di psicoterapia considerati hanno risultati della stessa importanza. Esse mostrano poche differenze l'una con l'altra, ma hanno differenze rilevanti rispetto al "gruppo di controllo" (2). Possiamo dire che sottoporsi ad una qualsiasi psicoterapia è meglio che non fare nulla. Se secondo questo studio tutte le psicoterapie funzionano per il trattamento della Depressione perché esistono casi in cui effettivamente non funzionano? Il motivo secondo i ricercatori è da attribuire alle differenze che esistono tra persona e persona. Possiamo dire che tutte le psicoterapie funzio-

nano per trattare la Depressione, ma non tutte funzionano con tutti. Ad ognuno la sua psicoterapia quindi, ma quale debba essere, non si può stabilire a priori. È necessario, se un approccio non funziona, tentarne un altro fino a trovare quello adatto a sé, senza arrendersi al primo fallimento.

Glossario

1. (1) il setting terapeutico "È definito da modalità spazio-temporali (caratteristiche della stanza in cui avviene la terapia, frequenza e durata delle sedute, pagamento ecc.) e da regole relative alla interazione tra terapeuta e paziente." (da treccani.it)

2. (2) gruppo di controllo: in un esperimento si confrontano i risultati delle persone sottoposte alla terapia (gruppo sperimentale) con quelli che non sono sottoposti alla terapia, quest'ultimo gruppo è detto "gruppo di controllo"

Bibliografia

1. Barth, J. et al. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243.

2. Bellino, S. et al. (2014). Interpersonal psychotherapy: a model of intervention for borderline personality disorder. *Rivista di psichiatria*, 49(4), 158-163.

Sitografia

3. https://en.wikipedia.org/wiki/Behavioral_activation

4. https://it.wikipedia.org/wiki/Studio_clinico

5. <https://www.ipsico.it/acceptance-and-commitment-therapy-act/>



Andrea Iengo

Medico Psichiatra
Redattore

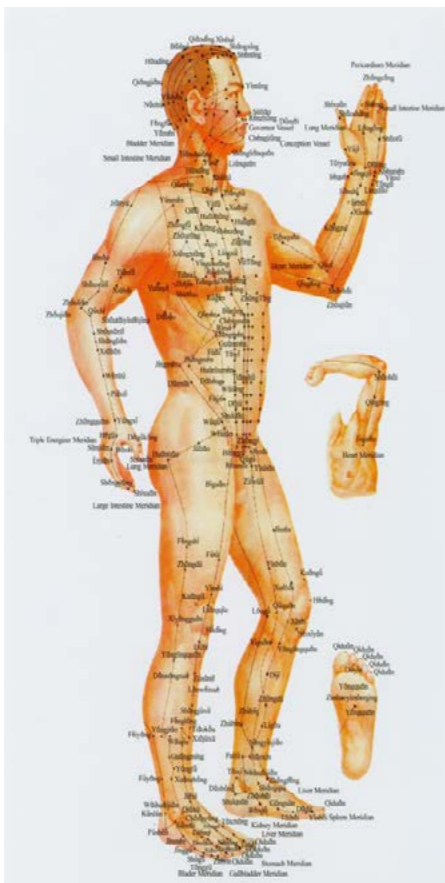
L'energia vitale e la Depressione

/ Massimo Elia /

I trattamenti Shiatsu e Tui Na possono essere utili nel riequilibrare la disfunzione energetica causata dalla malinconia e dal blocco dell'energia vitale.

La Depressione, secondo la terapia Olistica e la Medicina Tradizionale Cinese, dipende da un alterato funzionamento dell'energia vitale, con un blocco energetico della forza positiva ed attiva nell'uomo. Lo Shiatsu ed il Tui Na possono essere strumenti utili al ripristino dell'equilibrio. Lo Shiatsu e il Tui Na sono due tecniche energetiche di trattamento che aiutano il riequilibrio delle disfunzioni dell'organismo. Lo Shiatsu è di origine giapponese, e prevede la stimolazione attraverso pressioni statiche con le mani, dita, pugni chiusi, talvolta gomiti o ginocchia e così via. Il Tui Na è l'antico massaggio cinese che prevede movimenti più dinamici e diversificati. Entrambi stimolano i punti ed i meridiani energetici della Medicina Tradizionale Cinese.

La MTC è una medicina antichissima di diversi millenni che lavora sull'energia vitale della persona e che vede il mondo e l'individuo essenzialmente come un tutto energetico. Così come



Didascalia: "Meridiani di energia vitale in agopuntura"

comprese anche Einstein e come oggi la fisica e la medicina quantistica dimostrano ed applicano. L'energia vitale si manifesta in

tutte le cose attraverso due polarità di base: il positivo e il negativo. Il giorno e la notte, luce e buio od ombra, acqua e fuoco, estate e inverno, alto e basso e così via. Esattamente come avviene nella divisione, moltiplicazione e specializzazione cellulare l'energia bipolare di base si scinde e si specializza man mano in altre unità e realtà. Essa crea sfumature, intrecci e genera la biodiversità e la complessità di tutto ciò che esiste. Si manifestano ad esempio le quattro stagioni, gli elementi come acqua, aria, fuoco e terra, i cicli naturali. Anche l'essere umano contiene tutti questi elementi, i fattori e le relative leggi che li muovono e li contraddistinguono. Nel mondo esterno, ecosistema, come nell'essere umano (ecosistema uomo) c'è bisogno di un equilibrio di questa energia diversificata, dei suoi cicli e delle leggi bioenergetiche. Per la Medicina Tradizionale Cinese, come anche per le altre medicine e filosofie orientali e occidentali, oltre che per la psicologia e soprattutto la psicosomatica, anche gli organi, i sistemi e gli apparati dell'organismo rappresentano delle funzioni e dei ruoli. Alcuni si dicono simbolici, ma in vero sono molto reali, al di là dell'aspetto puramente meccanico. Anche nella medicina occidentale, se ci soffermiamo attentamente sulla funzione, sulla terminologia ed anatomia, potremmo per "allegoria" trarne messaggi importanti, facendo attenzione al senso delle disfunzioni. Dal punto di vista energetico possiamo considerare la Depressione come uno squilibrio fra i due poli dell'energia vitale in primis, e delle sottodivisioni funzionali e dei ruoli di specie. Positivo e negativo non sono più bilanciati, azione e riposo vengono sbilanciati. Se la



prima è inibita prevale l'inerzia, la compressione, il blocco o stagnazione energetica e impedisce l'apertura, il moto ed il fluire. I vari cicli si sfasano e un esempio tipico è l'alterazione del ciclo sonno veglia. Alcuni elementi si disfuncionano in rapporto ad altri che invece prevalgono. L'atrabile o bile nera della medicina umorale ippocratica, melanconia designata alla milza era la causa della depressione nell'antichità. Cosicché si mettono in scena dinamiche e rappresentazioni, come attori sulla scena di un teatro, che interpretano un disagio esistenziale e ne cercano le soluzioni. Gli elementi che fanno insorgere una depressione della energia vitale possono essere le difficoltà esistenziali, del "mal di vivere". Esse portano a comprimere la propria energia, a bloc-

carsi, stancarsi, stagnare e ad andare verso il basso. Nel senso che in reazione ad uno stimolo esterno attuiamo una risposta di chiusura e di difesa, creando necessariamente un diverso funzionamento di organi e sistemi ed apparati. Le antiche discipline non scindono, né dimenticano mai l'aspetto spirituale della vita. In realtà ciò è presente e si sta rivalutando anche oggi da noi. E in base a questo presupposto "andare in depressione" a cosa serve? Che utilità ha? A meno che non si creda che tutto sia un caso, non governato da nessun tipo di legge e principio, la Depressione potrebbe servire ad osservarsi. Serve vedere cosa non va e come superare o cosa cambiare o anche cosa accettare. L'osservatore può modificare l'oggetto osservato, postula la fi-

sica quantistica. La Depressione può essere, pertanto, una opportunità evolutiva per riflettere e vivere una vita migliore rispetto a quella fino ad allora vissuta. Nella psicologia è l'andare a lavorare su conflitti e traumi. A livello spirituale qualcosa da imparare, e questo sta prendendo sempre più piede, anche se con un po' di ritardo, nella psicologia odierna, con buona gioia per l'anima di Jung, e tanti altri. Lo psicanalista che, in epoche più difficili da poter esporre certi concetti, aveva esperito e raggiunto un elevatissimo sviluppo della sua dimensione spirituale trascendentale. Abbiamo premesso che le disfunzioni energetiche creano problemi ad organi e sistemi, sulla sfera fisica quanto psichica. Pertanto andremo a lavorare con pressioni e manovre su punti e



meridiani energetici collegati a determinati elementi e funzioni. Nella Depressione sono coinvolte e perturbate diverse energie vitali. Si ha un calo dell'energia dei reni, che sono il serbatoio della forza e del sostegno, indeboliti dalla paura. Il Qi (energia) del fegato che provvede all'azione, sia nella vita esterna che nelle funzioni interne. L'energia della milza è ridotta per i pensieri continui e la rimuginazione, come lo è anche quella dello stomaco per il rifiuto di nutrirsi della vita e l'accettazione. Si ha una scarsa energia per il ministro del cuore, per la comunicazione e l'espressione della nostra vera essenza. I polmoni hanno una scarsa forza per l'interiorizzazione e la tristezza e infine anche il "triplice riscaldatore" è insufficiente. Esso non trova un corrispettivo in un organo specifico e può essere considerato come un fuoco energetico generico, che attraversa e circola in tutto il corpo, direi una sorta di sistema immunitario difensivo. Il

trattamento per la Depressione è così variegato, ampio e articolato proprio perché la Depressione coinvolge e crea diverse problematiche all'intero "sistema persona", quindi è fondamentale la completezza d'intervento nell'approccio del trattamento. La divulgazione e lo studio di tecniche energetiche quali Shiatsu e Tui Na, ma anche di agopuntura, Reiki, meditazione, oltre la riscoperta di quelle occidentali dimenticate, sono sempre di più un valido aiuto e strumento da affiancare alla medicina ufficiale e alla psicoterapia per la cura dei pazienti. Molti medici, psicologi, fisioterapisti, osteopati si specializzano anche in queste discipline. Poi ci sono gli operatori olistici, che vedono la persona come un intero sistema mente-corpo-spirito, tutto interconnesso. Olistici sono pure i naturopati, gli erboristi, gli insegnanti di yoga, taiqi e l'elenco è molto lungo. Tale visione olistica una volta era condivisa anche da medici in epoche neanche tanto

lontane. Il mondo sta andando verso una nuova quanto antica consapevolezza, un nuovo modo di vedere le cose. Tutto questo porterà forse attrito e opposizione, ma probabilmente la natura o la vita prevedono che si debbano superare delle prove, affinché ci tempriamo e ci rafforziamo. Come Dante scrisse: "nati non foste per viver come bruti, ma per conseguir virtù e conoscenza" e "quindi uscimmo a riveder le stelle". Una nuova era, un mondo migliore è auspicabile, magari con meno ego e più amore, quell'amore "che move il cielo e le altre stelle". Un viaggio verso riscoperte e verità. Esse renderanno libero un pezzo finale di strada, sul sentiero che ci riporterà a casa.



Massimo Elia
Naturopata Terapista Olistico

Cybersex ed erotismo

/ Francesca Mari /

Il piacere "meccanico" del Cybersex: una nuova minaccia per i giovanissimi. È un fenomeno in costante crescita che coinvolge non solo adulti e adolescenti.

Un tempo era solo amore a distanza. Prima con le lettere scritte a mano, per i romantici con i messaggi nella bottiglia o i piccioni viaggiatori. Via via, con l'esplosione del web attraverso canali sempre più innovativi. Oggi, invece, non solo spopolano la didattica, la formazione, la cultura a distanza, l'e-commerce, l'e-learning e lo smart working, ma anche il cybersex, sesso a distanza è sempre più praticato. E diventa un fenomeno preoccupante. La pandemia di coronavirus, infatti, costringendo in casa milioni di persone ha incrementato i fenomeni di "cybersex" e "sexting" (sesso virtuale, messaggistica sessuale). Coinvolti non solo negli adulti ma anche preadolescenti adolescenti sempre più colpiti da questi fenomeni. Basta poco per conoscere coetanei con un semplice click! Così da esprimere il proprio approccio alla sessualità tramite gli strumenti offerti dai dispositivi digitali come chat, sms, videochat, forum, blog etc. Ma in cosa consistono questi nuovi fenomeni che coinvolgono soprattutto i nativi digitali? E quali sono i

rischi per le nuove generazioni? Il Cybersex, termine inglese che in italiano si traduce con "sesso virtuale", è quel fenomeno che indica un'attività sessuale che si svolge attraverso l'uso di internet tra due o più persone. L'attività può essere simulata o praticata e produce gratificazione sessuale attraverso il mezzo informatico. Si può praticare attraverso videochat e collegamenti diretti sui social. Neologismo inglese nato dalla fusione delle parole "sex" (sesso) e "texting" (messaggiare) che significa inviare messaggi o immagini con contenuti sessuali espliciti attraverso i devices. La dinamica consiste nel filmarsi o fotografarsi con smartphone, tablet o webcam mentre ci si spoglia o si assumono pose sensuali e di autoerotismo, per poi inviare le immagini ad una o più persone. Può capitare anche che tali immagini possano essere pubblicate sui social (oltre Facebook o Instagram, quelli di nuova generazione come Tik Tok abusato soprattutto dai giovanissimi) ed essere guardate da persone di ogni tipo. Secondo gli esperti gli adolescenti, in mancanza di confron-

ti sul tema con gli adulti, cercano in questo modo informazioni sulla sessualità. Internet permette l'accesso immediato a una vastissima quantità di informazioni che vanno dal funzionamento, all'anatomia, alle pratiche sessuali. Inoltre, lo scopo è di accrescere il proprio soddisfacimento personale sia da soli che in compagnia di altri. In entrambi i casi il Cybersex si accompagna alla masturbazione, quindi può essere usata sia come sostituto di relazioni sessuali reali che in associazione a esperienze vissute. Il sexting e il cybersesso, secondo gli studiosi, sono particolarmente diffusi nella popolazione tra i 12 e i 16 anni, periodo in cui oltre al desiderio di esplorare la sessualità possono nascondersi problemi di tipo relazionale. Lo schermo del Pc, del tablet o dello smartphone funge da filtro che aiuta il piacere di mettersi in mostra, ma ripara dalla relazione reale e dalla paura dell'ipotetico rifiuto. Gli adolescenti rispetto agli adulti sono più fragili e più facilmente condizionabili dagli stimoli visivi proposti dal web. Tuttavia è un rischio delegare l'educazione sessuale dei giovani a questi canali perché c'è il rischio di identificare la sessualità in atti meccanici. Tra i rischi di queste pratiche online attuate senza alcun controllo in c'è la perdita della privacy. Una volta che il contenuto è online o viene inviato a qualcuno di fatto perdiamo il controllo su di esso. Un altro pericoloso rischio che è quello legato ai traumi psicologici: mostrando la nostra intimità possiamo portare un danno alla reputazione e immagine con relative conseguenze emotive. Vergogna, isolamento, depressione sono le conseguenze: basti pensare agli eventi di cronaca non troppo distanti nel



tempo. Poi c'è il rischio di reati penali, infatti anche un minore può essere perseguito penalmente comportando l'accusa di diffusione di materiale pornografico minorile. Le più allarmanti degenerazioni del Cybersex sono il Cyberbullismo e il Revenge Porn, fenomeni che purtroppo sono sempre più diffusi e riempiono negativamente le cronache quotidiane. Il Cyberbullismo è la trasposizione online del classico bullismo e prevede azioni di molestie, umiliazioni e ricatti nei confronti dei soggetti più fragili. Ovviamente, i cyberbulli essendo in possesso di immagini compromettenti, possono minacciare

le persone e persino arrivare a estorcergli danaro. Molto grave perché talvolta conduce persino al suicidio delle vittime, come nel caso della napoletana Tiziana Cantone, è il Revenge Porn. Si tratta della condivisione pubblica tramite Internet di immagini o video intimi senza il consenso dei protagonisti degli stessi. Purtroppo, non solo tra gli adulti ma anche tra i giovani è diventato un modo per minacciare i partner o vendicarsi di relazioni finite. Ma le vittime, spesso, non riescono a reggere alle umiliazioni, cadono in profondi stati depressivi che possono indurre anche al suicidio. La Sia (Società Italiana di

Andrologia) ha effettuato una ricerca sul crescente fenomeno del sesso online tra gli adolescenti; i dati della ricerca hanno prospettato scenari preoccupanti. Il sesso per gli adolescenti è quasi esclusivamente sul Web: sia i ragazzi che le ragazze si affidano più al Cybersex e al Texting nella ricerca del piacere, tanto che queste pratiche sono raddoppiate nell'ultimo anno (sono rispettivamente al 34% e 6%). Ciò ha aumentato i fenomeni di cyberbullismo. In quest'ultimo anno, più del 40% delle ragazze e il 25% dei ragazzi è stato vittima dei bulli su Internet. Più del doppio dei giovani fa riferimento ai siti

di incontri (10% nel 2020-2021 rispetto al 5% di due anni prima) per conoscere nuove persone. La pornografia diventa un'abitudine per le ragazze: più del 30% ha dichiarato di collegarsi abitualmente a siti pornografici, rispetto a solo il 15% del biennio 2018-2019, con un parallelo aumento dell'autoerotismo. Vietare l'uso dei pc, smartphone e tablet non sembrerebbe una via praticabile e consigliata. Quello che invece, secondo gli specialisti, i genitori possono fare è imparare ad usare il cellulare e la rete, farlo insieme ai ragazzi, parlare con loro dei rischi che si corrono. I genitori devono mantenere il dialogo con

i propri figli ascoltandoli, cercando di cogliere segnali di disagio e raccontando loro quali possono essere i rischi. Fare attenzione all'uso che fanno della rete, mettendo anche regole di utilizzo e chiarendo che ci saranno controlli. È chiaro che se la situazione diventa preoccupante e i ragazzi appaiono troppo chiusi nel loro mondo e talvolta assenti, è sempre opportuno consultare specialisti. Secondo gli specialisti Sia, l'educazione sessuale nelle scuole gioca un ruolo primario nello sviluppo di una sana sessualità negli adolescenti. È opportuno introdurre programmi scolastici in cui si spiegano gli aspetti

scientifici del sesso uniti a quelli che sono i rischi.

Bibliografia

1. Ricerca a cura del Congresso nazionale della Sia, Società italiana di Andrologia, 2021
2. Riemersma J. & Sytsma M. (2013). A new generation of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 306-322.
3. Young, K. S. (2001). *Tangled in the Web: Understanding cybersex from fantasy to addiction*. Bloomington, IN: Authorhouse



Francesca Mari

*Cronista del Mattino di Napoli
Redattore Comitato Scientifico*

Corpo, umori e stagioni

/ Francesco Cervone /

Il corpo, le emozioni, le fantasie e la razionalità sono i nostri linguaggi di esistenza mediante i quali comunichiamo con noi, con il mondo, con gli altri e prendiamo cura di noi stessi. Le stagioni ed il clima influenzano la nostra esistenza.

In questo periodo di pioggia e freddo, ci può capitare facilmente di abbandonarci a fantasticare una vacanza al mare in qualche paese caldo e soleggiato. Nel nostro immaginario la luce ed il calore sono sempre stati associati al benessere del corpo e dell'anima, il buio ed il freddo evocano il contrario. Per cui la primavera e l'estate sono generalmente molto più gradite dell'autunno e dell'inverno. Lo star bene dei mesi primaverili ed estivi dipende da vari fattori. Le giornate più lunghe aumentano il tempo di esposizione alla luce e rendono più nitida la percezione degli oggetti. Aumentano le possibilità d'azione e in noi la sensazione di sicurezza e il senso di autostima prendono maggiore energia. La luce del mattino stimola e facilita l'attenzione e l'apprendimento. Le temperature più gradevoli influenzano positivamente corpo e mente. Siamo più inclini a esplorare, correre, saltare, balla-

re, cantare e siamo benevolmente aperti alle relazioni amicali, ludiche, lavorative e soprattutto amoroze. Siamo anche meno soggetti alle infezioni respiratorie, perché stiamo più tempo all'aria aperta. Il sistema immunitario funziona al meglio anche per la riduzione dello stress. Anche l'ambiente che ci circonda con le sue creature è più sensibile al calore e alla luce. La primavera con le sue promesse si presenta con un pullulare di vita e di crescita per le piante e gli animali. Essa è per noi fonte di stimoli e di slancio vitale. Quasi l'opposto avviene nei mesi autunnali e invernali, a causa dell'aumento delle ore di buio. Questo richiama l'indefinito, il mistero, l'incertezza, inculcando paura, tristezza, sfiducia, insicurezza e inibizione. Tali stati d'animo possono spingerci a forme di chiusura protettive anche nelle attività ordinarie e ci mostrano anche meno coinvolti affettivamente. Il corpo è preso

da una sorta di letargia, soprattutto erotica. Essa spesso se non è capita e contestualizzata, rischia di essere mal gestita con risvolti relazionali catastrofici. Talvolta siamo bloccati dagli eventi climatici in situazioni in cui cerchiamo rassicurazioni e ci rintaniamo riducendo al massimo le nostre iniziative anche per scongiurare malattie. Infatti, il freddo invernale può essere una delle cause più importanti dell'autocastrazione vitale, anche per l'ambiente che ci circonda. Esso può rallentare notevolmente i ritmi del corpo fino a giungere a reali pause di letargo. Esiste un'armonia e una sincronia tra uomo e ambiente, con una ciclicità umorale dovuta ai condizionamenti stagionali. D'estate il nostro umore è buono e siamo iperattivi; d'inverno siamo tristi, quasi depressi come la campagna, battuta dalla pioggia e dalla grandine. Per fortuna le fluttuazioni umorali causate dai condizionamenti stagionali non sono tali da inficiare troppo la nostra funzionalità. Avere una sufficiente conoscenza delle stesse serve a saperle gestire senza allarmismi. È utile e necessaria l'attenzione e un allenamento alla consapevolezza delle nostre reazioni agli insulti stagionali. Così da poter cogliere in tempo eventuali deviazioni dalla "norma". In caso di anomalie ci troviamo a patire un Disturbo Affettivo Stagionale (DAS) o un Disturbo Astenico stagionale. Ascoltando il corpo attraverso sensazioni ed emozioni ci si può rendere meglio conto di eventuali cambiamenti dello stato d'animo. Si può valutare se e come prendersi cura del DAS. Purtroppo spesso facciamo fatica ad accogliere i molteplici stimoli interni e esterni al nostro corpo, provenienti dagli altri e dal mondo. Sappiamo che tutto ciò



che viviamo a livello corporeo, emotivo, fantastico e cognitivo (memoria, ragionamento, percezione, creatività e giudizio), può essere usato per la crescita del nostro e altrui benessere o per la stasi improduttiva. Come uomini siamo diversi, unici e irripetibili per caratteristiche biologiche, socioculturali e psicologiche. Per cui non sempre e non tutti abbiamo le stesse reazioni agli eventi, sia per l'intensità che per la durata nel tempo. Ci sono persone che non hanno un buon contatto con il proprio corpo (sensazioni). Esse talvolta reagiscono agli stimoli percepiti in modo incongruo, come nel caso di un lutto di un familiare. Vivono le emozioni in un modo emotivamente piatto e distaccato, quasi come non fosse successo niente d'importante ed hanno reazioni molto diverse dal senso comune. Altri invece hanno reazioni a taluni eventi interni o esterni a sé stessi, tanto che possono sembrarci eccessive o non proprio adatte. La struttura di personalità di un individuo rende ragione del

suo modo di essere, di percepire e di trovare soluzioni esistenziali. Per vivere bene, è importante avere una sufficiente consapevolezza del perché, quando, dove e come gestiamo le sensazioni, le emozioni e le fantasie erotiche. Spesso questo livello viene sottovalutato o addirittura ignorato nell'insorgenza delle sofferenze psicologiche, con il rischio di non prendersene cura in tempo ed in modo adeguato.

Aldilà degli aspetti generalmente condivisi, esaminiamo brevemente la storia di Carmine per vedere come gli aspetti soggettivi, in questo caso l'esperienza negativa del paziente, determinino una sofferenza stagionale. Carmine, contadino, sposato, 55 anni, padre di due figli, da qualche anno è in cura medica per la depressione che si acuisce sintomaticamente in vista dell'estate. Dalla storia del paziente emerge che tale particolarità clinica è verosimilmente legata alla sua infanzia. Quando d'estate i suoi compagni di scuola erano liberi di giocare e di andare in vacanza,

lui era costretto ad aiutare i genitori in campagna, quando per loro aumentava il lavoro. Doveva rinunciare al gioco e alle vacanze. Anche oggi il ritmo lavorativo di Carmine non è cambiato e la vecchia rabbia e insoddisfazione estiva si rinnova. Egli fa fatica a godersi anche una breve vacanza con la moglie, nonostante la libertà dal lavoro e dalle limitazioni erotiche dovute alla presenza dei figli.

Bibliografia

1. Cassano G B - Lo spettro dell'umore, Psicopatologia e clinica. 2008 Ed. Elsevier Milano
2. Minkowski E - Il tempo vissuto Fenomenologia e Psicopatologia 1971 Torino Ed.: Giulio Einaudi
3. Ariano G - Diventare Uomo L'antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale 20000 Roma Ed. Armand



Francesco Cervone

Medico Psicoterapeuta
Comitato scientifico

Il Binge-Watching e la Depressione da fine serie TV

/ Maria Vincenza Minò /

Il Binge-Watching è un fenomeno in crescita tra gli adolescenti e i giovani adulti, può arrivare a compromettere diversi aspetti della vita psico-fisica, sociale ed economica dei soggetti coinvolti.

Binge -Watching significa letteralmente “abbuffata di visione” e consiste nel guardare più episodi di una serie tv o di un programma televisivo in rapida successione. Tutto ciò che una persona deve avere è una connessione Internet, un computer o uno smartphone. Il termine è divenuto popolare nel 2013 con la distribuzione di serie televisive inedite sulla piattaforma “Netflix” che ha offerto la possibilità di vedere intere stagioni in un solo giorno. L’accesso ai contenuti video è notevolmente incrementato, grazie alla diffusione di ulteriori piattaforme quali: Amazon Prime, Disney +, Apple TV +, Raiplay, NOW TV, Infinity, Tim Vision. I protagonisti definiti “binge-watcher” sono gli adolescenti e i giovani adulti senza distinzione di genere, infatti, sia donne che uomini presentano gli stessi livelli di Binge-Watching (Pena, 2015). Quali sono i motivi che

spingono gli adolescenti e i giovani adulti a diventare binge-watcher? 1. “Mettersi in pari” con i propri amici e conoscenti per evitare di sentirsi esclusi dal non aver visto una determinata serie tv (Matrix, 2014). Si assiste, così, ad una trasformazione della routine giornaliera; sempre più ragazzi, infatti, organizzano la propria vita quotidiana in funzione degli episodi da guardare, rimandando o evitando compiti importanti da portare a termine (Petersen, 2016). Questo è visibile soprattutto tra gli studenti che rimangono molte ore davanti al pc togliendo del tempo allo studio o alle attività universitarie, con ripercussioni sul rendimento scolastico (Winland, 2015). 2. “Avere una via di fuga” dai problemi della vita quotidiana (Pena, 2015). Immergersi in un episodio porta gli adolescenti e i giovani adulti a dimenticare degli impegni e delle problematiche vissute

nel quotidiano, contribuendo a sperimentare una sensazione di sollievo momentanea (Ahmed, 2017). L’abbuffata di puntate televisive può assumere le caratteristiche di una dipendenza se si protrae per diverso tempo e non viene attuata occasionalmente. Dal punto di vista psicologico è stata osservata una relazione tra depressione, senso di solitudine e il Binge-Watching. Spesso le persone riportano la preferenza nel guardare programmi televisivi a casa da sole, creando uno spazio virtuale in cui vivere che li allontana dall’esterno (Ahmed, 2017). Il senso di solitudine provato può dar luogo a vissuti di tipo depressivo, che si declinano in quella che viene comunemente chiamata “post Binge-Watching blues” ovvero “la Depressione da

fine serie”. È stato accertato che, una volta conclusa la stagione della propria serie tv preferita, la persona arrivi a sperimentare un forte senso di vuoto, di abbandono da qualcosa che gli ha tenuto compagnia per diversi giorni e manifesta la necessità di riempire tale mancanza con l’inizio di una nuova serie. I binge-watcher non sono in grado di autoregolarsi; riportano, infatti, la necessità di premere il pulsante “play” episodio dopo episodio senza rendersene conto; manifestano la spiccata tendenza all’isolamento e a ricercare in misura crescente il comportamento di dipendenza. Tutto ciò genera importanti limitazioni nella vita psico-fisica, sociale ed economica. Le conseguenze a cui possono andare incontro sono: alterazioni del ciclo sonno-veglia, disidratazione ocu-

lare e disturbi visivi, sedentarietà e relativo aumento del peso, facile tendenza all’irritabilità, disturbi d’ansia, senso di vuoto e angoscia, vissuti depressivi, difficoltà relazionali, della sfera sessuale, in particolare nel rapporto di coppia. È fondamentale chiedere l’intervento di un professionista se il tempo occupato dalla persona davanti alla tv copre la maggior parte della giornata. Se l’unico interesse risulta essere solo la serie TV e la proposta di un’attività differente viene vista come un ostacolo alla soddisfazione del proprio bisogno. Se la serie viene vissuta in solitudine come alternativa al mantenere i rapporti con i familiari, amici, compagni/e o in casi estremi determina l’allontanamento volontario dal circuito lavorativo/ scolastico.

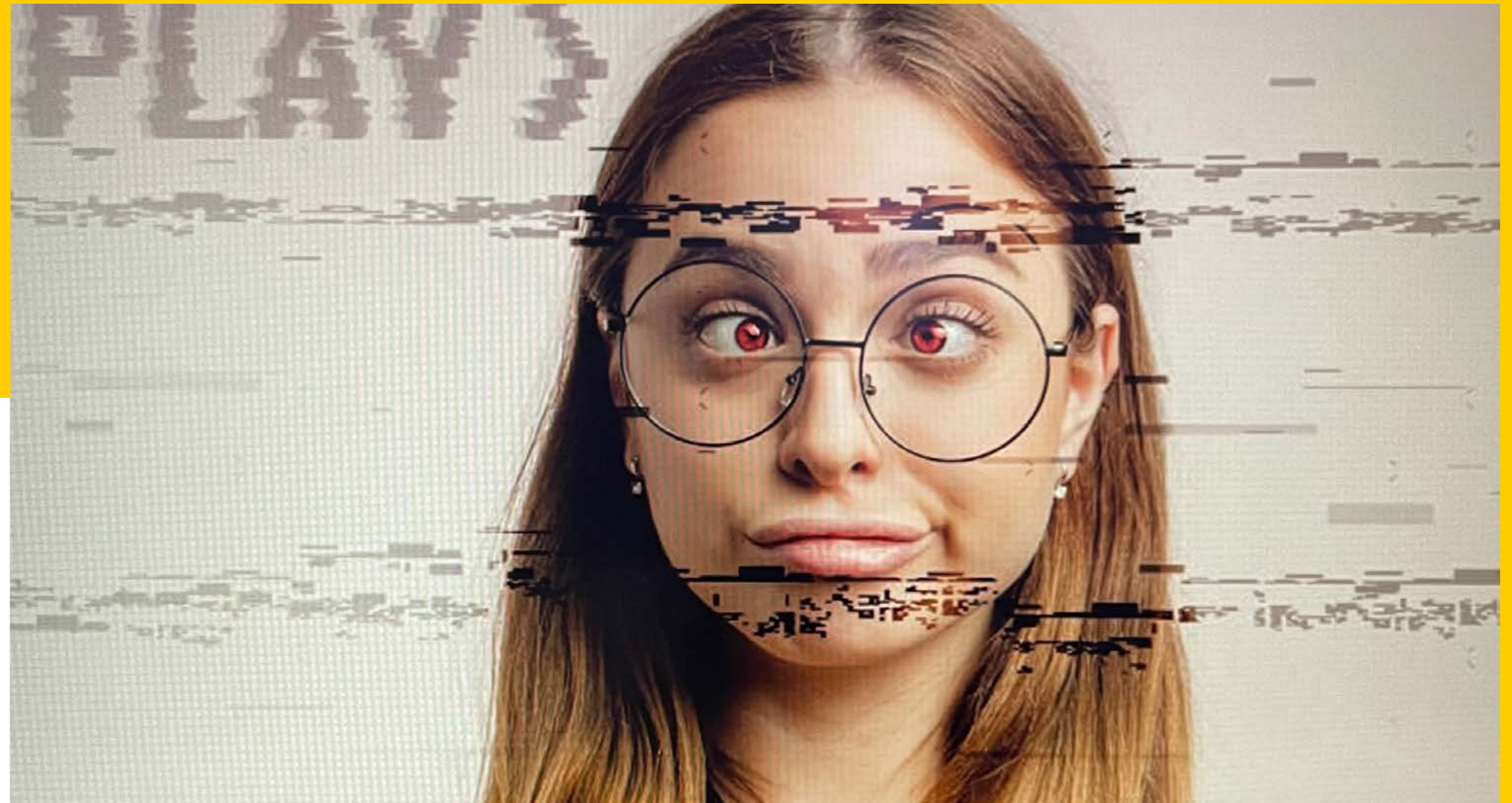
Bibliografia

1. Ahmed AAAM. New Era of TV-Watching Behavior: Binge Watching and its Psychological Effects. *Media Watch*.2017; 8(2): 192-207.
2. Matrix S. The Netflix Effect: Teens, Binge Watching and On-Demand Digital Media Trends. *Jeunesse Young People Texts, Cultures*. 2014; 6(1): 119-138.
3. Pena LL. Breaking binge. Exploring the effects of binge watching on television viewer reception (Doctoral dissertation, Syracuse University). 2015.
4. Petersen TG. To Binge or Not to Binge: A Qualitative Analysis of College Students’ Binge Watching Habits. *Florida Communication Journal*. 2014; 44(1): 77-88.
5. Sung YH et al. A bad habit for your health? An exploration of Psychological Factors for Binge – watching behavior. *International Communication Association*. January 29,2015.



Maria Vincenza Minò

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*



Le challenge e la morte sul Web

/ Gino Aldi /

Il giocare sul Web ed il piacere della challenge è un gradevole passatempo che può portare però anche tensione, sofferenza, patologie, dipendenza e morte. È necessario un uso attento e moderato.

L'articolo analizza il fenomeno delle challenge che circolano sul Web. Esse sono delle sfide, proposte a bambini e adolescenti, che possono avere un esito mortale. La pandemia ha ulteriormente contribuito a confinare migliaia di bambini e adolescenti davanti allo schermo di un computer. L'uso del web è diventato a sua volta epidemico. Depressione e suicidio sono strettamente collegati nell'immaginario collettivo. La Depressione richiama una idea di disperazione e di perdita di speranza che rende comprensibile la possibilità di togliersi la vita. Molto più complicato comprendere i suicidi di molti giovani, e perfino di bambini, che compaiono sempre più frequentemente nella cronaca. In questi casi non abbiamo a che fare con la Depressione ma con la frequentazione di pericolosi siti web nei quali circolano le cosiddette "challenge". Esse sono le sfide, non solo virtuali, a cui bisogna sottoporsi per essere degni di quel determinato gruppo

o per poter avanzare alla tappa successiva di giochi che richiedono azioni sempre più pericolose. Una challenge ha provocato la morte della piccola Antonella Sicomero, morta soffocata dopo una sfida su TikTok. La sfida social si chiama "Blackout challenge" oppure "shocking game": lo scopo di questo gioco è quello di provare su di sé gli effetti di una momentanea privazione di ossigeno. Nel 2018, a Tivoli, vicino Roma, un quattordicenne ha perso la vita allo stesso modo. Un bimbo di 11 anni di Napoli si è lanciato nel vuoto a causa di un'altra challenge collegata ad un personaggio chiamato Jonathan Galindo. La sfida comincia con una richiesta di amicizia da profili che rispondono al nome di Jonathan Galindo. A tale richiesta segue un messaggio privato, in cui viene inviato un link che propone di entrare in un gioco. Il gioco prevede un susseguirsi di sfide e "prove di coraggio" che sfociano sovente nell'autolesionismo. La "Skullbreaker

Challenge", invece, è una sfida social in cui la vittima è invitata a saltare in mezzo a due mentre un terzo riprende con il telefonino ma al momento del salto le si fa un sgambetto per farla cadere. Ne conseguono lesioni fisiche anche molto gravi. Quest'anno sui social network è andata anche di "moda" la "Benadryl Challenge", una sfida ad assumere un farmaco antistaminico che potrebbe provocare allucinazioni. Così è morta la quindicenne Chloe Phillips di Oklahoma City (Usa). Chloe è andata in overdose: il Benadryl ha forti effetti collaterali in caso di dosaggi eccessivi. Il Web come fonte e causa di morte: un fenomeno largamente sottovalutato da genitori, insegnanti e soprattutto da coloro che dovrebbero vigilare sulla circolazione delle informazioni sui social. Va detto che il fenomeno delle challenge è solo la punta di un iceberg molto più voluminoso. Chi lavora con giovanissimi adolescenti apprende con sgomento di gruppi WhatsApp organizzati all'interno della classe frequentata nei quali ci si sfida a dimagrire il più possibile: gare segrete che generano e moltiplicano evoluzioni verso l'anorexia. Oppure strani gruppi coreani che attraggono sempre più adolescenti italiani e li chiudono in circuiti irraggiungibili e incomprensibili per gli adulti. C'è da chiedersi perché gli adolescenti e i bambini siano così sensibili a questi pericolosi richiami. Quale filo invisibile li trascina verso un baratro che in taluni casi diventa mortale? Un possibile interpretazione di questi fenomeni è che il Web stia diventando il principale punto di riferimento per la costruzione della propria personalità. Mancano sempre più spazi per stare insieme, giocare, parlare,



discutere. Mancano occasioni per confrontarsi con i genitori, i quali sempre più distratti e immersi in mille pensieri, si occupano poco della crescita emotiva dei propri figli. I bambini crescono nel Web, ne assorbono i meccanismi e si piegano ad essi. Il loro mondo diventa ciò che vedono sullo schermo e ciò che vivono insieme ad altri mediante lo schermo. Se si aggiunge il fatto che la loro tenera età impedisce di separare, in modo chiaro, ciò che è vero e concreto da ciò che è frutto di fantasia, si può comprendere che il "mondo social" rischia di diventare l'unica realtà in cui si cresce e si cerca di trovare un proprio spazio di vita. Da qui la possibilità che i bambini più fragili, più soli, meno capaci di distinguere gioco e realtà, siano preda della sfida del momento e ne restino risucchiati. Il bisogno di conferme che non arrivano dal mondo reale diventa talmente pressante e

necessario da generare gli orrori di cui stiamo parlando. Nel 2019, in Malesia, un'adolescente che si è organizzata un sondaggio su Instagram in cui chiedeva ai suoi follower se avesse dovuto continuare a vivere oppure no. Il 69% degli intervistati avrebbe votato per il suicidio. A quel punto la ragazza si è buttata dal tetto di un palazzo. Bisogna di identità, solitudine, immaturità, paura del futuro, paura di perdere qualche "mi piace" di Facebook o Instagram sono le nuove leve che portano al suicidio di giovanissime vite. Il ruolo della prevenzione diventa in questo caso fondamentale. Informare le famiglie organizzando incontri nelle scuole o sul web, educare i ragazzi ad un uso più accorto dei social, prestare attenzione alla quantità di tempo che vivono immersi nel mondo virtuale. Soprattutto riscoprire e recuperare spazi per stare insieme, gioca-

re insieme, discutere, confrontarsi, creare, inventare. Il futuro dei nostri giovani passa attraverso la riscoperta di un valore importante: stare con gli altri, frequentarsi dal vivo, respirare il contatto umano e sentirlo come fonte ineliminabile della propria formazione e della propria identità.

Bibliografia

1. Aldi G, Costruttori di speranza, Enea Editore
2. Aldi G., Menti iconiche e patologia adolescenziale, Rivista Telos, (N.1/2021)
3. <https://www.ilprimatonazionale.it/cultura/morire-di-social-challenge-180517/>



Gino Aldi

Medico Psicoterapeuta
Comitato Scientifico

Premio di studio Prof. Marcello Nardini

Congresso nazionale SOPSI 2021

/ Immacolata d'Errico /

I tre progetti di ricerca che si sono aggiudicati rispettivamente il 1°, 2° e 3° Premio di studio prof. Marcello Nardini destinato a giovani psichiatri: una breve descrizione.

Il premio di studio prof. Marcello Nardini è stata una iniziativa degli organizzatori del congresso nazionale SOPSI 2021 su proposta della dr.ssa Immacolata d'Errico. Il professor Marcello Nardini è nato a Fivizzano il 18.08.41 e morto a Bari il 11.02.19 – docente universitario, già Professore Ordinario di Psichiatria presso l'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari. È stato un uomo di scienza, un grande formatore, una persona ricca di umanità, umiltà, cultura e gentilezza come pochi. La dott.ssa Immacolata d'Errico, vedova di Marcello Nardini, ha espresso il desiderio di onorarne in modo degno e duraturo la memoria di Marcello Nardini. Pertanto ha finanziato tre "Premi di Studio", in occasione del congresso nazionale SOPSI (Società Italiana di Psicopatologia). Essi sono stati conferiti a giovani psichiatri per lo svolgimento di ricerche su temi di psichiatria clinica, psicopatologia, neuroscienze. I premi che sono stati destinati rispettiva-

mente al 1°, 2° e 3° classificato sono per un totale di € 5000,00. Di seguito un breve report sui 3 vincitori.



dr. Rodolfo Rossi

Il 1° classificato al premio di studio prof. Marcello Nardini 2021, è stato l'aquilano Rodolfo Rossi con il "Progetto di Ricerca dello studio DUAL TRAUMA" cui è andata la somma di € 2500,00. È uno studio longitudinale osservazionale su studenti maggiorrenni dell'ultimo anno accademico 2019-2020 degli istituti di istruzione superiore dei distretti dell'Aquila, Avezzano e Sulmo-

na. Nel 2019 è ricorso il decimo anniversario del sisma che ha colpito L'Aquila. In letteratura non vi sono evidenze scientifiche delle conseguenze psicopatologiche a così lungo termine di un disastro naturale della portata di quello dell'Aquila. La ricerca ha cercato di misurare l'incidenza dell'esposizione a diversi tipi di traumi. In particolare sul focus d'esposizione al sisma del 2009 e ha valutato l'effetto dell'esposizione su diversi tipi di esiti. L'esposizione ad un disastro naturale, la sintomatologia post-traumatica ed il Disturbo Post-Traumatico da Stress rappresentano solo alcune delle conseguenze sulla salute mentale. I disturbi del comportamento, l'uso di sostanze, i sintomi depressivi, i comportamenti autolesivi non suicidari e l'impulsività emotiva sono, infatti, di probabile riscontro. Lo studio ha valutato quanto l'esposizione traumatica porti ad un rischio di patologie mentali e ha identificato alcuni potenziali mediatori della relazione tra traumi ed esiti psicopatologici. La resilienza, gli stili di attaccamento, la dissociazione, e l'attività fisica sono stati esaminati. La ricerca sarà rivalutata a distanza di 18 mesi nel campione generale in assenza di intervento.



dr. Francesco Folena Comini

Il 2° classificato al premio prof. Marcello Nardini è stato il padovano Francesco Folena Comini con il lavoro "Effetto della didattica a distanza di Psichiatria sullo stigma verso la malattia mentale degli studenti di medicina: "uno studio longitudinale su atteggiamento, conoscenze e comportamento e associazione con funzionamento emotivo e sintomi depressivi", cui è andata la somma di € 1500,00. Il ricercatore sottolinea che anche i medici possono non essere immuni dallo stigmatizzare, determinando un peggiore livello assistenziale per i pazienti affetti da patologie psichiatriche. Lo stigma può riguardare anche la psichiatria come disciplina. Spesso essa è vista come meno scientifica rispetto ad altre branche della medicina, comportando una discriminazione strutturale. Questo induce minori finanziamenti nella salute mentale e un freno al suo sviluppo. La ricerca ha indagato negli studenti di medicina (in qualità di futuri medici) dell'Università di Padova, l'effetto del corso di Psichiatria. Quest'anno il corso, in modalità di DAD, ha focalizzato l'attenzione sui tre costrutti che stanno alla base del concetto di stigma. Ovvero problemi a livello di atteggiamento (e quindi pregiudizio), conoscenze (ignoranza) e comportamento (discriminazione). Lo studio ha indagato, inoltre, possibili correlazioni tra stigma e funzionamento emotivo, in particolare sintomi depressivi, empatia e alessitimia (difficoltà nel riconoscere, nominare e descrivere i propri stati emotivi). La ricerca ha evidenziato che frequentare il corso di Psichiatria, ha avuto un effetto positivo verso l'atteggiamento e il comportamento nei riguardi della malattia mentale.

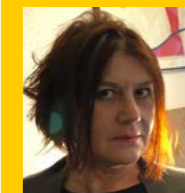
Sono emerse correlazioni significative tra le scale che esplorano lo stigma e quelle dell'alessitimia ed empatia. Si è notato un maggiore stigma negli studenti con maggiore alessitimia e minore empatia. È emersa poi una prevalenza di sintomi depressivi e di alessitimia maggiore rispetto alla popolazione generale. In altri termini tanto più alta nei soggetti la difficoltà ad entrare in empatia con gli altri, tanto più si tende a stigmatizzare. L'associazione in questa particolare popolazione di futuri medici, tra stigma e funzionamento emotivo potrebbe essere ulteriormente indagata. Anche con lo scopo di programmare interventi di tipo educativo e psico-educazionale, per formare medici più consapevoli e attenti alle problematiche riguardanti la salute mentale



dr.ssa Maria Ferrara

La 3° classificata, al concorso prof. Marcello Nardini, con un premio di € 1000,00, è stata Maria Ferrara, di Sassuolo, con il lavoro "La prima richiesta di aiuto nell'esordio psicotico: indici di ritardo nell'accesso ai servizi e di percorsi di cura avversi". I giovani con sintomi di psicosi all'esordio spesso incontrano difficoltà nel trovare risposte tempestive alle loro richieste di aiuto. I ritardi nell'accogliere questa richiesta e nel fornire una

adeguata risposta terapeutica specialistica rischiano di tradursi in ulteriore sofferenza, per e i familiari. Le prime esperienze di cura vissute da un giovane all'esordio psicotico sono molto importanti. Esse rivestono un ruolo fondamentale nell'influencare la relazione di fiducia coi curanti e coi servizi di salute mentale. La ricerca, condotta su 168 pazienti afferenti ad un Servizio Specialistico per Esordi Psicotici (STEP) di New Haven, CT, USA, mostra che durante le diverse fasi della malattia il promotore della richiesta di aiuto cambia. Durante la fase iniziale della sintomatologia è più spesso il paziente che chiede aiuto. Mentre durante la psicosi conclamata è la famiglia che si fa carico della richiesta. Purtroppo l'82% delle richieste di aiuto avvenivano solo in questa fase. I dati dimostrano però che, se l'aiuto avviene durante le fasi iniziali di malattia, il paziente troverà più rapidamente una risposta terapeutica adeguata. In particolare quando la psicosi diventerà conclamata. Questi risultati sottolineano l'importanza di implementare gli interventi volti all'identificazione ed al trattamento tempestivo dei giovani con esordio psicotico. È necessario evitare il rischio di psicosi per poter migliorare gli esiti di una patologia altrimenti potenzialmente grave e cronica.



Immacolata d'Errico
Psichiatra Psicoterapeuta
Comitato Scientifico

L'interesse che non ti aspettavi sulla Etnopsichiatria

/ Luigi Starace /

Da anni esiste una parola chiave per indicare un'area di studio che ha il compito di fornire risposte alla domanda di benessere psicologico di chi migra o di chi è figlio o nipote di migranti: Etnopsichiatria.

Su una cosa tutti gli esperti intervistati sulla Pandemia da Covid19 concordano: una volta che la situazione tornerà alla normalità il complesso contesto sociale italiano e mondiale non sarà più lo stesso. Risulterà impoverito e con meno energie sociali da spendere. La tendenza psicologica a curare solo il proprio orticello tornerà, cercando nuovamente capri espiatori in chi è portatore di una diversità. Quale diversità si presta maggiormente ad essere attaccata quando si nutre un profondo malcontento? Quella dei migranti. Pregiudizi e stereotipi sembrano già pronti. Ma può un professionista della salute mentale farsene influenzare? Naturalmente no e il vuoto di formazione è colmato dalla etnopsichiatria. Roberto Beneduce, antropologo e psichiatra, descrive l'etnopsichiatria come un insieme di conoscenze che si occupano di studiare i disturbi e le sindromi psichiatriche e le etnie dei pa-

zienti. Tiene in considerazione sia dell'ambiente sociale e culturale in cui si manifestano, sia del gruppo etnico di provenienza o di appartenenza del paziente. Per Piero Coppo, neuropsichiatra e psicoterapeuta, l'etnopsichiatria abbraccia le varie teorie, pratiche e tecniche. Esse costituiscono la base del saper fare salute, sia attraverso azioni materiali di cura, sia lavorando sulla psiche delle persone, considerando le credenze e le culture dei popoli. Infine secondo Paolo Cianconi, antropologo e psichiatra, l'etnopsichiatria è una vasta area di conoscenze che devono integrare la clinica dei disturbi psichici delle popolazioni non occidentali con gli effetti, letti prevalentemente in modo antropologico, del periodo storico chiamato "post colonialismo". Sono tutte definizioni congrue date da studiosi attivi a livello nazionale e internazionale. Ognuna offre una lettura interpretativa e operativa, sia sul

piano sociale, sia sul piano clinico del più grande evento antropologico del Novecento dopo la seconda guerra mondiale: lo spostamento di milioni di persone. In sintesi l'etnopsichiatria è una disciplina che studia l'intersezione fra la medicina, le scienze sociali e la salute mentale relativamente alla condizione di "migrante". Si approfondiscono cioè le connessioni fra cultura, malattia e cura all'interno di un particolare contesto culturale, sociale, religioso, storico, economico e politico. Furono in milioni gli italiani che migrarono nel Nuovo Mondo a cavallo fra l'Ottocento e Novecento, tanto dal nord quanto dal sud della penisola. Anche loro furono oggetto di studio psicologico con conclusioni davvero denigranti per gli italiani. Vedasi i rapporti provenienti dal centro migrazioni di Long Island, New York. Lo studio dell'etnopsichiatria ha cominciato a diffondersi in Italia negli anni 80 come risposta ai tanti migranti in ingresso in Italia, iniziato negli anni 70. L'etnopsichiatria è un settore del mondo della psiche di non facile approccio ed esige il possesso di un bagaglio emotivo, culturale e clinico non indifferente. Quasi un alibi perfetto per evitare di occuparsene. Invece per fortuna è diventata materia di formazione in tante scuole di specializzazione in psichiatria e psicologia clinica. Si registra un numero sempre crescente di richiesta di partecipazione ai corsi sparsi per l'Italia, tanto da far registrare spesso il tutto esaurito. È questo un dato molto positivo e incoraggiante che depona a favore della grande tendenza alla pro socialità dei professionisti della salute mentale italiana e del terzo settore. L'esigenza di avere in un futuro prossimo competenze e qualità



Foto di Luigi Starace, 2021

umane specifiche sarà manifesta nel periodo post pandemico, fra circa due anni, quando l'ondata migratoria dovuta alla pandemia sarà manifesta. Il Covid19 sta influenzando molto sulla realtà emotiva di ogni popolazione nel mondo (pandemic fatigue, secondo OMS). Una delle sfide per la salute mentale italiana sarà capire come esso ha intaccato incidenza e prevalenza delle patologie mentali dei futuri migranti.

XXVI Rapporto sulle migrazioni 2020 di Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. Forniamo di seguito un approfondimento del contesto italiano. 1. ISMU stima che al 1° gennaio 2020 gli stranieri presenti in Italia siano 5.923.000 su una popolazione di 59.641.488 residenti (poco meno di uno straniero ogni 10 abitanti). Tra i presenti, i residenti sono circa 5 milioni, i regolari non iscritti in anagrafe sono 366mila, mentre gli irregolari sono poco più di mezzo milione (517mila).

2. Per quanto riguarda le provenienze degli stranieri residenti al 1° gennaio 2020 il gruppo nazio-

nale più numeroso continua a essere quello dei rumeni (un milione e 146mila residenti, il 22,7%). Seguono circa 422mila albanesi (8,4%) e 414mila marocchini (8,2%). Al quarto posto si collocano i cinesi con quasi 289mila unità (5,7% del totale stranieri in Italia), poi gli ucraini con quasi 229mila unità, i filippini (quasi 158mila), gli indiani (poco più di 153mila), i bangladeshi (quasi 139mila), gli egiziani (circa 128mila) e i pakistani (meno di 122mila). Le prime tre nazionalità rappresentano da sole quasi il 39,3% del fenomeno migratorio complessivo, mentre in totale le prime dieci raggiungono il 63,5%.

3. La fondazione definisce come ruolo chiave il lavoro che gli immigrati svolgono in determinati comparti essenziali della società italiana.

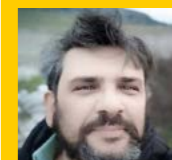
4. Negli ultimi cinque anni la quota di minori stranieri non accompagnati sul totale degli sbarcati è stata sempre superiore alla media decennale, oscillando fra il 13,2% e il 15,1%. I tre quarti delle scuole hanno fino al 30% di

alunni con parenti migrati.

I dati testimoniano una realtà che investe i professionisti della salute mentale in tutti i possibili ambiti di intervento, dalla neuropsichiatria infantile alla psichiatria di comunità. Un cambiamento sociale che necessita di trovare soluzioni innovative per le nuove istanze psicologiche cui il modello bio-psico-sociale metodologicamente non è in grado di soddisfare.

Bibliografia

1. George Devereux, Saggi di etnopsichiatria generale, 2007
2. Piero Coppo, Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria, 2003
3. Roberto Beneduce, Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura, 2019
4. Paolo Cianconi, Addio ai confini del mondo, 2011
5. Il XXVI Rapporto sulle migrazioni 2020 di Fondazione ISMU www.ismu.org/presentazione-xxvi-rapporto-sulle-migrazioni-2020/.



Luigi Starace

Giornalista Pubblicista
Comitato scientifico

Il familiare curante e le emozioni negative

/ Donatella Costa /

Come essere forti nonostante la malattia, la capacità di prendersi cura di sé e la corretta gestione delle emozioni negative proteggono il familiare curante dalla Depressione e dalle emozioni negative.

Il familiare curante offre sostegno alla persona malata, principalmente attraverso l'attivazione delle sue risorse interne. Ciò che è importante è la capacità di essere resilienti, cioè forti e resistenti alle molteplici avversità della malattia. Un aspetto rilevante è la gestione delle emozioni negative. La letteratura ha cercato di individuare le caratteristiche di queste persone, si è prestata attenzione ai processi psicologici implicati nella risoluzione positiva di eventi critici (Tugade e Fredrikson 2004). La parola resilienza ha origine in fisica, indica la possibilità di un metallo di riprendere la propria forma dopo aver ricevuto un colpo forte. Potremmo paragonare la vita del familiare curante al medesimo metallo, di fatto è una persona che vive contraccolpi e stress ripetuti. Tutto ciò può provocare una sofferenza psichica importante da cui è possibile riscattarsi. I familiari esposti continuamente alla malattia provano spesso emozio-

ni e sentimenti diversi. Possono sentirsi tristi, scoraggiati, colpevoli, depressi o ansiosi. Il grado di angoscia può essere molto elevato, la persona curante può essere spaventata dall'intensità delle emozioni negative ed entrare in crisi. È possibile amare ed odiare allo stesso tempo la persona malata. Ad esempio il familiare curante può prendere la decisione di tenere a casa un familiare e allo stesso tempo desiderare di metterlo in una struttura. La confusione impedisce l'obiettività, si è in balia delle emozioni negative e soli nelle decisioni importanti. La dimensione della malattia è sempre presente nella vita familiare. Un'emozione piuttosto frequente è la rabbia, si è arrabbiati con la persona malata per il fatto di trovarsi in una situazione senza via d'uscita, la malattia cronica non fa intravedere spiragli di speranza. La rabbia può essere distruttiva e sfociare in comportamenti aggressivi. Talvolta sono presenti sensi di colpa intensi, ad

esempio, in alcuni momenti si prendono le distanze dalla persona sofferente e dalla malattia, si vorrebbe scappare lontano. Altre volte si ha la sensazione di fare poco, allora si sacrifica tutto, non esiste nient'altro. È frequente che un familiare di un malato cronico possa sentirsi depresso e scoraggiato così come ansioso o irritabile. Si ha la percezione di affrontare tutto da soli, i carichi emotivi sono elevati. I problemi della malattia possono sembrare enormi ed insormontabili, in certi casi emerge la depressione nella realtà quotidiana del familiare curante. Sentirsi sempre stanchi è una difficoltà reale che vive il familiare curante in quanto spesso non riposa abbastanza o comunque l'ansia rende difficile il riposo notturno. In caso di stress psicofisico è fondamentale non tentare di affrontare il problema

da soli. È cercare interlocutori esperti che possano rispondere ai propri dubbi, al senso di solitudine e impotenza di fronte alla malattia. Ad un certo punto può essere necessario individuare servizi di supporto interni ed esterni alla famiglia per gestire il malato a lungo termine. Un sostegno emotivo è consigliato nella maggior parte dei familiari che assistono per tanto tempo il malato. Una testimonianza racconta: "La malattia in famiglia è arrivata presto, spesso mia madre stava in ospedale e ritornava che aveva bisogno di tutto, così io fin da piccolo ho dovuto aiutare in casa. Tante volte mi veniva una rabbia incredibile, avrei voluto scappare via, mi ricordo di continui mal di pancia, provavo ansia, rabbia e tristezza per la situazione. Sono stati anni per me strazianti e difficili. Mi sentivo in colpa, pensavo

fosse colpa mia e allora cercavo sempre di essere perfetto ed ubbidiente come figlio. Probabilmente ero stressato e depresso. Se volgo uno sguardo al passato, buona parte della mia vita l'ho spesa ad accudire e sostenere, per fortuna ora l'impegno non è così gravoso. Ciò che mi ha strappato dal pericolo della depressione, ad un certo punto è stato delegare l'accudimento e soprattutto una parte dell'assistenza. Mi capita di sentirmi stanco e scoraggiato, non è sempre facile. Il ritagliarmi spazi per me è stata un'ulteriore conquista che mi sono concesso dopo tanto tempo". È possibile allora vivere esperienze emotive di riparazione dopo tanto dolore e sofferenza? Possiamo trasformare la malattia, lo stress in processo di crescita personale? È possibile superare la crisi depressiva e le emozioni negative

attivando tutte le risorse e potenzialità della persona; attraverso un supporto specialistico quando necessario. Il superamento della ferita emotiva permette di ritornare alla vita.

Bibliografia

1. Malaguti E., "Educarsi alla resilienza: come affrontare crisi e difficoltà per migliorarsi" 2005 Erickson
2. Tugade M. et al. "Resilient Individual Use Positive Emotions to Bounce Back From negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 86(2), 320-333
3. Piras J. "Il Caregiver familiare" 2020 Book Sprint Edizioni



Donatella Costa

Psicologa clinica
Redattrice



Il Natale dei “dimenticati”

/ Alba Cervone /

Le festività possono portare sconforto e le parole di Papa Francesco sono un benefico sollievo per i “dimenticati”.

Come nel Canto di Natale di Dickens, il protagonista della storia Scrooge, avaro e ricco banchiere, scopre che il vero tesoro è l'amore in tutte le sue forme e la cura per la solitudine. L'articolo vuole portare un messaggio di speranza a chi durante le feste di Natale si sente “dimenticato” perché malato. Quando si avvicinano le festività natalizie, gli addobbi che già da due mesi prima decorano strade e negozi, il traffico estenuante e l'offerta delle streaming TV, che ripropone i classici natalizi ci ricordano gli imminenti festeggiamenti. Mi piace pensare al Natale come ad una festa di gioia in cui tra un abbraccio, un panettone e giochi da tavolo si condividono momenti piacevoli che riscaldano il cuore. Non è così per i “dimenticati”, per chi, affetto da una malattia cronica, è invisibile, così come invisibile è la sua sofferenza e la sua solitudine. Le feste natalizie sono un momento drammatico per chi soffre di malattie psichiatriche. Questo lo sanno i pazienti, i parenti e soprattutto i curanti (psichiatri, psicoterapeuti). Lavoro in un

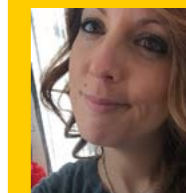
ospedale con pronto soccorso psichiatrico e spesso mi è stato chiesto dai pazienti di farsi ricoverare per “stare in compagnia e non passare le feste da solo” o dai parenti per “respirare un po’”. Durante questo periodo sintomi come insonnia, aumento dell'appetito (anche particolare voglia di “cibo saporito e grasso”), perdita di piacere nel fare qualsiasi cosa oppure irritabilità, aggressività possono aggravarsi e rendere difficile il risveglio mattutino e le normali attività quotidiane. Prestiamo attenzione a questi segnali di malessere che il corpo manda perché possono essere curati. Prima ci si cura, meglio è. Questo vale non solo per sé stessi, ma anche per chi ci è vicino. Nel Canto di Natale di Dickens, il protagonista della storia Scrooge, avaro e ricco banchiere, scopre grazie agli spiriti del Natale Passato, del Presente e del Futuro di aver vissuto nella miseria in quanto egoista, sempre arrabbiato e solo. Attraverso questo “viaggio”, Scrooge impara che la vera ricchezza è nell'amare gli altri ed essere ricambiati. Lavoro da tempo con

i “dimenticati”, mi porto nel cuore la loro tristezza e quando posso li abbraccio, perché anche un abbraccio cura le ferite. Sogno un Natale di luce calda per tutti. Riporto, a tal proposito, una riflessione di Papa Francesco, che descrive bene quanto vorrei esprimere. Le riflessioni di Papa Francesco “Il Natale di solito è una festa rumorosa: ci farebbe bene un po’ di silenzio per ascoltare la voce dell'Amore. (...) L'albero di Natale sei tu quando resisti vigoroso ai venti e

alle difficoltà della vita. Gli addobbi di Natale sei tu quando le tue virtù sono i colori che adornano la tua vita. La campana di Natale sei tu quando chiami, congreghi e cerchi di unire. Sei anche luce di Natale quando illumini con la tua vita il cammino degli altri con la bontà, la pazienza, l'allegria e la generosità. Gli angeli di Natale sei tu quando canti al mondo un messaggio di pace, di giustizia e di amore. La musica di Natale sei tu quando conquisti l'armonia

dentro di te. Il regalo di Natale sei tu quando sei un vero amico e fratello di tutti gli esseri umani.” Il 3 dicembre è stata celebrata la “Giornata Mondiale della Disabilità”, un giorno dedicato agli ultimi, ai “dimenticati”, agli invisibili. Chi sono gli invisibili? Anziani, bambini o adulti affetti da malattie genetiche, psichiatriche persone che a seguito di un trauma hanno dovuto riorganizzare la propria vita. Ma un giorno non basta. E, dunque, ogni giorno ma so-

prattutto in queste festività natalizie, mi auguro che ci siano meno momenti di solitudine, più abbracci e sorrisi per i “dimenticati”.



Alba Cervone

Medico Chirurgo Psichiatra
Comitato Scientifico



Il rischio suicidario tra inverno e primavera

/ Wilma Di Napoli /

5 passi per uscire indenni da feste e cambi di stagione. Il rischio suicidario è dietro l'angolo.

Il rischio suicidario è un tema di interesse primario per chi si occupa di salute mentale e in generale del benessere psichico della popolazione. Approfondire ciò che sta alla base dei comportamenti autodistruttivi delle persone è indispensabile. Ha come scopo comprendere meglio i meccanismi psicologici coinvolti e le valutazioni statistiche, così da organizzare la risposta sanitaria nel modo più efficiente possibile. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), riconosce d'altronde come la corretta informazione e sensibilizzazione dei cittadini a questo tema sia di cruciale importanza nella prevenzione, sia perché fornisce indicazioni precise su come affrontarlo, sia come forma di lotta allo stigma. Per stigma intendiamo "l'attribuzione di un pregiudizio infondato che ha come conseguenza l'isolamento della persona". Contrastare pregiudizi e informazioni sbagliate può così rendere più facilmente accessibili i servizi sanitari per le persone che ne hanno bisogno (Di Napoli, 2015). Da qui l'importanza di parlare del rischio suicidario, anche nel periodo natalizio! È risaputo infatti che le festività, seppur attese da molti come momento di gioia, non sono un pe-

riodo semplice per tutti. Ci sono infatti molte persone che proprio tra Natale e Capodanno soffrono in particolare modo la solitudine. Esse sono deluse da aspettative irrealizzate, si affliggono per progetti personali fallimentari o comunque riconosciuti come tali. Molti esperti della salute mentale lanciano allarmi per correre ai ripari e rinforzare le risposte sanitarie, proprio durante il periodo festivo. È necessario tuttavia sfatare alcune credenze di rischio suicidario. Di fatti il periodo natalizio è ritenuto da molti un momento delicato e un pericolo di ammalarsi di depressione. In realtà esso rappresenta un tempo dove i casi di suicidio si riducono leggermente. La loro frequenza torna a crescere a volte quasi con un rimbalzo a gennaio. Come spiegare questo fenomeno? Si possono fare molte ipotesi: forse la maggiore facilità ad incontrarsi che caratterizza le feste aiuta a ridurre il senso di isolamento di chi soffre. Forse la religione ha un ruolo protettivo; forse anche la maggiore attenzione fornita dai servizi sanitari dona sollievo a chi è in difficoltà. Probabile che il periodo delle feste rappresenti tutto sommato un periodo di "sospensione delle scelte". Esse tornano invece prepotenti col

nuovo anno, di solito un momento in cui, conclusi i riti, si fanno bilanci e si rischia di irrigidirsi su posizioni negative a autodistruttive (Plöderl et al, 2015). Un altro momento delicato dove torna a esserci una maggiore concentrazione di rischio suicidario è il passaggio tra autunno e inverno, e tra inverno e primavera. I cambi stagionali sono noti ai professionisti della salute mentale come periodi critici, dove specie le persone affette da disturbi dell'umore, con una certa ricorrenza, tendono a soffrire per ricadute e peggioramenti. Tutto ciò probabilmente spiega almeno in parte questo andamento e sottolinea l'importanza di monitorare con attenzione questi aspetti durante il passaggio stagionale (Woo et al, 2012). Chi sono le persone che decidono di mettere fine alla loro vita? Se andiamo a vedere i casi di suicidio ci rendiamo conto di alcuni elementi chiari e sicuri: di suicidio muoiono più gli uomini che le donne, quasi con un rapporto 3 a 1. Invece se andiamo a considerare i comportamenti di danno fisico alla propria persona e i tentativi suicidari, questi diventano anche 10 volte più frequenti nelle donne. Non c'è quindi una categoria immune al rischio suicidario, e se è vero che i picchi statistici si hanno intorno alla mezza età (49-59 anni) e il rischio aumenta con l'avanzare dell'età (sopra i 75 anni la curva sale costantemente) preoccupa nell'ultimo decennio il triste progredire di un andamento in crescita nelle fasce giovani e giovanissime (Di Napoli e Della Rosa, 2015). E quali sono le cause che portano una persona a compiere questa scelta? È ormai noto che il fenomeno suicidario sia estremamente complesso e che abbia più cause che lo possono provo-



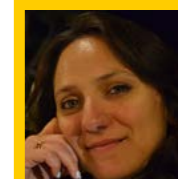
care. Non è pertanto con il solo intervento medico e/o farmacologico che potremo risolvere tale problema, ma è necessario affrontarlo a più livelli e con uno sforzo condiviso tra istituzioni pubbliche e private, enti, associazioni, e soprattutto accrescendo consapevolezza e solidarietà tra le persone (Di Napoli e Della Rosa, 2015). È necessario infatti sostenere adeguatamente le fasce sociali più deboli e a rischio (anziani, adolescenti, persone sole, con problemi economici e/o di lavoro, con malattie croniche invalidanti). È indispensabile garantire cure adeguate per la salute mentale di chi soffre, ma anche sostenere e rinforzare le capacità delle persone di prendersi cura di sé stessi e del loro benessere psicologico. Semplice a dirsi, ma come? In primo luogo senza nascondersi o fingere indifferenza, perché è indispensabile riconoscere il proprio disagio, la propria sofferenza, senza colpa o vergogna. Prendere coscienza della propria sofferenza è il primo passo per capirsi un pochino di più, e per chiedere aiuto. Il secondo passo? Cercare qualcuno di cui si ha fiducia, che può essere un conoscente come un estraneo, un professionista come

un semplice vicino di casa, un insegnante, un medico, un professionista della salute mentale, un volontario e con lui condividere un po' del proprio dolore. Questo non lo cancellerà ma forse lo renderà più sopportabile e potrebbe aprire la strada a qualche nuova opportunità di conforto. Il terzo passo consiste nell'abbandonare la tendenza a pensare in negativo, per focalizzarsi sul presente, sulle cose concrete e sulle relazioni positive. Questo pensare ossessivo, infatti, non contribuisce a risolvere i problemi, non aiuta a prendere decisioni, non riduce l'ansia, anzi l'alimenta e tiene vivi sentimenti di colpa, impotenza, rancore e rimpianto. Contrastare questa tendenza a generalizzare e vedere tutto in negativo, per focalizzarsi più su problemi specifici e concreti, può essere la chiave per una svolta vincente (Watkins et al, 2011). Come quarto passo vale la pena di evitare di irrigidirsi in posizioni troppo estremiste (tutto o nulla, bene o male, buoni o cattivi) e di esercitare piuttosto la propria capacità di adattarsi alle situazioni, anche a quelle magari non del tutto soddisfacenti, riducendo aspettative eccessive e posizioni rigide. Infine il quinto passo, è

quello che ci conduce in una dimensione dove ci prendiamo più cura di noi stessi, della nostra salute fisica e mentale, trovando il tempo di coltivare interessi, di godere della relazione con gli altri, di giocare coi nostri cari e fedeli animali o di stare a contatto con la natura. Insomma, tra inverno e primavera, l'importante è fare quei passi che ci portano nella direzione del nostro benessere!

Bibliografia

1. Watkins ER, et al. Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: a Phase II randomized controlled trial. 2011. *Psychological Medicine*, 16:1-13.
2. Di Napoli WA, Della Rosa A. Suicide and attempted suicide: results from a local suicide prevention project. *Psychiatr Danub*. 2015 Sep; vol 27. Suppl 1:126-132.
3. Woo J-M, (Okusaga O, Postolache TT) et al. Seasonality of Suicidal Behavior. *Int J Environ Res Public Health*, 2012 Feb; 9(2):531-547.
4. Plöderl M, et al. Nothing like Christmas—suicides during Christmas and other holidays in Austria. *European Journal of Public Health*, Volume 25, Issue 3, June 2015, Pages 410-413.



Wilma Di Napoli

Medico Psichiatra
Direttore Artistico

“Natale” la poesia di Giuseppe Ungaretti

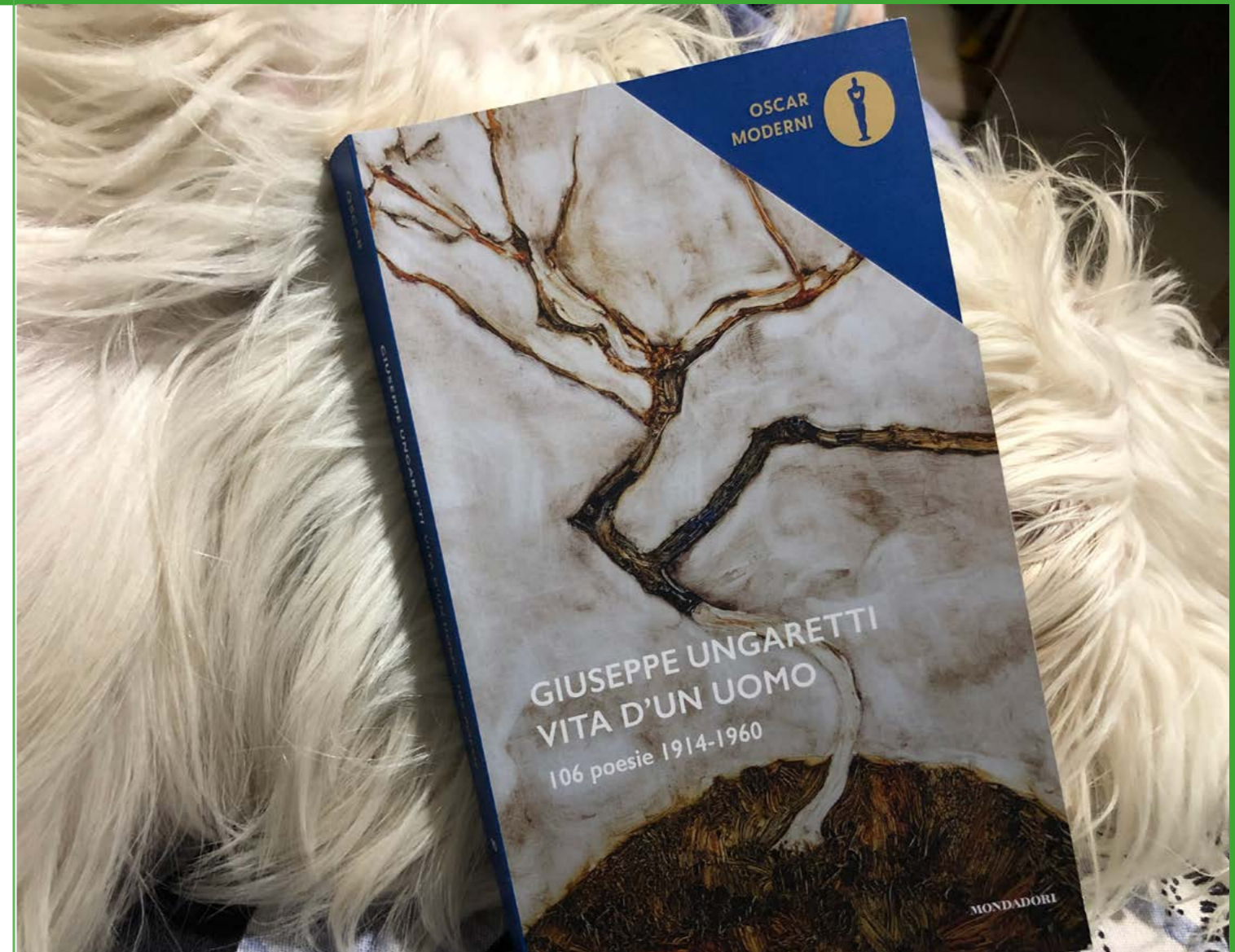
/ Immacolata d'Errico /

Non ho voglia di uscire di casa, di immergermi nell'atmosfera di Natale che rallegra le strade, dentro di me regna tanta angoscia che mi impedisce di vivere.

In questo breve articolo parlerò di Giuseppe Ungaretti e della sua celebre poesia “Natale” in cui possiamo intravedere elementi che possono essere considerati tipici della depressione, ma anche vissuti dalla persona semplicemente triste in un periodo di vita complesso. Nel mio lavoro di psichiatra e psicoterapeuta mi è capitato di utilizzare la forza e la potenza di questi versi nelle attività con i miei pazienti. Il 26 dicembre 1916 Ungaretti scrive due poesie: la celeberrima “Natale” e la meno conosciuta ma altrettanto bella e carica di dolente stanchezza “Dolina notturna”. Queste due poesie, comprese nella raccolta “Allegria di Naufragi”, scritte durante il periodo di permanenza al fronte nella prima guerra mondiale, parlano della tristezza di Ungaretti ancora impressionato dalla guerra. Tristezza che in alcuni momenti della sua vita diventerà desolazione esistenziale e che poi diventerà il cuore tematico della raccolta “Dolore”. In una lettera del 1917

indirizzata all'amico editore Mario Puccini, Ungaretti parla così della sua sofferenza psichica: “Sono in uno stato di nevrosi tremenda, sono due anni che vivo di sforzi di volontà, oggi mi sono trovato in uno stato di pianto convulso che non riesco a frenare, e non posso dormire, ho vergogna di me ma sono indebolito al punto che avrei bisogno di una casa di salute”. Il ritratto che ne ricaviamo è quello di un uomo in pena che cerca nell'amico un supporto emotivo. “Natale” è una lirica di 23 versi, per lo più monosillabi e bisillabi. La solitudine ormai fa parte della vita del poeta, forse indice di una depressione o di scelta di vita? In questa poesia scritta a Napoli durante un permesso, il messaggio fondamentale è il bisogno di tregua e di pace dalla stanchezza della vita. Dice che non ha voglia di andare per le strade confusionarie, è stanco, chiede di essere lasciato solo, come un oggetto dimenticato in un angolo. E vicino al calore del camino. Non ho voglia / di

tuffarmi / in un gomito / di strade Ho tanta / stanchezza / sulle spalle Lasciatemi così / come una / cosa / posata / in un /angolo / e dimenticata Qui / non si sente / altro /che il caldo buono Sto / con le quattro / capriole /di fumo /del focolare Il ritmo di questa poesia è lento, procede “come un singhiozzo”, sembra senza musicalità quasi a manifestare quel senso di stanchezza e tristezza del poeta. Un ritmo che crea angoscia nell'animo del lettore, il che pare contrastare con l'immagine del caminetto, che, però, più che calore sembra evocare emozioni che mancano. Da questa poesia scritta il 26 dicembre 1916 traspare malinconia, mancanza di speranza e un sentimento di impossibilità di ricevere aiuto. E ancora, vediamo un ritiro in sé stesso, assenza di piacere e di provare piacere, stanchezza che richiamano il rallentamento dei movimenti e dell'attività psichica, la stanchezza fisica e l'abbattimento dell'umore, caratterizzanti il Disturbo Depressivo. “Dolina notturna”. Quello stesso giorno, a Napoli, il ventottenne in licenza Ungaretti, ospite dell'amico Gherardo Marone, scrisse “Dolina notturna” dove a mio avviso si ravvisano gli stessi temi contenuti in “Natale”, emozioni dure, senso di solitudine e abbandono. E stanchezza dell'anima. La dolina notturna è la solitudine del poeta attorniato da ostilità e morte nelle doline di guerra, poeta che vuole smaltire la stanchezza non solo fisica ma soprattutto psichica. Il volto / di stanotte / è secco / come una / pergamena. Questo nomade / adunco / morbido di neve / si lascia / come una foglia / accartocciata L'interminabile / tempo / mi adopera / come un / fruscio. Cosa possiamo dire della condizione psichica di Giuseppe



pe Ungaretti? È Depressione? È altro? Cos'è la Depressione? È un disturbo dell'umore caratterizzato da tristezza, incapacità a provare piacere o interesse, abbassamento del tono dell'umore, scoraggiamento, pessimismo, scarsa autostima e sensi di colpa, fino a ricorrenti pensieri di morte. E ancora mancanza di energia, insonnia o ipersonnia, diminuzione della capacità di pensare e concentrarsi, difficoltà a prendere decisioni. Ma anche sintomi fisici quali alterazione dell'appetito, una pesantezza agli arti, alla schiena, un rallentamento delle funzioni fisiologiche. Sintomi presenti per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane. Oppure il poeta può aver

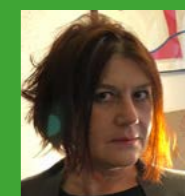
sofferto di: Disturbo dell'Adattamento con umore ansioso-depresso (sintomi che compaiono entro 3 mesi e non durano più di altri 6 mesi)? Oppure di Disturbo da Stress acuto (sintomi che compaiono entro 1 mese dal trauma)? O di un Disturbo Post Traumatico da Stress? Io credo che Ungaretti non rientri in nessuna delle categorie sopra elencate. Credo che nel Natale 1916 il poeta abbia vissuto un momento di dolente stanchezza in cui sembra immerso in un malinconico dialogo con sé stesso, ripensando all'esperienza vissuta, prima di rituffarsi ancora nel dramma della guerra. Si avverte, infatti, in sottofondo la presenza, sospesa ma mai annullata, della guerra che il poeta soldato cerca di di-

menticare, rifuggendo le ansie e i pericoli del mondo (il gomito di strade), per rifugiarsi nella dimensione intima dell'angolo e nella dimensione della casa e del focolare.

Bibliografia

Ungaretti G. “Lettere dal fronte a Mario Puccini”. Archinto, 2014

Ungaretti G. “Vita d'un uomo” 106 poesie 1914-1960. Mondadori ed., 2015



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

La famiglia problematica di “Little Miss Sunshine”

/ Domenico De Berardis /

Un film sulla depressione e la famiglia problematica, ma raccontato con ironia e brio inusuali, parlando di depressione, suicidio, abusi di sostanze.

Prendete una famiglia problematica, padre, madre, due figli, un nonno e un cognato. Apparentemente tutto bene, una tipica famiglia americana alle prese con la quotidianità e con il desiderio di inseguire il sogno stesso americano che però non è più quello degli anni '70 ma si deve confrontare con la dura realtà del nuovo millennio. Una famiglia problematica tipica americana che però può essere l'archetipo di qualunque altra simile famiglia italiana o europea. Tutto ruota intorno alla figlia più piccola che partecipa per una casualità a un concorso agghiacciante per baby miss “american made”, chiamato Little Miss California. Questa è una consuetudine tutta americana di far sfilare bambine piccole agghindate e vestite come piccole Miss o come piccole fotomodelle, con scene apparentemente ironiche e nello stesso tempo agghiaccianti e assurde per un paese cosiddetto evoluto. La componente familiare che a seguire si mette in moto (anzi in furgone...) per raggiun-

gere la meta dove si terrà il concorso merita un approfondimento psicopatologico. Il padre (un Greg Kinnear ispiratissimo) si è impegnato tutto per raggiungere il suo sogno di pubblicare un libro di psicologia spicciola (e ovviamente fallimentare) per migliorare il benessere, concetto questo molto caro agli americani (ma non solo a loro). La madre (Toni Collette, semplicemente perfetta) sembra apparentemente la più dipendente di tutte le figure familiari presenti nel film, ma a suo modo è la leader. È il collante che tiene unita la famiglia che altrimenti andrebbe per altre strade. La figlia piccola (la magnifica Abigail Breslin) è l'emblema dell'ingenuità e della dolcezza, tipiche delle bambine americane che si trovano ad affrontare situazioni più grandi di loro con mezzi spesso adatti al contesto. Ma lei rappresenta l'entusiasmo, la voglia di competere, la voglia di raggiungere gli obiettivi. Tutto ciò conferisce a questo personaggio una simpatia e una capacità di sor-

prendere positivamente lo spettatore. Poi ci sono i tre casi più interessanti. Uno straordinario Alan Arkin interpreta il nonno, figura che potremmo definire affetta da un disturbo bipolare. Abusa di cocaina senza alcun problema, anche davanti a tutti familiari e va fiero del suo essere anticonformista e creativo. Ha presente che la sua è una vita che ha preso una direzione completamente sbagliata, rispetto a quelli che erano i suoi obiettivi primari (ma che conclude giustificandosi di “essere vecchio”). Il figlio maggiore (un magnifico Paul Dano), chiaramente disturbato e disadattato, ma dolorosamente consapevole di esserlo. Si è rinchiuso in un mutismo che verrà spezzato solo quando riuscirà ad entrare in aeronautica: ma il suo sogno verrà infranto dalla dura realtà della vita. Il cognato, che ha appena tentato il suicidio perché il suo compagno lo ha lasciato in favore di un'altra persona. Quest'ultimo personaggio, straordinariamente interpretato da un ispiratissimo Steve Carell, è appena uscito da una lunga fase depressiva che lo ha portato appunto a tentare il suicidio, fortunatamente non riuscito. È proprio questo personaggio che presenta le sfaccettature più interessanti da un punto di vista psichiatrico. Esse sono state rese in modo magistrale da un attore come Carell, in grado di recitare semplicemente muovendo un sopracciglio. Egli racchiude in sé tutto ciò che può essere definibile come uno stato depressivo alimentato dallo stigma (Aggarwal S et al – 2021) e dal fatto di non poter vivere liberamente la propria omosessualità, specialmente nei confronti del nucleo familiare. A tutto ciò si aggiunge il fallimento, evento

stressante scatenante, non solo della relazione col compagno, ma anche dell'insuccesso come docente universitario. Vorrebbe pubblicare un testo definitivo su Proust, ma questo gli è già stato anticipato da un altro docente universitario che, inoltre, si è fidanzato con il suo ex compagno. Il tentativo di suicidio messo in atto, in questa è una risposta di dolore mentale (Orsolini L et al – 2020), un atto per liberarsi da un peso insopprimibile e apparentemente incurabile: ma che non sarà così. Il viaggio di questa famiglia problematica su questo scalcagnato furgone che deve essere avviato letteralmente “a piedi”. Le vicissitudini che tutti loro incontreranno su questo viaggio a loro modo iniziatico e relazionale per raggiungere la sede del concorso, farà emergere sicuramente le tensioni. Esse all'inizio sono latenti tra i vari membri della famiglia problematica, ma farà nascere anche un'unione inaspettata, che nessuno di loro si sarebbe mai aspettato. La presa di coscienza per chi soffrire di disturbi psichiatrici, sia sotto-soglia sia francamente clinici, è spesso dolorosa. Così come è dolente la necessità di poter contare che gli altri comprendano quello che stai passando per aiutarti in modo del tutto sincero e privo di secondi fini. Così come d'altronde succede non solo ai tre casi paradigmatici di questa famiglia problematica, ma in fondo a tutti. La Depressione per vari motivi è latente in alcuni di questi familiari e, come ho spiegato, si manifesta in altri. Questo è un film che non ha paura di raccontare queste tematiche difficili. Dall'uso di cocaina al disadattamento e alla Depressione con ideazione suicidaria (Corrigan



PW et al – 2017). Lo fa in modo brioso, divertente, con un ritmo sostenuto e un finale totalmente inaspettato, ma per una volta non sciacchesco e assolutamente appropriato: oltretutto tremendamente divertente. Ho utilizzato questo film per un cineclub di reparto di psichiatria nel quale ho lavorato per poi farne una discussione interattiva con i partecipanti (pazienti e infermieri) che avevano assistito alla proiezione. Ebbene tutti hanno scovato in questa pellicola, più che aspetti negativi, principalmente gli aspetti positivi di relazione, alleanza, e lotta lo stigma. Non solo nei confronti della depressione, ma anche dell'omosessualità e dell'essere diversi. In qualche modo questo film con la sua ironia e con la sua leggerezza riesce ad andare al cuore del problema. Esso riesce a mostrarci in che modo i fallimenti, gli eventi stressanti, la serie di problematiche varie possano incidere sulla manifestazione clinica o sulla perpetuazione di quadri

psicopatologici importanti (Goody SMG et al – 2017). Ma al di là di questo, è un film che parla di legami, di rapporti umani, di relazioni, di empatia e partecipazione. Parla di cose non dette che sedimentano, e soprattutto sul bisogno che ogni essere umano ha di essere ascoltato ed aiutato nei momenti di difficoltà.

Bibliografia

1. Aggarwal S, et al. Tackling stigma in self-harm and suicide in the young. *Lancet Public Health*. 2021;6(1): e 6-e7.
2. Orsolini L, et al. Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry Investig*. 2020;17(3):207-221.
3. Corrigan PW et al. Stigma of Suicide Research T. Making Sense of the Public Stigma of Suicide. *Crisis*. 2017;38(5):351-359.
4. Goody SMG et al. Considerations on non-clinical approaches to modeling risk factors of suicidal ideation and behavior. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2017; 89:288-301.



Domenico De Berardis

Medico Psichiatra
Redattore

Fotografia e comunicazione contemporanea

/Luigi Starace/

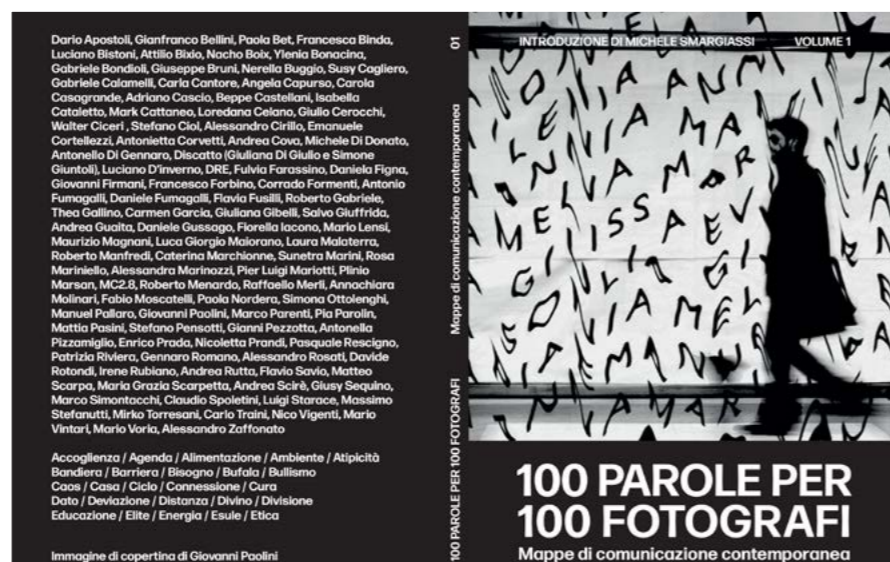
Fra parole e fotografia, l'infosfera di questo decennio prende forma. La fotografia è entrata in un modo nuovo nella comunicazione contemporanea, e la pandemia darà forse un'accelerazione a tale processo.

“La fotografia è entrata in un modo nuovo nella comunicazione contemporanea, e la pandemia darà forse un'accelerazione a tale processo. Non è più solo documentazione e rappresentazione del vero, ma anche elaborazione, evocazione, arte.” Si presenta con queste parole la corposa iniziativa editoriale 100 Parole per 100 Fotografi. Mappe di Comunicazione contemporanea. Quattro libri in cui si offre una panoramica sulla fotografia contemporanea italiana di carattere concettuale e antropologico. Uno specchio visivo dei tempi accompagnato da parole scelte per descrivere il contesto sociale odierno. Comunicazione è una etichetta tappeto: sotto di essa si ammassa ogni cosa non riconducibile facilmente alle categorie cui siamo esposti. Vale per i testi, le narrazioni, vale per le immagini, la fotografia o le grafiche. Se non è pubblicità, se non è un

ricordo personale o di famiglia, se non è un qualcosa da postare sui social, allora è comunicazione. Il tappeto è grande, assorbe bene, pertanto nessuno protesta per la polverosa confusione fino a quando non diventa necessario distinguere il vero dal verosimile o dal falso (fake). E i colpi di tosse per lo scoperchiamento del tappeto, diventano molto forti intensi e patogeni. L'impresa

editoriale va esattamente nella direzione opposta. Dall'enorme calderone della “comunicazione” lo staff di studiosi e curatori coinvolti ha estratto 100 parole chiave. Sono vocaboli riconosciuti come trasversali alla società, appartenenti ad ambiti culturali diversi; esempi sono: passione, viaggio, qualunque, identità, sacro, maschera... In seguito ai 100 fotografi coinvolti è stato chiesto di interpretarle visivamente in modo non banale o consueto, senza limiti. Sono emerse mappe concettuali variegata e fortemente eterogenee, così come auspicato. Un percorso che dalle immagini vuole arrivare alla intelligenza emotiva degli spettatori. Nella presentazione ufficiale del libro si legge che “l'insieme delle emozioni, evocazioni, suggestioni e ricordi che le fotografie ci aiutano a rappresentare, ha ormai assunto una indiscutibile valenza comunicativa. Si tratta a tutti gli effetti di un linguaggio che è in continua crescita ed evoluzione. I professionisti della fotografia, che sono abituati ad esprimersi e pensare per immagini, potranno scoprire, di custodire nel loro immaginario, un “universo iconografico” ancora da esplorare.”

I volumi 100 Parole x 100 Foto-



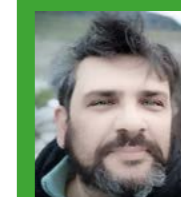
grafi scelgono di non documentare le parole con le immagini ma bensì intendono usare entrambi i linguaggi per stimolare o riattivare, ai tempi di una pandemia che si è dimostrata socialmente coercitiva e fortemente limitante le relazioni affettive. Operazione a forte matrice postmoderna e a pieno rientrante in quella che Luciano Floridi ha definito come infosfera. La fotografia è oggi un'arte visiva sempre più capace di raccontare l'Uomo Contemporaneo. La fotografia è ormai centenaria. Nacque con un solo anno di distanza dalla psicoanalisi, condividendone come matrice storica e culturale, ossia il Zeitgeist. Essa ha vissuto diverse fasi artistiche, assorbendo le tensioni (artistiche) e metabolizzando prima delle altre arti i cambiamenti della micro e macro storia. Importanti sono le

reflessioni del fotografo e critico fotografico Ando Gilardi, sul ruolo della fotografia sociale nel Novecento. In particolar modo come il racconto dei campi di concentramento e di come quelle foto abbiano effettuato il cambiamento nella coscienza mondiale. La relazione invece con le immagini come riflesso del vissuto psichico è stata ben evidenziata dal semiologo Roland Barthes (cui si rimanda ad un successivo approfondimento) che di fatto ha nobilitato la fotografia fra le arti di competenza delle discipline del mondo della psiche. Prima degli anni 60 infatti la fotografia era ancora vista, come la sorella minore della pittura figurativa, ossia utile soprattutto per fare paesaggi e ritratti di parenti. Invece sotto la cenere di tale pregiudizio era già acceso un fuoco che prenderà vita con l'avvento

del marketing pubblicitario del boom economico e con le riviste che cominciavano a raccontare periodicamente il mondo.

Bibliografia

1. Ando Gilardi, Storia sociale della fotografia, 2000 Bruno Mondadori
2. Ando Gilardi, Lo specchio della memoria, 2008 Bruno Mondadori
3. Roland Barthes, La camera chiara. Nota sulla fotografia, 2003 Einaudi
4. Luciano Floridi, La quarta rivoluzione: Come l'infosfera sta trasformando il mondo, 2008 Raffaello Cortina Editore
5. Video di presentazione della iniziativa 100 Parole x 100 Fotografi sulla pagina fb di Photographers.it www.facebook.com/photographers.it/videos/2674276819513848/



Luigi Starace

Giornalista Pubblicista
Comitato Scientifico

Musica metal e salute mentale

/ Antonella Litta /

Si esplora come la musica metal possa essere di aiuto per la salute mentale di chi l'ascolta. Un potente mezzo di espressione di forti emozioni.

“Dottoressa quando ascolto gli Iron Maiden mi sento molto meglio” mi confida un giorno durante una visita Luca, affetto da depressione ricorrente. Ho sempre pensato che ognuno di noi posseda la canzone del cuore, quel ritmo con il quale ci sentiamo subito meglio e in immediata sintonia. Gli Iron Maiden insieme ai Metallica, gli Helloween e i Black Sabbath sono tra i rappresentanti più conosciuti del genere musicale metal. Esso è caratterizzato da suoni di chitarre rumorose e distorte, ritmi aggressivi e voci urlate. Ripenso alle parole di Luca e subito mi interrogo se la musica metal possa fargli davvero bene. Spinta dalla curiosità ricerco un po' di letteratura sull'argomento. Mi colpisce un articolo recente pubblicato nel 2021 su the Lancet Psychiatry, una delle riviste scientifiche più autorevoli. In esso Jonathan Blott, Senior Assistant Editor, evidenzia come il metal possa aiutare la salute mentale di chi lo ascolta. Questo genere musicale è da sempre associato alla vio-

lenza e alla morte. In particolare ricordiamo il massacro della Co-



lumbine High School del 1999, in cui gli assassini indossavano magliette di Marilyn Manson, un gruppo industrial metal statunitense. Il valore della musica metal, tuttavia, recentemente è stato rivalutato come potente mezzo di espressione di forti e profonde emozioni.

Si possono citare diversi esempi dall'album del 1978 "From the Inside" di Alice Cooper. Esso trae ispirazione dal difficile periodo di ricovero del cantante per disintossicarsi dall'alcool. Un altro è quello, più recente del 2019 "The Nothing" di Korn. Esso esplora la sofferenza del frontman (il leader) derivante dai lutti per la morte della madre e della moglie, quest'ultima deceduta per overdose. In questi testi la disponibilità ad ammettere di



aver sperimentato gravi difficoltà emotive è immensamente preziosa in un mondo che ci vuole perfetti e senza macchia. Indimenticabile è l'immagine del frontman dei Korn Jonathan Davis che, travolto dalle emozioni durante il primo concerto dalla morte della moglie, scoppia a piangere sul palco dicendo «Era la sua preferita, scusatemi». Secondo Remfry Dedman, giornalista musicale e co-conduttore del podcast Riot Act, ascoltare il metal «è un modo meraviglioso per aprire la porta a quei sentimenti [di mortalità]. È positivo parlare di qualcosa che è inevitabile per tutti noi». «Penso che sia più salutare parlare di quelle

emozioni negative. Tirare fuori quei sentimenti invece di imbotteggiarli è chiaramente una cosa molto più positiva per la tua salute mentale». Allo stesso modo, Eva Spence della band metal Rolo Tomassi afferma che «Se stai lottando, a volte puoi trovare una connessione con come ti senti nei testi [...] Spesso le band sono molto aperte nel condividere i significati dei testi e nel parlare di quelle esperienze durante gli spettacoli, sui social media e nelle interviste». La musica metal, nella condivisione di esperienze emotive complesse e nel farsi specchio della fragilità umana, acquisisce quindi un notevole potere liberatorio, aiutando

a superare le barriere che tutti noi, e non solo i pazienti con diagnosi psichiatrica, ci costruiamo di fronte ad esperienze di dolore e di angoscia.

Bibliografia

1. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al.: Blott Jonathan, High spirits: heavy metal and mental health, The Lancet Psychiatry, Volume 8, Issue 2, 2021, Pages 105-107, ISSN 2215-0366



Antonella Litta
Medico Psichiatra
Redattore

Veleno 19 al Depression Day

/ Romina Tavormina /

Veleno 19 è una canzone napoletana dal ritmo incalzante, bella e piacevole. Scritta nel difficile periodo del lockdown pandemico. Parla al nostro cuore ed è fonte di riflessioni sull'agire umano dei giorni nostri.

L'arte, in tutte le sue forme è sempre stato un potente mezzo di comunicazione utilizzato dall'uomo per esprimere sé stesso. In particolare crea e dà forma alle proprie emozioni, in maniera più o meno consapevole. L'arteterapia nasce a partire dalla consapevolezza del potere terapeutico dell'espressione artistica. In questo articolo ci si focalizza sull'importanza della musica, come strumento espressivo e catartico. In particolare è stata fatta una intervista all'autore di una canzone napoletana: Veleno 19. Essa è un esempio concreto di come la musica possa essere un importante strumento che ci aiuta a superare momenti difficili nella nostra vita. Il brano è stato un gradito ed applaudito ospite alla Giornata Europea sulla Depressione, tenutasi a Portici (NA) il 23 ottobre 2021. È stato presentato, in quella occasione, in prima assoluta ed in presenza del pubblico. Ha riscontrato un grande plauso ed ha piacevolmente coinvolto con il suo sound la platea. Veleno 19 è un brano composto

da Elio Severino, un musicista batterista arrangiatore napoletano, laureato con il massimo dei voti al conservatorio di Benevento. È anche l'opera condivisa di Raffaella Calafato, in arte LaCalafata, cantante del gruppo musicale e musicoterapista napoletana. È stato chiesto all'autore quando e per quale motivo fosse stato scritto questo brano. Vengono riportate qui le parole dell'intervistato. "Veleno 19 è stato scritto verso la fine del 2020, in pieno lockdown. L'intento era quello di affrontare un periodo molto difficile per il settore musicale (annullamento di tutti gli eventi artistici) in maniera diversa, plasmando quel malessere interiore in qualcosa di positivo, esternandolo così da liberarsene definitivamente. È il grido di chi ha vissuto nella costante incertezza di una professione che purtroppo nel nostro paese si trova al confine tra il lavoro e l'hobbismo. È difficilmente immaginabile, nel mondo negativo in cui viviamo, poter associare la parola "lavoro" a qualcosa che sia conciliabile

con la tua passione, che ti faccia star bene e che ti renda felice di svolgerla quotidianamente. Immaginiamo pertanto una professione già di per sé precaria che viene totalmente annientata dalla pandemia e dalle conseguenti restrizioni. Esse proiettano gli artisti in un tunnel di profondo sconforto e depressione: è questo il terreno fertile che ha dato luce al brano. "Messaggio sociale della canzone La canzone, oltre ad essere uno strumento comunicativo dei vissuti personali degli autori, ha inoltre anche un messaggio sociale. "Veleno 19 è una critica nei confronti della gestione della pandemia, fatta di poche luci e moltissime ombre, colma di contraddizioni e continui cambi di rotta. La paura ci ha resi diffidenti verso il prossimo e verso tutto ciò che ci circonda. È cantata in napoletano per rendere omaggio alle radici partenopee del gruppo musicale. "Nun saccio chiù 'na verità" (non so più una verità) cita il ritornello. Esso incarna in queste poche parole l'essenza dello smarrimento totale da parte di chi si è reso conto di brancolare nel buio. Il "Veleno" a cui si fa riferimento non è di certo il Covid 19, ma il suo creatore: l'essere umano. Il business-man di successo, colui che non ha avuto scrupoli nel distruggere la foresta amazzonica per creare delle piantagioni per il sostentamento degli allevamenti intensivi. È colui che non ha saputo retrocedere ai fruttuosi guadagni del seppellimento dei rifiuti tossici. È l'uomo che non si è preoccupato delle centinaia di congolesi che ha messo a rischio nelle miniere, nell'estrarre il Coltan, per pochissimi centesimi al giorno. Al fine di costruire nuovi smartphone inutilmente sempre più all'avanguardia.



Colui che non si è preoccupato di spingere la macchina dell'industria a tal punto da avvelenare l'aria che respira, di inquinare l'acqua e il cibo che lo sostenta. Quella persona avida e senza scrupoli che con il suo agire ha messo in pericolo il pianeta terra, la nostra unica casa, possa scomparire per sempre. Veleno 19 è il libero sfogo di chi sopravvive ogni giorno nella prigione della società, vittima e complice inconsapevole del disastro umano. L'ultima frontiera della rivoluzione industriale, a cui resta soltanto un misero seppur gratificante sfogo artistico. È il tenta-

tivo di "punzecchiare", come disse Socrate, la mente dell'uomo invitandola alla riflessione. Conclusioni Tenendo conto di quanto affermato dall'autore rispetto alla motivazione della nascita della canzone ed al successo che la sua esecuzione ha riscontrato al convegno sulla Depressione, possiamo concludere dicendo che la musica ed in particolare Veleno 19, possa aver avuto un effetto antidepressivo e catartico. Essa ha permesso di portare fuori emozioni quali rabbia, paure e tristezza, che se invece fossero rimaste dentro, nel tempo avrebbero potuto incupire l'animo

umano. Come pure è forte l'appello sociale ed ecologico ad una vita migliore, che possa lasciare ai nostri figli un clima benefico e una terra non intossicata dal veleno delle scorie.

Sitografia

1. Coltan <https://it.wikipedia.org/wiki/Columbite-tantalite>



Romina Tavormina

Psicologa Clinica
Redattrice

Arte e psiche

/ Leonardo Mendolicchio/

Ogni persona è alla ricerca di qualcosa che calmi le proprie inquietudini e l'artista spesso con il suo "atto" creativo si cura le proprie ferite. Questo articolo rilegge dei periodi artistici alla luce del significato psichico che c'è alla base di alcuni sentimenti umani.

In molti hanno evidenziato il rapporto esistente fra l'arte, la creatività e la psiche. Molti artisti prediligono esprimere i propri vissuti trasformandoli in prodotti creativi, oppure in un messaggio per un pubblico più vasto. Le opere d'arte, infatti possono riflettere i movimenti dell'inconscio. Il Filosofo Merleau-Ponty interpretando le opere di Cézanne, ad esempio, aveva studiato la relazione tra il vissuto dell'artista e la sua creazione artistica. Come afferma lo psicoanalista francese Lacan "ogni arte si caratterizza per una certa modalità di organizzazione attorno ad un vuoto" facendo riferimento al vuoto esistenziale che contraddistingue ogni uomo. L'opera d'arte nasce, pertanto, dallo sviluppo di un equilibrio tra ciò che va illustrato con delle forme e la parte più profonda di noi. La sua potenza, sta nel poter descrivere ciò che apparentemente è

indescrivibile, ovvero il "vuoto esistenziale". Spesso le modalità di espressione artistica si sono evolute nel tempo aggregando linguaggi e stili che hanno preso la forma di "correnti artistiche". L'Espressionismo, ad esempio, si affida alla spontaneità e all'immediatezza della forma espressiva, in opposizione al perbenismo borghese. Il movimento fondato da Kandinsky produce un'arte che viene ritenuta essenzialmente espressione di contenuti interiori: alla rappresentazione della realtà vengono contrapposte la libertà dell'istinto e l'autonomia della forma. Il Cubismo. Spesso il vuoto esistenziale ha assunto una eco politica sociologica come ad esempio ci ha comunicato il movimento cubista con il suo più grande rappresentante ovvero Picasso. All'inizio del secolo la coscienza delle disparità presenti nel sistema sociale e politico si riflette in un diffuso



spirito di contestazione. Il cubismo compie una revisione, una scomposizione ed un'analisi delle strutture visive del reale. Esso nega la prospettiva, considerando l'arte non come una rappresentazione del mondo, ma come un'azione che si compie. L'arte è come il modello di un lavoro creativo in opposizione alle visioni proprie della produzione industriale e della borghesia capitalista. Il Surrealismo, invece, rappresentò la dimensione del sogno, al di là della realtà. Ispirandosi alla pittura metafisica, i surrealisti affermano l'esigenza di esprimere, anche nello stato di veglia, le forze inconscie dell'uomo. A tale scopo utilizzano le più diverse tecniche artistiche e mirano ad un'arte impegnata, tesa a ricostituire la coscienza e la so-

cietà umana. Juan Mirò, artista spagnolo, realizza opere dalla caratteristica atmosfera, composte da grafismi elementari, vivaci e coloratissimi. Salvador Dalì, pittore spagnolo dall'estro brillante e fantasioso, realizza opere ispirate alla psicoanalisi freudiana. Esse sono basate su associazioni di tipo onirico di oggetti diversi e situazioni anomale, con effetti strani e bizzarri. Ricordiamo la sua inquietante Crocifissione. Secondo Freud "l'arte costituisce un regno intermedio tra la realtà (che frustra i desideri), e il mondo della fantasia (che li appaga)". L'artista è, originariamente un uomo che lascia che i suoi desideri di amore e di gloria si realizzino nella vita di fantasia. Egli trova però la via per ritornare dal mondo della fantasia in quello

della realtà. Grazie alle sue opere artistiche che con particolari attitudini, traducono le fantasie in una nuova specie di cose vere, che vengono apprezzate dagli uomini. Così, in certo modo, egli diventa veramente l'eroe o il creatore di un personaggio da raccontare e di cui si parlerà. L'arte per Freud costituisce una soddisfazione dei desideri, che costituisce un ponte tra la vita reale e il mondo fantastico dell'illusione. Per tale motivo l'arte è

sempre stata di grande interesse per gli studiosi della psiche anche perché sempre più nel tempo non solo si è affinato il metodo di interpretazione dell'arte stessa ma è diventato strumento di cura. Costruire il proprio benessere passa attraverso il giusto bilanciamento tra la realtà e l'immaginazione. Proprio come fanno gli artisti che creano la loro arte prima dentro di sé per poi renderla apprezzabile da tutti noi.

Bibliografia

1. Merleau-Ponty M. - Senso e non senso, Il Saggiatore-Garzanti Milano 1962.
2. Lacan - Il Seminario. Libro VII, cit., p. 165.
3. Weber J. P. - Psicologia dell'arte, P. U. F. 1970
4. Arnheim R. - Verso una psicologia dell'arte, Einaudi Torino 1969.
5. Freud S. - Psicoanalisi dell'arte e della letteratura, Newton Roma 1993



Leonardo Mendolicchio
Psichiatra Psicoanalista
Redattore

Un abbraccio per Natale, un'arma contro la Depressione

/ Gianluca Lisa /

Il ritrovare il calore degli affetti e dei sani sentimenti riscalda il cuore e vince la malinconia.

Forse sarà un Natale di un semitono più alto rispetto a quello dello scorso anno. L'augurio o meglio la speranza è che, per l'umanità ed i governi, possa essere un Natale di riconoscimento degli errori fatti. Anche se i segnali in merito sono poco confortanti. La tragedia del Covid avrà insegnato qualcosa all'umanità ed alle classi dirigenti? È questa la domanda che si pone oggi chi soffre di depressione e non ha ancora deciso se curarsi o meno. La stessa domanda di chi la sta curando da tempo. Se l'umanità non imparerà dai propri errori, chi già soffre di depressione dovrà continuare a curarsi e si allargherà a macchia d'olio la malattia. Si ricorda che l'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 2013, ancor prima della pandemia Covid, aveva lanciato un'allerta sulla Depressione. Essa nel giro di pochi anni sarebbe diventata la prima patologia nel mondo occidentale. Ma al momento, purtroppo, non sembra siano state date risposte adeguate, sia in termini di risorse umane, sia economiche.



“Volo d’anatre” - disegno di Gianluca Lisa, 2021

Oggi, il nuovo medio evo della folle globalizzazione avanza, distruggendo certezze, creando precarietà nel lavoro e nelle vite affettive, disegnando incertezze e seminando paure, proponendo Babbi Natale con il tutù e facendo passare la mancanza di rispetto come innovazione culturale. L'ignoranza e la superficialità dilagano in una nuova società dove l'unica regola certa è l'assenza delle regole, dove bullismo e femminicidi proseguono indisturbati. Dove ai giovani l'educazione viene lasciata a loro stessi, con tutto ciò che ne consegue, nel nome di un acritico concetto di libertà. L'inquinamento dell'am-

biente nel quale viviamo procede senza che nessuno sia in grado di opporsi. Se non applichiamo correttivi saremmo ben presto costretti a sopravvivere con fatica. In questo contesto, drammatizzato dalla emergenza Covid, i poveri esseri umani, soli ed indifesi potranno sfuggire alla depressione? Ormai la depressione circola nella nostra società sempre più insidiosa. Qualche decennio fa si riteneva che la Depressione fosse legata ad una patologia psichiatrica, ad un lutto od alla malattia di un congiunto, od addirittura una patologia che si riteneva fosse tipica delle società del benessere. Oggi vediamo il quadro cambiato. Siamo diventati una società povera, le conquiste passate e consolidate nel tempo, ad esempio il Sistema Sanitario Nazionale è in grave pericolo. Viviamo in una società dove il degrado morale, sociale e culturale nutrono pericolosamente i fenomeni depressivi nell'umanità. Ma è anche vero che la depressione nasce con l'alba dell'uomo. Appena egli diviene consapevole di non sapere da dove viene e né cosa succederà dopo la morte.

Mentre il suo passaggio terreno è costellato di pericoli, problemi, difficoltà e paure. Bene ha illustrato l'amico e collega Maurilio Tavormina in una sua interessante pubblicazione sulla rivista Depressione Stop, come tra gli antichi egizi un papiro testimoniasse come già in quell'epoca la depressione fosse una realtà.



“Papiro egizio” - disegno di Gianluca Lisa, 2021

La depressione marcia a fianco dell'uomo da quando ha consapevolezza della propria debolezza, mentre la morte viaggia al nostro fianco, fedele sorella, fin dal momento del concepimento. Forse queste consapevolezza negative sono quelle che hanno portato l'essere umano a comportamenti autodistruttivi. Esse hanno generato violenza e guerre, creando così una situazione in cui la stessa sopravvivenza del giorno successivo fosse fortemente in dubbio. Ma l'uomo ha anche cercato di combattere la depressione, proprio elevandosi dallo stato primitivo, con le energie positive. Esse lo hanno portato verso una società civile, un progressivo avanzamento dell'igiene e verso scoperte scientifiche. Queste energie positive hanno migliorato la qualità e la lunghezza della vita, anche grazie all'uso dei farmaci. Ma se fino agli anni 2000 immaginavamo un continuo progresso e pensavamo la vita potesse migliorare gradualmente e guardavamo con fiducia al futuro, oggi il mondo manda segnali inquietanti. Dittature che manipolano incontrollate pericolosi virus, violenze, barbarie e distruzione dell'ecosistema.



“Depressione e nostalgia” - disegno di Gianluca Lisa, 2021



“Solitudine e tristezza” - disegno di Gianluca Lisa, 2021

Noi ci sentiamo più soli e tristi e sentiamo di non poter comunicare con i nostri simili imbavagliati dalle mascherine.



“Mascherine anche all’aperto” - disegno di Gianluca Lisa, 2021

Esse sono ormai il simbolo di questo periodo, dove la fatica del vivere ci porta ad isolarci ed essere come degli anziani sul viale del tramonto.



“Viale del tramonto” - disegno di Gianluca Lisa, 2021

Gli anni futuri, ricchi di incognite, vedranno sicuramente un dilagare della patologia depressiva. Gli psichiatri e gli psicologi avranno un ruolo chiave nella prevenzione e nella cura. Loro dovranno combattere, a fianco

dei pazienti, la malattia ed essere portatori della luce della cultura. Purtroppo essa sta scomparendo dal mondo e a volte è curativa quanto i farmaci. Dalla cultura viene l'arte, dall'arte la bellezza e la bellezza salverà il mondo, citando Dostoevskij. La Depressione fa perdere il senso contemplativo della bellezza del creato, attraverso un cielo stellato, oppure il volo di un'anatra in un tramonto. Sconfiggere la patologia depressiva vuole dire far riflettere su una cosa molto semplice. Il Covid è una tragedia, però abbiamo appreso anche quanto è importante l'abbraccio con una persona cara. Questo dolce calore ci era stato tolto dalle misure restrittive contro la pandemia. Tornare ad abbracciare, quando prima forse non lo facevamo, e sentire come ci dia felicità l'abbraccio, è una consapevolezza che ci ha regalato il Covid. Da un abbraccio, dal bello e dalla cultura nasce la speranza per un domani sereno per l'umanità. Affrontare la depressione vuole dire non solo un trattamento medico, psicofarmacologico o psicoterapeutico, ma anche lavorare alleati tra sanitari e pazienti. È necessaria una nuova educazione etica che riporti l'uomo a comprendere che, di tutto ciò che ha costruito di positivo nella sua storia, il solo momento in cui si è sentito felice ed ha vinto la depressione è stato quando ha abbracciato un suo simile.



Gianluca Lisa

Medico Psichiatra
Redattore

Didattica a distanza. Impressioni e testimonianze degli studenti

/ *Dominique Tavormina* /

L'anno scolastico 2020-2021, anziché riportare agli studenti socialità e attività in presenza, ha favorito l'affermazione della cosiddetta didattica a distanza.

A seguito della dolorosa primavera del 2020, il 14 settembre 2020 si è potuto finalmente realizzare per tutti gli alunni d'Italia il rientro a scuola in presenza. Purtroppo a discapito delle aspettative e delle rosee previsioni, l'anno scolastico 2020-2021 si è rivelato tutt'altro che tranquillo. Infatti, pochi mesi in presenza si sono alternati a nuovi e prolungati periodi di lockdown. Essi sono stati caratterizzati da lezioni con la didattica a distanza per tutti gli ordini e gradi di scuola. In particolare, per gli Istituti secondari di secondo grado, per i quali la frequenza giornaliera in presenza alle lezioni non si è più verificata se non al 50%. Ho avuto l'opportunità, prima dell'estate 2021, di intervistare alcuni alunni di classe quarta frequentanti l'IIS "Paolina Secco Suardo" di Bergamo, con l'intento di permettere loro di esprimere e offrire vissuti e testimonianze sulla didattica a

distanza. Ecco le loro più significative riflessioni. "Durante il periodo della quarantena abbiamo dovuto abituarci a un nuovo modo di fare scuola, attraverso piattaforme on line. È stato molto faticoso abituarci. Innanzitutto per la difficoltà di utilizzo e i problemi di connessione e poi per l'assenza di relazioni vere e di confronto con i miei coetanei. Ho avuto anche difficoltà a rimanere concentrata e attenta, a comprendere le spiegazioni, a essere interessata e motivata. Improvvisamente, senza la scuola "fisica", non riuscivo più ad apprendere." **L. B.** "Svolgere le lezioni con la didattica a distanza è stato molto complicato, sia dal punto di vista informatico che didattico. La scuola vera è relazione, dialogo, confronto, interesse, concentrazione. Noi ragazzi venivamo distratti di continuo dall'ambiente domestico circostante e non riuscivamo a supportarci l'uno con l'altro."

C. C. "A causa dell'epidemia da Covid-19, siamo stati costretti a trascorrere diversi mesi reclusi in casa, lontani dalle persone a cui eravamo più legati. Per non impazzire mi sono dedicato ad attività manuali e mi sono impegnato nei lavori di casa. È stato psicologicamente molto faticoso non poter mai uscire per sfogarsi, passeggiare o fare sport. Anche perdere o vedere soffrire persone care a cui eravamo affezzionati è stato molto difficile. Quel periodo ha lasciato dentro di me un segno indelebile, mi ha fatto soffrire moltissimo e oggi, quando ci ripenso, mi succede di crollare per paura che questo incubo possa ripetersi." **T. C.** "È stato molto triste non poter più vedere i miei nonni per tanti mesi, e anche difficile stare 24 ore su 24 nella stessa casa con i miei familiari. Purtroppo sono aumentati i litigi, anche per motivi banali, a causa della forzata convivenza." **L. B.** Soprattutto l'esperienza scolastica è stata del tutto inaspettata e difficile da assimilare. Era per me tutto nuovo e stressante: inserire codici, collegarsi, non avere rapporti diretti, ma divisi e separati da uno schermo. Non è stato facile far coesistere l'alto stress emotivo con l'attenzione nei confronti delle lezioni. Connessioni deboli, pensieri tristi, notizie sempre peggiori derivanti dai social media, l'umore a terra, non poter uscire di casa, il suono delle ambulanze che rimbombava nelle orecchie: questo mix di elementi ed emozioni creava sconforto e scompiglio. Le giornate erano monotone, non cambiava mai nulla e non si vedeva margine di miglioramento. Ma nonostante tutte le difficoltà la scuola ci teneva impegnati; sentire gli incoraggiamenti dei professori e dei



compagni faceva tirare un sospiro di sollievo. Amicizia, aiuto reciproco, altruismo, unione hanno fatto la forza evitando situazioni di sconforto totale e fornendo speranza." **A. E.** "È stato necessario trovare nuovi modi per incontrare ugualmente amici e parenti che non potevamo vedere di persona. Abbiamo utilizzato le videochiamate per stare in compagnia, fare merenda insieme e darci forza per affrontare quel periodo difficile. Purtroppo abbiamo dovuto dimenticare le uscite del sabato sera, i divertimenti e le risate." **L. B.** "Durante il lockdown non ho sentito la necessità di mantenere le mie

amicizie e relazioni, neppure a distanza. Stavo bene da sola, in casa. Quando poi è stato di nuovo possibile uscire, non ero contenta, non avevo voglia di frequentare nessuno. Soltanto adesso ho capito che soffrivo molto e che non riuscirei più a sopportare altri lockdown." **(C. C.** Nel novembre 2020, durante il secondo periodo di chiusura delle scuole Secondarie di secondo grado in Italia, otto specialisti fra pedagogisti, psicologi e docenti universitari hanno scritto un documento dal titolo "La scuola è salute" (Novara D. et al 2000). Loro sottolineano il ruolo imprescindibile della scuola come comu-

nità di apprendimento, luogo di incontro e crescita per bambini e ragazzi, ribadendo la necessità di mantenere aperte le scuole. "La scuola è presenza fisica: i corpi sono veicolo insostituibile dell'apprendimento, della comunicazione, dello scambio. La scuola è incontro: la relazione per i giovani è l'unico antidoto all'alienazione esistenziale". Inoltre, secondo i firmatari, "l'esperienza dei mesi in lockdown ha dimostrato chiaramente che la didattica a distanza non è vera scuola: è un surrogato gravemente riduttivo della didattica in presenza". Ancora: "l'isolamento e la scuola a distanza sono una con-



dizione pericolosa per la salute mentale degli studenti che sono a serio rischio depressivo e di ritiro sociale". "La scuola è indispensabile. Teniamo aperte le scuole!" (Novara et al. 2020). Nel mese di maggio 2021, alcuni alunni del Liceo Suardo si sono accordati per mettere a punto un questionario on line da sottoporre agli altri studenti delle Scuole secondarie di secondo grado della città, al fine di toccare con mano la loro situazione emotiva a seguito dei lunghi e ripetuti periodi di chiusura. Complessivamente, hanno aderito liberamente all'iniziativa fornendo le loro risposte 2.254 studenti (il 21% di prima superiore, il 26% di seconda, il 19% di terza, il 19% di quarta e il 14% di quinta), di cui per la maggior parte ragazze (73%). Sono state poste 29 domande, attraverso un questionario su Forms Office, in cui si indagava riguardo ai cambiamenti della quotidianità, della propria vita sociale e del clima in famiglia a seguito della pandemia. Testava l'impatto della didattica a distanza, le preoccupazioni di contrarre la malattia da Sars-Cov2 e all'ansia e ai disagi psichici da essa generata. Di seguito vengono riportate le risposte maggiormente significative. La vita quotidiana è cambiata poco o nulla solo nel 37% dei casi, così come solo per il 19% degli studenti non vi sono stati aumenti delle tensioni in famiglia durante i periodi dell'emergenza. La tecnologia in ambito scolastico è ritenuta una grandissima risorsa (57%), tuttavia le lezioni con la didattica a distanza hanno influito negativamente sull'attenzione, concentrazione e partecipazione per la stragrande maggioranza (94%) degli studenti. Il 17% si dichiara per nulla preoccupato di contrarre il Covid-19 e il 43% poco preoccupato, ma in ogni caso la situazione pandemica ha creato un livello elevato di stress nel 74% dei casi e anche di ansia (79%). Così come l'89% degli adolescenti evidenzia l'incidenza negativa sulla propria vita sociale e per il 55% la volontà di voler ricorrere a un sostegno psicologico.

za (94%) degli studenti. Il 17% si dichiara per nulla preoccupato di contrarre il Covid-19 e il 43% poco preoccupato, ma in ogni caso la situazione pandemica ha creato un livello elevato di stress nel 74% dei casi e anche di ansia (79%). Così come l'89% degli adolescenti evidenzia l'incidenza negativa sulla propria vita sociale e per il 55% la volontà di voler ricorrere a un sostegno psicologico.

Bibliografia

I. Novara D. et al. 2020: La scuola è salute – appello per la didattica in presenza, 2020.



Dominique Tavormina

*Pedagogista Clinica
Redattrice*

La malinconia in Dante

/ Giuseppe Tavormina /

Dante Sommo Poeta, Dante uomo, che manifesta la sua profonda umanità e anche la sua malinconia nei suoi versi del "Purgatorio". Alcune riflessioni.

Su Dante, sommo Poeta, unico, modello e riferimento per tanti poeti delle epoche successive, tanto, molto si è scritto, forse tutto. Non è pertanto qui mia intenzione cercare ambiti di osservazione innovativi sulla sua poetica, ma solo di fare delle riflessioni su un aspetto della sua personalità che traspare dalla sua poetica e a cui ho sempre tenuto: la sua malinconia. La malinconia è realmente fra i sentimenti umani forse quello più universalmente condiviso da parte di tutti: chiunque di noi ne ha esperienza diretta; ed anche Dante non poteva esserne da meno. Nei canti XXIII e XXIV del Purgatorio Dante manifesta la sua umanità malinconica, proprio nella cantica più "umana" e connessa al quotidiano di ognuno di noi. Restando l'Inferno (capolavoro nel capolavoro) la cantica della sofferenza atroce e dannata (e forse per questo intrisa di quel pathos che la fa elevare a sublimi livelli di condivisione della sofferenza umana e di altissima poesia), e il Paradiso la cantica del divino, a cui ambisce l'uomo, e della luce, di una luce che

sprigiona quasi da ogni terzina e che traccia il senso del divino, "luce" dell'uomo come sua ambizione e obiettivo. Il Purgatorio invece, spesso cantica ingiustamente trascurata da una critica poco attenta, resta la cantica dell'uomo e vicina all'uomo

con le sue debolezze e umanità, e forse per questo la più vicina a noi. Nel saggio "Dante, Poeta di Vita Patriarcale nella Commedia" (Tavormina V, 1967) si sottolinea quanto il Poeta fosse << ammalato di tremenda malinconia, altrimenti non avrebbe potuto descriverci, nel modo come lo descrive, l'incontro con l'amico Forese Donati:

"si lasciò trapassar la santa greggia /Forese, e dietro meco sen veniva/, dicendo: "Quando fia ch'io ti riveggia?" /"Non so" rispuos'io lui "quant'io mi viva;/ ma già non fia 'l tornar mio tanto tosto,/ ch'io non sia col voler prima alla riva"/ dove senti un sapore dolcissimo di cose lontane, desiderate e non avute e presto perdute>>. Il Momigliano (Storia della letteratura italiana, 1936) ha affermato che << senza l'esilio, che gli fece conoscere il dolore e gli uomini e



allargò sull'Italia e sul mondo il suo sguardo prima ripiegato su sé stesso e sull'intera immagine di Beatrice, Dante non sarebbe stato altro che il più grande poeta del suo tempo>>. Inoltre, secondo il Davidshon (Firenze ai tempi di Dante, 1929), <<l'uomo dallo sguardo profondo e penetrante lo crearono le angosce dell'esilio>>. Queste osservazioni di qualificati dantisti ci fanno riflettere su quanto segue: cosa altro è l'esilio per Dante se non un'ulteriore manifestazione della sua umanità e vita vissuta fra le difficoltà? Di conseguenza, è fonte di estrema malinconia lasciare la sua terra, i suoi cari, le sue cose, i suoi affetti: al suo caro amico, Forese Donati, dedica addirittura due canti nel Purgatorio, il XXIII e XXIV, in cui amicizia, empatia, ricordi e momenti comuni sono abilmente dipinti con schizzi pittorici degni della sua fama: "ed ecco del profondo della testa / volse a me li occhi un'ombra e guardò fiso; / poi gridò forte: <<Qual grazia m'è questa?>> / Mai non l'avrei riconosciuto al viso; / ma nella voce sua mi fu palese /ciò che l'aspetto in sé avea conquiso. / Questa favilla tutta mi raccese mia conoscenza alla cangiata labbia, e ravvisai la faccia di Forese.>> / Questi versi descrivono il piacere di rivedere un caro amico dopo tanto tempo, e nello stesso tempo celano la malinconia inaspettata di chi sa che il caro amico non è più in vita. E ancora Dante afferma: <<La faccia tua, ch'io lagrimai già morta, / mi dà di pianger non minor doglia>> /rispuos'io lui, <<veggendola sì torta>>./ I dialoghi fra i due amici proseguono con la voglia di raccontarsi in breve tempo quanto più ci si possa raccontare, parlando

della moglie di Forese, della sua sorella Piccarda, di altri amici comuni là nell'oltretomba presenti (fra tutti, Bonaggiunta da Lucca), degli accompagnatori dello stesso Dante (Virgilio e, in quelle cornici, anche Stazio, poeta della tarda romanità che si era ispirato a Virgilio preso a modello nella sua "Tebaide", e che avrebbe accompagnato Dante fino al suo passaggio al Paradiso). Emblematiche, oltre che da tutti conosciute, la terzina in cui Dante descrive se stesso, invitato da Bonaggiunta a confermare chi fosse: "I' mi so un, che quando / Amor mi spira, noto, e a quel modo / ch'è ditta dentro

vo significando>> /Successivamente scorrono i dialoghi fra gli attori di questa scena familiare, in una sintesi di versi minima e profonda allo stesso tempo, ove ogni parola ha il suo peso e significato, per arrivare al già descritto saluto fra Dante e Forese, di struggente malinconia, di chi sa che non è davvero quantificabile programmare quando potersi rivedere, e che riporto nuovamente a simbolo di queste osservazioni: ... <<Quando fia ch'io ti riveggia?>> /<<Non so>> rispuos'io lui <<quant'io mi viva; / ma già non fia 'l tornar mio tanto tosto, / ch'io non sia col voler prima alla riva>>.

/Pensiamo a quanti saluti abbiamo fatto a nostri cari amici, conoscendo il lungo periodo che sarebbe intercorso fino al successivo incontro: così potremo meglio partecipare il sentimento che Dante descrive. <<Dante nostalgico del passato, in quanto uomo patriarcale; e, in quanto uomo patriarcale, l'atteggiamento dominante del Poeta in veste di giudice è di condanna per i contemporanei e di assoluzione per la buona Firenze di una volta. ... Il Poema è scritto; la missione di Dante è compiuta: non resta che offrirlo ai suoi concittadini, all'umanità intera, perché se ne nutrano e si ravve-

dano>> (Vincenzo Tavormina, "Dante, Poeta di Vita Patriarcale nella Commedia", 1967). Anche queste ultime osservazioni altro non sono che ulteriori evidenze dell'atteggiamento malinconico del Poeta, la cui poetica ha impregnato di sé nei secoli tutti coloro che si dedicano alla poesia, sia essi poeti che critici; nella Commedia Dante su vari livelli (quello letterale e descrittivo, quello introspettivo, quello ultraterreno) ha creato il Poema della vita dell'uomo, divenuto divino e immenso per la costante attualità che trasuda dai suoi cento canti (bibliografia n° 4 – 2020).

Bibliografia

1. Momigliano A. "Storia della letteratura italiana", Ed. Principato, 1936
2. Davidshon R. "Firenze ai tempi di Dante", Ed. Bemporad & Figlio, 1929
3. Tavormina V. "Dante, poeta di vita patriarcale nella Commedia", Ed. A. Vento, 1967
4. www.facebook.com/paginacriticaletteraria, 2020



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Capo Redattore



Bile nera e malinconia

/Maurilio Tavormina/

La malinconia nell'antica Grecia era causata da un eccesso di bile nera nel cervello. È quanto Ippocrate il padre della medicina e grande medico del IV secolo AC ipotizzava.

Secondo Ippocrate, famoso medico, geologo e aforista greco di Coa, del IV secolo avanti Cristo, la bile nera era uno dei quattro umori (sostanze liquide dell'organismo), che insieme al sangue, alla flemma e alla bile gialla governavano il benessere psicofisico delle persone. Il padre della moderna medicina fu influenzato dalla teoria di Pitagora, elaborata successivamente da Empedocle, secondo la quale il corpo umano era composto dai quattro elementi della natura: sole, terra, aria e acqua. Per Ippocrate la terra corrispondeva alla bile nera (o atrabile, in greco *Melaine Chole*) che ha sede nella milza, il fuoco corrispondeva alla bile gialla (detta anche collera) che ha sede nel fegato, l'acqua alla flemma (o flegma) che ha sede nella testa, l'aria al sangue la cui sede è il cuore (Geymonat L et al, 1970). L'illustre medico di Coa credeva che il giusto equilibrio di ogni essere umano dipendesse dall'equilibrio interno di questi quattro elementi, cui corrispondono i quattro umori. Essi sono: la flemma, fredda e umida; il sangue, caldo e umido; la bile gialla, cal-

da e secca; la bile nera, fredda e secca. Il prevalere di uno di questi quattro umori determinava le caratteristiche del comportamento delle persone. Il famoso medico greco pensava che la bile nera, detta anche atrabile (dal latino: atra "nero", bilis "fiele/bile", pertanto "bile nera") era prodotta dalla milza. Una sua prevalenza sugli altri umori determinasse il temperamento malinconico e la malinconia, offuscando il cervello umano. Essa se in costante eccesso, oltre a sintomi fisici quali pelle opaca, calvizie, balbuzie, causava anche "ansia ed abbattimenti costanti" (l'aforisma VI, 23 di Ippocrate). La teoria umorale, concepita da Ippocrate, e ripresa successivamente da Galeno, famoso medico greco del 200 dopo Cristo, rappresenta un punto cardine della nascita della medicina. Essa si libera dalle spiegazioni e concezioni superstiziosa-magica o religiosa, per fornire una valutazione scientifica sull'origine e la causa delle malattie. La medicina ippocratica indaga con scrupolosità metodologica le patologie umane, fornendo spiegazioni causali della malattia, attuando

valutazioni diagnostiche e curando con i rimedi disponibili dell'epoca. Il concetto di fondo era che l'uomo, come del resto la natura, dovevano avere un equilibrio dinamico di forze e di elementi contrapposti. Il predominare dell'una sull'altra determinava un disequilibrio patogeno. Tale squilibrio, perdurando nel tempo, induceva prima la sofferenza, o una prevalenza caratteriale, quale il temperamento malinconico, e realizzava poi la malattia. Il metodo diagnostico ippocratico era basato sull'evidenza esterna dei segni dell'influenza della bile nera sul comportamento umano, sul fisico e sull'animo delle persone. Egli cercava di ritrovare in essi i segni della sofferenza e della malattia. L'organo colpito dall'eccesso di bile nera era il cervello, offuscato dall'umore nero. «È il cervello a provocare follia o delirio, a ispirarci il timore e la paura, giorno e notte, a causa-

re l'insonnia, a farci commettere errori, a renderci ansiosi senza motivo, distratti, a portarci ad agire in modo contrario rispetto a quanto di solito faremmo. Tutti questi stati di cui soffriamo provengono da un cervello non sano, che diventa anormalmente caldo, freddo, umido o secco» (Minois G, 2005). Inoltre, in merito all'alternanza delle quattro stagioni, lo stato malinconico era associato all'autunno e alla vecchiaia. Gli antichi intuivano e forse constatavano un incremento del "mal di vivere" in tale periodo, in sintonia con la caduta e la morte delle foglie. La terapia consisteva nel riequilibrare gli umori interni dell'uomo, facendo espellere l'eccesso di bile nera con il vomito e le feci, utilizzando purganti e sostanze che provocano il vomito, come l'elleboro. Essa è una pianta che provoca potenti effetti purgativi, stimola il vomito e irrita la mucosa intestinale. L'el-

leboro può provocare rottura dei vasi sanguigni, con conseguente colore rosso-nerastro delle feci: prova concreta dell'eliminazione della bile nera. Per gli antichi l'atrabile erano i coaguli di sangue nero, che si vedono nelle feci emorragiche, misto a muco intestinale, di colore più o meno scuro, prodotto alterato della bile e chiaro indizio di malattia e di umore malinconico. L'elleborus niger, chiamata anche rosa di Natale perché fiorisce in inverno, è tutt'ora usato in omeopatia. Essa viene utilizzata, con microdosi, seguendo il principio della cura con la similitudine "similis cum similibus curantur", per le difficoltà mentali, depressione, apatia e stati di angoscia. La mitologia greca racconta che Ercole guarì dalla sua follia mangiandone le foglie. Nel linguaggio dei fiori l'elleboro viene considerato come la liberazione delle negatività. Oltre alla terapia farmacolo-

gica, a base di piante medicinali, era anche indicata per la cura della melanconia una migliore igiene di vita. Tutto ciò che era in eccesso o in difetto doveva essere riequilibrato.

Bibliografia

1. Geymonat L et al.: Storia del pensiero filosofico e scientifico, Volume 1, Garzanti, 1970, p.380
2. Minois G: Storia del mal di vivere. Dalla malinconia alla depressione. Dedalo Editore, Bari 2005
3. Kristeva J: Sole nero: Depressione e malinconia. Feltrinelli Editore, Milano, 1989
4. www.etimo.it Etimologia: atra-bile



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

La Deposizione di Rosso Fiorentino

/ Antonella Litta /

La Deposizione dalla croce di Rosso Fiorentino ci permette di analizzare il dolore associato al lutto e il rapporto tra talento artistico e follia. Riflessioni sul lutto con lo storico dell'arte.

Il lutto è un'esperienza che nella vita abbiamo vissuto tutti almeno una volta.

Ma che cosa si intende per lutto? Il lutto è la perdita di qualcosa o qualcuno a cui eravamo profondamente legati. Chi vive un lutto assiste alla perdita dell'altro ma anche alla perdita di un intero mondo, ovvero con il defunto amato scompaiono tutta una serie di modi di essere in relazione con l'altro e di avvertirsi rispetto all'altro. Il dolore, il lutto e la sofferenza sono fortemente espressi nel capolavoro di Rosso Fiorentino: "La Deposizione dalla croce".

La psichiatra Kübler Ross ha teorizzato cinque fasi caratteristiche del processo ed evoluzione del lutto:

- Fase della negazione o del rifiuto: "non è possibile, non ci credo" in cui si tende a negare la perdita.
- Fase della rabbia: "perché proprio a me? Cosa ho fatto per meritarmelo?" in cui si sperimentano ritiro sociale e solitudine e si

vive il lutto come un'ingiustizia, spesso a seguito delle difficoltà di adattamento conseguenti alla perdita.

- Fase della contrattazione o del patteggiamento: "se supero questo momento, non farò più errori" in cui si cerca di trovare delle strategie per affrontare il problema.
- Fase della depressione: "non posso farcela, la mia vita così non va" in cui si inizia a prendere consapevolezza della perdita.
- Fase dell'accettazione del lutto: "ora bisogna andare avanti" in cui si arriva alla totale elaborazione ed accettazione della perdita.

Queste fasi possono presentarsi non in questa rigida sequenza ma in relazione a fattori temperamentali e ambientali nei diversi individui.

La "Deposizione dalla croce", un capolavoro di Rosso Fiorentino, può essere spunto sia per una riflessione sul lutto sia come punto di partenza per alcune riflessioni psicopatologiche sull'artista.

A tal proposito ho posto delle domande allo storico dell'arte dottor Valeriano Venneri.

Intervista a Valeriano Venneri
A.L. Gent.mo dottor Venneri ci potrebbe introdurre la "Deposizione dalla croce" di Rosso Fiorentino?

V.V. La "Deposizione dalla croce" è per me il capolavoro di Rosso Fiorentino. L'opera, firmata e datata 1521, conservato nella Pinacoteca di Volterra, è attualmente sottoposta ad un delicato ed emozionante processo di restauro.

Rosso Fiorentino, nome con cui si conosce Giovanni Battista di Jacopo de' Rossi, insieme ad altri artisti, dà vita ad un movimento artistico molto originale e anti-conformista, il Manierismo, caratterizzato da colori sgargianti e intensi e un allungamento di corpi e volti che rendono, a volte, caricaturali e quasi mostruosi alcuni personaggi.

A.L. Nell'imminenza della morte il dolore è particolarmente intenso e necessita di tempi e di spazi per l'elaborazione e la comprensione. Secondo lei dove l'artista ci fa cogliere queste emozioni?

V.V. Secondo la mia analisi, questo si può osservare nelle quattro donne nella parte inferiore della Deposizione. La Madonna, dal livido incarnato che in ombra appare ancora più scuro, si direbbe quasi morta insieme al Cristo morto, quest'ultimo dall'incarnato verdastro. Ella è ritratta con una postura flessa, abbandonata ma sobria e vinta da un dolore annichilente e per questo sorretta da altre due donne.

Partecipa al cordoglio Maria Maddalena che si slancia verso la madre del Cristo per abbracciarle le gambe e per confortarla,



ma allo stesso tempo per cercare conforto.

San Giovanni, un discepolo prediletto di Gesù, ha il viso coperto dalle mani e il suo dolore assume la connotazione della disperazione. Qui il dolore si tinge di rabbia per la perdita ed il movimento delle pieghe delle vesti ed appare "nervoso".

A.L. L'immagine di San Giovanni che lei descrive mi rimanda ad un quadro clinico che in termini psichiatrici potrebbe essere un

quadro affettivo assimilabile al temperamento irritabile, in cui la tristezza si unisce alla rabbia, tipica di certo quadro affettivo assimilabile al temperamento irritabile. Si può ritrovare nella storia di Rosso Fiorentino qualche elemento che rimanda a questi aspetti?

V.V. San Giovanni, dipinto con i capelli rossi come il pittore, è forse un autoritratto celato dell'artista. Il suo temperamento

irritabile sembrerebbe emergere anche dalla descrizione che ne fa il Vasari nella sua celeberrima biografia dal titolo: "Le vite de' più eccellenti pittori, scultori, e architettori" ove viene sottolineata la sua difficoltà a controllare gli impulsi e riportata la morte per suicidio dell'artista (a tutt'oggi non confermata né smentita da studiosi).

A.L. In che modo emerge la genialità di questo artista?

V.V. Direi che Rosso Fiorentino diventa innovativo nel creare una sorta di psicodramma artistico dove anticipa il teatro del barocco ricorrendo ad elementi che nascono dalla sua ricca e forse patologica emotività.

Riflessioni

Nella storia dell'artista e nella sua opera trapela una particolare sensibilità probabilmente correlata a una vulnerabilità psichica. Il connubio tra arte e patologie mentali, facendo emergere talenti eccezionali e doti artistiche sovraumane, può dare vita a capolavori.

Bibliografia

1. Kübler Ross Elisabeth On death & Dying. What the Dying have to teach Doctors, Nurses, Clergy & Their Own Families Editore Scribner, 2014
2. Natali A., Rosso Fiorentino. Collezione d'arte. A. Menadito, 2006
3. Vasari G. "Le vite de' più eccellenti architetti, pittori, et scultori italiani, da Cimabue insino a' tempi nostri", Einaudi 2° edizione, 2015



Antonella Litta
 Medico Psichiatra
 Redattrice

Depressione ad Andamento Stagionale

/ Marilisa Amorosi /

Quando il Natale diventa un incubo: l'attesa del Natale è di solito gioiosa, ma diventa angoscia per chi soffre di depressione e per la sua famiglia.

Domanda: Gentilissima dottoressa, sono figlia di un uomo a cui hanno diagnosticato tanti anni fa una Depressione Maggiore. Ho imparato nella mia vita a distinguere la malattia da una semplice stanchezza ed a capire i piccoli segnali che hanno preceduto sempre la malattia. Mio padre è un uomo buono ed ho sofferto con lui. Ora io aspetto il Natale con paura: già perché ogni anno in questo periodo mio padre si riammala e noi con lui. Potrebbe spiegarmi perché succede questo? Possiamo fare prevenzione? La malattia è ereditaria? Sa, dottoressa ho due bambini. Laura

Risposta: Gentilissima Laura, condivido la sua sofferenza e cerco di rispondere alle sue interessantissime domande nel migliore dei modi. La diagnosi che è stata fatta a suo padre e la ricorrenza da lei citata orientano per un disturbo depressivo importante, caratterizzato dal fatto che ritorna periodicamente in un determinato periodo dell'anno. Da quello che mi dice il passaggio dallo stato di benessere al patologico è sottile,

progressivo tanto che lei riesce a coglierne i segnali. Siamo quindi nell'ambito di disturbo depressivo definito Depressione Maggiore Ricorrente ad andamento Stagionale. Le riacutizzazioni si ripresentano di solito in autunno o inverno, come nel caso di suo padre, e migliorano in genere in primavera. In letteratura non appare chiaro il motivo per cui ci sia stagionalità limitandosi gli studi a trarre dalla realtà un dato statistico. Tuttavia alcuni autori attribuiscono a fattori atmosferici ed ambientali la stagionalità, ma siamo ancora lontani dalla piena comprensione. Per ciò che riguarda la ereditarietà occorre premettere che esistono fattori di rischio di ammalare di episodi depressivi quali aspetti temperamentali (ad esempio affettività negativa o nevroticismo), aspetti ambientali (ad es aver avuto esperienze infantili negative o avere eventi di vita stressanti che possono slatentizzare il disturbo depressivo). (DSM-V, APA, 2013). I fattori genetici possono incidere ed in letteratura è riportato che i

familiari di primo grado di soggetti con Depressione Maggiore hanno un rischio di svilupparlo da 2 a 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. L'ereditarietà in senso stretto sarebbe del 40% ma il temperamento nevrotico spiegherebbe tale predisposizione. Non è facile poi descrivere l'origine della Depressione: esistono, come abbiamo accennato, fattori di vulnerabilità genetica, ambientale e di esperienze di vita. Qui di seguito tenterò di semplificare il complesso meccanismo, non ancora del tutto conosciuto, che rappresenta la base biochimica dei disturbi depressivi, e che spiegherebbe cosa avviene nelle nostre cellule nervose quando ci si ammalava di tali Disturbi Depressivi. A livello del nostro sistema nervoso, in particolare delle nostre cellule nervose esistono meccanismi biochimici sofisticati che fanno tutti capo alla esistenza di sostanze che vengono chiamate neurotrasmettitori, sostanze cioè capaci di trasmettere informazioni tra le cellule e di far funzionare il complesso meccanismo neuronale nel suo insieme. Quasi tutti i numerosi neurotrasmettitori funzionano in connessione tra loro, ed è difficile separarli, tuttavia possiamo dire, semplificando molto, che serotonina, noradrenalina, e dopamina sono i neurotrasmettitori maggiormente implicati nelle cause dei Disturbi Depressivi. L'ipotesi di un ruolo della serotonina nella origine della Depressione occupa un posto centrale da oltre 20 anni ed è sostenuta da varie linee di ricerca che, partendo da numerose indagini cliniche e neuroendocrine hanno individuato un'alterazione del sistema serotoninergico nella patologia depressiva. Esisterebbe dunque una diminuzione



di attività o una minore stabilità del sistema serotoninergico che rappresenta una sorta di fattore di vulnerabilità o predisposizione associato ad un rischio maggiore di sviluppare la Depressione. Tale disfunzione serotoninergica svolgerebbe poi una funzione facilitativa, al crearsi di un deficit noradrenergico. Ciò spiega la contemporanea alterazione dei due sistemi e l'impiego in terapia di farmaci che agiscono su entrambi i neurotrasmettitori. In questi ultimi anni si sono andati accumulando numerosi dati che hanno evidenziato alterazioni di distinti sistemi neurotrasmettitoriali nei disturbi dell'umore, in particolare del sistema Noradrenergico, Serotoninergico, Colinergico e Dopaminergico. Più recentemente, sono state documentate disfunzioni anche del

sistema GABAergico e di numerosi neuropeptidi. Il ripristino del normale equilibrio esistente tra questi due sistemi sembra infatti alla base dell'effetto positivo dei farmaci antidepressivi. Anche altri neurotrasmettitori cerebrali entrerebbero poi in gioco nella Depressione esistendo connessioni, relazioni tra sistema Noradrenergico e sistema Colinergico e tra questo ed il GABA ed i neuropeptidi (Trattato di Psichiatria, 2009). La prevenzione si attua sia attraverso la precocità della cura delle caratteristiche personalologiche (nevroticismo), sia con la precoce risoluzione emotiva dei fattori ambientali. Tali strategie preventive diminuiscono il rischio di ammalare e migliorano la evoluzione di un disturbo già in essere. Fondamentale quindi un precoce lavoro

psicoterapico e la precoce instaurazione di terapia farmacologica nei casi già conclamati. Per ciò che attiene la prevenzione delle ricadute, le linee guida internazionali indicano che la somministrazione di stabilizzatori dell'umore può ridurre la ciclicità del ritorno stagionale.

Bibliografia

1. AA.VV.: DSM-5. Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali. Raffaello Cortina Editore, 2014.
2. AA. VV., Trattato di Psichiatria. Masson, 2009



Marilisa Amorosi

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Next Stop Rogoredo: una fermata della metropolitana o ... cos'altro?

/ Giuseppe Tavormina /

La tossicodipendenza può essere parte integrante del più ampio “spettro bipolare dell’umore”. Next Stop Rogoredo è un libro della giornalista Micaela Palmieri sul dramma della tossicodipendenza.

Micaela Palmieri è dal 2004 una giornalista professionista della Rai, donna di grande professionalità e grande cultura, laureata in Giurisprudenza e in Storia. Non si limita a fare solo la speaker o l’inviata del Tg1, ma è attenta al mondo che la circonda e con una particolare attenzione alle problematiche sociali. Nel suo libro “Next Stop Rogoredo”, pubblicato nel 2020, affronta il tema della droga e della tossicodipendenza. Si focalizza su una zona della periferia di Milano (Rogoredo), non molto distante dal centro storico del capoluogo lombardo. È stato più volte da noi ribadito che i disturbi dell’umore possono spesso indurre abuso di sostanze già come tentativo di automedicazione. L’abuso di sostanze (tossicodipendenza) come alcool, hashi-

sh, cocaina, cannabinoidi, etc., può a sua volta causare depressione, disforia, ansia e la cosiddetta “sindrome amotivazionale” (perdita di motivazione a vivere). Il concomitante abuso di sostanze con i disturbi dell’umore può inoltre rendere questi ultimi resistenti ai trattamenti e comportare una prognosi peggiore (Rihmer Z et al, 2010; Tavormina G, 2016). Parlare di tossicodipendenza significa trattare due argomenti in uno: il disturbo dell’umore e l’abuso di sostanze, spesso sovrapposti e in comorbidità. Nel presente articolo ho pensato di intervistare l’Autrice di “Next Stop Rogoredo”, la giornalista Micaela Palmieri, chiedendole di presentare il suo libro e di descriverlo. Si sono invertiti i ruoli: la giornalista diventa adesso l’inter-

vistata... **GT – Gent.ma Micaela, quando è nata, e perché, l’idea di scrivere questo libro?** MP – L’idea di scrivere Next Stop Rogoredo è nata dall’indifferenza. Nei miei tanti viaggi tra Roma e Milano in treno mi sono accorta, nel tempo, di quanto riuscisse a passare inosservato un dramma come quello del bosco della droga, che si trovava a pochi metri da una delle stazioni ferroviarie più battute di Milano. Allora ho pensato che sarebbe stato mio dovere raccontarlo, vederlo, viverlo attraverso gli occhi di quei 1000-1300 ragazzi che ogni giorno vagavano come zombie alla ricerca dell’eroina. Così ho fatto. La prima volta che sono entrata nel bosco di Rogoredo mi sono trovata di fronte la sconfitta dell’essere umano. Non credo sia ammissibile che ragazzini, alcuni poco più che bambini, si devastino la vita assumendo eroina per 2, 3, 4 euro nel silenzio generale, abbandonati in una terra di nessuno, dimenticati tra l’orrore e la noncuranza. Con il tempo, l’intervento di una task force di Istituzioni, forze dell’ordine e volontariato e spero anche grazie a un mio minimo apporto, la situazione è cambiata. Il bosco di Rogoredo adesso è molto diverso ma il problema della droga, della solitudine, della lacerazione delle anime di tanti ragazzi c’è sempre, è ovunque, e non deve essere sottovalutato. Ci vuole coraggio, certo, per non chiudere gli occhi, per non girare la testa dall’altra parte. Il bosco della droga di Rogoredo era un luogo di morte, di pericolo, di distruzione delle vite di persone che non erano più persone. Una volta al mio amico volontario che mi ha sempre accompagnato a Rogoredo, come un vero angelo custode, ho chiesto: ma dove trovi il coraggio di

entrare in un luogo infestato dallo spaccio e dalla delinquenza in cui la vita vale meno di zero? E lui mi ha risposto semplicemente: io il coraggio lo trovo sempre nella paura.

libro racconto di loro, delle loro storie di dolore. In particolare mi sono concentrata su quella del mio protagonista, lo chiamo Carlo, un nome di fantasia. Un ragazzo cui penso tutti i giorni.



GT – Ci potrebbe descrivere il libro? Come è strutturato e come ha gradito impostarne il racconto? MP – Il libro è il frutto di un’inchiesta che ho realizzato per il Tg1 e “Uno Mattina” in circa due anni. Ho conosciuto e seguito tanti ragazzi del bosco di Rogoredo. Alcuni sono riusciti a uscire dall’inferno, altri invece ci sono rimasti dentro. Nel mio

Sveglio, intelligente, coraggioso ma tanto, troppo solo. Nello scrivere “Next Stop Rogoredo” questo ho riscontrato. La droga è anche un tentativo per uscire dalla solitudine, una solitudine che può essere di tanti tipi, una solitudine che non risparmia nessuno. Nella prefazione al mio libro, il presidente di San Patrignano Rodino Dal Pozzo ha scritto che la droga

è democratica e spietata. Non c’è nulla di più vero. A Rogoredo ho incontrato persone di estrazione sociale diversa, di ogni sesso, di ogni religione, di qualsiasi età. La sostanza non fa distinzioni, ti cattura e ti distrugge, ti toglie qualsiasi passione, qualsiasi desiderio, ti rende suo schiavo.

GT – Il problema della tossicodipendenza è un serio problema sociale che coinvolge principalmente i giovani: a suo parere cosa dovremmo fare per migliorarne la prevenzione (famiglia, scuole, sanità, mass-media)?

MP – Io credo di poter parlare dal punto di vista dei mass-media e penso che noi giornalisti ci dovremmo mettere più attenzione. Viviamo in un mondo divorato dalla velocità. Anche nel trattare gli argomenti in tv, dove lavoro io, spesso ci si lascia travolgere dalla fretta. Una ragazza muore per overdose, un minuto di attenzione o poco più e si passa alla prossima notizia. Io credo che sia ora di cambiare, penso che ci voglia una nuova visione, una cultura della vita, del cambiamento, della spinta propulsiva a coltivare le passioni. Forse l’unica cosa autentica che abbiamo, l’unica propensione su cui non possiamo mentire. La passione per qualcosa ci può salvare, ci può dare un obiettivo. **GT – In quale ambito è stato maggiormente apprezzato “Next Stop Rogoredo” (scuole, sanità, mass-media)?** MP – Vado spesso nelle scuole anche grazie a progetti importanti promossi dalla Comunità di San Patrignano e noto che l’interesse c’è, la volontà di sapere e di capire anche tra i giovanissimi esiste. È una battaglia e a volte la via più facile sembra essere quella di far finta di non vedere e forse è proprio in quel momento che noi giornalisti dobbiamo intervenire



Micaela Palmieri
Giornalista Rai

Auto-mutuo-aiuto anche a Natale

/ Wilma A.R. Di Napoli /

Un importante e valido aiuto per chi soffre di depressione ed è solo nelle liete ricorrenze festive.

Le festività in generale ed in particolare quelle di Natale, pur essendo di solito caratterizzate in senso gioioso e positivo, possono essere un periodo difficile per molte persone. Ci si sente quasi “in obbligo” di godere dei momenti insieme, dei regali, delle luci sfavillanti, col risultato spesso di accumulare fatica, stress, irritazione. Chi è solo o ha di recente subito una perdita può sentire ancora più acuta la sofferenza della mancanza di una persona cara e i sentimenti di paura e tristezza. L’auto-mutuo-aiuto può essere un valido sostegno. Anche per chi ha una famiglia possono esserci appuntamenti trascurati, aspettative irrealizzate, e lo stare più tempo insieme può mettere in evidenza tensioni e conflitti preesistenti, esasperando così scontri e rimproveri. Quest’anno, così come quello precedente, sarà inoltre un Natale gravato dalla pandemia del Covid, che ha sconvolto la vita quotidiana e continua a condizionare un diffuso senso di incertezza. Potremo incontrarci? E se sì come? Ci saranno

rischi, divieti, chiusure? Tutto ciò certamente non favorisce la serenità di animo e la leggerezza che vorremo provare pensando a momenti di festa. Il Christmas blues, o la “Depressione a Natale”, è in effetti più frequente di quanto si creda: può sembrare strano, eppure, a molti capita di sentirsi tristi. Il periodo delle feste per alcuni porta con sé un aumento di ansia, insonnia, crisi di pianto, pensieri negativi, perdita di energia e di iniziativa. Un fattore che incide negativamente sull’umore può essere anche il clima invernale. La diminuzione delle ore di luce, le temperature rigide, la maggiore difficoltà di vita all’aperto, possono influenzare negativamente l’umore e il ritmo sonno-veglia. Chi si trova poi a vivere una situazione già esistente di disagio, fisico o mentale, non ha ovviamente uno “sconto di pena” pur essendo in periodo di festa. La persona sofferente rischia di fare più fatica, sia a trovare una risposta sanitaria, adeguata ai propri bisogni, sia nel confronto, scoraggiante con gli altri che, almeno apparen-

temente, non hanno debolezze né ombre sul loro “magico Natale”. In questo scenario difficile come affrontare le festività in modo soddisfacente? Un rimedio tanto efficace quanto semplice, e decisamente poco costoso, è ricorrere alle reti di auto-mutuo-aiuto. La condivisione emotiva (ed empatica) che si può ottenere frequentando dei gruppi di auto-mutuo-aiuto è una risorsa preziosa ed inesauribile di conforto e benessere. Si tratta di permettere a persone accomunate dalla stessa esperienza di incontrarsi, conoscersi e confrontarsi in una dimensione di scambio e reciproco sostegno. Ognuno può in questo clima partecipare secondo la propria disponibilità e soggettività, portando le proprie storie di vita, ascoltando gli altri ed esprimendo la propria opinione. Il gruppo di auto-mutuo-aiuto può diventare così un punto di riferimento dove trovare ascolto e comprensione, dove esercitare le proprie risorse e relazionarsi tra persone alla pari. Ciò permette inoltre di rielaborare l’esperienza della depressione come un’opportunità di crescita e di rafforzamento della propria autostima (Calcaterra, 2013). Oggigiorno i mezzi della tecnologia digitale, se è vero che privano la comunicazione di molte componenti preziose come il contatto corporeo, la fisicità, una certa spontaneità dello scambio, dall’altro consentono di raggiungere persone lontane o con difficoltà di movimento. Facilitano, inoltre, la possibilità di incontrarsi virtualmente, anche con frequenze e tempi più rapidi e immediati. Ecco quindi i gruppi AMA (di auto-mutuo-aiuto) diventare anche virtuali, online. E in questo periodo di solitudini forzate, l’esperienza di incontro offerta dai gruppi di aiuto è anco-

per raccontare. Concepisco solo questo modo di fare il mio lavoro, aiutando le persone che non hanno voce.

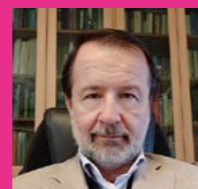
GT – Prima ha detto: “la passione per qualcosa ci può salvare”. Parafrasando Dostoevskij (“La bellezza salverà il mondo”), potremmo dire che spingere i giovani a vivere una sana passione potrebbe essere una via di salvezza, soprattutto per coloro che vivono soli e senza la presenza di una famiglia valida. È d’accordo? **MP** – Penso che le passioni siano un antidoto e possano strapparci al buio. Tanti ragazzi con cui ho parlato a Rogoredo le avevano sostituite con le sostanze per “sballarsi”, per non pensare, per proiettarsi in un mondo in

cui non esiste nulla. Ogni città ha il suo bosco della droga, alcune anche più di uno. Rogoredo è anche una metafora: un luogo in cui relegare gli ultimi, le persone più fragili, forse per non guardarle. Potremmo vedere il nostro fallimento dentro la loro sofferenza. Queste ultime parole della giornalista Micaela Palmieri celano un fondo di verità: una società in senso ampio del termine (una società civile, una famiglia) “fallisce” quando le persone più fragili, o ammalate, vengono trascurate o quanto meno non sostenute da un adeguato supporto, da un’adeguata cura. Sarà compito di noi tutti, in primis i professionisti della salute, contribuire a tale supporto formativo e infor-

mativo a favore dei fragili e degli ammalati.

Bibliografia

1. Palmieri M - Next Stop Rogoredo, 2020; Baldini e Castoldi Ed.
2. Rihmer Z et al. -Current research on affective temperaments. Current Opinion in Psychiatry 2010; 23: 12-18.
3. Tavormina G - “An approach to treat bipolar disorders mixed states”. Psychiatria Danubina, 2016; 28: suppl. pp 1: 9-12.



Giuseppe Tavormina

Medico Psichiatra
Capo Redattore



ra più preziosa! (Webelhorst et al, 2020). E allora perché non cercare in rete le occasioni di ritrovarsi in gruppi Ama online, che magari si incontrino anche durante queste festività, il giorno di Natale,

di Santo Stefano, a Capodanno o magari per l'Epifania? Potrebbe essere una esperienza nuova, arricchente, e di sostegno, dove coltivare l'arte del dono, quello più prezioso, il dono di sé. Per

concludere voglio salutarvi con lo slogan coniato dall'Associazione AMA di Trento per queste festività natalizie: 'NATALE 2021 – NON È MAI SOLO CHI AMA!'

Bibliografia

1. Calcaterra V. Attivare e facilitare I gruppi di auto/mutuo aiuto. 2013. Ed Erickson. Trento.
2. Webelhorst C et al. Utilization of e-mental health and online self-management interventions of patients with mental disorders. A

cross sectional analysis. PLoS One. 2020 Apr 20;15(4): e 0231373.

3. Soucy I et al. Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial. Cogn Behav Ther. 2017 Nov; 46(6):493-506



Wilma A.R. Di Napoli
Medico Psichiatra
Direttore Artistico

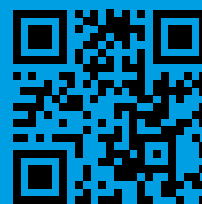


®

European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione



Depressione Stop è anche online al sito www.deprestop.it