



# Depressione

*Stop*

## La depressione nell'adulto e nell'anziano

**La depressione mascherata**

**Il complesso di Telemaco**

**Il segreto della giovinezza: la neurogenesi**

**Telomeri e depressione nell'anziano**

**Disturbo della condotta alimentare e disturbo bipolare**

**Michelangelo e il "non finito"**



# 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



## Editoriale

/ Francesco Franza /

**La depressione è forse la causa più frequente di sofferenza emotiva nell’adulto e nell’anziano. La depressione è una malattia psichica comune che si manifesta da sola o in associazione con altre patologie e riduce significativamente la qualità della vita.**

Il secondo numero di Depressione Stop del 2022 è dedicato alla depressione nell’adulto e nell’anziano. Gli argomenti trattati concludono il percorso iniziato con il numero precedente in cui sono stati affrontati i temi della depressione nell’infanzia e nell’adolescenza. La depressione ha una prevalenza del 5-8% nella popolazione generale. Circa due terzi delle persone con depressione non richiede l’aiuto medico. Nella popolazione anziana, invece, è stimata essere del 10-15%. L’incidenza della depressione può raggiungere il 45 – 50% negli anziani ospedalizzati per patologie organiche. Tra quelli che consultano un medico solo il 40 – 50 % riceve una diagnosi di depressione e un numero ancora minore inizia un trattamento farmacologico. Questo, spesso, risulta essere inadeguato per dose e tempo di trattamento. L’80% dei pazienti che riceve un adeguato trattamento farmacologico risponde clinicamente (Cheruvu & Chiyaka 2019). Uno dei principali obiettivi della EDA Italia Onlus e della rivista Depressione Stop è quello di informare per intercettare la



## 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, Wladimir Fezza, Andrea Iengo, Maria Rosaria Juli, Gianluca Lisa, Antonella Litta, Enza Maierà, Maria Efsia Meloni, Maria Vincenza Mino, Barbara Solomita, Dominique Tavormina, Romina Tavormina, Antonella Vacca, Federica Vellante

## Editore



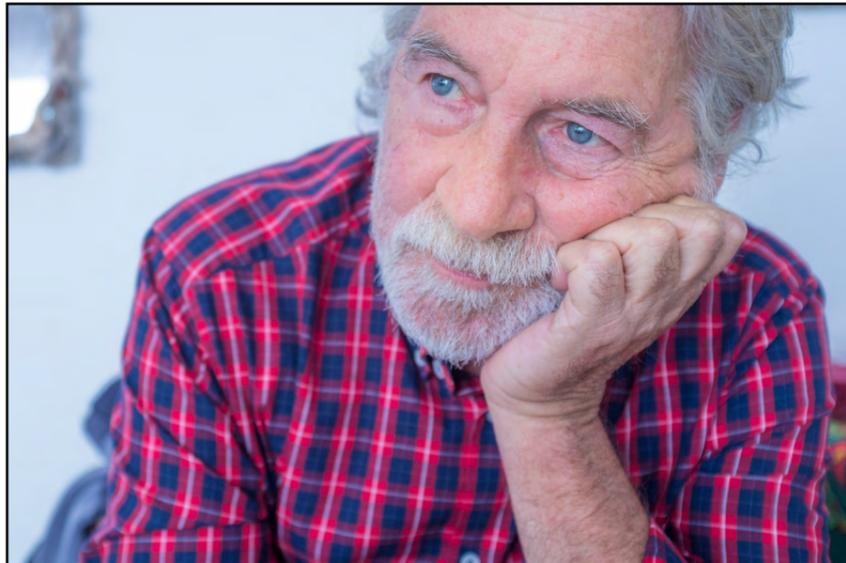
Sede: Piazza Portici, 11, 25050 Provaglio d’Iseo (BS), Italia  
tel. e fax: +39 030 9882061 email: segreteria@edaitalia.org  
sito Web: www.edaitalia.org Codice F. / P. IVA: 02897990988



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

Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it

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



malattia. Bisogna fornire corrette informazioni sui sintomi del disturbo depressivo o, meglio, dei disturbi dell'umore. La tristezza non è una malattia, la depressione lo è. La persona triste non ha la depressione ma può averla. Per questo bisogna riconoscerne i segni e i sintomi. Bisogna fare diagnosi e affidarsi ai professionisti della salute mentale. La depressione può essere curata. Deve essere curata per avere una qualità della vita adeguata diventando una risorsa per la collettività. Nell'immaginario

collettivo non sorprende che un anziano sia depresso. Non è così! La depressione non è una condizione ineluttabile nell'anziano. La riduzione delle relazioni sociali, la maggiore frequenza di malattie organiche, le variazioni biologiche inducono a considerare inevitabile lo stato depressivo nell'anziano. La conseguenza di questo atteggiamento, purtroppo, è che la depressione, spesso, non è diagnosticata e, quindi, non trattata. Per evitare di cadere nella trappola del "sono tristi perché sono anziani" e di considerare "normale" vedere un anziano "depresso", bisogna fare diagnosi (Dang et al. 2022). Una persona a cui è stata diagnosticata un disturbo dell'umore deve iniziare un percorso terapeutico farmacologico e psicoterapeutico. Gli interventi terapeutici della depressione nell'adulto e nell'anziano possono essere classificati in quattro categorie: interventi psicologici, trattamento farmacologico, esercizio fisico e assistenza collaborativa (Wassink-Vossen et al. 2022). Gli interventi multidisciplinari sembrano essere i più promettenti per il miglioramento delle limitazioni funzionali. Ciò è importante soprattutto nelle cure primarie e nelle popolazioni di anziani con disturbo depressivo residenti in comunità. Queste persone spesso assumono contemporaneamente altre terapie per la concomitante presenza di altre patologie organiche. Per tale ragione il processo terapeutico deve essere effettuato da professionisti della salute mentale in stretta collaborazione con quelli di altre discipline mediche. Il ruolo del medico di medicina generale diventa fondamentale per la gestione della depressione nell'adulto e nell'anziano. Va sempre evitato il "fai da te", ma in queste persone la necessità di un intervento multidisciplinare assume un valore determinante. È un valore aggiunto verso il raggiungimento del benessere del paziente e del miglioramento della sua qualità della vita. Mentre la maggior parte delle persone sperimenta periodi di tristezza, la depressione è una condizione medica curabile. Provoca sofferenza, interruzione dei rapporti familiari e sociali, disabilità, peggiora gli esiti di molte malattie mediche e aumenta la mortalità. Gli anziani corrono, tuttavia, un rischio maggiore di soffrire di depressione. La depressione nell'anziano non è una parte normale dell'invecchiamento. Il ruolo dei familiari, degli amici e, soprattutto, del medico di Medicina Generale assume una importanza fondamentale per intercettare i sintomi della depressione. Il loro aiuto è il punto di partenza verso la guarigione. Se sei preoccupato per una persona cara, offriti di accompagnarlo da un medico. E ricorda lo storico messaggio della EDA Italia ONLUS: "la depressione è un disturbo e si può curare".

## Bibliografia

1. Cheruvu VK, Chiyaka ET. Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. *BMC Geriatr* 19, 192 (2019)

2. Dang L, Ananthasubramaniam A, Mezuk B. Spotlight on the Challenges of Depression following Retirement and Opportunities for Interventions. *Clin Interv Aging*. 2022 Jul 7;17:1037-1056.

3. Wassink-Vossen S, Oude Voshaar RC, Naarding P, Collard RM. Effectiveness of late-life depression interventions on functional limitations: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Aug;31(4):823-842.



**Francesco Franza**  
*Medico Psichiatra*  
*Direttore Responsabile*

# La depressione mascherata

/ *Maurilio Tavormina* /

## La depressione mascherata è un'antica diagnosi degli anni '70 e '80, non più in uso con l'attuale classificazione delle malattie mentali del DSM-5, ma tuttora presente in ambito clinico.

No, non si tratta di un invito ad un ballo in maschera che ha la depressione come originale tema della serata. È invece un invito a scoprire quello che non è evidente in chi soffre di depressione mascherata. Il termine "depressione mascherata" è stato ampiamente utilizzato negli anni '70 e '80 per descrivere i pazienti che lamentavano sintomi somatici, senza alcun disturbo organico identificabile (Swaine Z, 2011). La depressione mascherata è una forma di depressione atipica, essa è stata chiamata così per evidenziare che a volte la depressione si può presentare "sotto mentite spoglie". Il clinico potrebbe essere ingannato nella diagnosi in quanto i sintomi fisici sono ben rappresentati, costanti ed invalidanti ed invece quelli psichici sono nascosti. I sintomi della depressione sono di secondaria importanza, sono di minore intensità e in alcuni casi non appaiono affatto. Gli psichiatri dell'epoca crearono molti termini per descriverla, come: un equivalente di depressione, un equivalente vegetativo, una depressione senza

depressione, una depressione nascosta. La depressione mascherata rappresenta fino al 6%-7% dei disturbi depressivi (Miodek A, 2007) e il 30%-40% dei pazienti ambulatoriali chiede consiglio medico a specialisti, non psichiatri (Wrodycka B, 2006). Secondo la classificazione attuale delle malattie psichiatriche (DSM-5, 2013) la depressione mascherata non è più riconosciuta come categoria diagnostica e può essere solo inquadrata come depressione atipica. In essa l'umore può essere poco compromesso o essere addirittura in apparenza nella norma. I pazienti lamentano aumento dell'appetito, con fame di carboidrati in particolare, aumento di peso e del sonno, possono dormire anche 10 ore al giorno. Sentono le gambe e le braccia molto pesanti come se fossero di piombo, si sentono stanchi fisicamente e sovraccaricati per gran parte della giornata. I pazienti hanno una ipersensibilità patologica al rifiuto interpersonale. Il sintomo ha un esordio precoce ed è caratteristico e persistente sia durante gli episodi depres-

sivi, sia nella normalità (APA, DSM-5, 2013). Il quadro clinico dei pazienti affetti da depressione mascherata è caratterizzato da sintomi fisici come la perdita di energia per tutta la giornata e dolore persistente. Mal di testa, mal di schiena e dolore muscoloscheletrico, senza riscontro di patologia organica e con accertamenti strumentali e chimici negativi. Altri pazienti non hanno una sintomatologia dolorosa, ma lamentano profonda stanchezza, alterazioni dell'appetito e della libido, disturbi gastrointestinali e del sonno, palpitazioni, vertigini e dispnea. I pazienti si sentono non compresi e soprattutto, avendo riscontri di assenza di patologia fisica per i sintomi che li fanno soffrire, consultano tanti medici. Essi nell'intento di escludere una patologia organica prescriveranno ulteriori indagini e accertamenti (che risulteranno negativi), con ulteriore aggravio di spesa e di tempo. La diagnosi e il trattamento imprecisi della depressione mascherata provocano gravi conseguenze somatiche e psicologiche per i pazienti. Esse limitano significativamente il funzionamento sociale dei pazienti, possono aumentare il tasso di suicidio e incrementare ulteriormente i costi della diagnosi e del trattamento (Miodek A, 2007).

Un interessante studio è stato fatto in India nel 2018 da Prasad Shetty et al. e pubblicato su *Indian Journal of Psychiatry*: "Capire la depressione mascherata: uno scenario clinico". Questa ricerca è stata fatta somministrando una intervista telefonica (questionario) assistita dal pc a 300 medici (150 psichiatri e 150 non psichiatri). I risultati sono stati che i medici (psichiatri e non) hanno avuto nelle loro visite una



elevata prevalenza di sintomi somatici nei pazienti con depressione mascherata. I medici non psichiatri (44%) hanno notato dolore somatico cronico nella maggior parte dei pazienti, gli psichiatri solo il 22%. Invece quest'ultimi hanno soprattutto notato una mancanza di concentrazione (31%) nei loro pazienti con depressione mascherata, gli altri medici solo il 9%. I medici, psichiatri e non, consideravano la disfunzione sessuale nei giovani pazienti e la loro

mancata aderenza alla terapia di malattie croniche come predittivi di depressione mascherata. E ritenevano che per i loro pazienti in esame il contatto con il medico era benefico e rassicurante. I non psichiatri (62%) erano più favorevoli alla necessità di indagini di laboratorio/radiologiche, per accertarsi dell'assenza di malattie organiche, rispetto agli psichiatri (36%). Gli autori concludevano che i sintomi somatici erano molto presenti nei pazienti affetti da depres-

sione mascherata e che spesso venivano interpretati come malattia fisica. La depressione mascherata determinava nei medici non psichiatri un bisogno insoddisfatto in termini di gestione della malattia. Un'adeguata consapevolezza e formazione riguardo al riconoscimento e al trattamento della depressione mascherata può aiutare a ridurre una errata diagnosi da parte dei medici di base (Prasad Shetty et al, 2018). Nel disturbo da sintomi somatici sono presenti

uno o più sintomi fisici che alterano la vita quotidiana del paziente. Sono presenti pensieri fissi e preoccupazioni per la gravità dei sintomi e ansia per la salute, che non cambiano di intensità nonostante le rassicurazioni mediche. Nel Disturbo da ansia di malattia (ex disturbo ipocondriaco) il paziente è preoccupato più per il suo stato di salute e per una mancata diagnosi. I sintomi fisici, possono essere minimi o assenti. Nel Disturbo da conversione (ex isteria)

il sintomo manifesto è la perdita di una funzione (paralisi, cecità, afonia). Il paziente non si lamenta sulla gravità dei sintomi fisici, ma sulla sua incapacità funzionale. È indispensabile prima fare un'accurata diagnosi ed escludere patologie organiche e poi eseguire una corretta terapia che può essere farmacologica e/o psicoterapeutica. Sono usati farmaci antidepressivi serotoninergici e stabilizzanti il tono dell'umore. La psicoterapia è una valida cura, efficiente

ed efficace con i suoi vari orientamenti e percorsi psicologici. La psicoterapia cognitiva comportamentale aiuta il paziente a imparare a registrare consapevolmente le proprie esperienze di vita e ad osservare le proprie emozioni e reazioni. Aiuta a comprendere i personali pensieri ed osservare la propria modalità d'interpretazione, oltre ad osservare consapevolmente i propri comportamenti. La depressione mascherata anche se non catalogata come tale è ancora presente nella clinica ed il medico deve fare molta attenzione a porre una corretta diagnosi. Essa è necessaria per curare adeguatamente il suo paziente ed evitare costi aggiuntivi di inutili accertamenti strumentali, fisici e chimici. Sono indagini che confermano quanto già precedentemente constatato: l'assenza di una patologia organica e la presenza di una subdola malattia psichica.

#### Bibliografia

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) Washington DC; 2013.
2. Miodek A, Szemraj P, Kocur J, Rys A. Masked depression – History and present days. *Pol Merkur Lekarski*. 2007; 23:78–80.
3. Prasad Shetty, Akshata Mane, Sourabh Fulmali, and Ganesh Uchit : Understanding masked depression: A Clinical scenario. *Indian J Psychiatry*. 2018 Jan-Mar; 60(1): 97–102
4. Swaine Z. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Springer; 2011. Masked depression; pp. 1524–5.
5. Wrodycka B, Chmielewski H, Gruszezyński W, Zytkowski A, Chudzik W. Masked (atypical) depression in patients with back pain syndrome in outpatient neurological care. *Pol Merkur Lekarski*. 2006; 21:38–40.



**Maurilio Tavormina**

*Medico Psichiatra  
Direttore Editoriale*



# Sommario

**MACRO AREE:**  
**CONOSCERE E CURARE**  
**SOCIETÀ**

**ARTE E CULTURA**  
**RUBRICHE**

<b>10</b>	<b>Maria Efisia Meloni</b> <i>L'anziano e il dolore</i>	<b>40</b>	<b>Alba Cervone</b> <i>Gli anziani, la solitudine e "mal di vivere"</i>
<b>12</b>	<b>Walter di Munzio</b> <i>Il complesso di Telemaco</i>	<b>42</b>	<b>Patrizia Amici</b> <i>Anziani, solitudine e tecnologia</i>
<b>14</b>	<b>Marilisa Amorosi</b> <i>Il segreto della giovinezza: la neurogenesi</i>	<b>45</b>	<b>Wilma di Napoli</b> <i>Anziani e male di vivere. Una sfida della nostra società</i>
<b>16</b>	<b>Domenico De Berardis</b> <i>Cosa succede ai figli di genitori depressi?</i>	<b>48</b>	<b>Donatella Costa</b> <i>"Lontano da lei" e l'Alzheimer</i>
<b>18</b>	<b>Maria Rosaria Juli</b> <i>La parola ai docenti: capire il disagio a scuola</i>	<b>50</b>	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>"Stringimi forte", l'arte di raccontare il lutto</i>
<b>20</b>	<b>Francesco Franza</b> <i>Telomeri e depressione nell'anziano</i>	<b>54</b>	<b>Antonella Litta</b> <i>Michele Bravi: il coraggio di fiorire dopo un grande dolore</i>
<b>22</b>	<b>Giuseppe Tavormina</b> <i>I disturbi della condotta alimentare e disturbo bipolare</i>	<b>56</b>	<b>Giuseppe Tavormina</b> <i>Angelo Branduardi, storia di un Artista</i>
<b>24</b>	<b>Francesco Cervone</b> <i>Il lutto e la vita</i>	<b>58</b>	<b>Enza Maierà</b> <i>La poesia e la depressione</i>
<b>26</b>	<b>Wladimir Fezza</b> <i>Il disturbo schizoaffettivo. Quando la schizofrenia e la depressione si incontrano</i>	<b>60</b>	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>"Marbles", un fumetto autobiografico</i>
<b>28</b>	<b>Marilisa Amorosi</b> <i>La terapia farmacologica della depressione nell'anziano</i>	<b>62</b>	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>Michelangelo e il "non finito"</i>
<b>30</b>	<b>Andrea Iengo</b> <i>DOC da relazione o depressione?</i>	<b>65</b>	<b>Maurilio Tavormina</b> <i>Taedium vitae e depressione nell'antica Roma</i>
<b>32</b>	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>Game Change VR, una terapia virtuale immersiva</i>	<b>68</b>	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>Foto da un manicomio, per non dimenticare</i>
<b>34</b>	<b>Barbara Solomita</b> <i>Fictosessualità</i>	<b>70</b>	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>La depressione può essere una risorsa. Una testimonianza per chi soffre</i>
<b>36</b>	<b>Marenza Minò</b> <i>Il manipolatore affettivo: caratteristiche, sessualità e aspetti depressogeni</i>	<b>72</b>	<b>Francesca Mari</b> <i>Depressione e demenza: quel buio nella mente e nell'anima</i>
<b>38</b>	<b>Gino Aldi</b> <i>Siblings, ovvero gli invisibili</i>	<b>74</b>	<b>Wilma di Napoli</b> <i>Auto mutuo aiuto per familiari. Dare voce alla pena di chi vive accanto alle persone depresse</i>

# L'anziano ed il dolore

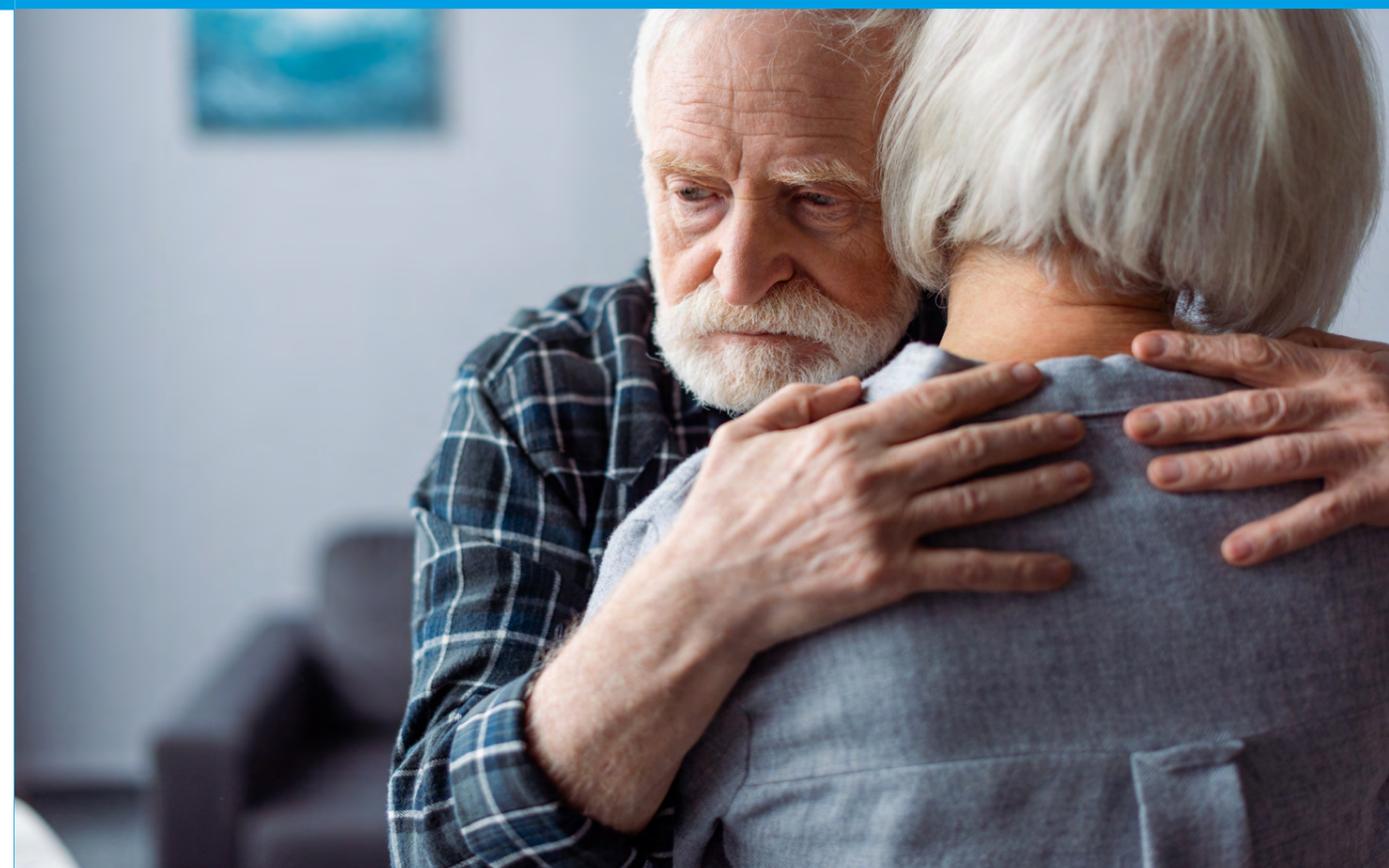
/ Maria Efsia Meloni /

**L'ingresso nella terza età, implica un progetto a breve termine. Una vasta letteratura scientifica mette in luce la relazione tra il dolore fisico e il dolore psicologico nell'insorgere della depressione. Quali intrecci oscuri sono correlati dal dolore alle emozioni con passare degli anni?**

Il dolore è presente nelle persone con un ruolo importante di difesa dell'equilibrio psicofisico, infatti ci avverte se c'è un pericolo. Nel dolore fisico la soglia della sua percezione varia da un individuo all'altro secondo alcune variazioni genetiche. Esso risuona, vibra come un diapason (un antico strumento di misura musicale, che veniva usato già nell'antica Grecia). Plutarco nel II secolo d.C. ne descriveva l'utilizzo. Ancora oggi viene usato in medicina nelle diverse branche: neurologia, ortopedia, otologia. La sensazione del dolore è influenzata dal tipo di cultura, dagli stimoli ambientali, ma soprattutto è correlata al tipo di personalità e alle emozioni prevalenti. Dal punto di vista anatomico a livello cerebrale viene elaborato dalle stesse aree che interessano le emozioni: lobo frontale e insula, tra le più importanti. Una riflessione sul vissuto delle emozioni è necessaria, in particolare sul sentimento di perdita che rappresenta il nucleo della sofferenza psicologica.

Questo aspetto è in rapporto con "l'investimento affettivo che la persona ha rispetto all'oggetto perduto", sia nei lutti che nelle separazioni (Meloni M.E., Rudas N., 2019). Sicuramente nelle persone anziane gli eventi luttuosi sono molto più numerosi, non solo in ambito familiare ma anche nel gruppo degli amici, e questo accresce la sensazione di solitudine. Talvolta diventa difficile distinguere un dolore fisico, dovuto ad una malattia, rispetto a quello morale dovuto alla sofferenza psichica. Questo perché le emozioni giocano un ruolo importante in entrambi i casi. L'ansia può aumentare, e in un circolo vizioso diminuisce la sopportazione al dolore, amplificandone l'intensità. Essa per alcune persone può addirittura diventare intollerabile. In alcuni soggetti risulta così insopportabile tanto da preferire la morte! Negli anziani è sicuramente più invalidante, in quanto sono presenti più malattie fisiche contemporaneamente. La stessa malattia necessita il supe-

ramento del dolore e la sua accettazione. Ne consegue una maggiore fragilità allo stress verso gli eventi della vita. Un ruolo di suscettibilità alle malattie è rappresentato proprio dallo stress, e dalla capacità di adattarsi all'ambiente esterno. In particolare in questo periodo della pandemia in cui ormai da due anni si vive nell'incertezza e nella paura. Un'emozione come la paura se non è equilibrata pesa notevolmente sulla qualità della vita. Un dolore fisico, per esempio nella cardiopatia ischemica (infarto, scompenso cardiaco ecc.), nei tumori, nelle lesioni dovute a traumi, è costituito prevalentemente dal sentimento di angoscia. È la stessa sofferenza che ritroviamo nell'esperienza soggettiva, o nel legame ambivalente delle altre patologie gravi, acute o croniche. I dolori psicologici talvolta vengono sostituiti nei dolori fisici, o viceversa, numerosi sono gli studi scientifici di natura psicosomatica. Questo succede nelle persone giovani, ma molto più frequentemente negli anziani, e, ciò implica una momentanea regressione dell'individuo che utilizza questo meccanismo di difesa. Questo dipende dalla capacità di accettare la malattia, dall'influenza degli eventi scatenanti o dai conflitti interni ed esterni. I sintomi ansioso-fobici sono sintomi specifici nella presa di coscienza della malattia. Nelle patologie di qualsiasi origine, lo squilibrio della funzionalità del sistema ipotalamo-ipofisi può portare a disturbi d'ansia o a depressione. Gli stimoli nervosi attivati dallo stress e dall'ansia, provenienti dai centri superiori regolano attraverso l'ipotalamo e l'ipofisi, la produzione dell'ormone dello stress: il cortisolo. Nell'anziano, vi sono meno



possibilità di compenso rispetto all'individuo giovane. Il legame del dolore con la depressione diviene più forte se vi sono più malattie contemporaneamente. Gli stimoli dolorosi condividono le stesse regioni cerebrali coinvolte nella gestione dell'umore, come dimostrato dalla RMN (Risonanza Magnetica Nucleare). Essa è in grado di identificare non solo le lesioni cerebrali traumatiche, ma anche quelle dovute alla depressione e al COVID-19 nelle forme più gravi. Le più importanti zone anatomiche cerebrali sono: la corteccia prefrontale e la cingolata anteriore, quest'ultima funziona da integrazione dei segnali chimici della sensibilità

con gli stati emotivi. La fisiopatologia della depressione implica una alterazione della regolarità dei sistemi neuro-trasmittitoriali che contribuiscono all'aumento della possibilità degli effetti dell'associazione fra depressione e patologia vascolare cardiaca. Infine il dolore fisico presente nella malattia cardiaca, si manifesta in tante altre patologie organiche. Il dolore morale nella depressione può essere considerato come il sentimento di angoscia che ritroviamo nell'infartuato, con cui ha in comune gli aspetti senso-percettivi, cognitivi ed emotivi. Molti studi scientifici aiutano a comprendere quanto la plasticità neuronale evolva nel

dolore cronico e nella depressione. I meccanismi neurofisiologici e neuro-trasmittitoriali che gli sottendono sono gli stessi: negli anziani ciò avviene con minore efficacia. A volte la persona non riesce a far fronte agli eventi traumatici e allo stress della vita. La R.M.N. (Risonanza Magnetica Nucleare) mette in luce a livello cerebrale delle lesioni, come nella depressione, che scompaiono quando si guarisce e si ristabilisce un equilibrio nelle attività della vita quotidiana. Concludendo voglio ricordare Norman Cousins (1964) con le sue importanti ipotesi sull'umorismo, considerato da lui un anestetico naturale contro il dolore e lo stress.

## Bibliografia

1. Biggio G (2011) Meccanismi neurobiologici nei disturbi d'ansia e del tono dell'umore. Centro di Eccellenza per la Neurobiologia delle Dipendenze dell'Università di Cagliari. Gior. Ital. Psicopat. 2011:126-135
2. Chokron S. (2022) Ridere fa bene al cervello. Il riso aiuta nella guarigione da diverse malattie, migliora la memoria e l'apprendimento, favorisce le relazioni sociali e aumenta la motivazione MIND, Mente & Cervello. N.207-annoXX, marzo

2022, pag 88-91

3. Fabiani G. (2022) Quando l'amore finisce. La fine di un rapporto può essere difficile, e a volte chi è lasciato mette in atto comportamenti disfunzionali verso l'ex. Un problema che affonda le sue radici nell'infanzia. MIND, Mente & Cervello. N.207-annoXX, marzo 2022, pag 24-29

4. Meloni M.E., Rudas N.(2019) La deprivazione lavorativa come esperienza di perdita. Il Lavoro Negato, Mimesis Edizioni, 2019: pag 28-32



**Maria Efsia Meloni**  
Medico Psichiatra  
Redattrice

# Il complesso di Telemaco

/ Walter di Munzio /

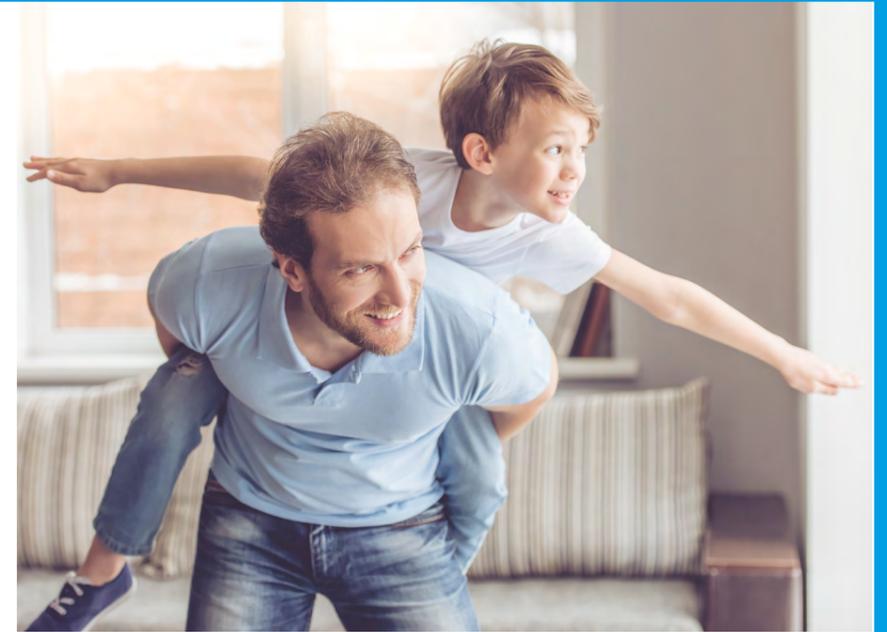
## È necessaria una nuova alleanza generazionale, sulle competenze e sulla innovazione. Un approccio che guarda a recuperare l'esperienza delle generazioni precedenti. Il complesso di Telemaco indica proprio quella alleanza generazionale.

La definizione di questo complesso deve la sua fama a Massimo Recalcati, noto psicoanalista lacaniano. Ha saputo aggiungere un altro personaggio mitologico alla galleria della tradizione psicoanalitica. E allora Telemaco segue Edipo ed Elettra, miti con cui Freud aveva rappresentato i difficili legami affettivi, e le conseguenti implicazioni, tra genitori e figli. Ma a differenza del mito freudiano di Edipo, in questo caso la figura del figlio non vede il proprio padre come competitore nella conquista dell'amore materno. Lo vive invece come riferimento forte a cui attribuisce un grande valore, per il suo portato di coraggio, di esperienza e di competenza. Così come Ulisse era atteso dal figlio Telemaco per affrontare i pericoli e gli ostacoli che da solo non riusciva a risolvere, ora si può intravedere una generazione di giovani. Una generazione abbastanza lontana dal furore iconoclasta degli anni Sessanta. Sono più sicuri dei loro studi e delle

conoscenze acquisite, che guarda le generazioni precedenti con curiosità e, a tratti, con sincera ammirazione. Che riconosce il valore delle intuizioni e la loro eredità culturale. Ci troviamo di fronte ad un sentimento che è esattamente opposto a quella devastante teoria che perseguiva una "rottamazione generazionale". Una idea che tanti danni ha già prodotto e non solo in politica, ma anche in tutti gli altri ambiti in cui è stata perseguita. La ricerca di una sinergia transgenerazionale e l'aspettativa di ricevere un utile trasferimento di competenze. È il segreto che può consentire a generazioni diverse di interagire, di collaborare efficacemente e di progredire in armonia senza perdere il valore dell'esperienza. Ciò anche nella organizzazione dei servizi e nelle procedure sanitarie, consapevoli che si fa riferimento a contesti e tempi diversi. Tutto ciò è evidente in medicina, ma è eclatante in ambiti complessi come la psichiatria. Abbiamo vissuto

una straordinaria stagione di innovazioni chiudendo i manicomi e costruendo una rete di servizi territoriali. Questa rete, unica al mondo, ha consentito alla psichiatria di virare verso una modalità comunitaria dell'assistenza. Recuperare il valore dei percorsi dell'attuale sapere, consente di progredire ulteriormente, potendo fruire di strumenti nuovi e più moderni. È la forza di quelle innovazioni che ci consente di leggere e decodificare i fatti e i fenomeni della contemporaneità. Capire il fenomeno della immigrazione, dei profughi dai conflitti attivi, e anche i nuovi bisogni delle fasce più deboli della popolazione. Ma anche il dolore e i conflitti psicologici delle persone con problematiche di identità sessuale o il disagio di chi è vittima di discriminazione. Sia essa politica, personale o comunque connessa a una forma di stigma sociale per razza, cultura o comportamento. Basti pensare a quanto sia imprescindibile oggi il ruolo, soprattutto delle donne in posizioni di vertice nelle aziende e nella organizzazione dei servizi pubblici. Oggi le donne domani i nuovi italiani. Il loro valore deriva dalla estrema capacità che dimostrano nell'adattarsi alle tecnologie e ai nuovi modelli organizzativi. Ma anche dalla loro propensione a ricercare e trovare le migliori soluzioni possibili a problemi complessi, ciò anche grazie ad una naturale flessibilità e capacità di comprensione dell'altro. Pensate alla rivoluzione fatta in ambito di salute mentale e ai nuovi modelli organizzativi sperimentati. Alla necessità di continuare un percorso di lotta allo stigma e ai pregiudizi. Si sono ottenuti sinora grandi risultati. Si pensava essere impossibile chiudere i ma-

nicomi, ma è stato fatto. E oggi è veramente improbabile riuscire a riaprirli. È opinione comune la necessità di lavorare con equipe multiprofessionali, per affrontare tipologie complesse di sofferenza. Queste hanno radici diverse e seguono percorsi che si intrecciano e si integrano in più punti. Ciò richiede la conoscenza di approcci diversi, sempre in modalità operative integrate. Eppure, c'è chi difende ancora assetti organizzativi immutabili, riproponendoli così come sono stati concepiti cinquant'anni fa, ma in contesti completamente diversi. Chi fa ancora questo non produce un buon servizio alla comunità, non comprende che, di fatto, si limita a svolgere un'azione conservatrice fuori dal tempo. È possibile pensare nel 2022, epoca di progettazioni avanzate di nuovi modelli organizzativi (come quelli indicati nel PNRR) ad una psichiatria ancora separata dal resto della sanità territoriale? È possibile pensare ancora alla sterile contrapposizione ospedale/territorio, senza capire che entrambi i contesti vanno riformati? Abbiamo bisogno di un territorio che si integra con una forma nuova di ospedale. Diffuso e che include strutturalmente la domiciliarità come sua stessa parte fortemente coesa. In questa ottica guardiamo oggi a infermieri di comunità, tecnici della riabilitazione e tanti, tantissimi, nuovi profili assistenziali, che l'università sta finalmente iniziando a formare. Essi sono indispensabili per perseguire credibili obiettivi assistenziali. Ognuno di questi, ha un grande valore nel difficile percorso terapeutico. Il mondo, come le conoscenze, vanno avanti e bisogna percorrere questa strada con il coraggio



della ricerca e non con occhi rivolti ancora al passato. Molti dei pericoli paventati per anni non esistono più, nemmeno nelle intenzioni dei loro antichi propugnatori. Nessuno oggi potrebbe realisticamente concepire, senza subire una sorta di gogna culturale da parte dell'intera comunità scientifica, una qualche forma di riapertura di grandi strutture asilari. Lo erano i manicomi ma quello sono oggi le carceri e le strutture di accoglienza per immigrati, ma anche quelle per portatori di patologie croniche. Quelle patologie vissute come socialmente inquietanti. Siamo consapevoli che quel passato non è riproponibile. Come Telemaco, che scrutando il mare aspettando la nave del padre per affrontare i Proci che devastavano la sua casa, così è oggi quel medico che rifiuta di affidarsi solo ai miracoli della psicofarmacologia. È Telemaco quel medico che esplora una conoscenza nuova e innovativa. È Telemaco colui che rivolge costantemente la sua attenzione al percorso, all'individuo, alla consapevolezza della specificità umana, e quindi anche della sua malattia. Consapevole del valore

da attribuire ad ogni individuo, portatore di una specifica esperienza di vita e quindi di malattia. Consapevole del suo corpo e della sua fragilità.



### Bibliografia

1. Recalcati M. (2014) Il complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre, Feltrinelli, Milano.
2. Di Munzio W. (2019 a cura di): Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale. Idelson-Gnocchi Editore, Napoli.
3. Di Munzio W. (2022) Effetto Telemaco, articolo pubblicato su "Le ore di Cronache", Salerno.



### Walter Di Munzio

Medico Psichiatra  
Giornalista Pubblicista  
Comitato Scientifico

# Il segreto della giovinezza: la neurogenesi

/ Marilisa Amorosi /

## Il mondo delle neuroscienze ha subito notevoli modificazioni nel corso dell'ultimo secolo, portando il mondo scientifico a creare una rivoluzione negli inquadramenti clinici, e negli stili di vita degli anziani, suggerendo che il segreto della giovinezza sia la neurogenesi.

C'è voluto più di un secolo per arrivare a confutare il dogma delle neuroscienze che vedeva il cervello anziano come impossibilitato a fare e a produrre nuove cellule nervose (neurogenesi). Infatti era nozione insindacabile che l'uomo nascesse con un numero determinato di cellule nervose, uniche cellule dell'organismo che non si sarebbero mai rinnovate. Solo nei primi anni '60 vi fu una delle prime prove che nel cervello ci sono cellule che si moltiplicano in grado di generare nuove cellule. La regione più attiva del cervello adulto per questi processi di rigenerazione cellulare, è primariamente la regione dell'ippocampo. L'ippocampo è la struttura grigia situata al centro del cervello fondamentale per l'apprendimento, la memoria, l'umore e le emozioni. Si è stimato (Jonas Frisén) che all'interno

dell'ippocampo vengono generati ogni giorno 700 nuovi neuroni. E quando si raggiungono 50 anni, tutti i neuroni con cui siamo nati saranno sostituiti con i neuroni generati da adulti. Questi neuroni sono molto importanti per l'apprendimento e la memoria e l'umore. È stato dimostrato in laboratorio che se si blocca la possibilità dell'ippocampo di sviluppare neuroni del cervello adulto si bloccano anche particolari abilità e la memoria. Una vera rivoluzione per le neuroscienze. Che cosa è la neurogenesi? È il processo attraverso il quale vengono generati nuove cellule nervose da cellule immature. La neurogenesi dell'adulto è legata alla capacità di adattamento delle cellule nervose agli stimoli esterni (plasticità funzionale di determinate aree cerebrali). Gli studi pionieristici di Joseph Altman e, successiva-

mente, di Fred H. Gage, nel cervello adulto dei mammiferi hanno dimostrato che la neurogenesi permane nell'adulto. È di grande interesse la dimostrazione che stimoli ambientali diversi agiscono a livelli differenti nella regolazione degli eventi della neurogenesi. L'esercizio fisico volontario (soprattutto la corsa) promuove la proliferazione dei precursori neuronali. Gli stimoli cognitivi e l'apprendimento promuovono la sopravvivenza e il reclutamento delle cellule neoformate. La neurogenesi è diventata un obiettivo di primaria importanza per contrastare il declino associato alle depressioni, allo stress e/o all'invecchiamento. Nel suo insieme, la stimolazione ambientale induce modificazioni plastiche nel cervello che, perdurando nel tempo, possono aumentare la riserva cognitiva dell'individuo. Ossia aumenta la capacità di recuperare da danni cerebrali dovuti a traumi o malattie neurodegenerative o depressive e di contrastare gli effetti dell'invecchiamento. La via del BDNF (fattore neurotrofico) e del suo recettore cellulare ha un ruolo chiave nella regolazione della neurogenesi del cervello adulto. Lo stress, un fattore che può causare la depressione o altri disturbi dell'umore, riduce i livelli di BDNF e di neuroni nell'ippocampo. In animali stressati trattati con farmaci antidepressivi, invece, i livelli di BDNF e di neuroni aumentano. Cosa influisce sulla neurogenesi? Esistono condizioni che aumentano i livelli di BDNF e che innalzano notevolmente i livelli di neurogenesi nell'ippocampo. Questi sono l'esercizio fisico, la restrizione calorica e l'esposizione a una vita ricca di stimoli motori, sensoriali e cognitivi (ambiente arricchito). Molte malattie neurologiche

sono anche associate ad alterazione dei processi di neurogenesi. La depressione diminuisce la produzione di nuovi neuroni (trattando con agenti anti depressivi si è visto che aumentava il tasso di neurogenesi). Riduzione della neurogenesi è associata al deterioramento cognitivo dell'invecchiamento e delle demenze. Bisogna utilizzare strategie per contribuire alla neuro-protezione: fare in modo che vengano attivati le vie di sopravvivenza, ossia il segreto della giovinezza. 1 -Imparare: l'apprendimento aumenta la produzione di nuovi neuroni. 2 -Lo Stress diminuisce l'attività dell'ippocampo e la produzione di nuovi neuroni. 3 -Mancanza di sonno: diminuisce la neurogenesi. 4 -La corsa ed il

movimento sono fondamentali per la produzione di nuovi neuroni e per la sopravvivenza dei neuroni prodotti. Anche tutto ciò che mangiamo ha ripercussioni sulla produzione di nuovi neuroni nell'ippocampo. L'effetto dell'alimentazione sulla salute mentale, sull'umore e sulla memoria è mediata dalla produzione di nuovi neuroni nell'ippocampo. Non è solo cosa mangiamo ma anche la quantità e la consistenza di ciò che mangiamo che fa la differenza. Abbandoniamo perciò una dieta ricca di grassi saturi, l'etanolo ed il consumo di alcol, la totale inattività fisica ed evitiamo lo stress. Le numerose ricerche nell'ambito della neurogenesi ippocampale adulta hanno dimostrato come l'esercizio

fisico volontario porti a un complessivo innalzamento dei livelli di proliferazione e sopravvivenza. Ciò influenza così numerose funzioni cognitive, tra cui quelle coinvolte nei vari tipi di memoria e apprendimento. Anche svariate risposte comportamentali, come le reazioni emotive e la risoluzione della depressione nell'anziano sono influenzate. Ecco perché l'importanza dello svolgimento di attività fisica non va sottovalutato. Anzi, visti gli innumerevoli benefici dovrebbe essere incoraggiato. Bisogna aumentare e diversificare nell'adulto e nell'anziano le esperienze, arricchire l'ambiente in cui vive, svolgere attività fisica determina aumento della neurogenesi. Questo rappresenta la strada della giovinezza



### Bibliografia

1. Kirsty L. Spalding, O. Bergmann, Kanar Alkass, Samuel Bernard, Mehran Salehpour, Hagen B. Huttner, Boström E, Westerlund I, Vial C, Bruce A. Buchholz, Possnert G, Mash DC, Druid H, Frisén J.: Dynamics of Hippocampal Neurogenesis in Adult Humans Cell, Volume 153, Issue 6 Pages 1169-1408 (6 June 2013)
2. Altman J.: Autoradiographic and histological evidence of postnatal hippocampal neurogenesis in

rats GD Das – Journal of Comparative Neurology, 1965 – Wiley Online Library

3. Van Praag H, Kempermann G, Gage FH.: Running increases cell proliferation and neurogenesis in the adult mouse dentate gyrus. Nature neuroscience, 1999 – www.nature.com

4. Nottebohm F.: Why are some neurons replaced in adult brain? Journal of Neuroscience, 2002 – Soc Neuroscience



**Marilisa Amorosi**  
Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Cosa succede ai figli di genitori depressi?

/ Domenico De Berardis /

**I genitori depressi usano schemi disfunzionali nelle interazioni con i figli, causando esiti peggiori per i bambini specie nei primi anni di vita. L'empatia dei genitori verso i figli influisce sull'ambiente di accudimento.**

Una ricerca pubblicata sull'importante journal "PLOS ONE" (Salo et al., 2020), ha trovato che i genitori depressi provano meno empatia, anche nei confronti dei propri figli. Secondo i ricercatori, questo fenomeno potrebbe avere un impatto negativo a lungo termine sui bambini. Sentirsi compresi e accettati è importante per tutti, ma soprattutto nel contesto del rapporto genitori-figli (King et al., 2008). Gli studi hanno rilevato che quando i bambini non ricevono risposte di empatia da parte di chi si prende cura di loro, tendono ad avere reazioni negative. Esse sono un'elevata risposta fisiologica allo stress, un aumento del rischio di disturbi psichiatrici, in particolare la depressione, e meno empatia verso gli altri (Field, 2020). Questi risultati possono essere particolarmente importanti durante l'attuale epidemia di COVID-19, un periodo in cui la depressione e l'ansia sono in aumento. Ciò accade perché i genitori lottano

per bilanciare le preoccupazioni sanitarie e finanziarie con l'isolamento, il lavoro da casa e la cura dei figli (Yoo e Lee, 2022). I risultati dello studio possono aiutare a spiegare perché i genitori depressi hanno maggiori probabilità di mettere in atto comportamenti genitoriali negativi, come il ritiro o l'ostilità. Essi possono ridurre i comportamenti genitoriali positivi, come la sensibilità, il coinvolgimento e il calore umano. La depressione non colpisce solo la persona che la subisce. La difficoltà di un genitore di identificare e connettersi con le emozioni dei figli è particolarmente preoccupante in periodi "turbolenti" in sé (Brown et al., 2020). I genitori depressi sono più inclini a lottare con la stanchezza e l'irritabilità, rendendo più difficili anche le attività familiari di routine. Queste attività sono importanti perché possono creare un legame emotivo, stimolare l'apprendimento e migliorare le

capacità linguistiche dei bambini (Tone et al., 2014). La difficoltà di un genitore di identificare e connettersi con le emozioni di un bambino è particolarmente preoccupante in questi tempi turbolenti di pandemia. Si stima che in tutto il mondo più di 300 milioni di persone sperimentino un episodio depressivo maggiore nel corso della loro vita. Tra gli adulti europei, la prevalenza nel corso della vita del disturbo depressivo maggiore è di circa il 28% (Vandeleur et al., 2017). L'empatia dei genitori depressi verso il proprio figlio deve essere un obiettivo per l'intervento, per migliorare

le esperienze di accudimento dei bambini. Essi possono essere ad alto rischio di esiti negativi a causa della depressione dei genitori. La presenza di sintomi depressivi

nei genitori va, dunque, sempre valutata da specialisti della salute mentale. La diagnosi e il trattamento precoce rimangono assolutamente necessari per il

bene dei figli e dei loro genitori depressi.



## Bibliografia

1. Salo VC, Schunck SJ, Humphreys KL. Depressive symptoms in parents are associated with reduced empathy toward their young children. *PLoS One*. 2020;15(3):e0230636.
2. King LS, Humphreys KL, Gotlib IH. The neglect-enrichment continuum: Characterizing variation in early caregiving environments. *Dev Rev*. 2019;51:109-22.
3. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev* 2020;33(1):1-6.
4. Joo YS, Lee WK. Impact of COVID-19-related Stress on Preschool Children's Internalizing and Externalizing Problem Behaviors: The Indirect Effect of Mother's Depression and Parenting Behavior. *Child Ind Res* 2022, in stampa.
5. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl*. 2020;110(Pt 2):104699.
6. Tone EB, Tully EC. Empathy as a "risky strength": A multilevel examination of empathy and risk for internalizing disorders. *Dev Psychopathol*. 2014;26(4pt2):1547-65.
7. Vandeleur CL, Fassassi S, Castelao E, Glaus J, Strippoli MF, Lasserre AM, Rudaz D, Gebreab S, Pistis G, Aubry JM, Angst J, Preisig M. Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community. *Psychiatry Res*. 2017;250:50-58.



**Domenico De Berardis**  
Medico Psichiatra  
Redattore

# La parola ai docenti: capire il disagio a scuola

/ Maria Rosaria Juli /

**Da qualche giorno la scuola ha aperto le porte al nuovo anno scolastico, studenti e docenti inizieranno un nuovo anno. Come sono cambiati gli adolescenti nel rientro a scuola dopo quasi due anni di chiusure?**

Che la pandemia ha rivoluzionato la nostra vita è un dato di fatto. Studi nazionali ed internazionali sono d'accordo che quanto abbiamo vissuto ha amplificato ed aumentato molti disturbi psicologici tra gli adolescenti (Haddad et al 2020). Diverse sono le richieste di aiuto che quotidianamente giungono ai servizi del territorio ed ai professionisti privati per sintomi e segnali di depressione. Ma i segni di disagio possono essere intercettati anche a scuola? Le conseguenze della pandemia sul mondo della scuola sono complesse e articolate. I docenti in partenza dell'anno scolastico 2022/23 accoglieranno una generazione che per quasi un triennio ha dovuto barcamenarsi con una svariata modalità di didattica. Modalità a distanza, integrata, mista, alterna, interrotta, digitale, remota, asservita di volta in volta alle modifiche ballerine di circolari e istanze ministeriali. Non è facile riconoscere segni e sinto-

mi di depressione tra gli adolescenti, ma possiamo intercettare campanelli d'allarme. Anche i docenti possono osservare alcuni comportamenti. L'appetito, il livello di energia, il rendimento scolastico, l'isolamento possono certamente essere osservati sugli adolescenti a scuola da parte dei docenti. Così come anche l'aggressività, la rabbia e l'irrequietezza vanno attenzionate. Quando un adolescente è depresso, oltre al disturbo stesso, ci sono effetti collaterali che possono causare problemi per tutta la vita. I sintomi della depressione includono: bassa energia e scarsa concentrazione. Questi due fattori possono avere un impatto significativo sul funzionamento sociale e scolastico. Ho intervistato la professoressa Praticchizzo Filomena Maria Rosaria docente di Scienze presso l'Istituto Superiore di Secondo Grado di Torremaggiore in provincia di Foggia. Professoressa come sono cambiati gli studenti

a scuola? Ci sono segni e sintomi di depressione che possono essere intercettati dai docenti? È possibile dare una risposta concreta? Gli ultimi due anni di pandemia sono stati molto impegnativi sia per i docenti che per gli studenti. L'intera classe docente è stata catapultata nella confusione più totale. La psiche dei ragazzi ne è stata letteralmente stravolta, in termini cognitivi e sociali ancora da quantificare ma chiarissimi nel loro impatto. Se la canonica didattica in presenza non ha sempre accontentato i ragazzi, perché noiosa o scollegata dal reale quella a distanza ha accentuato

svariati divari. Economici, tecnologici e sociali in modo esponenziale, anche se ha stimolato un avvicinamento al mondo digitale. Abbiamo assistito ad un cambiamento nel comportamento in generale degli adolescenti a scuola, spesso poco pazienti e molto irrequieti. Noi docenti non siamo in grado di fare certamente diagnosi ma segni e sintomi di patologie come la depressione possono ripercuotersi nel rendimento scolastico. Credo che, quando si verifica una situazione potremmo ascoltare di più i ragazzi piuttosto che o far finta di niente o puntare solo sul rendimento. La scuola, i

docenti e tutto il personale ha il dovere di dare una risposta, ma deve essere supportata. Gli ingredienti per una ricetta di "scuola buona ed efficace", restano sempre: preparazione della classe docente, ambienti accoglienti, e collaborazione continua con le famiglie. Se questo mix di elementi non fosse più visto come utopistico ed anzi condizione normale di qualsiasi azione educativa. La scuola post-pandemia dal 2023 a seguire, anziché fonte o conseguenza di sindromi depressive, risulterebbe senz'altro la terapia ansiolitica ed antidepressiva vincente!



## Bibliografia

1. Haddad C., Zakhour M., Bou kheir M., Haddad R., Al Hachach M., Sacre H., Salameh P.: Associazione tra comportamento alimentare e fattori di stress da quarantena / confinamento durante l'epidemia di coronavirus 2019. Journal of Eating Disorders volume 8, 2020.



**Maria Rosaria Juli**

Psicologa Psicoterapeuta  
Redattrice

# Telomeri e depressione nell'anziano

/ Francesco Franza /

**Siamo vicini alla scoperta dell'elisir di lunga vita? I telomeri potrebbero avere un ruolo in questa ricerca. La loro lunghezza è associata sia al benessere sia all'invecchiamento degli individui. La lunghezza dei telomeri può essere considerato anche un fattore scatenante per la depressione degli anziani.**

La depressione è un disturbo complesso ed eterogeneo. Fattori individuali, genetici, familiari, ambientali e sociali sono responsabili della sua unicità. Alcuni ricercatori (Wolkowitz et al, 2011) hanno ipotizzato l'esistenza di meccanismi biologici che accelerano lo sviluppo della depressione con il passare degli anni. Tra i vari meccanismi le alterazioni dei telomeri del DNA sembrano essere uno dei principali fattori scatenanti. I telomeri sono delle piccole strutture genetiche che si trovano alla fine delle catene lineari del DNA. Sono spesso rappresentate come delle cuciture, degli orli finali. La loro funzione è quella di proteggere il deterioramento o la fusione dei cromosomi vicini. Hanno una struttura caratteristica e ben definita. I telomeri, infatti, sono

formati da una stessa sequenza di nucleotidi \*(TTAGGC) che si ripete più volte. La lunghezza dei telomeri si riduce con il passare degli anni. La riduzione del loro numero avviene gradualmente ad ogni divisione cellulare. Quando il loro numero raggiunge una soglia limite iniziano i problemi. Le cellule diventano vulnerabili, instabili e vanno verso la senescenza che porterà alla morte della cellula (la cosiddetta apoptosi cellulare) (Blackburn et al., 2015). È oramai accertato che i telomeri si riducono con l'età. Altri fattori, tuttavia, contribuiscono ad accelerare tale processo. Fattori genetici, lo stress cellulare e l'infiammazione sono le cause principali. Anche alcune malattie accelerano tale processo di riduzione dei telomeri. Tra queste si evidenziano il diabete, le malat-

tie cardiovascolari e le malattie neurodegenerative (Tian et al. 2019). Allargando queste considerazioni all'intero organismo, alcuni autori hanno ipotizzato che la causa finale dell'invecchiamento degli esseri viventi sia legato alla perdita dei telomeri. I risultati sono, tuttavia, contraddittori. Esistono comunque evidenze importanti che suggeriscono che l'assottigliamento dei telomeri sia associato ai cambiamenti metabolici e biologici che si osservano nell'invecchiamento. Altri autori più ottimisti hanno ipotizzato che i telomeri siano la fonte della gioventù (Bhargava et al., 2022; Kamal et al., 2020). Ci saranno andati vicino? Alcuni studi hanno valutato l'associazione tra depressione e riduzione della lunghezza dei telomeri. Questi studi hanno indagato soprattutto i giovani. Pochi studi, invece, sono stati effettuati negli anziani affetti da depressione (Manoliu et al., 2018). Uno studio del gruppo condotto da Ana Paula Mendes-Silvas del Centre for Addiction and Mental Health di Toronto, Canada, (2021) ha confermato tale associazione. I pazienti anziani con depressione hanno telomeri più corti rispetto ai soggetti sani. Hanno riscontrato anche una correlazione tra gravità della depressione e lunghezza dei telomeri. Gli individui con depressione più grave avevano una minore lunghezza dei telomeri. Hanno, inoltre, riscontrato, che eventi stressanti psicologici cronici sono associati all'invecchiamento cellulare e a danni al DNA. Gli autori hanno anche sostenuto che i telomeri possano essere usati come biomarcatori della depressione. La loro individuazione potrebbe servire a capire l'andamento e la gravità della depressione. L'elisir di lunga vita



è stato da sempre cercato.

Esploratori cinesi, romani, arabi, spagnoli hanno girato il mondo alla ricerca di pozioni magiche, fonti della gioventù, di pietre e di unguenti miracolosi.

Queste pozioni promettevano il benessere, la scomparsa di tutte le malattie, anche quelle mentali. Promettevano l'immortalità.

La ricerca attuale ha ipotizzato che la soluzione sia nascosta nei nostri geni, nei nostri telomeri. L'alterazione della lunghezza dei telomeri non solo è causa di un invecchiamento precoce, ma anche dell'insorgenza di molte malattie.

Tra queste malattie la depressione degli anziani è fortemente associata alla perdita dei telomeri nel tempo. I fattori scatenanti della depressione sono tanti. Probabilmente la soluzione è sem-

plice. Una vita sana, equilibrata, associata a un costante equilibrio emotivo e psicologico e al con-

trollo dei fattori stressanti può essere la vera fonte della gioventù.

## Bibliografia

1. Bhargava R, Lynskey ML, O'Sullivan RJ. (2022) New twists to the ALternative endings at telomeres. *DNA Repair (Amst)*. 2022 Jul; 115:103342.
2. Blackburn EH, Epel ES, Lin J. (2015) Human telomere biology: A contributory and interactive factor in aging, disease risks, and protection. *Science*. 2015 Dec 4;350(6265):1193-8
3. Kamal S, Junaid M, Ejaz A, Bibi I, Akash MSH, Rehman K. (2020) The secrets of telomerase: Retrospective analysis and future prospects. *Life Sci*. 2020 Sep 15; 257:118115.
4. Manoliu A, Bosch OG, Brakowski J, Brühl AB, Seifritz E. (2018) The potential impact of biochemical mediators on telomere attrition in major depressive disorder and implications for future study designs: A narrative review. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1; 225:630-646.
5. Mendes-Silva AP, Vieira ELM, Xavier G, Barroso LSS, Bertola L, Martins EAR, Brietzke EM, Belangero SIN, Diniz BS. (2021) Telomere shortening in late-life depression: A potential marker of depression severity. *Brain Behav*. 2021 Aug;11(8): e2255.

6. Tian Y, Wang S, Jiao F, Kong Q, Liu C, Wu Y. (2019) Telomere Length: A Potential Biomarker for the Risk and Prognosis of Stroke. *Front Neurol*. 2019 Jun 13; 10:624.

7. Wolkowitz OM, Reus VI, Mellon SH. (2011) Of sound mind and body: depression, disease, and accelerated aging. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13(1):25-39.



**Francesco Franza**

Medico Psichiatra  
Direttore Responsabile

# I disturbi della condotta alimentare e disturbo bipolare

/Giuseppe Tavormina/

**Lo spettro bipolare nella sua accezione più ampia comprende ogni tipo di instabilità dell'umore. Esso è caratterizzato da vari sintomi legati all'instabilità del tono dell'umore, inclusi i sintomi tipici degli "stati misti". Fra gli stati misti rientrano anche essi i sintomi dei disturbi della condotta alimentare.**

L'"instabilità dell'umore", piuttosto che la "depressione", è la patologia verso cui i clinici dovrebbero focalizzare le loro attenzioni diagnostiche nel curare i disturbi dell'umore. Sottolineo ancora una volta il concetto essenziale secondo cui l'episodio depressivo è solo "una fase" del più ampio "spettro bipolare dell'umore" (Tavormina 2013). I sintomi da conoscere per parlare di "stati misti" sono i seguenti e almeno due fra essi devono essere presenti contemporaneamente (Akiskal 1999; Tavormina 2014): 1. Sovrapposizione fra umore depresso e irritabilità; 2. Presenza di agitazione interna, inquietudine, irritabilità, aggressività e impulsività; 3. Difficoltà nella concentrazione e iperattività dei pensieri; 4. Elevata tensione interna e muscolare, gastrite, colite,

cefalea o altri sintomi somatici (per es.: peggioramento di eczemi o psoriasi); 5. Comorbidità con malattie dell'ansia (attacchi di panico, ansia generalizzata, ansia fobica, ansia ossessiva); 6. Insonnia (soprattutto: sonno frammentato e/o sonno di scarsa qualità); 7. Disturbi della condotta alimentare (DCA); 8. Senso di disperazione e ideazione suicidaria; 9. Iper / ipo attività sessuale; 10. Abusi di sostanze (alcoliche e/o stupefacenti) e dipendenze; 11. Comportamenti antisociali. I sintomi del cosiddetto "mixity" delle fasi depressive (depressione irrequietezza irritabilità, colite, gastrite, cefalea, DCA) possono aumentare il rischio suicidario (Akiskal 2007). Quasi tutti i disturbi della condotta alimentare (tranne due) rientrano fra i quadri misti dello spettro bipolare

dell'umore (Rihmer & Akiskal 2010; Tavormina 2019). La Scala di Valutazione "G.T. Mixed States Rating Scale", o "G.T. MSRS" aiuta il clinico a fare una diagnosi di stato misto di spettro bipolare. Essa è una scala di valutazione da auto somministrare e strutturata in 11 domande (una fra esse riguarda i disturbi della condotta alimentare), (Tavormina 2014). È stato condotto uno studio osservazionale effettuato valutando le diagnosi di tutte le "nuove visite" consecutivamente viste nell'arco di tre anni e mezzo. Sono stati esaminati 192 pazienti, dal mese di gennaio 2016 a giugno 2019, tutti con diagnosi rientrante nei disturbi dello spettro bipolare dell'umore (Tavormina, 2019). Fra essi, 19 pazienti (cioè il 10% fra tutti; tutte donne) presentavano sintomatologia di disturbi della condotta alimentare nelle varie forme. La Scala di Valutazione "G.T. Mixed States Rating Scale" ("G.T.-MSRS") ha evidenziato il livello di "mixity" (l'intensità di malessere dell'umore) raggiunto dai 19 pazienti. Cinque fra essi hanno raggiunto il "livello elevato di stato misto" e gli altri 14 tutti un "livello medio di stato misto". Nessuno rientrava nel "livello medio-lieve". Ciò ha messo in evidenza quanto la presenza di disturbi della condotta alimentare aumenti l'intensità del malessere di "mixity". E che tali patologie rientrano fra i "quadri misti" dello spettro bipolare dell'umore. Inoltre: due fra i suddetti 5 pazienti che hanno raggiunto il "livello elevato di stato misto" (punteggio 17 su 19), presentando un quadro anoressico considerevole. Questi hanno presentato: dimagrimento notevole, amenorrea, apatia e irritabilità insieme, notevole tensione interna e musco-

lare, somatizzazioni (gastrite e colite), insonnia, difficoltà nella concentrazione. Tutti i 19 pazienti hanno nel tempo raggiunto una buona stabilità dell'umore con una terapia farmacologica a base di regolatori dell'umore e antidepressivi. È fondamentale sottolineare quanto espresso da Rihmer e Akiskal qualche anno fa. "Le tipologie temperamentali sotto soglia hanno un ruolo importante nell'evoluzione clinica degli episodi dell'umore sia minori che maggiori. In esse sono inclusi la direzione della polarità e la formazione dei sintomi degli episodi acuti dell'umore. Esse inoltre interferiscono in modo significativo sul decorso e sviluppo delle stesse patologie maggiori. Fra esse sono inclusi il rischio suicidario e altri comportamenti autodistruttivi, quali l'abuso di sostanze e i disturbi della condotta alimentare" (Rihmer et

al. 2010). Bassi dosaggi di antidepressivi insieme con uno o più regolatori dell'umore diventano un'accoppiata vincente nel trattare gli "stati misti" e i disturbi della condotta alimentare. Questi disturbi non sono quindi una "malattia a sé" bensì sono parte

integrante del più ampio "spettro bipolare dell'umore" (in particolare modo degli "stati misti"). Lo spettro bipolare dell'umore diventa quindi la vera patologia da trattare da parte degli psichiatri, con un'attenta gestione diagnostica e terapeutica.

## 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. Rihmer Z, Akiskal HS, et al.: Current research on affective temperaments. Current Opinion in Psychiatry 2010; 23:12-18.
4. Tavormina G: An introduction to the bipolar spectrum - The management of bipolar spectrum disorders. CEPIP. 2013; 3-6.
5. Tavormina G: Treating the bipolar spectrum mixed states: a new rating scale to diagnose them. Psychiatria Danubina 2014; 26(suppl 1):6-9.
6. Tavormina G: Clinical utilisation of the "G.T. MSRS", the rating scale for mixed states: 35 cases report. Psychiatria Danubina 2015; 27(suppl 1):155-59.

7. Tavormina G: Bipolar disorders and bipolarity: the notion of the "mixity". Psychiatria Danubina 2019; 31(suppl 3):434-37.
8. Tavormina G - I disturbi della condotta alimentare (DCA) e lo spettro bipolare dell'umore: comorbidità o parte integrante degli "stati misti"? - (Telos, 2019; numero 2/2019: 55-63).



**Giuseppe Tavormina**  
Medico Psichiatra  
Caporedattore



# Il lutto e la vita

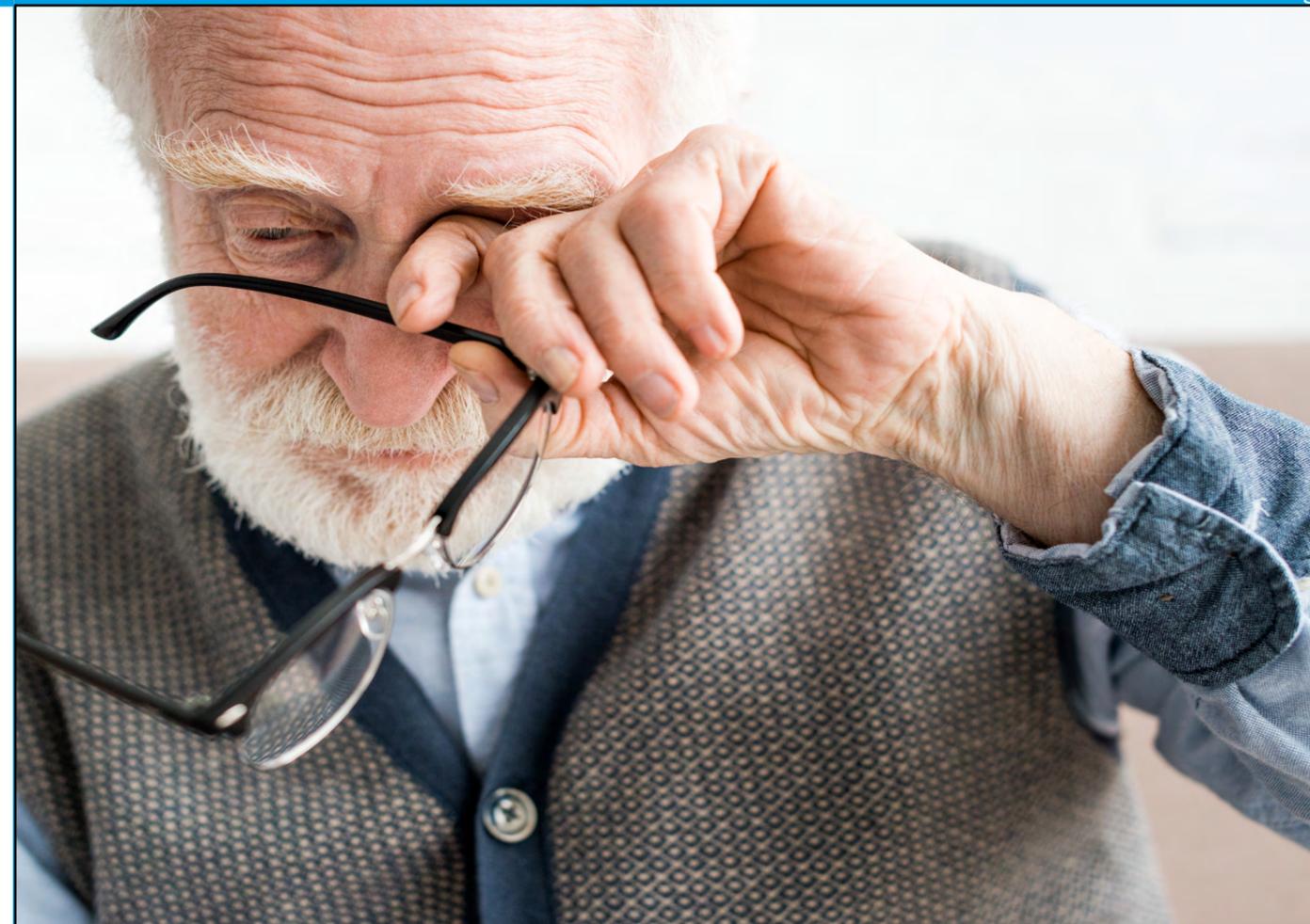
/ Francesco Cervone /

**Il lutto è un evento connaturato all'esistenza e ci accompagna dalla nascita alla morte. L'anziano vive una realtà psicofisica fragile, e gli ultimi traumatici lutti lo espongono a seri rischi depressivi.**

Il lutto è uno stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo, vissuto come parte integrante della propria esistenza (Galimberti, 2006). La perdita può essere anche culturale, sociale ed economica. Freud in "lutto e melanconia" scrive che il lutto come la melanconia, confronta l'individuo con una perdita reale (di persone, progetti e ideali). Si tratta di processi psichici che hanno cause occasionali nell'ambiente. La differenza tra loro è che nel lutto la perdita è conscia, mentre nella melanconia è inconscia, per cui non si avverte la perdita. Si avverte invece, una chiusura, un impoverimento di sé, e non si riesce più a dare alcun valore alla vita. La Klein sostiene che il lutto precoce fa parte delle esperienze normali del neonato. Infatti, riguarda ogni cambiamento che ha un particolare valore per la crescita e l'esistenza. Così ogni passaggio evolutivo, come lo svezzamento, la scuola, l'adolescenza, il lavoro, le relazioni affettive per distacchi vari che conseguono, necessita di una elaborazione della perdita. Una madre sufficientemente buona, (empatica ed accogliente), un

buon corredo genetico, sostengono la naturale spinta alla crescita del neonato. Questa si realizza proprio grazie all'importante processo psichico di elaborazione del lutto, determinato da una perdita. Questo lavoro psichico, non ha mai un andamento lineare, per cui non è sempre esente da sbavature disfunzionali. La nascita è il primo lutto che l'individuo sperimenta con la perdita-distacco del particolare contatto corporeo con la madre. I primi incontri con la dura realtà extrauterina del neonato, per la sua impotenza, sono colmi di paura e di fantasie distruttive. Il piccolo umano angosciato da una perdita, per una separazione, teme di risperimentare la sensazione di pericolo imminente. Il lutto inizialmente lascia attoniti e storditi, viene rifiutato con la negazione della perdita. Segue uno stadio di graduale accettazione della stessa, attuando un distacco emotivo con il disinvestimento. Segue infine, uno stadio di distacco definitivo dall'oggetto perduto, reinvestendo su altri oggetti importanti per la propria esistenza. Tutte le volte che si affronta il lutto con un'adeguata elaborazione, cresce e si

rinforza lo stesso apparato psichico (l'Io). L'accettazione della perdita e/o rinuncia della stessa evita l'impoverimento e preserva l'equilibrio mentale (Ambrosiano, 2021). A volte, la paura di un individuo, di non riuscire a fronteggiare l'evento traumatico, è tale da bloccare le sue capacità elaborative. In tal caso si realizza una situazione traumatica che può protrarre il senso di inadeguatezza. L'angoscia vissuta per non riuscire a fare qualcosa, di andare oltre, può causare uno stallo melanconico. L'anziano percorre il "viale del tramonto della sua vita" con una serie di limitazioni psicofisiche. Queste, lo rendono più vulnerabile ai lutti a cui andrà incontro, con un maggiore rischio depressivo. Uno di questi lutti psicologicamente pernicioso, è costituito dal pensionamento. Se questo è anticipato per motivi economici dell'azienda, il distacco dal lavoro è doloroso perché ci si sente scartati. Quando questo avviene per la carente salute personale, si avverte maggiormente la sensazione di essere limitati. Nel caso del distacco dovuto all'età, la rigidità psichica dell'anziano, rende difficile l'adattamento alla nuova realtà. L'uscita dal circuito produttivo, sentito definitivo, per la perdita della collocazione socioeconomica, investe la stessa identità della persona. Alcuni si sentono, come se la loro vita, ormai, non avesse più un senso per essere vissuta. Infatti la vecchiaia è uno dei periodi in cui si registra un aumento del tasso dei suicidi (Cassano, Tundo, 2008). Altra perdita o lutto senile è causato dalle limitazioni fisiche delle malattie soprattutto in persone cognitivamente lucide. Rinunciare e limitare le opportunità della propria realtà, precedenti ad una



malattia, come quella oncologica, è traumatico. (Gabanelli, 2020) L'anziano, può essere insofferente e scostante anche verso la famiglia, rifiuta persino i sanitari e le terapie, scivolando verso una chiusura relazionale stabilizzata. Altro lutto, legato all'età, investe la sfera sessuale. Le precedenti malattie e l'uso di alcuni farmaci, possono causare evidenti disfunzioni a riguardo e un forte disagio psichico. La nostra cultura edonistica, di solito dà troppo valore alla sessualità caricandola di una serie di significati. A questi si aggiungono quelli contingenti e soggettivi, che rendono eccessivamente frustrante la reale difficoltà. Si può rischiare così d'innescare un circolo vizioso tra ansia da prestazione, impotenza sessuale e inadeguatezza esistenziale. L'autonomia dei figli, e/o la morte del coniuge, sono i

lutti più difficoltosi da elaborare per un anziano. Lo spettro della dipendenza lo angoscia, se è costretto dall'età, e/o una malattia a stare a letto. L'anziano accudito da una badante, o costretto a soggiornare in una RSA è dominato dalla povertà affettiva, dal senso d'impotenza e dall'angoscia depressiva. L'elenco dei lutti senili potrebbe continuare, e ci viene da dire con Totò: "è la somma che fa il totale". Lo stress accumulato, può essere tale da determinare una deprimente fatica di essere di un anziano. I lutti sono funzionali alla nostra crescita psicofisica, non necessariamente devono sfociare in una depressione, come ci fa capire la teoria dei tre fattori. La realtà psicofisica di un anziano, nell'attuale società, spesso è quella di un individuo a margine. Perciò diciamo che l'anziano è particolarmente esposto allo sci-

volamento nello stallo depressivo. A tal proposito, è bene implementare un discorso preventivo sociale e psicofisico, per lenire la sofferenza dei "fragili", che ha un costo notevole a vari livelli per tutti.

## Bibliografia

1. Ambrosiano L. (2021) Nello Spazio Del Lutto. Mimesis Edizioni (Milano-Udine);
2. Cassano G.B., Tundo A. (2008). Trattato Italiano di Psichiatria –Lo spettro dell'umore. Elsevier S.r.l. (Milano).
3. Galimberti U. (2006) Dizionario di Psicologia Gruppo Editoriale L'Espresso.
4. Gabanelli P. (2020) Psicoterapie in Psico-Oncologia. Mimesis Edizioni (Milano-Udine).



**Francesco Cervone**  
Medico Psicoterapeuta  
Comitato Scientifico

# Il disturbo schizoaffettivo. Quando la schizofrenia e la depressione si incontrano

/ Wladimir Fezza /

**Il disturbo schizoaffettivo è una severa combinazione psicopatologica. Una breve sintesi informativa su una grave malattia.**

Il disturbo schizoaffettivo è una patologia psichiatrica estremamente invalidante e si caratterizza per una combinazione di sintomi psicotici e depressivi. La persona che viene colpita da tale disabilità non sempre ha una corretta e rapida diagnosi. Questo determina un allungamento dello stato di malessere spesso associato a situazioni fallimentari che tendono a portare la persona in un vortice patologico. Si presuppone che l'insorgenza del disturbo schizoaffettivo sia determinato da più fattori che agiscono prevalentemente su aspetti biologici, organici, psicologici e sociali. Dal punto di vista epidemiologico la patologia ha un'incidenza nella popolazione di circa 3%, prevalentemente nelle donne con l'insorgenza in tarda adolescenza e in età adulta. Mentre il tasso di suicidio raggiunge

il 5% nei soggetti affetti da tale disturbo (DSM-5, 2014). I soggetti più predisposti hanno tra i familiari persone con disturbo schizofrenico e/o disturbi del tono dell'umore. I soggetti con tale patologia alternano fasi del tono dell'umore (maniacali e depressive) e stati psicotici di tipo delirante e allucinatorio. La patologia può portare ad un appiattimento delle relazioni sociali e conseguente e progressivo isolamento. Pensieri negativi, irritabilità, perdita dell'appetito, eloquio disorganizzato sono alcuni dei sintomi della patologia. Il quadro clinico del disturbo schizoaffettivo può peggiorare e determinare la schizofrenia e in altri casi può precedere un disturbo del tono dell'umore. Il medico specialista formula la diagnosi di disturbo schizoaffettivo quando sono

presenti nel paziente il disturbo psicotico e il disturbo del tono dell'umore. Devono, inoltre, persistere deliri o allucinazioni per 2 o più settimane. Il disturbo non è attribuibile se il paziente ha effetti da abuso di sostanze e/o farmaci o altra condizione medica. Se la persona non viene trattata adeguatamente e in tempi ragionevoli si può assistere ad una chiusura sociale. Questo determina un progressivo isolamento dal contesto dei pari e successivamente, seppur meno frequente, anche dal nucleo familiare d'origine. In questo caso, come in tutti i casi

di disturbo mentale, per la buona riuscita del trattamento è condizione necessaria e imprescindibile la compliance del paziente. Se l'utente ha una motivazione indiretta o sospinta anche solo da un familiare è comunque un buon punto di partenza. La motivazione interna dell'utente è il primo aspetto su cui lavorare. Il trattamento del disturbo schizoaffettivo si caratterizza da interventi coordinati, preferibilmente in un contesto di equipe multidisciplinare, di tipo farmacologico per ridurre i sintomi psicotici e la flessione del tono dell'umore.

La figura professionale indicata è il medico psichiatra. Interventi di psicoterapia per aumentare la consapevolezza della propria patologia e gestione dei sintomi negativi, lavorando sulle competenze residue, la gestione delle relazioni con i pari se presenti e con i familiari. La figura professionale indicata è lo psicoterapeuta. Attività di supporto sociale con interventi mirati per ripristinare una vita socialmente accettabile. È necessario lavorare su aree vitali, individuando gli obiettivi condivisi e sostenuti dal paziente, lavorando quotidiana-

mente su motivazioni strumentali, intrapersonali e interpersonali. La figura professionale indicata è l'educatore professionale.

## Bibliografia

1. DSM-5 (2014). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Edizione Italiana di Massimo Biondi, Ed. Raffaello Cortina.



**Wladimir Fezza**

Psicologo Clinico  
Redattore



# La terapia farmacologica della depressione nell'anziano

/ Marilisa Amorosi /

## La terapia farmacologica della depressione nell'anziano necessita di particolare attenzione nella valutazione della sicurezza e della tollerabilità dei farmaci, del loro dosaggio, delle istruzioni di assunzione, dell'uso e accettazione da parte dei pazienti.

Nell'anziano la patologia depressiva presenta notevoli complessità sia per la diagnosi che per le conseguenti scelte di terapia farmacologica disponibile. Infatti dal punto di vista clinico nella depressione dell'anziano sono presenti quadri eterogenei, differenti dai quadri descritti che si presentano in altre età. Inoltre a ciò si aggiungono le modificazioni biologiche determinate dall'invecchiamento. Perciò nella scelta del trattamento farmacologico si devono considerare queste modificazioni nella metabolizzazione dei farmaci, sia la concomitanza di terapie per altre patologie somatiche croniche. Le politerapie infatti aumentano il rischio di interazioni farmacologiche. Per questo è importante che la terapia farmacologica della de-

pressione nell'anziano sia scelta in base alla gravità dei sintomi e delle altre terapie farmacologiche assunte. Il processo di invecchiamento è caratterizzato da una serie di modificazioni fisiopatologiche che comportano una diminuita efficienza ed una ridotta capacità funzionale. Le modificazioni variano da individuo e individuo e nella stessa persona in base a differenti stili di vita e condizioni di derivazione genetica. Nel cervello senile si verifica una riduzione della trasmissione neuronale, correlata a modificazioni nella quantità e qualità dei neurotrasmettitori, sia una ridotta sensibilità recettoriale. Questo fenomeno viene ritenuto responsabile in parte della alterata risposta clinica al trattamento farmacologico nell'anziano. Esiste

una ideale terapia farmacologica della depressione nell'anziano? L'antidepressivo ideale per l'uso nella depressione dell'anziano dovrebbe rispondere ai seguenti requisiti: 1. Efficacia terapeutica documentata, 2. Tollerabilità e sicurezza, 3. Assenza di interazioni farmacologiche, 4. Maneggevolezza d'impiego, 5. Sicurezza in sovradosaggio. La scelta comunque nella terapia farmacologica della depressione dell'anziano è comunque condizionata principalmente dalla sicurezza nell'impiego. È per questo che gli antidepressivi triciclici, farmaci efficacissimi nella cura della depressione, non vengono utilizzati nei pazienti più anziani. E questo perché la riduzione della trasmissione colinergica legata all'età rende il paziente anziano vulnerabile agli effetti anticolinergici del farmaco triciclico. Questi effetti sia centrali che periferici sono rappresentati da disturbi cognitivi, ritenzione urinaria, disturbi visivi, stipsi, tachicardia, secchezza delle fauci. A ciò si aggiungono l'ipotensione ortostatica (con rischio di cadute e conseguenti fratture). L'avvento dei serotoninergici selettivi (SSRI), ha considerevolmente ridotto il rischio specifico derivante dagli effetti collaterali dei triciclici e ha determinato i seguenti vantaggi gestionali: 1 -mono somministrazione giornaliera; 2 -assenza di ipotensione ortostatica; 3 -assenza di tossicità cardiaca; 4 -tossicità comportamentale trascurabile; 5 -effetti anticolinergici clinicamente trascurabili; 6 -sicurezza in overdose. Pertanto sicuramente più tollerati sono gli antidepressivi SSRI (Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina). Anch'essi come tutti i farmaci, possono dare effetti collaterali, quali nausea, gastral-



gia, insonnia, irritabilità, riduzione del sodio e dell'aggregazione piastrinica. Per questo durante la terapia con questi farmaci è opportuno evitare terapie con antiinfiammatori non steroidei e con antiaggreganti piastrinici, di frequente uso nell'anziano. Esistono poi gli antidepressivi a doppia azione, sia serotoninergica che noradrenergica che possono dare ipotensione ed aumento ponderale. Come vanno somministrati? È indispensabile partire con dosaggi molto bassi e incrementarli lentamente per evitare effetti da up-regulation recettoriale. Infatti un'intensa sedazione o uno stato di agitazione iatrogeni nei primissimi giorni di cura possono determinare il rifiuto delle terapie farmacologiche. Non c'è alcuna fretta di raggiungere un dosaggio terapeutico ottimale, perché questi farmaci non agiscono prima del completamento di un periodo di latenza farmacologica. Tale latenza è di circa 4-6 settimane. Forzare precocemente la somministrazione provoca solamente la rapida comparsa di effetti colla-

terali. Molto utili, nei casi in cui sia difficile il frazionamento iniziale della dose, le preparazioni in gocce. Altrettanto importante è operare per favorire la compliance (collaborazione alla cura) da parte del paziente. Se non vi sono familiari che controllino l'assunzione dei farmaci, occorre effettuare la prescrizione nel modo più semplice possibile e, preferibilmente, in mono somministrazione. La durata di somministrazione dei farmaci antidepressivi non può essere inferiore ai 9-12 mesi. Ciò serve per evitare ricadute, e va valutato l'aumento di questo tempo minimo di somministrazione in rapporto alle condizioni del paziente. Le linee guida internazionali sulla terapia farmacologica della depressione nell'anziano consigliano il mantenimento, per le terapie prolungate, del dosaggio massimo utilizzato nella fase acuta. Ma sta al clinico decidere caso per caso, applicando la regola aurea della farmacoterapia che impone sempre l'uso della dose minima efficace. La resistenza al trattamento

comporta particolari e ulteriori interventi, una volta accertata la sua fondatezza clinica. Spesso la pseudo resistenza è determinata da mancata compliance o da un trattamento inadeguato per dosaggi e/o per tempi di somministrazione farmacologica. Accanto alle terapie farmacologiche è importante ricordare che nell'anziano in particolare il mantenimento dell'esercizio fisico è fondamentale. Lo sport favorisce il rinnovamento delle cellule nervose, ristabilendo strutturalmente le aree cerebrali compromesse dalla depressione.

### Bibliografia

1. Vampini-Bellantuono: Psicofarmaci e anziani Il pensiero scientifico Roma 2002
2. Luca Serehisu<sup>1,4</sup>, Giuseppe Bellelli: la terapia farmacologica nell'anziano: la qualità della vita. *Giornale Italiano di Farmaco-economia e Farmaco-utilizzazione* 2014; 6 (3): 53-61



**Marilisa Amorosi**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# DOC da relazione o depressione?

/ Andrea Iengo /

**Il DOC (Disturbo ossessivo compulsivo) da relazione può essere scambiato facilmente per un disturbo depressivo o per un problema di coppia. Se però non viene diagnosticato l'intervento rischia di essere peggiorativo**

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è un disturbo composto da due elementi connessi tra loro. Da una parte ci sono le ossessioni e dall'altra le compulsioni. Per ossessione si intende un pensiero, fastidioso, indesiderato, che non riusciamo a mandare via e che arriva improvvisamente senza la nostra volontà. Solitamente i pensieri ossessivi hanno temi disturbanti e contrari alla morale di chi ne soffre. Un cattolico praticante potrebbe trovarsi a pensare delle bestemmie, chi è molto legato alla famiglia potrebbe immaginare di far del male a un familiare, ecc. Attenzione: i pensieri ossessivi hanno la caratteristica di essere indesiderati dalla persona. Non parliamo quindi di chi vuole fare del male a qualcuno, ma di chi non riesce neppure a sopportare di pensare quella cosa.

La seconda componente del DOC sono invece le compulsioni. Per compulsione si intende un'azione (fisica o mentale) che ci sembra uscire dal nostro controllo e

che ha l'effetto di ridurre l'ansia generata dall'ossessione. L'effetto negativo delle compulsioni è che rinforzano le ossessioni.

Come funziona una compulsione? Ho paura di essermi contaminato (ossessione) quindi mi lavo a lungo le mani (compulsione). Più però mi lavo le mani più mi convinco che sono sporche (rafforzamento dell'ossessione). Il disturbo ossessivo compulsivo da relazione (DOC da relazione) funziona allo stesso modo, ma l'argomento che ci spaventa, l'ossessione, è relativo alle relazioni sentimentali. Le domande riguardano i sentimenti che proviamo verso il partner, i sentimenti che il partner prova per noi e l'adeguatezza della relazione. Ad esempio possiamo chiederci "amo davvero il mio partner?" - "mi ama ancora come prima?" - "la nostra relazione è accettabile anche se veniamo da due famiglie molto diverse?" e così via. La parte compulsiva in questo disturbo sono invece le risposte che proviamo a dare a queste domande. Il problema è

che queste domande quando diventano ossessive non hanno mai una risposta soddisfacente. E più cerchiamo quella risposta (compulsione) più rendiamo forte la domanda (ossessione). La caratteristica tipica del DOC da relazione è pensare continuamente a quell'argomento, giorno e notte, cercando insistentemente la risposta definitiva alle proprie domande e dubbi. In Terapia Breve Strategica questo specifico tipo di disturbo ossessivo compulsivo viene anche chiamato dubbio patologico. Come detto il DOC presenta la caratteristica di assorbire tutte le energie mentali portandoci a pensare e ripensare continuamente alle stesse cose. Sebbene nel DOC da relazione le compulsioni non siano visibili ci sono dei sintomi che si riescono a notare anche dal di fuori. Nello

specifico abbiamo: 1) mancanza di attenzione e concentrazione; 2) tendenza a dimenticare le cose; 3) evitamento di situazioni sociali fino in alcuni casi a chiudersi in casa; 4) crisi di pianto; 5) stanchezza fisica e mentale; 6) ridotto rendimento scolastico e lavorativo; 7) attacchi di panico. Questi sintomi, ad uno sguardo superficiale possono sembrare simili a quelli depressivi, soprattutto perché il paziente è spesso restio a parlare dei propri dubbi ossessivi. Ci si può quindi convincere di soffrire di depressione quando invece questi sintomi sono ricollegabili ad un disturbo ossessivo compulsivo non diagnosticato. Per questa ragione si consiglia sempre una valutazione psicologica o psichiatrica prima di intraprendere un percorso di cura. Tutti gli psicologi e gli psichiatri fanno diagnosi,

assicuriamoci quindi di affidarci ad uno di questi professionisti per il bene della nostra salute. Il DOC da relazione può essere trattato in diversi modi: con la terapia psicologica, con la farmacoterapia o con l'abbinamento delle due terapie. Grazie alla psicoeducazione possiamo imparare a individuare il meccanismo ossessivo e non farci trarre in inganno dal contenuto dei pensieri. Generalmente nei casi meno severi può essere sufficiente la sola terapia psicologica, mentre nei casi più severi il supporto di uno psichiatra è molto importante. Fondamentale è comprendere e bloccare il meccanismo del DOC, senza sforzarsi di rispondere necessariamente alle domande che si hanno relativamente alla relazione.



## Bibliografia

1. Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & Moulding, R. (2016). Relationship obsessive-compulsive disorder: interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 58.
2. Doron, G., Derby, D. S., & Szepsenwol, O. (2014). Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 169-180.
3. Doron, G., Mizrahi, M., Szepsenwol, O., & Derby, D. (2014). Right or flawed: Relationship obsessions and sexual satisfaction. *The Journal of sexual medicine*, 11(9), 2218-2224.
4. Nardone, G., & De Santis, G. (2011). *Cogito ergo soffro: Quando pensare troppo fa male*. Ponte alle Grazie.



**Andrea Iengo**

*Psicologo Psicoterapeuta  
Redattore*

# GameChange VR, una terapia virtuale immersiva

/ Immacolata d'Errico /

**La terapia virtuale gameChange VR utilizza tecnologie immersive come la realtà virtuale (VR) per affrontare la paura di uscire di casa e sentirsi più sicuri tra la gente.**

Le terapie psicologiche che usano tecnologie immersive come la realtà virtuale sono risultate efficaci per trattare i pazienti che hanno paura ad uscire di casa. Lo suggerisce uno studio di Daniel Freeman, Professore dell'Università di Oxford pubblicato di recente sulla rivista *The Lancet Psychiatry*. Freeman e colleghi hanno valutato l'efficacia di una terapia virtuale, di derivazione cognitiva, automatizzata (gameChange) per trattare l'evitamento e l'angoscia nei pazienti con psicosi (Freeman, 2022). Il gameChange VR è un'applicazione automatizzata di realtà virtuale. È un programma in cui dei coach virtuali seguono i pazienti nelle situazioni disturbanti, aiutandoli a superare le proprie paure. Il gameChange simula quegli scenari di vita reale di cui i pazienti hanno paura. L'esposizione a questi scenari "spaventosi" avviene gradualmente in modo che i pazienti non abbiano situazioni che superino la loro capacità di affrontarle. I pazienti indossano il

casco/visore e si esercitano in simulazioni di situazioni quotidiane quali stare al bar, attraversare la strada, prendere un autobus e così via. La terapia virtuale ha il fine di consentire un maggiore accesso alla terapia, come riportato nello studio citato di Freeman e colleghi. La tecnologia VR immersiva permette al paziente di sperimentare le situazioni temute in un ambiente sicuro e controllato. In queste sessioni di terapia virtuale i pazienti apprendono che possono affrontare le situazioni temute. In seguito i risultati si possono trasferire anche al mondo reale. (<https://www.stateofmind.it/2020/02/realta-virtuale-trattamento/>). Daniel Freeman è uno psicologo, professore universitario e ricercatore presso l'Università di Oxford. Sotto l'egida dell'Università ha cofondato l'Oxford VR, un'azienda spin-off che utilizza tecnologie immersive automatizzate per la terapia psicologica. Finalità non ultima è lo sviluppare trattamenti clinicamente validati che fossero anche

convenienti da un punto di vista economico. Freeman asserisce che "con una media di sole due ore di trattamento, la nostra terapia immersiva si è dimostrata efficace nel ridurre i timori dei pazienti del 68%" (Freeman et al., 2019). Freeman parte dalla premessa che i pazienti psicotici vivono con ansia situazioni sociali quotidiane," a causa di possibili allucinazioni, paranoie, convinzioni negative su sé stessi e così via. Di conseguenza i pazienti con psicosi evitano situazioni e tale isolamento conduce ad un ciclo di peggioramento. Perché sia possibile interrompere questo ciclo è stato creato un programma di trattamento automatizzato in realtà virtuale (VR)". (<https://www.stateofmind.it/2020/04/gamechange-psicosi-realta-virtuale/> Greta Riboli). Lo studio di terapia virtuale su *Lancet Psychiatry* ha coinvolto pazienti dai 16 anni in su. I pazienti idonei avevano una diagnosi clinica di un disturbo dello spettro della schizofrenia o una diagnosi

di disturbo affettivo con sintomi psicotici. Elemento comune caratterizzante il campione, era la difficoltà ad uscire di casa per forte ansia. I pazienti suddivisi in modo casuale (1:1) in due gruppi hanno mantenuto le cure abituali. Un gruppo ha avuto la terapia gameChange VR più le cure abituali e il secondo gruppo, di controllo, era sottoposto solo alle cure abituali. I pazienti hanno avuto la terapia virtuale gameChange VR in circa sei sessioni nell'arco di sei settimane. È stato uno studio a gruppi paralleli, in singolo cieco, randomizzato e controllato in nove trust del National Health Service in Inghilterra. I pazienti arruolati sono stati 346 pazienti, 231 pazienti erano uomini e 111 erano donne, 294 erano bianchi e l'età media era di 37,2 anni. L'arruolamento è avvenuto tra il 25 luglio 2019 e il 7 maggio 2021, con una pausa di 6 mesi a causa delle restrizioni pandemiche. Furono assegnati in modo casuale al gruppo di terapia gameChange VR 174 pazien-

ti, mentre 172 al gruppo di cure abituali. Rispetto al gruppo di controllo, il gruppo della terapia gameChange VR ha ottenuto riduzioni significative nell'ansia e nell'evitamento agorafobico, in 6 settimane. (<https://www.msdsalute.it/approfondimenti/notizie/realta-virtuale-per-trattare-i-pazienti-con-psicosi/>). La terapia VR risponde al modello cognitivo standard il cui focus è il ridurre i pensieri ansiosi e i comportamenti di evitamento associati. Secondo gli autori questa terapia virtuale è una terapia psicologica efficace per la psicosi. In particolare per quei pazienti con difficoltà a lasciare la propria casa e angosciati nello stare tra la gente. Lo spin-off ha esteso programmi di intervento con tecnologia immersiva anche a disturbi depressivi, disturbi ansiosi, disturbi ossessivi-compulsivi. Il team si sta dedicando anche a situazioni quali paura delle altezze e "impegno sociale" per aiutare a sentirsi più sicuri e fiduciosi nelle interazioni sociali. ([\[ofmind.it/2020/02/realta-virtuale-trattamento/\]\(https://www.stateofmind.it/2020/02/realta-virtuale-trattamento/\)\)](https://www.state-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

## Bibliografia

1. Freeman D, et al. – Automated virtual reality therapy to treat agoraphobic avoidance and distress in patients with psychosis (gameChange): a multicentre, parallel-group, single-blind, randomised, controlled trial in England with mediation and moderation analyses. *Lancet Psychiatry*. 2022 Apr 1;S2215-0366(22)00060-8. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00060-8.
2. Freeman D., et al. – Automated virtual reality (VR) cognitive therapy for patients with psychosis: study protocol for a single-blind parallel group randomised controlled trial (gameChange). *BMJ open*. 2019. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e031606>

## Sitografia

3. <https://www.stateofmind.it/2020/02/realta-virtuale-trattamento/>
4. Greta Riboli in <https://www.stateofmind.it/2020/04/gamechange-psicosi-realta-virtuale/>
5. <https://www.msdsalute.it/approfondimenti/notizie/realta-virtuale-per-trattare-i-pazienti-con-psicosi/>



**Immacolata d'Errico**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Fictosessualità

/ Barbara Solomita /

**La Fictosessualità è un nuovo termine coniato in Giappone. Indica un movimento che coinvolge centinaia di migliaia di persone. Si riferisce all'amore di una persona verso un personaggio virtuale e/o di fantasia. Il matrimonio virtuale può vincere la solitudine? Può essere considerata una patologia?**

La Fictosessualità è un termine recentemente diventato popolare negli ambienti online. Indica sentimenti forti e duraturi di amore, infatuazione o desiderio per uno o più personaggi virtuali (Karhulahti & Välisalo, 2021). "Un tempo era solo amore a distanza" afferma Francesca Mari (2021) "... con l'esplosione del web attraverso canali sempre più innovativi ... il cybersex, sesso virtuale, è sempre più praticato. E diventa un fenomeno preoccupante". Fenomeni come il sexing sono sempre più diffusi e colpiscono più frequentemente gli adolescenti (Minò 2021). Il New York Times il 24 aprile 2022 ha pubblicato un articolo, [www.nytimes.com/2022/04/24/business/akihiko-kondo-fictional-character-relationships.html?searchResultPosition=5](https://www.nytimes.com/2022/04/24/business/akihiko-kondo-fictional-character-relationships.html?searchResultPosition=5) che descrive la vicenda matrimoniale di Akihiko Kondo. Uomo giapponese di 38 anni che dopo aver vissuto un periodo di depressione, a

causa del mobbing lavorativo, ha acquistato un dispositivo chiamato Gatebox. Questo dispositivo dal costo di 1300 dollari permette di trasformare i personaggi amati in ologrammi e di interagire con essi. Nel 2018 è avvenuto il "matrimonio" non ufficiale fra Kondo e Hatsune Miku, personaggio anime, manga, concretizzata in peluche per l'evento e abbigliata con veste matrimoniale. La sua amata, Hatsune Miku, è una cantante pop sintetizzata al computer dai capelli turchesi che è stata in tour con Lady Gaga e ha recitato nei videogiochi. Nell'intervista Kondo esprime la consapevolezza che Hatsune non sia concreta. I sentimenti provati, tuttavia, nei suoi confronti sono reali, profondi e veritieri. Grazie ad essi riferisce di essere riuscito a fronteggiare la depressione. Il signor Kondo si considera parte di un crescente movimento di persone che si identificano come "fictosessuali". Parliamo, quindi,

di fictosessualità che è considerata dal governo giapponese come movimento culturale che elenca centinaia di migliaia di seguaci. Attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità non considera la fictosessualità come un disturbo. Il concetto è stato creato dal movimento "LGBT-QIA+", contemplato nelle nuove tendenze sessuali. Le persone coinvolte da fictosessualità sono attratte sessualmente dai protagonisti di manga, anime e videogiochi. Devono essere distinte dai "cartosexuals" ovvero coloro che sono attratti dai cartoni animati e/o fumetti e dai "novosexuals" attratti dai personaggi

dei romanzi. Le persone con fictosessualità, invece, arrivano a sposarsi con questi personaggi di finzione. Agnès Giard, ricercatrice dell'Università di Nanterre in Francia, ha studiato profondamente i matrimoni immaginari (2021). La ricercatrice afferma: "Per alcune persone le relazioni immaginarie rappresentano un rifiuto del modello di matrimonio capofamiglia-casalinga radicato in Giappone. Al grande pubblico, sembra davvero sciocco spendere soldi, tempo ed energia per qualcuno che non è reale. Ma per i fictosessuali questa pratica è considerata essenziale. Li fa sentire vivi, felici, utili e parte

di un movimento con obiettivi più alti nella vita", ha concluso la ricercatrice. La fictosessualità è emersa recentemente come un fenomeno socialmente rilevante dell'evoluzione che le culture e la sessualità umane stanno attraversando. I nuovi strumenti informatici hanno creato nuove esperienze che devono essere riconosciute e approfondite. I

sui riflessi psicologici e/o psicopatologici dovrebbero essere valutati con attenzione. Inserirla nelle classificazioni dei disturbi psichiatrici è ancora prematuro. Guardare, conoscere e analizzare la fictosessualità sono i passaggi fondamentali per ulteriori approfondimenti e studi.

4. Minò MV. Gli adolescenti e la sessualità in rete. *Depressione Stop* 2021;0: 46-47

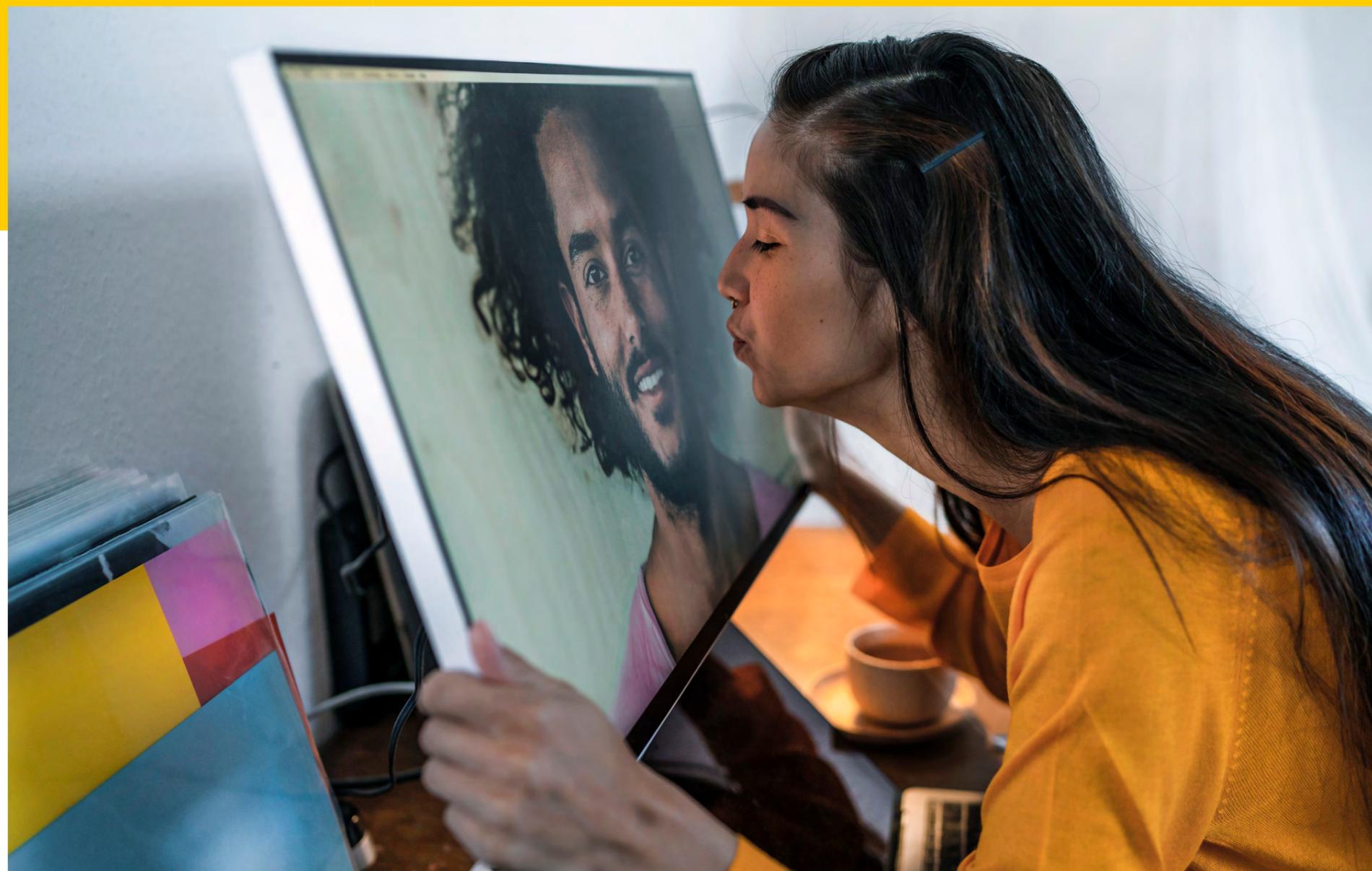
## Bibliografia

1. Giard A. *Le sexe bizarre*. Tabou éditions, 2021
2. Karhulahti VM, Välisalo T. Fictosexuality, Fictoromance, and Fictophilia: A Qualitative Study of Love and Desire for Fictional Characters. *Front Psychol*. 2021 Jan 12;11:575427.
3. Mari F. Cybersex e erotismo. *Depressione Stop* 2021; 1:41-43



**Barbara Solomita**

*Psicologa Psicoterapeuta  
Redattrice*



# Il manipolatore affettivo: caratteristiche, sessualità ed aspetti depressogeni

/ Maria Vincenza Minò /

**La manipolazione affettiva caratterizza le relazioni amorose definite “tossiche” all’interno delle quali uno dei due partner è un manipolatore e mantiene il legame solo per il soddisfacimento di secondi fini di tipo emotivo, economico, sociale e sessuale.**

La relazione tossica si caratterizza per la presenza di un partner che costruisce attorno a sé un ambiente fatto di manipolazione, violenza, controllo, costante instabilità. Il manipolatore assume così il ruolo di “controdipendente” che sottomette la propria compagna attraverso una forma di amore basato sul meccanismo della paura. La vittima non si percepisce come tale e agisce in nome di un amore che non esiste, se non nel suo immaginario. L’attribuire al proprio partner caratteristiche che non corrispondono alla realtà è il primo passo verso lo sviluppo della dipendenza affettiva. Nella coppia, quest’ultima, può trasformarsi in violenza domestica e, se ripetuta e sistematica, diviene parte del rappor-

to affettivo, in cui il sesso è il legame che tende a riparare ogni frattura, ma genera ambivalenza (Cabras E, Saladino V, 2020). Una relazione tossica si sviluppa attraverso tre fasi: 1 -Idealizzazione: è la prima fase in cui trova applicazione il cosiddetto “love bombing” verso il partner ossia il bombardamento d’amore. Il manipolatore sembra un perfetto gentiluomo, in grado di sorprendere la partner, anticiparne i desideri, leggerle nel pensiero. In questa fase, la compagna riceve regali importanti, effettua dei viaggi con lui. Il manipolatore, inoltre, tende a bruciare le tappe: in poco tempo vuole andare a convivere, sposarsi e desidera avere un figlio. L’obiettivo è riuscire ad agganciare la partner,

chiudere nel più breve tempo possibile tale fase in quanto gli sottrae tempo, concentrazione, denaro ed energie mentali (Gaoni F, 2021). 2 -Svalutazione: è la fase in cui il rapporto inizia a cambiare, il manipolatore sente di potersi rilassare, mostrando gradualmente la sua vera natura. È la fase in cui iniziano le critiche verbali ed atteggiamenti che portano a far sentire l’altro di poco valore. Il manipolatore diventa poco disponibile, inaffidabile, mette in atto comportamenti scorretti che trovano applicazione in promesse non mantenute e bugie. 3 -Scarto: rappresenta la fase più dolorosa. La fine della relazione avviene in modo umiliante e spesso senza spiegazioni anche se di solito potrà esserci in futuro il ritorno del manipolatore. (Gaoni F, 2021). Un elemento che caratterizza tale fase è l’imprevedibilità. Per comunicare la decisione alla partner, il manipolatore è solito scegliere momenti dolorosi o ricchi di emozioni ad esempio una gravidanza, la perdita di una persona cara, un periodo di malattia. In alcuni casi anche situazioni festose ad esempio un compleanno, la laurea, un traguardo lavorativo. In aggiunta, la motivazione scelta raramente corrisponderà alla realtà. I comportamenti manipolatori includono: bugie patologiche, tradimenti ripetuti, svalutazione continua, colpevolizzazione. Le caratteristiche del manipolatore sono: 1 -La colpevolizzazione degli altri. Il manipolatore utilizza il ricatto in nome dell’amore, dell’amicizia, del legame familiare. Tende, inoltre, ad esagerare i propri malesseri e il carico di lavoro attribuendo la colpa e le responsabilità agli altri. 2 -La perfezione: il manipolatore fa credere agli altri che bisogna essere perfetti,



che non si deve mai cambiare opinione, che occorre sapere tutto e rispondere immediatamente alle richieste e alle domande. 3 -L’ambivalenza: il manipolatore è poco chiaro nelle sue richieste, nei suoi bisogni, con i suoi sentimenti e le sue opinioni. Non accetta le critiche e nega l’evidenza. Crea, inoltre, sospetti, conflitti per avere la situazione sotto controllo e per provocare la rottura della coppia. 4 -Il vittimismo: il manipolatore pone il dubbio che siano i comportamenti della partner a generare un malessere in lui, trovando così, una problematica all’interno della coppia. 5 -L’uso delle qualità dell’altro per vedere soddisfatte le proprie necessità: ad esempio la cortesia, la solidarietà, la gentilezza, la generosità. Ma, in alcuni momenti mette in dubbio le stesse qualità per poterla criticare, svalutare e giudicare. 6 -La gelosia patologica: il manipolatore può essere geloso anche di un genitore o di un parente. Per tale motivo effettua regali anche senza una ricorrenza o diventa pieno di attenzioni verso la partner. 7 -La menzogna: il manipolatore utilizza la menzogna per produrre uno stato di malessere nella partner e avere il controllo sulla relazione. 8 -La

tendenza a cambiare idea, comportamenti, opinioni a seconda delle persone o delle situazioni in cui si trova. Una manipolazione affettiva portata avanti nel tempo genera nel/la partner-vittima vissuti depressivi. Essi si manifestano con perdita di piacere nel voler fare le cose, di energia, di tranquillità nel vivere il quotidiano, sensazione di impotenza (Nazare-Aga I, 2014). Oltre a ciò si associano sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) quali paura intensa, ricordi continui dell’evento traumatico, difficoltà nella concentrazione, appiattimento emotivo. Tali sintomi possono portare a conseguenze sul funzionamento lavorativo della persona e sulle sue capacità relazionali. Inoltre, lo stress può generare malesseri fisici quali cefalee, problemi nell’alimentazione e al sistema gastrointestinale, alterazione del ritmo sonno-veglia, indebolimento del sistema immunitario. Anche i sintomi ansiosi possono diventare evidenti al termine di una relazione tossica. Il partner manipolatore mantiene l’altra persona in uno stato costante di ansia e tensione. Tali aspetti, possono generare, al termine della relazione, attacchi di panico

e ansia generalizzata (Gaoni F, 2021). La manipolazione affettiva è un fenomeno frequente nelle relazioni amorose. È difficile individuare un manipolatore affettivo dato che spesso è la persona a cui siamo maggiormente legati. Non è facile, inoltre, riconoscere di essere stati manipolati. Occorre, pertanto, intraprendere un percorso di tipo psicoterapeutico con un professionista al fine di cogliere i segnali d’allarme di una relazione tossica e prendere consapevolezza delle proprie fragilità per evitare conseguenze dannose alla propria persona.

## Bibliografia

1. Cabras E, Saladino V. “La dipendenza affettiva. Testimonianze di casi di manipolazione e violenza”. Carocci Editore, 2020.
2. Gaoni F. “Relazioni Tossiche. Riconoscere un partner manipolare e salvarsi”. I Edizione, giugno 2021.
3. Nazare-Aga I. “La manipolazione affettiva. Quando l’amore diventa una trappola”. I Edizione Ultra, aprile 2014.



**Maria Vincenza Minò**  
Psicologa Psicoterapeuta  
Redattrice

# Siblings, ovvero gli invisibili

/ Gino Aldi /

**I fratelli dimenticati dei malati psichici stanno diventando oggetto di attenzione per gli operatori di salute mentale. La loro crescita è segnata dalla presenza del malato psichico e dalle inevitabili ripercussioni che la malattia determina sulle dinamiche familiari. Occuparsi di questi ragazzi significa prevenire ulteriori patologie e sofferenze.**

Chi sono i sibilings? Siblings è uno dei tanti termini di lingua inglese che colonizzano la nostra lingua madre. Significa: “fratelli”. Perché il termine Siblings sta diventando importante per coloro che si occupano di salute mentale. Perché occuparsi dei siblings ovvero dei fratelli? Siamo abituati a pensare alla disabilità psichica come disturbo di una singola persona. Tizio, Caio o Sempronio hanno questo o quel disturbo psichiatrico, sia esso depressione, psicosi, autismo, ansia. Siamo però consapevoli che una malattia psichica ha ripercussioni importanti sulla famiglia del malato. Tutti i familiari risultano coinvolti nel dramma del dolore psichico, perché sono chiamati a gestire quotidianamente i comportamenti della persona ammalata. Assumono un ruolo importante anche i fratelli, i siblings di

cui stiamo parlando. Per rispondere dobbiamo comprendere l'impatto che tale disturbo ha sui genitori. Dobbiamo compenetrarci in quella sensazione devastante di dolore e angoscia. Una sofferenza che occupa la mente del genitore e finisce per condizionare tutte le sue azioni. Un figlio malato psichico è un dramma che si accompagna a sensi di colpa, paure, reazioni di rabbia, disperazione. Un figlio malato psichico diventa il centro di un mondo dolente che ingoia tutte le energie genitoriali. Si passa la giornata a risolvere i numerosi problemi che il “malato” crea a sé stesso e agli altri. A cercare di prevenire i problemi che potrebbero sorgere il giorno dopo. A leccarsi le ferite per quelli che hanno già prodotto ferite da rimarginare. Accade così che il figlio malato diventi il centro di un mondo in cui non

c'è spazio per altri. I fratelli, i siblings, diventano invisibili. La vita di un siblings è caratterizzata dall'anonimato. Essi vivono in famiglie cariche di dolore e si rendono conto precocemente che è opportuno non creare altri guai. Organizzano il loro spazio vitale in modo da non dare fastidio a genitori fragili, già piegati dalla sofferenza. Molti di loro sentono il dovere di dare una mano, di fare qualcosa per aiutare una famiglia in difficoltà. Accade allora che si occupino del fratello disabile con dedizione e preoccupazione. Si occupano tuttavia di qualcosa che non comprendono, di cui sanno poco o nulla se non che si tratta di qualcosa di pericoloso e doloroso. Evitano, tuttavia, di chiedere perché sono consapevoli che l'argomento apre ferite che sanguinano. Spesso si chiedono perché questa cosa terribile sia capitato al fratello e non a loro, quasi che la salute sia una colpa e non una circostanza. Guardano al domani con terrore: “chi si occuperà di mio fratello quando i genitori non ci saranno più?” “Come sarà la mia vita con un simile peso sulle spalle?” Nascono desideri di fuga ma anche legami dai quali è difficile sganciarsi. Lasciare una famiglia così in difficoltà è difficile. Molti sogni nel cassetto restano tali, soprattutto quelli che proiettano verso un futuro lontano. Alcune vite restano talmente assorbite dalla malattia del fratello da non riuscire a pensare e realizzare null'altro che l'accudimento del malato. Essere un siblings è doloroso! Un dolore cui si risponde con l'anonimato e la possibilità di sviluppare diversi disturbi internalizzanti, ansia, depressione, bassa autostima oppure manifesti con sintomi esternalizzanti, con comportamenti oppositivi, aggressività, difficoltà

di relazione. Altre volte ci si rifugia in un perfezionismo e una aduttizzazione precoce che toglie vitalità e risponde alle esigenze di non creare problemi di sorta. In sostanza il siblings va considerato un soggetto a rischio, una persona sottoposta a pressioni che rendono la sua crescita problematica. Occorre dire che la crescita di un siblings può essere anche l'opportunità di apprendere competenze complesse. Alcune di esse sono l'empatia, senso di responsabilità, capacità di risolvere problemi. Tutti elementi che rendono le persone resistenti al dolore e promuovono autonomia. Tutto dipende da quella capacità interiore che viene chiamata resilienza, cioè la capacità di resistere alle pressioni indotte dalla sofferenza. La consapevolezza che la condizione di siblings è difficile ha spinto alcuni autori a sviluppare progetti di presa

in carico per queste persone. Ne sono un esempio Sibshops di Don Meyer (Don Meyer, 1991) negli Stati Uniti e i Sibworks di Kate Strohm (1999) in Australia, ormai diffusi anche in Europa. Sono incontri organizzati per aiutare bambini e adolescenti a comprendere ciò che sta accadendo nella propria famiglia e dentro di sé. Anche in Italia sono sempre di più i progetti dedicati ai siblings, sia nelle grandi città che nelle realtà più piccole. Si tratta di attività di gruppo nella quali i fratelli vengono aiutati a comprendere la malattia che ha colpito il loro congiunto e soprattutto a condividere la propria condizione. La nostra personale esperienza prevede 8 incontri nei quali si lavora sia sull'aspetto informativo che su quello squisitamente introspettivo. Lo scopo è aiutare i partecipanti a comprendere e gestire meglio la propria

condizione. I percorsi sono differenziati per età e prevedono, per i più piccoli, attività di animazione seguite da una fase di elaborazione in gruppo. Visto la notevole incidenza di patologie psichiatriche che riguarda l'infanzia e l'adolescenza sarebbe di buon auspicio che gruppi di lavoro che si occupano specificamente dei siblings nascano nelle diverse realtà del territorio.

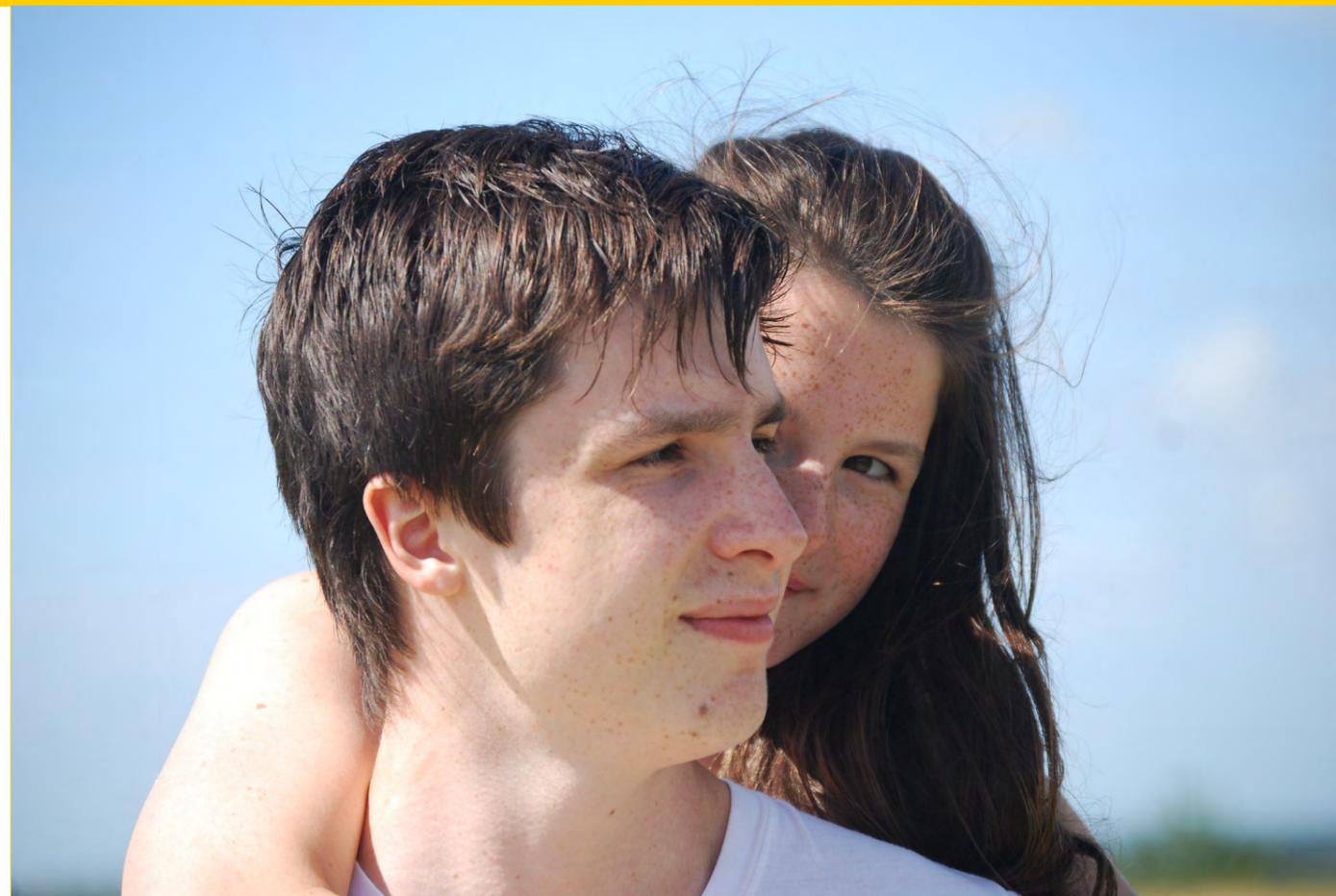
## Bibliografia

1. Don Meyers Sibshops: Workshops for Siblings of Children With Special Needs



**Gino Aldi**

Medico Psicoterapeuta  
Comitato Scientifico



# Gli anziani, la solitudine ed il mal di vivere

/ Alba Cervone /

**Gli anziani sono spesso relegati ai margini della società e vivono in solitudine. Sono vissuti come un peso di cui liberarsi invece di un'inestimabile ricchezza in termini sociali, affettivi e culturali. Attraverso la loro memoria essi consentono un legame con il passato e conferiscono valori ed identità altrimenti fugaci e instabili.**

“Aggiungi un posto a tavola/ Che c'è un amico in più/ Se sposti un po' la seggiola/ Stai comodo anche tu, / Gli amici a questo servono/ A stare in compagnia, / Sorridi al nuovo ospite/ Non farlo andare via/ Dividi il companatico/ Radoppia l'allegria”. Questo motivo simpatico i più giovani non lo conosceranno. Nelle parole di questa canzone è racchiusa una cultura ormai antica, di cui non abbiamo più memoria. Il piacere della condivisione, dell'incontro e dell'accoglienza. Si corre, ci si saluta, si vive con ritmi frenetici in cui si è sempre più “soli”. A soffrire di solitudine è soprattutto chi ha il tempo per poterla percepire: i bambini e gli anziani. Nell'inverno della vita si soffre

per la solitudine, per il corpo che invecchiando, non può avere le prestazioni cui in giovane età si era abituati. Si dorme meno, si mangia senza assaporare, ci si arrabbia più facilmente e ci si lega di più ai ricordi e agli oggetti di un tempo lontano. La depressione nel paziente anziano, si manifesta prevalentemente con sintomi somatici (nausea, vomito, mal di testa, accentuazione dei dolori legati a malattie croniche), e cognitivi (amnesie, “distrazioni”, “assenze”, “strani convincimenti”, “fissazioni”) e peggiora la salute già spesso compromessa (Cassano, Tundo, 2006; Tavormina et al, 2013). I nonni rappresentano una ricchezza infinita, a cui si attinge sempre meno. Gli anzia-

ni sono un collegamento vitale con il nostro passato, riuscendo a dare ai bambini un senso di identità e di prospettiva storica. Ricordo con affetto mia nonna, che raccontava della guerra o di alcuni eventi del passato e leggende locali. Nell'interazione intergenerazionale, si cresce insieme bambini e anziani hanno la possibilità di apprendere gli uni dagli altri, dagli altri e con gli altri. Si arricchiscono le relazioni interpersonali, contrastando gli stereotipi negativi e la solitudine delle persone anziane. In Europa, dal 2012, è attivo un progetto di apprendimento e relazione intergenerazionale, Together Old & Young: Bambini e anziani insieme per costruire comunità solidali (sito 1). Aderiscono a questo programma diverse nazioni della comunità europea: Irlanda, Italia, Slovenia, Spagna, Olanda, Polonia e Portogallo. “Le attività di apprendimento intergenerazionale sono iniziative che favoriscono l'incontro di persone di varie età e generazioni diverse. Svolgendo attività insieme, imparano, arrivano a capirsi meglio, si divertono e superano la solitudine. La maggior parte delle iniziative di apprendimento intergenerazionale coinvolgono persone anziane, bambini e giovani di età compresa tra i 9 e i 25 anni. Finora, solo poche attività intergenerazionali hanno coinvolto i bambini da 0 a 8 anni di età” (sito 2). Il progetto è iniziato con una fase di ricerca per analizzare le relazioni intergenerazionali nell'Europa contemporanea. Nel corso di questi anni abbiamo assistito a cambiamenti sociali, economici, culturali e demografici. Essi hanno contribuito a modificare la struttura e le abitudini familiari causando una crescente separazione tra le generazioni e solitudine.



La ricerca si è poi focalizzata sui benefici che possono derivare dai contatti e dai rapporti intergenerazionali, anche al di fuori del contesto familiare. Ognuno di noi ha sofferto la “reclusione”, ma su bambini e anziani la solitudine, la separazione, la paura hanno avuto una risonanza affettiva più ampia. Bambini e anziani si somigliano. Sono agli estremi della vita e condividono paure e bisogni. La paura del buio, la paura dell'abbandono, la paura della morte sono percepite in maniera forte e possono inficiare le normali attività quotidiane. Il bisogno di essere amati, coccolati è presente anche in chi da giovane era più restio a lasciarsi andare in effusioni ed attenzioni. Lo scrittore Lorenzo Marone ne “La tentazione di essere felici” descrive molto bene ciò che accade ad un anziano e scorbutico settantenne. Il protagonista ha trascorso la vita ad essere antipatico ed egoista. Nell'inverno della vita, in

solitudine, apprende quali sono le sue strategie per non cadere in depressione. Esse sono l'amore per il nipotino, mantenere una sana attività sessuale, prendersi cura di amici e animali e recuperare il rapporto coi figli. “Si crede di non aver bisogno di nessuno finché ci si accorge di non avere più nessuno. E quando succede, è un bel casino.”- scrive, appunto, Marone. La depressione nel paziente anziano assume caratteristiche differenti che spesso non vengono comprese dai familiari e dal medico curante. Vi è frequente ricorso a svariate terapie che risultano inefficaci, non ultimo l'uso di tisane e fitoterapici di dubbia efficacia. Riconoscere i sintomi consente di aiutare il prossimo, quando non ha parole per dirlo. Una pacca sulla spalla, non aiuta se non si comprende il dolore o si accompagna chi soffre. L'interazione bambini-anziani è un tesoro inestimabile, in termini affettivi, cognitivi e cultu-

rali, a cui non sempre si attinge perché si vive in comunità separate o lontano dai propri cari con disgregazione del nucleo familiare e in triste solitudine. “Una famiglia che ha presso di sé un anziano ha con sé il più bello degli ornamenti e il più prezioso dei tesori.” (proverbio cinese)

## Bibliografia

1. G. B. Cassano, A. Tundo (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*, Edra Ed.
2. Tavormina G., Nardini G. et al (2013). *Luce sul male oscuro*, Sardini Ed.
3. <http://www.toyproject.net/who-we-are/>
4. <https://www.zeroseiup.eu/together-old-young-bambini-e-anziani-insieme-per-costruire-comunita-solidali/>



**Alba Cervone**

Medico Psichiatra  
Psicoterapeuta  
Comitato Scientifico

# Anziani e tecnologia

/ Patrizia Amici /

**In questo breve articolo riportiamo alcune suggestioni sul panorama riguardante il rapporto anziani e tecnologia. I recenti avvenimenti (COVID-19) hanno aumentato la solitudine e l'isolamento della popolazione anziana e reso la tecnologia più importante nel rapporto con il mondo (Harvard, 2021). Decisamente fa riflettere. Vediamo insieme.**

La tecnologia è considerata oggi la grande panacea di tutti i mali. Non tutti si affacciano ad essa con la stessa facilità e gli anziani sono la popolazione maggiormente esposta. In questi ultimi anni, complice forse la situazione pandemica in cui ci siamo trovati a vivere, hanno preso corpo alcune interessanti esperienze. Esperienze sperimentali volte a diminuire una delle condizioni che maggiormente ha pesato sulla popolazione anziana: la solitudine. Non si vuole affrontare il tema partendo dalla pandemia, quanto piuttosto allargare lo sguardo al difficile rapporto tra anziani, solitudine e tecnologia. Il rapporto ISTAT 2018 riporta dati allarmanti in rapporto alla solitudine dell'anziano: il 40% degli ultra settantacinquenni non

avrebbe nessuno cui far riferimento in caso di bisogno. Un dato allarmante, con molteplici cause: crisi della famiglia (divorzi, meno figli etc), morte di molti coetanei e vedovanza. Ma anche limitazioni fisiche e motorie, condizioni abitative limitanti, maggiore utilizzo di comunicazione a distanza ( [www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it) ). La solitudine è un fattore che aumenta la fragilità dell'anziano e può aggravare problematiche di salute fisica e psicologica, portando spesso a esiti drammatici (Perisenotto, 2012). Solitudine e isolamento sociale sembra siano associati a una riduzione della durata della vita simile a quella provocata dal fumo di 15 sigarette al giorno. Ciò produrrebbe un aumento del 27% del rischio di mortalità prematura (Murthy,

2017). Uno studio presentato al Congresso nazionale della Società italiana di gerontologia e geriatria (SIGG), sottolinea che la mortalità si riduce dal 40 al 20% a parità di età e trattamento clinico nei pazienti anziani ricoverati per COVID-19. Quando? Quando possono parlare con i propri cari grazie alle videochiamate. Per molte persone anziane, infatti, la salute è influenzata più dalla qualità della vita quotidiana che dagli interventi medici. Sicuramente alleviare la solitudine contribuisce fortemente a migliorare la qualità di vita. Nelle RSA il problema solitudine è palese e si propone con maggior prepotenza. Già durante il primo lockdown erano insorte negli ospiti una serie di sintomi problematici. Agitazione, insonnia, ansia, disturbi dell'alimentazione e del sonno, delirium, sarcopenia e difficoltà di deambulazione (Bianchetti et al.2020), sono solo alcuni. Il progetto "Le nuove tecnologie al servizio delle RSA" sostenuto dalla Fondazione Onda, attualmente in fase di realizzazione ha cercato di intervenire. Come? attraverso l'uso della tecnologia per mantenere e creare canali comunicativi. Un buon alleato contro la solitudine delle persone ricoverate in RSA. Recentemente sono fioriti molti interventi per promuovere l'uso delle TIC (Tecnologia di Informazione e Comunicazione) con risultati positivi sul benessere sociale e psicologico degli anziani. L'obiettivo di questi interventi riguarda la riduzione della solitudine, il supporto e connessione / isolamento sociali, soddisfazione di vita e depressione. Un buon esempio è il progetto "La Cyber School per Nonni", ideato e coordinato dalla Fondazione Golgi Cenci (FGC). La Fondazione



Golgi Cenci è un centro di ricerca interdisciplinare su invecchiamento e demenza situato ad Abbiategrasso. Hanno creato un innovativo programma educativo intergenerazionale. Lo scopo? formare studenti di scuole secondarie (15-17 anni) per farli diventare tutori digitali per i loro nonni (Ten Bruggencate et al. 2019). Il progetto ha preso spunto da un'altra esperienza "Aging in a Networked Society. Older people, social network, and wellbeing". Un progetto nel quale le persone anziane erano addestrate attraverso lezioni di gruppo riguardanti lo smartphone, Facebook e Whatsapp. Il progetto indagava l'impatto dell'uso dei siti di social networking (SNS) sulla solitudine e l'isolamento sociale. Altri aspetti indagati erano: le funzioni cognitive e la salute fisica. I risultati sono incoraggianti. Le persone hanno riportato un uso significativamente maggiore di questi strumenti di nuova tecnologia e una ridotta sensa-

zione di esclusione (Rolandi e Colombo, 2022). Altri dati mostrano però alcune aree critiche. La ricerca del Dipartimento di Scienze Economico-Aziendali e Diritto per l'Economia (DI.SEA. DE) dell'Università degli Studi di Milano Bicocca offre interessanti spunti di riflessione. Questo istituto da anni promuove ricerche sull'educazione finanziaria e Financial Literacy (conoscenze e competenze che permettono di gestire adeguatamente le proprie finanze). La ricerca dal titolo Senior, competenze finanziarie, nuove tecnologie e COVID-19 (Rinaldi, 2021) mira a valutare il rapporto tra over 65, Financial Literacy e tecnologia. Il focus erano i bisogni della popolazione della terza età durante la pandemia da COVID-19. La ricerca ha interessato 328 anziani residenti nelle regioni più colpite dal virus (Lombardia, Piemonte, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna). Tutte queste regioni sono state pesantemente colpite dal CO-

VID. Gli anziani sono stati esposti all'isolamento sociale ed alla solitudine nei mesi tra marzo e maggio 2020. I soggetti più attivi (con età tra i 64 ed i 75 anni) sono prevalentemente uomini, vivono con qualcuno, godono di buona salute e hanno alta scolarità. Una popolazione con buone competenze ma diffidente, che teme le truffe e le frodi. È evidentemente una popolazione lontana dall'immaginario sociale e forse non del tutto rappresentativa (il questionario era inviato online). Uno spaccato indicativo di una potenzialità interessante e di una problematica: come interessare, contattare e rendere il web più "amico della popolazione grey". Come rendere la popolazione anziana più fiduciosa nella nuova tecnologia? Sarà la sfida del futuro. Quella del rapporto tra anziani, tecnologia e solitudine sembra una tematica assai complessa. Alcuni funzionari dello stato di New York hanno deciso di risolverlo offrendo a 800 an-



# Anziani e suicidio. Una sfida della nostra società

/ Wilma A.R. Di Napoli /

**Accade che gli anziani fanno fatica a trovare un senso alla propria esistenza, e spesso mettano in atto comportamenti suicidari. La sfida della prevenzione è offrire loro comprensione e supporto adeguato.**

ziani dei robot (ElliQ). Dei robot per far conversazione, ricordare cose importanti etc... ci sembra un buon modo per far uscire qualcuno dalla solitudine? Può la tecnologia sostituire il contatto faccia a faccia? La mano che ci tocca? L'abbraccio? Il contatto visivo e la vita quotidiana giocata nel mondo reale? Io so quale è la mia risposta. Voi cosa ne pensate? Gli anziani confrontandosi con la tecnologia incontrano parecchie difficoltà (Casanova et al., 2020). Esse sono: 1 -eccessivo impiego di parole inglesi; 2 -caratteri di scrittura troppo piccoli; 3 -scarsa intuitività dei siti, delle operazioni da effettuare, difficoltà a creare password e repentini cambiamenti di grafica che disorientano gli over 65; 4 -Paura delle truffe online e non essere in grado di gestirne le conseguenze quanto di trovare le soluzioni; 5 -paura di sbagliare e difficoltà nel contatto con gli operatori dei call center per essere assistiti. Quali i vantaggi della tecnologia nella popolazione anziana? Sono molti i vantaggi della tecnologia sia pratici che in

termini di benessere psicologico e di salute: 1 -mantenersi connessi con amici e familiari anche a distanza; 2 -mantenersi informati sul mondo che ci circonda, leggendo giornali e riviste online; 3 -occuparsi di operazioni bancarie o burocratiche; 4 -prenotare prestazioni mediche, monitorare le liste d'attesa, pagare il ticket, visualizzare referti, individuare e contattare la farmacia più vicina; 5 -acquistare beni di conforto; 6 -migliora le capacità cognitive e mantiene attiva la memoria; 7 -rallenta e attenua gli effetti delle forme più lievi di declino cognitivo; 8 -sviluppa nuove competenze, fa scoprire nuovi interessi e riduce la noia; 9 -riduce il senso di isolamento e favorisce la socializzazione.

## Bibliografia

1. Congresso nazionale della Società italiana di gerontologia e geriatria (SIGG) ISTAT (2018). Rapporto 2018. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
2. Bianchetti A, Rozzini R, Guerini F, Boffelli S, Ranieri P, Minelli G ... & Trabucchi M (2020) Clinical Presentation of COVID19 in Dementia Patients. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2020,1.
3. Casanova G, Abbondanza S, Rolandi E, Vaccaro R, Pettinato L, Colombo M, Guaita A (2021), New Older Users' Attitudes Toward So-

cial Networking Sites and Loneliness: The Case of the Oldest-Old Residents in a Small Italian City, Soc Media + Soc, 7:205630512110529. <https://doi.org/10.1177/20563051211052905>

4. Murthy, V. Work and the loneliness epidemic. Harvard Business Review 2017, 9.

5. Perissinotto C M, Stijacic Cenzer I, Covinsky K.E.: Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. Archives of Internal Medicine 2012, 172:1078-1083.

6. Rinaldi E.E., Zenga M. (2021) «Moderni ma diffidenti: risposte da un'indagine sui senior nel nord Italia», webinar "Senior, competenze finanziarie, nuove tecnologie e COVID-19. I risultati di un'indagine nel nord Italia", DISEA-DE, Università degli Studi di Milano-Bicocca, 7 maggio

7. Rolandi E & Colombo M (2022) La progettazione di un intervento educativo innovativo per superare il divario digitale: "La cyber scuola per i nonni". I luoghi della cura, Ponti intergenerazionali per il superamento del divario digitale, num. 02, 2022

8. Ten Bruggencate T, Luijckx KG, Sturm J: How to fulfil social needs of older people (2019) Exploring design opportunities for technological interventions, Gerontechnology 2019, 18:156-167. <https://doi.org/10.4017/gt.2019.18.3.003.00>



**Patrizia Amici**

*Psicologa Psicoterapeuta  
Redattrice*

L'invecchiamento della popolazione mondiale, ottenuto grazie al miglioramento delle condizioni di vita, porta con sé anche inevitabili conseguenze. La salute generale da secoli è progredita enormemente grazie alle conquiste della medicina e della società. Tuttavia aver raggiunto e superato traguardi anagrafici impensabili ha portato anche ad un aumento delle patologie croniche. La cronicità nel mondo occidentale richiede enormi sforzi, economici ed organizzativi, per la sua gestione e terapia. Non sempre la possibilità di trattare certi disturbi della senilità si correla inoltre ad una adeguata qualità di vita degli anziani. Aumentano infatti anche le disabilità, la perdita di autonomia e i disturbi cronici, spesso accompagnati da sindromi dolorose. Di frequente gli anziani debbono assumere quantitativi consistenti di farmaci per mantenere il loro equilibrio,

pur patendo comunque disagi più o meno invalidanti. In questo quadro generale non stupisce che anche la salute mentale sia influenzata dall'avanzare dell'età, con un aumento progressivo di disturbi dell'umore, disturbi cognitivi, disturbi neuropsicologici. La crescita esponenziale di disagi psichici in età avanzata è evidente, ed è spiegabile in base a fattori oggettivi di declino del funzionamento psichico, legato alla senescenza. D'altronde, l'età anziana porta con sé numerose perdite, di persone, ruoli, attività, capacità, quindi è gravata da un elevato rischio di ferite e traumi psicologici. La correlazione tra disturbi cognitivi e dell'umore è oramai acclarata, ed entrambi, molto frequenti negli anziani, contribuiscono a creare quadri clinici estremamente complessi da affrontare. Se da un lato le caratteristiche psicofisiche della popolazione sono mutate col

progredire dell'età media, sono profondamente cambiate anche le caratteristiche della società. La famiglia in quanto nucleo di persone che forniscono supporto vicendevole nelle difficoltà è un modello in crisi. Spesso troviamo famiglie di una o massimo due persone, che lavorano, e non hanno tempo da dedicare all'assistenza dei propri anziani. Vengono affidati così a persone a pagamento o a strutture ed istituzioni. Non esiste quel tessuto sociale che garantiva un tempo una presenza più capillare del "vicino della porta accanto", o dei compaesani. Si assiste ad una sorta di spersonalizzazione del contesto sociale. D'altronde gli anziani che perdono la propria identità lavorativa, sono destinati nel tempo a smarrire il proprio ruolo, il senso della propria appartenenza al contesto sociale. Di grande importanza c'è anche l'aspetto economico, visto che molto spesso l'età anziana si accompagna a condizioni socio economiche precarie. Riducendosi il potere di acquisto scemano le possibilità di autonomia degli anziani. È oramai evidente che la pandemia da Sars-CoV2 abbia esercitato un'influenza nefasta sulla salute psicologica della popolazione generale, accanendosi in particolare sulle fasce più deboli. Negli ultimi mesi stiamo infatti realizzando che giovani e anziani hanno risentito enormemente dell'isolamento forzato, dell'impossibilità di mantenere abitudini rassicuranti e contatti sociali tra pari. Giovani e anziani hanno condiviso inoltre una specie di campagna di stigmatizzazione e colpevolizzazione riguardo la pandemia. I giovani perché accusati di condotte trasgressive delle misure di contenimento del contagio, gli anziani perché con-

siderati causa delle restrizioni sociali o ghettonizzati “a fin di bene”. Molti ricordano ancora con sofferenza i lunghi mesi trascorsi nelle RSA (Residenze Socio Assistenziali per anziani) senza potersi incontrare o vedere, la chiusura di ogni centro di socializzazione e riabilitazione diurna, gli inviti a non uscire di casa. Tutto questo a distanza di anni pare stare riscuotendo ora il suo tributo, con un tasso dei suicidi tra gli anziani in aumento. L'adeguata informazione circa il fenomeno suicidario nell'età avanzata svolge un ruolo cruciale nella prevenzione dello stesso. Diffondere in modo capillare la conoscenza circa l'argomento può permettere ai familiari degli anziani fragili di attingere alle risorse del territorio. Rivolgersi tempestivamente ai professionisti sanitari può infatti essere la chiave di volta per prevenire dei comportamenti suicidari. Il medico di medicina generale da sempre svolge un ruolo di riferimento privilegiato per le famiglie, e in particolar modo per gli anziani. La sua formazione, adeguata e continua, può essere un tassello fondamentale nella prevenzione e trattamento del disagio, e nell'intercettare le situazioni a rischio suicidario tra gli anziani. La formazione specifica del personale delle strutture pubbliche e private che si occupano di età avanzata ha in generale analoga importanza nella prevenzione del fenomeno suicidario. La prevenzione del suicidio in età avanzata non può essere solo faccenda demandata ai professionisti della salute mentale e fisica. È risaputo infatti che il suicidio non è una malattia ma un comportamento frutto di molteplici condizioni. La sua maggiore incidenza in età senile ha sicuramente più fattori che vi contribuiscono,



come abbiamo esaminato in precedenza, non esaurendosi in una questione meramente medica. Una società che voglia davvero prendersi cura di sé stessa deve sviluppare un atteggiamento attento e rispettoso verso gli anziani. Essi hanno il diritto di rientrare a pieno titolo nella vita attiva della collettività. E allora ben

venga l'attenzione della politica e delle istituzioni a promuovere una cultura del benessere anche in età avanzata. Ben venga l'impegno a costituire maggiori spazi di socializzazione, centri diurni, case di comunità. Ben venga la capacità di sviluppare esperienze diversificate e creative come il co-housing (esperienze abitative

variegate di convivenza di anziani soli con supporti diversi). E ancora, è stato sperimentato con successo il virtuoso intreccio di anziani e bambini in strutture che permettevano lo scambio reciproco, tra l'anziano che accudiva, e le sollecitazioni gioiose dei bimbi. Ovviamente, manco a dirlo, è stato un successo! (Present

Perfect, 2015).

3. Present perfect. Documentario a cura di Evan Briggs. 2015.

### Bibliografia

1. Pompili M, Tatarelli R. Il suicidio in Italia, Aspetti epidemiologici e socio demografici. Quaderni italiani di psichiatria. Vol 29, Iss 2. PP 41-50. 2010.
2. Schulz R. et al. Association between depression and mortality in older adults. Arch Int Med; 160:1761-8. 2000.



**Wilma A.R. Di Napoli**  
Medico Psichiatra  
Direttore Artistico

# “Lontano da lei” e l’Alzheimer

/ Donatella Costa /

**La demenza di Alzheimer è una malattia grave. I familiari possono essere presenti con la persona mantenendo un legame affettivo. È una sfida che seppur dolorosa dal punto di vista umano, può essere gestita. Nel film “Lontano da Lei” si affronta il tema della separazione.**

Che cosa è la malattia di Alzheimer? La malattia di Alzheimer è la causa più frequente di demenza irreversibile. Il prolungarsi dell’aspettativa di vita comporta l’emergere di questa importante malattia degenerativa nell’anziano. Il deterioramento progredisce gradualmente, passando dalla lieve perdita di memoria all’incapacità totale. Il soggetto appare spesso confuso, disorientato e smemorato. I sentimenti condizionano il comportamento della persona, chi soffre di demenza di Alzheimer è spesso smarrito, ansioso, vulnerabile e quindi facilmente può sviluppare dei sentimenti depressivi o repentini cambiamenti d’umore (Mace, Rabins, 1995). Tale malattia ha un forte impatto familiare, la persona cambia gradatamente ed inesorabilmente. Il legame affettivo può essere una risorsa. La

demenza di Alzheimer in genere si sviluppa lentamente, la persona trae giovamento dalla relazione. Quando la memoria è molto deteriorata, il comportamento strano o bizzarro, è opportuno ricordare che l’anziano è comunque una persona unica e irripetibile. (Rabins, Lucas) Come familiare si può continuare ad amarla, anche quando la personalità è completamente cambiata, la persona sentirà il nostro affetto. La relazione tra i coniugi dopo una vita insieme può cambiare. Sentimenti depressivi sono piuttosto frequenti ed andrebbero trattati preventivamente. Mantenere un rapporto di coppia con la persona che soffre di demenza di Alzheimer non è facile. Ciò provoca dolore e sofferenza, la persona con cui si ha condiviso una vita, non è più la stessa. Il coniuge dovrà altresì fare i conti con una malat-

tia lunga e complessa. La persona che soffre di demenza di Alzheimer diviene progressivamente difficile da gestire, spesso intrattabile ed oppositiva. Tuttavia un buon rapporto di coppia può resistere alle difficoltà, nonostante le avversità. Attraverso l’analisi di un film “Lontano da Lei” di Sarah Polley (2006) vediamo ora l’evoluzione della demenza di Alzheimer e i cambiamenti nella relazione di coppia. È la storia della protagonista Fiona che si ammala di demenza di Alzheimer sposata con Grant da tanti anni, gradualmente Fiona inizia a cambiare. Nelle fasi avanzate della demenza di Alzheimer sarà necessario prendere una decisione dolorosa, optare per un allontanamento dal proprio ambiente di vita. Fiona attraverso la memoria, ancor prima della comparsa della malattia, descrive le fasi del rapporto, e come sia possibile “accettare” il cambiamento. Rimodulare e reinvestire sono aspetti che vanno oltre la demenza di Alzheimer, appartengono alla coppia e alla vita in generale. In questo caso specifico occorre riadattarsi ai molteplici cambiamenti che avvengono nell’anziano. Il cambiamento si concretizza con un continuo mettersi in gioco, avviene un riadattamento attivo. La malattia arriva a lacerare ogni aspetto della tranquilla routine. Il lavoro che entrambi i protagonisti effettuano nel film non è scontato, ma è una conquista della coppia. Il film mostra il processo di elaborazione di una separazione inevitabile. Stare insieme o separarsi è una scelta, è necessario trovare un nuovo modo di vivere la quotidianità affinché non diventi un’esperienza impossibile. Amare non sempre è ricordare, la storia ci mostra che si può amare anche al di là del ri-

cordo. Certamente amare qualcuno che non ricorda, non è facile. Ad un certo punto ci si trova ad affrontare il ricovero in un ambiente protetto, il familiare curante vive inizialmente il passaggio con molteplici sensi di colpa. Tramite il sentimento di sicurezza si ha la forza per affrontare l’esperienza del distacco. La protagonista Fiona inizia ad intessere nuove relazioni e riacquista un nuovo equilibrio, seppur precario. Nella storia la protagonista trova paradossalmente un modo creativo per potersi separare dal partner. La struttura residenziale può essere vista come un rito di passaggio, un luogo da cui si entra ma non si ritorna indietro.

C’è un altro modo per star bene, tramite l’accudimento e il maternage in contesto protetto. La storia solleva inevitabilmente il tema della paura dell’abbandono, la separazione definitiva. È un tema che si ripete tutta la vita, è una costante perché ci si distacca sempre da qualcosa, per giungere ad un nuovo equilibrio dalla nascita alla morte. Rappresenta una occasione di cambiamento ma anche un dolore profondo. Pablo Neruda cita questa frase significativa “trasformare il dolore in una nuova speranza”. In questo a volte si gioca il destino della vita, è un gioco di equilibri e sincronicità.

## Bibliografia

1. Bowlby J (1989) “Una base sicura” Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento
2. Cristini C, Cesa-Bianchi, Porro, Cipolli C. (2015) “Fragilità e affettività nell’anziano”. Ed. Franco Angeli
3. Mace LM, Rabins PV (1995) Demenza e malattia di Alzheimer – Come gestire lo stress della malattia
4. Popper K, Eccles J (1995) “L’io e il suo cervello”. Editore Adelphi
5. Sitografia
6. <https://www.cinematografo.it/cinedatabase/film/away-from-her—lontano-da-lei/48414/>



**Donatella Costa**

Psicologa  
Redattrice



# “Stringimi forte”, l'arte di raccontare il lutto

/ Immacolata d'Errico /

**Un film per esplorare il dolore di chi vive una perdita, con la sensibilità e la dolcezza dei sogni ad occhi aperti. Il lutto è un'esperienza emozionale estremamente profonda, la più dolorosa che un essere umano possa esperire.**

Il lutto è un processo fisiologico il cui fine è accettare la morte di una persona cara. È un'esperienza dolorosa che esita nella separazione definitiva dall'altro. Perdiamo una persona con cui abbiamo intrecciato il nostro racconto di vita e intessuto una tela comune. Con il lutto muore anche una parte di noi. Ed è come se quella parte di noi ci venisse strappata! Per questo, possiamo dire che attraverso il processo del lutto, noi “curiamo” noi stessi. Stringimi forte è il nuovo film del francese Mathieu Amalric, presentato a Cannes nel 2021. È il racconto di un lutto vissuto ai limiti della follia. Un film di cui non si può dire molto della trama! Un film che mescola tempi, realtà e immaginazione. Un film/mosaico di tessere che non facilmente combaciano. Slittamenti, sfocature, sovrapposizioni, ipotesi che si traducono in scene/frammenti che vanno ripensati a

lungo per cercare di ricomporli in un unico intellegibile <https://www.filmtv.it/film/187867/stringimi-forte/recensioni/1004900/#rfr:film-187867>. Il film inizia con Clarisse, protagonista e voce narrante il filo delle sue fantasie, che nel chiuso di una stanza, sembra giocare a memory. Gioca accoppiando delle vecchie foto di famiglia e mentre le accoppia ripete convulsamente “Ricominciare! Devo ricominciare!”. Segue l'inquadratura di un papà, Marc, che fa colazione con i figli prima di accompagnarli a scuola. Successivamente, la scena di Clarisse che fa rifornimento nella stazione di servizio di un'amica che le chiede “Stai fuggendo?” “Il mare” è la risposta. In macchina ascolta un nastro degli esercizi al piano eseguiti dalla figlia. Qui sfida lo spettatore a non pensare al banale cliché della donna stanca che abbandona la fami-



glia in cerca della libertà perduta <https://www.harpersbazaar.com/it/cultura/cinema/a38982463/stringimi-forte-film-recensione-trama/>. Qui inizia una sequenza in cui il figlio più piccolo è triste e sconcolato. Percepisce l'anomala assenza della madre? Nel passaggio successivo Clarisse scatta foto lungo la spiaggia. Poi, con un brusco flashforward (inserimento nel cinema e/o racconto di eventi futuri che spezzano l'ordine cronologico) eccola parlare da sola in un bar. Questa parte sembra scorrere lenta. Lo spettatore cerca informazioni che tardano ad arrivare. Vediamo Clarisse guida turistica, estremamente vulnerabile e sensibile. La vediamo scagliarsi contro uno cliente che ha maltrat-

tato il proprio figlio; poi scappa. Ci chiediamo: ma il marito non telefona? La famiglia sporge denuncia? Niente affatto. I figli si lamentano. Il piccolo, dopo la scena isterica del padre che, in bagno, rovescia tutto quello che appartiene alla moglie, urla “Hai rotto la mamma! Hai buttato i trucchi della mamma!”. E lo spettatore continua a interrogarsi! <https://www.ondacinema.it/film/recensione/stringimi-forte.html>.

Il regista Amalric semina sapientemente indizi qua e là. Suscita interrogativi senza fornire risposte. Trascina lo spettatore in una narrazione in cui i piani temporali appaiono del tutto sfalsati. Nella composizione/montaggio delle scene, la vita della protago-

nista e quelle dei familiari non si incrociano mai. Questo induce lo spettatore a immaginare che le scene di vita del marito e dei figli siano come immaginate da Clarisse. Lei lamenta il fatto di non essere stata chiamata. Ma se fosse davvero scomparsa è plausibile che Marc non le avrebbe telefonato? Altra domanda senza risposta! La solitudine di Clarisse, gli interminabili silenzi che fanno da contorno ai suoi pasti in un albergo di montagna, colpiscono le cameriere e lo spettatore. Il regista sovrappone fotogrammi, assonanze, ricordi con il pianoforte suonato dalla figlia, ponte sonoro tra piani spaziali e temporali. Immaginari/immaginati? E Clarisse, in fuga, dice: “non sono stata io ad andarme-

ne via”. Indizio? Sì! “Siamo di fronte a un film in qualche modo impressionista, che dice ma non circostanza, che mostra ma non rivela, che interroga ma non risponde.”

<https://www.ondacinema.it/film/recensione/stringimi-forte.html>. Lo spettatore ha l'impressione di non aver compreso bene l'andirivieni di scene sovrapposte e aggrovigliate. L'intera costruzione narrativa appare un gioco mentale a cui si viene sfidati dal regista Mathieu Amalric. Perché Clarisse è scappata all'alba dalla bella “maison” in cui vive? Il comportamento di Clarisse ci fa dubitare che forse la sua mente è sconvolta, tanto da sovrapporre passato e futuro in un gomito inestricabile. Si



rincorrono ricordi sereni, gioiosi e ricordi di un'angoscia indicibile, una sofferenza senza fine. Fino a quando un nuovo senso non sarà in grado di ricomporre la mente e i ricordi! <https://www.harpersbazaar.com/it/cultura/cinema/a38982463/stringimi-forte-film-recensione-trama/>. Clarisse è felicemente sposata con Marc. Nel film sono presenti anche scene relative al loro incontro in una discoteca. La coppia ha due bambini: Lucie e Paul. Durante una vacanza in montagna, il papà e i due figli escono nella neve per una passeggiata e non tornano più da Clarisse. Si sospetta che siano rimasti sommersi da una valanga precipitata nella zona. Per avere la certezza i soccorsi devono aspettare sino a che la neve si scioglia in primavera. È un lutto quasi certo. Clarisse deve convivere con l'assenza e la mancanza dei suoi amori. E tra immaginazione e

realtà, Clarisse naviga nella speranza di riabbracciare il marito e vedere i figli crescere. Deve fare i conti con un triplice lutto, quello dei figli e del marito. La sua famiglia è annientata. E Clarisse si immerge in un mondo onirico e in fantasie dove è lei ad abbandonare casa e a non farci mai più ritorno. Il confronto con la realtà è però inevitabile e porta più volte Clarisse ai limiti della follia. L'elaborazione del lutto in Clarisse. "Un film doloroso e commovente, dove l'amore, anche arrabbiato, trasuda dai ricordi, dalle attese. [...] risultano del tutto imperscrutabili le strade che il cuore umano intraprende per resistere a una sofferenza indicibile, che può davvero frantumarsi in mille frammenti che vagano impazziti. Fino a quando un nuovo senso non è in grado di ricomporre la mente e i ricordi. Adattato liberamente da una pièce teatrale di Claudine Galéa

(Je reviens de loin), con musiche di Chopin, Debussy, Rameau, Ravel, Beethoven, Mozart, Rachmaninov." (Fulvia Degl' Innocenti, 2022) <https://www.cinematografo.it/cinedatabase/film/stringimi-forte/66738/>. Il lutto è normale o patologico? È mia opinione che il lutto non debba essere letto in termini di normatività. Dipende da una serie di situazioni, le più varie, legate alla storia personale della persona che muore e di chi resta. È in relazione alla cultura, al che cosa si pensa sia l'aldilà, e così via. Questo film ce lo mostra. L'elaborazione del lutto è un'esperienza di grande intensità emotiva e va gestita, vissuta nella vita di tutti i giorni. L'esperienza luttuosa ci lascia in una condizione psichica di stordimento, non sappiamo più in che direzione andare. Il non saperlo rischia di essere disgregante per l'identità personale: è come vivere in uno

stato di sospensione. Da un lato vi è la rottura di una storia comune antica, dall'altro sparisce l'orizzonte di aspettativa costruito assieme. E cominciano ad emergere una serie di ricordi che non sono più ordinati." È come se la coscienza vagasse da sola, non sai che fare della vita, cerchi di stordirti! La notte ti assalgono pensieri, immagini, sogni che non ti saresti mai immaginato". La coscienza deve cercare il riordinamento. E così si cerca di dare un senso alla fine, emerge un nuovo racconto di sé e la storia prende una nuova prospettiva. È come se dalle ceneri della relazione interrotta debba essere riconfigurato un senso coerente di continuità personale. È l'elaborazione del lutto (Arciero, 2006). Clarisse ci insegna che il momento più pericoloso è quando ci si rende conto che l'altro non c'è più. E questa cosa può essere accettata o no! Perché ac-

cettarla significa accettare il fatto che è finita definitivamente. E questo è il momento più critico per l'insorgenza di una patologia del lutto. Dalla mancata accettazione compaiono fenomeni psicopatologici che non sono altro che un modo per non consegnare all'oblio una persona amata che non c'è più. Alla luce di ciò comprendiamo Clarisse. Il fatto di mantenere in vita, all'interno della propria intimità, una presenza che non vogliono lasciare andare, è propria dei genitori che hanno perso dei figli. Il genitore che ha perso un figlio mai arriverà ad una soluzione di lutto. È un modo di continuare a vivere, integrando questa perdita nella condizione stessa dell'esistenza. E Clarisse attraverso i suoi viaggi, voli onirici e fantasie, dà forma alla perdita della sua famiglia, non assimilabile in altro modo.

## Bibliografia

1. Arciero GP. – lezione sul lutto del 9.4.06 presso la scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva Post-Razionalista
2. Fulvia degl' Innocenti – Quella donna in fuga dal dolore. Famiglia Cristiana del 03 Febbraio 2022.

## Sitografia

3. <https://www.cinematografo.it/cinedatabase/film/stringimi-forte/66738/>
4. Stringimi forte: recensione del dramma familiare alla francese
5. <https://www.harpersbazaar.com/it/cultura/cinema/a38982463/stringimi-forte-film-recensione-trama/>
6. <https://www.ondacinema.it/film/recensione/stringimi-forte.html>
7. <https://www.filmv.it/film/187867/stringimi-forte/recensioni/1004900/#rfr:film-187867>



**Immacolata d'Errico**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Michele Bravi: il coraggio di fiorire dopo un grande dolore

/ Antonella Litta /

## Il cantautore racconta di aver superato il dolore dopo un trauma grazie all'aiuto della psicoterapia

Nel 2018 Michele Bravi è stato coinvolto in un drammatico incidente e da allora ha raccontato in varie interviste i cambiamenti derivanti nella sua vita. A seguito del trauma l'artista è stato assente a lungo dalle scene e ha intrapreso un percorso di psicoterapia per superare il dolore psichico.

In seguito all'esposizione ad evento traumatico un individuo può sperimentare sintomi correlati al disagio psicologico come ansia, tensione, nervosismo, ruminazioni sull'evento, difficoltà a dormire. Tali sintomi possono configurarsi in disturbi psichiatrici come il disturbo acuto da stress, il disturbo post-traumatico da stress o il disturbo dell'adattamento. La differenza tra l'uno e l'altro disturbo consiste nell'intensità percepita di un evento che può portare a reazioni molteplici. Il disturbo da stress post-traumatico comprende sintomi intrusivi come ruminazioni e incubi, condotte di evitamento, alterazioni dell'umore e dei pensieri, aumento dello stato di vigilanza. Il disturbo acuto da stress comprende sintomi simili che si protraggono per meno di un mese. Se i sintomi si protraggono per

oltre un mese, viene diagnosticato un disturbo post-traumatico da stress. Nel caso che l'evento non venga percepito come traumatico ma stressante si può innescare una risposta di mancato adattamento in risposta allo stress. Tale risposta può includere sintomi quali tristezza, ansia e/o agitazione sino a configurare un disturbo psichico definito disturbo dell'adattamento.

“La geografia del buio è una stanza dipinta di nero, un mare d'ansia dove annega il pensiero”. Nell'album del 2021 “La geografia del buio” l'artista traduce musicalmente la sofferenza che ha accompagnato il suo percorso di rinascita dopo l'evento traumatico. Le parole e la musica di Michele Bravi ti entrano dentro come una lama e sembra quasi di poter percepire tutto il suo dolore. Non c'è altro modo per superare un dolore se non attraversarlo o, come dice Michele Bravi, “portarlo a cavalcioni sulle spalle come un bambino”. In altre parole non fuggire da esso ma prendersene cura. In che modo? In diverse interviste l'artista ha sottolineato l'importanza di dare spazio al dolore e intraprende-

re un percorso psicoterapeutico. “Nessuna paura di dire sono raffreddato e mi sto prendendo qualcosa per tamponare la situazione. Lo stesso approccio bisogna avere con la salute mentale. Ho un momento di confusione allora mi sto facendo aiutare per togliere questa confusione, per togliere questa nebbiosità”. Afferma che un approccio orientato alla mindfulness lo ha supportato a prendere contatto con la sua sofferenza, imparando ad essere presente e non giudicante. Secondo

la definizione di Jon Kabat-Zinn, mindfulness significa “porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante”. Nell'ambito della salute mentale la mindfulness è utile per prendere consapevolezza di sé e delle proprie emozioni. Sebbene la reazione immediata sia evitare il dolore, la strada che conduce alla sua liberazione è prenderne contatto, prendendoci cura della nostra salute mentale. Soltanto dando spazio al dolore si può at-

traversarlo e superarlo, andando avanti in un percorso di rinascita. Dopo un grosso evento traumatico Michele Bravi ne esce rinnovato, con maggiore profondità e forza emotiva. La sua esperienza

ci invita a non scoraggiarci nei momenti difficili ma a chiedere supporto ad un professionista per attraversare il dolore ed uscirne rinati.



### Bibliografia

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

2. Kabat-Zinn Jon Dovunque tu vada ci sei già Corbaccio, 1997

### Sitografia

3. Canale di Venti, Sopra Le Righe, Intervista a Michele Bravi Video, <https://www.youtube.com/watch?v=OQeS0u7YYo8>



**Antonella Litta**

Medico Psichiatra  
Redattrice

# Angelo Branduardi, storia di un artista

/ Giuseppe Tavormina /

**Angelo Branduardi in questo suo libro racconta sé stesso. Traccia un'autobiografia schietta e sincera, discorsiva e dettagliata insieme del suo percorso artistico-professionale e umano, inclusa la sua storia di depressione.**

Angelo Branduardi con "Confessioni di un malandrino" traccia un'autobiografia schietta e dettagliata insieme del suo percorso artistico-professionale, di uomo di musica e di artista poliedrico qual egli è. Basti soltanto pensare al fatto di essere stato fra i più giovani diplomati presso i conservatori italiani: si è diplomato in violino a soli 16 anni presso il Conservatorio di Genova. Egli inoltre è un eclettico nel suonare vari strumenti musicali (pianoforte, chitarra e flauto). In questa autobiografia parla anche del suo periodo di depressione: il suo "Sole oscuro", come lo descrive. Angelo Branduardi appare in questo libro come un uomo semplice e immediato. Ci ha raccontato sé stesso per la presa di coscienza di descriverci la sua splendida carriera artistica, pur costellata di periodi di difficoltà di vario tipo. Tali difficoltà mai tuttavia gli hanno fatto perdere di vista quale fosse "la

sua strada". Ha scritto questo libro sentendosi quasi in dovere di rendere pubblico il suo percorso artistico-professionale, come fosse uno stimolo per i giovani aspiranti alla musica. È stato il vero "menestrello" della canzone italiana, un cantastorie preso dai secoli passati e trasportato ai giorni nostri. Da vero musicista poliedrico ha spaziato fra la canzone d'autore, la ricerca di stili e accostamenti musicali fuori dal comune, le colonne sonore cinematografiche. Il tutto condito con grandi successi all'estero (soprattutto Francia e Germania) e con collaborazioni con altri eccelsi artisti quali Ennio Morricone. L'artista si mostra sempre di più nella sua sincera espressività quando afferma, citando Guccini, che "la musica di oggi non è né bella né brutta, è inutile". Potremmo chiederci il perché: probabilmente per la difficoltà spesso evidente nelle forme musicali contemporanee ad essere inno-

vative e creative. E inoltre, se non soprattutto, quando racconta di avere sofferto di depressione, di essersi curato adeguatamente e di essersi in seguito ripreso con le terapie effettuate. Per questo ultimo aspetto, per avere avuto la semplicità e la schiettezza di parlare dei suoi problemi di depressione, Angelo Branduardi va preso a modello per tutti. Questo libro sulla sua vita citato ogni qualvolta si parlasse di cosa sono i disturbi depressivi e dell'umore in genere. Lui ha perfettamente

compreso (probabilmente facilitato in ciò dallo psichiatra che lo ha curato) cosa sono le "malattie depressive" ("malattie", non difetti, colpe o limiti). Branduardi ha capito, e lo descrive, che esse hanno una base biochimica ed eredo-familiare, e che non interferiscono nell'aspetto intellettuale del soggetto (lui era e resta un grande artista). Ha capito che in fase acuta esse permeano di sé tutta la vita del soggetto interferendone e disturbandone il percorso. Ha capito che sono, infi-

ne, malattie "curabili" e il "Sole Oscuro" di Angelo Branduardi dopo un adeguato periodo di cura è andato via! Un plauso a questo libro autobiografico, pregno di vita e di ottimismo, stile di un artista sempre giovane nel pensiero. Lui stesso così conclude il libro: «<Ora è tempo che io prenda le mie cose e riparta, in attesa di rivederci in una nuova piazza, in un teatro, o in qualunque altro luogo si possa creare magia tramite la musica...>>».

## Bibliografia

1. Confessioni di un malandrino, di Angelo Branduardi con Fabio Zuffanti - Baldini + Castoldi Ed., 2022



**Giuseppe Tavormina**

[www.dottortavormina.it](http://www.dottortavormina.it)

Medico Psichiatra

Capo Redattore



# La poesia e la depressione

/ Enza Maierà /

**La forza creativa della poesia permette a chi è depresso di uscire dal suo angusto mondo senza colori e senza speranza e di affrontare il dolore della depressione. Gli vengono in aiuto le sue fantasie poetiche che l'accompagnano in innumerevoli viaggi mentali, fatti di ricordi e di esperienze vissute.**



Col suo viaggio poetico l'artista approda finalmente al suo obiettivo esistenziale. La poesia diventa il superamento di quel dolore legato alla depressione che aveva reso oscura e senza senso la sua vita. Nella sua esistenza hanno fatto spesso da muse ispiratrici la solitudine e con essa le profonde riflessioni, i dolci ricordi della sua vita. Figure rassicuranti e protettive. Con la fantasia il poeta intraprende un viaggio tra le nuvole, il cielo, il sole, la luna, il paradiso e poi il mare, la terra. Il suo paesino è la meta di approdo dei viaggi e dove la potenza lirica dei suoi versi è più intensa e toccante. Con la poesia effettua un lavoro di scavo aiutato dalla sua trivella poetica. Deve ricostruire la sua abitazione fin dalle fondamenta. Con la poesia riesce a dare vita a tanti ricordi ma anche a tanti sogni infranti che mai avevano trovato altre vie di

comunicazione e di condivisione. Lo spirito creativo viene in aiuto offrendogli con la scrittura il mezzo più efficace per intraprendere il suo viaggio interiore. Nella poesia emerge la sua voce che cerca affetto, sicurezza, comprensione ma soprattutto bisogno di aprirsi all'esterno. Bisogna di uscire da un mondo in cui si era barricato per proteggersi dalle sue insicurezze e che ha tanto difeso con rabbia e moti di ribellione. La poesia è diventata il suo grido di aiuto, il suo mezzo di apertura all'altro e di condivisione, senza paure, sicuro di essere compreso ed accolto. L'obiettivo è raggiunto. In tutto questo è stato di grande aiuto il potere sublime e magico della scrittura. Una terapia. La sua diventa un'opera laboriosa e consapevole nel tentativo di porre ordine, dare un significato della sua anima colma di esperienze, emozioni, senti-

menti e dare infine un'identità alla sua vita. Un lavoro complesso, quindi, di indagine e di rioridino che egli compie avvalendosi della sua prodigiosa arma che è la scrittura...la sua poesia. Disse un'ostrica a una vicina: "Ho veramente un gran dolore dentro di me. È un qualcosa di pesante e di tondo, e sono stremata". Rispose, al contrario, l'altra: "... Sto bene e sono sana sia dentro che fuori". In quel momento, un granchio che udì le due ostriche, disse a quella che stava bene: "Sì, tu stai bene e sei sana; ma il dolore che la tua vicina porta dentro di sé è una perla di straordinaria bellezza" (Kahlil Gibran, 1988). Nel racconto, che assurge a poesia, Gibran esalta il significato del dolore e lo paragona alla bellezza della perla. In tal senso, la sofferenza che scaturisce dalla depressione e dalla malinconia è

stata la musa ispiratrice di poeti, scrittori, musicisti. Grazie a loro abbiamo delle meravigliose opere d'arte ma anche una descrizione chiara, vivida e profonda di personali quadri clinici. A sua volta, la metafora della perla, ci riconduce alla bellezza "terapeutica" della creatività artistica. Hermann Hesse (1877-1962) fu il poeta, scrittore, filosofo tedesco che ebbe un grande successo letterario che gli valse il premio Nobel per la letteratura nel 1946. Nelle sue opere e nella sua poesia, egli va alla ricerca del senso della vita. Hesse soffrì tutta la vita di depressione e una delle descrizioni più poetiche e profonde del dramma del suicidio e della depressione, la ritroviamo nel racconto dal titolo "Klein e Wagner". "Grazie alla creatività e all'accettazione del proprio destino è riuscito ogni volta a sal-

varsì dai vicoli ciechi e a ritrovare la strada... La vita e l'opera di Hesse, quindi, regalano una speranza a coloro che attraversano la valle della depressione" (Ruediger Dahlke, 2008). Dahlke suggerisce che leggere le opere di Hesse in ordine di pubblicazione equivarrebbe ad una sorta di psicoterapia per la depressione e le crisi esistenziali. In questo percorso, la poesia manifesta la sua vera essenza, la cura. La poesia porta in sé una immensa forza simbolica ed un grande potere evocativo delle emozioni e dei pensieri più reconditi dell'animo e del suo tempo. "Poesia/ I versi/ vengono dalla penna/ che su carta/ trova sfogo, / misura del pensiero/ volitivo/ emotivo/ intellettuale/ a volte passivo/ stringato/ fra note e frasi/ idee/ del presente/ che scruta il passato/ inspiegabilmente/ vicino/ eppure

assente, / che vive/ perché esiste. / La poesia/ non comunica/ Vive/ Nasce/ Persiste/ al di là del tempo/ per chi la sente/ unica". (Tavormina G., 2017)

## Bibliografia

1. Kahlil Gibran, *Il vagabondo. Le sue parabole e le sue parole*, SE Editoriale, Milano 1988, pp.31- 32
2. Ruediger Dahlke, *uscire dalla depressione*, Milano 2008, p.36
3. Tavormina G., *La mia vita e il mare*, edizioni Arnaldo da Brescia, 2017



**Enza Maierà**

Medico Psichiatra  
Redattrice

# “Marbles”, un fumetto autobiografico

/ Immacolata d'Errico /

## Ellen Forney una fumettista, a 30 anni si sentiva super, brillante e molto creativa. Scopre di essere bipolare e mette a nudo la sua malattia nel fumetto/memoir “Marbles, Mania, Depressione, Michelangelo & Me” dedicato a sua madre e alla sua psichiatra.

Marbles è un fumetto divertente! Si legge facilmente. Alterna schizzi a mucchi di parole, a vignette, a caselle, stelle e asterischi, ma ha una grafica semplice. È un fumetto che trasuda passione e verità, euforia e disperazione. Ci porta dentro negli anni di sofferenza in cui Ellen combatte con il disturbo bipolare, come in un'altalena impazzita. Ellen cerca però di affrontare con morbidezza e vivacità le tematiche più forti. Il calvario degli psicofarmaci, gli effetti collaterali, la psicoterapia, la fatica di trovare il proprio equilibrio. Rifiuta di curarsi quando è in fase up, creativa, in cui si sente splendida ed entusiasta, temendo che i farmaci possano “spegnerla”. “La mania fa paura, ma è figa”. E poi l'idea bizzarra, che la parte maniacale si prenda cura della parte depressiva. Quando arriva il “down” depressivo inizia a ripensarci.

<https://180gradi.org/fumatti-strisce-di-follia/enrico-cicchetti/marbles-mania-depressione-michelangelo-e-me-di-ellen-forney>

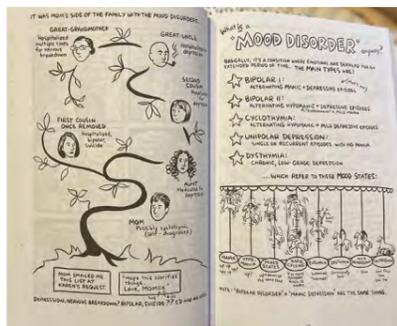


Foto di Immacolata d'Errico, tratta dal libro/fumetto “Marbles” di Ellen Forney

Ellen Forney utilizza tecniche miste che rendono d'impatto i vari gradi di confusione emotiva e le varie fasi della sua ricerca e del suo percorso terapeutico. I classici riquadri del fumetto si alternano con immagini forte-

mente destrutturate. Si passa dalla china all'autoritratto a penna o a matita, dalle vignette ordinate a un'esplosione di elementi sparpagliati sul foglio a seconda delle emozioni e del messaggio del momento. <https://www.laltrofemminile.it/2021/05/11/marbles-di-ellen-forney-recensione/>. Nel fumetto/libro Marbles sono descritti in modo preciso gli incontri con la psichiatra. Le terapie psicofarmacologiche sono descritte correttamente, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia e i possibili effetti collaterali. Tra le due donne si instaura una buona alleanza terapeutica. Ellen si fida di lei. La psichiatra non è mai giudicante e cerca di coinvolgere Ellen in ogni momento terapeutico. E coraggiosamente concede a Ellen di fumare un po' di erba ogni tanto per contrastare l'anorgasmia indotta dai farmaci. Pur sottolineando i possibili effetti collaterali della cannabis sui disturbi dell'umore. Si percepisce in tutto il fumetto il difficile percorso che Ellen Forney compie per trovare un equilibrio. Equilibrio in cui entrano in gioco sia fattori prettamente biologici, sia il lavoro sullo stile di vita. Da qui sia la complessa e personalizzata ricerca di farmacoterapia sia le pratiche per un maggior benessere quali yoga e astensione dal consumo di droghe <https://www.stateofmind.it/2014/10/marbles-ellen-fourney-recensione/>.

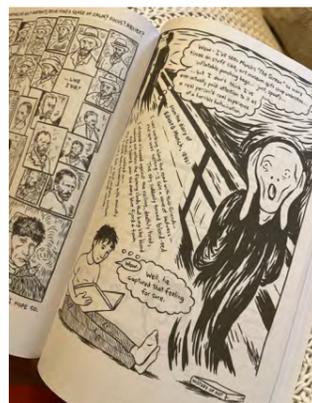


Foto di Immacolata d'Errico, tratta dal libro/fumetto “Marbles” di Ellen Forney

Nel club Van Gogh tutti gli artisti sono un po' pazzi. Nel 5 capitolo viene dedicato un ampio spazio tra creatività e malattie mentali. Il capitolo inizia con gli autoritratti di Van Gogh, poi Munch. Fa inoltre riferimenti anche alle storie di artisti come Michelangelo e Sylvia Platt. Nell'8 capitolo si chiede: “l'artista pazzo” è un fenomeno scientifico? “I bipolari e la creatività sono collegati?”. “Meglio tenere le sofferenze o l'ispirazione?” “Se io prevengo le mie escursioni umorali, perdo la mia creatività?”. L'autrice giunge alla conclusione che solo quando è equilibrata riesce a concentrarsi e a svolgere il proprio lavoro. Messaggio importantissimo <https://www.stateofmind.it/2014/10/marbles-ellen-fourney-recensione/>. Alberto Sebastiani pubblicò nel 2014 su Repubblica Sera, un'intervista a Ellen. Di seguito estrapiamo alcuni pezzi salienti. D: Ellen, com'è stato raccontare il proprio disturbo bipolare in un fumetto? R: È stato difficilissimo. All'inizio non avevo capito quanto sarebbe stata emotivamente e concretamente difficile la scrittura di questo libro. E anche se non volevo fosse un lavoro terapeutico, lo è diventato. Ho affrontato alla radice una parte molto complessa e drammatica del mio passato, ed è stato faticoso, ma anche catartico.

È stato come estrarre dal mio corpo una grossa scheggia. Fa male, ma sai che è la cosa giusta da fare perché solo quando la scheggia non è più conficcata puoi iniziare a guarire.



Foto di Immacolata d'Errico, tratta dal libro/fumetto “Marbles” di Ellen Forney

D: Che cosa è stato più difficile? R: Credo dire al mondo che ero bipolare. ... Il pensiero di far diventare la cosa pubblica mi terrorizzava, ma sapevo anche che sarebbe stato importante raccontare una storia così, per me e per la possibilità di aiutare altre persone. D: E come hanno reagito i suoi lettori? R: In modi diversi. Penso che la vera speranza di chi scrive le proprie esperienze sia far pensare ad altri che non sono soli... Molti lettori mi hanno detto che si rivedono in Marbles, che li ha convinti a cercare aiuto o a rispettare la terapia. ... E soprattutto diversi lettori bipolari mi hanno detto che hanno regalato copie di Marbles alle loro famiglie, così che potessero capire meglio il loro disturbo. Penso però che la cosa più importante sia che le persone siano in grado di dire pubblicamente, come me, di soffrire di una malattia mentale, e Marbles spero li aiuti a sentirsi meno isolati e soli. D: Come è nata l'immagine della giostra per rappresentare le fasi del disturbo bipolare? R: All'inizio stavo per disegnare un'altalena del parco giochi per rappresentare gli sbalzi d'umore, ma la metafora del pendolo non mi convinceva. Così ho iniziato a pensare cosa andasse su e giù in un'altra maniera, e alla fine ho individuato la giostra. ... L'umor, specialmente nero, è una prospettiva

fondamentale che applico alle mie esperienze più difficili, nel lavoro come nella vita. ... D: In questo senso colpiscono i disegni che ha fatto durante la cura, ora parte di Marbles. Come è stato guardarli e pensarli come “materiale” per il libro? R: Disegnare nel mio sketchbook (album) e nei miei diari è stato fondamentale per vedere, esternare ed esaminare cosa succedeva nella mia testa. Quello che chiamo “The depression sketchbook” (album della depressione) è stato una delle fonti d'ispirazione per Marbles. Lo riguardavo, dopo aver raggiunto la stabilità, e trovavo che quei disegni erano ricchi, potenti. Arrivavano dalle mie profondità più disperate e si erano riversati sui fogli. Volevo dividerli. ... D: Un tema molto presente in Marbles: cita molti artisti affetti dal disturbo R: Sono stati in parte una fonte d'ispirazione (mi dicevo: “guarda quanti pazzi artisti possono fare ottimi e terrificanti lavori!”), ma sapevo anche che non erano stati medicalizzati e in molti si erano suicidati... <https://www.minimaetmoralia.it/wp/interviste/ellen-forney-marbles/>.

### Bibliografia

1. Forney E. – Marbles. Mania, depressione, Michelangelo e me. Edizioni BD, collana “Psycho Pop”. 2014
2. Forney E. – Marbles. Mania, Depression Michelangelo & Me. Robinson. 2013
3. <https://www.minimaetmoralia.it/wp/interviste/ellen-forney-marbles/>
4. <https://www.laltrofemminile.it/2021/05/11/marbles-di-ellen-forney-recensione/>



**Immacolata d'Errico**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Michelangelo e il “non finito”

/ Immacolata d'Errico /

## Michelangelo lasciò un certo numero di statue allo stato di “non finito”. Non poté finirle per cause esterne? Lo decise di sua volontà? O per i suoi aspetti caratteriali?

Michelangelo, genio indiscutibile, fu poeta, pittore, architetto e scultore. Nacque a Caprese, vicino Arezzo, nel 1475 e morì a Roma nel 1564. La famiglia, appartenente al patriziato fiorentino, oramai in declino, era in ristrettezze economiche. Michelangelo perse la madre quando aveva solo sei anni. Con il padre ebbe un rapporto conflittuale. Aveva frequenti litigi e tendeva a rinchiudersi sempre più in se stesso. Fu, infatti, sin da bambino, taciturno, introverso, irascibile e permaloso. Iniziò gli studi in grammatica, ma non poté completare la sua istruzione con gli studi classici per le difficoltà economiche familiari <https://www.ambasciatori.it/michelangelo-buonarroti-artista-tormentato/>. I litigi col padre continuarono anche durante il periodo adolescenziale. Il padre ostacolava la vena artistica del figlio. Considerava una simile scelta poco dignitosa per una famiglia di nobili origini. Fu preso “a bottega” dal Ghirlandajo, a 12 anni. Mostrò sin da subito, in bottega, il suo carattere scontroso, ma dalle sbalorditive capacità artistiche. Viene descritto

to dai biografi anche come esuberante sino alla prepotenza <https://www.artfiller.it/artisti/michelangelo/tratti-caratteriali/>. Il padre capitolò solo quando costretto da Lorenzo de' Medici, che desiderava Michelangelo a corte, concedendogli il posto da lui richiesto nelle dogane di Firenze. Con la morte del suo protettore iniziò a girare tra Venezia, Bologna e Roma. Il rapporto con il padre migliorò con il tempo e lui se ne prese cura sino alla fine (D'Orazio, 2018). Michelangelo per tutta la vita accumulò ossessivamente ricchezze, acquistò terreni, case per sé e per la sua famiglia. Sempre a Firenze, la sua patria di elezione benché vivesse ormai a Roma. Nonostante la ricchezza, condusse una vita priva di lussi e persino dei principali comfort. Proteso unicamente a restituire al casato dei Buonarroti, il rango perduto. E a dimostrare al padre, che lo aveva disprezzato e sottovalutato, di poter aiutare persino la famiglia in difficoltà, proprio grazie alla sua carriera artistica <https://www.focus.it/cultura/storia/michelangelo-buonarroti-vita-opere-genio-rinascimento>.

Van Lieburg, ci fa notare come nei suoi scritti Michelangelo si arrenda allo sconforto e a una vita priva di gioia. Infatti, nel 1512, al completamento della Cappella Sistina, in una lettera al padre, dichiara che la sua esistenza è “miserabile” e piena di ansie. “Conduco un'esistenza miserabile e non mi interessa né la vita né l'onore...io vivo affaticato da lavori stupendi e pieno di migliaia di ansietà. E così ho vissuto per quasi 15 anni senza avere mai avuto un'ora di felicità”. Vediamo che l'artista considera gli ultimi 15 anni di vita come percorsi da sofferenza ininterrotta. Probabilmente questa può essere una prova che in quel momento visse in uno stato di depressione. Più tardi nel 1525, in un suo poema troviamo una descrizione chiara del suo male, descritto da egli stesso con i termini “depressione” e “ossessione”. Molti poemi, inoltre, hanno come tema centrale la morte (Van Lieburg, 1998). I suoi biografi lo descrivono come un uomo solitario, ombroso che vedeva nemici ovunque. Dallo spirito tormentato, rabbioso, insoddisfatto, Michelangelo rappresentò il nuovo tipo di artista indipendente, non legato a nessun signore, consapevole del proprio genio. Spesso bizzoso e a volte prepotente, si interfacciava frequentemente con modi bruschi e rabbiosi, ai grandi poteri dei papi e degli imperatori di quel tempo. Era conscio, infatti, del proprio talento e della propria grandezza artistica [http://www.storico.org/umanesimo\\_rinascimento/michelangelo.html](http://www.storico.org/umanesimo_rinascimento/michelangelo.html). “ Non mi sono mai preoccupato dell'opinione che il mio atteggiamento poteva suscitare negli altri, così sono passato per scontroso, invidioso, spilorcio, opportunistico, sedizioso... un mostro nei panni

di un genio” (D'Orazio, 2018). Robert Liebert, uno psicoanalista americano, fa un quadro esaustivo delle possibili problematiche psichiche dell'artista. Studiando, dal punto di vista psicoanalitico vita e opere, collega le depressioni ricorrenti di Michelangelo alla realizzazione dei suoi grandi successi artistici. “Nessun lavoro artistico all'ultimo stadio o dopo il completamento sembra portare con sé quell'eccitazione che Michelangelo aveva avuto inizialmente. Così, un tono depressivo si impone nell'immaginario delle fasi finali di molti dei suoi lavori. Nella sua scultura questa depressione si trasforma in mancanza

di interesse, ciò contribuì al fatto che più di metà dei suoi lavori rimane incompiuto.” (Liebert, 1983). La tecnica del non-finito è oggetto di controversia e di ipotesi. Il numero di statue lasciate allo stato di non-finito dall'artista è tale da rendere improbabile che l'artista interrompesse il suo lavoro per cause sopraggiunte. Sembra molto più logico, invece, che non le abbia completate per sua volontà. Le spiegazioni possono essere molteplici. Liebert invoca la depressione come possibile causa di interruzioni dell'opera, come sopra accennato. È possibile, inoltre, che gli aspetti caratteriali dell'artista, come il

tormento, l'incostanza o la perdita d'interesse siano responsabili dell'incompiuto. E la comparsa del desiderio di intraprendere una nuova sfida con la pietra. Oppure che l'artista interrompesse la lavorazione per l'impossibilità di adattare le forme appena ottenute alle nuove esigenze creative. Esigenze che in lui nascevano man mano che scolpiva, come per la Pietà Rondanini. Possono esserci anche motivazioni stilistiche, il non-finito come nuova forma di espressione artistica. In ogni modo, è una tecnica che nasconde significati ardui da interpretare e che suscita nella critica e nello spettatore profonde suggestioni



I Prigioni. Lo Schiavo che si desta e Atlante-foto tratte da “Michelangelo” di C Acidini in Arte-dossier. Giunti Ed

e riflessioni psicologiche <https://www.artfiller.it/artisti/michelangelo/tratti-caratteriali/>.

Papa Giulio II nel 1505, lo incaricò di scolpire 40 statue di marmo per il proprio monumento funebre nella nuova chiesa di San Pietro. Furono scolpite solo 6 statue, denominate “I Prigioni”. Due di esse, databili intorno al 1510-13, lo “Schiavo Ribelle” e “lo “Schiavo Morente”, sono nel museo del Louvre, a Parigi. Gli altri quattro Prigioni sono attualmente a Firenze collocati nell’Accademia. Essi sono: lo “Schiavo Giovane”, lo “Schiavo che si desta”, lo “Schiavo Barbuto” e “Atlante”, databili fra il 1519 ed il 1534 circa. I nomi delle sculture vennero attribuiti solo nell’Ottocento, in base alla posa assunta dalla figura abbozzata da Michelangelo. Secondo Lieberg una spiegazione della riduzione del numero (da 40 a 6) e della loro incompiutezza, è da attribuirsi allo stato depressivo di cui l’artista soffriva in quegli anni. Afferma Liebert: “Ognuno degli Schiavi Boboli può essere

visto come il ritratto del senso di stanchezza e di eterna schiavitù dello scultore per l’impossibilità di realizzazione del progetto della tomba di Giulio II.” Dall’analisi del suo epistolario con l’amico Bartolomeo Angiolini, Michelangelo confida: “Io ho un grande compito da portare avanti, ma sono vecchio e malandato, di conseguenza, lavoro un giorno e devo fermarmene quattro.” Questo stato depressivo durò fino al 1525, ed in quell’anno scrisse ad un agente di Firenze, “Più non vivo la vita, meno lavoro” (Van Lieburg, 1998).

Caratteristica comune ai Prigioni è l’accentuata torsione che imprime un movimento come un librarsi dalla carne per anelare a Dio. L’incompiutezza, il non-finito però anziché essere un limite, appare come una significativa anticipazione di modernità dell’arte e della scultura “dove la forma diventa simbolo di libertà espressiva dell’animo dell’artista al di là delle convinzioni più classiche e dell’estetica accademica”. “È la titanica lotta dell’uomo per la

propria libertà espressiva” (Gaborardi, 2014). Ho sempre trovato intrigante spulciare nelle biografie dei grandi personaggi per veder emergere le tracce degli uomini che furono. Non sono interessata alle diagnosi psicopatologiche in sé stesse e per sé stesse. Ritengo, invece, che i profili, psicologici e psicopatologici, che si evincono dalle opere, rendano tangibile mondi di sofferenza e percorsi da cui trarre insegnamenti! Del non-finito di Michelangelo, personalmente, ammiro la capacità dei Prigioni di liberarsi dalla pietra grezza per aprirsi alla vita. I loro corpi contorti dalle espressioni ambigue sembrano colti nel momento in cui spuntano dalla roccia. E questo da loro una grande personalità.

#### Bibliografia

1. D’Orazio C. – Michelangelo. Io sono fuoco. Sperling & Kupfer, 2016. Mondadori, 2018.
2. Liebert R.S. – Michelangelo. A Psychoanalytic Study of His Life and Images. New Haven and London: Yale University Press, 1983.
3. Van Lieburg M.J. – Depressi famosi. Dieci profili storici. By Organon International, 1998.

#### Sitografia

4. <http://www.allaroundkaarl.com/non-finito-michelangelo-buonarroti-esempio-modernita/#:~:text=Il%20E2%80%9CNon%2D-Finito%20%9D%20potremmo,sia%20frammentaria%2C%20abbia%20un%20termine>
5. <https://www.artfiller.it/artisti/michelangelo/tratti-caratteriali/>
6. [http://www.storico.org/umanesimo\\_rinascimento/michelangelo.html](http://www.storico.org/umanesimo_rinascimento/michelangelo.html)
7. <https://www.focus.it/cultura/storia/michelangelo-buonarroti-vita-opere-genio-rinascimento>
8. <https://www.ambasciator.it/michelangelo-buonarroti-artista-tormentato/>



**Immacolata d’Errico**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Taedium vitae e depressione nell’antica Roma

/ Maurilio Tavormina /

## La depressione o taedium vitae, come la chiamavano gli antichi romani, era una patologia piuttosto diffusa nell’Antica Roma. A nulla serve cercare di evadere con viaggi e distrazioni perché non si scappa da sé stessi.

La cultura degli antichi romani, come la filosofia, la scienza medica e numerose discipline, dall’arte alla religione, furono molto influenzate dallo scibile dell’antica Grecia. Il taedium vitae e l’atrabile sostituirono la melancholia ippocratica. Ippocrate riteneva che il corpo fosse formato da quattro umori. Il sangue, proveniente dal cuore, la flegma generata dal cervello, la bile gialla fornita dal fegato, la bile nera secreta nella milza. La malattia era dovuta ad uno stato di squilibrio dei quattro umori presenti nell’organismo, oltre che da fattori esterni, come il clima o il cibo. Il prevalere dell’umore nero portava ad un’indole triste, ritirata, pessimista: la malinconia (melancholia, dove melas significa nero e cholé bile) (Proietti G, sito 1). I romani, nel chiamare la bile nera atrabile (atra bilis), fecero una scelta semantica signifi-

ficativa. A differenza dell’aggettivo nero (niger), che si riferisce solo al colore, con ater dettero una caratteristica negativa, un’oscurità che è anche interiore. Essi sostituirono la credenza arcaica animistica della depressione, inferta dalla dea Murcia, con la teoria ippocratica dei quattro umori. La dea Murcia con il suo influsso malefico (murcidus, da cui il nostro “marcio”) rendeva apatico, rallentato, immobile e faceva “marcire” l’animo umano e lo deprimeva. Se il pensiero medico greco aveva inteso la malinconia come vera e propria patologia fisica legata alla “bile nera”, nel mondo romano essa pare riferirsi non più solo alla sfera del corpo ma a quella della mente e dei suoi fantasmi (Puliga D, 2017). Un contributo originale del libro di Donatella Puliga “La depressione è una dea” sta nell’aver individuato una differenza

semantica tra la nostra parola depressione (de-pressione, pressione verso il basso, schiacciamento) ed il “marcire”, andare in putrefazione, degli antichi romani. L’animus, la sede delle facoltà psichiche nel cervello, poteva scomporsi al pari della materia organica. Rufo di Efeso (I-II secolo d.C.) descrisse i gradi e tipi della melanconia. In particolare una forma in cui la bile nera infetta il sangue, un’altra in cui colpisce solo la testa e un’altra ancora che provoca l’ipocondria. Sostenne infine che i suoi pazienti melanconici soffrivano a causa dell’accumulo dei fluidi sessuali, la cui putrefazione infettava il cervello. Nel II secolo d.C., Areteo di Cappadocia, medico greco che esercitò a Roma fu uno tra i maggiori esponenti della scuola eclettica. Egli unì esperienze della medicina empirica con quella scientifica, studiò la mania e la depressione e credeva in un’anima materiale. Essa era presente nel corpo e si manifestava con il calore nella collera, arrossando il volto, mentre l’ansia produceva pallore. Il livello della bile nera «poteva essere aumentato dallo sgomento e dall’ira eccessiva». Pertanto, siccome umori e sentimenti si influenzavano a vicenda, un raffreddamento dell’energia vitale dell’anima poteva portare a gravi disturbi dell’umore. Questi, a loro volta, potevano determinare un raffreddamento della bile. Areteo parla anche di momenti durante i quali l’angoscia esistenziale si alterna con uno stato di smodata euforia. Siamo pertanto di fronte a quei sintomi che nel linguaggio della psichiatria moderna qualificano il cosiddetto “disturbo bipolare” (Solomon A, 2001). Claudio Galeno, nato nel II secolo d.C., medico personale dell’imperatore Marco Aurelio



Schiavo giovane e Schiavo barbuto, foto tratte da “Michelangelo” di C Acidini in Arte-dossier. Giunti Ed



Eduardo Barrón, *Nerón y Séneca*, gesso parzialmente policromo (1904), Museo del Prado.

Foto di Outisnn, CC BY-SA 3.0

cercò di sintetizzare l'opera dei suoi predecessori in chiave neuropsicologica. Galeno credeva in un'anima fisica, la nostra psiche, situata nel cervello. Combinando la teoria dei quattro umori con la temperatura e l'umidità, formulò la tesi dei nove temperamenti, ciascuno corrispondente a un tipo di anima. Uno di essi presentava i segni della melanconia, concepita non come malattia ma come tratto della personalità. «Taluni uomini sono per natura ansiosi, depressi, preoccupati e sempre meditabondi; il medico non può far molto per loro» (Solomon A, 2001). Credeva che la melanconia poteva essere causata da un danno cerebrale o essere causata da fattori esterni che avevano modificato il funzionamento del cervello. Con lo squilibrio umorale

la bile nera poteva salire fino al cervello ed essiccarlo, il che causava danni alla personalità. L'umore, come una tenebra, invadeva la sede dell'anima, in cui si trova la ragione. Galeno, fu più incline all'approccio psicobiologico che filosofico e critico con coloro che credevano che la melanconia fosse causata da fattori emozionali. Riteneva che questi ultimi potessero aggravare una mente già alterata da uno squilibrio umorale. Galeno condivideva inoltre la convinzione di Rufo quanto alle disastrose conseguenze di un mancato sfogo sessuale. (Solomon A, 2001).

Il *taedium vitae* è un profondo sentimento di sconforto, di malinconia o anche di franca depressione. L'angoscia del "mal di vivere" ci assale e non sappiamo

come fare per mitigarla o ignorarla. Si cerca invano di fuggire da essa, senza però riuscirci. La noia, il *taedium vitae*, l'abulia per il quotidiano è molto forte e allora si cerca di evadere con il fisico e con la mente. Si cerca di viaggiare, di vedere e cercare posti nuovi e nuove esperienze o ci si chiude in un mondo fantastico. Ma non si fugge da sé stessi. «Perché ti meravigli che non ti giovino per nulla i viaggi, dal momento che ti sposti sempre con te stesso?» scriveva Seneca (sito 2). Per Seneca, il *taedium vitae* colpisce l'uomo che, perdendo ogni contatto con sé stesso, insoddisfatto della vita, consapevole della realtà, fugge e non affronta le avversità. L'uomo del I sec. d.C., per via dell'alto tenore di vita raggiunto, dell'ozio



e della mancanza di alternative si abbandona al *taedium vitae* e all'insoddisfazione. Seneca dice che occorre avere fiducia in sé stessi e ricercare la "tranquillitas", obiettivo raggiungibile, utile per porre rimedio al *taedium vitae*. Non bisogna lasciarsi andare o farsi turbare da ciò che ci accade intorno. Si è insoddisfatti degli obiettivi raggiunti per la propria volubilità e per il voler sempre qualcosa di più, o per fermarsi dopo averlo ottenuto e poi lasciarsi andare. Prima di Seneca, Lucrezio e Orazio hanno affrontato lo stesso argomento. Seneca aveva fatto riferimenti ad un passo di Lucrezio dal "De rerum natura" sul *taedium vitae*. La natura si rivolge all'uomo che non contento di quello che ha nella vita e preso dalla noia vorrebbe

raggiungere nuove esperienze. In questo passo la natura dice che non potrebbe trovare nulla di nuovo per l'uomo perché ogni cosa si ripeterebbe sempre identica a sé stessa. Lucrezio nel "De rerum Natura" (sito 3) descrive molto bene questa insofferenza, odio e *taedium vitae*. «Sbadiglia immediatamente, come ha toccato la soglia della villa, o sprofonda pesantemente nel sonno e cerca l'oblio, o anche, con gran fretta, si dirige verso la città e torna a rivederla. In questo modo ciascuno fugge sé stesso, ma a quel sé stesso cui naturalmente, come avviene, non è possibile sfuggire, suo malgrado resta attaccato e lo odia». Nel II libro delle Satire Orazio (sito 4) afferma «Aggiungi anche questa stessa cosa, che tu non riesci a raccoglierti in

te stesso per lo spazio di un'ora, né a impiegare giustamente i momenti di riposo, ma eviti te stesso come un profugo o un disertore, cercando di ingannare l'angoscia col vino e col sonno; ma invano! Infatti essa come una tenebrosa compagna ti opprime e, se tu scappi, ti insegue!>>. In Orazio non c'è l'atteggiamento sdegnato e polemico di Lucrezio, ma di comprensione con la consapevolezza che sia uno stadio della vita. Riflessione che fa nella fase finale della sua vita. Orazio parla di "strenua inertia" e tutti e tre gli autori, rivolgendosi ad un interlocutore fittizio spiegano che al malato di *taedium vitae* non giova l'evasione dalla triste realtà. Il loro è un male interiore, che non dipende dal luogo in cui si vive, ma dal rapporto che si ha con sé stesso. Non si può non essere d'accordo con gli antichi autori sulla necessità di reagire al *taedium vitae* e non farsi prendere dalla noia, dalla volubilità, dall'appagamento o dalla voglia di evasione. Purtroppo però, alla luce delle moderne ricerche scientifiche, quando si ha la depressione, non basta la buona volontà. Oltre a seguire i vari consigli citati, è necessario prendersi cura di sé con una adeguata terapia psicologica, farmacologica, sociale riabilitativa e con interventi specifici ed integrati. Non abbandonarti o vergognarti della tua sofferenza, consulta chi può darti un aiuto specialistico.

#### Bibliografia

1. Puliga D. (2017) La depressione è una dea. I romani e il male oscuro. Il Mulino, 2017

2. Solomon A. (2001) Il demone di mezzogiorno. Depressione: la storia, la scienza e le cure. Mondadori, pag 326-29

#### Sitografia

3. Proietti G. Storia della follia (2020) <https://www.psicolinea.it/storia-della-follia/>

4. Seneca, Epistula ad Lucilium XXVIII [http://www.poesialatina.it/\\_ns/Greek/tt2/Seneca/Lucil028.html](http://www.poesialatina.it/_ns/Greek/tt2/Seneca/Lucil028.html)

5. Lucrezio, "De rerum natura" <http://www.bibliotecamarxista.org/lucrezio%20titto%20caro/de%20rerum%20natura.htm>

6. Orazio, "Il Libro delle Satire" <https://tieninmanolaluce.me/tag/strenua-inertia/#:~:text=Di%20Orazio%20%C3%A8%20giustamente%20famosa,%C3%A8%20fonte%20di%20continua%20inquietudine.>



**Maurilio Tavormina**

Medico Psichiatra  
Direttore Editoriale

# Foto da un manicomio, per non dimenticare

/ Immacolata d'Errico /

## Una intervista all'artista Loredana Moretti per le sue foto dell'ex manicomio di Lecce. Foto "parlanti" di una profonda sofferenza: luce su un vuoto di angosciante solitudine e dolore.

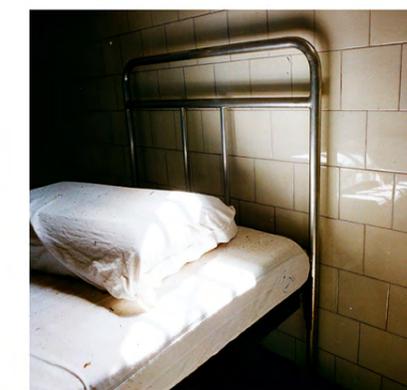
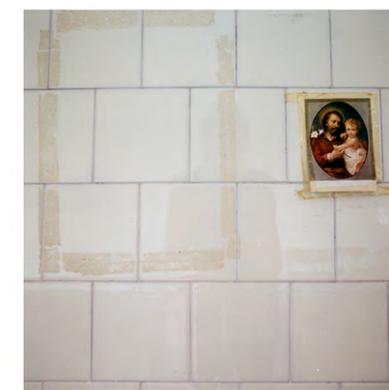
La chiusura del "manicomio" di Lecce ha portato la fotografa Loredana Moretti, attraverso il suo lavoro fotografico, a un viaggio nella memoria dell'esperienza manicomiali. Ricostruire un tempo e un luogo per non dimenticare. Loredana Moretti nasce a Bari nel 1966. Fotografa dal 1990. La sua fotografia è caratterizzata da una spiccata sensibilità introspettiva. Si occupa prevalentemente di fotografia di ricerca e di impegno sociale, con particolare attenzione al disagio mentale. È un'artista affermata in campo nazionale ed internazionale. Id'E- Cosa ti ha portata a compiere questo lavoro fotografico sul manicomio di Lecce? L.M.- Sin da bambina ero attratta ed impaurita dalla malattia mentale. La percepivo come una realtà estremamente sofferta, molto soffocata e celata dai media. Nelle mie fantasie di bambina ero terrorizzata dal timore di poter avere la stessa sorte e di non poter essere aiutata da nessuno. Un giorno, moltissimi anni fa, ebbi modo di andare a far visita

alla zia di un mio conoscente che era ricoverata nel manicomio di Bisceglie. Era tutto molto simile a come lo avevo immaginato. Era il giorno di San Valentino e lì mi accolse una donna che mi aveva scambiato per sua figlia. Mi regalò la sua rosa rossa e io la assecondai sperando di regalarle un momento di gioia. Poi un infermiere le disse di salutarmi e la porto via. Lei era bellissima, tranquilla e dolcissima. Id'E- Quando hai realizzato questo lavoro? Me lo descrivi? L.M.- Nel 2000. Nell'ex OPIS (Ospedale Psichiatrico Interregionale Salentino) di Lecce. L'ospedale era stato definitivamente chiuso nel 1998 in applicazione della "legge Basaglia". Ho fotografato tutti i padiglioni dove hanno vissuto i pazienti. Ma anche le zone di servizio come la cucina, la lavanderia, i depositi e l'antica chiesa di San Giacomo. Chiesa che era annessa al convento sede dei Frati Alcantarini e attorno alla quale è stato costruito l'intero manicomio a partire dal 1901. Ho utilizzato pellicole medio formato 6x6

colore ed una parte in Polaroid. Per i miei scatti ho scelto le ore del giorno più calde e più forti per la luce. Avevo bisogno che la luce entrasse pienamente in quei luoghi, passando attraverso le enormi finestre, per raccontare il vuoto positivo di quei momenti. Id'E- Che effetto ti ha fatto essere lì, sola, in quel luogo, il manicomio, che ha racchiuso dentro di sé storie di dolore? L.M.- Non mi sono sentita sola perché ho sentito accanto a me l'invisibile presenza del dolore straziante, del coraggio infinito di chi ha resistito, del vuoto di chi ci ha lasciato. Il mio percorso è iniziato dal vuoto, dall'assenza, dalla storia passata. Lì ho compreso cosa rappresentasse quella struttura chiamata manicomio! E ho capito che è fondamentale guardare al passato per capire il presente e motivare il futuro. C'erano tracce del vissuto dei pazienti ovunque io guardassi e tante cose violentemente incomprensibili e inaccettabili. Id'E- Osservando le tue foto, sono rimasta colpita dagli ambienti, dagli arredi e le cose. Le tracce lasciate sul muro da probabili calendari o fotografie appiccicate con il nastro adesivo. E ho immaginato la spersonalizzazione delle persone, la mancanza di privacy. L.M.- Tutto quello che attiene all'intimità era completamente assente. Lavandini, water, vasche, docce...tutti in fila uno accanto all'altro! Proviamo ad immaginare cosa potesse significare? Non avere nulla di proprio, di intimo, di personale... neppure il proprio corpo, alla mercé di tutti e tutto, senza alcun confine tra la carne e il luogo di contenimento. Quando ho realizzato questo lavoro vivevano ancora lì nove uomini, aiutati dalle suore. Non avevano nessuno che potes-

se o volesse accoglierli. Li osservavo liberi solo di passeggiare tra i viali della struttura. Id'E- Sei soddisfatta di questo lavoro fotografico sul manicomio di Lecce? Lavoro che ha portato a delle mostre e che è stato molto apprezzato. L.M.- Sì! È stato molto apprezzato. I visitatori hanno percepito il messaggio di portare a conoscenza un vissuto scomodo, un dolore dimenticato e la volontà delle mani tese verso i malati. Ho cercato di osservare questa realtà con occhi sinceri, commossi e coraggiosi. Per tentare di comprendere la positiva forza della luce in opposizione al buio ed al vuoto che distintamente ho percepito. Ogni immagine è stata realizzata nel pieno rispetto delle persone, dei luoghi e delle cose. Non una carta, non una sedia, non una pietra, sono state spostate dalle loro posizioni originali. Loredana Moretti mi ha detto di dedicare il lavoro fotografico ex OPIS a tutti coloro che non ci sono più. A coloro che sono sopravvissuti a tanto dolore e che da qualche parte ora sono "normalmente" in contatto con il proprio disagio. Io dedico le fotografie di Loredana, nitide ed evocative testimonianze della miseria e della desolazione della vita manicomiali, a coloro che in manicomio non andranno mai! "Ma anche quando non sussiste più nulla di un antico passato, ... l'odore ed il sapore restano ancora per molto tempo, come delle anime a ricordare, ad attendere a sperare sulle rovine di tutto il resto, a portare ... l'immenso edificio della memoria." (Marcel Proust)

*Ex OPIS", 2000. Foto di Loredana Moretti, per gentile concessione*



### Bibliografia

1. Santi G. – Tornare a vivere. Petrucci Editore, 2000
2. Schinaia C. – Il presepio dei folli, Scene da un manicomio. Alpes fino al 7.VI.2003 | Ex Opis – Loredana Moretti | Torino, spazio&ricerca



**Immacolata d'Errico**  
Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# La depressione può essere una risorsa. Una testimonianza per chi soffre.

## È la testimonianza di una paziente affetta da Disturbo Bipolare, seguita dalla psichiatra e psicoterapeuta Immacolata d'Errico, di Bari.

Vi racconto la mia storia, sono R.D., ho 47 anni, non sono sposata, anche se ho avuto delle importanti storie affettive e sono una paziente della dottoressa d'Errico. Sono una bipolare e voglio darvi una mia testimonianza anche se preferisco non dire il mio nome. Il mio disturbo bipolare è esordito precocemente, a 17 anni ed ho avuto ricoveri ospedalieri volontari. Ho fatto percorsi di psicoterapia, sia individuale che familiare ed ho sempre assunto con regolarità i farmaci prescritti. Nel corso degli anni le ricadute sono state sempre più rade. Purtroppo per la mia malattia non sono riuscita a laurearmi, ma ora che ho raggiunto una certa stabilità vorrei iscrivermi all'università. Non è mai troppo tardi! Una facoltà umanistica, vista la mia grande passione per la letteratura e sono una divoratrice di libri. Vivo con mio padre e riesco a gestire la mia vita familiare e sociale. Ho scritto di getto queste righe, det-

tate dal cuore e dalla voglia di condividerle con voi. Rendervi partecipi dei miei pensieri è per me un messaggio di speranza per chi vive nel buio profondo della depressione. Bisogna imparare a prendersi cura di sé stessi e chiedere aiuto agli specialisti, senza avere la presunzione di curarsi da soli o peggio abbandonarsi alla malattia e ai sensi di colpa. Come dice la mia dottoressa, non bisogna abbandonarsi al lamento ma dobbiamo comprendere il senso di quello che stiamo vivendo per trarre la forza per uscirne. E spero tanto che questa mia testimonianza possa esservi di aiuto! le parole di una delle mie scrittrici preferite Susanna Tamaro per trasmettere un messaggio di speranza. "Siamo querce che si sono fatte salici allo scontro abbiamo preferito l'ascolto; al soccombere la linfa vitale che porta sempre a rinascere. È difficile raccontare la mia storia perché è una storia di sofferenza, ma il fatto che io

abbia deciso di parlarne vuol già dire che sto guardando oltre. Sto guardando di nuovo fuori di me. Sì perché quando la depressione ti colpisce non ne sei subito consapevole. Io non mi sono subito resa conto di quello che mi stava succedendo. Tutto intorno a me crollò, non sapevo più riconoscermi, non riuscivo a vivere il quotidiano. Dentro di me nasceva un dolore come un serpente che si morde la coda. Un circolo vizioso dal quale ho avuto la presunzione di poterne uscire da sola. Poi, esasperata da me stessa,

ho chiesto aiuto agli psichiatri. Ho voluto fortemente collaborare con loro per affrontare me stessa e diventare consapevole delle trappole che la mia mente crea, e quelle cose irrisolte che ho portato dentro di me per anni. Dalla depressione se ne esce più forti, più consapevoli. E pronti per riscrivere una nuova progettualità della propria esistenza in cui quell'antico tormento e dolore si trasforma in punto di forza. Non tutti hanno la stessa sensibilità e cultura e profondità d'animo per stare accanto ad un

depresso che oltre a soffrire in prima persona fa soffrire anche le persone che gli stanno vicino. Il depresso passa spesso per colui che non vuole fare niente, un inetto, uno che non sa vivere, bhè non è proprio così. Mi sono resa conto che la depressione non è una DEMINUTIO, ma è spesso una risorsa, se non viene relegata dal pregiudizio e dal senso comune nell'isolamento della società. I sofferenti hanno un potere umanizzante stupendo e c'è tanta bellezza anche nella fragilità. Chiedo in prestito". La depressione

inibisce l'azione. L'ascolto terapeutico da parte degli psichiatri e l'aiuto farmacologico mi hanno dato gli input per ritornare ad agire in modo consapevole e affrontare quell'irrisolto che è stato di ostacolo per andare avanti per non correre il rischio di perdere di nuovo tutto e per custodire gelosamente quello che resta.

**R.D. Ospite di redazione**



# Depressione e demenza: quel buio nella mente e nell'anima

/ Francesca Mari /

**Apatia, tristezza, mancanza di interesse per le attività quotidiane, problemi di memoria, attenzione e concentrazione. Nell'anziano sintomi di depressione o prime avvisaglie di demenza? Uno studio fa luce sul caso.**

L'insorgere di disturbi dell'umore in età avanzata può essere il primo sintomo dell'irrigidimento degli schemi cognitivi. Molto spesso, infatti, in questi casi si tende a confondere una diagnosi di decadimento cognitivo con una di depressione. La tristezza, molte volte, anticipa o convive con la demenza fino a che quest'ultima non risulta conclamata. A dimostrarlo uno studio del professor Osvaldo Almeida dell'Università australiana secondo cui la depressione sarebbe non una causa della demenza, ma causata dall'incipiente degenerazione cerebrale. Un primo "segnale" mandato avanti e fin qui frainteso come "normale" depressione. Lo studio è partito dall'osservazione che l'utilizzo di antidepressivi negli anziani non faceva diminuire il rischio di demenza associata ai disturbi dell'umore. I ricercatori del professor Almeida han-

no, quindi, arruolato oltre 12mila persone di età compresa tra i 65 e gli 84 anni. Dopo averli analizzati per una decina d'anni le cifre di depressione/demenza o di nessuna demenza hanno prodotto un risultato. Hanno fatto capire, agli studiosi australiani, questa possibilità del disturbo dell'umore come sintomo premonitore di un imminente declino cognitivo. L'insorgenza dell'Alzheimer o di altre patologie di deterioramento cognitivo, pertanto, può essere spesso confusa con la depressione. Ma quali sono i rischi? Qual è l'importanza di una diagnosi precoce? Come devono comportarsi i medici e i familiari dei malati di demenza? Ne parliamo con il professor Vincenzo Diego Bianchi, geriatra e neurologo, responsabile del Raggruppamento di Geriatria della Clinica Bianchi di Portici (NA) e con il dottor Michele Martinelli Mazzi,

neuropsicologo. «La depressione improvvisa nell'anziano non esiste – asserisce il professor Bianchi – soprattutto se non si sono presentati casi nel corso della vita. La perdita di interessi, l'apatia, le difficoltà di concentrazione e di memoria sono sintomi prodromici, anche dieci anni prima, di patologie di decadimento cognitivo. Segnali sfumati, spesso, sottovalutati dai medici e dai familiari». «Un medico va molto cauto – prosegue Bianchi – di fronte ai primi sintomi che precedono malattie cognitive, vuole essere certo. Tuttavia una diagnosi precoce, anche a partire dai 50 anni, può contribuire a rallentare la progressione della demenza, sebbene non possa essere arrestata. Ci sono sintomi come l'ansia,

per esempio, che nella progressione del decadimento cognitivo aumenta e contrasta l'irrigidimento degli schemi mentali fino a prevalere sul soggetto. Gli ansiolitici in questi casi non sono consigliati, riducono le funzioni cognitive. Mentre ci sono degli integratori specifici, antiossidanti che aiutano a rallentare il decorso della patologia. Per lo specialista è importante il costante rapporto con la famiglia, per comprendere i trascorsi del paziente». «L'ideale, poi, in un paese avanzato culturalmente sarebbe – aggiunge il professor Bianchi – quello di fare degli interventi di riabilitazione cognitiva personalizzata, ma non avviene. Si tratta di terapie riabilitativo-cognitive molto lunghe per rallentare la malattia.

Ci vuole integrazione col nucleo familiare che deve essere presente. Il medico deve scegliere una terapia atta a stimolare e preservare le funzioni cognitive del paziente. A ridurre malattie croniche che ledono principalmente il cervello e l'albero vascolare. Terapie molto costose per cui non ci sono finanziamenti». Ma come devono comportarsi i caregiver? «Spesso quando la persona è consapevole del deterioramento delle proprie funzioni cognitive – afferma Michele Martinelli Mazzi, psicologo -, scontrandosi con i deficit acquisiti, può insorgere uno stato depressivo reattivo. È consigliabile pertanto l'evitamento, quando possibile, delle attività che si concluderebbero con un fallimento. L'ideale

è mantenere, piuttosto, il più a lungo possibile le proprie autonomie sfruttando le capacità residue ancora del tutto o in parte conservate».

## Sitografia

1. [www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it)
2. [www.alzheimer.it](http://www.alzheimer.it)



## Francesca Mari

*Cronista del Mattino di Napoli, Redattrice di "Depressione Stop"*



# Auto mutuo aiuto per familiari e caregiver. Dare voce alla pena di chi vive accanto alle persone depresse

/ Wilma Di Napoli /

**Vivere con i disturbi dell'umore è fonte di sofferenza, sia per chi è malato, sia per chi gli sta accanto con affetto e preoccupazione: i caregiver. Offrire loro spazi di auto mutuo aiuto rappresenta un valido supporto.**

La vita accanto a persone che soffrono di depressione può essere molto difficile, fonte di fatica e dolore per i cosiddetti caregiver. Si definiscono così familiari, o comunque persone legate da affetto o mansione a persone con disagio, cui danno attenzioni e sostegno. Chi ha a cuore la salute e il benessere dei propri cari, affetti da disturbi dell'umore, può sentirsi estremamente coinvolto e preoccupato. Di solito è desideroso di fare qualcosa per ridurre la pena del familiare, ma si sente spesso impotente e inefficace nei propri sforzi. In effetti sperimentare l'impossibilità di superare certe difficoltà può portare i caregiver di persone depresse a sviluppare una profonda frustrazione, che si tramuta spesso in rabbia. Si possono nutrire sen-

timenti di rabbia verso di sé, in quanto "inutile", verso i sanitari, inefficaci o indifferenti, e verso il familiare, colpevolizzandolo della sua sofferenza. Nello stesso tempo il caregiver si può sentire molto in colpa, perché non riesce a modificare la situazione di disagio del congiunto. Esasperato dalla situazione, può prendersela con lo stesso familiare, per poi pentirsene e nutrire appunto vergogna e colpa (Arenella et al, 2020). Va ricordato che a volte i disturbi dell'umore hanno andamento ricorrente, si acutizzano cioè più volte nel corso della vita di una persona. Possono cronicizzarsi per lunghi periodi se non adeguatamente trattati, e/o sviluppare resistenza ai trattamenti. Il perdurare di disagi depressivi spesso determina una generale

sofferenza dell'intero nucleo familiare, ancora più acuto quando in casa ci sono dei minori. Di frequente al caregiver è implicitamente richiesto di farsi carico sia della gestione di tutte le questioni familiari (economiche, organizzative, relazionali), sia dell'accudimento del congiunto sofferente. Tutto ciò non fa che aumentare il fardello emotivo che accompagna il disagio psichico. Esso è presente sia in chi ha il disturbo depressivo, sia in chi gli è legato da affetto e vicinanza. Va da sé che il carico che si trova ad esperire il caregiver di persone depresse è comprensibilmente estremamente gravoso (Mc Cann et al, 2015). È risaputo che i disturbi dell'umore diverranno il disturbo più frequente e gravoso del nostro tempo. Molto si studia e si scrive sulla depressione, sul suo trattamento e prevenzione, ma poca attenzione è riservata al supporto ai caregiver delle persone depresse. Eppure ciò dovrebbe essere un argomento di primario interesse, vista l'importanza che potrebbe avere nell'incidere con maggior efficacia sul benessere della collettività. Sostenere adeguatamente i caregiver di coloro che soffrono di depressione potrebbe svolgere un ruolo cruciale nell'aumentare l'efficacia degli interventi terapeutici per i depressi stessi. Un caregiver più informato, e rinforzato, è sicuramente più disponibile ed efficace nel appoggiare il congiunto depresso (Mc Cann et al, 2015). Magari diviene anche più capace di cooperare con i professionisti che erogano i trattamenti terapeutici, collaborando in modo sinergico alla loro riuscita. In questo periodo in cui le risorse sanitarie patiscono ulteriori criticità e carenze, è una strategia utile e spesso necessaria



al buon esito degli interventi. La possibilità di accedere a forme di psicoterapia individuale o sistemica per i caregiver può essere esternamente utile, tuttavia tale possibilità è abbastanza rara. Si tratta di un intervento oneroso in termini economici e di tempo, e le risorse professionali, specie nel servizio pubblico, sono molto limitate. È facile quindi capire il motivo per cui sta divenendo sempre più importante la risorsa costituita dall'auto aiuto. È necessario costituire interventi di gruppo dedicati ai caregiver di persone con disturbi dell'umore. Questo tipo di intervento consente di raggiungere in modo più veloce ampi numeri di persone ed è economico. Può essere sviluppato integrando anche elementi di informazione e psico-educazione su temi di interesse cruciale, spaziando su vari argomenti (farmacoterapia, psicoterapia, comunicazione, servizi disponibili). Alla utilità del confronto e della

condivisione tra pari si unisce anche il contributo di professionisti o comunque facilitatori, che possono parteciparvi su richiesta. Si forniscono quindi le informazioni più utili a vivere con maggior serenità e consapevolezza il problema (Mc Cann et al, 2015). La presenza di disagi psicologici, come i disturbi dell'umore, spesso distorce in modo altamente disfunzionale la comunicazione e in generale le relazioni all'interno della famiglia. Ad esempio si tende a emarginare la persona malata come inetta ("di te non ci si può fidare, non sei in grado di farlo"). O a colpevolizzarla ("dai che dipende solo da te, puoi farcela se lo vuoi"). O ancora a iper-responsabilizzarla ("è colpa tua se stiamo male, ci fai soffrire"). Avere uno spazio di condivisione con altri caregiver aiuta ad allentare la tensione, il senso di solitudine. Può aumentare la coscienza di ciò che si sta vivendo e può quindi fornire strumenti

utili a disinnescare le cosiddette "trappole comunicative" (Arenella et al, 2020). Avere le corrette informazioni sulle possibilità di cura riesce in effetti a ridurre aspettative eccessive o, di contro, atteggiamenti disillusi e poco costruttivi.

Sentirsi meno soli aiuta molto, anche a migliorare la comunicazione in famiglia.

Inoltre avere un confronto con chi vive esperienze simili e ci comprende riduce l'isolamento, lo stigma e la vergogna che accompagna il disagio mentale e depressivo. In generale possiamo dire che offrire l'auto aiuto alle persone che sono accanto al paziente depresso può costituire una strategia migliorativa nel trattamento del disturbo.

D'altra parte, sostenere i caregiver in modo adeguato, tempestivo e continuativo, è un mezzo fondamentale di ristoro per il benessere psicologico della famiglia e della collettività.

## Bibliografia

1. Arenella K., Steffen A. Self reassurance and Self efficacy for controlling upsetting thoughts predict depression, anxiety and perceived stress in help seeking female family caregivers. *International Psychogeriatrics*. Vol 12 Iss2, 2019.
2. Mc Cann T., Songprakun W., Stephenson W. Effectiveness of guided self help in decreasing expressed emotion in family caregivers of pe-

ople diagnosed with depression in Thailand: a randomised trial. *BMC Psychiatry* 15, n 258, 2015.

3. Mc Cann T., Songprakun W., Stephenson J. Efficacy of a self-help manual in increasing resilience in carers of adults with depression in Thailand. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol 25 Iss 1/ p 62-70, 2015.



**Wilma A.R. Di Napoli**  
Medico Psichiatra  
Direttore Artistico

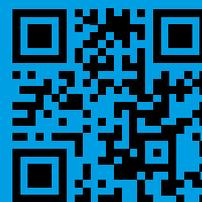


®

European Depression Association (EDA)

**EDA Italia Onlus**

Associazione Italiana sulla Depressione



**Depressione Stop è anche online al sito [www.deprestop.it](http://www.deprestop.it)**