



Depressione

Stop

La depressione nell'infanzia e nell'adolescenza

La depressione nell'infanzia

I geni nella depressione

Somatizzazioni e spettro bipolare

Hikikomori e la depressione giovanile

Autolesionismo nei giovani: i ragazzi ci parlano



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, Andrea Iengo, Maria Rosaria Juli, Gianluca Lisa, Antonella Litta, Enza Maierà, Maria Efisia Meloni, Maria Vincenza Mino, Dominique Tavormina, Romina Tavormina, Antonella Vacca, Federica Vellante

Editore



European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione

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

Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it

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

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



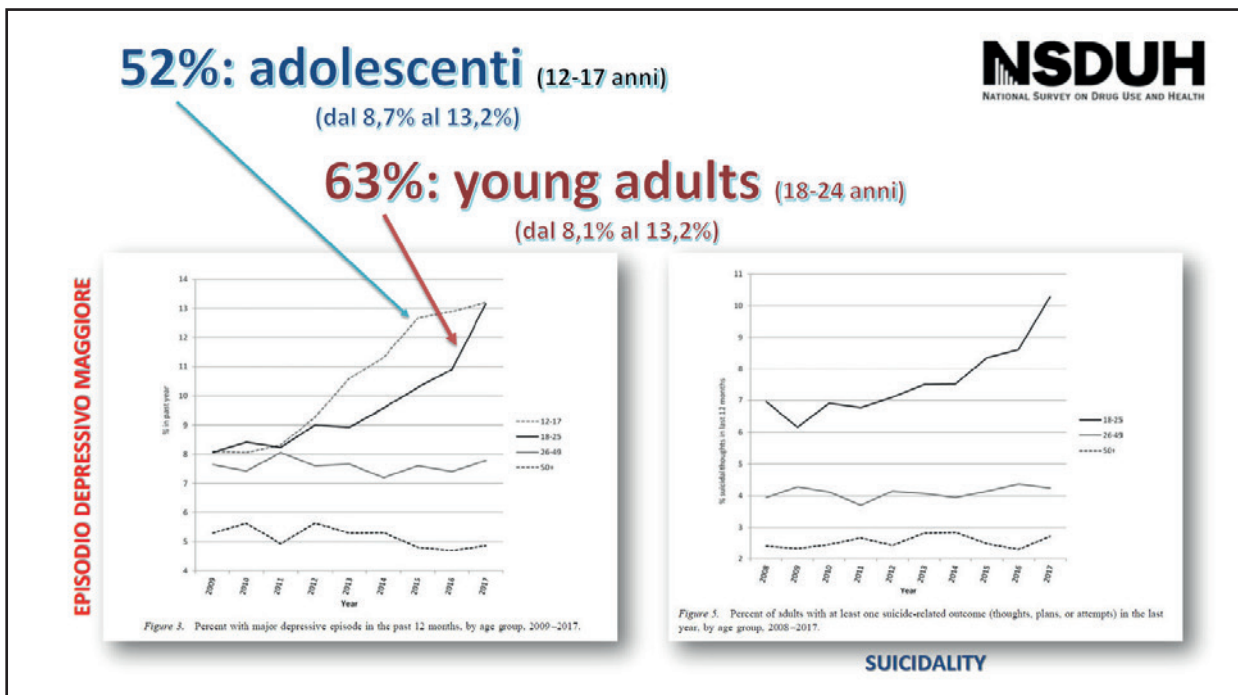


Editoriale

/ Francesco Franza /

Il tema di questo numero di “Depressione Stop” è dedicato alla depressione nell’infanzia e nell’adolescenza.

Il secondo numero della rivista online *Depressione Stop* è dedicato alla depressione nell’infanzia e nell’adolescenza. L’argomento è attuale e molto delicato. Riguarda, infatti, una fascia di popolazione che rappresenta il presente e il futuro generazionale. La depressione giovanile è molto frequente. Capire, intercettare, individuare i sintomi è decisivo per la cura e per il benessere psicofisico dei giovani. Questo numero abbraccia diversi argomenti grazie alle riflessioni e agli argomenti trattati dai nostri redattori. Il lettore sarà guidato nella comprensione della complessità della depressione nei giovani. La depressione giovanile non è una malattia “degli adulti” o “degli anziani”; anzi, sappiamo che il suicidio è la prima causa di morte nei giovani dopo gli incidenti stradali” (Tavormina G 2022). Il problema è che solo nel 50% degli adolescenti affetti viene diagnosticata la depressione. Tra questi solo un terzo è trattato in modo appropriato. In uno studio condotto prima della pandemia (<https://www.samhsa.gov/>, 2019) dal NSDUH (National Survey in Drugs and Health) il 52% degli adolescenti (12-17 anni di età) era affetto da depressione. Ne era affetto, inoltre, il 63% dei giovani adulti (18-24 anni). I dati appaiono ancora più drammatici se si osserva l’enorme incremento della frequenza della depressione e dei comportamenti suicidari



negli ultimi anni (vedi tabella).

“La depressione nell’infanzia è la patologia mentale più diffusa nella fascia dell’età evolutiva dell’uomo. Per molto tempo non è stata inquadrata come una vera malattia. Spesso era confusa con le difficoltà comportamentali e relazionali tipiche della fase dello sviluppo” (Tavormina M 2022). Bisogna, quindi, conoscerla e curarla il più presto possibile. L’incidenza della depressione giovanile, già elevata in epoca pre-COVID, ha raggiunto livelli di allarme sociale durante la pandemia da COVID-19. Uno studio pubblicato su *Jama Pediatrics*, ha dimostrato che oggi un adolescente su quattro ha i sintomi clinici di depressione (Racine et al., 2021). Nella popolazione generale si è osservato nel 17.80% delle persone (Fountoulakis et al. 2022). “I due anni di pandemia hanno avuto un impatto rilevante sulla salute mentale dei bambini e sulle modalità di relazione tra i pari. Ogni bambino ha fatto i conti con la paura, con le restrizioni imposte, reagendo come poteva” (Cervone A 2022). I giovani contro lo stigma della depressione è il primo passo verso la conquista della libertà dalla depressione. Il mondo dei social può essere d’aiuto. I social possono “rappresentare una verità parziale, limitata e spesso finta creata a bella posta per essere postata” (Amici 2022). I pericoli della rete sono tantissimi e una nuova minaccia per i giovanissimi (Mari 2022). Ma possono essere anche uno strumento determinante per la diffusione di una cultura adeguata sulla depressione. Possono essere di aiuto nella lotta contro lo stigma della depressione. I giovani essendone i principali usufruttori possono diventarne i paladini con il loro stile. I giovani con il gioco, la creatività e l’empatia hanno, infatti, un ruolo fondamentale per sensibilizzare la problematica della depressione giovanile (Meloni 2022). Le conclusioni sono un inizio della speranza. “Dalle crisi non si esce da soli o con azioni fondate sull’egoismo, ma si esce solo se si attiva una spinta collettiva fatta di solidarietà e di azioni ben coordinate” (Di Munzio 2022). I giovani ci possono aiutare a sognare “un mondo in cui nessun ragazzo, né adulto, si debba vergognare di confessare di pensare al suicidio, e in cui si affronti la depressione come una qualsiasi malattia fisica” (d’Errico 2020).

Bibliografia

1. Fountoulakis KN et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022;54:21–40.
2. Racine N et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2021;175:1142–1150.



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

La depressione nell'infanzia

/ *Maurilio Tavormina* /

La depressione nell'infanzia è la patologia mentale più diffusa nella fascia dell'età evolutiva dell'uomo.

Per molto tempo non è stata inquadrata come una vera malattia.

Spesso era confusa con le difficoltà comportamentali e relazionali tipiche della fase dello sviluppo.

Bisogna aspettare gli studi di Kraepelin, psichiatra e psicologo tedesco, padre della moderna psichiatria, per inquadrare la Malinconia come una fase della Mania Depressiva (1921). Melanie Klein, psicoanalista austriaca, pioniera della psicoanalisi infantile, evidenziò la depressione nell'infanzia, nei bambini di 3-4 anni. Ella formulò la teoria della "posizione depressiva" durante lo sviluppo della affettività e la relazione madre figlio, già nelle primissime fasi della vita (1927). La posizione depressiva coincide con lo svezzamento. Il bambino scopre di essere dipendente dalla madre per i propri bisogni vitali e si sente impotente perché non può averla sempre con sé. Sviluppa pertanto un atteggiamento depressivo. Esso può essere superato o meno. Gli studi dello psicoanalista austriaco René Spi-

tz sulla "depressione anaclitica" evidenziarono come la depressione nell'infanzia possa manifestarsi già dopo i primi sei mesi di vita. Essa insorge come reazione ad una prolungata separazione dalla madre e dalle sue affettuose cure (1945). Negli anni successivi la ricerca scientifica ha inquadrato meglio la depressione nell'infanzia dalle difficoltà relazionali e comportamentali dello sviluppo del bambino. Essa la distingue dalle stesse, dall'autismo, dalle disabilità intellettive, dalla sindrome da deficit di attenzione con iperattività e dai disturbi dell'apprendimento. Differenzia la depressione maggiore dal disturbo bipolare, dalla depressione persistente e dalla disregolazione dell'umore dirompente (bambini stabilmente irritabili e reattivi) (DSM-5, 2013). La malattia depressiva della madre, la

mancanza di cure e di stimoli ai vocalizzi del bambino piccolo possono indurre reazioni negative tra madre e figlio. La faccia inespressiva, apatica e immobile di una madre depressa può causare umore negativo nel figlio influenzando anche i rapporti con gli altri (Tronick, 2009). Di contro risposte positive ai sorrisi del neonato, sul volto materno, riportano vitalità emotiva nell'infante. I sintomi possono variare in rapporto all'età e alle modalità di risposta e reazione alla malattia depressiva. Nella depressione nei primi anni di vita (18-36 mesi) si hanno sia sintomi fisici come: 1. Mancanza di appetito sino al rifiuto del cibo, alterazioni del sonno, episodi diarroici, eczema. 2. Ritardo dello sviluppo psicomotorio. 3. Chiusura ed incapacità a rispondere agli stimoli sociali. Essa può arrivare sino alla depressione anaclitica e all'ospedalismo nei piccoli ricoverati a lungo e privi di cure affettive. Nella depressione nell'infanzia o prepuberale (dai 3 ai 13 anni) sono presenti molto spesso sintomi depressivi soggettivi e comportamentali quali: 1. Umore triste, malinconico o anche disforico e labilità emotiva. 2. Irritabilità, aggressività, collera, rabbia, disistima, sentimenti di colpa. 3. Sono spesso presenti anche disturbi d'ansia, ansia da separazione e fobia della scuola. 4. Disturbi del sonno e dell'appetito. 5. Condotta oppositiva, con chiusura in sé stessi e poca socialità. 6. Turbe del comportamento, difficoltà a scuola e relazionali. Nella depressione nell'adolescenza si possono manifestare sintomi soggettivi quali: 1. Umore depresso, malinconia, tristezza. 2. Dolore morale, pessimismo. 3. Disistima e perdita della fiducia in sé stesso. 4. Disturbo del



sonno, dell'appetito e dell'attività sessuale. 5. Tendenza al pianto e/o a rabbia, forte tensione emotiva, ansia e fobie. 6. Disturbi del comportamento, difficoltà a scuola, impulsività, aggressività e reazioni istintive. 7. Condotta antisociale, di protesta, fughe, delinquenziale, di dipendenza da sostanze e da farmaci. Spesso negli adolescenti la depressione è associata a disturbi della personalità, in particolare di tipo borderline, a disturbi d'ansia, fobie e disturbi della condotta alimentare. Per fare diagnosi di depressione nell'infanzia, come nell'adulto, secondo il DSM-5 è necessario che siano

presenti per almeno due settimane cinque dei sintomi sopra descritti. Essi devono compromettere la normale attività quotidiana e scolastica del paziente e che non siano secondari ad altre patologie. La difficoltà più grande nel diagnosticare la depressione maggiore nell'infanzia consiste proprio nel modo diverso di presentarsi dei sintomi rispetto alla tipica patologia nell'adulto. In essa sono presenti umore triste, sentimenti negativi, pessimismo, sensi di colpa, tendenza al pianto, mancanza di forze, disturbi del sonno e dell'appetito, scarsa attività. Al contrario come abbiamo visto la

depressione nell'infanzia ha dei sintomi comportamentali di forte reazione all'umore depresso. Infine anche una docilità eccessiva, una passività sostenuta e una marcata sottomissione all'adulto, può celare una depressione nell'infanzia. Bambini molto silenziosi in classe, isolati, ragazzi molto obbedienti, chiusi, introversi, adolescenti in riga come bravi soldatini possono ingannare la diagnosi. Un attento esame potrebbe svelare una patologia depressiva di fondo. Le cause della depressione nell'infanzia sono plurime: quella biologica, psicologica e sociale, oltre ad una predisposizione fa-



miliare. La depressione non è una malattia ereditaria. Si può avere una vulnerabilità genetica dei figli di genitori depressi e una maggiore facilità ad ammalarsi.

L'esordio è acuto e si ha una maggiore durata della malattia (Nixon, 1999). Fattori stressanti incidono a livello neuro biologico sul sistema nervoso e sulla regolazione di neurotrasmettitori chimici quali la serotonina, noradrenalina e dopamina. Cause sociali, difficoltà in famiglia, a scuola e tra coetanei, ridotte e scarse relazioni interpersonali facilitano la malattia. La terapia della depressione nell'infanzia è psicologica, farmacologi-

ca e sociale. La Terapia Cognitivo Comportamentale e la Psicoterapia Interpersonale sono comunemente impiegate nelle forme lievi e di media gravità per la depressione nell'infanzia.

La Cognitiva Comportamentale è un trattamento documentato da molte ricerche scientifiche, la seconda è un intervento promettente negli adolescenti. La terapia farmacologica è utilizzata nelle forme più gravi o a rischio della depressione nell'infanzia in associazione o meno alla psicoterapia. Gli antidepressivi triciclici sono poco utilizzati sia perché non sono molto efficaci, sia per i loro

effetti collaterali. Sono per lo più utilizzati gli antidepressivi serotoninergici.

Quando sono prevalenti cause sociali e circostanze della vita quotidiana bisogna intervenire per fornire adeguati interventi anche nella famiglia.

È indispensabile un'opera di formazione ed informazione degli educatori e dei familiari sulla depressione nell'infanzia per una pronta diagnosi e cura ad opera dello specialista. Anche per evitare le possibili gravi conseguenze e i fattori di rischio associati.

Le condotte autolesive, suicidarie e di dipendenza da droghe e abuso di alcool, possono avere conseguenze disastrose per il paziente e per i suoi familiari.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) Washington DC
2. Guareschi Cazzullo A., Lenti C., Musetti C.: La depressione infantile. Poletto edizioni 1992, pagg 136
3. Guareschi Cazzullo A., Lenti C., Musetti L., Musetti M.C.: Neurologia e Psichiatria dello Sviluppo. McGraw-Hill Libri Italia, 1998, pag. 315
4. Kraepelin E.: Manic-depressive Insanit and Paranoia, Robertson Ed. W.W. Chicago, 1921
5. Klein M.: Symposium on Child Analysis (1927), Contributions to Psychoanalysis, Hogarth, London, 1948
6. Nixon M.K.: Mood Disorder in Children and Adolescents: coming of age. J. Psychiatry neurosci 24 (3): 207-9, 1999
7. Spitz R.A.: Hospitalism: an inquiry into the genesis of Psychiatric Conditions in early Childhood Int. Univ. Press, New York, 1945
8. Tronick E, Reck C: Infants of depressed mothers Harv Rev Psychiatry. 2009;17(2):147-56. doi: 10.1080/10673220902899714



Maurilio Tavormina

*Medico Psichiatra
Direttore Editoriale*



Sommario

MACRO AREE:
CONOSCERE E CURARE
SOCIETÀ
ARTE E CULTURA
RUBRICHE

10

Micaela Palmieri

I Giovani tra paura e solitudine

14

Walter di Munzio

La Riforma della Sanità Territoriale

16

Francesco Franza

I geni nella depressione

18	Giuseppe Tavormina <i>La depressione giovanile</i>	62	Donatella Costa <i>Crisi adolescenziale e genitorialità</i>
20	Maria Rosaria Juli <i>Bullismo e cyberbullismo. Una giornata dedicata</i>	64	Francesca Mari <i>Challenge all'ultimo like</i>
22	Walter di Munzio <i>Pandemia, una opportunità di cambiamento</i>	66	Donatella Costa <i>"Tik Tok" è permesso?</i>
26	Maria Rosaria Juli <i>Scuola: è tempo di ripartire</i>	68	Patrizia Amici <i>Adolescenti collegati o scollegati?</i>
28	Francesco Franza <i>Pruning sinaptico e depressione</i>	70	Wilma A.R. Di Napoli <i>Autolesionismo dei giovani: i ragazzi ci parlano</i>
30	Maria Efisia Meloni <i>L'adolescenza e la tristezza vitale</i>	73	Enza Maierà <i>Stalking</i>
32	Francesco Franza <i>Infiammazione, depressione ed obesità negli adolescenti</i>	75	Immacolata d'Errico <i>La sindrome da rassegnazione</i>
34	Antonella Vacca <i>Body shaming nell'adolescenza: rischi ed interventi</i>	78	Immacolata d'Errico <i>Il bambino cattivo</i>
36	Giuseppe Tavormina <i>Somatizzazioni e Spettro Bipolare</i>	80	Romina Tavormina <i>Brividi e amore a Sanremo</i>
38	Immacolata d'Enrico <i>Hikikomori e la depressione giovanile</i>	82	Antonella Litta <i>Madame: da vittima del bullismo a eroina della Generazione Z</i>
41	Barbara Solomita <i>Depressione post-psicotica</i>	84	Antonella Litta <i>Billie Eilish e gli adolescenti</i>
43	Nicolas Zdanowicz <i>Crisi adolescenziali e disturbi dell'umore</i>	86	Gianluca Lisa <i>Depressione tra i minori e degrado sociale</i>
46	Francesco Franza <i>Deficit cognitivi nella depressione</i>	89	Dominique Tavormina <i>Orientamento nella vita: adolescenti e scelte future</i>
48	Andrea Iengo <i>Cosa fare con i bambini e gli adolescenti in depressione?</i>	92	Luciana Maimone <i>DAD, disagi psichici e bonus psicologo</i>
52	Alba Cervone <i>Un abbraccio lungo una vita</i>	94	Maurilio Tavormina <i>La Melancolia nell'antica Grecia</i>
54	Francesco Cervone <i>La fatica di crescita dell'adolescente</i>	97	Immacolata d'Errico <i>Amelia Rosselli, una poetessa persa in un dolore insostenibile</i>
56	Marenza Minò <i>Gli autori di reato sessuale: dall'adolescenza all'età adulta</i>	100	Immacolata d'Errico <i>La sofferenza di Antonella. Io sono come il mare</i>
58	Gino Aldi <i>Figli violenti genitori fragili: conoscere la violenza filio-parentale</i>	103	Immacolata d'Errico <i>La maestra Rosa risponde</i>
60	Maurilio Tavormina <i>Convegni, congressi e meeting anno 2022</i>	106	Wilma A.R. di Napoli <i>TRA-di-NOI Youngle. L'auto aiuto viaggia in chat</i>

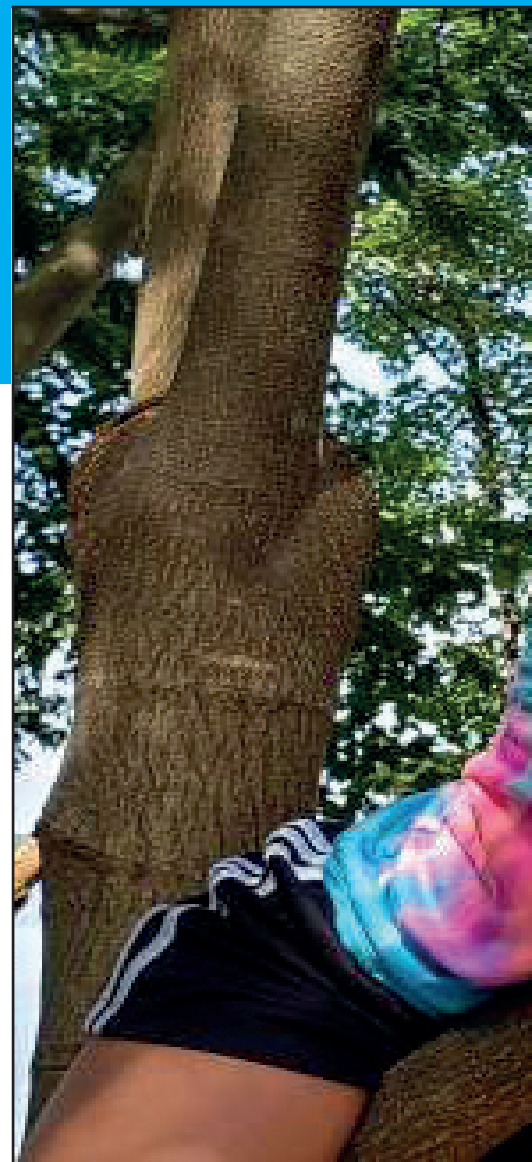
I giovani, tra paura e solitudine

/ Micaela Palmieri /

Cosa hanno lasciato due anni di pandemia e isolamento ai nostri ragazzi? E come stanno affrontando adesso il delicato momento internazionale? Tra paure e disagi, i giovani hanno bisogno di credere ancora nel futuro.

Comprendere le ragioni biologiche, psicologiche, sociali e culturali che sono alle base dei disturbi dell'umore tra i giovani e soprattutto delle differenze di genere correlate ad essi è utile per capirne i meccanismi sia negli uomini che nelle donne. Oltretutto ci dà modo di farci un quadro epidemiologico e scientifico del tema. Prima di parlare di questo, però, credo sia doveroso fare un passo indietro e un excursus su un periodo che ha cambiato e sta modificando il sentire e il modo dei ragazzi di affrontare o non affrontare la vita. Grazie al mio lavoro di giornalista e scrittrice, sono venuta a contatto con tanti ragazzi e in questi ultimi due anni devo certificare ciò che ho riscontrato anche attraverso servizi e reportage sul disagio e spesso la solitudine dei giovani. La pandemia ha cambiato tutti ma soprattutto i giovani e giovanissimi sono stati vittima, e lo sono tutt'ora, di disturbi e disagi preoccupanti. Sono aumentati i casi di rabbia, l'incapacità di im-

maginare un futuro, l'isolamento e anche l'autolesionismo. I dati dell'ultimo sondaggio dell'Associazione Nazionale Di.Te. (Dipendenze tecnologiche, Tecnologie, GAP e cyberbullismo) in collaborazione con Skuola.net, hanno preso in esame un campione di 4935 giovani di età compresa tra gli 8 e i 19 anni. Questo lavoro sulla salute mentale dei ragazzi tra pandemia e guerra parla chiaro: 7 giovani su 10 sono arrabbiati proprio a causa della pandemia e preoccupati dalla guerra in Ucraina. Ma c'è di più: se lo psicologo fosse gratuito, 6 su 10 hanno detto che ci andrebbero. I giovani insomma hanno attraversato e continuano ad attraversare un periodo delicatissimo dal punto di vista psicologico e mentale. Quello che colpisce maggiormente è la rabbia di cui molti sono preda, un'ira verso ciò che accade ma che si riversa anche contro sé stessi. Il Presidente di Di.Te., lo psicologo e psicoterapeuta Giuseppe Lavenia sostiene che la rabbia



accumulata dai giovani possa intraprendere strade pericolose. “Ansia e depressione stanno aumentando” – sostiene Lavenia – “I ragazzi non fanno più nemmeno domande agli adulti per sapere cosa sta accadendo. Trovano tutte le informazioni online e non sempre su siti istituzionali o da fonti affidabili. Pensano di avere le risposte già sul loro smartphone. Se il tono dell'umore si abbassa, la rabbia aumenta. Diventa un circolo vizioso che può avere conseguenze devastanti” (Sondaggio Associazione nazionale Di.Te.). Sottolinea un dato preoccupante, il direttore di Skuola.net, un sito molto seguito dagli studenti, Daniele Grassucci. “È preoccupante” – sostiene Grassucci – “che il mondo degli



adulti ignori quanto sia diffuso il disagio psicologico dei nostri bambini, adolescenti e dei giovani. Infatti il 40% dei ragazzi e il 60% delle ragazze coinvolti nella ricerca arrivano ad affermare come nessuno riesca a comprendere il loro stato d'animo". A preoccupare particolarmente – secondo questa ricerca – sono autolesionismo e autoisolamento tra i giovani. I dati sull'autolesionismo sono preoccupanti: oltre 1 ragazzo su 6 dice che negli ultimi mesi ha provato a farsi del male per sfogare il proprio malessere. E su questo ci sono picchi allarmanti tra gli under 16 anni. Sono in aumento anche i casi di autoisolamento: il 18% del campione preso in esame afferma che spesso valuta la prospettiva di non vo-

ler più uscire di casa. Ma torniamo ora ai dati epidemiologici che forniscono un'importante fonte di informazione sulle spiegazioni delle differenze di genere. Costituiscono infatti la rappresentazione più accurata dell'espressione dei disturbi nella popolazione generale. La frequenza con cui è possibile riscontrare i disturbi dell'umore nella popolazione generale è molto alta rispetto ad altre patologie o disturbi psichiatrici. Lo studio ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) ha evidenziato alcuni punti. In Italia la prevalenza di depressione maggiore e distimia nell'arco della vita è pari all'11,2%. I disturbi unipolari hanno una prevalenza mondiale variabile dal 5% al 25% e

sono più diffusi tra le persone di sesso femminile con un rapporto tra i sessi di 2 a 1 e compaiono intorno ai 40 anni. Il disturbo bipolare rappresenta la sesta causa di invalidità nelle persone tra i 15 e i 44 anni, oltre a costituire la causa più comune di disabilità. La prevalenza della patologia è stimata intorno all'1/1,5%, equamente divisa nei due sessi. Andiamo ora nel dettaglio: le donne hanno maggiori probabilità di presentare cicli rapidi e stati misti o comorbilità che differiscono da quelle dei maschi, tra i quali i disturbi dell'alimentazione. Le donne con disturbo bipolare I e II hanno maggiore probabilità di presentare sintomi depressivi rispetto ai maschi (APA, 2018). Nel corso degli anni è stato os-



servato un aumento sostanziale nel rischio di sviluppare disturbi dell'umore tra le donne rispetto agli uomini in campioni clinici. I risultati confermano che le femmine sono più predisposte dei maschi a sviluppare o essere esposte a fattori che causano depressione unipolare non melanconica e disordine di adattamento con umore depresso. I tassi di incidenza specifici per l'età indicano che le femmine di età superiore ai 15 anni sono più inclini a sviluppare depressione unipolare rispetto ai maschi. E un gap di genere notevole è stato riscontrato anche nella vita media. Tuttavia, non sono

emerse differenze di genere nei tassi di incidenza complessiva o specifica dell'età per la depressione con caratteristiche melanconiche e/o psicotiche (compresa la depressione bipolare). I risultati supportano la visione che l'età media di insorgenza di disturbi con caratteristiche depressive non differisce tra i sessi e che le età di insorgenza di tutti i sottotipi di depressione variano notevolmente (Bogren et al., 2017). Ci sono poi alcune cause evidenziate che renderebbero le donne più inclini ai disturbi dell'umore: genetica (es. le femmine hanno un maggior carico genetico per i disturbi dell'u-

more); fattori neurobiologici (es. la fluttuazione degli ormoni riproduttivi, la reattività allo stress aumentata nelle donne); maggiore esposizione agli stressor ambientali (es.: stress legato al ruolo, eventi di vita). maggiore prevalenza di fattori di rischio premorbosi per la depressione nelle donne (es.: fattori temperamentali). Evitando generalizzazioni devianti, è importante ricordare l'importanza di prestare attenzione ai nostri giovani e a tutti quei segnali cosiddetti predittivi. Fondamentale è anche analizzare la situazione per capire che molti atteggiamenti e malesseri sono solo



la punta dell'iceberg di un disagio sommerso che spesso i giovani non riescono ad esprimere. Nel corso di un lungo reportage che ho seguito per il TG1 e Unomattina ho incontrato molti ragazzi che popolavano il cosiddetto "boschetto di Rogoredo" alle porte di Milano. Da questa esperienza che mi ha

segnato ho scritto un libro "Next stop Rogoredo", cercando di dare un piccolo apporto e dire no a chi gira la testa dall'altra parte e finge di non vedere.

Il bosco di Rogoredo è stato per anni infestato dallo spaccio e da vite di adolescenti distrutti dalla droga. In quel luogo ho visto con chiarezza l'estremizzazione delle

sciagure in cui può sfociare un disagio che tra i giovani era già esistente ed è stato, dal mio punto di vista, solo enfatizzato dagli ultimi avvenimenti.

Una solitudine forse sottovalutata dalla società, che credo debba intervenire per dare ancora la possibilità di sognare ai nostri ragazzi.

Bibliografia

1. Sondaggio dell'Associazione Nazionale Di.Te. (Dipendenze tecnologiche, tecnologie, GAP e cyberbullismo) in collaborazione con Skuola.net

2. Bogren, M. et al. (2017). Gender differences in subtypes of depression by first incidence and age of onset: a follow-up of the Lundby population. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1-11.

3. Palmieri C. (2013) – Crisi sociale e disagio educativo. Spunti di ricerca pedagogica. Franco Angeli Ed.

4. Barbagli M, Colombo A, Savona E (2010) Sociologia della devianza minorile. Il Mulino Ed.

5. Bardellino T, Meluzzi A (2016) – Società fusa Runa Ed.

6. Palmieri M. (2020) – Next Stop Rogoredo. Baldini+Castoldi Ed.

Micaela Palmieri

Giornalista RAI

La Riforma della Sanità Territoriale

/ Walter di Munzio /

Si descrive l'articolazione prevista dal PNRR del Modello della Sanità Territoriale. La valenza operativa delle connessioni tra servizi sociali e sanitari e nuovi servizi previsti.

Riforma e attivazione della rete di sanità territoriale: ospedali di comunità e case della salute sono previste dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) per la nuova Sanità Territoriale. Possono essere attivati in sinergia da ASL, Comuni e Regioni. L'assistenza potrà essere garantita dalla rete dei medici di base e dei Pediatri di Libera Scelta. Essi saranno supportati, per gestire eventuali ricoveri, da infermieri, OSS e altro personale sanitario, reclutato ad hoc con i fondi resi disponibili dal PNRR. L'obiettivo è quello di coordinare tali interventi sociali e sanitari alla persona, sia domiciliari che ospedalieri. Pertanto saranno effettuati a casa dei pazienti o con ricoveri di breve durata presso una Casa della Salute o un Ospedale di Comunità. Si dovrà, come prima azione di programmazione, attivare oltre i presidi anche la messa in rete dei fascicoli sanitari individuali dei cittadini residenti. Si garantisce così la disponibilità di tutte le informazioni mediche ai vari poli dell'assistenza territoriale. Senza più essere costretti a duplicare la raccolta delle infor-

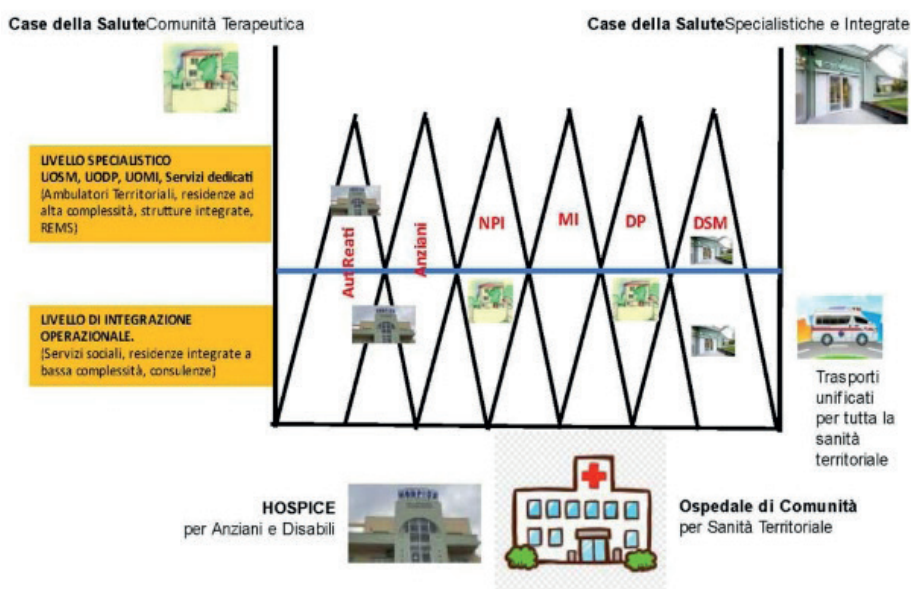
mazioni sociosanitarie. Sarà possibile coordinare gli interventi, riducendo i costi e razionalizzando il lavoro degli operatori. Disponendo di tutte le informazioni della popolazione, si potranno organizzare efficaci campagne di formazione e/o informazione sanitaria. Il fine è quello di poter consigliare le migliori condotte di vita da tenere in base alle condizioni di salute. Si evita così agli operatori errori di approccio alle terapie potendo disporre di informazioni su tutte le cure già somministrate. Si potranno così ridurre gran parte degli effetti collaterali, inappropriatezze nella somministrazione di farmaci e quelle cure già rivelatisi dannose in interventi precedenti. È necessaria una presa in carico della persona nel suo complesso, non solo della singola malattia. Si potranno ridurre ospedalizzazioni inappropriate, ora numerose soprattutto per tutte le patologie croniche o che non richiedono prestazioni particolarmente complesse. Le cure potranno essere somministrate al domicilio del paziente, in condizioni di maggiore confort e assenza di rischio

di complicanze (soprattutto ospedaliere). Potremmo così avere una risposta assistenziale più completa, ben integrata con il privato convenzionato e supportata dalla rete delle strutture territoriali. Esse saranno connesse in un rapporto di continuità assistenziale, efficacemente integrata con l'intera rete di ospedali generalisti o di alta specializzazione, sia pubblici che privati. Questo modello organizzativo era già previsto dalla prima riforma sanitaria (833/1978) ma poi le cose andarono diversamente, fino alla discutibile riforma costituzionale che trasferì molte competenze in materia sanitaria alle Regioni. Alcune regioni avviarono allora politiche di massiccia privatizzazione dell'assistenza, dirottando ingenti quote di risorse per esternalizzare servizi non sempre in modo corretto e deprivando, di fatto, l'intera sanità territoriale. Questa politica se ha garantito la realizzazione di ospedali di eccellenza (generalmente a gestione privata), ad altissima specializzazione, ha però trascurato i servizi di base, meno appetibili, destinati alla prevenzione e quelli territoriali di base. Questo modello è stato per anni pubblicizzato come il migliore possibile, ma spesso ha prodotto, a causa della povertà di alcuni territori e delle scarse risorse disponibili, marcate diseguaglianze e inefficienze. Il risultato si è drammaticamente visto anche nella prima fase di questa pandemia, con il forte intasamento dei presidi di Pronto Soccorso Ospedaliero e la loro rapida trasformazione in focolai di diffusione del contagio.

La riforma della sanità territoriale appare ora urgente e dovrebbe valorizzare e integrare i dipartimenti di prevenzione, di assistenza domiciliare e ambulatoriale,

di prevenzione e cura delle dipendenze patologiche e della salute mentale. Dovrebbe implementare gli interventi e le prestazioni erogabili in regime domiciliare e garantire la disponibilità di infermieri di comunità e altri profili sanitari di base. Loro potranno lavorare in tal modo al domicilio dei pazienti o nelle nuove strutture comunitarie (Ospedali e Case di Comunità). Tutto ciò sarà possibile attivando preliminarmente un servizio unico di trasporto utenti (sul modello del 118 ospedaliero), da utilizzare anche per spostare il personale sanitario all'interno di questo grande ospedale diffuso. Ciò porterà a riqualificare ruolo e funzione di medici di base e pediatri di libera scelta, per garantire una serie di prestazioni domiciliari su tutto il territorio. Si potranno utilizzare laboratori territoriali di analisi e servizi di radiologia, da attivare e rendere disponibili a tutta la Sanità Territoriale. Le stesse risorse oggi spese per esternalizzazioni non necessarie, potrebbero certamente bastare a fronteggiare i bisogni assistenziali, purché utilizzate per adeguare attrezzature e reclutare il personale carente. Queste politiche potrebbero contribuire a reperire risorse per costruire una corretta integrazione con la sanità privata, disincentivando le azioni di tipo speculativo tendenti a sostituirsi a un'assistenza pubblica inefficiente. Il PNRR prevede risorse sufficienti per aprire, in ogni Distretto Sanitario, almeno un Ospedale di Comunità, alcune Case della Salute e Hospice per patologie croniche. Per attivare efficienti equipe territoriali di supporto destinate a far funzionare sia gli ospedali che ad implementare le terapie domiciliari. Non stiamo descrivendo il solito libro dei sogni, anche perché in alcune regioni, già esiste

RIFORMA DELLA SANITA' TERRITORIALE



un modello simile da oltre dieci anni. Sono già state aperte numerose Case della Salute e Ospedali di Comunità, e quelle regioni, che hanno già iniziato a programmare in tal senso, potranno ora completarne la realizzazione su tutto il territorio, disponendo dei fondi necessari. Molto dipenderà dalla capacità dei decisori politici locali di spendere bene ciò che è stato loro destinato. Ciò comporta, però, percorsi amministrativi chiari e trasparenti. Non si deve inventare nulla. È già tutto scritto nel PNRR, bisogna solo applicare alla lettera quanto indicato e utilizzare i migliori professionisti disponibili. Si tratta di garantire azioni di buona programmazione, a fronte di una regionalizzazione discutibile che ha portato la sanità italiana a frammentarsi in venti modelli diversi. L'assistenza dovrebbe essere coordinata e universale per diritto costituzionale, replicata in ogni angolo del paese. Garantendo la stessa qualità nelle cure erogate e le stesse opportunità di sopravvivenza. Si potrebbero

così ridurre quei dolorosi 3 anni di sopravvivenza in meno, ora previsti per coloro che risiedono nel meridione del paese ... come in tutti i meridiani del mondo.

Bibliografia

1. Di Munzio W. 2001.: Da internati a utenti, Idelson, Napoli.
2. Di Munzio W, D'Aquino G, Intoccia L., Salomone G 2008.: Manuale Pratico di Psichiatria Territoriale. Linee strategiche ed operazionali per il lavoro dei centri di salute mentale, Idelson Ed., Napoli.
3. Goessler R., Katschnig H. 2002.: Wissen – genießen – besser leben. Ein seminar für menschen mit psychoserfahrung, Psychiatrie-Verlag Editore, Bon.
4. Di Munzio W. (a cura di) 2010.: Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale, Fondazione CeRPS Editore, Nocera Inferiore.
5. Di Munzio W. (a cura di) 2019.: Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale. Idelson-Gnocchi Editore, Napoli.



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

I geni nella depressione

/ Francesco Franza /

Se la mamma è depressa anche il figlio può esserlo? E se ha la depressione colpisce un fratello o una zia cosa può succedere? È questione di geni? Cosa c'entrano i geni nella depressione?

La depressione maggiore si manifesta più frequentemente nei familiari di persone depresse. Una persona che ha un familiare depresso ha 2-3 volte di più la possibilità di esserne affetto rispetto a chi non ha un parente depresso. Per questo motivo la ricerca scientifica ha cercato di scoprire il ruolo dei geni nella depressione. La ricerca scientifica è concorde nell'affermare il peso dei geni nella depressione. Studi condotti sui gemelli hanno aiutato la ricerca in questo settore. I gemelli identici (monozigoti) condividono il 100% dei loro geni, mentre quelli non identici ("fraterni" o dizigoti) ne condividono il 50%. Se la depressione avesse solo una causa genetica ci si dovrebbe aspettare che se un gemello monozigote si ammalasse di depressione anche l'altro si ammalerebbe. La probabilità che l'altro gemello si ammali raggiunge il 40-50%. La percentuale, invece, di ammalarsi di depressione nei gemelli dizigoti e nella popolazione generale è molto più bassa ed è identica. Ciò significa che la spinta dei

geni è notevole, ma da sola non basta. Entrano, quindi, in gioco altri fattori scatenanti come quelli sociali, psicologici e ambientali. Il potere dei geni costituisce circa il 40% dei fattori scatenanti, mentre sul restante 60% pesano i fattori sociali, ambientali e psicologici (Kendler & Prescott 1999). Le donne hanno, infine, il 42% di probabilità di ereditare la depressione mentre i maschi solo il 29% di probabilità (Flint & Kendler 2014). Conoscere i geni coinvolti nella depressione potrebbe aiutare a combatterla. Potrebbe aiutare i medici a prevenire i rischi di un determinato farmaco antidepressivo. Ne prevedrebbe la risposta. Siamo, tuttavia, ancora lontani da un impiego quotidiano e di routine dell'analisi dei geni. Ma i ricercatori stanno lavorando alacremente e alcuni studi ne danno la conferma. Ricercatori olandesi hanno recentemente pubblicato uno studio sul perché sia importante conoscere i geni nella depressione (Meerman et al., 2022). Questi ricercatori hanno confermato questa associazione. Conoscere la probabilità del

rischio genetico di sviluppare la depressione può aiutare i medici a trovare una terapia antidepressiva specifica. Ma allora i geni causano veramente la depressione? Anche nei giovani? La risposta è complessa. Numerosi studi ritengono di sì. I geni hanno un ruolo importante nella comparsa della depressione. Ovviamente non sono solo i geni ma anche numerosi altri fattori sociali, familiari, psicologici a contribuire alla comparsa della depressione. Ciò che sembra essere interessante è che i fattori genetici hanno un ruolo importante anche nello sviluppo della depressione negli adolescenti e nei giovani adulti. La depressione è tra le principali cause di malattia tra i giovani e poco meno del 10% dei giovani ne sono affetti. Numerosi studi hanno riportato il coinvolgimento di particolari alterazioni di specifici gruppi di geni per lo sviluppo della depressione (Zwołńska et al., 2021) L'adolescenza è un periodo estremamente delicato per lo sviluppo psicologico e biologico dei ragazzi. In questo periodo si verificano importanti trasformazioni biologiche cerebrali. L'interazione tra geni e ambiente è responsabile di questi cambiamenti. La comunità scientifica è concorde nel considerare il ruolo di alcuni geni nell'insorgenza della depressione. Ma quali sono questi geni? E dove sono localizzati? Poiché sono stati individuati molti geni responsabili della depressione, si preferisce parlare del cosiddetto "polimorfismo genetico". Diversi studi hanno individuato almeno una ventina di geni coinvolti nella depressione (Norkevičienė A et al., 2022; Xia et al, 2015). In sintesi, lo studio ha confermato l'importante ruolo dei geni coinvolti nei sistemi della seroto-



nina, della dopamina e del fattore neurotrofico cerebrale (BDNF; da Brain-derived neurotrophic factor). Ad esempio, una singola modifica nel gene del BDNF può determinare peggioramento della memoria e la tendenza ad evitare gli altri. Un altro gruppo di geni coinvolto nella depressione giovanile riguarda la dopamina. Ebbene, è stato scoperto che diverse alterazioni genetiche sono responsabili di un ridotto funzionamento di uno specifico circuito cerebrale: il sistema mesolimbico

associato alla dopamina. La conseguenza è la anedonia (incapacità di provare piacere), uno dei sintomi più importanti della depressione. È evidente il coinvolgimento dei geni nello sviluppo della depressione. Poiché i geni coinvolti sono numerosi, si parla di “polimorfismo genetico”. Sono coinvolti nella depressione giovanile i geni del sistema della serotonina, della dopamina e il gene del fattore neurotrofico cerebrale. Le alterazioni di questi geni, tuttavia, non bastano a

far insorgere la depressione. È l’insieme dei fattori sociali, psicologici e familiari, insieme a quelli biologici a far insorgere la depressione negli adulti e nei giovani. I geni sono importanti, ma non bastano. Attualmente ci sono molti risultati confortanti. I dati, tuttavia, sono ancora insufficienti per poter affermare la relazione stretta tra geni e depressione giovanile. La strada della ricerca è ancora lunga, ma siamo sulla “buona strada”.

Bibliografia

1. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression [published correction appears in *Neuron*. 2014 Mar 5;81(5):1214]. *Neuron*. 2014;81(3):484-503.
2. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jan;56(1):39-44.
3. Meerman JJ, Janzing JGE, Ter Hark SE, Coenen MJH. The Potential of Polygenic Risk Scores to Predict Antidepressant Treatment Response in Major Depression: a systematic

review. *J Affect Disord*. 2022 Feb 10;S0165-0327(22)00171-9.

4. Norkeviciene A, Gocentiene R, Sestokaite A, Sabaliauskaite R, Dabkeviciene D, Jarmalaite S, Bulotiene G. A Systematic Review of Candidate Genes for Major Depression. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Feb 14;58(2):285

5. Xia L, Yao S. The Involvement of Genes in Adolescent Depression: A Systematic Review. *Front Behav Neurosci*. 2015 Dec 21;9:329.

6. Zwolińska W, Dmitrzak-Węglarz M, Słopeń A. Biomarkers in Child and Adolescent Depression. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021 Sep 29



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

La depressione giovanile

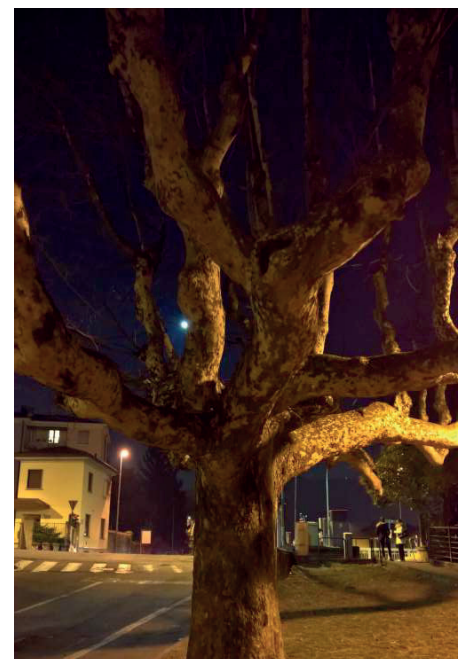
/ Giuseppe Tavormina /

La depressione giovanile è un problema sociale importante. Anche i ragazzi e i giovani possono ammalarsi di depressione, che non è una malattia “degli adulti” o “degli anziani”; anzi, sappiamo che il suicidio è la prima causa di morte nei giovani dopo gli incidenti stradali.

La giornalista Giovanna Donini così parla nella sua bacheca di Facebook della depressione giovanile del giovane nipote suicidatosi a 27 anni: «Se qualcuno mi avesse detto che mio nipote all'età di 27 anni se lo sarebbe portato via la Depressione non gli avrei mai creduto. Non gli avrei mai creduto perché non conoscevo la Depressione e perché nella mia ignoranza ero convinta che in fondo non fosse una malattia così pericolosa, subdola e difficile da combattere. E poi, da vera idiota, in fondo non immaginavo che potesse colpire e disintegrare ragazzi belli, pieni di amici e di passioni, amati e ben voluti come mio nipote.... Ho capito che la Depressione può colpire chiunque ma soprattutto non chiede permesso. La Depressione non ti domanda: “Ehi scusa posso entrare?”; la Depressione non bussa, la porta te la sfonda e ti si piazza dentro con tutto il suo campionario di pensieri neri. Ora

sappiamo che di Depressione si può anche morire >>. Sono queste riflessioni importanti e pienamente congrue, espresse con cognizione. La depressione può colpire tutti, anche i ragazzi e i giovani; è una malattia, e come tale è “democratica”, chiunque può averla. In quanto “malattia”, non va data a chi ne soffre una pacca sulla spalla e dire “dai..., tirati su, passerà...”. Allo stesso modo con cui non diciamo ad un cardiopatico “dai..., impegnati che il tuo cuore guarisce...”. La depressione giovanile non è un modo di essere, più o meno bizzarro, ma è un quadro clinico importante che non va mai trascurato. I disturbi depressivi e dell'umore sono malattie subdole che si infiltrano mascherandosi nella quotidianità. È pertanto importante comprenderne le caratteristiche sintomatologiche anche nelle loro manifestazioni più precoci per prima diagnosticarle e trattarle. In tal modo chi

ne soffre potrà venirne fuori. I sintomi chiave, presenti per almeno tre settimane consecutive, sono: umore costantemente apatico, irritabilità frequente, pensieri negativi, rabbia e impulsività, ansia, iperattività dei pensieri e difficoltà nella concentrazione, sonno costantemente disturbato. Va fatta un'attenta diagnosi del sottotipo diagnostico di disturbo dell'umore che porterà ad una corretta terapia (che dovrà essere farmacologica e psicoterapica insieme). Sarà fondamentale evidenziare eventuali “depressioni bipolari” o “stati misti depressivi” in cui i sintomi tensivi, di ansia e di inquietudine interna (con iperattività dei pensieri) sono notevoli anche se spesso mascherati. In seguito a ciò sarà essenziale ad opera dello psichiatra prescrivere una terapia farmacologica a base di “regolatori dell'umore” (farmaci che tolgono la tensione interna e l'inquietudine) e antidepressivi (spesso a dosaggi non alti), e ridurre al minimo (se non solo “al bisogno”) i cosiddetti tranquillanti (Rihmer Z, Akiskal H, 2020 – Tavormina G, 2019).



“Rami spogli”, Como, 2019 – Foto di Giuseppe Tavormina



Ricordiamoci che una persona su cinque (comprendendo in questa casistica anche le manifestazioni cosiddette “sottosoglia”) soffre di umore “instabile”. Anche i ragazzi se ne possono ammalare, spesso anche in modo grave e con rischio suicidario: il suicidio è la prima causa di morte nei giovani, dopo gli incidenti stradali. <<...A differenza di quanto accade nell’età adulta, nell’infanzia e nella prima fase dell’adolescenza la malattia si manifesta con sbalzi rapidi, improvvisi ed ingiustificati di umore che possono essere osservati anche più volte nello stesso giorno. I bambini sono spesso molto irritabili ed aggressivi ed hanno ora tendenze distruttive, ora momenti di felicità e gioia estreme, spesso ingiustificate. Nella seconda fase dell’adolescenza il disturbo ha le

stesse caratteristiche dell’adulto. Si può osservare una ricerca di situazioni a rischio ed una sfida continua all’autorità (genitori, insegnanti, ecc.). Il disturbo è frequentemente associato ad un ricorso ad alcool o a sostanze illecite onde lenire un intenso dolore morale di cui i ragazzi non comprendono il perché e di cui hanno difficoltà a parlare con gli adulti... >> (da: “Luce sul male oscuro”, libretto-guida per tutti sulla depressione scaricabile dal sito web www.edaitalia.org). L’informazione è la vera prevenzione per le malattie depressive e dell’umore. Con l’informazione si supera lo “stigma” su queste patologie, con l’informazione si dà “conoscenza” a tutti, e di conseguenza più ottimismo nel comprendere che sono malattie curabili. Spiegare tutto questo anche

ai ragazzi, presso le scuole e non solo, si fa la migliore prevenzione per la depressione giovanile.

Bibliografia

1. Rihmer Z, Akiskal HS, et al. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23: 12-18.
2. Tavormina G, Nardini M, et al – Luce sul male oscuro – Sardini Editore, 2013.
3. Tavormina G – Bipolar disorders and bipolarity: the notion of the “mixity” – *Psychiatria Danubina* 2019; 31: supp 3: 434-37.



Giuseppe Tavormina

www.dottortavormina.it

Medico Psichiatra

Capo Redattore

Bullismo e cyberbullismo. Una giornata dedicata

/ Maria Rosaria Juli /

Bullismo e cyberbullismo tra i fenomeni più temuti dagli adolescenti, il Ministero dell'istruzione dedica una giornata di sensibilizzazione e informazione.

Con il termine bullismo s'intende un comportamento aggressivo ripetitivo nei confronti di chi non è in grado di difendersi. Ciò che caratterizza gli episodi sono: l'intenzionalità del comportamento aggressivo agito, la sistematicità delle azioni e l'asimmetria di potere tra vittima e persecutore. Il cyberbullismo è definito come un atto aggressivo, intenzionale, condotto da un individuo o un gruppo usando la tecnologia, ripetuto nel tempo (Smith et al 2013). Esso ha però delle caratteristiche: il bullo può mantenere nella rete l'anonimato, ha un pubblico più vasto il Web e può controllare le informazioni. La vittima in genere può avere una scarsa conoscenza circa i rischi nella condivisione delle informazioni personali su Internet (Casas et al 2013; Smith et al 2013). Per questi motivi la vittima, può sviluppare malesseri della persona con l'esordio di patologie come ansia e depressione fino a com-

piere atti estremi. La vittima ha difficoltà a chiedere aiuto e ciò porta ad avere conseguenze negative sull'umore. Non solo ma possono verificarsi anche calo del rendimento scolastico, comparsa di sintomi di ansia o depressione. In alcuni casi insorgono problemi alimentari o colpevolizzazioni verso sé stessi. Uno studio dell'Università di Miami afferma che il cyberbullismo peggiora i sintomi della depressione e del disturbo post traumatico da stress nei giovani. Essere vittime di episodi di bullismo da bambini è spiacevole e costituisce un fattore di rischio a sviluppare diversi disturbi. Tali disturbi oltre che nell'infanzia e nell'adolescenza potrebbero anche manifestarsi nell'età adulta. Molti studi concordano che le vittime di bullismo nel passaggio dall'adolescenza alla giovane età adulta continuano a presentare disturbi d'ansia, dipendenza, depressione. Inoltre, per coloro che in passato sono stati sia vittime

che bulli incorre rischio maggiore di sviluppare depressione, attacchi di panico e rischio suicidario. Ma non è solo la vittima ad avere conseguenze, anche il bullo può manifestare problematiche antisociali e depressione. Gli effetti negativi sulla salute dimostrano quanto il fenomeno sia da considerare un problema di salute pubblica. Il fenomeno ha origine prevalentemente a scuola e rappresenta un dispendio economico, sociale, educativo e giudiziario. Diversi studi indicano anche un'associazione fra essere stato vittima di atti di bullismo e abbandono scolastico. Recentemente è stato diffuso uno studio della Federazione Italiana Società di Psicologia che ha mostrato la necessità della presenza dello psicologo a scuola. Secondo indagini Istat sui comportamenti offensivi e violenti tra i giovanissimi un ragazzo su cinque ha subito episodi di bullismo e/o cyberbullismo. Per gli psicologi si tratta di una vera e propria emergenza. È necessario un programma di prevenzione negli istituti scolastici attraverso la valutazione del disagio giovanile e dei fattori di rischio individuali, familiari e ambientali. La figura dello psicologo a scuola contribuisce alla promozione delle risorse e delle potenzialità dei ragazzi in una fase delicata come quella dello sviluppo. Da qualche anno il Ministero dell'Istruzione, ha istituito la giornata nazionale contro il bullismo e il cyberbullismo, essa si celebra il 7 febbraio. Diversi sono gli appuntamenti che si svolgono in molte scuole del territorio nazionale al fine di capire, prevenire ed intervenire. Il 7 febbraio scorso presso l'Istituto Superiore Statale Istruzione Superiore "Fiani Leccisotti" di Torremaggiore



(Foggia) i rappresentanti d'Istituto hanno promosso un incontro. Grazie al supporto del preside prof. Collina Carmine ed il corpo docenti si è svolto un interessante momento di confronto e dibattito sulla tematica. Alla giornata oltre a me in qualità di psicoterapeuta dell'Istituto ha partecipato il "Centro Antiviolenza Attivamente Coinvolte" nella persona della presidentessa avvocatessa Stefania Figliuzzi. È ormai noto che la violenza domestica è strettamente correlato al bullismo. I minori esposti a episodi di violenza familiare infatti sono più propensi a esercitare forme attive violente nei confronti dei compagni o a essere vittime. L'evento ha visto la partecipazione di tutte le classi dell'Istituto oltre mille studenti dal primo al quinto anno. L'incontro si è tenuto anche da remoto ed è stato trasmesso sul canale YouTube della scuola. Il dibattito si è alternato con informazioni prettamente legati alla figura del

bullo e della vittima. Sono state chiarite le molteplici conseguenze psicologiche, comportamentali e giudiziali, le possibilità di intervento da parte degli interessati e non. Molte sono state le domande e le curiosità che gli studenti ci hanno posto e molti gli spunti di riflessione. Ciò che è emerso è sicuramente concentrato su quanto ancora dobbiamo e possiamo fare come singoli cittadini, come educatori e professionisti. Entrambe i fenomeni analizzati riguardano tutti per la complessità, per la delicatezza che li caratterizza e per la crescita e la salute dei ragazzi. Genitori, insegnanti, amici, professionisti sono tutte figure con un ruolo importante al fine di intercettare e interrompere una azione fisicamente e psicologicamente dolorosa. Per tale ragione sono necessarie azioni sinergiche di prevenzione e di intervento precoce nelle scuole. Gli interventi, dovrebbero promuovere lo sviluppo delle competenze

emotive e relazionali, attraverso attività che favoriscono la cosiddetta "salute mentale positiva" mediante il potenziamento di abilità. Inoltre favorire la capacità di autoregolazione delle emozioni, la definizione di obiettivi personali, di "problem solving" e di abilità relazionali.

Bibliografia

1. Casas J. A., Del Rey R., Ortega-Ruiz R.: Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior*, 2013.
2. Smith PK, Del Barrio C., Tokunaga RS.: Definitions of bullying and cyberbullying: How useful are the terms. *Principles of cyberbullying research: Definitions, measures and methodology*. In Bauman S., Cross D., Walker J.(a cura di), *Principi di ricerca sul cyberbullismo: definizioni, misure e metodologia*, 2013
3. Sitografia <https://miur.gov.it/bullismo>



Maria Rosaria Juli

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Pandemia, una opportunità di cambiamento

/ Walter di Munzio /

La terribile pandemia che abbiamo vissuto potrà in futuro rivelarsi anche come una straordinaria opportunità di cambiamento e di innovazione. Questo se si riusciranno a cogliere le occasioni irripetibili di innovazione che sarà possibile introdurre dopo quando si ritornerà alla normalità pre pandemica.

Siamo ormai alla fine della pandemia, con il suo corteo di sofferenza e di morte. Il coronavirus ci ha investiti proprio come accadeva, nei secoli passati, con le epidemie di peste, di colera, e più recentemente di spagnola e AIDS. Le epidemie hanno decimato nei secoli intere popolazioni e prodotto esiti gravissimi, in termini di fobie, stigma e diffidenza sociale. Hanno scatenato angosce collettive e strutturato pregiudizi, verso quelle popolazioni o quei gruppi di individui estranei alle culture locali e per questo più facilmente considerati "untori". Ogni epidemia, al suo superamento, ha creato però anche straordinari presupposti per la ripartenza. Ha determinato spesso modifiche negli stili di vita e, qualche volta, ha contribu-

ito persino a fermare guerre ed a rivedere antichi pregiudizi. Sarà presto possibile, anche per noi, riflettere su alcuni insegnamenti che la pandemia ha elargito ad una umanità spaventata e confusa. Primo tra tutti la consapevolezza che non esistono confini geografici, muri o eserciti in grado di difendere frontiere così labili. Nemmeno alcune identità etniche fragili restano indenni se minacciate da una sorta di contaminazione esterna. Nessuno potrà in futuro considerarsi migliore di altri uomini o del resto dell'umanità. Abbiamo assistito in questi mesi al crollo di miti e convinzioni consolidate e, contemporaneamente, abbiamo scoperto di avere tante buone pratiche che, inconsapevolmente, già avevamo. Abbiamo anche verifi-

cato che abbiamo istituzioni che sanno essere efficaci e servizi non solo sanitari da valorizzare. Tutto ciò proprio quando l'attività più diffusa sembrava essere quella di demolire, aggredire, criticare ad oltranza tutto e tutti, diffamando operatori e professionisti. Lo si faceva senza mai motivare le critiche o senza proporre valide soluzioni alternative. Ciò oltre a favorire tante istanze corporative, che non potevano sortire esiti positivi. Il risultato ottenuto è stato quello di diffondere tra la gente, prima dell'epidemia vera e propria, una paura diffusa e paralizzante che ha portato ad



un prevedibile blocco decisionale collettivo. Ciò ha prodotto, a distanza, uno stato di depressione collettiva. Questa è stato un sintomo anticipatore di quei disastri relazionali che abbiamo registrato ed ai quali hanno fatto spesso seguito comportamenti irresponsabili. Molti, contratta l'infezione magari in forma asintomatica, hanno pensato irresponsabilmente di "evadere" dalle zone rosse per andare a far visita a parenti e amici. Il tutto senza rendersi conto che con tale comportamento diffondevano l'epidemia, facendo ammalare persone care nella forma più grave e pericolosa. Le

cose più importanti da ricordare in futuro, appena questa emergenza sarà superata (perché sarà certamente superata) sono almeno due, e sono quelle che esitano dal superamento di vecchi pregiudizi, rivelatisi senza un motivato fondamento. Tali si sono rivelati, probabilmente perché nati e alimentati da odio sociale, interessi economici o semplicemente calcoli basati su comportamenti originati da egoismo. Quello stesso comportamento che ha ispirato tanti pregiudizi. Il primo pregiudizio è certamente quello basato sul "primato di alcune regioni" sul resto del paese (Di

Munzio, 2021). È un'espressione inaccettabile sia se riferita ad una ideologia, sia se riferita alla qualità dei servizi erogati in una certa area. Alla pretesa capacità di organizzare bene i servizi alla persona, o servizi sanitari meglio di altri. Tutto ciò si è spinto fino alla decisione di investire nella sanità privata a scapito di quella pubblica. Idea che appare, alla luce dell'esperienza vissuta, particolarmente ingenua di fronte a un privato rivelatosi, in condizioni di emergenza sanitaria, incapace di organizzare risposte adeguate. Queste attività, a differenza di quelle programmate



o di alta specializzazione – per le quali spesso la sanità privata spesso eccelle – sono prestazioni poco remunerative. Ma nei fatti, non è mai realmente esistita tale superiorità ... e la pandemia lo ha dimostrato inequivocabilmente. Alcune articolazioni locali del modello sanitario non si sono rivelate, alla prova dei fatti, migliori di quelle di altre regioni. Inoltre, si è rivelato fallimentare il voler organizzare la gestione della risposta sanitaria a dimensione regionale. Si è ottenuto così la destabilizzazione della capacità del sistema curante di rispondere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il secondo pregiudizio è stato quello di valutare le prestazioni sanitarie da un'ottica meramente "economica", guardando solo alle difficoltà e ai ritardi nella loro erogazione. Ciò ha determinato negli ultimi dieci anni un ir-

responsabile ridimensionamento delle risorse destinate alla sanità pubblica. E si è arrivati a commissariare proprio le regioni in difficoltà, fino a bloccarne il turn over.

Questo ha rapidamente dimezzato il personale impegnato nell'assistenza, proprio dove sarebbe stato necessario rilanciare sia in termini di investimenti finanziari che ammodernare le attrezzature dei servizi. Era necessario invece fornire più personale e risorse finanziarie, accompagnate da un attento monitoraggio esterno sulla qualità dei servizi forniti e sulle modalità di utilizzo dei fondi. Più finanziamenti e più attenzione alla prevenzione, senza però consentire il trasferimento di danaro destinato al pubblico verso un privato di tipo speculativo, come è accaduto proprio nelle regioni commissariate. La progressiva riduzione del numero di operatori

all'assistenza, l'invecchiamento di quelli rimasti in servizio, il taglio dei trasferimenti alle regioni più deboli, hanno determinato un danno incalcolabile. In particolare, il sud ha avuto difficoltà ad organizzare risposte efficaci alla domanda di salute. Esse sono state compensate, solo in piccola parte, dalla enorme disponibilità e dalla generosità di operatori abituati a lavorare con poche risorse. Disponibilità che non poteva protrarsi a lungo nel tempo. Non è risultato vero né credibile neanche l'assunto che la sanità pubblica produce enormi sprechi. Nel meridione, purtroppo, persiste ancora una diffusa prassi clientelare, da cui deriva una cattiva gestione delle risorse finanziarie destinate alla organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Questa sciagurata pratica ha comportato un progressivo degrado dei servizi rivolti alla parte più fragile del



paese. Aree che andavano aiutate e accompagnate, monitorandole con attenzione e con investimenti mirati, in grado di attivare numerose sperimentazioni organizzative avanzate.

Il sud si sarebbe rivelato utile all'intero paese, proprio come hanno dimostrato i tanti operatori impegnati altrove nella ricerca scientifica avanzata e sui front line dell'assistenza. In quella stessa assistenza all'utenza che, al sud, ha retto forse solo perché meno esposta ad aspettative e ad eccessive attese. Un ulteriore mito smantellato dal virus è quello della non utilità di un servizio sanitario nazionale, teorizzato dai fautori di un modello fondato sulle assicurazioni sanitarie, tipicamente americano.

Un simile modello comporta un investimento residuale per le urgenze sanitarie della fascia di popolazione meno abbiente. Fascia

che non può permettersi di sottoscrivere alcuna assicurazione sanitaria.

La presenza di un servizio sanitario nazionale pubblico e universale è oggi fondamentale, soprattutto in una fase post-crisi pandemica. Esso è stato riconosciuto come presidio indispensabile per affrontare proprio queste tipologie di emergenze (Di Munzio, 2019).

Il SSN si è rivelato essere l'unico in grado di velocizzare le azioni di contenimento della diffusione epidemica. Esso è stato capace di uniformare le prestazioni di cura su tutto il territorio nazionale. Si è rivelata come la sola risposta efficace, in grado anche di rassicurare un intero paese, senza implementare pregiudizi e senza favorire il diffondersi di false convinzioni pseudoscientifiche. Dalle crisi non si esce da soli o con azioni fondate sull'egoismo,

ma si esce solo se si attiva una spinta collettiva fatta di solidarietà e di azioni ben coordinate. Queste devono essere tese ad attivare quelle sinergie capaci di valorizzare l'innovazione organizzativa e la ricerca scientifica.

Bibliografia

1. Di Munzio W. (a cura di) 2019. : Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale. Idelson-Gnocchi Editore, Napoli.
2. Di Munzio W., BENINCASA V., GALDI G. 2021.: Effetto Lockdown, storia di una pandemia tra cronaca ed esiti psicologici, Marlin Editore, Cava de' Tirreni.



Walter di Munzio

*Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico*

Scuola: è tempo di ripartire

/ Maria Rosaria Juli /

UNICEF e OMS si sono da poco espressi sulla situazione psicologica dei bambini e degli adolescenti: raddoppiano i problemi di ansia e depressione, dobbiamo ripartire dalla scuola.

Tutti gli studi epidemiologici internazionali ci suggeriscono che i problemi di ansia e di depressione sono raddoppiati (The Lancet, 2021). Dalla pre pandemia ad ora interessano un giovane su quattro e sono presenti in famiglia e a scuola. Due sono i fenomeni a cui stiamo assistendo. Da una parte, abbiamo gli adolescenti che per autoaffermarsi diventano aggressivi, fanno male agli altri, ai genitori, si tagliano, diventano intrattabili. Dall'altra, i giovani che si chiudono a riccio, si rifugiano nel loro mondo e non sappiamo se riusciranno a uscire fuori da questo guscio. Secondo molte ricerche nazionali ed internazionali la pandemia ha aumentato lo stress ed esso facilita la comparsa di disturbi mentali (Bartolo et al, 2021). Principalmente insorgono disturbi d'ansia, disturbi del sonno e depressione (ISS, 2020). Aumentano per una serie di fattori: la paura di contagiarsi e l'assenza del gruppo dei coetanei con i quali condividere attività. Un adolescente come possiamo im-

maginare, parla poco con mamma e papà. Se deve raccontare un problema preferisce confrontarsi con un amico o un compagno di scuola. La scuola pertanto deve essere sostenuta e preparata ad accogliere le richieste che gli studenti manifesteranno ora che la tempesta pandemica sembra allontanarsi. Sarah Clark della Michigan Medicine afferma che tra i coetanei si può ricevere supporto verso i compagni che manifestano problemi emotivi e segnali depressivi. Secondo il suo studio infatti alcuni adolescenti possono temere che i loro genitori non capiscano le difficoltà che stanno vivendo. Anche insegnanti scolastici e persone vicino alla famiglia potrebbero non avere tempo a disposizione da dedicare. La dottoressa concorda sul fatto che tra i compagni di scuola si è soliti incoraggiare i coetanei a parlare dei loro problemi di salute mentale. Questo sembra essere un valido supporto ai compagni adolescenti alle prese con problemi emotivi e segnali de-

pressivi perché possono relazionarsi gli uni con gli altri (Clark, 2021). È importante sottolineare che gli adolescenti possono avere problemi occasionali provocati dalle loro emozioni, dai rapporti tra pari e con i familiari. Per questi motivi possono sviluppare sintomi di ansia, depressione, abuso di sostanze o altri problemi che incidono negativamente sull'autostima. Gli adolescenti che fungono da istruttori in questi programmi vengono formati con la supervisione di insegnanti, consulenti o professionisti della salute mentale. Sono disponibili ad ascoltare i loro compagni in un luogo designato a scuola o proponendosi in modo attivo su segnalazione del personale scolastico. Gli adolescenti riescono ad essere buoni ascoltatori e a identificare segnali di pericolo di suicidio, ansia e depressione. Riescono a suggerire strategie di risoluzione dei problemi, condividere informazioni sulle risorse e, se appropriato, incoraggiare i loro compagni di studio a cercare aiuto. È fondamentale cogliere i segnali che indicano che lo studente ha bisogno immediato di attenzione e per avvisare gli adulti che sovrintendono al programma. Questo non sostituisce la necessità di supporto professionale, ma offrono ai giovani un modo nuovo e non minaccioso per iniziare a lavorare sui loro problemi. L'Unicef ha predisposto una serie di strategie, rivolgendosi agli adolescenti su come proteggere la loro salute mentale e prendersi cura di sé stessi. Di seguito riportiamo i suggerimenti. 1) Riconoscere l'ansia che si prova, è una funzione normale, salutare e ci avverte di eventuali minacce. La tua ansia ti aiuterà a prendere le decisioni che devi prendere in questo momento. 2)



Crea delle distrazioni, è molto utile dividere il problema in due categorie. La prima riguarda le situazioni per cui posso fare qualcosa, e poi situazioni per cui non posso fare nulla. Ci sono molte cose che rientrano in quella seconda categoria, ma una cosa che ci aiuta è creare distrazioni per noi stessi. 3) Trova nuovi modi per incontrarti con i tuoi amici, condividere situazioni e pensieri può aiutarti a farti capire qualche aspetto in più. 4) Concentrati su di te e trova nuovi modi per utilizzare il tempo che hai a disposizione è un modo produttivo per prenderti cura della tua salute mentale. Stila un elenco di tutti i libri che vuoi leggere e delle cose che avevi intenzione di fare.

Quando si prova una sensazione dolorosa, l'unica via d'uscita è "passare attraverso". 5) Ascolta i tuoi sentimenti, prediligi ciò che ti sembra giusto fare. 6) Sii gentile con te stesso e con gli altri. A scuola o nei luoghi che frequenti se ti accorgi di disagio incoraggia i tuoi amici a rivolgersi ad adulti per chiedere aiuto e soste-

gno (Unicef, 2021). È necessario creare una rete collaborativa, diretta e digitale, delle persone ed enti interessati: genitori, scuola, psichiatri, psicologi, pediatri. In tempi di grande incertezza, un ambiente familiare sicuro è una forte protezione per sintomi di depressione e ansia. Esistono prove che l'attività dei genitori e le loro risposte influenzino la salute mentale dei bambini e adolescenti dopo un disastro (Adshead, 2015).

I genitori sono il miglior "modello di comportamento" per i bambini e gli adolescenti e la casa è praticamente il posto migliore per apprendere le "abilità di vita". Anche la scuola deve contribuire e ripartire.

È necessario pianificare e migliorare gli interventi. Un ambiente scolastico favorevole ed aperto

alle problematiche dei giovani migliora il benessere e l'apprendimento.

paura da COVID-19 sui livelli di stress e sui sintomi di ansia e depressione in adolescenti. In Rivista Interdisciplinare, Franco Angeli, 2021.

3. Clark S. The beneficial relationship with schoolmates reduces anxiety and depression, 2021.

4. Collaboratori sui Disturbi Mentali: Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634250/>

5. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020) https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5419552.

6. UNICEF: Tips and guidance for families. <https://www.unicef.org/coronavirus/covid-19#COVID-19-explainers>.

Bibliografia

1. Tavormina G, Costigliola V – "European Adshead, G. Parenting and personality disorder: Clinical and child protection implications. Advances in Psychiatric Treatment, 2015.

2. Bartolo M.G., Palermi A., L.Craig, F., Tenuta F., Servidio R. L'impatto della



Maria Rosaria Juli

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Pruning sinaptico e depressione

/ Francesco Franza /

La fase finale dello sviluppo cerebrale è associata allo sviluppo e alla maturazione delle connessioni tra i neuroni cerebrali. Le sinapsi sono responsabili di queste connessioni. Tutto ciò si verifica tra l'infanzia e l'adolescenza. In questo periodo avviene un picco di eliminazione delle sinapsi cerebrali, attraverso un processo conosciuto come “pruning sinaptico” o neuronale.

Il pruning neuronale è caratterizzato da una potatura dei neuroni cerebrali. Raggiunge il suo apice durante l'adolescenza e determina il “rimodellamento” dei circuiti cerebrali. Il pruning sinaptico non solo rafforza le sinapsi cerebrali, ma consente anche di farle sopravvivere mediante un processo di selezione. Questo meccanismo serve per mantenere le sinapsi più efficienti. Sono, così, eliminate, le sinapsi inefficienti e raramente utilizzate. La trasmissione tra le diverse aree cerebrali migliora, “matura”. Durante il normale sviluppo neuronale del cervello si produce una creazione straordinaria di sinapsi. Si rende necessaria, però, una potatura delle connessioni neurali in eccesso prima che venga costruita l'architettura sinaptica adulta. Si ritiene che il pruning

sinaptico sia necessario per la corretta maturazione e l'adeguata funzione delle sinapsi mature. Quasi la metà delle sinapsi del sistema nervoso centrale è eliminato dal processo di pruning sinaptico durante l'adolescenza. In età adulta un soggetto può perdere circa il 7% delle sinapsi a livello della corteccia cerebrale. Recenti studi hanno sottolineato il ruolo chiave delle cellule gliali (“giardinieri erranti”) nel processo di pruning sinaptico in diverse aree cerebrali. Le cellule gliali, compresi la microglia e gli astrociti, agiscono come veri e propri giardinieri. Identificano ed eliminano le sinapsi in eccesso, “tagliandole” e “digerendole” (Cornell et al. 2022; Neniskyte & Gross 2017). Il pruning sinaptico in adolescenza è più pronunciato nella corteccia prefrontale.



In queste aree è stata osservata una maggiore azione di rimodellamento da parte della glia. Il rimodellamento del pruning adolescenziale servirebbe, quindi, a ottenere un comportamento equilibrato, una pianificazione degli obiettivi e un controllo degli impulsi, proprietà tipiche dell'età “adulta”. Il processo di pruning può avere, tuttavia, degli intoppi durante l'adolescenza. Diversi studi hanno evidenziato che un'alterata potatura può essere coinvolta nella genesi di diverse patologie psichiatriche. Tra queste le più studiate sono la schizofrenia e l'autismo (Kahn 2020; Hansel 2019). Nell'autismo è stato osservato una riduzione del processo di pruning sinaptico. La schizofrenia, invece, è spesso accompagnata da una eccessiva



potatura delle connessioni sinaptiche, soprattutto nella corteccia corticale prefrontale. Probabilmente anche l'uso di cannabis in età adolescenziale “confonde” il meccanismo di pruning determinando una potatura anomala (Lubman et al. 2015). Gli studi sulla depressione non hanno ancora chiarito il ruolo del pruning sinaptico. È stata osservata, tuttavia, un'interruzione del numero e della funzione delle sinapsi nei

disturbi bipolari e depressivi. Diverse aree cerebrali sono colpite dal processo di pruning sinaptico così come il talamo, l'ippocampo e le cortecce cerebrali prefrontale e orbitofrontale. Queste aree presentano una riduzione del volume nella depressione adolescenziale. Da qui nasce il possibile ruolo del pruning sinaptico nella genesi della depressione (Spellman & Liston 2020). Il pruning sinapti-

co è un meccanismo naturale che serve a migliorare la funzione del cervello.

È caratterizzato dalla riduzione della densità delle connessioni sinaptiche al suo interno. Il cervello dei giovani ha molte più sinapsi e neuroni di quanto siano necessari nell'età adulta. Attraverso il pruning il cervello si pota, lasciando i percorsi neurali più efficienti e utili, eliminando quelli meno usati e non necessari.

Bibliografia

1. Cornell J, Salinas S, Huang HY, Zhou M. Microglia regulation of synaptic plasticity and learning and memory. *Neural Regen Res* 2022; 17:705-716
2. Hansel C. Deregulation of synaptic plasticity in autism. *Neurosci Lett* 2019; 688:58-61.
3. Henson MA, Tucker CJ, Zhao M, Dudek SM. Long-term depression-associated signaling is required for an in vitro model of NMDA receptor-dependent synapse pruning. *Neurobiol Learn Mem* 2017; 138:39-53
4. Kahn RS. On the Origins of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020; 177:4
5. Lubman DI, Cheetham A, Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol Ther* 2015; 148:1-16.
6. Neniskyte U, Gross C. Errant gardeners: glial-cell-dependent synaptic pruning and neurodevelopmental disorders. *Nat Rev Neurosci* 2017;18: 658-670.
7. Spellman T, Liston C. Toward Circuit Mechanisms of Pathophysiology in Depression. *Am J Psychiatry* 2020; 177:381-390



Francesco Franza

*Medico Psichiatra
Direttore Responsabile*

L'adolescenza e la tristezza vitale

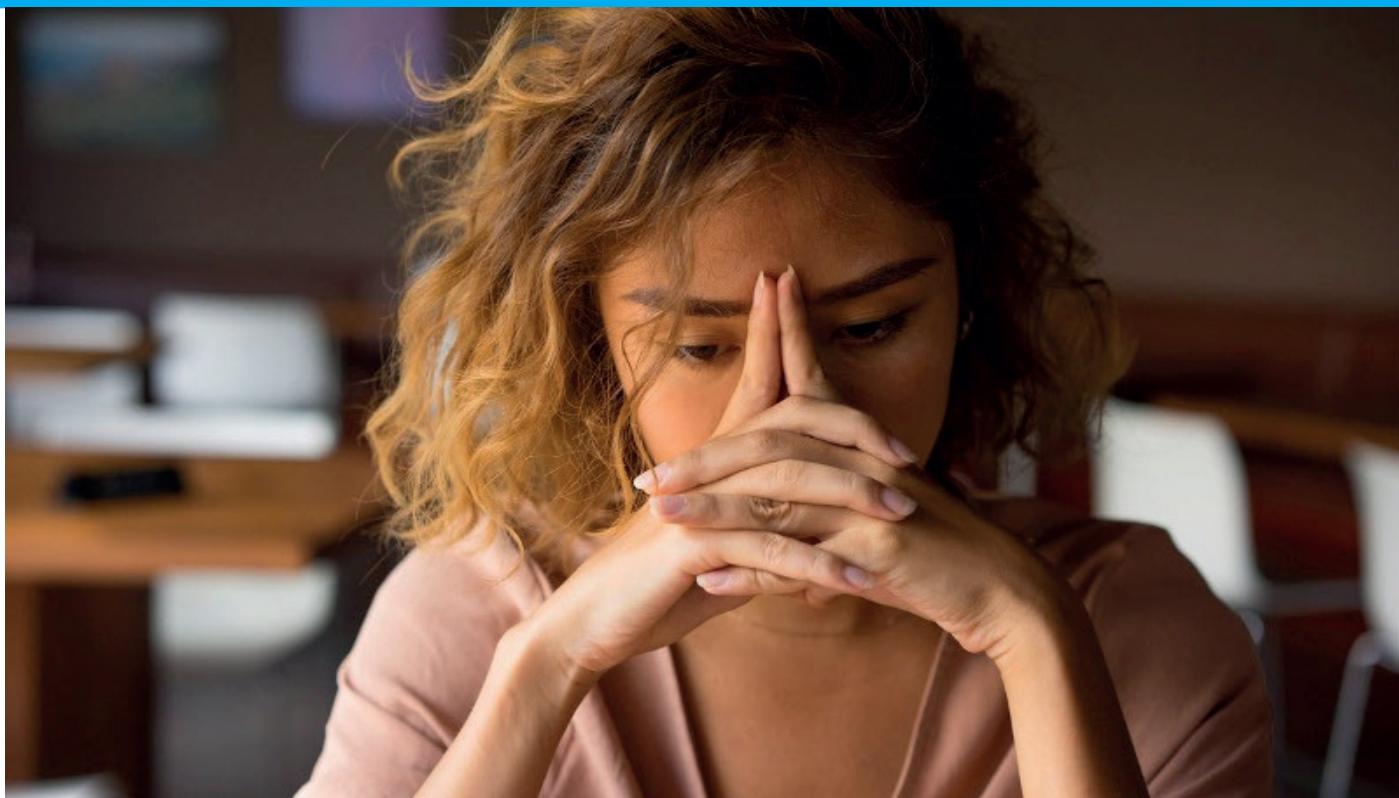
/ Maria Efsia Meloni /

L'adolescenza è intesa come l'età del cambiamento, rappresenta l'evoluzione per crisi di una delle tappe fondamentali della vita. È molto importante in quanto inizia il progetto del futuro, che si consoliderà nell'età adulta. Quante emozioni! Sicuramente la pandemia ha inciso nel farne prevalere alcune: la paura, la tristezza, la rabbia.

Un'emozione molto comune è la paura, che si manifesta nelle diverse situazioni, talvolta senza una causa apparente. Emerge dietro uno stimolo specifico, che ci mette in fuga di fronte ad un eventuale pericolo oppure quando si è pronti all'attacco. La trasmissione della paura è strettamente correlata all'educazione familiare, sociale e culturale. Ma, in determinate situazioni si ha un eccesso di paura che sconfinata nella "paura di avere paura", ed approda nell'angoscia. La tristezza, altra emozione che si manifesta con i diversi eventi di vita, ma talvolta diventa malinconia, oppure la cosiddetta tristezza vitale. Quest'ultima si differenzia perché può diventare successivamente depressione. La rabbia nell'adolescenza è ancorata alla difficoltà di gestire le frustrazio-

ni nel loro rapporto con la realtà. Le ferite narcisistiche sono vissute nell'angoscia, ed è per questo che l'adolescenza è un periodo essenziale per l'autostima, e per l'identità. Nell'adolescenza, una generazione già in un equilibrio precario negli ultimi anni, emozioni quali la rabbia e la paura possono generare una reazione anomala come sfidare la morte. I giochi e pratiche violente lo dimostrano. In alcuni casi si crea un confine con la morte o meglio una sfida! Nel gioco del soffocamento cosiddetto del foulard, si provoca un'apnea prolungata fino a svenire (Sabato G, 2020). Esso consiste nello stringere al collo i più disparati oggetti, oppure provocarsi asfissia stringendosi direttamente con mani le carotidi. Altri giochi sono rappresentati: il "planking", cioè sten-

dersi per terra sul margine degli strapiombi, sui binari dei treni, o alzandosi in piedi quando sono in movimento. Saltellando nelle ringhiere dei balconi, degli hotel o passando da un appartamento ad un altro. Oppure cavalcare le macchine quando raggiungono alte velocità, ancora salire nel tetto degli ascensori durante il passaggio tra i piani di un palazzo. Le pratiche più pericolose vengono fatte da soli o in gruppo. L'exasperata ricerca di emozioni forti, diventa un fattore di maggiore fragilità verso l'uso di alcol e di sostanze stupefacenti, che agiscono sul tono dell'umore, rendendolo instabile e più a rischio di depressione. Le situazioni di abuso fisico o psicologico dove il senso di colpa e di vergogna, vengono interiorizzati dalla persona, e possono sfociare in tristezza vitale o nella depressione. L'adolescenza ha come meta da raggiungere l'acquisizione di un'identità fissa e irreversibile, che presuppone il rimaneggiamento del proprio corpo, la fuoriuscita dalla famiglia e l'impatto con la scuola, i primi rapporti di gruppo o amicali. Un ruolo determinante è svolto dalle emozioni che hanno una funzione adattiva principale; quando la perdono, si accompagnano al dolore psichico (morale). La conseguenza è che la persona vive tutta la sua gravità senza riuscire ad elaborarlo. La depressione si associa a sofferenza soprattutto nell'adolescenza si correla ad un rischio significativamente aumentato di morte (suicidio). Talvolta, l'insoddisfazione porta a voler ad ogni costo identificarsi in un gruppo anche se con dinamiche distorte, nocive, distruttive. Oppure al contrario quando un adolescente teme il confronto con i compagni di classe perché ha una bassa autostima



e si sente inferiore a loro (Oliviero A, 2022). Le situazioni di isolamento scolastico, del gruppo di amici, nonché in molti casi vessazioni nei social possono sfociare in: tristezza, vergogna, rabbia. In alcune persone in depressione. Emerge allo stato attuale il culto di voler apparire nei social con cose straordinarie, al di fuori della norma, per avere il consenso della collettività. Il gioco è un aspetto fondamentale nella vita del bambino e dell'adolescente. Winnicot lo considera un'elaborazione della realtà, postulando uno spazio potenziale tra il bambino e la madre (sufficientemente buona). "Il gioco non serve come evasione, non è un qualcosa fuori dalla realtà, ma può esserci una modalità inclusiva di esperienza del gioco, cioè funzionale all'elaborazione della realtà". E, rappresenta un fattore alla base della crescita sana di ciascun individuo: è la stessa creatività nell'interpretare i ruoli nell'infanzia che diventa fondamentale nei futuri adulti. È importante una breve riflessione sulle separazioni, so-

prattutto nella difficoltà del dolore di elaborazione, sia che si tratti dei genitori, o di altre basi sicure affettive di riferimento, e non solo. Ne consegue che sono un evento stressante negli adolescenti, paragonato ad una sorte di morte anticipata. Proprio la pandemia aggrava inoltre la paura e tutta l'incertezza nel programmare le più variegate attività della vita. Un dolore morale è costituito dal sentimento di angoscia che ritroviamo nel vissuto soggettivo, o nel legame ambivalente dei sintomi ansiosi. Ciò comprende anche i vari stati emotivi con polarità negativa: la tristezza, la rabbia, il disgusto. Un'emozione come la rabbia è molto frequente soprattutto rispetto alla scarsa tolleranza alla frustrazione per non poter fare le attività quotidiane in piena libertà. Infine, il dolore somatico, che ritroviamo nei bambini ed adolescenti nelle situazioni conflittuali, in particolare quando vogliono evitare dei compiti in classe (scuola). Spesso si accompagnano a scarsa autostima e alla paura di un giudizio negativo

degli insegnanti, o anche nel confronto con i compagni ritenuti più bravi. Le nuove generazioni sono state contaminate dalla superficialità dei valori etici. La difficoltà non solo ad essere responsabili, ma una mancanza di crescita nel ruolo stesso e nelle motivazioni che infine determinano le scelte nel percorso della vita.

Bibliografia

1. Rudas N et al. Donne morte senza riposo. Un'indagine sul muliericidio. AM & Edizioni, Cagliari 2016.
2. Sabato G. L'età dell'incoscienza. MIND, Mente & Cervello: N.188-Anno XVIII-agosto 2020
3. Oliviero Ferraris A: Ragazzi sicuri di sé. MIND, Mente & Cervello N. 205 -Anno XX-gennaio 2022
4. [Psicologiapsicoterapiapsicoanalisi.com/2014/03/donal-w-winnicot-stralcio-da.html](https://www.psicologiapsicoterapiapsicoanalisi.com/2014/03/donal-w-winnicot-stralcio-da.html)
5. <https://lavinialatorre.it/>2008>December>30>



Maria Efsia Meloni

*Medico Psichiatra
Redattrice*

Infiammazione, depressione ed obesità negli adolescenti

/ Francesco Franza /

L'obesità nei giovani sta diventando un'importante emergenza sanitaria.

Il rischio di sviluppare diabete e problemi cardiovascolari è elevato. Esiste, tuttavia, una stretta associazione tra infiammazione, obesità, diabete e depressione.

L'infiammazione ha, infatti, un ruolo importante nell'insorgenza della depressione.

Le persone affette da obesità hanno un rischio elevato di essere affetti da depressione. La relazione, tuttavia, è reciproca. Lo stesso vale per il diabete. Si stima che il rischio di depressione nelle persone con diabete è di 2 a 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Viceversa, la depressione aumenta il rischio di diabete mellito del 60% (Mezuk et al., 2008). La relazione tra depressione e obesità è, tuttavia, complessa. La ricerca scientifica sottolinea che i meccanismi biologici scatenanti sono comuni e molteplici. Tra questi entra in gioco il ruolo dell'infiammazione. Tra i diversi fattori scatenanti l'obesità giovanile, l'infiammazione è ritenuta essere

di grande importanza. L'infiammazione è associata all'eccesso di accumulo di grasso corporeo. Alcune molecole dell'infiammazione, così come le cosiddette citochine pro infiammatorie, sono prodotte dalle cellule adipose e immesse nel circolo sanguigno. Pertanto la loro produzione è strettamente associata al grado di adiposità. L'eccessiva secrezione di citochine pro infiammatorie stimola l'asse HPA (Ipotalamo – Ipofisi- Surrene) incrementando la produzione di cortisolo. La conseguenza è lo squilibrio dell'asse HPA e della regolazione della attività infiammatoria. Si attua, così, una alterazione del circuito HPA con conseguente sviluppo dell'obesità e delle sue

complicazioni (Christaki et al. 2022). È stata riscontrata una forte associazione tra infiammazione dell'ipotalamo, depressione e obesità giovanile. Un recente studio del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Changzhou, China (Dong et al. 2022) ha confermato tale relazione. Lo studio è stato condotto su 179 giovani affetti da obesità con o senza diabete mellito. I risultati hanno evidenziato che il disturbo depressivo è presente nel 41,14% dei giovani senza diabete. Nei giovani affetti da obesità e da diabete l'incidenza depressione è particolarmente elevata. Raggiunge, infatti, il 79.49% dei giovani esaminati. Qual è il ruolo dell'infiammazione nella depressione dei giovani con obesità? L'obesità e il diabete causano il rilascio nei tessuti cerebrali di alcune molecole dell'infiammazione, soprattutto delle citochine infiammatorie. Alcune aree cerebrali sono maggiormente colpite.





Tra queste le più colpite sono il talamo e l'ipotalamo. La prima regione è responsabile della regolazione energetica dell'organismo e, quindi, del peso corporeo. Cibi a elevato contenuto calorico e, soprattutto, di grassi, attivano le cellule dell'infiammazione a livello dell'ipotalamo. L'infiammazione dell'ipotalamo determina, a sua volta, una alterazione dell'equilibrio energetico. Tale disequilibrio modifica, quindi, la regolazione della produzione dell'insulina. La conseguenza finale di questo meccanismo è l'accumulo di grassi nelle cellule adipose dell'organismo. Si sviluppa, così, l'obesità, che causa l'incremento delle molecole

dell'infiammazione e così via. Studi condotti con la Risonanza Magnetica funzionale (RMf) cerebrale hanno dimostrato che l'infiammazione dell'ipotalamo è un fattore di rischio per la depressione (Troubat et al. 2021). Lo studio di Dung ha evidenziato che l'infiammazione colpisce soprattutto il lato sinistro dell'ipotalamo. Gli autori affermano che l'infiammazione dell'ipotalamo sinistro può giocare un ruolo importante nell'insorgenza della depressione nei giovani affetti da obesità e diabete. L'infiammazione può essere coinvolta nella genesi della depressione. Contribuisce all'interruzione della funzione e dell'espressione

dei recettori dei glucocorticoidi, coinvolti nella genesi del diabete. Ciò è la causa di risposte infiammatorie "sfrenate" che potrebbero alimentare ulteriormente i sintomi depressivi.

La depressione nei giovani è molto frequente ed ha variate cause. Tra queste l'obesità, il sovrappeso, il diabete e l'infiammazione possono essere cause scatenanti. Uno stile di vita sano ed equilibrato può proteggere da gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale. Una alimentazione equilibrata associata alla attività sportiva può essere fattrice di protezione dalla insorgenza della depressione.

Bibliografia

1. Christaki EV, Pervanidou P, Papassotiropoulos I, et al. Stress, Inflammation and Metabolic Biomarkers Are Associated with Body Composition Measures in Lean, Overweight, and Obese Children and Adolescents. *Children (Basel)*. 2022;9(2):291.
2. Dong GZ, Zhang QY, Jiao YW, et al. The contribution of type 2 diabetes mellitus to hypothalamic inflammation and depressive disorders in young patients with obesity. *Ann Transl Med*.

2022;10(3):134.

3. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008 Dec;31(12):2383-90.
4. Troubat R, Barone P, Leman S, Desmidt T, Crescent A, Atanasova B, Brizard B, El Hage W, Sargent A, Belzung C, Camus V. Neuroinflammation and depression: A review. *Eur J Neurosci*. 2021 Jan;53(1):151-171.



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Body shaming nell'adolescenza: rischi ed interventi

/ Antonella Vacca /

Il body shaming consiste in atti di bullismo che prendono di mira il corpo. Le vittime sono soprattutto adolescenti che possono sviluppare problemi come disturbi alimentari, ansia, depressione e suicidio.

Il body shaming (dall'inglese "body", corpo e "shame", vergogna) è una forma di bullismo verbale, spesso via Web, che ha come oggetto l'aspetto fisico delle persone. Consiste nel fare commenti ed esprimere giudizi negativi circa le forme del corpo degli altri. Qualsiasi caratteristica fisica può essere presa di mira: il grasso o la magrezza, la statura alta o bassa, la presenza, l'assenza o la cura dei peli. Ancora, il colore dei capelli e l'acconciatura, la forma e le dimensioni del pene, del seno, del bacino, delle natiche e della muscolatura. O anche la presenza di tatuaggi e piercing, malattie e disturbi considerati brutti, come l'acne e la psoriasi. Il carattere fisico viene colpito soprattutto perché considerato non aderente al concetto di bellezza della cultura in cui la vittima vive. Non ha importanza che sia effettivamente un problema di salute o semplicemente di-

verso dalla presunta "forma fisica perfetta". Né, tantomeno, che la vittima possa avere la possibilità di modificarlo. Quando le critiche vengono da amici e conoscenti le vittime sono soprattutto gli adolescenti, perché si trovano in una condizione di estrema vulnerabilità. Essa li porta a considerare molto importanti le valutazioni fatte dal gruppo di riferimento. Le statistiche indicano che il 94% delle adolescenti è stato vittima di body shaming. Quasi il 65% dei ragazzi adolescenti ha riferito di essere stato oggetto di critiche e commenti umilianti sul proprio aspetto fisico da parte di coetanei. È quanto emerge da un'indagine promossa da Nutrimente Onlus effettuata su circa 4000 italiani, tra uomini e donne, di età tra i 18 e i 55 anni. Lo scopo era quello di scoprire che rapporto hanno gli italiani con la propria figura corporea (<http://nutrimente.org>). Il modo in cui ci

appare il nostro corpo non è dato solo dalle caratteristiche fisiche, ma è anche strettamente legato alla dimensione emotiva. L'adolescente si trova a vivere il periodo dello sviluppo in cui spesso sperimenta la paura di non riuscire a reggere il confronto con i propri modelli. Il corpo, inoltre, è in continuo cambiamento. Ogni ragazzo deve costruire una nuova immagine del proprio aspetto e percorrere il difficile cammino dell'accettazione di sé. In particolare, per gli adolescenti la percezione del proprio corpo è fortemente influenzata dal parere di familiari e, soprattutto, di amici e coetanei. I loro giudizi contribuiscono, infatti, a determinare i modelli corporei con cui ciascun ragazzo si confronta. Attraverso questi modelli il ragazzo valuta il proprio aspetto estetico, dando un significato a sé stesso. Infine, tra i ragazzi dilaga la tendenza ad attribuire un'eccessiva importanza all'aspetto fisico, a discapito di altre caratteristiche della persona. Se le valutazioni degli altri sono critiche, giudizi negativi, offese, e se, in aggiunta, esse sono fatte sui social network, le conseguenze possono essere anche molto gravi. La vergogna per il proprio corpo e l'impossibilità di raggiungere l'aspetto fisico desiderato possono avere effetti gravi sull'umore e sull'autostima del ragazzo. Colpire il corpo significa colpire il senso più profondo di sé stessi. Di conseguenza, è più facile che vengano attuati comportamenti dannosi con lo scopo di cambiare l'aspetto fisico. Per esempio, un'attività motoria eccessiva e restrizioni alimentari, o che si scelga di intraprendere la strada dell'isolamento sociale. Attacchi alla propria immagine corporea possono incidere sulla sfera inti-



ma e sessuale e possono condurre a problematiche psicologiche molto gravi proprio negli adolescenti. Tra queste sono presenti i disturbi alimentari (anoressia e bulimia), ansia e depressione che, se non curate adeguatamente, possono portare persino al suicidio. Il fenomeno del body shaming dal 2020 è un reato perché rientra nel “Cyberbullismo e date le gravi ripercussioni sulla salute è importante che questa forma di violenza sia contrastata soprattutto nell’adolescente”. È necessario promuovere un cambiamento culturale che spinga a cambiare il modo in cui consideriamo il nostro corpo e quello degli altri. Lo

si può fare attraverso la promozione dell’empatia verso l’altro. È utile effettuare un ridimensionamento del valore dei giudizi ricevuti tramite i social network e condividere le emozioni negative relative al proprio aspetto. È importante incoraggiare uno stile di vita sano e l’amore per il proprio corpo in termini di “cura” e non di mera bellezza estetica. A livello psicoterapeutico, sarà necessario intervenire sul significato e riconoscimento delle emozioni di paura, rabbia e vergogna, aiutando il ragazzo nella costruzione di un valore personale meno dipendente dall’aspetto fisico e dal giudizio dell’altro.

Bibliografia

1. Tamra B. Orr, *Combatting Body Shaming*, New York, The Rosen Publishing Group, Inc, 2017, ISBN 9781508171140.
2. Natalie Chomet, *Coping with Body Shaming*, New York, The Rosen Publishing Group, Inc, 2018, ISBN 9781508176879
3. https://www.ansa.it/canale_lifestyle/notizie/teen/2021/10/01/adolescenti-e-body-shaming
4. <https://psiche.santagostino.it/2020/11/12/body-shaming-e-fat-talk/>
5. <https://www.icleled.it/immagine-corporea-e-adolescenza-il-fenomeno-del-body-shaming/>



Antonella Vacca

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Somatizzazioni e Spettro Bipolare

/ Giuseppe Tavormina /

Le somatizzazioni sono molto frequenti nella vita della gente (soprattutto: colite, gastrite e cefalea; ma non soltanto). Se presenti cronicamente sono in alta percentuale determinati dallo stato tensivo-ansioso-inquieto delle persone. Sono pertanto un'evidenza precoce di patologia dello spettro bipolare, sia di livello lieve (disturbi cosiddetti sotto-soglia) che clinicamente più intenso.

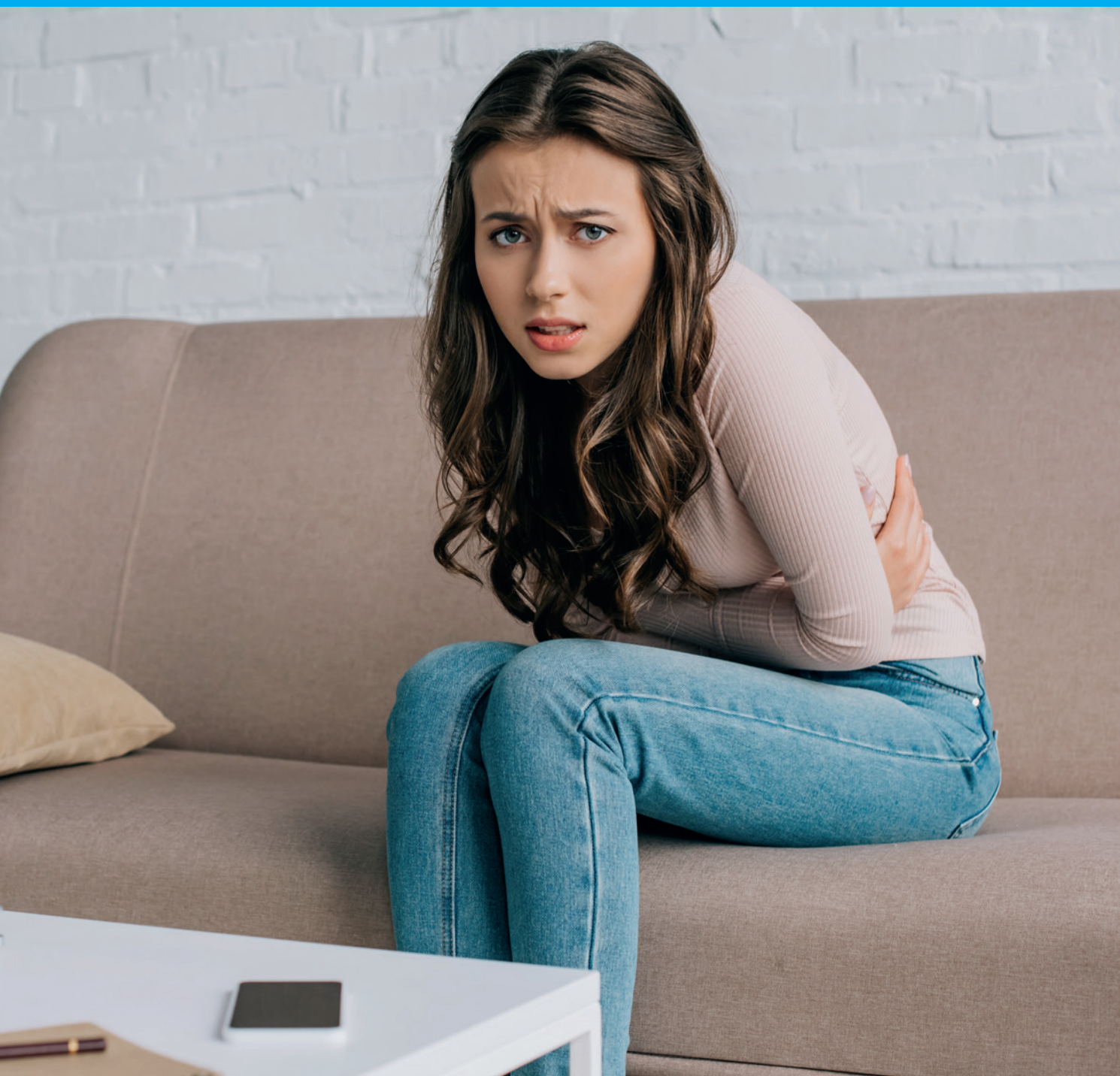
Le patologie dello spettro bipolare dell'umore sono spesso mal diagnosticate o non diagnosticate, malcurate o non curate affatto (Akiskal 1996; Akiskal-Pinto 1999). Tali patologie dello spettro bipolare sono più diffuse di quanto si pensasse in precedenza (Tavormina-Agius 2007); questi pazienti presentano molto spesso "somatizzazioni". Un'alta percentuale di questi sintomi sono mal diagnosticati e scambiati per sintomi somatici causati da malattie organiche. Invece ne sono la causa la tensione interna, l'agitazione e la labilità emotiva (cioè: facile emozionabilità) dei pazienti con malattie nello spettro bipolare (soprattutto fra i cosiddetti stati misti bipolari). In uno studio su 423 pazienti, solo il 20% non

ha presentato somatizzazioni alla loro "prima visita". Quasi tutto questo gruppo di pazienti che non presentavano somatizzazioni era composto da uomini, solo il 16% da donne (Tavormina G, 2011). Spesso questi sintomi somatici non vengono valutati come conseguenza dei disturbi dell'umore, ma erroneamente scambiati per malattia d'organo. Ciò porta pertanto ad effettuare una lunga serie di esami di sangue e strumentali spesso inutili. Baig ha presentato un suo lavoro al Congresso Psichiatrico Europeo del 2012 (EPA 2012) sulla relazione tra colite e disturbi affettivi (Baig et al, 2011). L'eczema e la psoriasi possono, come la colite, essere associati al disturbo bipolare, a causa dell'associazione tra infiamma-

zione e disturbi affettivi (Dadic-Hero et al, 2011; Filakovic et al, 2008). Inoltre, l'emicrania ha legami genetici con il disturbo bipolare (Oedegard et al, 2010). La presenza cronica nella vita dei pazienti di alcune somatizzazioni (la colite, la gastrite e la cefalea di cui sopra, ma anche un aumento di reazioni psoriasiche ed eczemi) sono sintomi chiave per fare una diagnosi precoce di disturbi dell'umore nello spettro bipolare. Lo psichiatra e/o il medico di famiglia dovrebbero tenerne conto con attenzione. Curando la malattia bipolare miglioreranno, spesso fino alla guarigione, anche i sintomi somatici. Nello studio osservazionale sopra citato su un gruppo di 423 pazienti, 161 uomini e 239 donne (Tavormina G, 2011), tutte le somatizzazioni sono scomparse durante il trattamento farmacologico della malattia dello spettro bipolare. Alcuni sintomi, residuali e lievi, periodicamente si riacutizzavano insieme ad altri sintomi della malattia dell'umore durante le fasi di riacutizzazione sintomatologica: anche questo è quindi uno specchio/spia di queste malattie.

La cronica presenza nella vita dei pazienti delle somatizzazioni prima descritte (soprattutto, colite, gastrite e cefalea) sono indicazioni molto importanti che possono portare a una diagnosi precoce dei disturbi dell'umore dello spettro bipolare. Fare una diagnosi precoce del disturbo bipolare è essenziale perché esso è un importante problema di salute pubblica.

Il mancato trattamento di queste patologie dell'umore può comportare gravi conseguenze, non solo di compromissione della qualità della vita, ma anche di aumento del rischio di suicidio (Agius et al, 2011).



Bibliografia

1. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (suppl 1): 4-14.
2. Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV. *Psychiatr Clin North Am.* 1999; 22: 517-534.
3. Baig BJ, Lees CW, Johnstone EC, James V, Satsangi J, Lawrie SM. Associations of Affective Disorder in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *European Psychiatry* 2011; Volume 26, Supplement 1: Page 2220.
4. Dadić-Hero E, Ružić K, Grahovac T, Graovac M, Palijan TZ, Sepić-Grahovac D. Allergic reactions– outcome of sertraline and escitalopram treatments. *Psychiatr Danub.* 2011 Mar;23 (1):120-2.
5. Filaković P, Biljan D, Petek A. Depression

in dermatology: an integrative perspective. *Psychiatr Danub.* 2008 Sep;20 (3):419-25.

7. Oedegaard KJ, Greenwood TA, Lunde A et al. A genome-wide linkage study of bipolar disorder and co-morbid migraine: Replication of migraine linkage on chromosome 4q24, and suggestion of an overlapping susceptibility region for both disorders on chromosome 20p11. *Journal of Affective Disorders.* 2010; 122:14-26.
8. Tavormina G, Agius M. The high prevalence of the bipolar spectrum in private practice. *J Bipolar Dis: Rev & Comm* 2007; 6:3:19.
9. Tavormina G – “Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?” – *Psichiatria Danubina.* 2011; 23: suppl 1: 13-14.
10. Agius M, Zaman R et al. Mixed

affective states; a study within a community mental health team with treatment recommendations. *European Psychiatry* 2011; 26:suppl 1:P01-145.



Giuseppe Tavormina

www.dottortavormina.it

Medico Psichiatra

Capo Redattore

Hikikomori e la depressione giovanile

/ Immacolata d'Errico /

Hikikomori: una depressione giovanile che cambia volto? È una psicopatologia emergente o un fenomeno culturale? Ragazzi che si isolano nella loro stanza e “giocano” al pc senza sosta, interrompendo ogni relazione sociale.

Nuove forme di malessere giovanile: ragazzi che chiudono il mondo fuori, sostituendo la vita reale con quella virtuale. Giovani ai margini della vita sociale. Gioventù ritirata in un mondo ovattato, circondati di gadget elettronici, unica via di comunicazione con l'esterno. Eterni Peter Pan, “bamboccioni” che bighellonano senza meta. Sono forme di malessere inedite? O una depressione che cambia volto? Si tratta di quadri psicopatologici emergenti o fenomeni culturali, caratteristici di quest'era post-moderna? Zygmunt Bauman ha definito la nostra società post-moderna, come una “società liquido-moderna” (Bauman, 2006), ricca di ambiguità e controsensi in cui si osserva una nuova forma di identità del sé. Essa è caratterizzata da contorni fluidi, da più sfaccettature e in cui la sostanza cede il posto alla forma. In questa società post-moderna diventano pregnanti il tema dell'esposizione,

la paura del giudizio, il bisogno di approvazione, l'ansia perenne di essere/non essere all'altezza. E ancora, la consapevolezza della propria vulnerabilità, la perdita di fonti di riferimento esterne, l'ansia cronica del vuoto, l'incubo della solitudine, si traducono nei giovani in una gamma di fenomeni quali Hikikomori, NEET, Otaku, Parasite Singles, Boomerang Generation. Scelgo di approfondire il fenomeno degli Hikikomori in quanto questa “epidemia sociale” ha superato i limiti geografici del Giappone. Gli hikikomori (che letteralmente significa “stare in disparte”, dalle parole “hiku” cioè “tirare” e “komoru” cioè “ritirarsi”), sono giovani giapponesi che si ritirano dalla società. Sono totalmente isolati nelle loro stanze, privi della voglia e anche dell'energia, di abbandonare il proprio “rassicurante” mondo/rifugio. Vivono in auto-reclusione, “inghiottiti dalla rete”, attraverso cui comunicano

con l'esterno virtuale. Un'esistenza tra chat e social network che diventa prioritaria e il più delle volte sostitutiva, rispetto alla vita reale. Nelle forme lievi i ragazzi condividono il pasto con i genitori, ma più spesso mangiano da soli nella loro stanza e urlano o agiscono con violenza ad ogni interferenza della famiglia. Nei casi più gravi l'hikikomori non esce dalla stanza nemmeno per lavarsi e questo anche per svariati anni. In Giappone è un “problema” sociale dalla seconda metà degli anni '80 (Zielenziger, 2008). La storia emblematica dell'Hikikomori è raccontata dal giornalista americano Michael Zielenziger in “Non voglio più vivere alla luce del sole” che esplora il mondo nascosto degli hikikomori facendo una analisi molto approfondita della società nipponica (Zielenziger, 2008). Nelle storie di molti hikikomori compaiono spesso il rifiuto dal





gruppo sociale ed esperienze di bullismo, imperante in tutti i gradi della scuola giapponese. I docenti non si intromettono nelle dinamiche della classe, chi non si uniforma viene emarginato e spinto a farsi da parte. Le madri delle vittime del bullismo non solidarizzano con i propri figli, ma dicono loro: “Che cosa hai combinato a scuola per essere maltrattato?”. In questo modo è difficile per i ragazzi combattere il bullismo (Zielenziger, 2008). Un'altra condizione che spesso è associata all'insorgenza di Hikikomori tra i giovani è lo stress da studio. La società giapponese considera il curriculum scolastico uno dei principali criteri di valutazione delle abilità individuali e dell'importanza sociale. Per questo motivo gli studenti percepiscono una pressione fortissima sin dai primi anni di studio. Gli esami sono molto difficili e gli abbandoni scolastici

ci non vengono segnalati perché in Giappone non c'è l'obbligo di andare a scuola (Bonini, 2021). Gli abbandoni scolastici non vengono segnalati anche perché i presidi, insieme agli insegnanti, preferiscono fingere che gli abbandoni non ci siano, in quanto questo li farebbe vergognare di non aver adempiuto al loro compito di docenti. I genitori a loro volta si vergognano della situazione e non intervengono: la rassegnazione giapponese, che nasce dal “shikata ga nai” (non c'è niente da fare) impedisce una reazione pronta. Di solito passano anni prima che i genitori chiedano un qualche supporto esterno (Zielenziger, 2008). In Giappone esiste il “sekenitei” (chiamato anche “il sistema di regole invisibili”), ovvero il modo in cui una persona è vista agli occhi della società, o anche il bisogno di salvare le apparenze. Perciò non conta quello che sei, ma quello

che devi far finta di essere, per non incrinare l'uniformità della società giapponese. A proposito di ciò una testimonianza riportata da Zielenziger, l'hikikomori Jun dice: “A me sembra che il mondo là fuori sia piuttosto duro e io non ho il fegato per affrontarlo”. Gli hikikomori rinnegano di fatto, questo sistema di pressione, obblighi e sacrificio, a cui manca la tolleranza e la compassione. Come estrema protesta e difesa si rinchiudono nella propria stanza! Il disgusto per un mondo esterno sempre più veloce e più competitivo, il chiudersi in un bozzolo fino a un'improbabile “guarigione” spontanea (o, più di frequente, fino all'ospedalizzazione coatta o al suicidio) si sta diffondendo rapidamente. È presente in America, in Europa, a partire dai paesi del nord (Svezia, Finlandia e Danimarca in testa) (Zielenziger, 2008). Infatti la tendenza all'autoreclusione con modalità



Hikikomori sta colpendo anche in Italia. Molto intelligenti, creativi, ma introversi, ragazzi che senza un apparente motivo si chiudono nella loro stanza, chi per incapacità di affrontare il mondo, chi per esprimere la sua rabbia. Chi per mesi, chi per anni. Tamaki Saito, il primo psicoterapeuta a studiare quello che viene definito un disturbo (non una patologia) ha evidenziato alcuni punti di contatto tra i ragazzi giapponesi e quelli italiani. Soprattutto per lo stretto rapporto con una madre iperprotettiva che “può rendere il figlio narcisista e fragile che alla prima difficoltà si ritira” (Saito, 1998). Gli hikikomori sono figli della cultura giapponese, ma i nostri autoreclusi condividono con loro più di un aspetto, soprat-

tutto lo scarto tra il piano di realtà e quello dell’ideale e le eccessive aspettative dei genitori. Ma mentre i ragazzi giapponesi fuggono da regole troppo severe, i nostri scappano più spesso dall’incapacità di gestire relazioni nel gruppo e con il mondo esterno, in senso lato. Identico il risultato: si chiudono in una stanza sostituendo la vita reale con quella virtuale. L’Hikikomori è un disagio emotivo? Una forma di depressione esistenziale? O fenomeno culturale? In psichiatria si incontrano spesso casi clinici non inquadrabili nelle categorie diagnostiche. In determinati contesti geografici si possono manifestare quadri legati alla cultura e alla società di quell’area. Questi disturbi, per effetto di un contagio transcultural-

legato ai media, possono uscire dai confini di una nazione ed essere assorbiti da altre culture, integrate, trasformate e ulteriormente amplificate e diffuse. Il Governo Giapponese non considera l’Hikikomori una sindrome, ma una emergente volontaria tendenza all’asocialità tra i giovani giapponesi. La complessità della realtà umana, legata alla trasformazione del mondo e delle relazioni, non permette di trovare una singola causa (Aguglia, 2006). Ritengo più probabile ci sia un incrocio di fattori sociali, culturali, psicologici, politici ed economici. Sono fenomeni, però, che non possiamo ignorare per il rischio che evolvano verso quadri psicopatologici specifici.

Bibliografia

1. Aguglia E., Signorelli M.S., et al. Il fenomeno dell’Hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente? *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2010; 16; 157-164
2. Bauman Z. *Modernità liquida*. Edizioni Laterza, 2006.
3. Saito T. *Social withdrawal: a neverending adolescence*. PHP Shinsho, Tokio, 1998.

4. Zielenziger M. *Non voglio più vivere alla luce del sole. Il disgusto per il mondo esterno di una nuova generazione perduta*. Elliot ed., Roma, 2008

Sitografia

5. Bonini F. *La sindrome di Hikikomori. Analisi del fenomeno, focus sulla situazione attuale e traduzione di tre articoli con commento traduttologico*. 2020/2021 <http://dspace.unive.it/bitstream/handle/10579/18851/852438-1243649.pdf?sequence=2>



Immacolata d’Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Depressione post-psicotica

/ Barbara Solomita /

La depressione post-psicotica è un fenomeno clinico importante e frequente. Spesso non è diagnosticata e di conseguenza non trattata. Si può manifestare anche in giovane età a seguito del primo esordio psicotico.

Cosa caratterizza la depressione post-psicotica? E come si procede ad una definizione, a volte ritenuta controversa? Per tale motivazione utilizzerò la recente ricerca del gruppo di Guerrero-Jiménez (marzo 2022). I suddetti ricercatori tendono ad inquadrarla come un episodio depressivo che si manifesta appena dopo la scomparsa o l'attenuazione dei sintomi psicotici. Sembra, comunque, che siano presenti sintomi depressivi diversi da quelli che si possono manifestare durante l'episodio psicotico. I sintomi depressivi sono diversi anche da quelli che si manifestano negli stati misti. La depressione post-psicotica è stata da alcuni ricercatori considerata come una sindrome depressiva classica che si manifesta nella schizofrenia residuale. Per diagnosticare la depressione post-psicotica si procede innanzitutto ad effettuare una diagnosi differenziale. La ricerca di Guerrero-Jiménez (2022) ha evidenziato che la depressione post-psicotica si differenzia dagli effetti del trattamento farmacologico e dai sintomi

negativi. Persino il deterioramento cognitivo che si evidenzia nelle patologie croniche è diverso. La mancanza di criteri per effettuare la diagnosi ha portato, tuttavia, alla considerazione che sia poco frequente. Invece, lo studio spagnolo ha riscontrato una frequenza elevata (36% in media tra i diversi studi). "Il rischio", affermano gli autori, "è quello di non riuscire a combattere le

gravi conseguenze della depressione post-psicotica". Tra queste identificano il deterioramento del funzionamento psicosociale, le ricadute e il suicidio. È importante, quindi, poterla classificare come una entità indipendente. La depressione post-psicotica possiede, infatti, delle proprie caratteristiche cliniche. Tra queste le più drammatiche sono la cattiva prognosi, l'aumentato rischio di ricadute e l'elevato rischio di suicidio. La sintomatologia della depressione post-psicotica presenta aspetti caratteristici. Tra i sintomi più frequenti sono stati descritti i seguenti: 1) stanchezza psicofisica, 2) sintomi simili alla schizofrenia, 3) ridotti sintomi depressivi comportamentali (così come l'agitazione). La differenza principale rispetto alle altre forme di depressione, tuttavia, sta nel tempo di comparsa. La sintomatologia della depressione post-psicotica è sempre successiva a un precedente episodio psicotico, che è caratterizzato da deliri, allucinazioni, non coscienza di malattia. Secondo Birchwood (2000) la depressione post-psicotica ha anche le seguenti caratte-





ristiche: 1) i sintomi depressivi devono essere almeno moderati. 2) Assenza di sintomi psicotici. 3) Assenza di precedente fase depressiva. 4) Preoccupazione e/o consapevolezza della propria storia psicotica. I sintomi della depressione post-psicotica che si manifestano al termine di un episodio psicotico sono caratterizzati dalla preoccupazione e dalla consapevolezza di avere una grave malattia. Le persone si sentono private da ogni speranza di guarigione (Wärdig et al. 2021). Aumenta in loro la sensazione di vuoto, la mancanza di significato della vita e lo stigma. Si manifesta la “ferita narcisi-

stica”, che produce la psicosi (Semrad 1966). Esplode il sentimento di vergogna e di sconforto per i vissuti psicotici. “Quando il delirio scompare, il paziente diventa depresso” (Steinman & Garfield 2018). È la fase del disturbo psicotico a più alto rischio suicidario. La ricerca del gruppo spagnolo di Guerrero-Jiménez ha riassunto le più recenti conoscenze su questa patologia. I sintomi psicotici interferiscono con l’ambiente familiare, sociale e lavorativo. La conseguenza che una volta ridotti o scomparsi possono determinare sintomi depressivi. Compaiono sentimenti di vergogna, ci si sente è “intrap-

polati” nello stigma, aggravato dalla sintomatologia successiva all’episodio psicotico, le capacità socio-relazionali screditate rinforzano i sintomi depressivi. Cosa fare? La depressione post-psicotica rappresenta una grande sfida per gli operatori della salute mentale. Essi dovrebbero prestare maggiore attenzione e sensibilità a differenziare il corredo sintomatologico della depressione post-psicotica. Il piano terapeutico specifico, basato su strategie cliniche integrate, quali interventi farmacologici, psicoterapici e psicosociali sarà mirato alla complessità e alla specificità del quadro clinico.

Bibliografia

- Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:516–21.
- Guerrero-Jiménez M, Carrillo de Albornoz Calahorra CM, Girela-Serrano B, Bodoano Sánchez I, Gutiérrez-Rojas L. Post-Psychotic Depression. An Updated Review of the Term and Clinical Implications. *Psychopathology*. 2022;55(2):82-92. doi: 10.1159/000520985. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35220306.
- Semrad EV. Long-term therapy of schizophrenia. In: Usdin GL, editor. *Psychoneuroses and schizophrenia*. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1966. p. 155–73.
- Steinman I, Garfield D. Self psychology and psychosis: the development of the self during intensive psychotherapy of schizophrenia and other psychoses. London: Routledge; 2018.
- Wärdig R, Olofsson F, Eldh AC. Conceptualizing patient participation in psychiatry: A survey describing the voice of patients in outpatient care. *Health Expect*. 2021 Aug;24(4):1443-1449. doi: 10.1111/hex.13285. Epub 2021 May 31. PMID: 34058044; PMCID: PMC8369099.

Barbara Solomita
Psicologa Psicoterapeuta

Crisi adolescenziali e disturbi dell'umore

/ Nicolas Zdanowicz /

Gli psichiatri che si occupano degli adolescenti nel mondo francofono hanno sempre avuto difficoltà con il sistema di classificazione del DSM sin dalla pubblicazione della sua terza versione. In particolare per la diagnosi dei disturbi dell'umore negli adolescenti e nelle crisi adolescenziali.

Il sistema kraepilinario del DSM III differisce dal sistema più tendenzialmente psicodinamico del DSM II, ponendo maggiore enfasi sui sintomi oggettivi piuttosto che soggettivi. Pertanto, il concetto altamente soggettivo di "crisi" non poteva sussistere nella nosografia revisionata. Sebbene le "crisi adolescenziali" non appaiano come tale nel DSM II, erano tuttavia sempre presente nel suo sistema di codificazione, che richiede al clinico di determinare la natura reattiva dei disturbi osservati. Nel DSM II, ci sono tre modi per codificare una serie di sintomi visualizzati in un adolescente. – Al suo primo livello di codifica, il DSM II definisce come "disturbi situazionali transitori" qualsiasi espressione sintomatica, a condizione che appaia come transitoria e in reazione agli stress di adattamento associati a uno stadio di sviluppo

nella vita del soggetto. – I disturbi comportamentali dell'infanzia e dell'adolescenza costituiscono il secondo livello di codifica. Devono essere più stabili, più strutturali e più resistenti dei precedenti, ma meno dei disturbi definitivi. – Il terzo livello di diagnosi prevede l'uso della classificazione degli adulti. Per poter utilizzare quel livello di classificazione, il disturbo deve avere una struttura più definitiva. Nei paesi francofoni la diagnosi di un disturbo dell'umore nell'adolescenza richiede due prerequisiti. Da una parte, l'adolescente è concepito come un soggetto del tutto psichicamente instabile e con possibili crisi adolescenziali, dall'altra, l'adolescenza è percepita come un percorso evolutivo depressogeno (Zdanowicz et al., 1996). In seguito all'aspetto psichico evolutivo tipico di questa età, gli psichiatri francofo-

ni ritengono che gli adolescenti possano mostrare differenti tipologie di quadri clinici, compresi i disturbi degli adulti. I suddetti quadri clinici possono manifestarsi in forma lieve e transitoria (crisi adolescenziali), ma possono anche presentarsi quadri clinici più marcati ed evolutivi. Nella maggior parte dei casi, i medici ritengono che questi disturbi non siano né così gravi né richiedano lo stesso trattamento o abbiano una prognosi simile a quella degli adulti. Questa instabilità clinica li induce a fare diagnosi definendoli "stati", per distinguerla dalla stessa corredata da più sintomi presenti negli adulti che definiscono i "disturbi", oltre che per sottolineare l'instabilità della psicopatologia. Tuttavia, se il clinico ritiene che la condizione clinica sia continuativa, viene diagnosticato un "disturbo" piuttosto che uno "stato". Ciò che determina la stabilità del disturbo, e pertanto, la sua gravità, sono i criteri psicodinamici, cioè i dati sulla soggettività dell'adolescente. Con questo approccio, normalità e patologia non sono definite da un rapporto di esclusione ma da un rapporto di continuità. Considerando l'essenza dell'essere umano, il "Pathos" è una delle possibili modalità di funzionamento della psiche umana. I criteri di normalità in questo caso sono strutturati da un lato nel mondo interiore del soggetto (soggettività), che comprende la vita istintuale e i meccanismi di adattamento, e dall'altro lato nella realtà esterna, cioè con i sintomi oggettivi (Bergeret, 1974). Per gli psichiatri francofoni, la presenza di sintomi oggettivi non è sufficiente per stabilire se un adolescente abbia o meno un disturbo psichiatrico valutato con le metodiche definite per



gli adulti; i criteri interni sono ancora richiesti. Questi criteri interni per gli adolescenti includono principalmente l'esistenza di disagio psicologico e meccanismi di adattamento stereotipati, ma anche un blocco nel processo soggettivo di acquisizione dell'autonomia. L'adolescenza è vista come un episodio depressivo, non solo perché include un processo di separazione dall'infanzia, ma anche perché questo abbandono è necessario affinché il bambino si ridefinisca come futuro adulto, anche attraverso

periodi di crisi adolescenziali. A differenza della depressione e del dolore negli adulti che provocano la perdita, il dolore-depressione negli adolescenti ha una buona prognosi, principalmente perché apre la strada al mondo degli adulti, più ricco di potenziale rispetto a quello dell'infanzia. Pertanto, la depressione nell'adolescenza sarebbe frequente e persino necessaria. Per gli psichiatri francofoni si deve distinguere il normale "umore depressivo" adolescenziale dal disturbo depressivo maggiore. Secondo

lo psichiatra francofono, i sintomi depressivi tra gli adolescenti sono comuni e banali. La diagnosi di episodio depressivo maggiore è resa ancora più complessa in quanto il numero di sintomi depressivi aumenta tra 12 e 17 anni, e nell'intervallo fra 17-18 anni sono così frequenti che il confine tra "umore depressivo" e depressione maggiore diventa lieve. Questa concezione della depressione nell'adolescenza ha portato alcuni autori a ipotizzare una normale distimia dell'adolescenza (Marcelli e Braconnier,



2008). Per quanto riguarda i disturbi bipolari, lo psichiatra francofono deve rispondere a diverse domande relative al loro processo diagnostico, alla valutazione della gravità del disturbo e alle opzioni di trattamento: 1 / Il disturbo è stabile o è solo uno stato temporaneo? 2 / se il disturbo è stabile ci sono motivi per credere che il paziente adolescente sia psicotico? Se sì (si verifica più frequentemente nei pazienti bipolari di tipo 1), la diagnosi è di disturbo maniaco-depressivo. Questa diagnosi richiede un trat-

tamento più intenso in termini di neurolettici. 3 / Il paziente adolescente mostra tratti psicotici? In caso negativo, la diagnosi è definita in termini di “reazione contro-depressiva” e il trattamento antidepressivo è più importante di quello antipsicotico. 4 / L’aspetto delirante dei sintomi è il più saliente dello stato clinico? È certo che una diagnosi tempestiva e un trattamento precoce sono una risorsa nel trattamento dei giovani pazienti. Anche se i due paradigmi psichiatrici concordano su questo punto, i loro rispet-

tivi atteggiamenti nei confronti dei giovani con caratteristiche cliniche sono diversi. Nei paesi anglosassoni, se i criteri per un disturbo sono soddisfatti, il trattamento viene deciso a rischio di sovra diagnosi e di stigmatizzazione dei falsi positivi. Nei paesi francofoni, anche se i criteri sono soddisfatti, è ancora necessario che siano presenti caratteristiche psicotiche e che l’analisi psicopatologica del disturbo nel quadro evolutivo dell’adolescenza confermi che il disturbo è stabile, con conseguente trattamento successivo o aumento di falsi negativi non sufficientemente trattati. Sebbene le mie considerazioni sopra descritte si riferiscano ad una mia ricerca scientifica pubblicata nel 2013 (Zdanowicz et al, 2013), il contenuto e l’approccio diagnostico resta sempre attuale fra gli psichiatri francofoni che si occupano di disturbi depressivi giovanili e di crisi adolescenziali. Pensiamo che procedendo in questo modo il nostro approccio eviti di prescrivere terapie che possono talvolta essere eccessive e/o di stigmatizzare i giovani che non presentano ancora quadri clinici conclamati.

Bibliografia

1. Bergeret J., 1974. La personnalité normale et pathologique. Dunod, Paris.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 2nd ed, 1968. American psychiatric association, Washington.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd ed, 1980. American psychiatric association, Washington.
4. Marcelli D., Braconnier A. Adolescence et Psychopathologie. 7ieme ed. Elsevier Masson, Paris, 2008
5. Zdanowicz N., Reynaert Ch., Janne P., 1996. Adolescence and diagnostics. Psychol. Rep. 78, 456-466.
6. Zdanowicz N et al – Bipolar disorders in adolescents (CEPIP); August 2013; 326-31

Nicolas Zdanowicz

Université Catholique de Louvain – Belgium

Deficit cognitivi nella depressione

/ Francesco Franza /

All'improvviso ci assale la difficoltà di concentrazione, un senso di difficoltà nel mantenere l'attenzione quando vediamo un film o prepariamo il pranzo. Oppure compaiono difficoltà nell'organizzazione di un viaggio, o ancora, spossatezza "mentale". Questi deficit cognitivi possono comparire quando si manifesta un episodio depressivo, ma possono persistere anche quando l'episodio depressivo scompare, durante il cosiddetto "stato asintomatico".

I clinici e i ricercatori racchiudono questi sintomi nel gruppo dei cosiddetti deficit cognitivi della depressione. Essi sono un aspetto importante e centrale della sindrome depressiva e possono avere una diversa gravità e intensità. Queste alterazioni possono causare difficoltà nella vita quotidiana, nelle relazioni sociali, in ambito familiare e lavorativo. I principali deficit cognitivi coinvolti nella depressione riguardano la memoria e la capacità di apprendimento di nuove informazioni (Maj et al, 2020). Questi

sintomi sono la manifestazione di alterazioni biologiche e di modificazioni di alcune aree cerebrali? Lo sviluppo delle neuroscienze degli ultimi anni ha stimolato i ricercatori a trovare la causa biologica di queste alterazioni. La maggior parte dei risultati ha documentato il coinvolgimento di alcune aree cerebrali che sono responsabili della memoria e della regolazione delle emozioni. Queste aree cerebrali sono connesse tra di loro. Esse sono costituite dal sistema limbico, dall'amigdala, dall'ippocampo, parte della

corteccia del cingolo, e della corteccia prefrontale e dal nucleus striatus. L'ippocampo è l'area cerebrale maggiormente studiata ed è coinvolta nella memoria e nella regolazione delle emozioni. Nei pazienti depressi è stata trovata costantemente una piccola riduzione del volume (atrofia) dell'ippocampo in un range compreso tra l'8% e il 19%. È stato dimostrato che nei pazienti depressi nel tempo aumentano sia i deficit cognitivi sia l'atrofia dell'ippocampo (Mancini et al., 2022). Come diagnosticare i disturbi cognitivi nella depressione? È necessario intercettare e diagnosticare questi sintomi il più presto possibile. Un pronto intervento consentirà di evitare un peggioramento delle alterazioni delle aree cerebrali coinvolte. Per diagnosticare i deficit cognitivi della depressione esistono diversi strumenti di valutazione. La maggior parte di questi strumenti risulta essere poco pratica nell'attività clinica di routine. La loro somministrazione è complessa e costosa e richiede percorsi di formazione da parte degli operatori sanitari. I clinici nella propria attività lavorativa di routine, anche in quella ambulatoriale, dovrebbero valutare attentamente tali deficit cognitivi. Sono necessari, quindi, strumenti di valutazione semplici, di facile somministrazione, accettati dal paziente e sarebbero ripetibili nel tempo. Tra i diversi strumenti di valutazione il THINC-integrated, possiede queste caratteristiche. Può essere somministrato facilmente ai pazienti attraverso una applicazione per telefonini e tablet che si scarica gratuitamente e ha una durata di esecuzione breve (5-8 minuti). La presenza del deterioramento cognitivo nei pazienti affetti da depressione ha implicazio-



ni significative per la formulazione degli interventi terapeutici. È stato osservato che i farmaci antidepressivi e alcune psicoterapie (la terapia Cognitivo Comportamentale) possono indurre lo sviluppo dei neuroni e migliorare la neurogenesi dell'ippocampo. Per neurogenesi si intende il processo di formazione di nuove cellule nervose. La letteratura scientifica suggerisce, inoltre, di valutare l'assunzione dei farmaci che possono interferire sulle funzioni cognitive e la possibile loro sospensione. Questi comprendono gli antidepressivi triciclici, gli antipsicotici e le benzodiazepine. Le sostanze ricreative (ad es., Cannabis), che interferiscono con le funzioni cognitive dovrebbero essere evitate. Anche il miglioramento della qualità del sonno agisce positivamente sulle funzioni cognitive dei pazienti depressi. Altre terapie comprendono il rimedio cognitivo l'esercizio fisico e la neurostimolazione (ad es., la stimolazione magnetica transcranica). Negli

ultimi anni, le tecniche di immagine cerebrale con la Tomografia computerizzata sono migliorate e hanno permesso di individuare alterazioni in alcune zone cerebrali. Alcuni studi hanno individuato gli effetti delle terapie su queste modificazioni cerebrali. La maggior parte di questi studi ha evidenziato che il trattamento farmacologico con antidepressivi rallenta o riduce la atrofia dell'ippocampo. Altri studi hanno confermato questa tendenza anche con psicoterapia (ad esempio, la CBT). Gli antidepressivi possono proteggere contro la progressiva riduzione dell'ippocampo, migliorare la plasticità neuronale alterata e facilitare lo sviluppo e le relazioni tra nuove cellule nervose. Un recente studio condotto da Tai e collaboratori (2021) ha confermato gli studi precedenti. Sia gli antidepressivi, sia la terapia cognitivo comportamentale possono proteggere i pazienti affetti da depressione contro la progressiva riduzione dell'ippocampo. I deficit cognitivi della

depressione, così come i deficit della memoria, dell'attenzione e dell'apprendimento possono giovare della terapia. È indispensabile conoscerli, diagnosticarli e trattarli per migliorare la qualità della vita dei soggetti depressi.

Bibliografia

1. Mancini A, de Iure A, Picconi B. "Basic mechanisms of plasticity and learning". *Handb Clin Neurol.* 2022;184:21-34.
2. McIntyre R S. "The Thinc.Integrated tool (THINC-it) Screening assessment for cognitive dysfunction: validation in patients with Major Depressive Disorder." *J Clin Psychiatry* 2017 Jul;78(7):873-881. doi: 10.4088/JCP.16m11329.
3. Maj M et al. "The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management". *World Psychiatry.* 2020 Oct;19(3):269-293.
4. Tai HH et al. "Treatment-Specific Hippocampal Subfield Volume Changes With Antidepressant Medication or Cognitive-Behavior Therapy in Treatment-Naive Depression". *Front Psychiatry.* 2021 Dec 24;12:718539.



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Cosa fare con i bambini e gli adolescenti in depressione?

/ *Andrea Iengo* /

Un adolescente o un bambino irritabile potrebbero nascondere sintomi di depressione. Come fare diagnosi e come trattare questo disturbo nei bambini e negli adolescenti.

Un adolescente su 11 ad un tratto della sua vita manifesta sintomi di depressione. La maggior parte di loro non riceve aiuto da uno specialista della salute mentale, ma solo dal proprio pediatra, per questo motivo l'associazione dei pediatri americani (AAP) si è preoccupata di fornire ai pediatri delle indicazioni su come trattare queste situazioni. Se i sintomi depressivi sono lievi, dovrebbe esserci un periodo di osservazione e supporto attivo prima di iniziare un vero e proprio percorso di terapia. Se invece ci troviamo davanti ad una diagnosi di depressione moderata, o grave, bisognerebbe iniziare immediatamente un trattamento senza un periodo di attesa. Esistono dei test, molto adatti ai bambini, che aiutano i professionisti a discriminare una depressione da altri disturbi, e richiedono solo l'utilizzo di carta e matita. Tra i più diffusi e utilizzati ci sono il test della figura umana e il test della persona

sotto la pioggia. Viene chiesto al giovane paziente di effettuare alcuni disegni e commentarli. Attenzione però a non pensare di utilizzare questi test senza la supervisione di un professionista, sebbene sembrino molto semplici. Per avere validità essi vanno somministrati esclusivamente da personale qualificato, anche per evitare di allarmarsi inutilmente davanti a dei disegni che potrebbero sembrare preoccupanti. Altri modi per fare diagnosi consistono nell'utilizzo di questionari da proporre ai genitori, e ovviamente l'osservazione dei sintomi, guidata da uno specialista. A differenza di quello che avviene negli adulti, uno dei modi in cui si manifesta la depressione negli adolescenti, è l'irritabilità. Essa può prendere il posto della tristezza, sebbene anche la tristezza sia spesso presente. È abbastanza strano pensare che un bambino irritabile o un adolescente irritabile possano essere depressi. Ma



si tratta proprio di uno dei sintomi tipici di questo disturbo in questa fascia d'età. Dobbiamo quindi notare le situazioni in cui l'adolescente inizia ad andare male a scuola, si isola, ha scatti d'ira o commette azioni delinquenti. Altri sintomi tipici della depressione sono variazioni nell'appetito, nel ritmo del sonno, perdita di energia, pensieri ricorrenti di morte o pensieri legati al suicidio e sensazione di sentirsi inutile. Attenzione però: si può parlare di depressione solo se questi sintomi non sono collegati a degli



eventi esterni accaduti al bambino. Come ad esempio la perdita di una persona cara, la scoperta di una malattia o un altro trauma. Per fare diagnosi di depressione devono essere presenti almeno cinque sintomi per un minimo di due settimane e devono alterare e/o compromettere la vita quotidiana. Tali sintomi non devono essere conseguenti a malattie fisiche o ad uso di sostanze (DSM-5, 2014). Nelle linee guida dell'Associazione Pediatri Americani sono state presi in considerazione due tipi di psicoterapia, la terapia cognitivo comportamentale

e la psicoterapia interpersonale, entrambe adattate alle esigenze degli adolescenti (Cheung, 2018). La psicoterapia cognitivo comportamentale si basa sulla teoria per cui i pensieri influenzano i comportamenti e le emozioni, e viceversa. La terapia modifica pensieri e comportamenti del paziente per migliorare il suo umore. I passi più importanti sono: un aumento delle attività piacevoli, la riduzione dei pensieri negativi e l'insegnamento di tecniche di risoluzione dei problemi. La psicoterapia interpersonale presuppone che problemi interpersonali

possono causare, o amplificare, la depressione e che, a sua volta, la depressione può far nascere problemi interpersonali. Per questo il trattamento ha come obiettivo il miglioramento delle relazioni con gli altri in modo da risollevare l'umore. Anche i genitori sono coinvolti in alcune fasi della terapia. In Italia è molto diffusa anche la Terapia Sistemico Relazionale. Questa considera i problemi psicologici come effetto della relazione del paziente con l'ambiente in cui vive, con la sua famiglia e con le altre persone importanti. In questo tipo di terapia,



così come anche nella Terapia Breve Strategica, viene utilizzato a volte un approccio indiretto al problema. In alcuni casi il paziente, soprattutto se molto giovane, può addirittura non essere mai portato in seduta dal terapeuta e tutto il lavoro viene effettuato attraverso le indicazioni che vengono date alla famiglia. L'idea è che se un determinato problema esiste è perché viene alimentato

da tutti i tentativi che facciamo per cercare di risolverlo. Questi tentativi possono essere fatti tanto dal paziente, quanto dai suoi familiari. Si andrà pertanto ad intervenire proprio su questi tentativi per distruggere il disturbo dalle fondamenta. Non dimentichiamoci inoltre che è possibile che un adolescente depresso, ma anche un bambino irritabile, faccia uso di qualche tipo di droga.

cosa che può portare ad un'alterazione dell'umore. Una depressione negli adolescenti non trattata adeguatamente, può causare problemi nello sviluppo sociale, cognitivo, emozionale e nelle relazioni familiari. Mentre se viene affrontata correttamente i risultati sono molto promettenti. Le ricadute sono molto frequenti in questo tipo di disturbo (dal 20 al 60% tra uno e due anni dalla fine



della terapia). È stato dimostrato che continuare la psicoterapia anche dopo aver risolto i sintomi più gravi, ci consente di ridurre notevolmente queste ricadute (Cook, 2009). Come abbiamo visto è molto importante che il bambino, o l'adolescente depresso, possano sentirsi ascoltati nel più breve tempo possibile. Proprio per questo il ruolo del pediatra è fondamentale, trattandosi della prima figura di aiuto con cui il bambino si confronta. Se si instaura un buon rapporto con il pediatra sarà molto più semplice provvedere a indirizzare il ragazzo ad uno psicologo che possa seguirlo in modo più approfondito. È bene quindi non ignorare i campanelli d'allarme, ma mantenere una posizione equilibrata riguardo il problema.

Come abbiamo visto, infatti, non sempre è necessario intraprendere una vera e propria psicoterapia.

Con sintomi lievi di depressione, può essere sufficiente tenere sotto controllo la situazione, mentre si insegna al ragazzo come affrontare le difficoltà che può incontrare nella vita quotidiana.

Al tempo stesso, se dovesse essere necessario, è importante, in caso di sintomi di depressione media o grave, intervenire nel modo più adeguato e senza perdere tempo.

Bibliografia

1. Biondi M. (2014). DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali) American Psychiatric Association- Cortina Editore
2. Castellazzi, V. L. (2018). Il test del disegno della persona sotto la pioggia. LAS.
3. Castellazzi, V. L. (2021). Il test del disegno della figura umana. LAS.
4. Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Laraque, D., Stein, R. E., Levitt, A., ... & GLAD-PC STEERING GROUP. (2018). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*, 141(3).
5. Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J., Seeley, J. R., & Williams, J. (1992). Cogniti-

ve-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23(3), 341-354.

6. Cook, M. N., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(9), 17.

Sitografia

7. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-mentali-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbi-depressivi-nei-bambini-e-negli-adolescenti> (visitato in data 31/03/2022)

8. <https://www.stateofmind.it/psicoterapia-sistemico-relazionale/#la-psicoterapia-sistemico-relazionale-in-italia-mara-selvini-palazzo-ly-e-il-gruppo-di-milano> (visitato in data 31/03/2022)



Andrea Iengo

*Psicologo Psicoterapeuta
Specializzato Terapia Breve
Strategica
Redattore*

Un abbraccio lungo una vita

/ Alba Cervone /

L'abbraccio, ovvero, l'azione dell'abbracciare, è l'atto di afferrare, cingere, prendere con le braccia una persona, per lo più per manifestarle amore o affetto. L'abbraccio cura. L'abbraccio da un nome alle emozioni. L'abbraccio che non c'è, affama.

C'è un posto nel mondo dove il cuore batte forte, / dove rimani senza fiato per quanta emozione provi; / dove il tempo si ferma e non hai più l'età. / Quel posto è tra le tue braccia in cui non invecchia il cuore, / mentre la mente non smette mai di sognare.
Alda Merini



Mamma perché quando mi abbracci dormo serena?”, mi chiese

qualche sera fa mia figlia di quattro anni. La mia risposta fu una domanda: “tu che senti quando ti abbraccio?” e la piccola mi rispose, seria e fiduciosa, “mi sento protetta e non ho paura!”. Ogni adulto reagisce diversamente ai capricci di un bambino, irritandosi, provando a distrarlo con ricorso spesso a dispositivi elettronici, che aumentano il senso di incomprensione che il bambino percepisce. Secondo Maria Montessori, il capriccio è l'espressione in “bambinesco” di un vissuto di rabbia legato ad una frustrazione. Il capriccio è, pertanto, l'espressione di un desiderio del bambino che l'adulto non riesce a comprendere. Questa incomprensione è dovuta al fatto che il piccolo non ha le necessarie capacità comunicative per esprimere in modo chiaro i suoi desideri. Si limita all'utilizzo di poche parole che lasciano solo intendere senza far capire davvero. La Montessori suggerisce

di comportarsi in maniera accogliente ed empatica rispetto ai capricci dei bambini. Bisogna restare calmi, cercare di capire cosa desiderano, non urlare o strattonnarli perché oltre a non comprenderli gli starete pure mancando di rispetto (Montessori M, 2017). Un metodo efficace e curativo è l'abbraccio contenitivo, metodo holding. Così come i neonati hanno bisogno del contatto fisico con la madre, anche i bambini più grandi traggono beneficio da questo contatto. Esso li rassicura – suggerisce la dott.ssa Welch, psicoanalista americana. Nell'holding, il bambino viene avvolto dal nostro abbraccio, con dolcezza e grande fermezza, mantenendo se possibile un contatto visivo. Solitamente, dopo un'iniziale opposizione caratterizzata da calci e strepiti, la tensione del bambino si scioglie e comincia a rilassarsi. Importante è mantenere la fermezza, così da effettuare un efficace contenimento. Adottando questo metodo, il bambino si sentirà compreso ed accettato, calmando le sue paure e instaurando uno speciale legame affettivo. Nel caso non funzionasse (raramente), occorre immaginare altre soluzioni per la gestione della rabbia (Welch M, 1991). L'abbraccio è utile anche per dare un nome alle emozioni. Sciogliersi in un abbraccio consente al bambino di poter gestire la paura, la rabbia, la tristezza o la gioia. Senza avere il terrore di esserne sopraffatti perché non compresi. È un momento intimo in cui la mamma o il papà, lo accolgono e lo accompagnano alla vita. I due anni di pandemia hanno avuto un impatto rilevante sulla salute mentale dei bambini e sulle modalità di relazione tra i pari. Ogni bambino ha fatto i conti con la paura, con le restrizioni imposte,



reagendo come poteva. Anche gli abbracci coi coetanei sono diventati “vietati”, aumentando la paura e la diffidenza. Esse smorzano la spontaneità e lo slancio vitale che caratterizza questa fascia di età. Vicari, responsabile di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, nel settembre 2021, ha notato l’aumento dell’ospedalizzazione e delle condotte autolesionistiche nei minori. Pertanto, preoccupato, ha creato un servizio di rete dedicato ad accogliere queste problematiche, nella fascia di età dell’infanzia e adolescenza. Conoscere le mancanze, consente a noi adulti di poter riparare alle ferite inferte e laddove opportuno chiedere aiuto ad uno specialista. Un abbraccio che affama è un abbraccio mancato, un abbraccio di una madre assente. Meglio un abbraccio che una merendina per calmare le ansie. Questa affermazione, apparentemente banale non è scontata per molti genitori.

I ricercatori dell’Università della Scienza e della Tecnologia della Norvegia, del King’s College di Londra, dell’Università di Londra e di Leeds hanno riscontrato un dato rilevante. I bambini di età scolare, nutriti di più dai loro genitori, per calmare i loro sentimenti negativi, avevano una maggiore probabilità di mostrare l’emotional eating. Per emotional eating (mangiare emotivo) si intende calmare i piccoli attraverso il cibo. Si tratta di un fenomeno riscontrato sia nei bambini in età scolare che negli adolescenti, preludio di disturbi successivi nell’età adulta (anoressia, bulimia, ansia, depressione) o di obesità infantile. Lo studio ha evidenziato che bambini di 4-6 anni, i cui genitori offrivano cibo come conforto, presentavano emotional eating tra gli 8 e i 10. Inoltre, la maggiore facilità ad arrabbiarsi all’età di 4 anni aumentava il rischio di emotional eating all’età di 6 (Steinsbekk S, 2017). Un abbraccio è un dol-

ce gesto che esprime vicinanza, comprensione e accoglienza. Abbracciare produce ossitocina, l’ormone della felicità e del legame affettuoso che contrasta ansia e depressione. Un abbraccio cura, nomina e sazia.

Bibliografia

1. George M. Kapalka, *Bambini capricciosi e disubbidienti. Un metodo efficace per ridurre i conflitti.*, Red! Ed.
2. Montessori M., *La mente del bambino*, (1949), Garzanti ed.2017
3. Steinsbekk S. et al, *Emotional Feeding and Emotional Eating: Reciprocal Processes and the Influence of Negative Affectivity*, *Child Development*, Volume 89, Issue 4, 2017
4. Welch M., *L’abbraccio che contiene. La tecnica dell’holding per eliminare conflitti, capricci e gelosie*, Red.! Ed. 1991



Alba Cervone

*Medico Chirurgo Psichiatra
Comitato Scientifico*

La fatica di crescita dell'adolescente

/ *Francesco Cervone* /

L'adolescenza è una fase evolutiva, molto complessa per i cambiamenti psicofisici che la caratterizzano. Affrontarla costa fatica al giovane e può essere spesso causa di una crisi psicologica.

La fatica di crescere inizia dalla nascita del bambino che è spinto verso la madre, o verso una figura sostitutiva che se ne prende cura. La premura, l'empatia di questa soddisfano i bisogni fisici ed emotivi del figlio, e con la capacità di contenerne le angosce infantili infonde in lui anche la sicurezza di base. Il sostegno del padre e della madre alle prime esperienze esplorative del figlio, contribuisce a far acquisire fiducia e autostima in sé stesso, per poter essere al mondo. Il ruolo paterno consiste, principalmente nello stimolare all'autonomia e all'autorealizzazione futura del figlio col suo esempio. Nella pre-adolescenza grazie alla pubertà, avvengono dei cambiamenti psicofisici repentini e notevoli, che sconvolgono la vita del ragazzo. La gestione delle trasformazioni, dovuto alla crescita corporea e allo sviluppo cognitivo, richiede un impegno a cui il ragazzo non è preparato. Lui stesso fa fatica a riconoscersi, fisicamente e psicologicamente. I giochi sessuali infantili, non sono più bastevoli ad

appagare la maggiore curiosità e la particolare spinta sessuale del fanciullo. Tale esigenza lo spinge a trastullarsi con le prime masturbazioni, e con alcuni coetanei può fare esperienze omosessuali sperimentali. Anche cognitivamente e fantasticamente il ragazzo, si sente diverso e avverte il bisogno di uno spazio segreto. Questo spazio lo usa per assecondare le sue spinte e il bisogno di stare da solo. L'altra utile funzione è quella transizionale, atta a superare la difficoltà di autonomia (Gilson MC, 1993). Il bisogno/desiderio di autonomia con l'affrancamento dai genitori costa fatica al giovane aspirante adulto. Il peso del distacco si prolunga nell'età adulta, descritta con una nuova parola "adultescenza. Infatti, è il primo grosso scoglio da superare per crescere. I "canti delle sirene" del mondo adulto, attraggono l'adolescente spinto anche dall'illusione di onnipotenza. La soluzione al disagio del distacco, lo spinge a cercare spesso il sostegno nei coetanei. Quando la famiglia latita, per lut-

ti o divorzi, nel suo ruolo contenitivo e in quello di riferimento orientativo, si cerca aiuto altrove. Il bisogno di sicurezza e di contenimento, viene trasferito in un gruppo omologante, del rione, dal quale riceve anche un sostegno per la crescente identità. La rabbia che caratterizza in modo incomprensibile gli atteggiamenti aggressivi di un figlio, è spesso mossa proprio dalle angosce o problematiche infantili irrisolte. Quella diretta verso i genitori, è dovuta alla paura di prendere gradualmente le distanze da loro e perdere con allontanamento il loro sostegno. Bisogna "odiare per allontanare". I desideri di sperimentazione spingono il giovane verso azioni rischiose, che esprimono anche una certa ribellione all'invidiato mondo adulto. Per questo i genitori, devono essere attenti ad evitare eventuali rischi o errori irreparabili, e dare spazio alla creatività del figlio. Proponendo allo stesso la canalizzazione delle sue energie verso attività ludico-sportive o l'inserimento in gruppi politici, religiosi e culturali. Una tendenza genitoriale molto diffusa è quella di coltivare aspettative personali attraverso i figli (proiezione). Tali desideri riguardano ogni attività umana, spesso sono pretese castranti, in altre occasioni sono variamente nascoste ed ingannevoli. Rispettare e sostenere i figli nelle proprie scelte evita loro frustrazioni inutili, e li aiuta ad esprimere le loro potenzialità. I fantasmi e le paure infantili non spariscono totalmente, e possono creare varie sofferenze psicologiche per la difficoltà di strutturarsi una ben definita identità. L'adolescente ha bisogno di vivere serenamente e con soddisfazione le spinte sessuali, definendo la propria identità di etero, omo o



transessuale. La fatica nasce perché queste spinte possono essere facilitate oppure contrastate. A ciò contribuisce l'influenza delle relazioni pre-verbali e l'ambiente in cui è cresciuto il ragazzo, nelle successive fasi dello sviluppo. Ci possono essere in lui paure della vicinanza dell'altro sesso. Spesso c'è l'ansia di non essere accettato fisicamente o anche di non essere all'altezza per un buon rapporto sessuale. Le difficoltà sessuali di vario tipo producono fantasie ansiogene, chiusure relazionali o addirittura depressioni. La possibilità di dare spazio e attenzione alle spinte erotiche, ha liberato il giovane da una serie di frustrazioni. Tuttavia, lo ha messo di fronte alle responsabilità delle scelte. Avere chiaro la propria identità sessuale non è sempre facile e spesso richiede tempo ed esperienza. La sessualità infantile è vissuta in modi polimorfi attraverso i vari giochi di contatto fisico e sessuale. Questa in alcuni non si evolve col tempo e alimenta le incertezze dell'adolescente. La fatica di definirsi, è acuita anche dalle tante voci che portano confusione e dalla mancanza o

distruzione di alcuni tabù o punti di riferimenti funzionali. La libertà diventa informe e illimitata (Recalcati M, 2017). L'altra fatica è l'inserimento socioeconomico nel mondo adulto insieme alle scelte scolastiche per la propria realizzazione. Viviamo in una realtà particolarmente incerta e competitiva. Una serie di fattori tirano fuori, tumulti di vario tipo, nel già insicuro giovane, aggravando il suo difficoltoso compito. C'è la disoccupazione causata dal grande uso dei robot e quella dovuta allo spostamento delle fabbriche in Paesi in cui il lavoro costa meno. Infine quella devastante crisi economica causata dal Covid 19, ed in ultimo questa scellerata quanto inopportuna guerra in Ucraina. Il mondo adulto, agli occhi adolescenziali, appare colmo di contraddizioni e inaffidabile, soprattutto se mancano le basi sicure dell'infanzia. Il giovane, ha bisogno di fiducia in sé stesso e nelle proprie capacità di progettarsi, per trovare il suo spazio nel mondo. Altrimenti lo sconforto lo assale e lo debilita. Questa esperienza può spingerlo all'urgente ricerca

di un riferimento sostitutivo alla famiglia, non sempre all'altezza del compito. Quando è alle strette, si rifugia in una gang, nella droga, nell'alcool, nel gioco, col rischio di comportamenti aggressivi e delinquenti, o si deprime (Coplay B, 1996). Abbiamo visto la fatica del giovane, per integrare tutte le sue esperienze in un progetto auto-affermativo soddisfacente, nella propria realtà socioeconomica. Infine il suo sforzo di dare un senso alla propria esistenza che gli consenta di superare la realtà contingente e storica.

Bibliografia

1. Coplay B: Il mondo dell'adolescenza. -Astolabio-Baldini Editore Roma, 1996
2. Gilson MC: Adolescenza e discontinuità. -Bollati Boringhieri Editore Torino,1993
3. Recalcati M: I tabù del mondo. -Giulio Einaudi Editore Torino, 2017



Francesco Cervone

Medico Psicoterapeuta

Comitato scientifico

Gli autori di reato sessuale: dall'adolescenza all'età adulta

/ Maria Vincenza Minò /

Gli autori di reato sessuale hanno un'identità frammentata. La ricerca d'affetto e comprensione predominanti nell'infanzia generano senso d'insicurezza e vuoto in adolescenza ed età adulta.

Il termine sex offender o autore di reato sessuale, identifica una categoria di persone che commettono crimini di tipo sessuale. Le caratteristiche presenti nei sex offender riguardano i maltrattamenti in famiglia, le violenze sessuali fisiche o psicologiche durante l'infanzia, le problematiche comportamentali e lo scarso rendimento scolastico. Sono, altresì, presenti elevati livelli di ansia e depressione, facile tendenza all'irritabilità e difficoltà nel controllo degli impulsi. Si sottolinea come il 50% degli adolescenti che commettono reati sessuali proviene da famiglie con un solo genitore. Essi hanno subito o assistito a scene di violenza nel nucleo familiare (Davids et al., 2015). L'evoluzione comportamentale di chi commette un reato sessuale, dall'adolescenza all'età adulta, è caratterizzata da due percorsi differenti: life course

persisters (LCPs) e adolescent limited (AL). Nella prima (LCPs), gli autori di reato sessuale mettono in atto comportamenti devianti prima dei 12 anni. Si assiste, in seguito, ad una diminuzione del bisogno e ad un ritorno della condotta aggressiva intorno ai 30 anni. Gli autori di reato sessuale AL manifestano interessi sessuali devianti intorno ai 14 anni sino ad arrivare alla fine degli stessi in tarda adolescenza. Pertanto in quest'ultimo gruppo di persone il comportamento sessuale anomalo è presente solo nella fase adolescenziale. La violenza sessuale può svilupparsi a partire da un trauma, da abusi sistematici, dalla violenza assistita, dal tabù sessuale vissuto in famiglia. Come conseguenza l'autore di reato sessuale vede nel suo comportamento l'unico modo per proteggere la propria identità, affermarsi nel mondo e far fronte

agli eventi stressanti. Le persone accusate di violenza domestica o gli stalker hanno uno sviluppo sessuale costituito da solitudine, insicurezza, costante paura di essere abbandonati e non amati. Tutto ciò potrebbe manifestarsi in atteggiamenti ossessivi nella ricerca di attenzioni sessuali o in rapporti con minorenni (Cupach, Spitzberg, 2011; Forsman et al., 2015). In chi commette un reato sessuale si possono ritrovare disturbi di tipo depressivo e una bassa autostima. Può essere presente un disturbo narcisistico di personalità, in cui prevale un senso di grandiosità, necessità di ammirazione e mancanza di empatia. Oppure possiamo trovare un disturbo di personalità antisociale, che è caratterizzato dall'incapacità del soggetto di adeguarsi alle norme sociali, impulsività, aggressività e mancanza di rimorso. E ancora possiamo riscontrare il disturbo borderline di personalità, caratterizzato da instabilità dell'umore, delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e del comportamento. Il primo contatto fisico ed emotivo si sperimenta durante l'infanzia e pone le basi per le future relazioni in adolescenza ed età adulta. Nel corso dello sviluppo, l'educazione sessuale ricevuta, fondata sul divieto e l'imbarazzo, porterebbe l'adolescente ad avvicinarsi con paura e timore ai coetanei. A ciò si aggiunge la bassa autostima e l'incapacità di gestire l'intimità per una immaturità sessuale e affettiva. In alcuni casi, la rigida educazione è affiancata da abusi psicologici o fisici, da un'educazione senza regole, violenza e rapporti incestuosi in famiglia. Tali aspetti portano la persona a vivere in maniera conflittuale il sesso e ad associarlo a comportamenti disfunzionali e di



dipendenza psicologica. La normalità nel vivere la sessualità e i cambiamenti del proprio corpo, influisce positivamente sullo sviluppo fisico e psicologico della persona. Molti degli adolescenti che commettono reati sui minori utilizzano il sesso come forma di

ribellione alle ingiustizie subite. La vittima diventa lo strumento per riprendere il pieno controllo della loro vita, come una forma di vendetta nei confronti del loro persecutore (Baglivo et al., 2015). Il trattamento psicoterapeutico deve essere finalizzato

a ridurre il rischio di ripetere il reato sessuale, alla gestione della rabbia e al controllo degli impulsi.

Fondamentale diventa il sapersi mettere nei panni dell'altro dando un senso al vuoto avvertito, ma difficilmente compreso.

Bibliografia

1. Baglivo MT, et al. The Relationship between Adverse Childhood Experience (ACE) and Juvenile Offending Trajectories in a Juvenile Offender Sample, in "Journal of Criminal Justice" 2015, 43,3, pp. 229-41.
2. Cabras E, Saladino V. La dipendenza affettiva. Testimonianza di casi di manipolazione e violenza. Carocci Editore, 2020.

3. Cupach WR, Spitzberg BH. Attrazione Ossessione e Stalking, Astrolabio Editore, 2011, Roma.

4. Davids O. et al. Imprisoned Sex Offenders' Chronic Denial and their Childhood Family Environment, in "The Open Family Studies Journal" 2015, 7, pp.42-7.



Maria Vincenza Minò

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Figli violenti genitori fragili: conoscere la violenza filio-parentale

/ Gino Aldi /

Il fenomeno della violenza filio-parentale, figli che picchiano i genitori, è in forte ascesa. Un modo di contestare i genitori che rende drammatica la vita familiare e produce gravi danni alla crescita dei ragazzi.

Ogni generazione sceglie il proprio modo di comunicare per portare alla luce la difficoltà di crescere e diventare adulti. Quasi sempre questi canali assumono una piega violenta, conflittuale, in linea con il bisogno di ribellione dei giovani, espresso con la violenza filio-parentale. In passato movimenti giovanili hanno contestato la società con azioni politiche aggressive verso le istituzioni e il potere. La contestazione, poi, si è insinuata nelle famiglie, mettendo in discussione ruoli sociali che esistevano da secoli. In questo modo l'autorità del padre è venuta meno, il rapporto con i professori e le figure autorevoli ha perso quel rigore che li caratterizzava. La contestazione degli anni settanta e ottanta era carica di ideologia. Rinne-
gava i valori nei quali i giovani era-

no cresciuti e sognava un mondo nuovo e migliore. Ad essa è seguito un vuoto di contenuti che ha lasciato le nuove generazioni prive di riferimenti valoriali. I giovani delle generazioni odierne crescono in un dorato benessere, rivolgono i loro interessi al quotidiano, ai videogiochi, alle uscite del sabato sera. Una generazione placida, apparentemente serena ma, per varie ragioni, profondamente fragile. In quest'atmosfera di apparente pacificazione compare il fenomeno della violenza filio-parentale che lascia sgomenti gli adulti e gli stessi operatori di salute mentale. Il fenomeno è in notevole sviluppo in tutto il mondo occidentale e coinvolge un numero crescente di famiglie. Tanto da attirare l'attenzione degli psicologi e degli psichiatri. Non si tratta della violenza occa-

sionale che colpiva qualche sventurata famiglia, tantomeno della violenza che è conseguenza di una malattia mentale. Abbiamo a che fare con una violenza gratuita, agita da giovani che stanno bene. Giovani che spesso, in contesti diversi dalla famiglia, sono educati e tranquilli. E che in famiglia diventano tiranni. La violenza filio-parentale si manifesta insultando e picchiando il genitore, ma anche distruggendo beni e oggetti familiari. È una forma di violenza priva di contenuti ideologici: non si contesta l'autorità genitoriale quanto il fatto che il genitore non esaudisce i desideri del giovane. Si litiga per un "no!", oppure per ricevere più denaro. Anche solo per il fatto che il genitore ha cercato timidamente di rimproverare il proprio figlio. Si picchia per ragioni banali e ingiustificate. Le vittime della violenza filio-parentale sono i genitori che vedono distrutta la propria immagine e il proprio ruolo e sono colpiti nella propria dignità personale. Ma anche gli stessi ragazzi sono vittime delle loro azioni perché uccidendo simbolicamente i genitori restano privi di una guida rassicurante e affettuosa. Occuparsi di questo fenomeno è molto complesso. L'esperto deve gestire genitori molto fragili e ragazzi smarriti ma anche pericolosi. A volte è necessario il ricorso alle forze dell'ordine e ciò crea lacerazioni dolorose nel nucleo familiare. L'esperto che si occupa di questi problemi si ritrova solo e percepisce i limiti dei mezzi di cura che ha disposizione. È auspicabile il ricorso a strumenti nuovi che indirizzino questi giovani verso percorsi di cura e non di punizione. La violenza filio-parentale è, insomma, un fenomeno da scoprire, studiare e cono-



scere. Scontiamo una sua scarsa conoscenza che ritarda il ricorso alla cura. Le ricerche ci dicono che l'intervento precoce ottiene buoni risultati. Le famiglie, invece, si rivolgono tardivamente allo psicologo quando non hanno più alcun controllo sul figlio. Il modo di intervenire è quello di recuperare una comunicazione familiare che passi attraverso il dialogo. Si cerca di insegnare ad esprimere i propri bisogni senza ricorrere alla violenza. Si punta a ricostruire relazioni serene tra genitori e figli. Occorre una specifica esperienza per interagire in situazioni di altissima conflittualità. Tuttavia un lavoro ben svol-

to porta a buoni risultati. Specie se l'intervento è precoce. Occorre quindi puntare sulla cura e la prevenzione per arginare questo triste fenomeno.

Migliorare la capacità di intervenire su questo problema è una sfida da cogliere perché il fenomeno è destinato a crescere nei prossimi anni. Diventa importante costruire sul territorio punti di riferimento per chi vive questo tipo di disagio. Anche il ruolo delle istituzioni deve essere ripensato. Intervenire per controllare gli atti violenti in un'ottica non punitiva ma di recupero del giovane diventa fondamentale.

Bibliografia

1. Aldi G. (2021) Restless adolescence and psychopathology: between new ways of being and new psychiatric psychopathologies, *Psichiatria Danubina*
2. Pereira R. (2019) Tra segreto e vergogna. La violenza filio-parentale Ed. Bordeaux
3. Suigo V. (2021) Figli Violenti, Parentale abuso in adolescenza, Franco Angeli



Gino Aldi

*Medico Chirurgo
Psicoterapeuta
Comitato Scientifico*

Convegni, congressi e meeting di Psichiatria e Psicologia 2022

/ *Maurilio Tavormina* /

I convegni, congressi e meeting potrebbero essere rimandati, annullati o convertiti in videoconferenze e webinar nel corso dell'anno per problemi organizzativi.



21-25 May 2022 (New Orleans, Luisiana – USA) : “40 th APA Congress” – APA



2-5 June 2022 (Porto Heli, Greece): “7th ICNP 2021” – ICNP



EPA 2022
30° Congresso Europeo di Psichiatria

Budapest, Ungheria & Online
4-7 giugno 2022

COLLEGARE LA PRATICA CLINICA E LA RICERCA PER UNA MIGLIORE ASSISTENZA SANITARIA MENTALE

VEDI PROGRAMMA



4-7 June 2022 Budapest, Ungheria & Online: “30th European Congress of Psychiatry (EPA)” – EPA



4-7 June 2022 Budapest, Ungheria & Online: “30th European Congress of Psychiatry (EPA)” – EPA



3-6 August 2022 (Bangkok & Online – Thailand) : “22nd World Congress of Psychiatry” – WPA



28 sett -1 ott. 2022:
“3° Congresso dell’EDA Italia Onlus” e 4° Seminario Centro Studi Psichiatrici (CEN.STU.PSI) - Olbia, Italia
2nd October 2022:

“European Depression Day” (19th edition) – EDA Europa
15 ott. 2022:
“Convegno della Giornata Europea sulla Depressione” (19° edizione) -EDA Italia



6-8 October 2022 (Rotterdam – The Netherlands): “12th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry” – ECVNP



8 October 2022 (Vienna – Austria): “35th ECNP Congress” – ECNP

6-9 November 2022 (Maastricht – The Netherlands): “9th World Congress on Women’s Mental Health” – IAWMH



Emotion Focused Therapy (EFT), Livello 1 – Corso ECM in aula, dal 7 al 10 Aprile 2022 – Firenze

Firenze Italia, 07/04/2022 (09:15) - 10/04/2022 (18:00)

In arrivo a Firenze il corso "Emotion Focused Therapy (EFT)" rivolto a psicoterapeuti e psicoterapeuti in formazione. Dal 07 al 10 Aprile 2022



Master in Neuropsicologia dei Disturbi del Neurosviluppo

Diretta Streaming, Roma Italia, 09/04/2022 - 27/11/2022

Attraverso un approccio fortemente pratico e operativo il master fornisce strumenti di formazione per la presa in carico ed il trattamento di bambini con disturbo dello sviluppo. - Direzione Scientifica Prof. Vicari. - 50 crediti ECM - Master in presenza e online modalità Dual Mode.



Master I disturbi del linguaggio in età evolutiva

Evento online, Roma Italia, 07/05/2022 - 07/12/2022 (17:04)

Master Dual Mode: in presenza e online - 50 ECM - Direzione scientifica Prof. Stefano Vicari e Prof. Andrea Marini



Master in Psicodiagnostica Clinica – Da Maggio a Novembre 2022

Diretta Streaming, Roma Italia, 13/05/2022 - 19/11/2022

Un Master che si pone l'obiettivo di trasmettere competenze teoriche e pratiche per la valutazione diagnostica del paziente - Online e in presenza

Crisi adolescenziale e genitorialità

/ Donatella Costa /

Gli adolescenti vivono crisi adolescenziali nello sviluppo evolutivo. Il compito del genitore è aiutare l'adolescente a crescere e raggiungere la piena realizzazione di sé.

L'adolescenza è un momento di grande riorganizzazione psichica, il soggetto si trova ad affrontare molteplici cambiamenti. In particolare, quando l'adolescente vive una crisi adolescenziale intensa, il genitore è messo a dura prova. È necessario che il genitore si prende cura "emotivamente" del proprio figlio. Gli adolescenti hanno fortemente risentito a livello psicologico ed emotivo degli effetti della pandemia da Covid-19, manifestando crisi adolescenziali significative (Report United Nations 2020). In particolare i soggetti più fragili hanno sperimentato vissuti depressivi e d'ansia. Per definizione l'adolescenza è l'età della crisi e del cambiamento. Le crisi adolescenziali possono essere di diverso genere, transitorie, di tipo evolutivo o con intensa compromissione psicopatologica. La depressione si manifesta nell'adolescente con comportamenti dirompenti, umore irritabile o depresso, problemi di concentrazione, stanchezza. La depressione si colora di passaggi all'atto con ostilità, opposizione, aggressività, sino al rischio suicidario. L'adolescente può ricercare con-

tinuamente stimoli, mettendo a rischio anche la propria vita. Come posso gestire la crisi adolescenziale? Affrontare queste crisi per il genitore è un'impresa ardua e faticosa, il rischio di entrare in conflittualità è elevato. Il genitore fatica a riconoscere il figlio, che appare cambiato profondamente nella modalità relazionale. Il bambino dell'infanzia è un lontano ricordo, l'umore dell'adolescente oscilla in continuazione tra tristezza ed euforia. Quando si manifesta un'importante crisi adolescenziale, il genitore può essere frastornato e disorientato. È facile perdere la pazienza e sentirsi inadeguati come genitori. In questi casi è opportuno mettersi in discussione senza pretesa di giungere immediatamente ad una soluzione. Nella fase di transizione tra l'età adulta e il mondo adolescenziale, lo stesso genitore vive una crisi profonda. E se fosse anche crisi genitoriale? Numerose ricerche scientifiche mettono in luce il legame tra stress genitoriale e il benessere psicosociale dei figli (Uccella et al., 2020; Canzi et al.;2021). Gli stessi genitori durante la pandemia hanno vissuto

crisi importanti nella gestione del sistema familiare. Si sono riscontrati maggiori livelli di ansia e depressione nelle madri, le quali hanno un elevato rischio di sviluppare problemi di tipo psicologico. Le madri hanno punteggi più elevati rispetto ai padri, probabilmente causati dai maggiori carichi nella cura dei figli. Durante le crisi adolescenziali inoltre, i genitori temono di essere poco rispettati dai figli e reagiscono negativamente. Utilizzano spesso barriere comunicative come consigli, ammonimenti, imposizioni più o meno manifeste che ostacolano il dialogo. Di conseguenza i ragazzi si esprimono poco o nulla in quanto temono di essere giudicati e derisi. Ciò innesca un circolo vizioso e la comunicazione risulta alterata e disfunzionale. Per un adolescente in crisi è importante che le manifestazioni intense delle proprie emozioni siano accolte con rispetto ed accettazione. Quando il genitore è in difficoltà o comunque più vulnerabile, è consigliato condividere altresì le proprie emozioni. In tal modo l'adolescente è propenso ad esprimere maggiormente senza timori il proprio vissuto. Essere alleati dei figli, apprezzare i loro sentimenti, i loro pensieri, le loro scelte è un'arma vincente nella relazione. La negazione o il giudizio dei sentimenti finisce per provocare ansia e chiusura relazionale. Occorre avere fiducia nella capacità dell'adolescente di superare le difficoltà. Le crisi adolescenziali e le intense manifestazioni emotive possono indicare un malessere e di conseguenza il genitore dovrà porsi in ascolto comprensivo ed empatico. È indispensabile che il genitore rappresenti una base sicura, un rifugio in cui l'adolescente sperimenta protezione. Il geni-



tore ha una funzione importantissima di cura e prevenzione del disagio, mobilitando risorse specialistiche esterne quando necessario. È importante essere alleati del proprio figlio cercando insieme una soluzione soprattutto in situazioni di crisi. L'adolescente ha bisogno di sentire il genitore dalla propria parte nell'affrontare una terapia psicologica o eventualmente psichiatrica. Nel percorso psicologico si utilizza la relazione per ridurre i sintomi e il disagio associati all'ansia e alla depressione. La terapia farmacologica viene utilizzata in casi più gravi o a rischio psicopatologico. Un genitore descrive la figlia che ha vissuto una crisi adolescenziale depressiva: "Mia figlia sembrava una ragazza nor-

male, una come tante che vedi in giro per strada o alla fermata dell'autobus, ma che non noti. Il sorriso era diventato incerto, insicuro; improvvisamente era diventata seria, triste, irascibile. Stava spesso ferma, nello stesso posto, non si guardava intorno. Non parlava più, aveva smesso di essere solare. Se incrociavi il suo sguardo, subito rivolgeva la testa da un'altra parte. Semplicemente guardava le cose che le accadevano intorno, ma senza prenderne parte. Era un periodo buio anche per me, mi sentivo inadeguato e frustrato. Come genitore avrei voluto evitare la terapia psicologica, ma ben presto compresi che sarebbe stata la sua ancora di salvezza.

Bibliografia

1. Ammaniti M Psicopatologia dell'adolescente Raffaello Cortina Editore
2. Siegel J Daniel La mente adolescente Raffaello Cortina Editore
3. Aldort N, Crescere i nostri figli, crescere noi stessi il bambino naturale Edizioni Il Leone Verde
4. Bowlby J Una base sicura Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento R. Cortina Editore
5. Sitografia
6. [https:// famiglia.governo.it](https://famiglia.governo.it) "Covid-19 e Adolescenza" Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza



Donatella Costa

*Psicologa clinica
Redattrice*

Challenge all'ultimo like

/ *Francesca Mari* /

Sempre più diffuse sui social popolati da bambini ed adolescenti le Challenge, “giochi della morte”, che spesso nascondono malesseri e depressione

Blackout Challenge, Jonhatan Galindo, Momo, Skullbreaker Challenge e tanti altri nomi noti all'universo dei giovanissimi. Sembrerebbero banali sfide, come quelle dei videogames. Ma in realtà nascondono intenti diabolici e masochistici contro cui, spesso, incappano bambini tra i 10 e i 14 anni. Quelli più fragili, che magari cercano conferme attraverso i like, possono anche lasciarci la pelle. Ed è già successo, in Italia e nel mondo, purtroppo. Ma cosa sono le Challenge? Come si possono proteggere da essi le nuove generazioni? Dal Blue Whale ad oggi: cosa sono le Challenge? Challenge: dall'inglese gara sportiva con l'assegnazione di un trofeo. Ma nel mondo social oggi è diventato sinonimo di sfide pericolose che possono portare ad atti di autolesionismo e persino alla morte. Partono principalmente dai social network da “banditori” ignoti che invitano ad accettare le sfide. Lo scopo è, poi, pubblicare un video del gioco svolto e vince chi riceve più like. Solo che le sfide consistono in: tagliarsi parti del corpo, legarsi una corda al col-

lo, fratturarsi le ossa, filmarsi in luoghi come cime di grattacieli e molto altro. Insomma! Sfide per andare incontro alla distruzione di sé stessi. La prima Challenge è stata il Blue Whale, cioè una sfida lunga 50 giorni con diverse tappe che vertono su atti di autolesionismo fisico e mentale, fino a spingere l'adolescente al suicidio nell'ultimo giorno. È partito dalla Russia per diffondersi in tutto il mondo: ad esso sono legate decine di suicidi. La Blackout Challenge: “morire di social” È costata la vita nel 2021 alla piccola Antonella, bimba di 10 anni di Palermo che è morta per soffocamento a causa di una cintura stretta al collo mentre si filmava. La Blackout Challenge ha lo scopo di scoprire gli effetti di una momentanea privazione di ossigeno. Come Antonella, per lo stesso motivo, nel 2018 è morto un 14enne di Tivoli trovato con al collo un filo della Playstation e un coetaneo di Milano. Le Procure indagano su queste morti per istigazione al suicidio, ma il fenomeno nonostante la sensibilizzazione non sembra arrestarsi. Un'altra Challenge molto pericolosa, che ha portato di

recente al decesso di un undicenne di Napoli, è Jonathan Galindo. Il “gioco” consiste nell'accettare l'amicizia da profili che rispondono a questo nome (la foto è di un uomo misterioso col cappuccio) ed accettare la sfida di sottoporsi a diverse “prove di coraggio”. Prove che richiedono atti di autolesionismo e violenza contro sé stessi, naturalmente filmandosi e pubblicando i video allo scopo di ricevere più like possibile. Spopola, ancora, tra i giovanissimi anche la Skullbreaker Challenge. Si tratta di una sfida social in cui la vittima è invitata a saltare in mezzo a due mentre un terzo riprende con il telefonino. Solo che al momento del salto le si fa uno sgambetto per farla cadere. In provincia di Bergamo un ragazzo di 14 anni è stato ricoverato in ospedale: ha riportato una lesione alla cervicale con 20 giorni di prognosi. Una delle Challenge più recenti è la Momo Challenge. Momo, per l'appunto, è un profilo social creato ad hoc con fattezze inquietanti. È ripresa da una creazione artistica che lo scultore Keisuke Aisawa ha prodotto per una società di effetti speciali per il cinema. Momo adescia gli adolescenti tramite sui social, dove distribuisce una serie di istruzioni bizzarre e pericolose (privarsi del sonno, farsi del male). Un gioco diabolico che può portare a pericolose emulazioni con effetti drammatici. Un'indagine britannica della Royal Society for Public Health e dello Young Health Movement ha indagato sull'iperconnessione dei ragazzi. In particolare sugli effetti sul benessere in termini di autostima e vissuti ansioso-depressivi. È stata condotta su circa 1500 ragazzi tra i 14 e i 24 anni analizzando le piattaforme social



più utilizzate dagli adolescenti (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat e YouTube). L'elemento che sembra essere determinante rispetto alle emozioni degli adolescenti online è legato alla condivisione di video e foto. Tutti i social network presi in analisi hanno dimostrato di avere differenti effetti sul benessere percepito dai ragazzi che li utilizzano. Per molti la pubblicazione di video e foto è l'espressione di un malessere, la ricerca di approvazione ed inclusione in un mondo basato sull'apparenza. Pochi like portano, spesso, ad ansia, depressione ed isolamento. Il controllo da parte degli adulti dell'uso che i giovanissimi fanno dei social network, anche attraverso l'esclusione di alcuni canali a rischio, resta una delle maggiori forme di sicurezza. Visti gli allarmi, infatti, sono stati creati anche alcuni strumenti digitali per controllare a distanza i dispositivi in possesso dei minori. Come l'app Android mSpy, strumento versati-

le che consente di esercitare il controllo parentale a 360°: dal tracciamento GPS, per seguire in tempo reale gli spostamenti del proprio figlio, al monitoraggio delle chiamate, dei social network e delle app di messaggistica istantanea. Le parole dell'esperta: «Fin dalle scuole elementari è consigliabile promuovere nei bambini – commenta Maria Antonietta Capasso, sociologa, autrice, graphic designer ed esperta di Digital Media- lo spirito critico. Bisogna esortarli a porsi delle domande e a ragionare sulle potenziali conseguenze dei propri gesti. Questo favorirà anche la costruzione della loro autostima e li renderà degli adulti consapevoli. La diretta conseguenza di tutto ciò è un aspetto ulteriore che viene sempre più spesso trascurato e abbandonato, ossia la creazione di un sano dialogo interpersonale. Che sia tra insegnanti e alunni, o tra genitori e figli, è fondamentale il dialogo. È quel ponte in grado di collegare generazioni in con-

flitto e il primissimo passo per contrastare il fenomeno delle Challenge online. Un pericolo subdolo e in drammatica crescita».

Sitografia

1. Agi (Agenzia Italia) La trappola delle Challenge online: ecco i consigli della Polizia Postale ai genitori <https://www.agi.it/cronaca/news/2021-01-22/bimba-soffocata-polizia-postale-attenzione-challenge-tik-tok-11124534/>
2. Ansa Le sfide pericolose dei social https://www.ansa.it/canale_lifestyle/notizie/teen/2021/01/28/le-sfide-pericolose-dei-social-5-consigli-ai-genitori-sulle-challenge-on-line_9ad8d990-886a-41ee-91e9-844c-11cf1dd1.html
3. Il Mattino Bimbo morto a Napoli: chi è Jonhatan Galindo, il folle gioco che spinge ad uccidersi https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/napoli_bambino_suicidio_jonathan_galindo_instagram_chi_e_come_funziona_social-5494676.html
4. Maria Antonietta Capasso La Challenge e i social: il pericolo corre sul web. <https://www.aethereavis.it/2020/12/27/le-challenge-e-i-social-il-pericolo-corre-sul-web/>



Francesca Mari

*Cronista del Mattino di Napoli,
Redattrice Comitato Scientifico*

“Tik Tok” è permesso?

/ Donatella Costa /

In questi ultimi tempi si è affermato il fenomeno TIK TOK, trattasi di una App utilizzata in tutto il mondo, in particolare diffusa tra adolescenti. È un social network, di origine cinese, che permette di creare brevi video su qualsiasi argomento. Ognuno si mette in vetrina con le proprie modalità.

Tick Tock è un fenomeno recente diffuso tra gli adolescenti. La piattaforma è stata lanciata in Cina nel 2014. In seguito ha cambiato nome diventando TiK Tok, è utilizzata in misura massiccia da giovani adolescenti, ma non solo. Esso rappresenta una forte attrattiva per gli adolescenti, in Italia vi sono 5,4 milioni di iscritti. I ragazzi nella piattaforma di questo social possono avere dei followers, interagire, essere visti ed apprezzati. In questo social network gli adolescenti mettono in scena le proprie passioni, interessi e curiosità, anche in modo diretto e non raffinato. Utilizzano il linguaggio gestuale, compiono azioni di vario genere, si mettono in mostra. A livello virtuale i ragazzi si sentono parte di una comunità globale, sono in contatto con ogni parte del mondo. Dagli studi di Lenhart e altri (2020) emerge che circa il 92% degli adolescenti utilizza i social media, soprattutto nella fascia di

età tra i 13 e 17 anni. Di solito gli adolescenti trascorrono tanto tempo sui social postando foto, frequentano chat, creano video. Tik Tok ha molteplici giovani utenti, nessuno esattamente conosce a tutt'oggi gli effetti collaterali sul mondo adolescenziale. Purtroppo non esistono molti studi scientifici inerenti il fenomeno Tik Tok, le ricerche sono concentrate su altri Social Network. Questi studi raccontano di rischi ed effetti collaterali importanti relativi all'utilizzo pervasivo e continuo dei social. Diverse sono le conseguenze psicologiche negative correlate ad un uso prolungato dei social come ansia, depressione, nervosismo, irritabilità. Alcuni adolescenti sviluppano vere e proprie dipendenze da Internet, oppure utilizzano i social sino ad isolarsi completamente. Un altro studio di una importante rivista Haward Business Review di Shakya e Christakis (2017) dimostra che i social

network possono creare difficoltà psicologiche. Uno studio in controtendenza afferma che i video di Tik Tok possono apportare benefici alla salute psicologica. Secondo Lenstore et al. (2021) questa applicazione porterebbe dei vantaggi in quanto alcuni contenuti sarebbero fonte di soddisfazione ed appagamento. Si tratta di video che inducono sensazioni di rilassamento e benessere. Alcuni studiosi ancora, si sono chiesti se Tik Tok può avere un ruolo nell'insorgenza dei disturbi alimentari (Garson, Kaufman, Lantos, 2020). Essi affermano che non esiste solo un fattore predisponente all'insorgenza di difficoltà alimentari ma fattori eterogeni di natura bio-psico-sociale. Come altri social, esso potrebbe spingere l'adolescente ad idealizzare modelli negativi di magrezza o modelli di perfezione irrealistici. Attualmente poco sappiamo degli effetti sulla salute psicologica degli adolescenti di Tik Tok, ulteriori studi sarebbero necessari per convalidare queste ricerche. I social potrebbero rafforzare l'immagine negativa di sé stessi? L'adolescenza è una fase della vita straordinaria, ma allo stesso tempo fonte di smarrimento. In adolescenza il corpo assume un ruolo di fondamentale importanza. Gli adolescenti sono alla continua ricerca di un ideale dell'io, cioè di una immagine soddisfacente di sé stessi. L'identità viene costruita tramite l'interazione sociale. Il giudizio degli altri diventa un'unità di confronto preponderante per l'adolescente. Un importante effetto di Tik Tok, come anche per gli altri social, è il continuo raffronto con la vita di altri adolescenti. In Tik Tok sono presenti migliaia di video, alcuni dei quali potrebbero confondere e disorientare l'adolescente. Nel-



la piattaforma è possibile trovare video bellissimi di esistenze perfette con look strepitosi, feste con amici e vip.

Le esperienze virtuali potrebbero sostituire le esperienze reali, o comunque confondere l'adolescente. Sono presenti molteplici punti di vista, spesso opposti e contraddittori. L'adolescente esposto a molteplici modelli potrebbe trovarsi letteralmente in confusione. Nel rispetto della privacy, una paziente racconta in forma anonima: "Sono Miriam, ho 17 anni. Io ci stavo parecchio su Tik Tok, diverse ore al giorno. Mi piacevano dei ragazzi in questa piattaforma e impostavo tutti i miei video per piacere. Ad esempio se piacevano ragazze magre cominciavo a saltare i pasti, se piacevano ragazze formose cercavo di ingrassare. Diventavo compulsiva e cambiavo i miei vi-

deo come un camaleonte. In questo modo volevo essere vista e riconosciuta, ricercavo in continuazione l'attenzione di qualche ragazzo. Posso dire sicuramente che vedo questo social come un esame, o lo superavi o mi sentivo male. Mi accorgevo che ero una ragazza insicura la quale richiedeva continue conferme. Tik Tok era un social in cui passavo troppo tempo, riscontravo tanti punti di vista differenti e opposti. Io continuavo ad assumere atteggiamenti diversi con ciascun

ragazzo e perdevo di vista me stessa. Non sapevo più chi ero, brancolavo nel buio alla ricerca di approvazione e conferme. Agivo un continuo confronto tra me e gli altri. Ora sto cercando di usare meno tempo questo social e mi accorgo di stare meglio".

La piattaforma di Tik Tok attrae tanti adolescenti, occorre monitorare questo fenomeno prestando attenzione soprattutto ai possibili effetti psicologici negativi di un suo cattivo uso.

Bibliografia

1. Ansa. Nell'anno della pandemia Facebook più usato in Italia, boom Tik Tok. Oberlo (2021)
2. Marsh S, Tik Tok Investigating Videos Promoting Starvation and Anorexia.
3. Kaufman S, It's not worth it Young Women on how Tik Tok has warped their body image NBC News (2020)
4. Marcelli D, Braconnier A, Psicopatologia dell'adolescente. Editore Massoni



Donatella Costa

*Psicologa clinica
Redattrice*

Adolescenti collegati o scollegati?

/ Patrizia Amici /

Un breve sguardo nello schermo alla ricerca delle conseguenze che l'eccessivo contatto con la tecnologia (rete, social media) ha avuto sugli adolescenti durante la pandemia da Covid-19

Che cosa è una rete? Il dizionario ci dice che una rete è un intreccio di fili, annodati tra loro a maglie più o meno fitte che nel senso più comune ha la funzione di cattura. Oppure un intreccio di linee reali o ideali che s'incrociano, un sistema infrastrutturale di collegamenti. Le definizioni ed i significati di uso sono molti. La rete Internet è uno spazio nel quale i giovani passano molto tempo, uno spazio che sembra racchiudere in sé le due definizioni. La rete è uno "spazio che cattura" ed è un sistema di collegamenti. Per gli adolescenti, negli ultimi due anni il Web è stato l'unica, o quasi, rete di rapporto reciproco o con l'esterno. La pandemia ha creato condizioni di sviluppo anomale per molti di adolescenti in tutto il mondo. La pandemia ha costretto all'isolamento milioni di adolescenti ciò in contrasto con le normali spinte evolutive. Il normale sviluppo porta il giovane all'esterno del nido, alla ricerca di identità, di nuove conoscenze ed

informazioni, di progettualità e nuove autonomie. (Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza, 2021). I lockdown imposti, la didattica a distanza e le misure prese per contrastare il virus hanno privato i ragazzi di spazi di aggregazione, di sport, di socialità e di esperienze relazionali. L'Unesco sottolinea che un miliardo di giovani alunni sono stati costretti a casa dall'emergenza Covid-19. Gli adolescenti hanno fortemente risentito del cambiamento imposto dalle restrizioni che ha totalmente limitato le normali attività ed il contatto con il mondo esterno. Lo smartphone? È stato quasi esclusivamente l'unico mezzo di comunicazione tra di essi. La tecnologia ha, da un lato, permesso il mantenimento della continuità nelle azioni quotidiane ed il senso di una comunità (scolastica, sportiva, amicale) (Unicef, 2020). Ma il costo è stato altissimo. Il tempo passato su Internet è stato elevatissimo, ben 5 ore in più del periodo pre-Co-

vid. Le conseguenze di questa immersione sono pesantissime: i device sono totalmente coinvolgenti e portano ad estraniarsi (Sherry Turkle, www.ted.com). La percezione dell'altro è, inoltre, mediata da ciò che l'altro vuole mostrarci. Non la verità ma solo quello che l'altro ci propone. Una verità parziale, limitata e spesso finta creata a bella posta per essere postata. Questo porta ad avere la percezione di essere esclusi da quanto di piacevole vivono gli altri e di vivere, in confronto, molte meno esperienze piacevoli... con conseguente sviluppo di ansia e tristezza. Aggiungerei che la stessa immagine dell'adolescente si sarà costruita solo attraverso lo stereotipato "like" che i social permettono. Senza dialettica e senza sfumature in un perverso gioco d'accettazione e/o rifiuto. Sono molti, inoltre, i rischi connessi alle attività svolte in rete dai ragazzi.

Ad esempio l'esposizione a contenuti inadatti all'età del ragazzo (violenti o sessuali), il rischio di incorrere in molestie o in cyberbullismo, il sentirsi infastidito e turbato da materiale o persone incontrate in rete (Lobe et al, 2021).

Per contro, una ricerca del 2018 trova una correlazione positiva tra emozioni negative come ansia, frustrazione e depressione e tempo trascorso sui social.

La riduzione del tempo trascorso sui social (30 minuti al giorno) diminuisce fortemente ansia e tristezza. Condizione non realizzata nel gruppo di controllo (Hunt et al, 2018).

Questo quadro appare preoccupante e impone, ora che l'emergenza è finita, di aiutare gli adolescenti a recuperare la normalità relazionale, affettiva e sociale in un mondo reale e corporeo.



Bibliografia

1. Centro Nazionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza, Covid-19 e Adolescenza. Gruppo Emergenza Covid-19. Maggio 2021
2. Lobe B., Velicu A., Staksrud E., Chaudron S. & Rossanna D.G (2021) How children (10-18) experienced online risks during the Covid-19 lockdown-Spring 2020: Key findings from surveying families in 11 European countries, European Commission JRC Publication Repository <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/how-children-10-18-experienced-online-risks-during-covid-19-lockdown-spring-2020>
3. Hunt M.G, Marx R, Lipson C & Jordan Young (2018): No Moro FOMO: Limiting Social Media

Decreases Loneliness and Depression. Journal of Social and Clinical Psychology, December. <https://doi.org/10.1521./JSPC.2018.10.751>

4. www.ted.com/sherry_turkle_connected_but_alone

5. Save the Children (2021), Riscriviamo il futuro – Dove sono gli adolescenti? Lavoce degli studenti inascoltati nella crisi, Save the Children Italia, gennaio 2021 https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/publicazioni/riscriviamo-il-futuro-rapporto-6-mesi_1.pdf

6. United Nations Policy Brief (16 aprile 2020), The Impact of COVID-19 on Children, UN, New York, USA.



Patrizia Amici

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Autolesionismo dei giovani: i ragazzi ci parlano

/ Wilma Angela Renata di Napoli /

L'autolesionismo è una forma di comunicazione estrema del disagio nei giovani. Emozioni consapevoli, relazioni positive, comunicazione empatica costituiscono un efficace rimedio per affrontare questo fenomeno in crescita.

Si sta discutendo in questi mesi sul disagio che emerge nel mondo giovanile. La pandemia SARS CoV 2 da cui, forse, stiamo faticosamente uscendo, pare abbia messo in evidenza vulnerabilità e sofferenze già in aumento negli anni passati. Quasi due anni di chiusure, restrizioni sociali e non solo, hanno fatto esplodere il malessere. Ed ora ci troviamo con dei numeri in crescita nei casi di autolesionismo. I servizi di salute mentale si trovano oggi a fronteggiare un sensibile aumento della richiesta di aiuto da parte di soggetti sotto i 25 anni. Tutto ciò, da un lato è positivo per la maggiore facilità con cui le nuove generazioni si avvicinano alla cura del benessere psichico. Dall'altro non si può evitare la comprensibile preoccupazione degli addetti ai lavori. In generale nella scuola, nella sanità e nell'universo giovanile la sensazione è quella di trovarsi di fronte a un

crescente bisogno di risposte ed iniziative. Un tema che preoccupa in particolare gli specialisti della salute mentale e non solo, è il fenomeno dell'autolesionismo e del pensare di farsi del male. Esso spesso sconvolge ed angoscia la vita di genitori non consapevoli di quanto accaduto. Autolesionismo: di cosa si tratta? A grandi linee possiamo distinguere tre diverse forme di comportamento con cui la persona provoca un danno a sé stesso intenzionalmente. Possiamo infatti differenziare dei comportamenti a rischio per la salute e la vita, quali la guida pericolosa, il sesso non protetto e gli sport estremi. L'avvelenamento con l'assunzione tossica di farmaci o veleni e comportamenti di autolesionismo, come tagliarsi e/o bruciarsi. Non è corretto equiparare questi comportamenti ad una malattia mentale in particolare. O meglio, è necessario sempre

fare delle distinzioni. In alcune patologie dello sviluppo neuropsichico, quali il ritardo mentale e l'autismo, possono essere presenti comportamenti ripetitivi e di autolesionismo. Il soggetto si infligge lesioni al corpo con il battere la testa al muro, colpirsi e strapparsi i capelli. Anche in alcune malattie mentali come le psicosi, possono esserci dei comportamenti che provocano danni molto severi, magari sulla base di convincimenti distorti prodotti dalla malattia. In generale però quello che coinvolge larghe fasce di giovani, espressione di un disagio con o senza una patologia psichiatrica definita, è l'autolesionismo definito "minore". Si tratta di una forma di danno ri-





petuto nel tempo, anche per mesi o anni, ma episodico, con cui si provocano lesioni non letali. Questo comportamento è spesso tenuto nascosto dai ragazzi, o a volte esibito nel gruppo dei pari, i genitori spesso lo scoprono solo tardivamente e fanno fatica a capirlo. La reazione in famiglia spesso è di imbarazzo, si prova a minimizzare, si rimprovera, oppure lo si vive con apprensione e senso di impotenza. Elementi che spesso si trovano in correlazione ai comportamenti autolesivi sono le relazioni familiari disfunzionali, l'isolamento sociale, lo scarso rendimento scolastico e la facile impulsività. In generale non c'è una equivalenza con l'intenzione suicidaria. Spesso i ragazzi si provocano delle ferite

sul corpo per lenire una sofferenza interiore, per scaricare la tensione, come strategia di uscita da indicibili sofferenze emotive. Vi sono poi anche significati comunicativi, si usa questa modalità per esprimere un disagio e magari attivare una risposta nel contesto familiare o sociale, che non pare accorgersi della propria sofferenza. La ripetizione di questi comportamenti nel tempo li rende quasi automatici e scontati. È come se il ragazzo si "desensibilizzasse" al dolore, e si riducesse quello che è l'innata propensione ad auto-proteggersi. A volte a questo può corrispondere un aumento del rischio di gesti a scopo suicidario. Quindi chi si taglia o brucia è più a rischio di suicidarsi? Non risulta in letteratura

scientificamente una correlazione diretta e certa. Alcuni studi riportano un aumento del rischio suicidario nei soggetti con autolesionismo, in altre ricerche questo dato non è confermato. Quello che possiamo sicuramente dire è che l'autolesionismo è un'espressione di sofferenza da parte dei giovani. Come tale va accolto, ascoltato, preso in cura per comprendere a quale "domanda" il soggetto non trova risposta, se non facendosi del male. Se ad esso si accompagna umore depresso, ansia e ideazione autolesiva va poi assolutamente cercato un aiuto specialistico, per affrontare meglio la situazione con gli interventi opportuni. Che aiuto possiamo offrire? Prima di tutto ridurre il pregiudizio e lo stigma può aiu-



tare a comprendere meglio il fenomeno e inquadrarlo anche nel contesto culturale particolare che stiamo vivendo. Oggi giorno vi sono siti che addirittura offrono un'esibizione di corpi martoriati come fossero un'attrazione, e spiegano nel dettaglio come ferirsi senza provocarsi danni permanenti. Vi sono canzoni famose che ne parlano, cito il motivo martellante di questa estate... "e non esiste un dottore per i tagli sul cuore...colmo il vuoto con dei tagli di diverso colore". Poi vi sono interventi non prettamente sanitari che possono essere molto utili. Le ricerche, infatti, mettono in evidenza la necessità di aiutare i ragazzi a imparare il linguaggio delle emozioni, coltivando in particolare quelle positive. Fondamentale è il clima relazionale che si respira in famiglia: sostenere con interventi specifici (formazione, auto aiuto, terapie) la qualità delle relazioni

familiari è fondamentale. Le relazioni sociali sono un altro elemento di supporto fondamentale, pertanto è opportuno intervenire per contrastare l'isolamento sociale e la violenza tra i giovani. Esistono oggi giorno fenomeni molto frequenti e purtroppo traumatici e distruttivi. Parlo del bullismo, del trolling (aggressioni e provocazioni sui social), del body shaming (deridere l'aspetto fisico di una persona). Contrastare questi fenomeni può essere importantissimo, magari facilitando il supporto tra pari, stimolando l'auto aiuto, potenziando le occasioni positive di socialità, anche digitali. Infine spesso i ragazzi che fanno autolesionismo faticano a gestire la propria impulsività. Essi sono molto vulnerabili alle tensioni della vita quotidiana quali un brutto voto, un litigio, una frustrazione qualsiasi. In questi casi possono essere utili approcci psicoterapici che li

portino ad aumentare la loro capacità di adattarsi agli stress. Esistono cure per l'autolesionismo? Esistono molte forme di psicoterapia che possono essere utili quando un ragazzo attraversa un periodo di sofferenza psicologica ed emotiva, e lo esprime anche con l'autolesionismo.

Terapia dialettico-comportamentale, terapia cognitiva, terapia interpersonale, terapia costruttivista, sono tutte tecniche psicoterapeutiche riconosciute nella loro efficacia. In generale comunque, al di là degli approcci specifici, risulta fondamentale la bontà della relazione col proprio terapeuta.

Gli psicofarmaci possono essere utili più sui sintomi associati, come l'ansia, l'instabilità dell'umore e l'insonnia. In questo caso è fondamentale rivolgersi ad uno specialista psichiatra o neuropsichiatra infantile per le valutazioni del caso.

Bibliografia

1. Duarte T., Paulino S., Almeida C., Gomes H S., Santos N., Gouveia-Periera M. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry* 2020 May; 287:112553.
2. Gatta M., Spoto A., Misciosia M., Valentini P, Donadel ME., Del Col L., Zanato S., Traverso A., Ferruzza E. Emozioni, comportamenti e relazioni: uno studio caso-controllo su self-cutting in adolescenza. *Riv Psichiatr* 2019;54(4): 175-182.
3. Liu B.-P., Lunde K.B., Jia C.-X., Qin P. The short term rate of non fatal and fatal repetition of deliberate self harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect.* 2020 Aug 1;273: 597-603.



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra

Direttore Artistico

Stalking

/ Enza Maierà /

Lo stalking è una patologia della relazione della comunicazione e della dipendenza affettiva.

Lo stalking rientra nella categoria della patologia comunicativa e investe qualsiasi tipo di relazione tra le persone. I dati statistici pongono particolare rilievo alla forma più diffusa a livello mondiale di stalking e di violenza: quella rivolta alle donne. Nell'esistenza umana la comunicazione è essenziale a diversi livelli e per un'ampia serie di motivazioni. Prima di tutto risponde ai bisogni di tipo fisico. Le persone sole e con scarse e insoddisfacenti relazioni interpersonali sono più soggette a malattie e persino a morte prematura. La nostra identità si rende evidente da come interagiamo e dai messaggi e le definizioni che gli altri ci inviano. Oggi in tutti gli orientamenti della psichiatria contemporanea il ruolo delle interazioni personali nella origine e nell'evoluzione dei disturbi mentali è ampiamente riconosciuto. Già nelle opere dei grandi psicopatologi della prima metà del Novecento, è stato dato un discreto spazio al problema del rapporto tra interazioni personali e disturbi mentali. Ricordiamo a questo proposito i contributi di Jaspers (1883-1969), di Kretschmer (1888-1964), di Schneider (1887-1967). Lo stesso Freud nella causa dei disturbi mentali, soprattutto delle nevrosi,

indicava la presenza simultanea, sia di fattori legati ai conflitti interni (intrapersonali), sia di fattori legati alle frustrazioni (interpersonali). Gli sviluppi più recenti della psicoanalisi attribuiscono un'importanza maggiore alle relazioni interpersonali (Pazzagli A. et al, 1993). Lo psichiatra che ha evidenziato l'importanza delle relazioni interpersonali è stato Harry Stack Sullivan (1892-1949). Egli definiva la psichiatria non come lo studio dei disturbi mentali, ma come lo studio delle relazioni interpersonali (Sullivan H.S, 1961). Nell'area delle relazioni interpersonali possono pertanto verificarsi eventi che hanno effetti negativi sull'equilibrio psichico. Questi effetti dipendono oltre che dalle caratteristiche dell'evento, anche dal significato che esso assume per il soggetto. Il significato, a sua volta, dipende anche da relazioni interpersonali precoci o, in ogni caso, appartenenti al passato e che sono state memorizzate. In campo psichiatrico, gli eventi e le situazioni stressanti sono stati rilevati frequentemente come fattori di rischio di patologie mentali. Si citano disturbi depressivi e bipolari, i disturbi d'ansia, i disturbi psicotici quali la schizofrenia e la psicosi reattiva breve, i

disturbi d'adattamento e il disturbo post-traumatico da stress. In campo psicosomatico, il progressivo accrescersi delle conoscenze, ha profondamente mutato e ampliato gli orizzonti del rapporto tra processi psichici e sviluppo di malattie somatiche. Con Seyle (1907-1982) per la prima volta, veniva stabilita l'esistenza di una relazione tra stimoli esterni, pericolosi o minacciosi e reazione interna dell'organismo. In secondo luogo, veniva stabilito come la reazione di stress fosse una reazione di tipo aspecifico, cioè uguale di fronte a stimoli diversi. In terzo luogo, emergeva il legame tra lo stress e l'origine delle patologie. La malattia depressiva è anch'essa, prevalentemente, la conseguenza di una esposizione prolungata a fattori stressogeni. Recenti studi hanno dimostrato che lo stress può essere depressogeno (Botta N, 2003). La più elevata presenza femminile nei quadri depressivi potrebbe essere correlata alla maggiore frequenza con cui le donne vivano eventi stressanti nella propria vita infantile a causa di stress da attaccamento e perdita. A questo riguardo esistono riscontri biologici che dimostrano come gli stress precoci inducano malfunzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che aumenta la vulnerabilità alla depressione (Infrasca R, 2004). Lo stalking è un fenomeno multifattoriale e multidisciplinare, complesso, che va analizzato nei suoi aspetti sociali, medici, culturali e giuridici. Nello stalker è rilevabile una patologia della comunicazione e della relazione o una dipendenza affettiva che è frequente riscontrare in diversi disturbi della personalità. Lo stalking diventa di stretta pertinenza psicopatologica quando i comportamenti assumono aspetti



esasperanti e persistenti nel tempo. Tali caratteristiche inducono nella vittima, un grave stress emotivo con ripercussioni sul funzionamento sociale e lavorativo. La definizione originaria di stalking (dall'inglese to stalk) è quella che caratterizza meglio il fenomeno. Tradotta in Italiano corrisponde a "avvicinarsi alla preda di nascosto. Lo stalking è definito anche "Sindrome del molestatore assillante" per i comportamenti anomali e fastidiosi. Essi sono costituiti da azioni intrusive (telefonate, sms etc) o da comportamenti volti a controllare la propria vittima (pedinamenti, violazione di domicilio etc.). I comportamenti, diretti ed indiretti, devono essere consapevoli, intenzionali e ripetuti. La causa risiederebbe in un'alterata visione della relazione e in una distorta comunicazione messa in atto dallo stalker. Chi è lo stalker? La biografia degli stalker è quella di un individuo che va alla ricerca ossessiva di un rapporto e/o di un contatto diretto. A volte, invece, sono travolti dalla rabbia o dalla vendetta per l'abbandono di cui si ritengono vittime. In ogni caso, il comportamento dello

stalker si traduce sempre in una molestia intollerabile e carica di minaccia che distrugge la vita di chi ne è la vittima. Il profilo dello stalker ha diversi punti in comune con quello del soggetto affetto da dipendenza affettiva. Nello stalker c'è la presenza di un modello di attaccamento insicuro, in base alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1907-1982), per cui l'altro/a diventa necessario per la propria esistenza. Questa particolare sensibilità può manifestarsi in ogni relazione interpersonale. Essa si accentua quando lo stalker vive il c.d. C.A.I. ossia il colpo abbandono improvviso. L'aspetto di maggiore importanza è quello di chi subisce le molestie. La vita di una persona perseguitata cambia radicalmente fino a impregnarsi di paura per l'imprevedibilità di quello che può accadere. La vit-

tima si sente costantemente controllata e guardata a vista. Tutto questo genera ansia, insonnia, con compromissione della vita personale, lavorativa e sociale. Lo stalking si configura in una modalità relazionale e comunicativa patologica, che, nella sua manifestazione, è opposta rispetto ad un'interazione sana. Le sue caratteristiche espressive e di contenuto lo collocano tra i fenomeni ed eventi che generano stress e traumi. Il contesto in cui lo stalking si concretizza è quello relazionale, nello specifico interpersonale. La ripetizione del fenomeno e la sua cronicità sono assimilabili ad un evento stressante e inevitabilmente politraumatico. Il trauma subito dalla vittima si traduce in un'esperienza di vita con importanti conseguenze psichiche, soprattutto umorali, a volte indelebili.

Bibliografia

1. Pazzagli A, Vetrone G, Pallanti S. Trattato Italiano di Psichiatria. Ed. Masson, 1993
2. Sullivan H.S.: La moderna concezione della psichiatria. Feltrinelli, Milano, 1961
3. Botta N., Mobbing, stress e diritti violati, Edizioni Scientifiche Italiane, 2003
4. Infrasca R. Donne e depressione. Bruno Mondadori, 2004.



Enza Maierà

*Medico Chirurgo Psichiatra
Redattrice*

La sindrome da rassegnazione

/ Immacolata d'Errico /

In “Sopraffatti dalla vita”, docufilm di Netflix, viene descritta in soli 40 minuti la drammatica sindrome da rassegnazione o fenomeno “Biancaneve”. Essa affligge in Svezia centinaia di bambini rifugiati.

“Lei non sta soffrendo, vostra figlia dorme come Biancaneve perché la realtà che la circonda è terribile e questa specie di sonno è una forma di protezione. La bimba aspetta solo che la situazione migliori e allora avrà la possibilità di svegliarsi e tornare ad essere vivace.”

Così inizia la voce di campo in “Sopraffatti dalla vita”, un docufilm di Netflix, del 2019, di John Haptas e Kristine Samuelson, sulla sindrome da rassegnazione. Sindrome che da 20 anni ha colpito centinaia di bambini traumatizzati, richiedenti asilo in Svezia. I “Biancaneve” in Sopraffatti dalla vita: Dasha (sette anni), Leyla (dieci anni) e Karen (dodici anni) sono addormentati. Il docufilm è un susseguirsi di amorevoli gesti di cura intervallati da desertiche riprese di paesaggi innevati, di campi di terra scura, di fiumi ghiacciati. La natura brulla qui sembra rimarcare ed amplificare il dolore. Le parole sono superflue. Non

ci sono commenti. Le uniche parole sono quelle degli specialisti che cercano di spiegare questo fenomeno dal punto di vista scientifico.

Dasha con sondino nasogastrico. Scena del docufilm di Netflix “Sopraffatti dalla vita”

Dasha, con la sua famiglia, ha assistito alla lettura del rigetto della “sentenza” di richiesta di asilo. I bambini, che capivano lo svedese, “avevano capito tutto, prima che traducessero a loro”. Dasha si è subito disperata e poi si è addormentata come Biancaneve. Aveva vissuto per un anno e mezzo le tensioni della famiglia in attesa della risposta. La bimba è rimasta addormentata per più di un anno, fino a quando non è stato accolto positivamente il ricorso. Leyla è una bimba yazidi, malata da mesi. La mamma era stata brutalmente stuprata nel paese di origine e minacciata di morte dal nonno per lo scandalo. Erano, dopo circa un anno, ancora in attesa della risposta

alla richiesta di asilo. Nelle scene iniziali, la sorella maggiore si prende cura di lei ma poi pian piano anch'ella ha iniziato a ritirarsi dal mondo. “È tutta paura, i nostri corpi sono pieni di paura”, dice il padre. È commovente la scena silenziosa delle due bambine nei loro lettini, due piccole biancaneve addormentate. Qui non c'è il lieto fine. Karen era uno studente modello, bravissimo in matematica. Adorava la scuola. Karen nel paese di origine ha subito un agguato dove ha assistito all'assassinio dell'amico di suo padre. Lui ed il padre sono scampati all'agguato. Arrivato in Svezia con la famiglia il ragazzino era molto scosso “stava sempre sul chi vive, si guardava attorno con fare ansioso”. D'impatto la scena in cui la dottoressa insegna alla madre come far inghiottire il gelato a Karen profondamente addormentato. All'epoca del film era in stato catatonico da 14 mesi. Dopo che alla famiglia è stato rinnovato il permesso di soggiorno temporaneo, ha ricominciato a deglutire, sempre imboccato. La sindrome da rassegnazione è una condizione clinica molto seria, caratterizzata da riduzione dello stato di coscienza. I bambini vivono in uno stato stuporoso per mesi o anni. Sono completamente inerti, incapaci di reagire al dolore e a qualunque stimolazione vocale e tattile. Non sono in grado di nutrirsi né di camminare autonomamente. Vengono alimentati attraverso un sondino naso-gastrico. La sindrome da rassegnazione inizia con la comparsa di irritabilità. Si allontanano progressivamente dal mondo e si chiudono in sé stessi. Si disimpegnano dalle attività abituali come la scuola e il gioco, diventano apatici. Smettono



Momento tratto dal docufilm "Sopraffatti dalla vita" Netflix

di camminare, parlare, mangiare, diventano deboli. Perdono urine e feci fino ad arrivare alla condizione di profondo torpore e incoscienza. La classificazione nosografica è ancora complessa e oggetto di dibattito. Si sa che è sempre correlata a un peggioramento Disturbo Post Traumatico da Stress (soprattutto nei maschi) e/o a Depressione (soprattutto nelle femmine) (Cohen D, 2006). In circa il 30% dei casi i genitori soffrivano di disturbi psichici. Viene ipotizzato potrebbe trattarsi di una forma estrema di disturbo dell'umore o di ansia. I bambini, infatti, sono sempre vittime di traumi fisici e psichici per lo stato continuo di pressione, allerta e paura. L'età di insorgenza media è di 11,5 anni (da 8 a 15 anni). (von Knorring e Hulcrantz, 2020). La particolarità della sindrome da rassegnazione è che la maggior parte dei casi

sono stati registrati soprattutto in Svezia. I rifugiati provenivano dai Balcani, dalle Repubbliche ex-sovietiche, dal Sud della Russia, per la maggior parte appartenenti a minoranze etniche e religiose. E successivamente dalla Siria. Pochissimi minori con sintomi uguali o simili sono stati segnalati da altri paesi europei. Recentemente sono stati segnalati casi nei centri di detenzione per profughi dall'Australia (Sainty L, 2018) e dall'Isola di Nauru. (Harrison, 2018). Non è ancora chiaro. In passato la Svezia era una società aperta all'accoglienza e all'integrazione, ma progressivamente è cresciuto il sentimento anti-immigrazione. Le richieste di asilo hanno tempi sempre più lunghi e vengono sempre più spesso rifiutate. Gli esperti nel docufilm sottolineano che la prospettiva della deportazione colpisce dei bambini già

adattati al nuovo ambiente e che conoscono la lingua. Vent'anni dopo il primo caso, l'enigma del perché ciò accada solamente in Svezia non è stato ancora risolto. (Thinh Ngo & Matthew Hodes, 2019) In un primo momento era stata divulgata l'idea, sostenuta dall'estrema destra, che i bambini e le famiglie fingessero. Veniva suggerito nei media, che i bambini si autoproducessero il coma o addirittura che fossero avvelenati dai genitori. Con la finalità di rimanere più a lungo nel paese posticipando la deportazione. Secondo i medici e i ricercatori i sintomi della malattia non sono volontari. Si è scoperto essere delle fake news (false notizie). Testimoni di terribili violenze, dormono per non vivere, si estraniavano per non avere paura. È la perdita di futuro e di speranza a indurre il crollo e il ritiro. In relazione ad



un ambiente che li ha rigettati, dopo aver creato una illusione di salvezza. L'idea che la rassegnazione colpisca questi minori, portandoli a ritirarsi dal mondo come unica via di fuga da una situazione psicologica insostenibile, è inaccettabile. La voce di campo nel docufilm ci dice che la guarigione di questi bambini

è molto graduale e lenta. Anche se non sono mancati casi ad esito negativo. A seconda della variabilità individuale, la sindrome regredisce e vengono ripristinate pian piano tutte le funzioni cognitive e motorie, senza che residuino disfunzioni. Il processo di guarigione inizia solo quando la famiglia si sente al sicuro e

sembra dipendere dalla ricostruzione della speranza. Il sorgere della speranza evidentemente cambia la comunicazione all'interno del gruppo familiare. I genitori modificano probabilmente e inconsapevolmente il tono della voce, la gestualità. L'atmosfera familiare cambiata, genera e trasmette speranza.

Bibliografia

1. Cohen D. – Towards a valid nosography and psychopathology of catatonia in children and adolescents. *Int Rev Neurobiol.* 2006;72:131–147.
2. von Knorring, AL., Hulterantz, E. – Asylum-seeking children with resignation syndrome: catatonia or traumatic withdrawal syndrome? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2020, 29, 1103–1109
3. Thinh Ngo & Matthew Hodes – Pervasive Refusal Syndrome in Asylum Seeking Children: Review of the Current Evidence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* (2019)

Sitografia

4. Harrison, V. (2018). Nauru refugees: The island where children have given up on life. Retrieved from <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-45327058>
5. <https://www.spiweb.it/cultura-e-societa/cinema/sopraffatti-dalla-vita-commento-di-e-marchiori/>
6. Sainy L (2018) Australia's child refugees are suffering a rare psychological illness where they withdraw from the world. www.buzzfeed.com/lane-sainy/australias-child-refugees-are-being-diagnosed-with-swedens?utm_term=.gw4xE99XmZ#.ko1DxjvB3. Accessed 9 Nov 2018



Immacolata d'Errico

*Medico Psichiatra
Comitato Scientifico*

Il bambino cattivo

/ *Immacolata d'Errico* /

Film del 2013 di Pupi Avati. Storia di un disfacimento familiare, dove dei genitori disfunzionanti generano una distanza affettiva incolmabile con il loro unico figlio, il bambino cattivo, di 11 anni.

Realizzato in collaborazione con l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Il Bambino Cattivo è stato trasmesso il 20.11.13 su Rai 1. È stato mandato in onda in occasione della Giornata Internazionale a favore dei diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Questo gli ha conferito un significato speciale. Pupi Avati ha voluto mettere in luce il dramma di molte famiglie in fase di separazione con i figli che vengono sballottati presso i parenti. Il dramma accade quando i figli vengono triangolati e strumentalizzati a fini personali. Figli indifesi sulla cui personalità acerba l'inettitudine e l'immatùrità genitoriale inducono sofferenze e danni psichici. (<https://www.maridacaterini.it/recensioni-programmi-tv-film-serie-tv-soap-opera/1716-il-bambino-cattivo-recensione-tv-movie-pupi-avati-critica-opinioni.html>). Il titolo del film deriva da una frase scagliata dalla madre, in casa di cura psichiatrica, al figlio Brando scappato dalla Casa Famiglia di notte. Era convinta che il bambino parteggiasse per il padre, che l'aveva lasciata ri-

facendosi una nuova famiglia. E lo chiama bambino cattivo e per farlo cacciare lo accusa di furto davanti a un infermiere. Brando era stato dichiarato abbandonato da un tribunale e affidato a una Casa Famiglia. È un film per la televisione dove Pupi Avati narra la storia prendendo il punto di vista del bambino, all'interno di una famiglia patologica e abbandonica. Così facendo, riesce a catapultare lo spettatore nel mondo emotivo di Brando e a farlo immedesimare in lui e nel suo dolore. (<https://www.ecodelcinema.com/il-bambino-cattivo-recensione.htm>). Il film inizia con una famiglia che si sta sgretolando. I genitori, entrambi docenti universitari, in conflitto da anni, cercano di strumentalizzare il bambino, tirandolo dentro le liti senza rispettare il suo essere bambino, inerme. La madre, Flora, soffre di gravi crisi depressive. Il padre, Michele, è un uomo immaturo e assente. Michele inizia una relazione con una donna di cui era innamorato da ragazzo. Flora lo scopre e la situazione precipita. Michele pretende che il figlio approvi e

sia complice. Flora tenta il suicidio, si perderà nell'alcol e nella depressione. Non si riprenderà più e verrà internata in una casa di cura. Brando viene coinvolto all'interno di grossi conflitti familiari, affettivi e di tradimenti. Non viene rispettato come bambino, viene iper-responsabilizzato e usato come "sfogo". Gli viene chiesto di dire: "di che stai bene", "di che sei felice". E ancora, a giustificazione delle loro strumentalizzazioni, gli ricordano che lui ormai è grande! E questo significa abuso e trascuratezza nei confronti di questo "bambino cattivo". Che cattivo non è! Abuso in quanto Brando viene strumentalizzato per i loro scopi, per le loro rivendicazioni, coinvolto nei loro conflitti, triangolato. Viene trascurata la sua essenza di bambino che non può assumersi responsabilità. Gli viene richiesto di mantenere dei segreti, di dare informazioni sull'altro genitore. Di tradire. Fortemente impattante è la scena in cui il padre esce di casa senza rivolgere uno sguardo a Brando, dopo essersi preparato un borsone. Il bambino, che in quel momento cercava di parlare con la madre in difficoltà, ha lo sguardo terrorizzato. Inizierà qui il periodo più difficile per Brando. Il disgregamento della sua famiglia significherà per il bambino cattivo, l'arrivo in Casa famiglia. In realtà si cerca di inviarlo prima dai nonni. I nonni materni non vogliono occuparsene adducendo come giustificazione la salute del nonno cardiopatico, bisognoso di vita tranquilla. La nonna paterna, invece, essendo molto legata al nipote, cerca di occuparsi di lui e lo accoglie. Si mostra, però, ben presto inadeguata ad occuparsene e commette una serie di azioni scon-



Momento tratto dal film "Il Bambino cattivo" di Pupi Avati, 2013

siderate che porta gli assistenti sociali a dichiararla inaffidabile. Drammatica la scena in cui la polizia strappa il bambino dalle braccia della nonna che cade. E Brando guarda con il volto sgomento e triste la nonna e il padre, sporgendosi dal finestrino dell'auto che lo porterà via. Il bambino cattivo, quindi arriva in Casa Famiglia. Brando li sviluppa un'enuresi che lo porta ad essere deriso dagli altri bambini. Enuresi come segno del disagio che prova. E a causa del disagio profondo, una notte decide di fuggire e andare dalla madre malata. Flora, però, in preda alle sue allucinazioni, lo accusa di averla tradita. È un "bambino cattivo" che non le ha rivelato che il padre aveva una relazione con un'altra donna! A sua volta, il padre, quando Brando entra in casa famiglia, gli scrive una lettera, dove non chiede di lui, di come sta, non gli rivolge parole affettuose, ma gli comunica di non avere tempo per lui. E sparisce dalla vita del figlio. Non va

a trovarlo. Non gli scrive più. Il sentirsi rifiutato e non amato, fa sì che respinge una coppia, molto affettuosa, che lo chiede in affido. La coppia ha già perso un figlio di recente. Brando li respinge per paura di essere usato come rimpiazzo e di non essere amato per sé e di essere nuovamente abbandonato. Alcuni mesi dopo, riceve la visita dal padre e si illude che voglia riportarlo a casa con sé. Michele invece, gli parla solo dei suoi successi, della sua felicità, mostrandogli l'ecografia del bimbo che prenderà il suo posto nella sua felice famiglia. A questo punto Brando accetta la coppia che lo aveva chiesto in affido. Prima però ribadisce di non avere intenzione di essere considerato solo un sostituto del figlio morto! E qui, in questa nuova famiglia dove trova affetto, il bambino cattivo torna ad essere di nuovo felice, forse felice per la prima volta. (<https://www.psicofilm.it/recensioni/topsyfest2017-il-bambino-cattivo-pupi-avati-e-la-fami->

glia-disfunzionale/). Brando è un bambino con esperienze di rifiuto da parte delle figure genitoriali che avrebbero dovuto prendersene cura in modo amorevole. Non solo rifiuto ma anche accudimento insufficiente, qui possiamo parlare di attaccamento invertito. È un bambino "adultizzato". I genitori gli richiedono obblighi al di fuori della sua portata. È un genitore per sua madre, che protegge e consola. È un confidente per suo padre, di cui custodisce pesanti segreti.

La non disponibilità dei suoi genitori, troppo presi da sé, per lunghi periodi di tempo, ha fatto sviluppare in Brando il fenomeno dell'autosufficienza compulsiva. In psicologia si chiama autosufficienza compulsiva l'imparare che deve cavarsela da solo.

Le continue esperienze di rifiuto hanno sollecitato in lui, in modo ricorrente, quelle emozioni relative alla perdita: rabbia e tristezza soprattutto. Emozioni che possono diventare ontologiche, cioè veri temi di vita che possono divenire costitutive e strutturali dell'identità personale in senso depressivo. (Arciero, 2012)

Bibliografia

1. Arciero G., Bondolfi G.- Sé, Identità e Stili di personalità. Bollati Boringhieri, 2012

Sitografia

2. Il bambino cattivo: recensione del tv movie con la regia di Pupi Avati



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Brividi e amore a Sanremo

/ Romina Tavormina /

Siamo a febbraio, a due passi da San Valentino, e come sempre a Sanremo ogni anno si parla d'Amore in tutte le sue forme: romantico, passionale, tormentato, platonico, coraggioso. Brividi è la canzone vincente del Festival di Sanremo 2022.

Perché una canzone come “Brividi” spesso ci aiuta a dare voce ad emozioni che diversamente resterebbero senza voce sul fondo del nostro cuore! Ma se ne parla sempre, soprattutto perché un bisogno fondamentale dell’essere umano è “Amare ed essere amati”. Spesso sembra diventare un sogno irraggiungibile, ed il cui mancato raggiungimento a volte ci fa cadere in un profondo abisso di dolore. Esso ci isola dal mondo e da noi stessi, facendoci naufragare a volte nel profondo ed oscuro “mare della depressione”. Ma quanto è difficile vivere un amore felice oggi? Cosa ci blocca? Ce lo raccontano Mahmood e Blanco, i vincitori di Sanremo 2022, con la loro magnetica canzone “Brividi”, che già dal primo ascolto ha fatto palpitare i cuori di milioni di italiani e non solo, perché in poco tempo è arrivata in cima delle Hit Parade mondiali. In pochi giorni è arrivata al 6° posto nel “Top 50 Mondo” di Spotify, facendo vibrare l’animo

del mondo intero! Due diverse generazioni a confronto (un trentenne e un diciottenne) alle prese con due tipologie d’amore, omosessuale ed eterosessuale, che si guardano negli occhi, ma che condividono la stessa difficoltà. “Vivere un amore libero da paure, che bloccano e ci fanno scappare dalla relazione piuttosto che viverla a 360 gradi”. Brividi: “La tua paura cos’è? / Un mare dove non tocchi mai / Anche se il sesso non è / La via di fuga dal fondo / Dai, non scappare da qui / Non lasciarmi così / Nudo con i brividi / A volte non so esprimerti / E ti vorrei amare, ma sbaglio sempre / E ti vorrei rubare un cielo di perle / E pagherei per andar via / Accetterei anche una bugia / E ti vorrei amare ma sbaglio sempre / E mi vengono i brividi, brividi, brividi...” Il proprio amato viene visto come un potenziale pericolo. Un nemico pronto a colpirci e a lasciarci soli con le nostre fragilità. Ci abbandona proprio nel momento



in cui proviamo timidamente ad aprire a lui le porte blindate del nostro cuore! “Tu, che mi mordi la pelle / Con i tuoi occhi da vipera / E tu, sei il contrario di un angelo / E tu, sei come un pugile all’angolo / E tu scappi da qui, mi lasci così / Nudo con i brividi...” Ed ecco che di fronte alla paura di un ulteriore abbandono emotivo ed al crollo psicologico che ne deriva si preferisce andare via. “Dimmi che non ho ragione / E vivo dentro una prigione / E provo a restarti vicino / Ma scusa se poi mando tutto a puttane...” Soffocando dentro di sé il proprio amore per paura di essere feriti nuovamente. “Non so dirti ciò che provo, è un mio limite / Per un “ti amo” ho mischiato droghe e lacrime...” Ma al tempo stesso



si è mossi dalla voglia e dal desiderio di urlare all'altro il proprio amore, nella speranza che possa essere accolto, piuttosto che continuare a farsi la guerra e ferirsi reciprocamente. / "Questo veleno che ci sputiamo ogni giorno / Io non lo voglio più addosso / Lo vedi, sono qui / Su una bici di diamanti, uno fra tanti..." Questo è il grido disperato d'amore di Mahmood e Blanco, un amore imbrigliato nelle sue paure, ma che ha il desiderio ardente di liberarsi dalle sue catene e prendere il volo.

"Ho sognato di volare con te / Su una bici di diamanti" È questo il grido d'amore che irrompe sul palcoscenico dell'Ariston conquistando con la sua forza il pubblico. In un'intervista i vin-

citori, nel rispondere al perché del loro brano, affermano infatti: Mahmood " Vogliamo abbattere le barriere" e Blanco "L'amore? Riesco ad esprimerlo solo cantando e urlando".

Perché tra i tanti amori Sanremo vince proprio "Brividi"? Perché probabilmente rispecchia un conflitto amoroso che vivono molte persone oggi.

Lo scontro tra il desiderio di volare coraggiosamente sulle ali dell'amore e la profonda paura che le proprie ali possano non essere abbastanza forti per affrontare il volo. Soprattutto se c'è il rischio che l'altro non spicchi il volo insieme a noi! Ed ecco che si rimane intrappolati in un amore soffocato che fa fatica a venire fuori.

Così come lo è una farfalla imbrigliata nel suo bozzolo, che utilizza le sue ali come scudo per proteggersi piuttosto che spiccare il suo naturale volo! È la filofobia: la paura di amare.

Sitografia

1. Sanremo 2022 – Mahmood & Blanco cantano 'Brividi' https://www.youtube.com/watch?v=Te236EDr_-k



Romina Tavormina

*Psicologa Clinica
Redattrice*

Madame: da vittima del bullismo a eroina della Generazione Z

/ Antonella Litta /

La cantautrice Madame con la sua storia offre un messaggio di speranza per tutti i ragazzi vittime di bullismo.

La giovane cantautrice Madame: “Amico, stammi vicino, anche in quelle notti in cui io voglio morire” canta Madame nella canzone “Il mio amico” scritta insieme a Fabri Fibra. La giovane cantautrice celebra il valore dell’amicizia e contemporaneamente esprime i pensieri di morte che ha sperimentato nel corso della sua vita. Madame è il nome d’arte di Francesca Calearo, ha appena compiuto 20 anni e già domina la scena della musica italiana con il suo carisma e la sua personalità. Il singolo “Voce” portato a Sanremo nel 2021 ha fatto conoscere in tutto il mondo questa giovane artista. Madame ha compiuto una vera rivoluzione mettendosi a nudo e narrando la propria storia personale. In diverse interviste racconta di come sia riuscita a superare il disagio psichico emerso in età adolescenziale. “Stavo male sempre. Prendevo ansiolitici come se fossero acqua. Lo stomaco chiuso. Non mangiavo. Non dormivo. Era un circolo vizioso. (..) e all’improvviso è andata anche peggio”. Madame non

cela le sue fragilità e soprattutto mette in evidenza il fatto di essere stata vittima durante la scuola secondaria di episodi di bullismo. A causa di essi ha sofferto molto ma ha reagito con determinazione trovando un’ancora nella passione per la pallavolo e nell’infatuazione per un insegnante di pallavolo. La pallavolo le avrebbe dato la voglia di curare di più il suo aspetto esteriore. Adesso ironizza con leggerezza parlando di come i compagni di classe l’avessero presa di mira, sia per la sua trascuratezza personale, sia per la dentatura. Racconta di come ancora oggi sia oggetto di hating su Internet in una pagina di Instagram chiamata “i denti della madame”. Per la generazione Zeta, termine che include i nativi digitali nati tra gli anni 1997 e 2012, è un vero e proprio allarme bullismo e cyberbullismo. L’Osservatorio Indifesa monitora in Italia il fenomeno del bullismo e coinvolge più di 1700 ragazzi dai 14 ai 16 anni. Secondo i dati relativi al 2021, 1 adolescente su 2 è vittima di bullismo e 7 ragaz-

zi su 10 non si sentono al sicuro sul web. Per il 68% degli adolescenti la minaccia più temuta è il cyberbullismo, seguito dal revenge porn (60%), il furto di identità (40,6%), lo stalking (35%). Il bullismo è un fenomeno sociale caratterizzato da violenza verbale, fisica e/o psicologica reiterata nel tempo e può avere conseguenze psicologiche anche molto gravi. Le vittime di bullismo possono sperimentare sintomi psicosomatici (cefalea, mal di stomaco), insonnia, isolamento sociale, ansia, sintomi depressivi fino alla comparsa di pensieri negativi e autolesionismo. “Da più piccola mi facevo del male per avere segni evidenti sulla mia carne che stavo male e farle vedere alle altre persone, era un po’ un trattato di autenticità. Guardate, vedete che ho le braccia tagliate forse perché sto male”. Madame racconta con coraggio i suoi episodi di autolesionismo in un’intervista per il sito musicale Noissey. L’autolesionismo è un comportamento caratterizzato da danni autoinflitti e intenzionali alla superficie corporea in grado di indurre sanguinamento, lividi o dolore (es. tagliandosi, brucianandosi). Questo tipo di comportamento non ha una vera intenzionalità suicidaria, ma nasce per portare sollievo alla sofferenza psichica, con danni fisici lievi o moderati. Nella quinta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali l’Autolesionismo non suicidario (NSSI: not suicidal self injury) è inserito come categoria a sé stante. Esso appare un fenomeno in crescita tra gli adolescenti dove per lo più assume le forme del cutting (procurarsi dei tagli ripetuti). Madame ad un certo punto ha trovato la forza di uscire dal tunnel in cui si trovava, attingendo a risorse



personali e anche esterne. Parla della figura di una psicologa che l'ha sostenuta in questi momenti di difficoltà perché, come lei stessa afferma in un'intervista, a volte i genitori non sono sufficienti. "Poi mi sono detta basta, non puoi andare avanti così. Ho iniziato a lavorare ogni giorno per trovare un senso, ho guardato in faccia l'ansia che mi aveva sempre accompagnata e ho trovato il modo per eliminarla". "Dirlo è stata una liberazione. Ho imparato a non essere schiava della fretta, a godermi i silenzi, il buio. Ho imparato a respirare, ad accettare che le cose accadano senza io che possa controllarle" "Dobbiamo imparare ad accettare anche le parti peggiori di noi, non essere angosciati dal timore

di stare male". "In ogni cosa c'è una crepa. È da lì che entra la luce" cantava Leonard Cohen nel 1992. Trent'anni dopo la voce intensa e graffiante di questa giovane cantautrice sembra proprio squarciare le tenebre della sofferenza adolescenziale con una luce intensa. Da vittima del bullismo la giovane Francesca Calearo si è trasformata in Madame, eroina anticonformista che ha accettato le proprie vulnerabilità. La vera rivoluzione di Madame non è solo il particolarissimo mix musicale che offre sul palco ma soprattutto il modello che offre ai giovani della sua generazione. Madame ha intrapreso un percorso di crescita interiore da cui ha tratto forza e risorsa per il futuro. Dal bullismo e dagli attacchi de-

gli altri si può uscire migliori di prima, imparando ad accettare le proprie fragilità e mettendosi in gioco in prima persona.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Raffaello Cortina Editore, 2014

Sitografia

2. Noisy Italia. Personal: Madame racconta i traumi della sua adolescenza e la ricerca della sua identità, Youtube, 23 marzo 2021. Video, 18:42 <https://www.youtube.com/watch?v=bI-DJWcuqhDE> Osservatorio Indifesa Dossier 2021 a cura di Terre des Hommes



Antonella Litta

*Medico Psichiatra
Redattrice*

Billie Eilish e gli adolescenti

/ Antonella Litta /

La giovane cantautrice, che ha sofferto di depressione in adolescenza, è un punto di riferimento per gli adolescenti di oggi. Li aiuta a riconoscere e superare i vissuti dolorosi.

Billie Eilish è la pop star più adorata dagli adolescenti. La giovanissima cantautrice statunitense è molto amata tra gli adolescenti. Le sue canzoni hanno sempre uno sfondo malinconico e i suoi testi sono pieni di tristezza e solitudine. Basta ascoltare *Everything I Wanted* ispirata ad un sogno sul suicidio o *Lovely* che rende bene la sensazione di sentirsi intrappolati in una condizione depressiva. Eilish ha sofferto di depressione in adolescenza, ansia e autolesionismo fin dall'età di 13 anni. Ha confessato anche che dall'età di 11 anni ha iniziato a vedere video a contenuto pornografico fino allo sviluppo di una vera e propria dipendenza. In alcune interviste ha ammesso di essere arrivata a pensare anche al suicidio per porre fine alla sua sofferenza psichica. Tutto questo probabilmente si è riversato nelle sue canzoni con le quali riesce a coinvolgere il pubblico di adolescenti. L'adolescenza è

un'età a rischio per sbalzi d'umore, depressione e comportamenti impulsivi come autolesionismo e dipendenze patologiche. Il cervello adolescente è in via di maturazione, sottoposto a sbalzi ormonali e ad un'accelerazione del processo di sfoltimento neuronale (www.neuroscienzedipendenze.it/maturazione_cerebrale.html). In adolescenza vi è un gap tra le aree cerebrali subcorticali e frontali a svantaggio di queste ultime. L'ultima parte del cervello a "maturare" è la regione prefrontale, sede di funzioni esecutive come pianificazione, controllo degli impulsi, valutazione delle conseguenze delle proprie azioni. Questo si traduce sia in una maggior spinta emotiva, sia in scarse capacità di gestione dell'impulsività, che sono comuni negli adolescenti. La musica ha un potere rassicurante negli adolescenti. "I ragazzi usano le mie canzoni come un abbraccio. Canzoni sull'essere depressi, su-

gli istinti suicidi o su come a volte sei completamente solo contro te stesso... Alcuni adulti pensano che sia sbagliato, ma sento che vedere che qualcun altro prova le stesse orribili cose è un conforto. È una bella sensazione. È come avere qualcuno con cui urlare" afferma la cantautrice in un'intervista sulla rivista musicale "Rolling Stone". Il valore rassicurante della musica inizia fin da quando siamo piccoli: basti pensare al ruolo delle ninne nanne. Ognuno di noi possiede la propria playlist preferita. Diversi ascoltatori dichiarano di divertirsi ascoltando



musica triste o musica contenente altre emozioni complesse e “più oscure”, come la perdita, il desiderio o la nostalgia. Studi recenti sostengono come l’ascolto di musica triste abbia un importante ruolo consolatorio. Ascoltare musica triste e decodificarne i testi aiuterebbe a riflettere su sé stessi, fornendo opportunità per fronteggiare eventi negativi e sviluppando sentimenti di interconnessione (ter Bogt, 2017). “Per favore, abbiate cura di voi, siate buoni con voi stessi e siate gentili con voi stessi. Non fate quel passo in più per ferirvi an-

cora di più. Amatevi”. L’appello accorato che rivolge Billie Eilish ai suoi fan non può che farci amare ancora di più questa giovane popstar, diventata in pochi anni un fenomeno musicale. Regalando agli adolescenti grandi emozioni, ci conferma ancora una volta il ruolo consolatorio e supportivo della musica.

La musica può diventare una vera amica immaginaria, aiutando a sentirsi meno soli e a superare momenti di tristezza e disperazione che possono insorgere in adolescenza.

Sitografia

1. Casey B.J., Getz Sarah, Galvan Adriana, The adolescent brain, *Developmental Review*, Volume 28, Issue 1, 2008, Pages 62-77

2. ter Bogt, T. F. M., Vieno, A., Doornwaard, S. M., Pastore, M., & van den Eijnden, R. J. J. M. “You’re not alone”: Music as a source of consolation among adolescents and young adults. *Psychology of Music*, 2017, 45(2), 155-171.

3. Sitografia http://www.neuroscienzedipendenze.it/maturazione_cerebrale.html



Antonella Litta

*Medico Psichiatra
Redattrice*

Depressione tra i minori e degrado sociale

/ Gianluca Lisa /

La depressione tra i minori si allarga a macchia d'olio nella società contemporanea. Essa, purtroppo, sta estendendosi anche in quella parte della popolazione minorile che qualcuno poteva ritenerla esente. Un problema clinico od anche sociale?

In Italia si stima che circa 1,5 milioni di persone soffrano di depressione mentre il 10% degli italiani, cioè quasi 6 milioni di persone, hanno accusato almeno nel corso della loro vita un episodio depressivo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'anno 2020 la depressione è la seconda causa di malattia, dopo le patologie cardiovascolari, in tutto il mondo. La depressione è fonte di sofferenza, ma non solo per chi ne è colpito ma coinvolge anche i famigliari, i minori e gli adulti (dati del Ministero della salute). La depressione sta incominciando a diffondersi anche tra i minori. Molti incolpano la situazione economica che rende i genitori più stressati e con comportamenti inadeguati verso i figli. Gli eventi stressanti della vita, come il divorzio in famiglia, l'essere vittime di bullismo, la malattia di un genitore

possono incidere negativamente sull'umore. Esse sono le condizioni che possono portare un minore a manifestare sintomi della sfera ansioso depressiva. Ma anche quello che la nostra società ha prodotto negli ultimi decenni pesa sul dilagare dei disturbi della sfera depressiva nei minori. Una sera, fermo al semaforo in attesa del verde pedonale in una città italiana, venivo raggiunto dalle voci concitate di un litigio di una coppia. Essa si accostava con me nell'attesa del via libera, insieme a due figli presumibilmente della suddetta coppia. La donna, offendeva pesantemente il bambino, certificandone la reciproca genitorialità, con la frase: "Nostro figlio è un ...". Un termine che non riporto ma andava a significare la sintesi volgare di un ritratto di una persona incapace, poco attenta e con insufficiente intelligenza. Il segnale verde

portava i protagonisti del suddetto siparietto a scattare in avanti, facendo confondere sempre più, fortunatamente, le invettive nei rumori del traffico. Ma non ho potuto non notare l'andamento incerto e preoccupato del bambino oggetto delle mie osservazioni. Si vedeva una triste sensazione di freddo e sfiducia verso le figure genitoriali. Non credo che ci si possa stupire se quel minore manifesterà sintomi depressivi. I bambini delle generazioni passate hanno avuto rimproveri anche aspri e quando ci voleva si sono presi qualche ceffone, io per primo. Ma era rarissimo il sentirsi offendere e degradare, anche perché eravamo una società con valori, regole e rispetto. I miei colleghi neuropsichiatri mi segnalano quanto stiano aumentando i disturbi depressivi tra i minori, e come le famiglie siano sempre più disarticolate. Esse sono preoccupate del futuro con sempre meno tempo da dedicare ai figli. I servizi di Neuropsichiatria infantile sono sempre più oberati di casi mentre gli organici del Sistema Sanitario Nazionale sono sempre carenti di specialisti del settore. Di qui, a cadere nel vortice della depressione, sia per genitori che per figli, il passo è breve.

Quali cause per l'espansione della depressione tra i minori? Le responsabilità sono di tutti noi e non delle singole famiglie, dal momento che non ci ribelliamo ad una società che da anni produce e diffonde sottocultura e mancanza di regole. Una società così conformata agevola il rischio di depressione tra i suoi componenti. Le generazioni degli anni 60 hanno avuto la fortuna di usufruire di una scuola che educava, e soprattutto suppliva, in situazioni famigliari particolari, alla



“Una Famiglia”. Disegno di Gianluca Lisa, 2022.

mancanza di strumenti educativi. Una scuola dove si insegnava il rispetto, l’educazione e si leggeva il libro “Cuore”. Dal 1968 in poi questo pilastro della società è andato progressivamente degradandosi, senza che la comunità se ne preoccupasse più di tanto. Essa era tesa ad indicare ai giovani i diritti senza ricordare loro i doveri. Di più, le giovani generazioni d’oggi potrebbero prendere a modello gli eroi di trasmissioni di esaltazione del crimine. Il delinquere diventa quasi assurdamente la normalità e sopprimere una persona un atto svolto con leggerezza. Non tutti i messaggi veicolati dai mass media sono negativi, anzi alcuni sono indirizzati ad aiutare il minore e supportare i genitori nella crescita sua e delle sue relazioni.

Però, i minori oggi molte volte sono lasciati soli dai genitori, per gli impegni sempre più pressanti di una società esigente. Essa chiede sempre di più a propri

componenti in termini di lavoro, stress ed insicurezza relativa. I minori possono trovarsi soli senza supervisione di un adulto davanti ad un televisore che spesso oltre a spettacoli interessanti e piacevoli dispensa anche spettacoli violenti e di dubbio gusto. Oppure restano per molto tempo davanti ad un computer od uno smartphone dove i social divulgano quello che vogliono. I messaggi di Internet, social e TV stanno influenzando, nel bene e purtroppo nel male, i comportamenti dei minori e vanno a sostituirsi a tutti i mezzi divulgativi che conoscevano. Sia negli Stati Uniti che in Italia, le ore complessive passate dalle popolazioni scolastiche si discostano poco dalle ore dedicate all’Istruzione. I principali effetti negativi dall’uso non controllato di programmi con contenuti negativi potrebbe portare i minori ad emulazione di comportamenti come: abuso di alcool, di sostanze tossiche ed ac-

quisizione acritica di modelli di violenza sociale (Bertelloni et al, 2004). Mi ricordo, quando ero ragazzo, i personaggi ai quali la televisione di allora indicava come esempi. Essi erano il dr. Manson, della “Cittadella di Cronin” ed il dr. Kildare. Ricordo che vi erano anche discussioni se fosse opportuno trasmettere per televisione immagini di sesso e nudo: età felice! Oggi spesso si trasmettono spettacoli con immagini violente e di prepotenze. Forse non si pensa abbastanza ad eventuali danni prodotti all’educazione dei minori e poi ci si meraviglia del fenomeno delle cosiddette “Baby Gang “. Soprattutto i genitori, forse, per mancanza di tempo e/o superficialità, permettono la visione delle stesse ai propri figli minori nelle fasce di orario non protette. Esempio il commento degli Inquirenti dopo interrogatori di una baby gang che ha effettuato devastazioni ad Imperia riportato in questi giorni da testa-



“Pace e quiete”. Disegno di Gianluca Lisa, 2022.

ta giornalistica locale: “Impalpabilità dei loro sistemi valoriali a scimmiettamento di quel mondo della malavita percepito come modello di riferimento.” (Panzera A, 2022). I genitori sempre di più al lavoro entrambi, nell’incertezza economica e con la paura del domani, con i rapporti di coppia sempre più fragili e conflittuali vivono una vita molto stressante. Essa può generare una situazione di circuito ansioso-depressivo tra genitori e figli. Si esprime nell’ansia, nella conflittualità e nel disagio, nella depressione

tra i minori e nei comportamenti sempre più disturbati e disturbanti (Spinetti et al, 1999). Diventa sempre più difficile il loro contenimento, e nella famiglia non vi è più pace né quiete. La società moderna, con queste distorsioni, fortunatamente può contare sul lavoro che psichiatri, psicologi, neuropsichiatri infantili e psicologi dell’età evolutiva, sempre con più difficoltà, svolgono. La presa in carico di genitori, sia in coppia che singolarmente, e gli ambiti di ascolto per i minori e adolescenti sono determinan-

ti per esprimersi (Spinetti et al, 1996). A questi professionisti è necessario rivolgersi prima possibile, senza rimandare a domani e dire “vedremo...crescerà, cambierà”. Di fronte a comportamenti problematici di un figlio non bisogna dire “...è l’età!”. Medici e psicologi possono supportare le difficoltà di nuclei famigliari sofferenti per vari motivi.

E possono tentare di dare, lavorando con i loro assistiti, quello che questa società sta cercando di farci perdere: la fiducia nel domani.

Bibliografia

1. Bertelloni S, Lombardi D, Tucci M. (2004) TV, Internet e minori. Atti Congresso XI Congr. Società Italiana di Medicina dell’Adolescenza, ottobre 2004
2. Bongioanni M. (1999) Ansia e paure relative al vissuto di morte nella società contemporanea -Manuale di Psichiatria per operatori sociosanitari -Grafiche Amadeo, Imperia 1999,209
3. Lisa G. (1999) Nuove Prospettive del trattamento della depressione -Ed. Istituto Internazionale di Psichiatria e Psicoterapia -It. 1999
4. Lisa G. (2013) Riflessioni sulla Situazione Sanitaria Italiana -Edizioni Grafiche Amadeo, Imperia 2013

5. Panzera A. (2022) Sanremonews.it <https://www.sanremonews.it/2022/04/06/mobile/leggi-notizia/argomenti/imperia-golfo-dianese/articolo/imeria-decine-di-auto-danneggiate-in-piazzale-cristino-gli-indagati-sfilano-dal-gip-in-tre-fanno.html>

6. Spinetti G, Bongioanni M, Netti A. (1996) “La Malattia depressiva: Aspetti psicologici e socio-culturali” -La Psichiatria del terzo millennio- Ed. Istituto Internazionale di Psichiatria e Psicoterapia-1996,117

7. Spinetti G, Bongioanni M. (1999) “La psichiatria di consultazione” -Manuale di Psichiatria per operatori sociosanitari -Grafiche Amadeo, Imperia 1999, 209

8. “Le Psiconevrosi D’Ansia” -Giornale Clinico di Psicoanalisi -Roma gennaio 1993



Gianluca Lisa

Medico Psichiatra

Redattore

Orientamento nella vita: adolescenti e scelte future

/ Dominique Tavormina /

Gli anni scolastici appena trascorsi, caratterizzati dalla Didattica a distanza, hanno accresciuto, negli adolescenti, sfiducia nel futuro, senso di incertezza e difficoltà di orientamento. Invece di prendere in mano la propria vita e costruire un solido progetto esistenziale, essi si mostrano incapaci di scelte definitive e durature

Da tempo ormai, in particolare dalla fine del XX secolo, le questioni educative hanno iniziato a svolgersi entro la nuova cornice della società globale. In essa i popoli e le culture sono caratterizzati da interdipendenza e le problematiche sono divenute sempre più vaste e complesse. In questo panorama, gli organismi sovranazionali, come l'Unione Europea e l'ONU, hanno ritenuto indispensabile assumere un ruolo significativo nell'influenzare le politiche dell'istruzione degli Stati membri, soprattutto in materia di orientamento.

Il loro forte interesse per la scuola e la formazione si inserisce in una riflessione politica ampia. Essa è legata alla necessità che

l'Occidente e l'Europa siano adeguatamente attrezzati per reagire alle grandi sfide e ai cambiamenti del tempo attuale. In particolare, ci si riferisce all'UNESCO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura) e ai documenti emanati dalla Comunità Europea.

In un documento del 1995 emanato dall'Unione europea, il Libro bianco sulla formazione, viene illustrato il nuovo modello culturale della contemporaneità: la "società della conoscenza". Un ideale di società basata non soltanto sulla ricchezza economica e produttiva, ma anche sul valore strategico della conoscenza. "La società del futu-

ro sarà una società conoscitiva. È attraverso l'istruzione e la formazione che gli individui si renderanno padroni del loro futuro e potranno realizzare le loro aspirazioni." (Libro bianco su Istruzione e formazione, 2004) Il principale elemento in grado di dare vita e permanenza alla nuova società della conoscenza è l'intendere l'apprendimento come un percorso lungo quanto l'arco della vita.

Ciò sarà reso possibile innanzitutto dal costruire un orientamento in autonomia.

Ovvero dal saper dirigere efficacemente i propri passi verso la costruzione di un personale progetto di vita, acquisendo capacità di scelta e consapevolezza dei propri interessi e risorse. Fino a pochi anni fa, per orientamento si intendeva solamente l'attività di consulenza e di guida alla scelta di una scuola o di una professione corrispondenti il più possibile alle attitudini di un soggetto.

Oggi, invece, si pone l'accento soprattutto sulle capacità dell'individuo di costruire solidamente il proprio futuro, secondo la nuova visione dal Consiglio dell'Unione Europea nel 2004. "L'orientamento è l'insieme delle attività che mettono in grado i cittadini di ogni età, in qualsiasi momento della loro vita, di identificare le proprie capacità, le proprie competenze e i propri interessi.

È la capacità di prendere decisioni in materia di istruzione, formazione e occupazione nonché di gestire i propri percorsi personali di vita nelle attività di formazione e nel mondo professionale." (Consiglio Unione Europea, 2004).

Sembra, però, che costruire un proprio progetto di vita oggi non



sia così scontato. Esiste, infatti, una popolazione molto numerosa, i cosiddetti NEET (Not in Education, Employment or Training), destinata inesorabilmente, stando agli ultimi dati, ad aumentare.

Si tratta di coloro che non sono impegnati in percorsi educativi, formativi e non hanno alcuna occupazione lavorativa. Solo in Italia ci si aggira attorno ai due milioni di giovani compresi fra i 15 e i 29 anni, un numero enorme. Da un recentissimo rapporto OCSE (Organizzazio-

ne per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa) sembra che il nostro Paese sia addirittura ai primi posti in Europa. L'acronimo compare per la prima volta nel 1999 nel Regno Unito, in uno studio governativo della Social Exclusion Unit.

Il suo obiettivo era quello di analizzare tutte quelle situazioni "a rischio" e in una tale condizione di esclusione da favorire l'avvio di carriere criminali. Nel 2002, sempre nel Regno Unito, i sociologi J. Bynner e S. Parsons riprendono il termi-

ne in un loro articolo.

Il titolo era: "Esclusione sociale e transizione dalla scuola al lavoro: il caso dei giovani non impegnati in istruzione, impiego e formazione".

Essi interpretano il fenomeno di coloro che non cercano né lo studio, né un impiego lavorativo come una delle conseguenze della mancata volontà di responsabilizzarsi a causa delle difficoltà nella transizione alla vita adulta. È doveroso dire che le cause di questo drammatico fenomeno sono numerose, sia



sociali che politiche che educative. Tuttavia, la recente pandemia ha giocato senza dubbio un ruolo fondamentale nell'aggravamento del problema. Nel secondo trimestre 2020 i NEET in Italia sono saliti al 23,9% contro il 21,2% del secondo trimestre 2019. Il dossier periodico "Education at a glance" dell'OCSE ha rilevato di recente, per quanto riguarda il nostro Paese, il nesso fra didattica a distanza e crescente difficoltà di orientamento dei giovani. Infatti, in Italia, in cui le lezioni

a distanza sono state attivate in misura maggiore e più a lungo rispetto agli Paesi europei, l'aumento è stato più accentuato rispetto al resto d'Europa (addirittura + 10 punti nel 2020). È stata messa in evidenza più volte l'importanza della scuola in presenza come luogo stimolante di incontro e di vita, ambiente positivo di confronto attivo, contatto, dialogo, scambio e orientamento. La scuola non è più mero luogo di trasmissione di contenuti, ma spazio di vera conoscenza e di organizzazione del sapere, di benessere, di crescita psicologica e di maturazione, di scoperta della propria passione. La Dad ha causato la perdita irrimediabile di grandi opportunità ed esperienze culturali e relazionali e non è mai riuscita a raggiungere l'intensità di una scuola vera. Il clima generalizzato di paura creato dalla pandemia, oltretutto, ha fatto sì che la speranza di guardare lontano e di poter costruire un futuro venisse meno in tanti dei nostri ragazzi. Il senso di inutilità nei confronti di un progetto di vita ad ampio raggio si è aggiunto a disagi giovanili preesistenti, inerenti le capacità decisionali e di assunzione di responsabilità. Eppure "l'uomo ha invero un carattere peculiare, può esistere solo nella visuale del futuro" ci dice il grande neurologo, psichiatra e psicoanalista viennese Viktor Frankl, sopravvissuto ai campi di concentramento (Frankl V, 2017) Costruire un proprio progetto e portarlo avanti con tenacia e coraggio, nonostante le difficoltà, consente di dare un significato profondo e appagante alla propria esistenza. "Guai a chi non trova più uno scopo di vita, non ha un con-

tenuto di vita, non scorge nessuno scopo nella sua esistenza. Svanisce il significato del suo essere e perde ogni senso anche la resistenza." (Ibidem pag. 95) "Ognuno ha la propria specifica vocazione o missione nella vita e vuole o deve raggiungere un obiettivo concreto e specifico. In questo senso, non può prendere il posto di nessuno e nessuno può prendere il suo posto." (Ibidem, pag. 123) Scoprire la propria vocazione è un passaggio necessario e indispensabile nella vita per poterle dare un senso e l'istituzione scolastica dovrà tornare a essere un luogo completo di formazione e orientamento in cui sviluppare passione e scoprire aspirazioni e talenti. "Cercarsi un fine. Bisogna che sia onesto. Grande. Che non presupponga nel ragazzo null'altro che d'essere uomo." (Don Milani: Lettera a una professoressa, pag. 94)

Bibliografia

1. Giorgio Chiosso: *Pedagogia* – Einaudi, 2015;
2. Commissione dell'Unione Europea: *Insegnare e apprendere. Verso la società conoscitiva. Libro bianco su Istruzione e formazione* – Bruxelles 1995; pag. 3
3. Consiglio dell'Unione Europea: *Rafforzamento delle politiche, dei sistemi e delle prassi in materia di orientamento lungo tutto l'arco della vita in Europa* – Bruxelles 2004; pag. 2
4. Viktor Frankl: *L'uomo in cerca di senso* – Franco Angeli, 2017; pag. 91
5. Don Milani: *Lettera a una professoressa* – 1967.



Dominique Tavormina

*Pedagogista Clinica
Redattrice*

DAD, disagi psichici e bonus psicologo

/ Luciana Maimone /

Approvato il bonus psicologo, finalmente un riconoscimento ai disturbi psicologici e psichiatrici derivati o aggravati dalla pandemia. Anche gli utenti della scuola hanno subito grossi danni ed era ora che qualcosa si muovesse in tal senso. L'esperienza di un'insegnante.

Dopo i ristori a pioggia per tante categorie, il 17/02/2022 è una data storica per il riconoscimento dei disturbi psicologici e psichiatrici. È accaduto che le Commissioni riunite Affari Costituzionali e Bilancio approvano il bonus psicologo. Pertanto, a due anni dalla pandemia SARS COVID-19 si dà ufficiale riconoscimento ai disturbi psicologici derivati o aggravati da tutte le conseguenze legate al COVID-19. Lock-down, chiusura, isolamento... ma anche smart working (lavoro agile), DAD (didattica a distanza) sono state queste misure necessarie al contenimento della pandemia. Già nocive ad una costituzione psicologica forte sono decisamente deleterie a una psiche disturbata o comunque fragile. Nella mia esperienza di docente in una scuola secondaria di primo grado ho potuto toccare con mano alcuni aspetti relativi a tutto que-

sto. La DAD, strumento necessario per continuare una parvenza di scuola, in un primo momento è stata vissuta dai ragazzi come una "novità" da sperimentare. Poi a poco a poco, col passare del tempo, la curiosità ha ceduto il posto all'abitudine, diventando una sorta di zona comfort dalla quale è stato difficile uscire. In molti giovani l'isolamento forzato, si è trasformato in auto isolamento e paura dell'altro, visto come possibile untore. In casi che hanno visto dei lutti in famiglia causati dal COVID, spesso la volontà di restare a casa, di auto-isolarsi è diventata quasi ossessiva. Fenomeni di cutting (tagli sulla pelle), autolesionismo, disturbi alimentari, ansia, sono solo alcune patologie che hanno visto un'impennata nei giovani. Loro si sono trovati a subire scelte di cui spesso non ne hanno capito il senso. Di queste scelte, purtroppo, altrettanto

spesso, non ne hanno visto i risultati sperati. Sovente gli adolescenti hanno cercato nei loro docenti il supporto psicologico di cui necessitavano e a cui la famiglia non sapeva far fronte. Più volte mi sono trovata ad asciugare lacrime di paura o a cercar di placare crisi di panico in ragazzi che uscivano per la prima volta dopo mesi. La presenza di classi dimezzate, con alunni in presenza e altri in DAD, non hanno ricreato un clima sereno. Hanno invece determinato lo schierarsi di opposte fazioni di giovani felici di stare a casa, contro compagni che "invidiavano" i compagni reclusi. I docenti dal canto loro, oltre ad imparare rapidamente una metodica "anomala"





e malvista ai più, hanno vissuto una costante sovrapposizione di ruoli. Si è visto cioè contemporaneamente docenti che “fanno DAD”, genitori che “eseguono DAD coi figli” e, spesso anche coniugi che “subiscono DAD”. Vedere la propria casa trasformarsi da un giorno all’altro in scuola e/o ufficio, destabilizzerebbe i caratteri più forti. Figuriamoci una categoria da sempre stressata e soggetta a burn out come quella degli insegnanti! Senza contare che anche i docenti sono persone con un vissuto familiare alle spalle che ha visto acuirsi ansie e paure per sé e i propri cari. L’ossessione per l’igiene, la carenza d’aria causata dall’uso indispensabile della

mascherina, ha portato un incremento nell’uso di ansiolitici, psicofarmaci e altri antidepressivi. L’introduzione del bonus psicologo appare come una presa di coscienza di tutto questo: del fatto che il Long Covid non va visto solo a livello fisico. Il Long Covid lo è e lo sarà ancora, probabilmente, per molti anni anche a livello psicologico. Questo è davvero un concreto aiuto finanziario alla popolazione. Si spera ottenga anche l’effetto di scardinare alcuni atteggiamenti prevenuti nei confronti degli operatori del settore psicologico e psichiatrico. Questi operatori sono spesso visti come “medici dei pazzi” o dei “depressi”, senza capire realmente cosa si

intenda per depressione o follia. Speriamo anche che il bonus psicologo riesca a scardinare questi tabù: forse non sarà facile, ma fa piacere vedere che, ogni tanto, qualcosa nel verso giusto si muove.

Speriamo infine che questo bonus psicologo non sia l’ennesima occasione sprecata per dare il giusto rilievo alle malattie “oscuri”.

Luciana Maimone

Docente scuola secondaria di primo grado


La Melancolia nell'antica Grecia

/ Maurilio Tavormina /

La melancolia, o attuale malinconia e depressione, per gli antichi greci era causata da un eccesso di bile nera, atrabile, nel cervello, secondo la teoria ippocratica dei quattro umori corporei.

Nella medicina greca classica, fondata sulla teoria degli umori di Ippocrate (IV-V secolo a. C.) la melancolia o bile nera era uno dei quattro umori del corpo e la sua sede era nella milza. Gli altri umori erano il sangue, la flemma e la bile gialla che si trovavano normalmente nel cuore, nel cervello e nel fegato. La salute o la malattia dipendevano dalla interrelazione e dall'armonia buona o cattiva degli stessi. Un eccesso o deficit dell'uno sugli altri era la causa della sofferenza, che protratta nel tempo causava la malattia. Un concetto fisiopatologico molto simile all'attuale medicina e psichiatria biologica, basata sull'ipotesi organica della malattia mentale: riduzione, aumento o disfunzione dei mediatori chimici cerebrali. Gli antichi greci che formularono il famoso principio «mente sana in un corpo sano», condividevano il nostro principio fisiologico, secondo il quale una mente malata riflette un corpo non sano. La salute del corpo e dell'anima sono comparabili e

strettamente correlate nella “Fisica” di Aristotele (246b 4-6): «Le virtù del corpo, da un lato, così come la salute ed il benessere, risiedono nella miscela di una corretta relazione tra il caldo ed il freddo, sia su relazione reciproca interna, sia relativa all'ambiente medio». Pertanto le malattie mentali sono in qualche modo connesse ad una disfunzione fisica. La melancolia (mélaina cholé) nasce in Grecia e la dottrina degli umori diviene quella dei temperamenti. Secondo gli antichi greci la prevalenza di un umore può essere momentanea, permanente o prevalente e caratterizzare il comportamento, la costituzione della persona o causare la malattia. Tutto era dipendente dalla quantità e dal tempo dell'umore prevalente. La salute psico-fisica era garantita da un giusto equilibrio umorale, che poteva essere alterato dal caldo e dal freddo. Il prevalere di un umore può causare una malattia passeggera o determinare una costituzione permanente della persona.



“Il Problema XXX,1”, attribuito ad Aristotele, ma riconducibile piuttosto al suo allievo Teofrasto, è considerato da alcuni come una vera monografia sulla bile nera. L'antico testo inizia con questa domanda: «Perché tutti gli uomini straordinari sono melancolici?». L'autore porta avanti la tesi che tutti gli uomini eccezionali hanno un temperamento malinconico, con una prevalenza di bile nera fredda e umida nel cervello ed in armonia con gli altri umori. Aristotele confronta gli effetti della bile nera con quelli del vino: «Ora come un individuo che sta bevendo muta il suo carattere a seconda della quantità di vino che consuma, così c'è per ogni carattere una classe di persone che lo rappresenta... il vino rende anormale un uomo non per lungo tempo, ma solo per poco, però la costituzione naturale di un uomo lo rende tale permanentemente per tutta la durata della



sua vita>>. Ed inoltre, a proposito del carattere: <<il temperamento malinconico, così come provoca malattie con sintomi molto diversi, è in sé stesso variabile, dato che come l'acqua è a volte freddo e a volte caldo>>. (Aristotele) La bile nera per Aristotele è una miscela molto instabile e sensibile ai cambiamenti di temperatura caldo e freddo e determina costituzionalmente i temperamenti umani. Se la bile nera è prevalentemente fredda si hanno tipi deboli e sonnolenti, se è invece calda si hanno persone vivaci e facilmente eccitabili. Il pensiero aristotelico parla di individui eccezionali le cui passioni, istinti, sentimenti sono più forti e violenti degli uomini comuni, ma che riescono tuttavia a ricavare un equilibrio dall'eccesso, causato dalla bile nera. Questi uomini eccezionali si distinguono per le loro doti intellettuali, artistiche e fisiche, essi sono i

melancolici moderati. In loro è presente un mescolamento ottimale ed armonico tra bile calda e fredda. La melancolia, invece nella sua forma di malattia, si manifesta quando vi è una caduta agli estremi dell'umore, nel passaggio dall'equilibrato all'eccessivo, come nel caso della mania o della profonda depressione ed apatia. In sostanza il confine tra salute e malattia, e genio e follia, è molto sottile. Pertanto la melancolia, pur essendo una malattia, è anche una delle condizioni umorali del genio. Alla melancolia venivano pertanto attribuite tante patologie dell'umore e che nella moderna psichiatria potrebbero essere diagnosticate come Depressione Maggiore, Distimia, Mania, Disturbo Bipolare. Un po' antesignana dei Disturbi dello Spettro dell'Umore, che vanno dalla depressione alla euforia e una loro contemporanea presenza degli Stati Misti. Essi ricorda-

no molto la melancolia agitata. La melancolia non è solo chiamata in causa da Aristotele per i disturbi dell'umore. Empedocle la descriveva come un effetto dell'eccesso di bile nera (Jackson SW, 1990). Nell'Aforismo 23o del libro VI degli Aforismi di Ippocrate si legge: <<Se la tristezza (dysthymia) ed il pianto durano per molto tempo, questo stato è melancolico>>. Si può intendere pertanto che lo stato di malessere derivi dalla bile nera e dalla melancolia. Ippocrate individuò nel cervello la sede dei sentimenti, del pensiero e dell'infermità mentale: «il cervello non è sano, diventa più caldo o più freddo, più secco o più umido del normale». Secondo Ippocrate, le cause interne ed esterne, dopo «un lungo affaticamento dell'anima», si combinavano sino a determinare la melancolia. L'eccesso di bile nera, fredda e secca, alterava l'equilibrio ideale con gli altri tre



umori (Roccatagliata G, 1973). Lo squilibrio poteva essere dipendente da cause interne e pertanto le persone erano predisposte per nascita, o essere legato da cause esterne, per traumi. Ippocrate associava l'atrabile o bile nera all'autunno. Essa nel suo squilibrio provocava «tristezza, ansia, abbattimento morale, tendenza al suicidio» e «avversione per il cibo, scoraggiamento, insonnia e inquietudine» con «paura incessante».

Ippocrate considerando l'eccesso di bile nera come un'azione tossica per l'uomo, curava la melancolia con elloboro nero e mandragola, due erbe purgative

e stimolanti il vomito. Inoltre consigliava una adeguata dieta alimentare e una regolare attività sessuale (Solomon A, 2013). Socrate e Platone presero le distanze dalle teorie organiche di Ippocrate. Per loro le indisposizioni lievi potevano essere trattate dai medici, i disturbi più profondi dovevano essere di competenza dei filosofi (Bennett S, 1980). Platone teorizzò il modello dello sviluppo della psiche e affermò che l'infanzia può condizionare la personalità dell'uomo adulto. La famiglia può determinare, nel bene o nel male, gli atteggiamenti politici e sociali durante la sua vita. Il suo modello di psi-

che dell'uomo adulto, composta dall'interazione tra ragione, eros e spirito, ricorda molto da vicino quello freudiano.

Possiamo dire che Ippocrate, padre della moderna medicina, può essere visto come un precursore della psichiatria biologica.

Egli valuta i sintomi, fa la diagnosi e propone terapie finalizzate al riequilibrio della bile nera nella melancolia, quasi come gli psichiatri moderni fanno con gli antidepressivi.

Platone, di contro, rifiutando l'aspetto organico e con il suo modello dinamico della malattia pone le basi per la moderna cura psicoterapeutica.

Bibliografia

1. Aristotele "Fisica" a cura di Roberto Radice, Ed. Bompiani, Milano, 2011
2. Aristotele "PROBLEMA XXX, 1 Perché tutti gli uomini straordinari sono melancolici" a cura di Bruno Centrone, Edizioni ETS, 2018
3. Bennett Simon, Mind and Madness in Ancient Greece, The Classical Roots of Modern Psychiatry, Cornell Univ Pr, 1980

4. Solomon Andrew "Il Demone di Mezzogiorno", Mondadori, 2013

5. Jackson, S.W "Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times" Yale University Press, 1990

6. Roccatagliata G "Storia della psichiatria antica" Hoepli, 1973



Maurilio Tavormina

*Medico Psichiatra
Direttore Editoriale*

Amelia Rosselli, una poetessa persa in un dolore insostenibile

/ Immacolata d'Errico /

Amelia Rosselli, una grande poetessa del '900, una voce buia, un'esistenza solitaria, che tramutava il dolore in poesia. Figlia di Carlo Rosselli, non superò mai la morte del padre.

Siena, Clinica delle Malattie Nervose e Mentali. Seduta compostamente in sala attesa, minuta, capelli corti, Amelia Rosselli attendeva che il suo neuropsichiatra Marcello Nardini si liberasse dal giro in corsia per poterla ricevere. Io, giovane specializzanda, provavo timore di fronte alla personalità di questa poetessa. La figlia di Carlo Rosselli. Avevo da poco visto in tv un servizio sull'assassinio del padre e dello zio Nello, intellettuali antifascisti, fondatori di "Giustizia e Libertà", da parte dei fascisti nel 1937 a Bagnoles-de-l'Orne, in Francia (Fiori, 1999). Amelia aveva soli sette anni. Vederla lì, per la prima volta nell'89, con il volto desolato e triste, con lo sguardo smarrito, mi pose in uno stato di timorosa soggezione. E volli conoscere la sua storia umana e la sua poesia. Da allora la vidi e rividi più volte sino al 1994, anno del trasferimento del prof. Nardini presso l'università

degli studi di Bari. Se ne è andata, volando giù leggerissima, l'11 febbraio 1996, a Roma. La vita di Amelia Rosselli è stata segnata da abbandoni forzati e precoci. Nata a Parigi nel 1930, perse entrambi i genitori nel giro di un decennio. Il padre fu ucciso dai fascisti nel 1937, la madre, Marion, inglese, morì di malattia nel 1948. La nascita di Amelia fu una "gran delusione" per ambedue i genitori. Il padre Carlo in una lettera a sua madre, scrisse che la trovavano piuttosto bruttina (De March e Giovannuzzi, 2012). La madre viene descritta come una donna fragile e deficitaria nelle sue funzioni di accudimento (sito.1). Dal padre Carlo, impegnato nelle attività antifasciste, riceve un senso d'incorporeità e di assenza e i figli venivano affidati spesso alla nonna. (Princiotta, 2017). Tuttavia con la morte della madre è come se si fosse spezzato un filo che reggeva una fragile Amelia e "il vuoto si ab-

batte su di lei come il coperchio di una bara, la lastra di una lapide, seppellendo i ricordi, e ponendo fine al tempo della speranza e della crescita" (Tandello, 2007). Successivamente alla morte della madre Amelia trascorse lunghi periodi in America, a volte in compagnia dell'amata nonna paterna, l'unica figura familiare capace di vicariare, almeno parzialmente, il difetto e il silenzio delle funzioni genitoriali. Da allora un'esistenza vagante. Nel 1954, a ventiquattro anni, subisce un altro lutto, quello dell'amico Rocco Scotellaro, "il poeta contadino". La perdita di questo amico la sconvolse, anche lui combattente contro le ingiustizie. La morte di Rocco Scotellaro esacerba in modo doloroso l'esperienza della perdita. Da questo momento le condizioni psichiche di Amelia peggiorano. La poetessa già da tempo era soggetta a brusche oscillazioni dell'umore, insonnia incoercibile, scoppi d'ira che avevano richiesto un ricovero in struttura psichiatrica. Da qui una lunga serie di ricoveri, italiani ed esteri, tra cui anche nella prestigiosa clinica svizzera Bellevue di Kreuzlingen, diretta da Binswanger. (Sito: 1). La realtà fu davvero pesante per Amelia Rosselli, l'infanzia profanata dall'assassinio del padre, il freddo amore materno, l'insorgenza della depressione; da qui la sua travagliata realtà interiore. Per lei tramutare la parola in poesia aveva il valore di svelamento e di conoscenza. La parola salvifica. Un tentativo di elaborazione della morte del padre attraverso la parola che salva (Corsa, 2012). In «Storia di una malattia», ospitato su "Nuovi Argomenti" nel 1977, Amelia Rosselli offre una dolorosa testimonianza della sua patologia mentale. La condizio-



ne depressiva si complica con allucinazioni e deliri perlopiù di persecuzione. Da bambina Amelia Rosselli ha percepito perfettamente il problema del padre e dello zio spinti, inseguiti, sempre in pericolo, minacciati, fino al loro assassinio. Qui la malattia psichica, gravissima, viene analizzata, sviscerata da chi ne è afflitto. (Triulzi, sito. 2). “Da dove partano certi attacchi a volte resta un mistero, o un mezzo mistero; ne seguono ipotesi a dozzine, alcune probabili alcune scartabili. La malattia era la CIA, il suo corrosivo o punto d’attacco il SID o l’Ufficio Politico o ambedue. La cura fu lunga e costosa, e vi sono ricadute. Agli inizi si trattava di poca roba: qualche cappuccino servitomi drogato ai bar di Trastevere, ma ripetitiva-

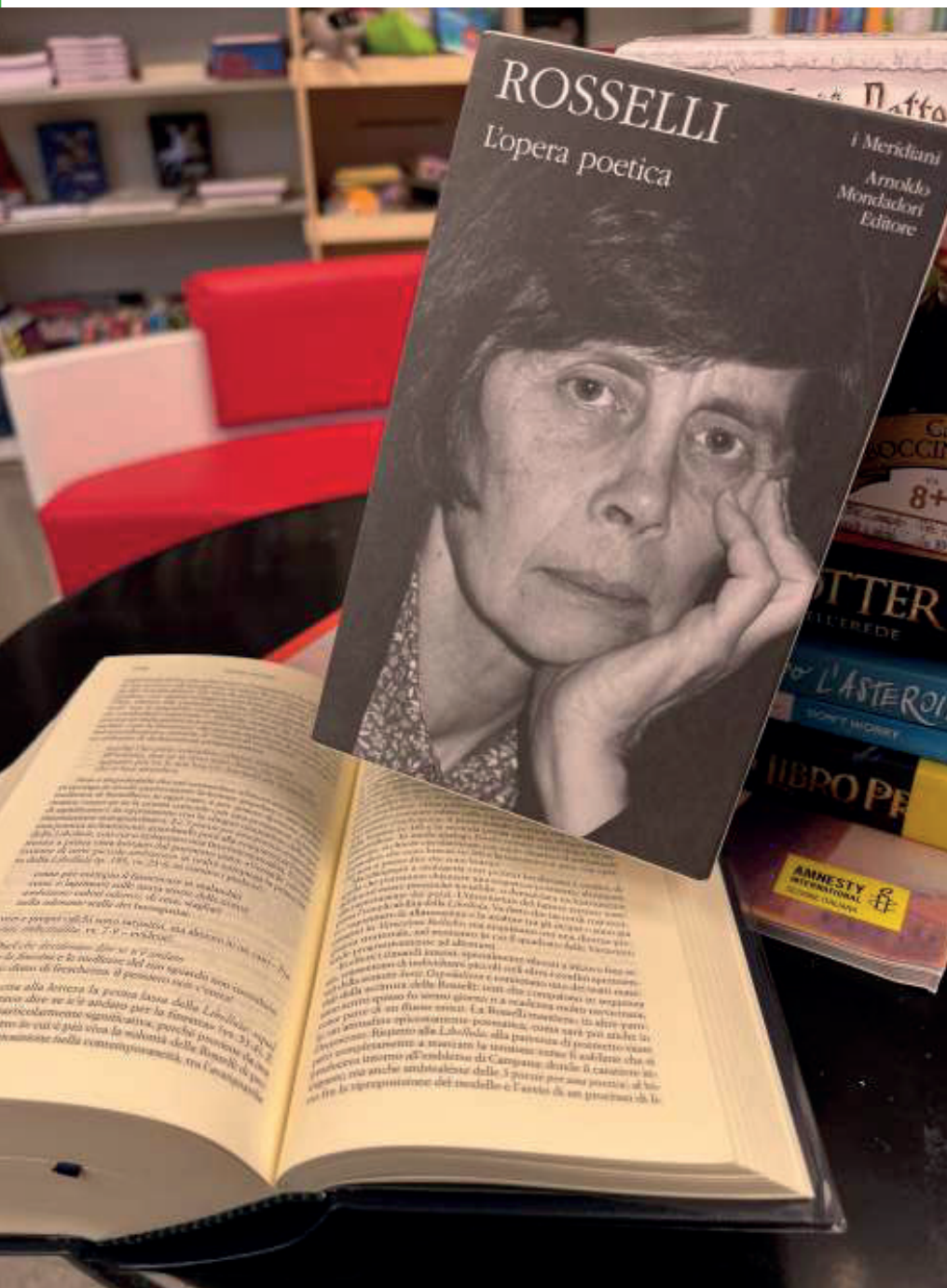
mente. Girava voce che qualche cameriere era informatore e si vede che il caffè era drogato oltre che farti battere i denti al ritorno a casa, serviva per fare «parlare», chiacchierare o esplodere. Dai tabaccaia metà delle sigarette erano drogate” (Rosselli, 1977). Frequenta numerosi dottori: Ernst Bernhard, Perrotti, Bellanova e Marcello Nardini, passando da un’analisi freudiana a una junghiana. “S’era chiarita una diagnosi in sospeso da moltissimi anni, riguardo al mio stato di salute generale. Il neuropsichiatra Marcello Nardini dell’Università di Roma poi trasferitosi al Policlinico di Siena, aveva consegnato certificato di completa sanità mentale, e poi diagnosi di lesione a sistema extrapiramidale (curandomi perciò di morbo

di Parkinson tramite pillole anti-spastiche). Cosa di cui chiunque «ascoltasse» o «vedesse» in casa mia o fuori era perfettamente al corrente sin dal 1971. Ogni due o tre mesi o vedevo il medico di Siena per cambio di medicinali, o dietro suo suggerimento mi tenevo in contatto tramite interurbana ricevendo per posta le nuove ricette.” (Rosselli, 1977). “Intanto i telefoni saltavano, le conversazioni telefoniche erano ascoltate e si udivano addirittura reazioni psicologiche di divertimento o di minaccia, nel sottofondo senza brusio di telefoni controllati a nastro. Un giovane carabiniere si mise d’accordo con un mio inquilino (affittavo una terza stanza) nel porre una dose gigantesca di droga nei miei cibi. Forte della sua autorità si era fatto fare una

copla delle chiavi di casa accorrandosi col fabbro”. (Rosselli, 1977). A Siena, avendo presente la sua storia personale e il trauma della morte del padre, Marcello Nardini riteneva che fossero state le cicatrici e le ferite del tempo a generare il nucleo depressivo. Sotteso ai suoi racconti c’era il sentimento di non risarcimento da parte dell’Italia. In patria si sentiva una reietta. Una patria che riteneva essere stata ingiusta nei confronti suoi e della sua famiglia e che non riparava all’ingiustizia. In lei era fortemente presente

il tema politico che generava un immaginario di angoscia che lei percepiva sulla sua pelle. I deliri di persecuzione e la paranoia di essere seguita e spiata vanno letti all’interno del contesto storico. Ha assunto su di sé il trauma di un’intera epoca stigmatizzando il mito del padre e dello zio. (Triulzi, sito. 2). “Una notte mi svegliai soffocando, e sentii come la stanza piena d’onde elettromagnetiche, e me con le gambe addormentate e formicolanti. Forse un aumento della corrente durante il programma della sera prima, e un

accumularsi d’onde nella stanza chiusa? Sospettai invece che qualcuno fosse andato nella cabina dello, stabile, a rialzare la corrente”. (Rosselli, 1977). Sembrava che Amelia non avesse sistemi di difesa, che non riuscisse in nessuna forma di oblio per sopravvivere, restando quindi alla mercé del dolore e dei fantasmi del passato. La speranza per Amelia Rosselli era “spiumata”, disperata come vediamo nella poesia contenuta in “Documenti”. Stona la vita, / si spegne da sé / la speranza si spiuma / faticosa a mettersi insieme / non ne vuol più sapere / i pensieri sono poi ovali, o opachi.



Bibliografia

1. Corsa R. (2012). Parole senza padre nel transgenerazionale somatico. In Devescovi C. (a cura di), *Lingua padre/lingua madre*. Riv. Psicol. Anal., nuova serie n. 34, 86, pp. 67-78
2. De March S., Giovannuzzi S. Cronologia. In Rosselli. *L'opera poetica*. Milano, Meridiani Mondadori, 2012
3. Fiori G. *Casa Rosselli: Vita di Carlo e Nello, Amelia, Marion e Maria*. Torino, Einaudi, 1999
4. Princiotta C. *Dizionario Biografico degli Italiani – Volume 88*, 2017
5. Rosselli A. Storia di una malattia, in «Nuovi Argomenti», n. 56, Nuova Serie, ottobre-dicembre 1977
6. Rosselli A. (1966-1973). Documento. In *Le poesie*. Milano, Garzanti, 1997
7. Tandello E. *Amelia Rosselli. La fanciulla e l'infinito*. Roma, Donzelli, 2007

Sitografia

8. <https://www.spiweb.it/cultura-e-societa/cultura/amelia-rosselli/>
9. <https://diacritica.it/letture-critiche/storia-di-una-mia-malattia-per-una-ricerca-futura-su-amelia-rosselli.html>



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

La sofferenza di Antonella. Io sono come il mare

/ Immacolata d'Errico /

Antonella all'età di 13 anni vola via senza aver mai espresso la sua sofferenza. Ha lasciato degli scritti che hanno ispirato i suoi genitori nel costituire l'associazione Anto Paninabella.

L'associazione Anto Paninabella OdV porta avanti una battaglia contro pregiudizi, indifferenza e contro lo stigma della depressione e della sofferenza psicologica. In incontri presso le scuole e nelle varie comunità l'associazione di volontariato cerca di sensibilizzare contro la vergogna del proprio dolore interiore. Gli scritti che Antonella ha lasciato sono stati raccolti in "Io sono come il mare". Un libro per non dimenticare Antonella e per dare voce ai suoi pensieri e alla sua storia affinché siano di aiuto a chi attraversa un momento di sofferenza. Io sono come il mare: "Mare blu intenso, / pieno di onde spumeggianti. / Mare in burrasca se c'è tempesta. / Mare liscio come l'olio. / Mare pieno di vita, e colori. / Io sono come il mare". (Antonella Diacono, 2015). Questo libro raccoglie e riordina le parole che Antonella ci ha lasciato, parole dure ma anche speranzose.

Parole che ci fanno riflettere e soffermarci sul "male che uno fa o che subisce". Antonella non ha mai confidato a nessuno il suo dolore e la sua sofferenza. I suoi scritti, oggetto di questo libro, sono stati "scoperti" su wappad dopo. (Diacono, 2018)

Antonella Diacono
Antonella era un'adolescente complessa, diversa, "Non diversa in quel modo che fa spalancare gli occhi dallo stupore e viene ammirata. I miei compagni mi chiamano "strana". Perché non faccio musical.ly. Perché sono intelligente ma non colta, Perché non mi apro e sto sempre da sola. Perché amo il silenzio in un mondo che non smette MAI di fare rumore". Diversa "perché sogno in grande anche se sono piccola e insignificante. ... Perché sono una sagoma di sfondo nelle vite degli altri, ma soprattutto della mia". Una adolescente che dice: "Andate contro i pregiudizi ...

perché ciò che gli altri pensano di noi si attacca come una seconda pelle." E ancora, "Per tutte le persone sole, apatiche e tristi voglio dare solo un messaggio. Non siete i soli a soffrire. Non siete soli." (<https://www.paninabella.org/sono-un-panino/>). Antonella era anche altro. Amava le storie. Amava leggere. Amava la musica. Il 9 novembre 2017 era al Petruzzelli per la "Lucia di Lammermoor", ma amava anche "Notre Dame de Paris", Caparezza, Samuele Bersani, Bach, Battiato, De André, Capossela, Van de Sfroos, Chopin. Amava, tanto, il teatro. Amava poltrire. Amava andare per musei. Amava la giustizia e da qui il suo interesse per la politica. Amava gli insetti, voleva fare l'entomologa. Amava Undertale. Amava il mare. (Diacono, 2018).
Intervista a Domenico Diacono:
Id'E - "Io ho cercato di cogliere Antonella attraverso i suoi scritti, ma tu che sei il suo "papino bello" ci dici chi era Antonella, qual era la sua bellezza?" DD - "Anto era di un candore che non so se mi riesce di spiegare. Lei prendeva tutti sul serio, non pensava mai che qualcuno potesse mentirle, perché per lei la menzogna non esisteva. Chissà quanto deve esserle costato nasconderci il suo dolore. Nei suoi entusiasmi era trasparente e coinvolgente. Come hai già detto qualsiasi forma di arte l'appassionava tantissimo, ma la preferita rimaneva la scrittura: sognava di scrivere un suo libro. Amava tantissimo prendersi cura degli altri: fare regali, preparare qualcosa, stare accanto ad un bimbo più piccolo, erano attività che la riempivano di gioia". Id'E - "Dopo diversi anni hai compreso cosa potrebbe essere accaduto?" DD - "Sicuramente i problemi hanno avuto origine durante la terza media. Posso

solo immaginare cosa abbia potuto innescare la sua sofferenza, la sua disperazione, purtroppo non ne ho riscontri ma una idea me la sono fatta. Si è sentita improvvisamente e senza motivo sola, e lei che aveva un grandissimo bisogno di amore, ne ha sofferto tantissimo. Ho scelto però di non seguire questa linea, la rincorsa a cosa e a chi. Ho scelto invece, con l'associazione, di seguire un'altra strada, che penso più utile per altri ragazzi. Chiedermi perché lei, pur tenendo in grandissimo conto la sincerità, non ha mai chiesto aiuto". Id'E - "Sei riuscito a capirlo?" DD - "Abbiamo fatto tante ipotesi sul perché Anto non ci abbia detto nulla. Tante volte ne ho parlato durante i miei incontri con i ragazzi nelle scuole. Credo che si possa sintetizzare tutto in un'unica parola: vergogna. La vergogna di apparire debole, forse malata, di affrontare lo stigma che accompagna le idee suicidarie. La paura di non essere "all'altezza" delle nostre, ma soprattutto, delle sue aspettative, di parlare di una cosa che sentiva come inesprimibile. La vergogna l'ha portata a sentirsi "inaiutabile", senza speranza, senza futuro. La paura e la vergogna però possiamo combatterle, possiamo far qualcosa per convincere chi sta rimuginando da solo che non è difettoso, che può e deve parlare. Che cercare un sostegno non è un atto da deboli, ma un atto di forza. Ci proviamo con l'associazione in tutti i modi possibili". Id'E - qual era la posizione di Antonella verso il bullismo o meglio verso la mancanza di attenzione?" DD - "Anto ha sempre combattuto il pregiudizio, l'etichettatura delle persone in base a peso, colore della pelle, abbigliamento. La sentiva come una cosa illogica e



profondamente ingiusta, appunto una mancanza di attenzione verso gli altri, una superficialità inaccettabile. Figuriamoci se poteva avere cittadinanza per lei il bullismo, per lei che si preoccupava così tanto di quel che sentiva chi le stava accanto". Id'E - "Avete costituito l'associazione Anto Paninabella. Perché questo nome?" DD - "Paninabella è stato il suo ultimo nickname su wappad. Ho fatto l'ipotesi che

derivi da un episodio successo a scuola. Come per tutte le cose che riguardano l'ultimo scorcio di vita di Anto è solo un'ipotesi. Abbiamo voluto tenere insieme il suo nome di battesimo con lo pseudonimo che due giorni prima di lasciarci si era data. E si era ripromessa che lo avrebbe usato per scrivere altre storie. Quelle che stiamo cercando di scrivere noi per lei e con lei". Id'E - "Quali sono le finalità dell'asso-



ciazione e come vi muovete?” DD - “Con l’associazione puntiamo a realizzare progetti e iniziative che aiutino i ragazzi a migliorare la conoscenza delle proprie emozioni e l’autostima. Vogliamo combattere lo stigma della depressione e del disagio psicologico. Ci impegniamo a fornire agli adulti strumenti per prevenirla e intercettarne precocemente gli eventuali sintomi. Incontriamo i ragazzi nelle scuole, promuoviamo progetti di crescita per i ragazzi, organizziamo corsi per docenti e genitori. Istituiamo premi per ricerche in psicologia...

tutto quel che possiamo per cercare di ricordare Antonella e fare in modo che la sua storia non si ripeta”. Id’E - “Un tuo messaggio per concludere? DD - “Sogno un mondo in cui nessun ragazzo, né adulto, si debba vergognare di confessare di pensare al suicidio, e in cui si affronti la depressione come una qualsiasi malattia fisica”. I grandi cambiamenti non accadono dalla sera alla mattina, ma solo per il lavoro di tante persone che in quel cambiamento credono, come i nostri soci, e come i soci dell’EDA. Grazie!

Bibliografia

1. Antonella Diacono – Io sono come il mare, Poiesis Editrice, 2018
2. Sitografia
3. <https://www.paninabella.org/>



Immacolata d’Errico

*Medico Psichiatra
Comitato Scientifico*

La maestra Rosa risponde

/ Immacolata d'Errico /

Intervista con la maestra Rosa, per analizzare e comprendere i cambiamenti dei bambini al ritorno in classe, dopo il periodo in dad.

La maestra Rosa ci ricorda quanto sia importante per la vita dei bambini lo stare liberi nell'incontro con l'altro. La crescita prevede il condividere gli spazi e i corpi: correre, giocare, abbracciare, litigare, rappacificarsi, ridere, piangere. Tutte attività che prevedono una relazione ravvicinata. La pandemia Covid-19 ha privato i bimbi della spinta verso l'altro e verso l'aperto. I contatti sociali sono divenuti problematici. Sono difficili perché la paura del contagiarsi ha preso il sopravvento. La maestra Rosa, 60 anni, è un'insegnante della scuola primaria, pugliese. Ha una lunga esperienza sul campo. Una laurea in scienze della Formazione. Una vita dedicata all'insegnamento. Tre figli. Una docente calma e gentile, ma anche simpatica ed autorevole. E con tanta pazienza. L'ho intervistata per cercare di comprendere, dal suo punto di vista, come ha "visto" i bambini al ritorno in classe dopo un lungo periodo in dad. Id'E - "Buongiorno maestra Rosa, in base alla sua esperienza, con il ritorno in presenza ha visto cambiamenti nei bambini della scuola primaria rispetto agli anni pas-

sati?" R - "Sì certo che li ho notati. La pandemia ci ha condizionato ed ha mutato i nostri stili di vita e le nostre abitudini. In particolare è l'approccio fra le persone ad essere cambiato. E questo ha influito anche sul modo di interagire fra i bambini. Per natura i bimbi sono spontanei nelle relazioni e quando sentono la necessità di comunicare tendono a farlo spontaneamente. Ed è allora che si nota il disagio perché si rendono conto che devono attenersi alle regole." Id'E - "Le relazioni diventano un luogo di paura e di incertezza per la possibilità del contagio. Come reagiscono i bambini?" R - "I bambini hanno paura anche loro. Sono degli imitatori del mondo dei grandi, a quell'età. Ne assorbono ansie e paure. E si bloccano perdendo naturalezza nel cercare di contenersi. E vedere i bambini bloccarsi nelle loro interazioni spontanee fa male al cuore. C'è da dire però che ci sono sempre alcuni bimbi, i più irrequieti, che tendono ad eludere le regole. Che poi sono quelle dell'attenzione alle norme igieniche e del distanziamento. Soprattutto la necessità di distanziamento è la regola

più sofferta. Anche per noi maestre...ricordo ancora con nostalgia gli abbracci e i baci dei bimbi di prima!" Id'E - "I bambini ascoltano le conversazioni in famiglia, ne percepiscono le tensioni. Se ne deduce che bisogna parlare ai bambini dell'argomento coronavirus. E oltre ad essere un compito dei genitori, penso sia importante lo facciano a scuola anche gli insegnanti. Secondo lei, come parlare ai bambini della scuola primaria?" R - "Io cerco di capire loro cosa già sanno e come lo vivono. E li assecondo. Cerco di seguire il filo del loro discorso. Dobbiamo farli parlare e ascoltare. Meglio chiedere loro cosa sanno della faccenda, prima di partire subito con le spiegazioni. Non dobbiamo traumatizzarli ma parliamo concretamente e con leggerezza. Nel raccontare i fatti enfatizziamo soprattutto gli aspetti che danno speranza. Io evito i messaggi allarmistici." Id'E - "Maestra Rosa può farmi degli esempi per favore?" R - "È capitato, al rientro di una bimba dal periodo previsto per la dad, di coglierla in lacrime, durante l'intervallo, mentre consumava la sua merenda. Le ho chiesto che cosa fosse accaduto e lei, semplicemente, mi ha risposto che era dispiaciuta perché non poteva parlare con "nessuno"! È stato, questo, sicuramente, un avvertimento ricevuto dai genitori, perché noi insegnanti non abbiamo mai vietato di parlare fra di loro o con noi maestre. Avrei voluto tanto abbracciarla! ...e gliel'ho detto. Naturalmente l'ho rassicurata che poteva parlare con chi volesse, tirando su la mascherina, finito lo spuntino, così come ha fatto, rasserenandosi. Un altro esempio di "costrizione" e difficoltà relazionale è il compleanno dei bambini che vogliono festeg-

giare dovunque, a casa e a scuola, e con chiunque. È la stessa cosa: non ci possiamo abbracciare! Allora, devono ‘parlare gli sguardi’. Gli occhi devono comunicare, insieme alle parole giuste, i senti-

zioni di maggiore solitudine, che sono più nervosi, irrequieti, con l’umore altalenante. Occorre avere uno sguardo particolare verso questi bambini. In classe cerco sempre di creare un clima

precise funzioni. C’è chi si occupa di distribuire le schede, chi raccoglie i quaderni, chi chiama in fila per l’uscita. Ciascuno appone la propria presenza, appena entrati in classe. Inoltre ci si confronta in agorà e si esprimono le proprie emozioni prima di esporre il piano di lavoro della mattinata, ovvero delle attività che verranno svolte.” Id’E - “È cambiato l’approccio degli insegnanti?” R - “A mio avviso, l’approccio degli insegnanti non è cambiato di molto. Il compito educativo è importante e non dobbiamo arretrare di fronte ad esso, anche se la sofferenza è grande. Da sempre ci sono delle semplici regole di convivenza (civile) da seguire. E da spiegare, con vari linguaggi ovviamente adatti ai bambini, affinché le interiorizzino. Io ritengo che la relazione insegnante/alunno debba essere basata sull’empatia. L’ho sperimentata nei miei lunghi anni di didattica e penso sia quella vincente. Questo approccio che io chiamo “empatico” lo continuo ad utilizzare. È un approccio che valorizza la persona del bambino e lo coinvolge nel suo processo di apprendimento e di crescita. Ed è un approccio che mi aiuta in questo periodo soprattutto con i più agitati e insofferenti. E nei casi in cui ci sono preesistenti problematiche di autoregolazione del comportamento.” Id’E - “Maestra Rosa cosa intende per approccio empatico?” R - “Per approccio empatico intendo l’instaurare un rapporto speciale e unico con ciascun alunno. Recuperare quelle che sono le potenzialità per affidare loro compiti di responsabilità, verso sé stessi e verso il gruppo classe. Penso che alla base dell’apprendimento scolastico, ci debba essere un rapporto speciale con ciascun



menti che animano la nostra relazione scolastica, sì, ma prima di tutto umana e personale!” Id’E - “Che strategie lei utilizza per venire incontro ai bimbi e cercare di far superare il disagio?” R - “Senza dubbio alcuni bambini più sensibili provano un disagio maggiore rispetto ad altri. Ci sono bambini che vivono situa-

collaborativo, secondo un approccio basato sull’empatia. Senza trascurare la conoscenza della norma e della motivazione, in funzione del benessere di tutti. Un esempio di strategia il coinvolgere ciascun bimbo in un compito preciso in classe. Da svolgere in determinati momenti della mattinata scolastica e con



bambino, un rapporto speciale e personale. Certo in questo periodo è tutto più difficoltoso, ma lo sforzo maggiore sortisce comunque effetto. Infatti vediamo i piccini che scrivono pensieri affettuosi per le loro maestre, su foglietti che ci consegnano personalmente. Questo è il momento in cui si ha la conferma che il nostro lavoro non è vano. Al di là dei contenuti che vengono assimilati con il tempo, si crea un rapporto unico, utile a ciascun bambino per crescere. Anche nel mio lavoro ci vuole l'amore e la passione!" Id'E - "Qual è la sua difficoltà maggiore in questo periodo?" R - "La difficoltà maggiore in questo periodo è il distanziamento. Mantenere ancora

il distanziamento è difficile perché i bimbi chiedono di poter stare "vicino alla maestra" o "vicino ai compagni". Chiedono di toccarsi e abbracciarsi e di giocare vicini. La relazione è la base per la vita e della vita. Le persone hanno il bisogno di vivere insieme. Ciascuno di noi è proiettato verso l'altro, per esprimere il proprio potenziale e donare, attraverso l'altro, il meglio di sé." Il colloquio con la maestra Rosa mi ha rincuorato perché ho intravisto resilienza, professionalità e coraggio. Qualità che stanno caratterizzando il corpo docente in questo periodo lavorativo complesso. Complesso in quanto il loro focus ritengo debba essere insegnare che ad ogni crisi segue

una rinascita. Insegnare ai bambini che possiamo trasformare la sofferenza in nuove possibilità di essere e divenire.

Bibliografia

I. Di Mauro G., Marseglia G. L., Chiappini E., Verga M. C. (a cura di) – Manuale di prevenzione e gestione dei danni indiretti nei bimbini tempi del COVID-19. SIPPS – SIAIP. 2021



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

TRA-di-NOI Youngle. L'auto aiuto viaggia in chat

/ Wilma Angela Renata Di Napoli/

La risposta 4.0 al disagio giovanile tramite una app dedicata. Intervista a Linda Tovazzi, referente del progetto innovativo di prevenzione e salute giovani "TRA-di-NOI Youngle" Trento

Viviamo oggi in una "società liquida", come la chiamava Bauman, che cambia vorticosamente sotto i nostri occhi. Essa ha oramai traslocato, per una grossa fetta di tempo e di energie, intellettive ed emotive, nel mondo digitale. Nel mezzo di queste continue trasformazioni in molti si sono posti la domanda: soccombere ai cambiamenti o seguire la corrente? Ad A.M.A. (Associazione Auto Mutuo Aiuto) Trento hanno deciso di navigare in questo mutamento e raggiungere le persone più giovani, attraverso i canali online. Essi oramai non si muovono da casa senza uno smartphone. Si pensa, infatti, di utilizzare la piattaforma del Web, tramite una app specifica: TRA-di-NOI Youngle. Essa consente di portare quello che l'auto aiuto significa, e cioè spazi di ascolto, condivisione e conforto. Invece sui social si trovano spesso competizione, aggressione e isolamento. Ho deciso pertanto di andare a trovare Linda Tovazzi, referente del progetto innovativo TRA-di-NOI Youngle Trento,

per chiederle di più di questa interessante iniziativa.



**TRA-DI-NOI
YOUNGLE TRENTO**

W - "Linda, tu ti occupi di coordinare il progetto di auto aiuto TRA-di-NOI Youngle Trento dedicato ai giovani, puoi spiegarci di che si tratta?" L - "TRA-di-NOI Youngle Trento è un progetto di prevenzione e promozione della salute dei giovani. Nato nel 2016 in collaborazione tra Associazione AMA, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Servizio Politiche Giovanili del Comune di Trento e Associazione Carpe Diem. Il progetto è volto all'ascolto, al supporto e al sostegno dei giovani, sia in forma

online, che offline. Online abbiamo una chat di ascolto anonima e gratuita attraverso la app Youngle (scaricabile da Google Store/App Store). Il servizio è attivo ogni lunedì e giovedì dalle 20.00 alle 22.00. Offline abbiamo un gruppo giovani di auto mutuo aiuto che si incontra dal vivo presso la nostra sede." W - "Fantastico, sembra davvero un'idea innovativa! Siete partiti come una realtà locale di auto aiuto sui social, poi vi siete uniti alla rete nazionale "Youngle". Cosa è cambiato?" L - "Nel 2018 il TRA-di-NOI è entrato a far parte della rete nazionale "Youngle", un progetto della Regione Toscana attivo dal 2012, finanziato dal Ministero della Salute. Esso offre ai giovani e giovanissimi un servizio di ascolto, aiuto e counseling on line, gestito da peer educator (cioè pari per età, cultura, esperienze, status). Chi risponde è supervisionato in ogni fase da professionisti della prevenzione e della promozione della salute (psicologi, medici, educatori, sociologi, ecc.). Alla nascita del TRA-di-NOI l'ascolto online veniva di fatto utilizzando i social (Facebook, Instagram, Telegram) e attraverso un forum presente sul nostro sito. Ora viene utilizzata l'app Youngle che rende l'ascolto digitale semplice e immediato, proteggendo dati e privacy di chi scrive. Youngle non è però solo un'applicazione, è anche una rete nazionale di realtà che si occupano di ascolto dei giovani. L'app Youngle è attiva a: Torino, Novara, Cremona, Savona, Napoli, Piacenza, Perugia, Verona, Siena, Udine, Lodi e Aosta". W - "Sarebbe bellissimo che questa esperienza si continuasse a diffondere effettivamente. Con questa forma di aiuto online quali obiettivi vi prefiggete? A chi è rivolto?" L - "La chat di ascolto

su app è rivolta a giovani dai 10 ai 35 anni. Gli obiettivi fondamentali sono fornire ai giovani uno spazio sicuro in cui ricevere ascolto e supporto, senza giudizi e con tanta libertà. È importante avere un'occasione di confronto con un proprio pari sulle tematiche più disparate. In questo modo si possono anche dare informazioni rispetto ai servizi di aiuto presenti sul territorio. Nel corso del 2021 abbiamo fatto 95 sere, 204 conversazioni, con 64 giovani in chat". W - "Puoi spiegarci meglio come funziona il progetto? Chi sono i ragazzi che rispondono tramite la app, che formazione hanno?" L - "Alla chat rispondono giovani volontari che sono formati all'ascolto dall'Associazione A.M.A., pronti ad accogliere i temi più disparati e delicati. Tutti i volontari fanno due ore di supervisione con una psicoterapeuta una volta ogni mese, diverse formazioni e momenti di lavoro come gruppo. La forza di questo progetto sta nel fatto che è basato sul supporto tra pari. Chi scrive trova le proprie risorse nell'ascolto ed aiuto da parte di un "pari", un ragazzo che condivide esperienze di vita simili". W - "Si lo credo. E quali sono state le reazioni dei ragazzi? Chi chiama? Quali problemi emergono dal mondo giovanile?" L - "Le ragazze e i ragazzi che scrivono portano i temi più disparati. Parlano della scuola, la famiglia, la paura del futuro o di uscire di casa, la solitudine, gli amori, la difficoltà ad aprirsi con gli altri, la depressione. La chat non è solo un luogo che accoglie e abbraccia la sofferenza, ma è anche un momento sereno in cui raccontarsi le proprie giornate. Si trova dall'altra parte dello schermo qualcuno che senza giudicare ascolta quello che abbiamo



da dire". W - "A qualche anno dall'avvio di questa esperienza il bilancio è positivo? Avete trovato più punti di forza o problemi nella app?" L - "TRA-DI-NOI Youngle dimostra che la tecnologia può essere usata anche per fare del bene e che ci si può sentire vicini, anche con uno schermo che divide. Sicuramente comunicando in una chat manca il corpo, la voce, lo sguardo dell'altro, ma anche le parole attente possono essere potenti quando si fa fatica ad aprirsi al mondo esterno. L'auto aiuto ha così scoperto una nuova dimensione in cui svilupparsi". W - "E quali sono le prospettive future?" L - "Stiamo cercando di aiutare più giovani a scoprire questo progetto e di coinvolgere nuovi volontari in questa forma importante di ascolto su app. I legami virtuali non sono meno reali e sono un primo passo fondamentale per iniziare a sentirsi ascoltati, anche via chat". La chiacchierata con Linda mi ha fatto riflettere. Il web può essere effettivamente un luogo insidioso dove i nostri ragazzi, iperconnessi, rischiano di trovare relazioni "malate" ed esperienze trauma-

tiche. Eppure con un piccolo sforzo può divenire al contrario uno strumento potente per offrire ascolto e supporto, gratuito e continuativo, proprio ai nostri giovani, utilizzando con efficacia i canali comunicativi che sono oramai parte integrante del loro mondo. E allora speriamo che si aprano ancora altre collaborazioni su tutto il territorio italiano al progetto Youngle!

Bibliografia

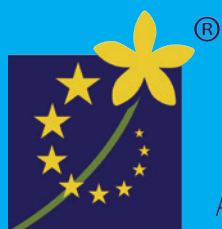
1. Bauman Z. Modernità liquida. Laterza 2011.
2. Broadbent J, Lodge J. Use of live chat in higher education to support self-regulated help seeking behaviours: a comparison of online and blended learner perspectives. *Int J Educ Technol High Educ.* 2021; 18(1): 17.
3. Pretorius C., et al. Young People's Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review. *J Med Internet Res.* 2019 Nov; 21(11): e13873.



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra

Direttore Artistico

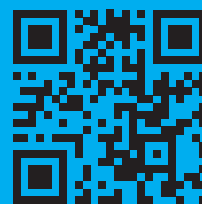


®

European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione



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