



Depressione

Stop

Emergenza e Depressione: riconoscere e informare

**Pericolosità sociale,
stigma e depressione**

Speranza e depressione

**Le emozioni nel disturbo
dell'umore. Come affrontare
l'emergenza**

**Il lavoro è un elemento
stressante prolungato?**

**Come si diventa
analfabeti funzionali**



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. L’obiettivo 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



Foto: Envato Elements



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 Inngo, 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

Editoriale

/ Francesco Franza /

La “passione” dei soci della EDA Italia ONLUS trova spazio nel terzo e ultimo numero del 2022 della rivista Depressione Stop

Il lavoro svolto con passione ha prodotto negli ultimi mesi il III Congresso Nazionale EDA Italia ONLUS e CEN.STU.PSI in Olbia. L’evento è stato coordinato dalla dott.ssa Meloni, dalla dott.ssa Di Napoli, dal dott. Giuseppe Tavormina, dal dott. Maurilio Tavormina e dallo scrivente. Gli sforzi dei soci e la loro disponibilità hanno reso possibile, inoltre, lo svolgimento in tutta Italia di numerosi eventi della “Giornata Europea sulla Depressione”. Hanno visto la nutrita partecipazione di persone interessate ad acquisire e approfondire informazioni scientifiche sui disturbi dell’umore. “Riconoscere e informare” è stato tra l’altro il titolo del tema di quest’anno. “Riconoscere e informare” è uno degli obiettivi della EDA Italia ONLUS. I recenti fatti di cronaca rischiano, tuttavia, di porre un freno ad un altro degli obiettivi principali: la lotta allo stigma dei disturbi mentali. Contrariamente a quanto ritenga l’opinione pubblica la pericolosità sociale delle persone affette da problemi psichiatrici è numericamente inferiore o almeno simile a quella della popolazione generale. La corretta informazione sul disagio psichico assume oggi, quindi, ancora di più un ruolo di fondamentale importanza. L’EDA Italia ONLUS ha da sempre lavorato in questa direzione e i risultati iniziano a vedersi. I mass media non hanno utilizzato, ad esempio, il termine

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

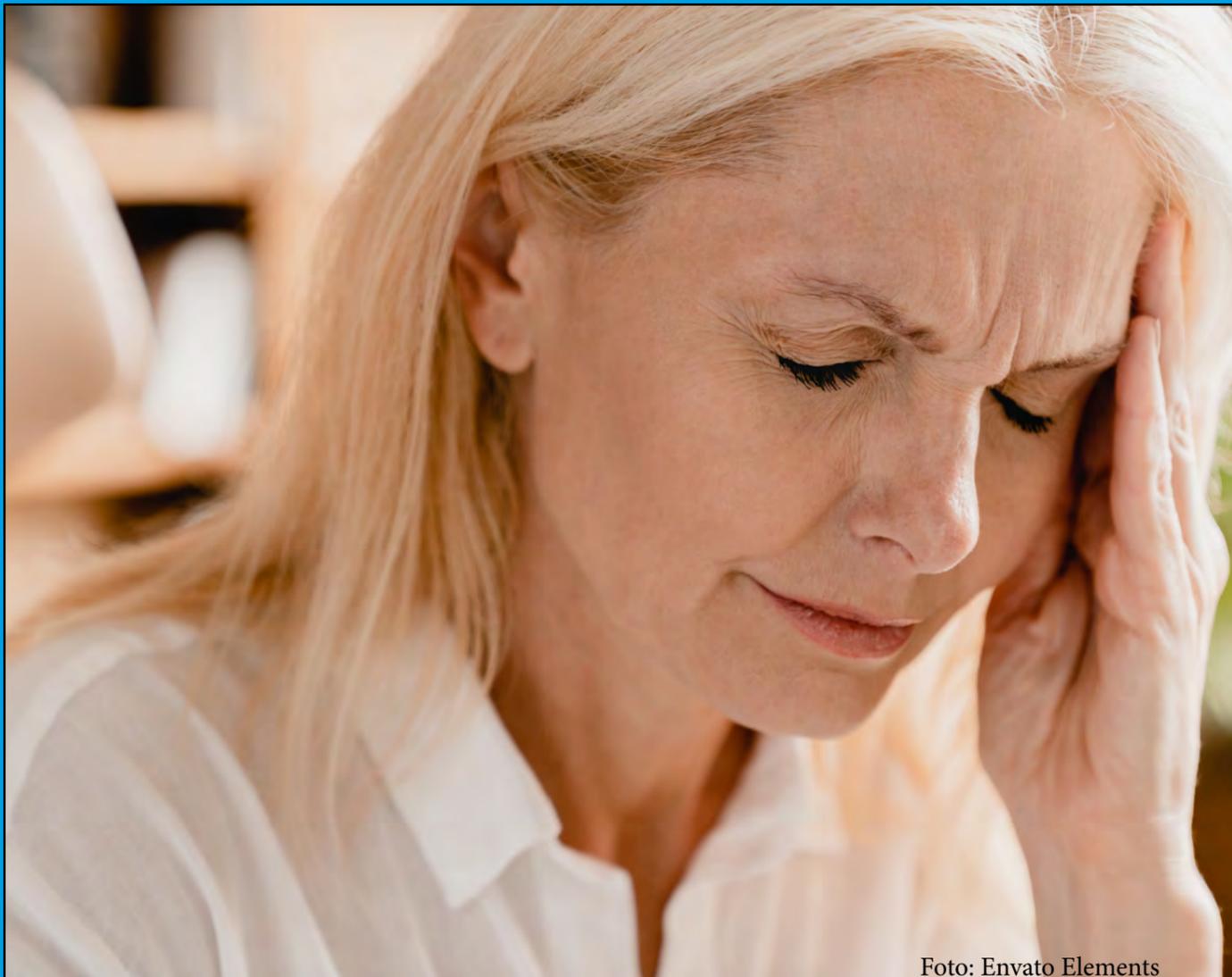


Foto: Envato Elements

di depressione per indicare la diagnosi dei soggetti autori dei reati. È questo un piccolo passo verso la corretta conoscenza di questi disturbi? Abbiamo anche noi contribuito a definirne i confini? I risultati e il successo delle nostre Giornate indicherebbero una risposta affermativa. La strada è ancora lunga. Altri obiettivi si pongono nell'immediato futuro. Per esempio, dare spazio ai giovani, coinvolgendoli e accompagnandoli alla condivisione dei nostri obiettivi. Incrementare la creazione di gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA). Sviluppare i presidi di intercettazione dei sintomi campanella e/o precoci, migliorare la rete di interazione tra pari. Incrementare la pubblicazione di lavori scientifici multicentrici. Migliorare la condivisione delle idee e delle proposte dei singoli membri della EDA Italia ONLUS. Questo è una condivisione di passione, volontà e disponibilità. È un luogo di idee dove qualsiasi contributo è fondamentale per la crescita della associazione. Questa è la strada tracciata dai fondatori e da tutti coloro che sono entrati a far parte della nostra comunità. Questa è la strada che accompagna tutti i soci con la loro passione, volontà e disponibilità.

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

Pericolosità sociale, stigma e depressione

/ Maurizio Tavormina /

Ma la persona affetta da depressione ha davvero dei comportamenti di pericolosità sociale? O sono solo comuni pregiudizi e stigma? Cercherò di fare il punto della situazione.

La pericolosità sociale è un concetto generico ed in continua evoluzione che racchiude in sé molti significati. Esso è una comoda etichetta attribuita a persone percepite come socialmente pericolose e basata spesso su pregiudizi e generici preconcetti. La nozione di pericolosità sociale ha radici nel positivismo criminologico e organico sanitario di fine Ottocento. Essa veniva a coincidere con la probabilità che un soggetto, a causa delle sue caratteristiche psichiche, potesse compiere in futuro un reato. Una volta, prima della legge 180 del 1978, bastava molto poco per essere internati nel manicomio anche a tempo indeterminato. Per la legge 36/1904 "Legge sui manicomi e sugli alienati" era sufficiente un certificato medico che specificasse "la pericolosità per sé stesso e per gli altri". Pertanto il manicomio era essenzialmente un luogo d'isolamento sociale, con misura di sicurezza e terapie dell'epoca.

L'internamento nel manicomio era un atto dovuto a tutela della comunità, ed era effettuato dalle forze dell'ordine: il malato mentale era "pazzo e pericoloso", con certificazione sanitaria. Forse è d'allora che nella mente della persona comune si è insediato il concetto di pericolosità sociale. Il malato mentale era strambo, aveva comportamenti strani, ma poteva essere anche pericoloso. Un retaggio mentale difficile da superare che porta tutt'ora a comportamenti stigmatizzanti e pregiudizi (Cassano GB, 1994). Il primo comma dell'art. 203 del codice penale definisce il concetto di persona con pericolosità sociale. "Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati" (Codice Penale,

1990). In sostanza il concetto di pericolosità sociale è legato solo alla persona che ha commesso un reato e alla sua concreta probabilità, e non generica possibilità, di ripetere lo stesso atto criminoso. Inoltre è legato ai concetti di imputabilità e punibilità. Essi rimandano allo stato d'infermità mentale accertata con perizia psichiatrica e non presunta dalla malattia mentale della persona. La pericolosità sociale inoltre è strettamente legata ed è applicabile solo alla mancata imputabilità e punibilità per infermità totale o seminfermità di mente (artt. 88 e 89 C.P.). Il concetto di pericolosità sociale è il presupposto di attuazione di misure di sicurezza sociale per impedire il ripetersi del reato. Esse vengono applicate dal giudice all'infermo, affinché si curi in affidamento obbligato ai servizi psichiatrici territoriali. I pregiudizi e lo stigma sociale correlato hanno da sempre relegato il "diverso" come una persona strana, inaffidabile, imprevedibile e pertanto pericolosa. I pazienti psichiatrici soffrono spesso per due motivi: a causa della malattia e dello stigma sociale per la malattia mentale. Esso aumenta il disagio e il dolore psichico della persona affetta da un grave disturbo psichiatrico. In uno studio scientifico multicentrico internazionale del 2016 si è valutato se questi atteggiamenti emarginanti possano essere presenti anche tra i pazienti e gli operatori psichiatrici. "I professionisti avevano difficoltà a relazionarsi nel loro lavoro con pazienti affetti della loro stesso disagio psichico. Tenevano a delegare la cura ai colleghi e ritenevano che un medico che non era capace di curare sé stesso avesse grandi difficoltà a curare bene gli altri. I pazienti invece ritenevano che gli ope-



Foto: Envato Elements

ratori psichiatrici, con pregressa patologia mentale, potevano capire meglio gli ammalati, perché anche loro erano sofferenti. Inoltre sia i curanti che gli ammalati erano diffidenti, nei confronti dei sani e tendevano a non rivelare la loro malattia per paura di essere giudicati male o emarginati.” (Tavormina et al, 2016). Attorno alle parole depressione e depresso

sono presenti un doppio pregiudizio, pregiudizio: il malato è incurabile e pericoloso, sia per la malattia sia per il suo comportamento. Gli atti di autolesionismo, di tentato suicidio, e di aggressività eterodiretta possono essere una complicità della depressione, essi sono poco prevalenti e curabili. Il problema sta nel riconoscere la ma-

lattia, avere adeguate cure, e non trascurare la possibilità di recidiva della stessa. Oggi la depressione è ben curabile, con ottimi risultati e terapie integrate psicologiche, farmacologiche e riabilitative. Però a seguito di pregiudizi e comportamenti evitanti nei confronti del depresso si ha difficoltà ad affermare di esserlo. Si teme di perdere prestigio o peggio di esse-

re giudicati pericolosi, come negli eclatanti fatti di cronaca nera. “Un uomo depresso uccide la moglie e i figli e si suicida”. L’autore della strage era ammalato di depressione. O anche le dichiarazioni di colleghi intervistati che sottolineano la imprevedibilità del gesto. La presidentessa dell’associazione “Il Gabbiano” Madia Marangi di Martina Franca (TA) non ci sta

ed ha inviato una lettera al direttore del Tg2. Ella ha esternato il suo disappunto, “un misto di indignazione e frustrazione” per il servizio televisivo che riportava il gesto omicida/suicida di un medico depresso sui suoi familiari, uccisi a martellate. Nel servizio il commentatore poneva l’accento che l’autore della strage era un depresso, quasi a voler dare peso

alla sua malattia per il truce gesto criminoso (Marangi M, 2011). Bisogna chiarire che imprevedibilità non significa probabilità o relativa certezza. Altrimenti si può pensare che in quanto imprevedibile è anche preventivamente probabile e pertanto pericoloso. Quindi “il depresso”, in quanto tale, è o può avere atti di pericolosità sociale. Purtroppo alcuni mass media con il loro contributo negativo evidenziano i comportamenti delittuosi di talune persone affette da depressione. Forse proprio perché fanno notizia ed audience. Però questo non fa che irrobustire lo stigma e i pregiudizi sulla pericolosità sociale del depresso. La cura è una corretta informazione. Quanti feroci crimini sono attuati da persone ritenute normali e sani di mente? Il male esiste e non è giustificabile e/o comprensibile con la depressione.

Bibliografia

1. Cassano GB, D’Errico A, Pancheri P et al. (1994) Trattato Italiano di Psichiatria. Masson, Milano Vol 3° pag 2823
2. Franchi L, Feroci V, Ferrari S. (1990) Codice Penale –Codici e leggi d’Italia. Hoepli U. Editore, Milano
3. Tavormina MGM, Tavormina R, Tavormina G, Franza F, d’Errico I, Zdanowicz N, Urcic I, Agius M. et al. (2016) Thinking of psychiatric disorders as “normal” illness. Data from a questionnaire on social stigma: a multicenter study. *Psychiatry Danubina* 2016. PMID: 27663822

Sitografia

4. Madia Marangi (2011) Impazzire si può: l’intervento di Madia Marangi <http://www.news-forumsalutementale.it/impazzire-si-puo-lintervento-di-madia-marangi/>
5. Repubblica.it <https://www.repubblica.it/2008/03/sezioni/cronaca/taranto-famiglia-strage/taranto-famiglia-strage/taranto-famiglia-strage.html>
6. Foto Envato Elements



Maurilio Tavormina

*Medico Psichiatra
Direttore Editoriale*



Foto: Envato Elements

Sommario

MACRO AREE:

CONOSCERE E CURARE SOCIETÀ

ARTE E CULTURA RUBRICHE

10	Maria Efisia Meloni <i>Gli adolescenti nelle emergenze: le emozioni e il gruppo</i>	44	Maria Rosaria Juli <i>Il bonus psicologo. Una opportunità di prevenzione e cura per le nuove emergenze</i>
12	Walter di Munzio <i>Una mutazione che rende resistenti</i>	46	Immacolata d'Errico <i>La mediazione artistica in psicoterapia. Esperienze di tango-arte-terapia</i>
14	Donatella Costa <i>Le emozioni nei disturbi dell'umore. Come affrontare l'emergenza?</i>	48	Francesca Mari <i>Infertilità e depressione: il dolore di un figlio "negato"</i>
16	Dominique Tavormina <i>La pedagogia orientata al significato come prevenzione</i>	50	Marenza Minò <i>Abuso sessuale femminile e i risvolti depressivi</i>
18	Giuseppe Tavormina <i>Emergenza e Depressione, riconoscere e informare. La Giornata sulla Depressione del 2022</i>	52	Gino Aldi <i>Le farfalle che non possono volare</i>
20	Francesco Franza <i>Distimia: che problema</i>	54	Antonella Litta <i>Flash mob a Bari. Non siete soli a soffrire</i>
22	Giuseppe Tavormina <i>Il lavoro è un evento stressante prolungato?</i>	56	Patrizia Amici <i>Informiamoci su come informarsi: 9 regole per evitare la cattiva informazione in rete</i>
24	Domenico de Berardis <i>Sindrome del Long-COVID. Attenzione alla salute mentale</i>	58	Luigi Starace <i>SINPIA e la guerra in Ucraina</i>
26	Antonella Vacca <i>Le parole della depressione</i>	60	Immacolata d'Errico <i>Premio di studio Marcello Nardini: Congresso nazionale SOPSI 2022</i>
28	Enza Maierà <i>Informare per comprendere la depressione</i>	63	Walter di Munzio <i>Come si diventa analfabeti funzionali</i>
31	Marilisa Amorosi <i>La reazione depressiva ed il disturbo depressivo</i>	66	Wilma A.R. di Napoli <i>Il medico di medicina generale: un alleato prezioso nella prevenzione del suicidio</i>
34	Immacolata d'Errico <i>L'uomo che dorme. Sindrome da rassegnazione o catatonìa?</i>	70	Alba Cervone <i>Storie di emergenza psichiatrica. "Tutto chiede salvezza"</i>
36	Enza Maierà <i>FOMO e l'ansia sociale</i>	72	Luigi Starace <i>Arte generativa e mente</i>
38	Francesco Franza <i>Speranza e depressione</i>	74	Maurilio Tavormina <i>Il suicidio nella Roma antica</i>
40	Francesco Cervone <i>L'emergenza nei disturbi dell'umore</i>	76	Donatella Costa <i>Con-vivere con il disturbo bipolare</i>
42	Andrea Iengo <i>Disturbo post traumatico da stress e depressione: quali terapie?</i>	78	Wilma A.R. di Napoli <i>Auto mutuo aiuto per familiari e caregiver. Dare voce alla pena di chi vive accanto alle persone depresse</i>

Gli adolescenti nelle emergenze: le emozioni e il gruppo

/ Maria Efsia Meloni /

In passato si era avuta un'emergenza simile alla pandemia attuale: l'influenza spagnola del 1918-20. Quali comportamenti sono stati messi in atto dagli adolescenti durante l'emergenza del Covid-19? Come gli adolescenti hanno vissuto le restrizioni e la relativa perdita della libertà? Quali emozioni!

Gli adolescenti rappresentano i giovani del nostro futuro. Non si può parlare degli adolescenti senza citare il "gruppo". Nel ciclo della vita esso ha una funzione di fondamentale importanza. L'etimologia del nome gruppo dal latino *communitas*: società, oppure nelle sue due accezioni originali, cioè "nodo" e "tondo" (Anzieu D., Martin J.Y. 1968). Nel gruppo l'idea di coesione, e nella dinamica anche di trasformazione, è evidente. Secondo i due ricercatori, il gruppo è "una superficie proiettiva sia dell'inconscio sociale che di quello individuale, uno specchio a due facce, che ne fa una membrana sensibile sia della realtà materiale che di quella psichica". Nel gruppo è basilare concentrare l'attenzione sulle interazioni sia negli adolescenti e più in generale negli individui. Il metodo di lavoro, quando si

tratta di scuole o di altri ambiti, si inserisce in una dimensione trasformativa. Ma soprattutto si può agire sulla capacità di mettersi in discussione e prendere coscienza delle proprie potenzialità e limiti. Molto importante è il concetto di individuazione secondo C. G. Jung (1921), è un processo che nasce dal bisogno psicologico degli uomini di differenziarsi dall'inconscio collettivo. E ciò fa emergere un individuo unico e creativo.

M. Mahler (1992) scrisse sul processo di separazione-individuazione che dal bambino in simbiosi con la madre, divise in diverse quattro fasi. Egli si evolve verso la presa di coscienza del soggetto-individuo. Secondo un'altra impostazione psicodinamica M. Klein (Meloni, 2019), la capacità di adattamento, in larga parte, è dovuta al superamento delle

ansie inconsce legate a precoci conflitti irrisolti e alla cosiddetta posizione schizo-paranoide (Meloni, 2016). I cosiddetti "oggetti parziali", come vengono definiti dalla Klein. Se, infatti, la persona non ha superato la posizione schizo-paranoide, proietterà più facilmente le sue ansie persecutorie sulle figure dirigenziali. Queste ultime saranno investite da forti cariche di "ambivalenza", nella scuola: gli insegnanti, il Preside, oppure nei diversi ambiti lavorativi le figure con ruoli direttivi. I conflitti psicologici quando si manifestano possono causare l'interruzione o l'abbandono delle attività, anche nell'ambiente scolastico. Il gruppo può essere considerato come microcosmo sociale in continua trasformazione. È fondamentale pertanto utilizzare l'aspetto dinamico positivo del gruppo in cui ciascuna persona può identificarsi e ricevere appoggio (Dorn, 1983) come un "Io collettivo". E, infatti, è necessaria una riflessione sui gruppi attuali. Non solo di adolescenti ma anche di adulti in cui prevale una modalità nel relazionarsi con delle minacce e derisioni. Basta vedere i variegati social che talvolta utilizzano non solo le parole ma anche le immagini, sicuramente più incisive. Il vissuto dei componenti del gruppo o di chi ne viene escluso, come nelle persone fragili, può portare alla disgregazione dell'Io. Soprattutto nell'era del consumismo per i giovani sono più importanti l'apparire, le tendenze, le mode (Schaarschmidt, 2022), rispetto ai valori positivi manifesti in un gruppo. Molti adolescenti, ma soprattutto le persone adulte, si identificano con i cosiddetti "beni economici". Ciò può essere trasmesso dai genitori ai figli ed anche la stessa società



Foto: Envato Elements

odierna è influenzata dall'apparenza. È importante il costo dell'abbigliamento ed accessori, per poi passare ad altri beni mobili ed immobili (macchine, barche, ville). Questa è una tendenza che allo stato attuale sembra incidere di più negli adolescenti. L'acquisizione del benessere in base a ciò che si possiede, però, dura poco tempo, in quanto queste aspirazioni diventano oggetto del desiderio. Ma non si è mai soddisfatti: smartphone ultimo modello, scarpe, borse, tatuaggi! Gli adolescenti cercano un gruppo amicale fuori dalla famiglia,

e soprattutto nella emergenza della pandemia questo è mancato. L'impatto con la scuola, l'Università, i progetti per il futuro hanno quindi subito necessariamente un brusco ed inaspettato cambiamento. Lo "stress" dell'emergenza si è correlato infatti ad una reazione biologica e comportamentale finalizzata all'adattamento. C. Darwin (1965) scrisse che le stesse molteplici emozioni possono essere considerate una manifestazione comportamentale di un continuum emozionale. La rabbia e la frustrazione, durante l'emergenza pandemica posso-

no essere correlate alla difficoltà di gestire le restrizioni della libertà. Nella maggior parte degli adolescenti, l'angoscia e la paura, successive al periodo iniziale dell'emergenza hanno portato ad un adattamento alle "regole imposte", nonostante lo sconvolgimento del vivere quotidiano. Non bisogna dimenticare i gruppi che si sono creati anche nei social in questi ultimi due anni. E, dove predominano alcune emozioni come la rabbia, in molti casi diventano disfunzionali, distruttive e possono sfociare nel bullismo.

Bibliografia

1. Andreoli V: Adolescenti smarriti nella pandemia. MIND, *Mente & Cervello: Il potere delle relazioni*. Per essere felici bisogna accettare con gioia le nostre reciproche dipendenze e coltivare i legami sociali. N.205-Anno XX gennaio 2022, pag.22-23

2. Di Maria F, Lo Verso G: *La Psicodinamica dei gruppi, teorie e tecniche*, Milano, Raffaello Cortina Editore 1995

3. Meloni ME: I paradossi della comunicazione. *Umorismo, ironia, sarcasmo*, Tema 2016.

4. Schaarschmidt T: *Elogio del minimalismo*. MIND, *Mente & Cervello: Il potere delle relazioni*. Per essere felici bisogna accettare con gioia le nostre reciproche dipendenze e coltivare i legami sociali. N.205-Anno XX-gennaio 2022, pag 84-91.



Maria Efsia Meloni

Medico Psichiatra
Redattrice

Una mutazione genetica che rende resistenti

/ Walter di Munzio /

Durante questa pandemia sono stati osservati gruppi di individui resistenti all'infezione. Una ricerca del CEINGE dimostra come questa resistenza deriva da una mutazione genetica. La ricerca dimostra che una mutazione potenzialmente patogena può diventare una straordinaria difesa.

Riferendoci al concetto di mutazione genetica ricordiamo che esiste una forma di “immunità innata” e una di “immunità acquisita”. La prima è data da fattori endogeni che consentono alle persone che ne sono dotati di combattere autonomamente un virus (o un batterio), senza averlo mai incontrato prima. La seconda è data da cellule umane attivate, prevalentemente linfociti T e B. Questi interagiscono tra loro e con le cellule dell'immunità innata e diventano così capaci di combattere il virus. Ciò è possibile, però, solo dopo averlo incontrato ed essersi specializzate (cioè dopo avere ricevuto specifiche informazioni dal microorganismo stesso). Queste informazioni si possono ricevere solo dopo essere stati infettati o dopo aver ricevuto una vaccinazione (Di Munzio, 2019).

Sono queste le uniche modalità per sviluppare la cosiddetta ‘memoria immunologica’, quella che difende dalle forme gravi della malattia e che dura nel tempo. Alcune persone, pur vivendo a stretto contatto con familiari positivi al Covid, non hanno contratto l'infezione risultando imprevedibilmente resistenti. Qualcosa di simile era già accaduto in passato nel corso di devastanti epidemie, a cominciare da quelle di peste. Ma chi sono questi soggetti, cosa hanno in più, esattamente cosa li protegge (Di Munzio, 2022)? Sono stati condotti alcuni studi scientifici che hanno selezionato campioni di popolazione che hanno dimostrato tale resistenza per capirne di più. Si sono riscontrate alcune “mutazioni paradossali” del loro genoma. Una condizione che li rende particolarmente resistenti all'infezione. La modifica

di alcuni tratti importanti della sequenza genetica. I geni coinvolti in questi casi sono quelli che consentono infezioni asintomatiche. Sono sostanzialmente 3 (Masp1, Colec10 e Colec11) e appartengono tutti alla famiglia delle proteine della lecitina, coinvolta nel processo di riconoscimento cellulare (D'Alterio, 2019). Particolarmente studiate sono state le ultime mutazioni del virus, perché tutte hanno causato infezioni prevalentemente asintomatiche. L'ipotesi dei ricercatori è stata che la resistenza alla malattia coinvolgesse alcuni geni interessati al processo di attivazione del sistema immunitario. Questa importante scoperta, fatta in Italia, ha aperto la strada a nuove tecniche di diagnosi e alla ricerca di nuove terapie. Lo studio, pubblicato dalla rivista *Genetics in Medicine*, è firmato da due ricercatori del centro Ceinge-Biotecnologie di Napoli, Mario Capasso e Achille Iolascon. Entrambi i ricercatori sono docenti di Genetica Medica presso l'Università Federico II. Lo studio si basa sull'analisi di campioni di DNA prelevati da circa 800 pazienti asintomatici. Tutti con evidenti fattori di rischio, come età avanzata e persino compresenza di gravi patologie croniche o degenerative. Sono stati analizzati tutti i geni conosciuti utilizzando sequenziatori di ultima generazione, capaci cioè di ottenere una considerevole quantità di dati, inclusi quelli di tipo genetico. Sono state inoltre utilizzate strategie di analisi bioinformatiche avanzate che hanno permesso di identificare la presenza di una mutazione rara nel genoma dei soggetti reclutati. Si ipotizzava che questa mutazione potesse essere alla base della resistenza all'infezione grave.



Foto: Envato Elements

Queste stesse mutazioni sono state ritrovate in soggetti infetti e asintomatici, ma non sono presenti in un cluster di circa 57.000 soggetti sani, appositamente reclutati come gruppo di controllo. La ricerca dimostra un'eccessiva risposta immunitaria all'infezione da SarsCoV2 e una successiva iper-attivazione di processi infiammatori e del processo di coagulazione. Questi due eventi sono la causa principale dei danni a organi come polmoni, cuore e rene. E quindi la principale causa degli esiti nefasti. La ricerca dimostra anche che la mutazione genetica osservata non consente questa eccessiva reazione immunitaria e attenua gli esiti consentendo un decorso dell'infezione senza sintomi gravi. Si tratterebbe in questo caso di una mutazione umana spontanea in grado di difendere i portatori da una evoluzione più grave. Ciò in quanto non consente al virus di attivare le possibili reazioni letali. I ricercatori, in questa fase dello studio, stanno sostenendo un serrato confronto scientifico tra i loro dati preliminari e le infor-

mazioni genetiche ottenute da altri ricercatori. A tale scopo hanno voluto rendere pubblici i loro dati e li hanno confrontati con quelli di altri ricercatori che, contemporaneamente, hanno sviluppato ricerche simili in contesti diversi. L'obiettivo dello studio è quello di utilizzare la mutazione individuata per trovare in contesti diversi il maggior numero possibile di soggetti predisposti a sviluppare solo forme meno gravi o asintomatiche della malattia. Un esito aggiuntivo sarebbe quello di riuscire ad individuare i livelli sierici dei tre geni trovati per utilizzarli come “marcatori prognostici di malattia”, cioè valori che ci potrebbero indicare precocemente tendenza e gravità di sviluppo dell'infezione (Pairo-Castineira, 2021). Grazie a questo tipo di studio abbiamo maggiori informazioni sulle basi biologiche e sui fattori genetici che condizionano questa patologia e abbiamo elementi concreti per sviluppare nel tempo nuove terapie.

Come ha ampiamente dimostrato questa ricerca esiste una muta-

zione, potenzialmente patogena, che può interferire positivamente sul decorso dell'infezione, determinandone l'evoluzione in forme meno gravi. Si osserva una concomitanza casuale di sviluppi possibili che danno una forma di resistenza alla malattia e consentono quei casi di persone che, persino durante una pandemia, non si ammalano.

Bibliografia

1. D'Alterio G, Lasorsa VA, et al. 2022: Germline rare variants of lectin pathway genes predispose to asymptomatic SARS-CoV-2 infection in elderly individuals, on *Genetics in Medicine*, vol. 24, ISSUE 8, P1653-1663, AUG 01
2. Di Munzio W. (a cura di) 2019: Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale. Idelson-Gnocchi Editore, Napoli.
3. Di Munzio W, 2022: Non si ammalano, articolo su quotidiano “Le ore di Cronache”, Salerno.
4. Pairo-Castineira E., Clohisey S., Klaric L. et al. 2021: Genetic mechanisms of critical illness in COVID-19, in *Nature*; 591: 92-98.



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

Le emozioni nei disturbi dell'umore. Come affrontare l'emergenza?

/ Donatella Costa /

All'inizio è difficile riconoscere alcuni disturbi dell'umore, in quanto i sintomi possono manifestarsi sottosoglia ad esempio la persona è spesso stanca, non riesce a gestire la relazione, la casa, il lavoro oppure all'opposto appare piena di energia e vitalità in eccesso.

I disturbi dell'umore sono problematici frequenti, ad esempio la depressione è una malattia invalidante; è necessario non sottovalutare il problema. Sembra apparentemente un periodo transitorio di stress o di stanchezza momentanea. Il disturbo dell'umore può esprimersi attraverso molteplici sfumature. La tristezza diviene pervasiva e persistente, l'umore è disforico, svolgere la normale routine quotidiana può essere difficile e complicato. La rabbia è un altro sentimento presente in modo intenso. Le emozioni nei disturbi dell'umore possono essere devastanti, tutto sembra fermarsi o all'opposto correre velocemente. Il presente appare buio ed angosciante, soprattutto quando si vive una crisi, non si riesce a intravedere uno spiraglio

di luce. Molto spesso la persona diviene schiava delle proprie abitudini e modalità non autentiche, allontanandosi da sé stessa. D'altra parte la crisi può rappresentare una rinascita se la persona inizia ad intraprendere un percorso di cura. Il lavoro intrapsichico da svolgere nei disturbi dell'umore non è facile. Quando ad esempio si vive una perdita di un caro amico, normalmente la tristezza è momentanea, vi è comprensione ed accettazione della perdita. All'opposto, nella depressione si vive la negazione della perdita subita, non si accetta la morte (Nanetti, 2012). Colui che soffre di disturbi dell'umore ricerca soluzioni immediate, tuttavia occorre sostare nelle emozioni negative per comprendere ed accettare il cambiamento. Uscire

dalla depressione comporta rinunciare al senso di onnipotenza, all'illusione di voler avere tutto sotto controllo. Non si esce dai disturbi dell'umore senza affrontare i vissuti emotivi o fuggendo attraverso soluzioni magiche. La persona vorrebbe una realtà diversa da quella che vive, invece è necessario accettare l'imprevisto e il cambiamento. Per stare meglio, è necessario lasciar fluire la vita senza ingabbiarla in schemi precostituiti, occorre accogliere i pensieri e le emozioni negative (Nanetti, 2017). Goleman afferma che più l'individuo continua a rimuginare sulla propria depressione maggiormente persiste il problema. Il continuo focalizzarsi su ciò che deprime, rende la depressione ancora più intensa e prolungata (Goleman, 2000). Allora non serve essere rancorosi verso sé stessi o essere super critici o giudicanti. Nel vero perdono ogni atteggiamento giudicante viene sostituito a favore di un atteggiamento di profonda accettazione di sé. Tutto quello che accade fuori è lo specchio di ciò che si vive dentro. Colui che soffre di disturbi dell'umore ha perso sé stesso, è in balia di dubbi, paure, dipendenze. Per ogni piccola cosa che gli accade sprofonda nella disperazione più cupa. La preoccupazione è eccessiva, teme di non farcela, svolge tutto per dovere portando pesi enormi sulle proprie spalle. Le emozioni negative portano la persona ad avere poca fiducia in sé. Il soggetto si percepisce insicuro, incapace, arrabbiato con sé stesso. L'individuo continua a svalutarsi, presenta una visione completamente negativa di sé in quanto teme di non potercela fare ad affrontare la vita. L'umore è ballerino, gli sbalzi d'umore sono all'ordine del giorno. Non



Foto: Envato Elements

accetta la propria vulnerabilità e allora ad ogni minima critica o difficoltà, sprofonda nello sconforto e nella disperazione. Gio' è una paziente che soffre di disturbi dell'umore: "Non mi sopporto così... di solito sono piena di energia e di voglia di fare...sono successe tante cose..., ho perso tante persone care in poco tempo a cui volevo bene...ho un vuoto enorme dentro... è come se avessi perso completamente il sorriso che ho sempre avuto. I miei familiari non accettano che io possa stare male. Mia figlia, mio marito non accolgono il mio bisogno di cure, sono intolleranti e nervosi. Io penso però che se sto male, ho il diritto di fermarmi, e di fare ciò che mi sento. Al momento mi spaventa tutto. Mi sento inutile e svogliata, mi innervosisco con poco, sento molta rabbia verso me stessa per non riuscire a svolgere le mie solite attività. Ho sempre fatto fatica a separar-

mi, ad accettare la perdita anche dei miei genitori avvenuta tanti anni fa. I miei familiari purtroppo sono poco comprensivi, sono abituati a trovare tutto pronto, ma io ora vorrei solo essere lasciata in pace. Ho bisogno di prendermi cura di me attraverso piccoli passi per uscire da questo tunnel. È già successo in passato, sono sicura di farcela...poi quando riparto torno quella di prima piena di energia e dinamica." Purtroppo persistono numerosi pregiudizi e stereotipi verso i disturbi dell'umore, come abbiamo visto i familiari possono negare il problema ed ostacolare il processo di guarigione. I giudizi negativi dei familiari sono lo specchio della difficoltà ad accettare la malattia. Di conseguenza ostacolano la cura. Secondo il loro punto di vista, il familiare deve guarire in fretta ed essere subito attivo. È utile svolgere una psicoeducazione anche con il sistema familiare

al fine di comprendere che i disturbi dell'umore non si superano con la forza di volontà, ma attraverso cure specifiche. I pregiudizi sono difficili da abbattere tuttavia attraverso la conoscenza e l'informazione è possibile abbattere tanti muri emotivi. "L'anima che non ha uno scopo ben fisso, si perde" (Michel de Montaigne).

Bibliografia

1. Goleman D. (2000) "Intelligenza emotiva" Ed. Rizzoli, Bologna
2. Nanetti F. (2017) "Grammatica del cambiamento" Ed. Erikson
3. Nanetti F., (2012) "Il risveglio della coscienza" Ed. Pendragon, Bologna



Donatella Costa

Psicologa
Redattrice

La pedagogia orientata al significato come prevenzione

/ Dominique Tavormina /

Solo una pedagogia orientata verso il senso della vita può rendere la scuola un luogo pienamente formativo, in cui scoprire con certezza la propria vocazione futura e in cui riuscire a prevenire il triste fenomeno dell'abbandono.

La difficoltà di costruire un progetto di vita al termine del percorso scolastico da parte dei giovani ha creato, da anni, il diffuso fenomeno dei NEET. I Not in Education, Employment or Training sono coloro che, fra i 15 e i 29 anni, non sono impegnati in percorsi educativi, formativi e non hanno alcuna occupazione lavorativa. Il fenomeno è determinato dall'incapacità di moltissimi giovani di compiere scelte durature per il loro futuro. È una questione scottante che la pedagogia odierna non può più trascurare. Tale particolare popolazione, molto numerosa in Europa, sembra destinata ad aumentare. In Italia, nel 2022, si parla addirittura di circa 3.000.000 di individui. Generalmente, il percorso che conduce a diventare un NEET inizia con un abbandono scolastico precoce, talvolta anche interrompendo l'anno in corso. Oppure, dopo

il diploma, con l'incapacità di scelta della propria strada e/o con continui cambi di facoltà universitarie che non condurranno a nulla. Il problema è di così vasta portata che non può lasciare indifferente il mondo della pedagogia. Esso rivela di certo, nella sua estensione, anche un buon grado di responsabilità dei professionisti della scuola, i docenti. Se la scuola lascia fuori dai suoi spazi il più umano di tutti i bisogni dell'uomo, ovvero la necessità di un senso, allora diventa un mero luogo di trasmissione di contenuti e non un ambiente stimolante di confronto attivo, dialogo, crescita psicologica e maturazione. Il grande neurologo, psichiatra e psicoanalista viennese Viktor E. Frankl (1905-1997), fondatore della Terza scuola psicoanalitica viennese, è anche il padre della cosiddetta logoterapia. Ovvero della terapia basata sulla ricerca

di significato (appunto sul Logos). Egli afferma che in campo educativo una vera "rivoluzione copernicana" è necessaria. Essa, però, potrà avvenire solo se il docente scoprirà per sé stesso un nuovo compito: essere un "giocatore creativo" e non un "domatore frustrato". Ciò presuppone una nuova concezione dell'uomo in generale, e in questo caso dello studente, che ne riconosca anche la sua dimensione spirituale e gli aneliti interiori. Un'azione di pedagogia basata sul Logos può dimostrarsi efficacemente preventiva del disagio. Partendo dalle "10 tesi sulla Persona" elaborate da V. E. Frankl, è possibile sviluppare alcuni punti essenziali di riflessione per un'educazione efficace. Equilibrio: nelle scuole di oggi l'integrità e l'indivisibilità dell'uomo (mente, corpo e spirito) si stanno perdendo. Esse sono, infatti, innanzitutto fondate sulla prestazione (le cosiddette performance) – trascurando il resto. L'insegnamento risulta squilibrato, da cui ne consegue una crescita non omogenea. Un lavoro di pedagogia preventiva rafforza tutti e tre gli aspetti, per costruire la via verso l'equilibrio. Orientamento: aiutare a trovare un senso in ogni cosa, non indirizzare semplicemente verso un obiettivo, perdendo di vista la bellezza del cammino. Perseguire solo un obiettivo porta ad azioni svuotate di significato che non lasceranno traccia nell'interiorità. Apprezzamento: una costante critica può distruggere l'unicità dell'essere umano; l'apprezzamento, invece, rafforza e promuove autostima. Citando Goethe: "Quando trattiamo un uomo così com'è, noi lo rendiamo peggiore. Quando lo trattiamo come se fosse già ciò che potenzialmente potrebbe essere, lo rendiamo quello che



Foto: Envato Elements

dovrebbe essere." In ogni essere umano, la pedagogia preventiva vede un nucleo indistruttibile e intatto della personalità e attiva il potenziale positivo a volte nascosto. "Al centro della persona, tutto è già presente, attraverso l'apprezzamento lo farai crescere" (V. Frankl). Responsabilità: in modi appropriati all'età, gli educatori non devono mai agire al posto dei ragazzi, sostituirsi e togliere le capacità decisionali. "Non lasciare che gli altri decidano per te – chi può dare la risposta se non tu?" (V. E. Frankl). Libertà: un docente con un chiaro quadro valoriale di riferimento aiuta i suoi studenti a prendere coscienza del proprio essere e affina la percezione della libertà personale di scelta. "Anche se porti il tuo destino, sei libero di

vedere le possibilità. Non è mai troppo tardi." (V. E. Frankl). Spiritualità: la società consumistica cerca di ridurre l'individuo a utile creatura di massa che può essere manipolata e facilmente guidata dai governanti. Gli insegnanti dediti al lavoro preventivo sono consapevoli dell'esistenza spirituale e personale fondamentale dell'essere umano. Il nucleo della persona non è razionale, ma emotivo e per questo motivo è necessario tenere in contatto gli studenti con visioni e valori. "Il significato risplenderà sempre luminoso nella nostra vita, quando scegliamo di lasciarlo entrare." (V. E. Frankl). Solo se si riesce a vedere nello studente qualcosa di più di una semplice testa da riempire e lo si considera un coautore attivo e responsabile,

capace di incidere nello scenario entro il quale si svolge il processo di istruzione/formazione, sarà possibile ridurre il fenomeno dell'abbandono scolastico. Se ne ricaverà una duplice finalità: l'ottimizzazione della qualità dell'apprendimento e al contempo la realizzazione personale, la valorizzazione e lo sviluppo globale di ciascuno studente. "L'intervento educativo deve sempre essere sorretto dall'intenzione di aiutare a migliorare la personalità altrui. È ciò che costituisce quella che potremmo denominare l'ipotesi pedagogica, e cioè la fiducia che sia possibile realizzare uno stato dell'alunno migliore di quello verificato al momento in cui l'intervento educativo è stato avviato." (Carlo Nanni)

Bibliografia

1. Viktor E. Frankl: L'uomo in cerca di senso – Franco Angeli, 2017;
2. Viktor E. Frankl: Ciò che non è scritto nei miei libri. Appunti autobiografici sulla vita come compito – Franco Angeli, 2018;

3. Viktor E. Frankl: Logoterapia e analisi esistenziale – Morelliana, 2018;

4. Viktor E. Frankl: Logotherapy – a concise overview – Viktor Frankl Zentrum Wien, 2016;

5. Carlo Nanni: L'educazione tra crisi e ricerca di senso, Las, 1990.



Dominique Tavormina

Pedagogista Clinica
Redattrice

Emergenza e Depressione, riconoscere e informare. La Giornata sulla Depressione del 2022

/ Giuseppe Tavormina /

Con la Giornata sulla Depressione, che si svolge in ottobre tutti gli anni sin dal 2004, l'associazione EDA Italia Onlus fa formazione e informazione scientifica sulle tematiche della depressione e dei disturbi dell'umore. Quest'anno si parla di emergenza e depressione.

La Giornata sulla Depressione del 2022 è giunta quest'anno alla sua 19° edizione (la prima si è svolta nel 2004). Si è svolta il terzo sabato di ottobre e nei giorni vicini, con un totale di 30 eventi (www.edaitalia.org) in tutta Italia. Le manifestazioni e gli eventi sono stati quasi tutti in presenza, solo quattro di essi sono stati fatti in videoconferenza. Il tema dell'anno è stato Emergenza e Depressione: riconoscere e informare. Dopo la pandemia sta subentrando in Europa un periodo di notevole incertezza politica ed economica. La popolazione, già "provata" dalle restrizioni e limi-

tazioni post-Covid, si trova a non sapere che tipo di futuro politico ed economico ci si debba aspettare. I casi di depressione da "Disadattamento ad evento stressante protratto" continuano ad essere in aumento, soprattutto in coloro che non si erano mai prima curati. Emergenza e Depressione: riconoscere e informare. Il tema della Giornata sulla Depressione di questo anno 2022 è stato "Emergenza e Depressione: riconoscere e informare". Questo tema dell'anno è stato lo stesso in varie nazioni europee (www.europeandepressionday.eu).

Durante i nostri eventi italiani abbiamo approfondito questi aspetti tramite classiche conferenze (diverse fra esse svolte presso Scuole Superiori italiane e rivolte agli studenti maturandi). Abbiamo anche organizzato eventi scientifico-artistici (brevi conferenze inframmezzate da concerti o brevi rappresentazioni teatrali) che hanno avuto il merito di coinvolgere ancor più il pubblico.

Il tema portante di questo anno nasce per evidenziare la necessità di cogliere precocemente ogni forma di disturbo dell'umore in un periodo complesso come l'attuale. Il periodo post-Covid, la guerra alle porte dell'Europa e i problemi economici connessi sono stati lo spunto di riflessione. Il nostro obiettivo è stato quello di sottolineare come ogni forma di disturbo depressivo sequenziale ad un disadattamento è un problema curabile. Queste problematiche si possono e si devono affrontare, si possono e si devono curare: ne va della qualità della vita delle persone.

Conoscere e prevenire i disturbi dell'umore. Abbiamo sottolineato durante la Giornata sulla Depressione che i disturbi dell'umore sono delle malattie molto diffuse, poco riconosciute, mal diagnosticate, spesso poco o mal curate. Esse sono patologie subdole che si infiltrano nella vita quotidiana di chi ne soffre senza farsi riconoscere. Compito del medico psichiatra è quello di curare i pazienti che ci contattano quando stanno male, ma è anche quello di fare prevenzione facendo un'adeguata informazione su queste tematiche. Tramite la Giornata sulla Depressione, che si svolge in ottobre tutti gli anni sin dal 2004 (Tavormina G e Costigliola V, 2004), l'EDA Italia Onlus fa formazione

e informazione scientifica rivolta alla popolazione generale (Tavormina G, 2007). Un'emergenza può portare ad una depressione: bisogna pertanto riconosce e informare la popolazione. È questa la vera prevenzione.

immagini dalla Giornata sulla Depressione in Italia - 2022

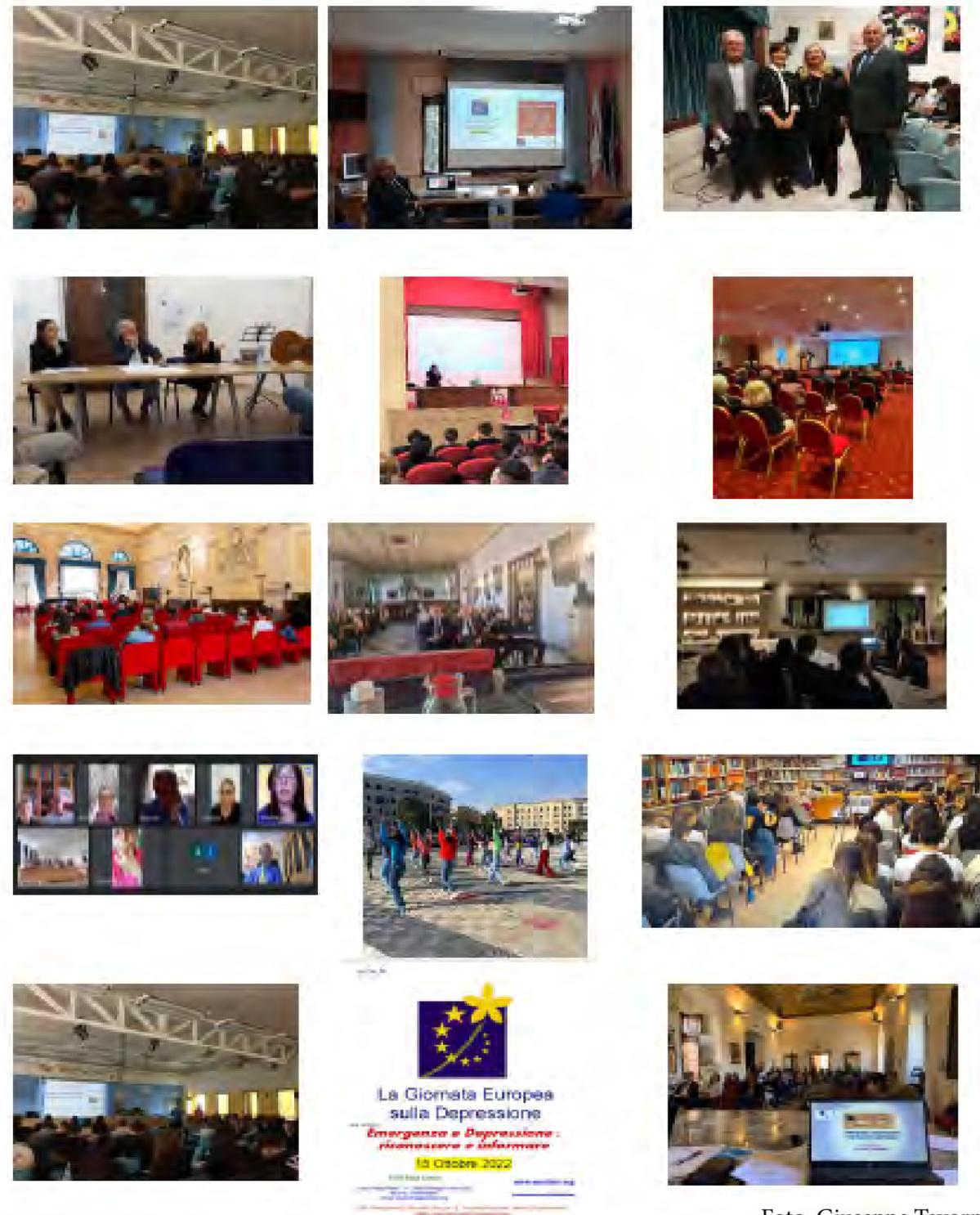


Foto: Giuseppe Tavormina

Bibliografia

1. Tavormina G, Costigliola V - "European Depression Day" (Psychiatriki, 2004; 15: suppl 1: 184).
2. Tavormina G - "Bipolar spectrum diagnosis and social aspects of mood disorders: the European Depression Day project" (Psychiatria Danubina, 2007; 19: suppl 1: 6).



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Caporedattore

Distimia: che problema!

/ Francesco Franza /

Tutto filava liscio. La distimia era la distimia. Il disturbo depressivo persistente era un disturbo depressivo persistente. Ma per complicarsi la vita gli studiosi hanno incominciato a studiare!

La distimia o disturbo depressivo persistente è un disturbo dell'umore. Può essere definito come una depressione cronica con sintomi più lievi rispetto alla depressione maggiore. A volte le depressioni croniche e quelle non croniche spesso non si distinguono facilmente, soprattutto se non si ricerca la storia della malattia. Per diversi motivi, sia i recatori sia i clinici non ne valutano le differenze. La conseguenza è una eterogeneità della diagnosi che può creare una grande confusione (Rhebergen e Graham, 2014). Nel settembre 2020 in piena crisi pandemica da COVID-19 uscì un articolo su The Lancet Psychiatry. La prof.ssa Elisabeth Schramm del Department of Psychiatry and Psychotherapy, della Università di Freiburg in Germania agitò le acque. Osò affermare che “tra le due patologie non ci sono poi così tante differenze!”. Tra le varie problematiche c'era la questione della cosiddetta “distimia pura”. Al-

cuni ricercatori sostenevano che doveva essere distinta dalle forme più gravi di depressione cronica. Ricordiamo che secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) la distimia deve aver caratteristiche ben definite. Ha sintomi più miti della depressione maggiore che devono essere presenti, però, per almeno due anni. Questi autori sono sostenitori dell'idea che per il fatto che la “distimia pura” sia meno grave, essa potrebbe essere trascurata clinicamente. “La distimia può nascondersi”, sostengono, “dietro” un temperamento depressivo”. Da qui la tendenza a sottovalutarla, a trascurarla, a non ricercarla e, quindi, a non curarla. Elisabeth Schramm, invece, gridava con forza che “la distimia sarà pure più mite, ma determina lo stesso gravi conseguenze sulla qualità della vita dei soggetti”. “Decidiamoci a curarla!” (Schramm et al, 2020). Il principale suggerimento è: “La valutazione del disturbo depres-

sivo persistente deve essere effettuata in maniera diversa dalla depressione non cronica!”. E pertanto? Qual'è la novità di tale suggerimento? La particolarità di questa osservazione, che appare ovvia, sta nella semplicità della osservazione. Bisogna e devono essere conosciuti e riconosciuti i sintomi “lievi” della distimia. Le scale di valutazione della distimia non aiutano nella diagnosi e hanno anche grossi limiti. Spinti dalla necessità di capirne di più, questo gruppo di ricerca consiglia di approfondire le indagini genetiche e neurobiologiche della distimia. Le conoscenze in questi campi di ricerca sono rimaste indietro rispetto a quelle del disturbo depressivo maggiore, mentre dovrebbero avere la priorità. Ricercare, ricercare ancora e indagare. È il messaggio degli autori. Trovare terapie mirate. La psicoterapia, ad esempio, sembra essere meno efficace per la distimia rispetto al disturbo depressivo maggiore, forse solo a causa del trattamento ritardato (Carta et al. 2019). Probabilmente anche per la sottovalutazione del rischio della malattia non ci si rivolge allo specialista in tempo. Per questo, è fondamentale la diagnosi precoce della distimia. I farmaci, poi, sono quelli della depressione maggiore. Ricercare, ricercare e indagare farmaci specifici. Questa è la sfida. Stimolati dalle critiche precedenti alcuni autori hanno iniziato la ricerca delle cause “perdute” e delle loro conseguenze. Ching-I Hung e i suoi colleghi (2022) alla ricerca delle differenze tra i due principali disturbi depressivi hanno trovato qualcosa nel cervello. Presso il Dipartimento di psichiatria dell'Università Chang Gung di Taiwan hanno “fotografato” con la RM funzionale alcune aree



Foto: Envato Elements

cerebrali di persone affette da depressione maggiore e altre da distimia. La zona interessata corrispondeva ai nuclei sottocorticali, dei quali i più importanti componenti sono il nucleus accumbens e il putamen. Ebbene qualcosa è emerso! Il gruppo affetto da distimia aveva una maggiore riduzione del volume della materia grigia nel lato destro del nucleo detto putamen e nel nucleus accumbens. Tale assottigliamento di volume aumentava dopo tre anni di malattia. Quindi i risultati indicano che l'andamento cronico della distimia, pur avendo sintomi più lievi, può determinare un maggiore danno in queste importati

zone cerebrali. Mai sottovalutare sintomi lievi. Anzi devono essere intercettati e diagnosticati il più presto possibile. La distimia è, infatti, un disturbo importante che determina problemi nella qualità della vita quotidiana delle persone. Non deve esser trascura-

ta. In questo modo si può evitare la cronicizzazione della malattia legata anche all'incremento dei danni organici cerebrali. Bisogna evitare che diventino irreversibili. Conoscere, riconoscere e curare è possibile. Questa è la strada!

Bibliografia

1. Schramm E et al. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry* 2020;7:801-812.
2. Hung CI et al. Differences in gray matter volumes of subcortical nuclei between major depressive disorder with and without persistent depressive disorder. *J Affect Disord* 2022;19:S0165-0327(22)01212-5.
3. Carta MG et al. Current pharmacotherapeutic approaches for dysthymic disorder and persistent depressive disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2019;20:1743-1754.
4. Rhebergen D, Graham R. The re-labelling of

dysthymic disorder to persistent depressive disorder in DSM-5: old wine in new bottles? *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:27-31



Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Il lavoro è un evento stressante prolungato?

/ Giuseppe Tavormina /

Molto spesso si parla di interferenza delle attività lavorative con l'insorgenza di disturbi dell'umore. Si pensa al lavoro come a un potenziale evento stressante prolungato che può interferire con l'equilibrio dell'umore della popolazione.

Le attività lavorative interferiscono con l'insorgenza di disturbi dell'umore? Talvolta si pensa al lavoro come ad un potenziale evento stressante prolungato che può interferire sull'equilibrio dell'umore della popolazione. Uno studio scientifico italiano (Tavormina, 2022) pubblicato recentemente ha voluto dare degli spunti di riflessione su tutto questo. Da dati statistici forniti dall'Istat, alla fine del 2020 è emerso che in Italia solo una percentuale ridotta della popolazione lavora, esattamente il 38%. Vale a dire gli italiani al lavoro erano quasi 23 milioni. Fra chi non lavora bisogna includere i bambini, gli studenti, i pensionati, i disoccupati (questi ultimi circa il 3,8% della popolazione) e i cosiddetti "inattivi". Si definiscono "inattivi" coloro che potrebbero lavorare e non lavorano (circa il 23% della popolazione). Fra tutti i lavoratori, i dipendenti

sono circa 18 milioni (il 30% della popolazione), mentre circa 5 milioni sono gli indipendenti. Fra i lavoratori dipendenti, circa il 55% è formato dagli operai e il 45% circa dagli impiegati. Inoltre, al 31 dicembre 2019 vi erano in Italia oltre 16 milioni di pensionati (circa il 27% della popolazione). Invece, le casalinghe erano oltre 7 milioni (circa il 12% della popolazione). Lo fa sapere l'Istat nel rapporto "Partecipazione al mercato del lavoro della popolazione residente" (Istat 2019). In uno studio statistico osservazionale pubblicato nel settembre 2022 sono state valutate 1140 persone nel periodo di tempo degli ultimi 18 anni. Tutte persone che si erano rivolte allo psichiatra per trattare un disturbo dell'umore. Sono state annotate tutte le loro attività lavorative raggruppandole in 13 gruppi: impiegati (eccetto gli insegnanti e i professionisti della salute), in-

segnanti di scuola (di ogni tipo), professionisti (medici, avvocati, architetti, ingegneri), professionisti della salute (infermieri, psicologi, operatori sanitari; eccetto i medici), imprenditori, commercianti, agricoltori, artigiani, operai (di ogni ordine e grado; inclusi i commessi), studenti (di ogni età), casalinghe, pensionati, disoccupati. Le categorie lavorative più rappresentate in questo studio osservazionale sono state, nell'ordine, quelle degli impiegati, degli operai, delle casalinghe e dei pensionati, (il 66% fra tutti i pazienti allo studio). Questo dato è in buona parte sovrapponibile alle statistiche italiane sul numero dei lavoratori dipendenti, dei pensionati e delle casalinghe. Inoltre, questo studio conferma che i disturbi dell'umore sono in linea di massima equamente distribuiti fra tutte le persone che svolgono le varie attività lavorative e di vita. Questo sottolinea il concetto medico più volte espresso che "le malattie, incluse quelle dell'umore, sono democratiche e possono colpire tutti" (Tavormina et al, 2016). Non è emerso quindi da questo studio su 1140 persone che il lavoro sia un evento stressante prolungato tale da innescare un quadro depressivo acuto. Non vi è un'attività lavorativa (o non lavorativa) particolarmente stressante da indurre in modo prevalente l'insorgenza di una fase acuta di un disturbo dell'umore. Con ciò non si possono escludere assolutamente possibili concause di disadattamento ad evento stressante prolungato determinate da eventuali attività lavorative o di vita. Ad esempio il pensionamento, l'essere casalinga o essere disoccupato. Si conferma che la presenza nella vita delle persone delle malattie dell'umore è antecedente ad



Foto: Giuseppe Tavormina

un ipotetico periodo di stress. Lo stress può essere indotto da attività lavorative o di vita successive all'umore depresso (Soares et al, 2014). Quindi, come più volte sottolineato in passato, prima vi è la malattia e poi anche l'eventuale sommazione con gli episodi di vita, (Zdanowicz et al, 2006). Tuttavia, emerge inoltre che coloro che lavorano sono più soggetti a presentare disturbi dell'umore rispetto a coloro che non lavorano. Un certo stress emotivo le

attività lavorative possono darlo, ma non appare che vi sia una singola attività di lavoro particolarmente stressante rispetto ad altre. Una considerazione raccogliendo i dati dei vari anni allo studio: gli anni 2020 e 2021, quelli durante la fase acuta della pandemia del Covid e subito dopo di essa. In questi ultimi due anni vi è stato un incremento del 20% delle persone richiedenti visita psichiatrica rispetto alla media di richieste degli anni precedenti. Questo

incremento peraltro non ha visto un'incrementata diversa distribuzione dei disturbi dell'umore fra le varie attività lavorative o di vita (esempio: le professioni sanitarie), (Tavormina, 2022). Ulteriore conferma che prima viene la malattia e poi l'eventuale sommazione con gli episodi di vita. E che il lavoro può essere senz'altro faticoso, ma generalmente, non è di per sé un evento stressante prolungato che induce depressione.

Bibliografia

1. ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica: Partecipazione al mercato del lavoro della popolazione residente, 2019 – www.istat.it
2. Soares JM, Marques P, Magalhaes R, et al. Brain structure across the lifespan: the influence of stress and mood. *Frontiers Aging Neurosci.*, November 2014.
3. Tavormina MGM, Tavormina G, et al. – "Thinking of psychiatric disorders as a 'normal

illness". *Psychiatry Danubina*, 2016; 28: suppl 1: 125-131.

4. Tavormina G – Mood disorders and type of work: what interaction? An Italian study - *Psychiatry Danubina*, 2022; 34: suppl 8: 6-8.

5. Zdanowicz N, Tavormina G, Agius M, et al - Actual emergency in psychiatry: from everyday problems to crisis - *European Psychiatry*, 2006; 21: suppl 1: 170-1.



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Caporedattore

Sindrome del Long-COVID. Attenzione alla salute mentale

/ Domenico De Berardis /

Un nuovo studio correla il disagio psicologico e il Long-COVID. Sintomi come la depressione e l'ansia, valutati all'inizio della pandemia prima che i partecipanti allo studio contraessero il COVID-19, erano associati a un aumento del rischio fino al 45% di Long-COVID.

La pandemia sta causando angoscia e c'è stato un aumento generale del disagio emotivo, dell'ansia e della depressione. Le persone con vulnerabilità preesistenti per problemi di salute mentale o fisica sono particolarmente a rischio del Long-COVID. L'ansia e depressione sembrano verificarsi a ondate, proprio come lo stesso COVID. Quando il numero di nuovi casi di infezione inizia ad aumentare, aumentano anche l'ansia e la depressione delle persone. Il COVID-19 grave può essere devastante per i pazienti: i risultati di uno studio pubblicato su *Jama Psychiatry* lo evidenzia. Oltre ai danni agli organi, la perdita di benessere fisico, emotivo e persino economico può lasciare queste persone fortemente depresse e ansiose. Anche il trattamento in un'unità di terapia intensiva è un fattore di rischio. La

“sindrome post-intensiva” può colpire le persone che trascorrono molto tempo in questo reparto. Se essa non viene trattata, può causare depressione, ansia e panico duraturi e invalidanti. Diversi sintomi psichiatrici, tra cui depressione, ansia, preoccupazione, stress percepito e solitudine, prima dell'infezione da COVID-19 sono stati associati a un aumento del rischio di Long-COVID, secondo un recente studio. Secondo dati recenti, circa il 20% delle persone che hanno contratto il COVID-19 ha sviluppato un Long-COVID. Erano presenti sintomi come affaticamento, nebbia cerebrale (“brain fog”), respiratori, cardiaci, neurologici o digestivi, per più di quattro settimane dopo l'infezione. Una grave forma di COVID-19 aumenta il rischio di Long-COVID, sebbene anche persone affette

da COVID-19 più lieve possano sviluppare un Long-COVID lunga. I sintomi, che possono essere debilitanti, possono durare mesi o anni. La depressione e altri disturbi psichiatrici sono stati associati a un rischio maggiore di sviluppare un COVID-19 più grave. Tra essi è compreso il rischio di ospedalizzazione, che è un fattore di rischio per il Long-COVID. Per determinare gli effetti del disagio psicologico prima dell'infezione da COVID-19 sullo sviluppo del Long-COVID, Wang e colleghi hanno studiato

più di 54.000 persone nell'aprile 2020. Nel corso dell'anno successivo, più di 3.000 partecipanti hanno contratto il COVID-19. I ricercatori hanno chiesto ai partecipanti quali fossero i sintomi del COVID-19 e la durata degli stessi. I ricercatori hanno scoperto che la presenza di sintomi psichiatrici prima dell'infezione da COVID-19, tra cui depressione, ansia, preoccupazione, stress percepito e solitudine, erano associati a un aumento del rischio di Long-COVID compreso tra il 32% e il 46%. Questi tipi di

disagio psicologico sono stati associati anche a un rischio maggiore, dal 15 al 51%, di compromissione della vita quotidiana da Long-COVID. Questo è il primo e più ampio studio prospettico che dimostri come un'ampia gamma di fattori sociali e psicologici siano fattori di rischio per il Long-COVID. Dobbiamo considerare con attenzione la salute mentale, oltre a quella fisica, come fattori di rischio per il Long-COVID. Vi è necessità di sensibilizzare e di fornire assistenza per la salute mentale.

Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Wang S, Quan L, Chavarro JE, et al. Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post-COVID-19 Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(11):1081-1091. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.2640



Domenico De Berardis

Medico Psichiatra
Redattore

Le parole della depressione

/ Antonella Vacca /

Le parole hanno un'enorme potere su di noi, sono in grado di farci sentire bene o di farci sprofondare nel dolore, sono capaci di creare e di distruggere.

La scelta e il modo di usare le parole è collegato direttamente con il nostro modo di essere e sentirci. Questo è ancora più vero quando c'è uno stato di sofferenza psichica come nella depressione. Le parole possono esprimere direttamente lo stato di sofferenza psichica di una persona. Secondo uno studio del 2018, pubblicato sulla rivista "Clinical Psychological Science", le persone che soffrono di depressione sono più propense a pronunciare alcune parole rispetto ad altre (Al-Mosaiwi M., 2018). In questo studio infatti, sono stati analizzati i testi di 63 forum su Internet, per un totale di circa 6.400 membri, servendosi di un software di Linguistic Inquiry and Word Count. Sono stati messi a confronto forum dedicati a disturbi affettivi con altri di controllo dedicati a patologie fisiche (asma, tumori, diabete) e a temi di ordine generale (forum per madri, pensionati, studenti). Dai risultati è emerso che le parole più usate dalle persone con depressione non sono "tristezza", "disperazione" e "solitudine" come ci si aspetterebbe. Ma a fare la differenza è soprattutto l'uso dei pronomi. Stando a quanto riportato da Mohammed

Al-Mosaiwi, dottorando inglese in psicologia alla University of Reading, chi mostra i sintomi della depressione fa un uso significativo del pronome di prima persona singolare "io", "me". È stato invece rilevato un uso ridotto dei pronomi di seconda e terza persona come "voi", "noi", "loro". In particolare, le persone con ansia e depressione le usano il 50% in più e quelle con pensieri suicidari l'80% in più delle altre persone. L'altra differenza principale è emersa dall'uso di metodi moderni di analisi dei dati capaci di apprendere, come il Machine Learning. Dall'uso di queste tecniche informatiche sono stati scoperti i termini più utilizzati con maggiore assiduità. Coloro che soffrono di depressione, disturbi d'ansia e che hanno pensieri suicidari, utilizzerebbero principalmente termini che esprimono pensieri assoluti, definitivi come "mai", "sempre", "niente", "tutti" e "nessuno". La depressione è una condizione psicologica complicata perché, per chi ne soffre, è come se dovesse iniziare ogni giorno un viaggio lunghissimo sentendosi già sfiniti. L'apatia dei depressi si accompagna spesso a un acuto senso di mancanza

di forze, da cui consegue la quasi totale assenza di motivazione. Ciò che i depressi hanno smesso di sperimentare è che le energie si rigenerano, facendo cose piacevoli. Questa esperienza si può racchiudere nella frase delle persone depresse: "Non cambierà mai nulla" oppure "Nessuno mi capisce". Inoltre la loro tendenza è pretendere molto da sé stessi e per questo, le frasi da loro più usate potranno essere: "Non valgo niente" e "Tutti sono migliori di me". La disperazione depressiva è un'esperienza che si poggia su una combinazione di generalizzazione e assenza di speranza. Le persone depresse infatti, sono piene di rimpianti: "Ormai è troppo tardi", "Niente e nessuno mi può aiutare". Il linguaggio che usiamo, le parole che diciamo sono molto importanti per stabilire un canale di comunicazione con chi sta affrontando un momento di depressione.

Sarebbe importante fare attenzione a quello che diciamo. Tra le frasi tipiche che sarebbe meglio evitare ci sono: "Dai, muoviti!" oppure "Fatti forza". Questo perché la depressione non si vince unicamente con la forza di volontà e per superarla serve spesso una profonda ristrutturazione del proprio modo di stare al mondo. Molto meglio lavorare per convincere la persona depressa a iniziare un percorso di sostegno farmacologico e psicologico. Un'altra frase da evitare potrebbe essere: «Così fai stare male anche me». Questo perché non deve essere un problema della persona con depressione come sta l'altro. Cercare di far sentire in colpa una persona con depressione non fa che peggiorare il suo stato. L'orizzonte di una persona con depressione può essere molto cupo, perché manca del tutto

Foto: Ernesto Clements

la speranza. La speranza quindi, sembra essere il bene più prezioso, per questo le parole che riescono a darne possono essere quelle più adatte per aiutare una persona con depressione. L'attenzione alle parole della depressione, può avere lo scopo importante di cercare di identificare per tempo i sintomi di questo disturbo. Utilizzare le giuste parole inoltre, può essere utile per trovare un canale comunicativo con la persona che soffre di depressione. Le

parole dunque, se usate nel modo giusto, si confermano essere dei validi strumenti per migliorare la

diagnosi e la cura della sofferenza psichica e, in particolare, della depressione.

Bibliografia

1. Al-Mosaiwi M & Johnstone T (2018). In an absolute state: Elevated use of absolutist words is a marker specific to anxiety, depression, and suicidal ideation. *Clinical Psychological Science*, 6, 529-542. doi:10.1177/2167702617747074 ;
2. Chrystelle S (2020) Diversity & Inclusion Leader. Le parole che contano. Il linguaggio inclusivo tra rispetto e sicurezza psicologica. *Diversity* - dicembre 2020
3. <https://www.italiasalute.it/819/pag2/Le-parole-della-depressione.html>



Antonella Vacca

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Informare per comprendere la depressione

/ Enza Maierà /

Riconoscere e curare la depressione è divenuta un'emergenza sanitaria e sociale ma anche etica pertanto è essenziale informare per comprendere. È un disturbo invalidante nel fisico nella mente e nelle relazioni sociali. La frattura col mondo e la mancanza della speranza di guarire tormenta chi ne è affetto. I giovani depressi vivono il loro dolore interiore rifuggendo la realtà vera per immergersi in una realtà che inganna e a volte distrugge. Il trend pandemico ha dato una accelerata all'incertezza politica ed economica con serie conseguenze sulla salute fisica e su quella mentale.

Diverse descrizioni sono date per tentare di definire la depressione: "male oscuro", "notte buia" ma per comprenderla bisogna informare. La depressione è un disturbo diffuso, "democratico" diceva Montanelli. Democratico nel senso che è pervasivo e presente in tutte le fasce di età ed in tutte le fasce sociali, etniche, culturali. Un disturbo invalidante

perché crea grande sofferenza a volte anche fisica, ma soprattutto psicologica ed esistenziale. Ed è questo ultimo aspetto del disturbo che compromette in modo significativo il senso della vita. È in esso su cui fondiamo il nostro vivere quotidiano, le relazioni con gli altri, con la nostra famiglia, col lavoro. Il senso della vita è un aspetto fondamentale su cui

si basa la nostra progettualità presente e futura: il nostro esistere! Nel vissuto del depresso domina il passato: quello che fu, quello che non è stato, quello che sarebbe dovuto essere. Il presente è un buco nero. Il futuro non esiste. Per comprendere questo dramma esistenziale e psicologico è indispensabile informare. Per il depresso non ci sono scorciatoie per colmare e riparare quelle fratture dolorose che il male oscuro ha prodotto con sé stessi e col mondo. La situazione vissuta è di lacerante solitudine. Il tempo ha lavorato in modo inesorabile, a volte in silenzio, a volte provocando richieste di aiuto, altre volte mascherando l'emergere di voci fuorvianti. Il tempo ha deviato il decorso dei pensieri verso una visione del mondo e della vita sempre più opprimente, difficile da vivere e sopportare. Emotivamente ha reso fragili e impotenti. Senza speranza. Chi è affetto da depressione trova inspiegabili, immotivabili ed irreparabili le sue lacerazioni interiori. A volte disperato per uscirne e tornare alla normalità, altre volte si arrende ad un destino senza speranza. Ed è proprio questo sforzo che egli trova immane.

Immane perché è bloccato dalla stessa depressione ad una condizione di chiusura, di isolamento e ad una sensazione di impotenza e di inadeguatezza. Bloccato anche da una forza esterna a lui ma presente nella cultura popolare. Essa è la forza dello stigma e del pregiudizio. Questo rafforza la chiusura ed il senso di emarginazione del depresso e l'ostilità e l'indifferenza della società. Informare aiuta a superare lo stigma sulla depressione e facilita la sua comprensione. Questo comporta la formazione di una coscienza pedagogica volta all'a-

scolto e all'aiuto. Informare alla fine contribuisce a creare un alto senso civico. Gli interventi per la cura della depressione sono diversi. Interventi tecnici e non solo. Interventi che possono essere anche creati e personalizzati. Non ci sono scorciatoie per uscire dalla depressione ma diversi percorsi da poter intraprendere. Tutti dobbiamo concorrere in questo mutuo aiuto responsabile e generalizzato perché dalla depressione si può e si deve guarire. La depressione immobilizza l'anima, la mente, immobilizza il vivere di chi ne è affetto. Negativizza le sue idee e le proietta in una visione del mondo ostile e da cui sente di doversi proteg-

gere col ritiro o con la rivolta. Informare aiuta a prevenire la depressione e i suoi sofferti risvolti emotivi e cognitivi; diventa quindi un dovere etico e civile. Informare per prevenirla significa anche prestare attenzione a molte problematiche sociali e lavorative gravi. Esse sono spesso causa di un disturbo depressivo e fobico nelle vittime. Parliamo di mobbing ed altre tipologie di vessazioni sociali, lo stalking, il bullismo, le violenze domestiche, i femminicidi. E volgendo uno sguardo ai giovani, non possiamo non fare accenno a quegli agguati pericolosi nascosti dietro ad uno schermo apparentemente innocuo di un computer o di un cellu-

lare. In quegli schermi i giovani tendono spesso a trovare rifugio. In essi trovano lo spazio per ritrovare sé stessi, avere delle risposte o dei riconoscimenti. Infine dare un senso alla propria vita. Risposte che non trovano intorno a loro perché c'è il loro stesso vuoto, l'incomprensione, se non addirittura le stesse fragilità, le stesse richieste di aiuto. Citiamo per ultimo, proprio per sottolinearne l'importanza e la gravità del percorso depressivo: il suicidio. Anche il suicidio come la depressione non conosce età, fasce sociali, culturali ed etnie. Spesso non dà segni premonitori, perché l'idea è tenuta nascosta, protetta. Informare diventa fondamentale



Foto: Envato Elements



Foto: Envato Elements

per comprendere che il suicidio rappresenta spesso l'unica soluzione in un mare di sofferenza, in un tunnel senza sbocco. Per il depresso è a volte l'unica soluzione in un mondo ostile ad avvicinarsi a quel problema di cui si ha paura, spesso vergogna.

Lo stesso mondo che dovrebbe abbracciare e coinvolgere tutti (scuole, chiese, istituzioni tutte, la Comunità globale) in un abbraccio di ascolto e di aiuto. Durante e ancor più dopo l'epidemia da Covid si è delineata in Italia e in Europa una situazione di grande precarietà lavorativa ed economica. Ciò ha favorito l'emergere di nuove e più estese forme di povertà. La povertà della salu-

te come impossibilità di accesso alle diagnosi e alle cure ha creato nuove emergenze. Anche le patologie mentali ne hanno risentito in termini di diagnosi e cura. Tra le patologie mentali si stanno manifestando nuove forme di depressione e di disturbi dell'umore come esito da stress, post Covid. Esse impongono la messa in atto di precoci ed adeguati interventi per evitare l'ascesa del disturbo a livelli allarmanti. Il disturbo è ubiquitario per età, sesso e ceto sociale. Nei giovani, dall'età prescolare alla adolescenza, si è aperto uno scenario nuovo a cui eravamo impreparati. La depressione si sta manifestando con nuovi volti, si è adeguata al cam-

biamento sociale in atto. Nei giovani si è "mescolata", in forma subdola, con le traversie emotive tipiche di quell'età rendendoli più fragili e disorientati.

Riferimenti

1. Intervento dr.ssa Enza Maierà per la Giornata sulla Depressione, online, in collegamento con l'Università di Catanzaro del 28-10-2022.



Enza Maierà

Medico Psichiatra
Redattrice

La reazione depressiva ed il disturbo depressivo

/ Marilisa Amorosi /

La reazione depressiva può essere considerata una risposta fisiologica dell'individuo a particolari eventi di vita. Quando diventa patologia? Cosa differenzia la reazione depressiva dal disturbo depressivo?

Una perdita e un fallimento rappresentano eventi di vita a cui la mente di ogni essere umano risponde sviluppando una reazione depressiva. Si tratta di un percorso fisiologico che parte con la valutazione della perdita o del fallimento e si conclude con la loro accettazione. Una persona reagisce ad una perdita o a un fallimento sviluppando emozioni quali tristezza, sconcerto, ansia, colpa, irritabilità o rabbia. La persona presenta una riduzione della motivazione, dell'energia, del piacere, degli interessi e alterazioni del sonno e dell'appetito. Sul piano emotivo ciò si associa ad uno stato di pessimismo e si esprime con senso di inutilità. Inoltre ha difficoltà nel prendere decisioni e diminuite capacità di concentrazione e pensiero. Sul piano emotivo compare un vero e proprio dolore per l'oggetto della perdita. Il dolore può esprimersi con il pianto, il lamento, la nostalgia, il senso di vuoto e di mancanza, crisi di dispera-

zione e ruminazione.

Le diverse manifestazioni della reazione depressiva possono essere più o meno presenti a seconda delle differenze individuali e dei momenti del processo di reazione depressiva. Il processo si evolve in diverse fasi che si susseguono nel tempo, seppur non in modo rigido e lineare. Infatti il passaggio ad una fase più avanzata del processo non impedisce all'individuo di tornare a vivere una precedente. Ciascuna di queste fasi è caratterizzata da un particolare stato mentale.

In una prima fase di stordimento c'è stupore e difficoltà a credere alla perdita e/o al fallimento verificatosi. In una seconda fase compare protesta e ricerca del bene perduto nel tentativo di recupero dello stesso. Segue una fase di disperazione caratterizzata dalla consapevolezza dell'impossibilità di recuperare il bene perduto e dal desiderio di non perdere più di quanto già accaduto. La fase finale di accettazione è caratte-

rizzata dalla rinuncia a quanto si è perduto e dall'investimento in nuovi scopi. Difatti, una reazione depressiva si conclude con il recupero del bene perduto, laddove ciò sia possibile, o con l'accettazione della perdita (Rainone e Mancini, 2018).

Il processo di reazione depressiva così descritto è da intendersi come del tutto evolutivo ed adattivo. Ciò non accade nel disturbo depressivo e infatti una reazione depressiva non va confusa con un disturbo depressivo.

Tra la reazione depressiva e il disturbo depressivo non esistono differenze qualitative in quanto i correlati emotivi, cognitivi e comportamentali presenti sono gli stessi. La differenza tra le due condizioni è rintracciabile invece negli aspetti quantitativi dei sintomi. Inoltre riscontriamo la presenza, nel caso del disturbo depressivo, di una serie di meccanismi psicologici implicati nel mantenimento e nell'aggravamento degli stessi.

Difatti, se la durata della normale reazione depressiva è di circa 12 mesi, la durata del disturbo depressivo è maggiore. Di fatto nella reazione depressiva i correlati emotivi, cognitivi e comportamentali di intensità moderata e proporzionata alla perdita o al fallimento verificatosi. Invece gli stessi si manifestano come più intensi e sproporzionati rispetto agli eventi causanti nel disturbo depressivo.

Quest'ultimo inoltre è caratterizzato, in particolar modo, dalla presenza di alcuni meccanismi psicologici non ravvisabili nella condizione di reazione depressiva.

Esempi di tali meccanismi sono la critica e l'incapacità di sentirsi a proprio agio con se stessi (egodistonia), la presenza di

un progetto esistenziale povero. Inoltre esiste la incapacità ad accettare la perdita per la tendenza ad interpretarla come essa stessa una perdita.

Tali e altri meccanismi psicologici, quali variabili individuali che una persona può presentare, impediscono la evoluzione invece possibile della reazione depressiva.

E ciò perché anche questi meccanismi diventano focus di energie imbrigliate e non più disponibili per la risoluzione della reazione depressiva.

Tutto ciò implica un blocco nella evoluzione della reazione depressiva e quest'ultima si trasforma in un disturbo depressivo.

Tale disturbo diventa così diagnosticabile nel DSM 5 come disturbo depressivo, se associato ad altro tipo di perdita (non un lutto) o ad un fallimento.

Sono state studiate le diverse possibili manifestazioni della reazione depressiva.

A specifiche reazioni depressive naturalmente corrispondono specifici disturbi depressivi.

Difatti, considerata la grande varietà dei quadri clinici, più che parlare di disturbo depressivo è opportuno parlare di disturbi depressivi. Molti studiosi ne hanno individuato in particolare due tipi: il tipo affettivo e il tipo anedonico.

Le manifestazioni del disturbo depressivo di tipo affettivo consistono in varie forme di espressione di dolore emotivo.

Tra queste pianto, sensazione di tristezza, di non avere speranza, il desiderio di un supporto sociale, riduzione dell'appetito, ansia e costante ruminazione sull'oggetto della perdita.

Nel disturbo depressivo anedonico, le caratteristiche più tipiche sono rappresentate da anedonia, passività, faticabilità, riduzione

della libido, sensi di colpa e pessimismo. Gli studi condotti hanno evidenziato che le due tipologie di disturbo depressivo sono associate ad eventi scatenanti di differente natura. Il disturbo depressivo affettivo è scatenato da perdite come una rottura relazionale, il lutto di una persona cara o una condizione di isolamento sociale.

Il disturbo depressivo anedonico segue a fallimenti, condizioni di stress cronico e stagione invernale.

Inoltre, ai due distinti tipi di disturbo depressivo sono associati distinti stili di fronteggiamento.

Nel caso del disturbo depressivo affettivo prevale la protesta e la speranza.

Nel disturbo depressivo anedonico il soggetto mostra una rinuncia al bene perduto cui consegue la rinuncia ad altri scopi e investimenti con disperazione e disorganizzazione

Nello sviluppo del tipo di disturbo depressivo e dello specifico stile di fronteggiamento sembra predominante la valutazione cognitiva individuale dell'evento piuttosto che la sua natura.

Uno stesso tipo di evento, infatti, può essere vissuto negativamente da alcuni e positivamente da altri. Pertanto, consideriamo che i due disturbi depressivi possono conseguire alla minaccia o al ritardo di due diversi tipi di scopi piuttosto che a specifici eventi.

In particolare il disturbo depressivo affettivo sembra essere associato alla compromissione di scopi di tipo affettivo, di attaccamento, accudimento o amore romantico correlati all'amabilità dell'individuo.

Invece, il disturbo depressivo anedonico sembra essere associato alla compromissione di scopi legati al potere, al successo e al valore personale.



Foto: Envato Elements

Tra questi ci sono scopi di rango, o scopi legati all'immagine sociale o all'immagine che lo stesso individuo ha di sé.

Tali evidenze, consentono di distinguere tra due diversi tipi di personalità pre-depressiva.

La sociotropica che spiegherebbe la maggiore vulnerabilità individuale allo sviluppo di un disturbo

depressivo in reazione a perdite di tipo affettivo e relazionale. Quella autonoma che sosterebbe una maggiore vulnerabilità individuale allo sviluppo di sintomatologia depressiva in reazione alla perdita della propria autonomia o al fallimento dei propri progetti.

Bibliografia

1. Bowlby La Perdida afectiva:tristeza y depression nel 1980
2. Keller e Nesse, The evolutionary significance of depressive symptom Different adverse situation...2005;
3. Keller e Nesse, Different adverse situations lead to different depressive symptom patterns 2006;
4. Rainone e Mancini, La mente depressa, Franco Angeli ,2018



Marilisa Amorosi

Medico Chirurgo,
Specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta Psicodinamico
Comitato Scientifico

L'uomo che dorme. Sindrome da rassegnazione o catatonia?

/ Immacolata d'Errico /

L'associazione Antigone onlus, a giugno, denuncia la presenza di un "uomo che dorme", chiamato "il simulatore" da tutti. Simulazione o disperazione silenziosa? Catatonia?

Un detenuto di 28 anni, pakistano, dorme da almeno quattro mesi senza mai svegliarsi. Nel carcere di Regina Coeli. È l'associazione Antigone onlus a narrare questa incredibile vicenda che richiama la sindrome da rassegnazione dei bambini rifugiati in Svezia. L'Uomo che dorme viene soprannominato il "simulatore". Il personale del carcere e i detenuti pensavano stesse fingendo, ma il 28enne non si sveglia (sito 1). "Nel carcere di Regina Coeli ho incontrato l'uomo che dorme. Era all'inizio dello scorso giugno, ma so che lui è ancora lì. In questi mesi ho chiesto notizie, spiegazioni, soluzioni. Ma non sono riuscita ad arrivare a capo di nulla. L'uomo ha 28 anni ed è originario del Pakistan. L'ho incontrato in una stanza di degenza del centro clinico del carcere. Dormiva. O comunque era sdraiato sul letto, a occhi chiusi e immobile. L'infermiere mi ha spiegato che il ragazzo dorme sempre. Lui

gli svuota il catetere, gli cambia il pannolone, gli infila un po' di cibo liquido in bocca che l'uomo deglutisce in maniera meccanica. Gli ho domandato da quanto tempo il ragazzo si trovasse in quelle condizioni. Alcuni mesi, mi è stato risposto. ... i vari controlli medici – molti, anche esterni al carcere, presso l'ospedale Sandro Pertini dove il ragazzo è stato più volte ricoverato – non hanno mai riscontrato nulla di oggettivo. Ho provato a dire che la simulazione è un comportamento che viene messo in atto intenzionalmente e che nessuno simulerebbe mesi di morte apparente. Il ragazzo non ha ancora una sentenza definitiva e nelle settimane passate, secondo quanto mi è stato raccontato durante la mia visita, si erano tenute alcune udienze del processo che lo riguarda. Ma il ragazzo dorme. Quando gli viene domandato se intende rinunciare a presenziare in tribunale, lui semplicemente dorme. Non

risponde, né tantomeno afferra una penna per firmare il modulo apposito. Dorme e basta. E la presenza al processo è un diritto procedurale che non si può negare se non su esplicita rinuncia. L'uomo veniva quindi adagiato su una barella, portato in tribunale e fatto stare lì, nell'aula dove si teneva l'udienza, addormentato e immobile, con il suo catetere e il suo pannolone, mentre i magistrati facevano il loro lavoro, per poi essere riportato nella sua stanza del carcere. Figure apicali del carcere in queste settimane si sono dedicate con grande impegno a cercare di individuare una soluzione praticabile. Ma sembra non esserci. E il ragazzo è lì, che dorme. Da mesi e forse per mesi." (sito2).

Stiamo di fronte a cosa? In situazioni percepite di grave pericolo alcune specie animali mettono in atto la tanatosi. La tanatosi è un comportamento che implica

l'irrigidimento del corpo al fine di simulare uno stato di morte. L'uomo che dorme vuole difendersi? Ha paura? Questa condizione mi ricorda la sindrome da rassegnazione dei bambini rifugiati in Svezia. Una condizione clinica molto seria, vi è riduzione dello stato di coscienza. I bambini vivono in uno stato stuporoso per mesi o anni. Completamente inerti, incapaci di reagire al dolore e a qualunque stimolazione vocale e tattile (d'Errico, 2022). In psichiatria la catatonia può verificarsi nel contesto di disturbi psicotici e di disturbi dell'umore, Siamo di fronte ad una grave alterazione psicomotoria. I sintomi che il DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) ritiene più frequenti nella catatonia sono lo stupor (cioè nessuna attività psicomotoria, nessuna relazione con l'ambiente). La catalessia (cioè viene mantenuta per un tempo indefi-

to una stessa posizione, immobile e insensibile agli stimoli esterni). Il mutismo (cioè assenza di linguaggio senza che vi siano danni organici). Il negativismo (cioè oppositività o nessuna risposta a istruzioni o stimoli esterni). La postura fissa (cioè mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità). E ancora possono esserci smorfie, ecolalie ed ecoprassie (cioè ripetizione automatica di voci e movimenti). Il non conoscere il background culturale, sociale e comunque di vita di questo giovane uomo che dorme, ci rende difficile rispondere al quesito. Probabilmente la solitudine linguistica o forse l'aver vissuto esperienze di vita dure o altro ancora. Forse siamo di fronte ad una matrice culturale legata a determinate aree geografiche o a certe credenze religiose. Forse è la vergogna che lo porta ad astrarsi dalla realtà per negarla, riducendosi in questo stato. Una

specie di "via di fuga" che viene percepita come unica. O forse, o anche, una condizione depressiva grave.

Bibliografia

1. DSM.5 - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – quinta edizione. Raffaello Cortina Editore, 2014

2. d'Errico I. – La sindrome da rassegnazione. In www.deprestop.it 2022

Sitografia

3. <https://www.tag43.it/regina-coeli-detenu-to-carcere-dorme-4-mesi-senza-svegliarsi-antigone/>

4. <https://bit.ly/3T8L1fI>

5. https://roma.repubblica.it/cronaca/2022/10/18/news/regina_coeli_detenuto_dorme_da_4_mesi_denuncia_antigone-370565149/



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico



Foto: Envato Elements

FOMO e l'ansia sociale

/ Enza Maierà /

L'ansia sociale da FOMO rischia di diventare un'emergenza psicopatologica. La FOMO è caratterizzata dal desiderio di rimanere continuamente in contatto con ciò che gli altri stanno facendo

Nella FOMO (Fear of Missing out) coesiste l'eccessiva preoccupazione di non vivere esperienze gratificanti al pari degli altri da cui ci si sente esclusi (Przybylski et al, 2013). La FOMO può assumere caratteri di gravità tale da compromettere la salute psicofisica delle persone. L'ansia grave, la depressione e l'ideazione ossessiva sono tra i sintomi più frequenti. L'utilizzo dei mezzi di comunicazione più recenti, come gli smartphone, hanno facilitato i contatti e la condivisione di molte sfaccettature della propria vita. Al contempo rischia di creare un legame di dipendenza, con la rete, con meccanismi di controllo spesso ossessivi e disturbanti. Gli adolescenti rientrano tra le principali vittime di questo meccanismo ingannevole. Non è possibile definire una data di insorgenza di questa forma di ansia sociale. Dobbiamo pensare che nasce con l'uomo che da sempre manifesta nel mondo, l'innato bisogno di esserci. La socialità è il mezzo più utile di formazione e di espressione della sua identità. Quest'ultima, non è

un'entità statica ma dinamica, si evolve, migliora nel tempo. Questo processo non può avvenire in maniera isolata ma si sviluppa in un contesto interattivo. Durante l'esistenza l'uomo ha bisogno, pertanto, di stabilire e mantenere contatti umani, confrontarsi e vivere situazioni e contesti nuovi e diversificati. Egli vive tutto questo in maniera fisiologica. La FOMO è il risvolto patologico di questo sentire che può diventare predominante, pervasivo, ossessivo e ai limiti di un'ideazione paranoica. In questi casi, l'ansia di presenziare diventa invalidante e si alimenta di un grande senso di colpa per l'occasione persa. Un'occasione ritenuta decisiva per il proprio futuro o fondamentale per conoscere una persona importante. Ma ogni occasione diventa importante anche per garantirsi una presenza stabile, visibile, nel sociale. Sentirsi cercati e voluti aumenta e/o conferma la propria autostima. Il pensiero di esserci, sempre e comunque, con la FOMO diventa paranoico ed ego distonico, cioè vissuto con sofferenza. Percepito come

un obbligo. Secondo Andrew Przybylski (2013), tra i maggiori studiosi della FOMO, la causa sarebbe da ricercarsi nel mancato soddisfacimento di alcuni bisogni primari. Przybylski fa riferimento alla teoria dell'autodeterminazione di Deci e Ryan (1985) per la quale avere relazioni positive con gli altri è fondamentale a livello esistenziale. Quando il soggetto percepisce che questo aspetto della sua vita rischia di essere compromesso va in ansia. La FOMO è favorita dal nostro sistema economico, culturale e sociale che ci impone di aderire a determinate regole. Le regole della produzione e dell'apparire. Esse prevedono di conformarsi ad un prototipo di società in continua progressione e trasformazione. Fermarsi, comporta l'arretramento, il blocco. In sintesi l'oblio. Negli ultimi anni si è verificato un aumento di frequenza e intensità del fenomeno associato ad un uso pervasivo degli smartphone e dei social (Przybylski et al, 2013). Il fenomeno non è confinato alla generazione dei "Millennial" e dei "Gen Z", ma coinvolge anche gli over 40-50-60 e oltre. L'ingresso nel mondo virtuale offre la visione di una miriade di situazioni che prospettano l'opportunità di vivere nuove esperienze e nuove conoscenze. Si vivono anche emozioni diversificate e si tende a ridefinire continuamente il proprio sé per adeguarsi e garantirsi la propria presenza in ogni contesto. Pena un'ansia sociale da esclusione chiamata FOMO. Quest'ultima non si è spenta durante il Covid e il lockdown. Viceversa, è stata ulteriormente alimentata nelle persone dalla loro necessità e dal loro bisogno di non scomparire, di mostrarsi e di relazionarsi. La lettura, la cucina, il gioco, l'alle-

namento, tutto è diventato motivo di socialità e di confronto con gli altri. La realtà virtuale ha continuato ad esistere immune da ogni contagio virale. Dall'altra parte ha rappresentato il comune palcoscenico sul quale ci si è uniti tutti in un unico canto di speranza e di condivisione. L'uso dello smartphone può, però, essere problematico. In alcune persone, soprattutto adolescenti, si crea una grave forma di dipendenza che si manifesta nella ricerca di una connessione continua e costante. Ciò è facilitato dal semplice accesso, dalla possibilità di evadere dalla realtà e di rimanere anonimi insieme alla facilità di inviare e ricevere messaggi (Michelle et al, 2018). Il ricorso ai social avviene tramite la condivisione di molte esperienze di vita sotto forma di foto, video, racconti. Lo smartphone rappresenta per gli adolescenti un mezzo evoluto e irrinunciabile col quale interagire col gruppo dei pari e confermarne l'appartenenza. Essi possono mantenere un controllo costante su ciò che avviene nel loro mondo, interagire usando un loro linguaggio comunicativo ed esprimere così la loro identità. Da un importante studio effettuato da Beyens nel 2016 è emerso che gli adolescenti, più sono connessi e più percepiscono lo stress e la paura. Sperimentano quindi la paura essere esclusi e respinti dalla propria rete sociale. In genere si scatenano due tipologie di reazione. L'ansia sociale di vivere meno esperienze rispetto agli altri e quindi di non far parte di quel gruppo. Il bisogno di mantenere un rapporto costante con gli altri soprattutto tramite i social. Le conseguenze della FOMO si manifestano sul piano emotivo, cognitivo e comportamentale.



Foto: Envato Elements

Sul piano emotivo prevale l'ansia, senso di stanchezza e alterazioni del sonno e stress (Milyavskaya et al, 2018). Col tempo questa psicopatologia può evolvere fino a forme più gravi come la depressione e il disturbo ossessivo. Sul piano cognitivo prevalgono pensieri di ruminazione sulla migliore condizione di vita degli altri o dei gruppi da cui ci si sente esclusi o non appartenervi. I comportamenti tendono ad avere un carattere compulsivo che si traduce in un reiterato controllo dello smartphone. Diventa ossessivo il controllo della connessione ad internet, della disponibilità dello smartphone, della visione delle notifiche e dei messaggi. Tutto questo comporta spesso anche ritiro ed evitamento sociale oltre a minore rendimento scolastico, lavorativo ed esperienziale. L'atteggiamento impulsivo al controllo è volto a ridurre lo stato di tensione e di ansia. In definitiva a sentirsi partecipi e presenti ad evenienze considerate impor-

tanti (Elhai et al, 2021).

Bibliografia

1. Beyens I, Eggermont S (2016): "I don't want to miss a thing": Adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs, Fb use, and Fb related stress <https://doi.org/10.1016/j.chb.05.083>
2. Deci E, & Ryan RM, (1985): Intrinsic motivation and self-determination in human behavior, New YORK Plenum Press.
3. Elhai J, Levine J, Dvorak R, & Hall B (2021): Fear of Missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. Retrieved 27 Maggio 2021, from.
4. Michelle H, Van V., Powell J, Powell G (2018): Problematic smartphone use: Digital approaches to an emerging public health problem. SAGE journals.
5. Milyavskaya M, Saffran M, Hope N, Koestner R (2018): Fear of missing out: prevalence, dynamics, and consequences of experiencing FOMO, www.link.springer.com.
6. Przybylski A, Murayama KK, DeHaan K, Gladwell CRV (2013): Motivational, emozional, and behavioral correlates of fear of missing out.



Enza Maierà

Medico Psichiatra
Redattrice

Speranza e depressione

/ Francesco Franza /

Un vortice di emozioni ha colpito le persone durante il periodo pandemico. Tra queste la speranza ha oscillato vertiginosamente tra vette elevate e burroni profondi.

La pandemia da COVID-19 ha influenzato il nostro modo di rapportarci con gli altri. Alcuni sono diventati più intolleranti, più ansiosi, forse, più insofferenti nelle relazioni. Altri hanno reagito, invece, ricercando in maniera a volte spasmodica il contatto con gli altri. Altri ancora hanno avuto momenti di profonda assenza di speranza, alternati a periodi in cui la speranza, invece, raggiungeva picchi di elevata positività. Tutto ciò ha portato conseguenze negative sulla salute psicologica delle persone. Le oscillazioni dei numeri della pandemia hanno incominciato a coincidere con quelle degli aspetti psicologici. Le persone hanno iniziato a vivere in continuo allarme ansioso. Accompanate dall'incertezza del futuro con la sensazione di ripiombare all'improvviso nell'angoscia delle restrizioni, della solitudine e della riduzione della speranza. Uno studio recente pubblicato su *Lancet Psychiatry* ha evidenziato un aumento dello stress psicologico, della depressione e un peggioramento della qualità della vita (Thompson et al.

2022). Lo stesso studio, tuttavia, ha sottolineato che tali incrementi si osservavano soprattutto durante i periodi immediatamente successivi alla fine del periodo di restrizioni. La speranza che tutto finisca al più presto si scontra con la realtà non sempre rosea. Vengono meno le aspettative? Viene meno la speranza che tutto possa ritornare come prima? L'assenza di speranza è stata meno evidente negli operatori sanitari durante le fasi di maggiore crisi pandemica. L'impegno, la dedizione alla cura, la speranza di dare conforto li hanno protetti dal sovraccarico lavorativo. Paradossalmente l'incremento degli episodi ansiosi e depressivi si sono osservati nei periodi post-critici. Anche la paura della guerra in Ucraina e i conseguenti disagi economici hanno generato un incremento dello stress psicologico. L'esposizione al trauma della guerra diventa tanto maggiore quanto più bassi sono i livelli di speranza (Ivan Urlić, 2013). La speranza diventa una strategia terapeutica. Consente di esplorare le vicende vissute con maggiore se-

renità. Riporta a galla i ricordi e ne comprende i comportamenti. La speranza diventa la coperta accogliente che ammortisce e avvolge i ricordi dolorosi. La paura e l'angoscia diventano maggiormente tollerabili se c'è la speranza che tutto finisca al più presto. La depressione è aumentata con la pandemia, sia nella popolazione generale, sia negli operatori sanitari. Recenti studi hanno evidenziato come la speranza sia associata a una riduzione dei sintomi depressivi sia negli operatori sanitari sia nei pazienti (Franza, Tavormina et

al, 2022). Speranza significa trasformazione ed è indispensabile nei luoghi di lavoro sanitari. La speranza viene descritta come un faro nella riabilitazione e nella assistenza dei pazienti. Speranza significa superare i limiti ed il suo aumento è uno strumento indispensabile nel contesto della prevenzione e della promozione della salute (Lohne 2022). In questi tempi di grandi difficoltà, di paure e contraddizioni le relazioni sociali sono diventate più difficili. Gli individui, tuttavia, posseggono strumenti innati che possono aiutarli a superare tali

difficoltà. Tra questi la speranza può assumere un ruolo decisivo nella cura della sofferenza psicologica. Gli operatori che lavorano nel campo della salute mentale e devono utilizzare tale

strumento. Dare speranza è uno strumento terapeutico che può dare dignità alle persone che soffrono e a coloro che li assistono (Franza et al. 2020).



Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Franza F, Tavormina G, et al. *Psychiatria Danubina* 2022; 34 (Suppl 8):60-63
2. Franza F et al. *Psychiatr Danub* 2020;32(Suppl 1):10-14
3. Lohne V. *Scand J Caring Sci* 2022;36(1):36-48.
4. Thompson EJ et al. *Lancet Psychiatry* 2022;9(11):894-906.
5. Urlić. *Vittime, Vendetta e perdono*, Edra Edizioni, 2013



Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

L' emergenza nei disturbi dell'umore

/ Francesco Cervone /

L'emergenza di un disturbo dell'umore è una situazione solo apparentemente improvvisa, ma è conseguenza di uno stress continuo spesso inconsapevole. Questo, giunto al punto critico, genera la rottura drammatica del precario equilibrio, che richiede un intervento terapeutico d'urgenza.

Una reazione emozionale intensa verso una serie di stimoli interni o esterni, che mettono in moto risposte fisiologiche e psicologiche, detta anche sindrome generale di adattamento. Questa è costituita da una fase di allarme, caratterizzata da modificazioni biologiche, chimiche e ormonali, per difendere l'organismo. Segue una fase di resistenza, in cui vengono organizzati i cambiamenti avvenuti, per meglio sostenere l'individuo nella situazione. Il soggetto tende ad adattarsi, per mantenere un equilibrio che lo fa funzionare in emergenza, nonostante le difficoltà dello stress. Se gli stimoli sono continui ed eccessivi per le capacità difensive dell'individuo, questo finisce in una fase di esaurimento o crisi con l'urgenza della malattia psichica e/o fisica (Galimberti, 2006). Siamo esseri sensibili, continuamente "bombardati" da stimoli piacevoli e spiacevoli, parecchi dei quali sfuggono all'at-

tenzione della nostra coscienza. Questo è uno dei motivi per cui possiamo essere colti all'improvviso e impreparati dall'irruenza di una sofferenza. La complessità dell'esistenza e la fragilità umana, contribuiscono a vari livelli a rendere stressanti svariati agenti. Tra questi ci sono stress psicofisici, che sono tali per eccessiva stimolazione, ad esempio l'affaticamento, il caldo, il freddo, le emozioni e/o altro. Poi abbiamo gli stress psicosociali, dovuti ad esperienze interpersonali difficili, tipo rapporti amicali o lavorativi per aspettative incongrue. Le relazioni affettive possono essere particolarmente stressanti per il carico emotivo che le caratterizza. Come avviene nei conflitti familiari, con le separazioni, con gli abbandoni, oppure a causa di distacchi o di lutti, in cui si può verificare anche una dolorosa e triste solitudine (Ambrosiano, 2021). La persona con una fragilità caratteriale, o con

una storia personale travagliata e/o una predisposizione genetica, può avere più difficoltà a gestire gli stimoli e sostenere lo stress. La situazione di urgenza di una crisi psichiatrica si presenta piuttosto complessa, perché in essa si sommano le esigenze di diversi soggetti. Nella drammatica situazione, il paziente è preso da una "tempesta sintomatica", che lo porta a sperimentare vissuti sconosciuti e spaventosi. Con il manifestarsi delle tumultuose angosce interiori, il soggetto sperimenta nell'immediato le anomalie del suo comportamento, con le conseguenze personali e sociali. Queste diventano pressioni per il medico che deve farsi carico di problemi di controllo sociale, che poco hanno a che vedere con la terapia del caso. Infatti l'agitazione può riguardare i disturbi dell'umore con l'eccitamento maniacale, la depressione grave o anche una crisi psicotica. Altra problematica dell'urgenza è definire una diagnosi e una terapia adatte, perché possono condizionare l'andamento terapeutico futuro. La cura della crisi lascia sempre un "segno" sul prosieguo clinico, anche per la novità dell'eventuale ricovero del paziente con tutti i suoi vissuti. Un altro elemento importante nell'urgenza, è la possibilità di realizzare un "ascolto attivo" e produttivo con i vissuti del paziente. Stabilire con questo un contatto per l'alleanza terapeutica, avvicinandosi al suo mondo con rispetto ed empatia, nonostante i limiti della situazione contingente. I servizi psichiatrici affrontano l'urgenza in tutti i contesti in cui si svolge la loro attività, come con le visite domiciliari, nei Centri di Salute Mentale e nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

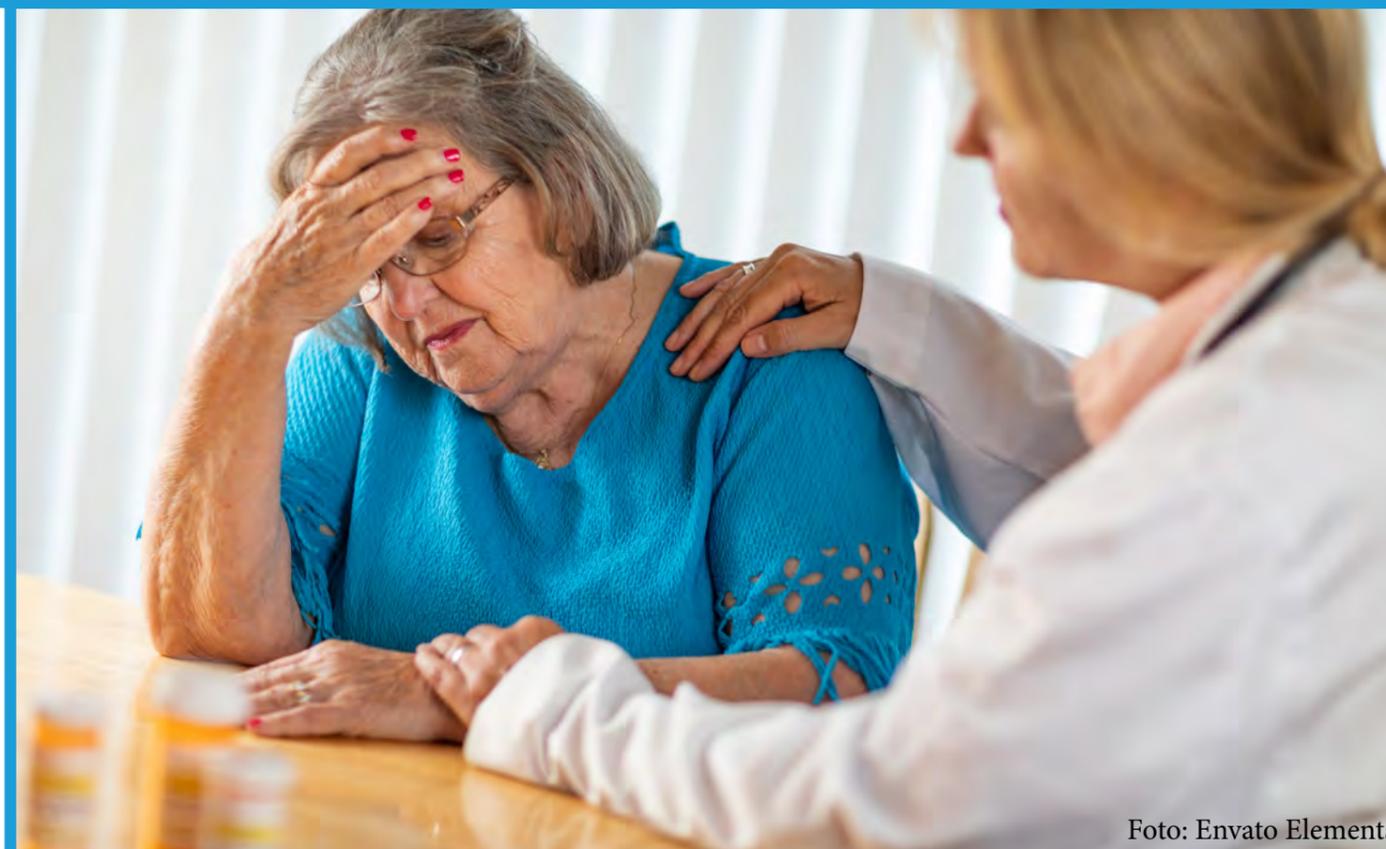


Foto: Envato Elements

L'emergenza consente in questo ambito particolare, di dare le risposte alle esigenze dovute alle acuzie delle malattie, grazie anche all'integrazione promossa con i servizi territoriali (Cassano, 2008). L'SPDC pur svolgendo un ruolo indispensabile, viene a volte scarsamente considerato e ci si avvicina con circospezione, perciò è utile definirne le funzioni e coglierne meglio le possibilità e i limiti. Oggi come in passato la società ha sempre espresso una evidente difficoltà di contatto e di gestione delle malattie mentali, per la loro complessità e per i vissuti che generano in momenti di crisi. L'SPDC può essere lo spazio di un possibile incontro, per le esigenze del malato, del medico, dell'ambiente sociale e familiare. In pratica si costruiscono dialoghi tra i soggetti coinvolti, finalizzati a dare il migliore aiuto al paziente e concordando gli obiettivi di cura e crescita (medici e psicologici). Il personale

è appositamente preparato per accoglierlo, proteggerlo fisicamente e psicologicamente, elabora una nuova diagnosi e terapia, accompagnata ad un progetto riabilitativo. L'emergenza catapultava il paziente in "spazi relazionali" spesso sconosciuti e perciò spaventosi, dove il personale sanitario può essere visto con sospetto e viene tenuto a distanza. Le fantasie catastrofiche che si presentano all'atto della crisi maniacale, sono accompagnate da agitazione, rabbia e atteggiamenti auto od etero-aggressivi. Queste possono incrinare irrimediabilmente, per i reciproci timori, il difficile rapporto tra il personale e il paziente, durante l'intero ricovero. L'insofferenza del paziente alla terapia e alle regole del nuovo ambiente lo fanno sentire ingabbiato o castigato dal personale visto come aguzzino. Altre volte, l'insieme di ambiente di ricovero e del personale viene percepito freddo, distaccato e disinteressato. Gli obiettivi terapeutici dell'e-

mergenza, sono realizzati più facilmente quando l'umanità del personale curante s'incontra con pazienti estroversi, collaborativi e meno sospettosi. La crisi dei disturbi dell'umore trova nell'emergenza uno spazio e un tempo opportuno per fare emergere germogli di opportunità per i cambiamenti possibili nella dolorosa realtà del paziente.

Bibliografia

1. Ambrosiano L. Nello Spazio Del Lutto 2021 Mimesis Edizioni (Milano-Udine): A cura di G.B. Cassano A. Tundo Trattato Italiano di Psichiatria - Lo spettro dell'umore 2008 Elsevier S.r.l. (Milano).
2. Galimberti U. Dizionario di Psicologia 2006 Gruppo Editoriale L'Espresso.



Francesco Cervone
Medico Psicoterapeuta
Comitato Scientifico

Disturbo post traumatico da stress e depressione: quali terapie?

/ Andrea Iengo /

Disturbo post traumatico da stress e depressione sono spesso presenti contemporaneamente, le tecniche terapeutiche per entrambi i disturbi sono simili in molti aspetti

Grazie ad uno studio del 2013 condotto dalla Case Western Reserve University e dalla University of North Carolina at Chapel Hill, confrontando casi di disturbo post traumatico da stress e casi di depressione, si è evidenziato che in oltre la metà dei casi di disturbo post traumatico da stress, esistono anche i criteri per una diagnosi di disturbo depressivo maggiore (Rytwinski et al 2013). Questo non significa che il disturbo post traumatico da stress causi la depressione maggiore, anche se alcuni sintomi dei due disturbi si sovrappongono.

Non significa neanche che chi soffre di depressione sia più facilmente soggetto a sviluppare un disturbo post traumatico. Questo può metterci in allerta sul cercare sintomi depressivi in chi mostra un disturbo post traumatico. In questo caso sarebbe possibile proporre un tipo di terapia che possa essere efficace su entrambi i disturbi dato che si presentano

così spesso insieme. Quando affrontiamo una situazione di emergenza possiamo andare incontro a quello che viene chiamato disturbo da adattamento. Se invece l'evento in questione è particolarmente sconvolgente e finiamo per subirne gli effetti emotivi per più di 6 mesi, possiamo parlare di disturbo post traumatico da stress (sito 1). Si pensa che il disturbo post traumatico da stress sia un evento molto raro, ma il concetto di trauma è un concetto estremamente personale e soggettivo. Secondo i dati a disposizione circa il 3,6% degli uomini e il 9,6% delle donne ha o ha avuto un disturbo post traumatico da stress (Gradus, 2007).

Ma come si può curare un disturbo post traumatico da stress? Non si tratta di un disturbo cronico? Il 56% di chi inizia una psicoterapia non mostra più sintomi del disturbo, e la percentuale sale al 67% in chi porta a termine il trattamento (Bradley,

2005). Il trattamento del disturbo post traumatico da stress prevede 3 componenti: cura di sé, psicoterapia e terapia farmacologica. La cura di sé parte con il mettersi in una condizione sicura per sé e per i propri cari. Poi è necessario occuparsi della salute fisica, con una corretta alimentazione, riposo ed esercizio fisico, evitando sostanze come alcol e droghe. Inoltre è importante mantenere una routine quotidiana quanto più "normale" possibile, alzandosi al mattino, facendo una doccia, uscendo per una passeggiata ecc. Anche gli hobby fanno parte della cura di sé. Tutti questi elementi sono imprescindibili per affrontare un trauma (sito1). Per quanto riguarda la psicoterapia, gli studi a disposizione non consentono di evidenziare particolari differenze nell'efficacia delle stesse per quanto riguarda il trattamento del disturbo post traumatico. Questo dipenderebbe anche dal fatto che quando si lavora sui traumi ci sono fattori comuni alle terapie, come le terapie cognitive comportamentali e le Evidenze Scientifiche e di Rapida Efficacia (EMDR) (Bradley, 2005). La farmacoterapia si avvale solitamente di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina per contrastare sintomi di ansia e depressione. Nelle condizioni di emergenza come ad esempio quella da CoViD-19 si è dimostrato che una maggiore cura di sé aiutava a percepire meno lo stress della situazione (Bermejo-Martins, 2021). Nella depressione uno dei sintomi tipici è proprio la mancanza della cura di sé (sito2). I parallelismi nella terapia continuano poiché sia la psicoterapia, sia la farmacoterapia basata su inibitori della ricaptazione della serotonina si utilizzano sia per i disturbi post



Foto: Envato Elements

traumatici sia per la depressione. Quando descriviamo uno specifico disturbo la tendenza è a separare rigidamente un problema dall'altro. Nella vita reale però non è così e quando uno psicologo o uno psichiatra ricevono un paziente valutano tutti gli aspetti della persona. Se dal trattamento di un problema ci si rende conto che ce ne sono anche degli altri si dovrà lavorare contemporaneamente su tutti questi. Proprio per questa sovrapposizione capita spesso che disturbi diversi abbiano alcuni sintomi in comune. Allo stesso modo capita che disturbi diversi abbiano terapie simili. Possiamo concludere che sia nei casi in cui ci sia solo un disturbo post traumatico, legato

magari ad un'emergenza, sia in quelli in cui è presente anche uno stato depressivo, possa essere

importante rivolgersi a psicologo o psichiatra, o ad entrambi, per uscire da questa condizione.

Bibliografia

1. Bermejo-Martins, E., Luis, E. O., Fernández-Berrocal, P., Martínez, M., & Sarrionandia, A. (2021). The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and Individual Differences*, 177, 110679.
2. Bradley, R., et al (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.
3. Gradus, J. L. (2007). Epidemiology of PTSD. *National Center for PTSD (United States Department of Veterans Affairs)*
4. Rytwinski, N. K et al (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 26(3), 299-309.

Sitografia

5. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/ansia-e-disturbi-correlati-allo-stress/disturbi-da-adattamento>
6. https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-depressivi?query=depressione#v1028029_it



Andrea Iengo
Psicologo Psicoterapeuta
Redattore

Il bonus psicologo. Una opportunità di prevenzione e cura per le nuove emergenze

/ Maria Rosaria Juli /

Il 27 maggio 2022 il Ministro della Salute, Roberto Speranza, ha firmato il decreto che attiva il "bonus psicologo" finanziato dal Parlamento con 25 milioni di euro per far fronte alle emergenze psicologiche.

La misura del Ministero della Salute è finalizzata a sostenere spese per le sessioni di psicoterapia. Il Bonus Psicologico può essere richiesto attraverso il servizio online "Contributo sessioni psicoterapia" di INPS o contattando un numero di telefono. Per far fronte alla emergenza psicologica che vede tantissime richieste di aiuto, l'attivazione del bonus psicologico è un aiuto importante. Il bonus psicologo in Italia è finalmente una realtà. Si tratta di un incentivo che potrà essere richiesto per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati, compreso lo psicologo online. Possono usufruire del beneficio tutti coloro che, in seguito alla compilazione e presentazione della domanda, vengono inseriti nell'elenco trasmesso direttamente dall'INPS.

L'obiettivo è quello di prevenire e curare condizioni di ansia, stress, depressione e fragilità psicologica, in netto aumento soprattutto in seguito alla pandemia. Si tratta di una vera e propria emergenza psicologica. Non sono previste distinzioni di età per ottenere il bonus psicologo e questo è un aspetto particolarmente importante dell'agevolazione (Ordine Psicologi del Lazio, 2022). Le conseguenze della pandemia hanno prodotto un incremento significativo della diffusione di sintomi depressivi e d'ansia. Oggi, queste patologie colpiscono oltre un terzo della popolazione adulta e metà dei giovani in Italia ed è considerata una emergenza psicologica. Il bonus psicologico rappresenta un segnale importante per l'assistenza psicologica a livello nazionale. L'iniziativa è

considerata una strategia contro l'idea che solo la salute fisica sia una priorità, mentre la salute mentale possa essere trascurata. Il bonus psicologico servirà a promuovere il benessere mentale ed a trattare le persone affette da disturbi. La commissione Europea ha registrato oltre 300 mila domande e il 60% hanno 35 anni. Le graduatorie del bonus psicologico saranno regionali e verranno pubblicate dall'IMPS entro il 7 dicembre. Dal giorno successivo infatti sarà possibile prenotare

le sedute di psicoterapia per far fronte all'emergenza psicologica. I beneficiari potranno utilizzare il bonus psicologico entro 180 giorni dall'accoglimento della domanda. Successivamente il richiedente riceverà un codice univoco da usare con gli psicoterapeuti che hanno aderito all'iniziativa. I voucher del bonus psicologico possono ammontare al massimo a 600 euro, a seconda del proprio ISEE, e li si può richiedere una sola volta. Per sottolineare il successo ottenuto dal

bonus psicologo erogato per far fronte all'emergenza psicologica che stiamo vivendo ecco qualche dato. Nei primi 9 mesi del 2022 all'INPS sono giunte oltre 318 mila richieste di prestazione. A livello regionale i numeri più elevati si sono registrati in Lombardia con 49.819 domande, seguita dal Lazio con 38.226 e dalla Campania con 29.152. Tra le grandi città, Roma è al primo posto con 31.160 domande, poi ci sono Milano con 20.000 e Torino con 16.409 (Consiglio Nazionale

Ordine degli Psicologi, 2022).

Sitografia

1. <https://ordinepsicologilazio.it/>
2. <https://www.psy.it/>



Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice



Foto: Envato Elements

LA MEDIAZIONE ARTISTICA IN PSICOTERAPIA esperienze di tango-arte-terapia

/ Immacolata d'Errico /

La mediazione artistica, all'interno del percorso psicoterapeutico, può rappresentare un ponte per fare esperienza sul proprio modo di essere nel mondo e con l'Altro.

Ricorrere al setting artistico è proporre ai pazienti un modo diverso di fare esperienza di sé, del proprio accadere e della propria storia. Ad essere terapeutico non è né il tango in sé, né le altre forme di mediazione artistica che noi utilizziamo, ma il loro utilizzo integrato. La psicoterapia che utilizza il linguaggio dell'arte e della bellezza, offre uno spazio di espressione per conoscersi. E questo accade perché un corpo in movimento o che agisce, si esprime emotivamente. Lancia dei messaggi ed esprime emozioni. Il corpo parla e ci racconta delle sue paure, del dolore, delle barriere, delle ambizioni, dei suoi sogni (d'Errico, 2017). Le modalità espressive che noi usiamo nei laboratori di terapia di gruppo arte mediata sono variegate. Training di teatro performativo quali il TdO (Teatro dell'Oppresso) e

il PT (Physical Theater) (Lecoq, 2002) (Salatino, 2011) Inoltre tecniche di drammatizzazione che utilizzano la voce, i suoni oltre che il corpo. E ancora la fotografia, la pittura espressiva e gli elementi base del tango (Brooke, 2006). Tutti elementi che si prestano bene al ruolo di facilitazione emotiva. Gli elementi base del tango e le arti performative vengono utilizzate in modo fluido. Tutte queste forme di mediazione artistica sono sapientemente integrate l'una con l'altra. L'aspetto centrale nel lavoro con la mediazione artistica è l'esperienza: ciò che nella psicoterapia viene detto, qui viene agito. Le arti performative portano alla luce sensazioni, emozioni, vissuti che emergono nel qui ed ora. Fanno emergere ciò che le parole non riescono a dire e promuovono una riflessione e un cambia-



Foto collage di Antonio Sinisi, 2022

mento a partire dall'esperienza suscitata. Lo psicoterapeuta, in seguito, dà voce a quelle emozioni emerse e ne permette la verbalizzazione. In questo modo la persona può appropriarsene e dare senso a quello che è emerso. Ciò che cambia, rispetto al setting di psicoterapia, è che il modo d'essere, il vissuto della persona, anziché raccontato, qui è agito (d'Errico, Mastrofilippo, De Marzo, Nardini, 2014). È importante avere uno spazio fisico che possa contenere un numero di persone né troppo grande, né troppo piccolo. Ci si deve poter muovere liberamente e sentire sufficientemente contenuti sul piano emotivo e a proprio agio. Una sala troppo piccola o troppo grande comporterebbe, rispettivamente, o un senso di disagio/costrizione/limite o, al contrario, un senso di dispersione/smarrimento. La durata e la

tipologia del laboratorio possono variare. Il gruppo deve essere coordinato e condotto da uno psicoterapeuta, che deve necessariamente essere coadiuvato da un esperto in arti performative (d'Errico, 2017). Io lavoro con gruppi di solito misti. I pazienti psichiatrici (soprattutto con disturbi dell'umore e disturbi d'ansia) lavorano assieme a persone che hanno un semplice disagio psicologico, esistenziale e/o sociale. Il livello di profondità del lavoro dipende dal momento e dalla composizione del gruppo. Questo modello può essere applicato a vari livelli di profondità e modalità, sia in riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sia come forma di psicoterapia di gruppo. Fase iniziale: apertura e accoglienza con analisi e discussione dell'esperienza precedente. Ogni sessione inizia con una sorta di fase di riscaldamento

emotivo e fisico. C'è la necessità di riscaldare il corpo per predisporlo al movimento, soprattutto in riabilitazione. Per entrare in quello che chiamo "mood emotivo" utilizziamo la musica. Fase centrale: il nucleo del lavoro vero e proprio. Il percorso e le tematiche vengono scelte di volta in volta in quanto tarate sull'utenza e sul qui ed ora dell'accadere. Fase finale: l'incontro si chiude con l'ascolto di una musica, spesso, ma non necessariamente, di tango. Si può stare ad occhi chiusi, in modo da sintonizzarsi col proprio sentire e con il materiale psichico emerso. Concludendo, ci proponiamo di fare della parola un movimento e del movimento una parola, affinché "nuovi passi" diventino veicolo di nuovi orizzonti. Fondamentalmente, l'obiettivo è fare di ciò che emerge nel setting di tango-arte-terapia un bagaglio da

portare fuori, nella propria vita.

Bibliografia

1. Brooke S. L.: Creative Arts Therapies Manual: a guide to the Historical, Theoretical Approaches, Assessment and Work with Special Population of Art, Play Dance, Music, Drama and Poetry Therapies. Charles C. Thomas Publisher LTD, Springfield, Illinois, 2006
2. d'Errico I., Mastrofilippo D., De Marzo N., Nardini M.: Gotan Project: Tango, a dance to experience oneself. PSYCHIAT DANUB, 2014; 26 (suppl.1): S71-74
3. d'Errico I.: Art As A Means Of Accessing Ourselves. Using Art In Psychotherapy. Psychiatria Danubina, 2017; Vol. 29, Suppl. 3, pp 238-490
4. Lecoq J.: The Moving Body (Le Corps Poétique), Routledge, 2002
5. Salatino P.: Il Teatro dell'Oppresso nei luoghi del disagio, Navarra Editore, Palermo, 2011



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Infertilità e depressione: il dolore di un figlio “negato”

/ Francesca Mari /

L'infertilità in Italia riguarda circa il 15% delle coppie, nel mondo il 10-12%. I motivi sono molteplici, talvolta anche di natura psicologica. Molto spesso l'impossibilità di concepire scatena vere e proprie crisi d'ansia e depressione. Soprattutto nelle donne.

La difficoltà di avere un figlio è sempre più diffusa, soprattutto con l'innalzamento della soglia della ricerca di una gravidanza. Se l'età più fertile per una donna è di 25 anni, negli ultimi 30 anni la soglia in cui si sceglie di concepire si è alzata ai 35. E sono sempre più numerose le aspiranti mamme over 40 che desiderano un figlio. Proprio per questo motivo è sempre più diffuso il ricorso alla Pma (Procreazione medicalmente assistita) che può consentire alle coppie di procreare con il sussidio della scienza. Tuttavia, non sempre la scienza riesce ad individuare le cause dell'infertilità, e le tecniche utilizzate non garantiscono sempre successo. Questi fallimenti, spesso, causano nelle donne stati d'ansia e depressione. Che, poi, secondo gli studiosi, è un cane che si morde la coda perché talvolta proprio gli stati di stress e ansia sembrano intralciare il concepimento.

Un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità fa il punto sulla letteratura internazionale dedicata agli aspetti psicologici della salute riproduttiva delle donne. Si tratta del Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature, OMS, 2009. Per quanto riguarda l'infertilità e le tecniche di riproduzione assistita, il rapporto presenta alcune conclusioni rilevanti tratte dall'analisi di studi internazionali condotti sulla popolazione femminile infertile. Secondo lo studio esiste una causa psicologica dell'infertilità. Diversi autori hanno ipotizzato delle cause di origine psicologica dell'infertilità. Ad esempio difficoltà nell'identificazione sessuale, conflitti interni, ambivalenza verso la genitorialità, ansia e depressione. Tali ipotesi sono state proposte per spiegare i casi di infertilità per i quali non viene identificata una causa riconosci-

bile di tipo biologico (infertilità inspiegata). Tuttavia, con la maggior conoscenza del fenomeno dell'infertilità, il numero di casi di infertilità inspiegata si è notevolmente ridotto. Le difficoltà psicologiche e il disagio possono però indurre comportamenti che rappresentano un rischio comprovato di infertilità come i disordini alimentari fino all'anoressia o alla bulimia (magrezza eccessiva o obesità). O anche l'attitudine verso rapporti sessuali a rischio di contagio da malattie veneree, il fumo, l'abuso di alcol e l'uso di droghe, compreso il doping. È difficile capire se i disturbi psicologici correlati all'infertilità siano una reazione normale ad una situazione “anormale” e particolarmente difficile o se si tratta di qualcosa di più. È certo però che quasi tutte le donne che affrontano un trattamento per l'infertilità mostrano, sia pure in misura diversa, varie reazioni. Sintomi di ansia, irritabilità, profonda tristezza, auto colpevolizzazione, calo di energie e di motivazione, tendenza all'isolamento e ipersensibilità. Molto comune è il sentimento di colpa per scelte o comportamenti passati che vengono ritenuti causa di infertilità. Una reazione opposta, anch'essa comune, è la rabbia contro il partner, contro amici o conoscenti che hanno bambini e contro chi si permette di dare consigli non richiesti. L'infertilità, infine, viene spesso descritta come l'esperienza di perdita di una intera dimensione di vita, condizione questa che comprensibilmente causa depressione. Reagire alla sofferenza psichica è importante. Acquisire informazioni sull'infertilità e sulle tecniche di procreazione assistita è necessario. Assumere un ruolo attivo nel prendere decisioni riguardo ai

trattamenti da eseguire o meno, aiuta a combattere la depressione e attiva risposte positive da parte degli altri. Al contrario, negare il problema espone al rischio di una aspettativa irrealistica nei confronti dei possibili trattamenti, rende vulnerabili alle disillusioni e psicologicamente dipendenti dal medico. Le donne complessivamente soffrono più degli uomini a causa dell'infertilità. Le donne sono depresse e stressate dalla condizione in sé, indipendentemente da chi nella coppia è infertile. Gli uomini soffrono soprattutto della propria infertilità, che viene vissuta spesso come segno di impotenza e di inadeguatezza sessuale. Inoltre, probabilmente poiché la maggior parte degli accertamenti e dei trattamenti viene eseguito sul corpo femminile, le donne spesso provano un senso di colpa. O, anche, di inadeguatezza nonostante che il fattore di infertilità sia maschile. In caso di infertilità inspiegata o di coppia, infine, sia gli uomini che le donne sono portati a ritenere che “la colpa” sia femminile. L'infertilità può influenzare negativamente la vita di coppia. Il senso di colpa e di biasimo che non può essere espresso può avere effetti insidiosi sulla vita intima. La persona infertile può temere di non essere accettata dall'altro e sentirsi obbligato a offrire l'eventuale divorzio per consentire la genitorialità con un altro. Inoltre la spontaneità sessuale può venir inibita dalla necessità di avere rapporti sessuali programmati e finalizzati alla riuscita del trattamento. Tuttavia se l'infertilità viene affrontata con solidarietà tra i partner questa esperienza può rafforzare e migliorare il rapporto di coppia. Molti psicologi e counselor si sono occupati, negli ultimi anni, della sofferenza psi-



Foto: Envato Elements

cologica causata dall'infertilità. Ecco alcune indicazioni.

1. Accetta la crisi. L'infertilità può essere una delle maggiori sfide della tua vita. Non fare finta di niente: riconoscere la difficoltà e accettare le emozioni (comprese le crisi di pianto e la rabbia) è la condizione indispensabile per elaborarle. 2. Impara a parlare del tuo problema. Non è necessario esporsi al rischio dell'incomprensione, dunque scegli consapevolmente con chi, quando, come e di cosa vuoi parlare. 3. Non sentirti in colpa. Resisti alla tentazione di prendertela con te stesso e di accusarti per tutte le scelte fatte finora. 4. Chiedi aiuto se ne senti il bisogno. Spesso la sofferenza causata dall'infertilità è sottovalutata da chi ti circonda e in generale dalla società. Questo aumenta il desiderio di solitudine e di isolamento. Invece, condividere la propria esperienza e le proprie emozioni, anche negative, può essere di grande aiuto. Rivolgiti a uno psicologo o tieniti in contatto con coppie o associazioni di pazienti. 5. Colti-

va altri interessi e non trascurarti. È importante conservare il senso della propria integrità e identità. Prendi in considerazione la possibilità di adottare un bambino. Anche dedicarsi alle adozioni a distanza, come molti vip dello spettacolo, può essere di conforto. 6. Allontana lo stress. Esistono delle tecniche di riduzione dello stress come lo yoga o la meditazione, molto utilizzate e consigliate. Anche l'esercizio fisico può essere di aiuto nel contenere la tensione emotiva.

Sitografia

1. www.iss.it
2. www.corriere.it
3. www.salute.gov.it



Francesca Mari

Cronista del Mattino di Napoli, Redattrice di “Depressione Stop”

Abuso sessuale femminile e i risvolti depressivi

/ Maria Vincenza Minò /

Nell'immaginario collettivo al termine "abuso sessuale" si associa in automatico la figura di un uomo quale autore del reato. Contrariamente a quanto si pensa l'abuso sessuale può essere perpetrato anche da donne.

I casi di abuso sessuale da parte delle donne e la carenza di studi in merito portano ad oscurare il crimine sessuale femminile. I motivi sono dovuti al fatto che la società tende a percepire la donna come il "sesso debole" a cui viene associato l'istinto di maternità. L'azione sessuale malata è riservata all'uomo e la donna che agisce un abuso è sempre considerata come affetta da severe alterazioni psichiche. Tutte le donne che commettono un abuso sessuale hanno in comune un'esperienza traumatica vissuta nell'infanzia. Ogni donna abusante attua comportamenti individuali e bisogni specifici da soddisfare (Saradjian J., 1996; Natan P. & Ward T., 2001; Gannon et al., 2008).

Tra questi rientrano: 1) La gestione del potere e il controllo dopo essere stata vittima. L'abuso sessuale diventa così, uno strumento di potere della loro vita. 2) Dire alle proprie vittime che l'abuso è l'espressione del loro amore. Le

vittime diventano fonte di gratificazione sessuale in quanto le donne abusanti sono state bloccate o inibite nel loro sviluppo psicosexuale. Ciò impedisce loro di soddisfare le proprie esigenze di affetto e sesso con partner adulti. 3) Percezione distorta del desiderio di affetto del minore. Le esperienze di vicinanza, contatto fisico, rassicurazione, richieste dal bambino vengono interpretate come desiderio sessuale. 4) Paura della violenza del partner. Le donne abusanti agiscono per evitare che il partner abbia comportamenti violenti su di loro. 5) Attuazione di una forma di vendetta per l'abuso sessuale subito in passato. 6) Provare una forte gelosia. Le donne che commettono un abuso sessuale considerano il corpo del bambino come una loro proprietà. Lo valutano come il prolungamento di sé stesse. In altri casi madri gelose delle proprie figlie utilizzano l'abuso per impossessarsi del proprio corpo. 7) La rabbia provata dalla donna

abusante scaturisce dal riconoscimento della propria fragilità, del senso di impotenza e della paura di vivere. Per la vittima tale aspetto emotivo si manifesta alla richiesta di autonomia e svincolo. Essa metterebbe a rischio l'equilibrio e l'illusorio benessere costruito nel rapporto a due. 8) Vi sono casi di donne che vendono, contrattano bambini/adolescenti o che li utilizzano per la produzione di filmati e foto. Essi entrano a far parte del mercato sessuale online. Le vittime di donne abusanti possono essere bambini o adolescenti. Un gruppo significativo di donne che abusano sessualmente dei bambini rientrano nel gruppo delle cosiddette "insegnanti/amanti". Si tratta di insegnanti donne di 30 anni che prediligono vittime maschili con un'età media di 12 anni. Le "insegnanti/amanti" riescono ad avere un maggior controllo nella relazione con i ragazzi adolescenti rispetto agli uomini della loro età. I comportamenti sessuali abusanti spesso derivano da una relazione disfunzionale con l'adulto o da deficit nello sviluppo infantile. Tali donne presentano importanti nuclei psicopatologici quali depressione e disturbo da stress post-traumatico. Vi è un gruppo di donne definite "passive" che instaurano relazioni con uomini abusanti, danneggiano i propri figli e farebbero qualsiasi cosa pur di vedere il proprio uomo felice. Tali donne arrivano a pensare che il "maltrattamento accompagnato" renda la coppia più forte. Si tratta di donne emotivamente dipendenti, socialmente isolate e dalla scarsa autostima. Non si impegnano in un contatto sessuale diretto ma possono osservare gli abusi senza intervenire, procurare delle vittime, esporre i bambini alla pornografia o all'in-



Foto: Envato Elements

terazione sessuale. Le donne abusanti che svolgono, invece, un ruolo attivo nell'abuso e che affiancano un compagno abusante sono motivate dalla gelosia. Esse sono spinte dalla rabbia e possono abusare sessualmente i propri figli. In ultimo, vi sono le donne abusanti omosessuali che forzano le ragazze a prostituirsi. La motivazione dell'atto è di tipo economico anziché solo sessuale. I bambini abusati dalla madre possono sviluppare pensieri suicidari, gravi forme di autolesionismo, depressione, ansia, disturbi della personalità e abuso di sostanze (Vandiver et al., 2017). Inoltre, il bambino può rispondere alla vittimizzazione con comportamenti di tipo evitante, dissociandosi dalle proprie emozioni per sottrarsi al confronto con esse. Le vittime di abuso sessuale provano vergogna, rabbia e sfiducia nei confronti della figura materna. Tali stati emotivi danno origi-

ne a problemi di identità sessuale e difficoltà nelle relazioni. Nello specifico, bambini abusati sessualmente dalle loro madri, a differenza delle femmine, sperimentano sentimenti di unicità, come se fossero eccezionali o si sentono i "re del mondo". Dal punto di vista statistico, le ricerche indicano che il 90-95% di tutti gli abusi sessuali non vengono segnalati. Il numero risulta ancora più elevato per gli abusi perpetrati dalle donne.

La capacità di sopravvivere all'abuso sessuale intra o extra familiare è di difficile attuazione. Molti adolescenti sviluppano una vera e propria repulsione verso il contatto fisico, dipendenze sessuali o condotte aggressive che possono sfociare in abuso sessuale. Occorre pertanto, segnalare e prevenire il reato. Permettere alla vittima e alla donna abusante di attuare un valido percorso di tipo psicoterapeutico e farmacologico

per evitare la reiterazione dell'atto.

Bibliografia

1. Cabras E, Saladino V. "La dipendenza affettiva. Testimonianze di casi di manipolazione e violenza". Carocci Editore, 2020.
2. Gannon T, Rose A M R, Ward T. Pathways to female sexual offending: A preliminary study. *Psychology Crime and Law*, 2010; 16:359-380.
3. Nathan P, Ward T. Females who sexually abuse children: Assessment and treatment issues. *Psychiatry, Psychology and Law* 2001; 8(1): 44-55.
4. Saradjian J. Women who sexually abuse children: from research to clinical practice. Chichester, UK 1996: John Wiley & Sons.
5. Vandiver D. et al. Sex crimes and sex offenders, Routledge, New York, 2017.



Maria Vincenza Minò

Psicologa-Psicoterapeuta IPRA
Redattrice

Le farfalle che non possono volare

/ Gino Aldi /

**“Le farfalle stupiscono ancora”!
Ai mondiali di ginnastica ritmica
l’Italia ha brillato collezionando
medaglie di oro grazie alle bravissime
e giovanissime atlete della ginnastica
ritmica.**

Plausi e congratulazioni sono piovute con abbondanza sul mondo della ginnastica per le bravissime “farfalle” e tanti hanno esultato per questo splendido risultato. Lo stesso accade ripetutamente, quando si assiste ai saggi di danza o di ginnastica artistica o di altri sport, l’agonismo e la prestazione diventano spesso una religione alla quale è impossibile sottrarsi. Trionfare, vincere, salire sul podio, diventano un dovere più che un piacere. Inutile dire che questi sentimenti appartengono anzitutto al mondo adulto, allenatori in primo luogo e genitori successivamente. Adulti che riversano aspettative onnipotenti e crudeli su una infanzia ancora in crescita. Trasformano un momento ludico e di formazione in una vita infernale e dolorosa. Prima di affermare che lo sport fa bene occorre osservare il modo di operare degli allenatori. Nina Corradini e Anna Basta, giovanissime “farfalle” della nazionale azzurra hanno gridato ai quattro venti la loro disperazione. Raccontava Anna

Basta: “Per la ginnastica ho tentato due volte il suicidio”. Lei è bolognese e - si legge su Repubblica - ricorda bene le notti passate in piedi, a piangere. Per due volte, l’ex stella della Nazionale di ritmica ha pensato al suicidio. “Una volta non ho agito perché è entrata una persona in stanza e mi sono scossa. La seconda ero in mezzo alla gente”. Dovremmo prestare più attenzione alla relazione tra sport e depressione, tra sport e ideazione suicidaria, tra sport e disturbi alimentari e altre malattie psichiatriche. Lo sport è profondamente inquinato da aspettative adulte che minano i suoi fondamenti e i suoi valori. I segnali sono tanti: basta osservare lo spettacolo di quei numerosi genitori che urlano dagli spalti contro i loro figli e quegli altri per prestazioni giudicate scadenti della propria squadra. Non parliamo delle offese lanciate contro le squadre altrui che potrebbero competere con i peggiori slogan inventati da ultras da stadio. E poi ci sono gli allenatori che sui bambini investono la loro carrie-

ra e la loro immagine. Bambini e giovani trasformati precocemente in macchine, in oggetti da esibire, da plasmare, modellare. I loro corpi diventano argilla nelle mani di un vasaio disattento e crudele, che vede nelle loro anime un ostacolo più che un fiore da coltivare. La fame, il dolore, la paura, la gioia, tutto ciò che dovrebbe animare lo sport e renderlo luogo di formazione umana, diventano fastidiosi e ingombrati accessori. Elementi devianti che disturbano e allontanano dal risultato. Conta solo la prestazione, la vittoria, il successo. Il

risultato è che le nostre farfalle hanno ali bellissime, una movenza graziosa e un’arte di muoversi eccellente ma non hanno più voglia di volare. Un mondo disattento ha rubato la loro infanzia, si è impadronita delle loro vite e ne ha fatto macello. Le farfalle, le danzatrici e i tanti ragazzi che si sono avvicinati allo sport con speranza e passione si ritrovano un animo privo di gioia. Vivono un senso di delusione e di fallimento che prelude alle ben note problematiche di cui ci occupiamo noi psichiatri e psicologi. Dovremmo attivare una campagna

di prevenzione e di informazione sui pericoli di un certo modo di fare sport e danza. Ponendo anzitutto al centro l’importanza formativa di queste discipline e mettendo in guardia dalle deviazioni pericolose che adulti senza scrupoli possono causare. Aiutare i genitori a valutare la qualità relazionale degli allenatori e formare questi ultimi a una relazione più sana. Abolire l’agonismo spinto nella fase di crescita, obbligando allenatori e società a valorizzare tutti gli allievi. Ricordare a tutti che lo sport deve essere anzitutto gioia di vivere, passione, rilas-

samento e piacere. Lo sport e le discipline artistiche sono meravigliosi. A noi non trasformarle in un inferno, in un luogo in cui non si insegna a volare ma soffrire.



Gino Aldi

Psicologa-Psicoterapeuta IPRA
Redattrice



Foto: Envato Elements

Flash mob a Bari. Non siete soli a soffrire

/ Antonella Litta /

Evento Flash Mob a Bari, in occasione della Giornata Europea sulla Depressione 2022. Il tema di questo anno è “Emergenza e Depressione, riconoscere ed informare”

Sotto un magnifico sole e di fronte al mare, nella Giornata Europea della Depressione, l'EDA Italia Onlus, sezione di Bari, ha organizzato un flash mob. Esso è stato centrato su un target ben preciso. Sensibilizzare la gente di Bari ad una maggiore conoscenza e consapevolezza della malattia depressiva e dei disturbi dell'umore in genere. E inoltre, ma non di meno, sensibilizzare alla lotta allo stigma e alla discriminazione, spesso associati alla patologia depressiva.

Le emozioni che caratterizzano la depressione sono emozioni dure, sgradevoli a vedersi e percepirsi. Il senso di solitudine e abbandono, la stanchezza dell'anima, l'assenza di piacere e di provare piacere ne sono le caratteristiche nucleari e salienti. Cosa è un flash mob? È un termine coniato nel 2003. È composto dalle parole flash (lampo, improvviso, rapido) e mob (folla, ma anche “raggruppare” - to mob). Indica un assembramento improvviso di un gruppo di persone in uno spazio pubblico, che svolge un'a-

zione collettiva. Azione inusuale e imprevedibile che non può passare inosservata. Si dissolve nel giro di poco tempo. È un assembramento pacifico. Il raduno viene generalmente organizzato online. Le regole del flash mob vengono illustrate ai partecipanti pochi minuti prima. Possono essere diffuse prima per consentire ai partecipanti di prepararsi adeguatamente. Nel nostro caso l'azione è stata studiata anticipatamente. Dopo la folla si disperde (sito 2). L'idea del flash mob l'abbiamo scelta perché potente mezzo di comunicazione per coinvolgere i cittadini. Iniziativa resa possibile grazie alla partecipazione dell'Accademia dello Spettacolo Unika, in Bari. E grazie al patrocinio della Città di Bari che ci ha concesso l'utilizzo della rotonda di Largo Giannella, una bellissima rotonda sul mare. Nell'ora convenuta, sotto gli occhi incuriositi dei passanti, noi e i ragazzi dell'Unika, con i loro insegnanti, abbiamo raggiunto il cuore del Largo. I ragazzi hanno inscenato una danza e durante la

danza lanciavano parole scelte con cura e intrise di forte emotività. “Non siete soli”, “Niente”, “mai”, “Tutto”, “Nessuno”, “Non siete soli a soffrire”, “Sempre”. Le loro voci, giovani e cariche di speranza, risuonavano in Largo Giannella attirando gli sguardi incuriositi dei passanti. La rappresentazione di parole e danza, della durata di cinque minuti, è stata ripetuta più volte per coin-

volgere più passanti possibili. E per amplificare il messaggio sotteso. Al termine dell'evento i passanti sono stati coinvolti con domande e richieste di delucidazioni sul tema dell'evento, a cura mia e di Imma d'Errico, entrambe socie dell'associazione EDA Italia Onlus a Bari. Lo spettacolo coreografico è stato ideato da Sabrina Speranza, coreografa. La scelta delle parole e del canto è

stata frutto di studio e ricerca dei ragazzi dell'Accademia Unika, sotto la guida di Loredana Savino, maestra di canto. A Bari il flash mob, per dire no alla stigmatizzazione della depressione, no alla disinformazione e no alla cultura del diniego è stato un successo! Accolto con un calore umano che ci fa ben sperare



Gennaro Guida
FOTOGRAFIA

Foto: Gennaro Guida, 2022

Bibliografia

1. <https://www.antennasud.com/depressione-a-bari-un-flash-mob-per-ricordarsi-di-non-essere-soli/>
2. <https://www.sololibri.net/Flash-mob-cos-e-come-nasce.html>



Antonella Litta

*Psichiatra, Psicoterapeuta
Redattrice*

Informiamoci su come informarsi: 9 regole per evitare la cattiva informazione in rete

/ Patrizia Amici /

L'emergenza sanitaria ha reso evidente il ruolo dell'informazione nel condizionare comportamenti, atteggiamenti ed emozioni nella popolazione. Con riferimento alla letteratura medico-scientifica si sottolinea l'importanza, oggi più che mai, di saper informarsi correttamente. Viene proposta una breve e sintetica guida su come avvicinarsi con maggiore consapevolezza alle fonti di informazione.

Nell'ultimo anno il 97,3% degli italiani ha cercato l'informazione su tutte le fonti disponibili, off e online, per una media di 2,7 fonti consultate per ciascuno. Utilizzano Internet il 69,1% dei ragazzi con meno di 14 anni e ben il 61,7% dei ragazzini con meno di 12. L'emergenza Covid-19 ha reso evidente l'emergere di un nuovo modo di informarsi, che non è nato con la pandemia ma che essa ci consente di osserva-

re. 14 milioni di persone durante l'emergenza sanitaria non hanno acceso radio o tv, letto quotidiani ma hanno navigato sul web. Sono prevalentemente giovani: il 35,9% ha meno di 35 anni, solo l'8,7% ne ha più di 65. Il 54,4% è diplomato, il 52,7% è occupato, il 55,9% vive in coppia con figli e il 21,2% è single. Con riferimento alla pandemia, i dati indicano che l'83,4% delle persone si è imbat-tuta in una informazione falsa

(Rapporto Censis 2022). Il web ha portato grandi cambiamenti nelle nostre vite. La parola inglese WEB significa "ragnatela, intreccio" ed è l'abbreviazione di World Wide Web ovvero "ragnatela estesa in tutto il mondo". Dobbiamo immaginare pagine della rete legate tra loro attraverso nodi (link) e visualizzabili attraverso programmi appositi (5). In relazione all'informazione di carattere medico scientifico la rete ha sicuramente reso fruibile una quantità immane di informazioni. Il vantaggio? Le informazioni veicolate sono spesso più democratiche, fruibili, semplici e immediate. Lo svantaggio? La difficoltà ad orientarsi in questo mare di conoscenze spesso imprecise, incomplete o contraddittorie. Questo ha ricadute sul benessere della persona poiché causa incertezza, ansia e sfiducia. In aggiunta può spingere a mettere in atto comportamenti errati o seguire strade di cura non scientifiche. È importante, quindi, possedere strumenti adeguati per reperire e valutare le informazioni. Esiste un codice di linee guida per la certificazione di qualità di una fonte medico-scientifica, detta HON-CODE, elaborato dalla Health on the Net Foundation (3). Se ne riportano gli elementi giudicati primari:

1 -Fate attenzione alle fonti prima che ai contenuti: le fonti devono essere citate chiaramente. Preferite fonti istituzionali o ufficiali o accreditate. Gli articoli devono riportare chiaramente il nome e cognome dell'autore il suo CV, la data di pubblicazione del contenuto e la bibliografia di riferimento (Codice dell'Attribuzione Chiara).

2 -Il sito deve riportare in modo chiaro la mission ed essere di facile comprensione e consultazio-

ne (Codice di trasparenza). Deve riportare la proprietà del sito, le fonti di finanziamento ed eventuali sponsor.

3 -Il sito deve riportare chiaramente l'intento esclusivamente informativo e rimandare la persona alla visita del proprio medico, non deve prescrivere terapie o consigliare farmaci (Codice di Complementarietà).

4 -Google, così come altri motori di ricerca, sono solo dei contenitori che evidenziano la popolarità di un contenuto (altresi detta indicizzazione) e non la sua attendibilità o autorevolezza. Google non è un medico!

5 -Blog e forum sono interessanti ma sono creati per raccontare storie di vita ed esperienze. Non sono quindi universali e ogget-

tivi possono generare confusione, incertezza, timore, tristezza. Ogni storia è a sé e quindi non generalizzabile (3).

6 -Fate attenzione ai siti che propongono soluzioni facili, rimedi validi per tutti (2). 7 -Fate attenzione ai siti che spingono all'acquisto di qualsivoglia rimedio farmacologico e non (2). 8 -Fate attenzione ai siti che usano toni allarmistici o catastrofici. 9 -Non accontentatevi di una sola fonte di informazione ma cercate conferma di quanto letto anche in altri siti o presso il medico di famiglia o specialista. I momenti di grande tristezza e fatica possono portare alla ricerca di soluzioni. Il Web è una grande ricchezza se usato saggiamente e consapevolmente.



Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. La buona comunicazione dell'emergenza quotidiana. Rapporto Ital Communication e Censis. Sala Capitolare. Chiostro del Convento di santa Maria Sopra Minerva. Senato della Repubblica. Luglio 2022
2. www.Fondazioneumbertoveronesi.it/magazine
3. www.Hon-ch/en/social-networks.html
4. www.Istituto-besta.it/in-deep-misura-l-informazione
5. www.Treccani.it



Patrizia Amici

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

SINPIA e la guerra in Ucraina

/ Luigi Starace /

Gli effetti della guerra in Ucraina per le giovani generazioni di italiani. Breve sintesi dell'allarme della Società Italiana di Neuropsichiatria (SINPIA).

La SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria della Infanzia e della Adolescenza lancia l'allarme sugli effetti a lungo termine della guerra in Ucraina per le giovani generazioni italiane. La salute mentale e il benessere psichico, già provati dai due anni di pandemia per bambini e adolescenti italiani è in forte calo. La guerra in Ucraina aggiunge nuovi elementi di forte stress non controllabili. Il numero di bambini e adolescenti italiani che necessita un supporto specialistico sarebbe raddoppiato già ora a causa del Covid-19. A loro va aggiunto il numero di orfani e traumatizzati di guerra accolti e integrati in Italia. La problematica è complessa e, secondo la SINPIA, non si limiterebbe alle attuali generazioni, ma potrebbe estendersi anche alle prossime. Nel mese di marzo 2022 la SINPIA ha emesso un comunicato molto duro ma realistico sulle criticità in salute mentale per bambini e adolescenti italiani. Alle sequele dei due anni di pandemia verrà a sommarsi un effetto domino dovuto alla guerra in Ucraina. Un errore pensare che i giovani italiani non ne subiranno un contraccolpo psicologico.

La SINPIA sottolinea come gli effetti saranno anche maggiori sui bambini e adolescenti già affetti da un qualunque tipo di disabilità. Dalle parole della prof.ssa Elisa Fazzi, presidente della SINPIA emerge un quadro dovuto all'effetto domino sui minori. Esso richiede l'attenzione di istituzioni, operatori sociali e professionisti della salute mentale: "Sono fortemente vulnerabili allo stress e con minori capacità di adattamento ai traumi, con conseguenze devastanti sul loro sviluppo e quindi sul loro futuro che è il futuro del mondo. È con infinito sconforto, incredulità e dolore del quale siamo testimoni, dopo due anni di pandemia che ha duramente provato tutta la comunità mondiale ed in modo specifico la salute mentale dei bambini e degli adolescenti, del palesarsi dei venti di guerra nel continente europeo con uno scenario che non ci saremmo mai aspettati di rivedere dopo la Seconda Guerra Mondiale. Non pensavamo che ciò sarebbe mai accaduto di nuovo in Europa". La guerra arriva in un momento già critico per il benessere dei soggetti più fragili. Secondo i dati di un ampio stu-

dio internazionale sull'impatto della pandemia Covid-19 sulla salute mentale e fisica dei bambini e degli adolescenti, presentato al Congresso SINPIA 2022, il benessere psichico dei minori è diminuito di più del 10% a livello globale. I bambini con bisogno di supporto clinico specialistico sono raddoppiati. Ma non solo si rivela anche un aumento di tutta la sintomatologia preclinica: rabbia, noia, difficoltà di concentrazione, senso di solitudine e di impotenza, stress, disturbi del sonno. A questo scenario ora si aggiungono le conseguenze della guerra scoppiata in Europa. La letteratura scientifica sulla età evolutiva riporta effetti già molto noti sulle conseguenze dei conflitti armati oltre a un più elevato rischio di nascita prematura, un incremento di mortalità infantile e infine l'aumento del numero di bambini orfani. Le criticità vanno affrontate per garantire un futuro di benessere. "Durante l'infanzia e l'adolescenza viene segnalata una più alta incidenza di disturbi d'ansia e dell'umore, con evoluzione, nel 30-40% dei casi, in un disturbo post-traumatico da stress. Tale condizione psicopatologica determina un'importante compromissione della salute psichica anche in età adulta". Spiega il prof. Alessandro Zuddas, vicepresidente SINPIA. Recenti ricerche evidenziano inoltre come le conseguenze psichiche della guerra perdurino nelle generazioni successive, determinando ripercussioni negative trans generazionali sulla salute mentale. Questo vale per i bambini dei Paesi dove la guerra c'è, ma vale in qualche misura anche per i bambini che la guerra la vedono alla televisione o attraverso i racconti degli adulti. Stando ai dati comunicati dalla

SINPIA in occasione della Giornata Nazionale per la Promozione del Neurosviluppo (svoltasi in maggio e pertanto senza l'aggiornamento statistico legato alla emergenza guerra) in Italia i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva colpiscono quasi 2 milioni di bambini e ragazzi, tra il 10% e il 20% della popolazione infantile e adolescenziale tra i 0 e i 17 anni, con manifestazioni molto diverse tra loro per tipologia, decorso e prognosi. In meno di dieci anni è raddoppiato il numero di bambini e adolescenti seguiti nei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA). Le politiche di accoglienza garantiscono la salute mentale sia dei bambini profughi sia di quelli italiani. I due insieme sono osmotici, vanno pensati come un'unica realtà di cui farsi carico. "In questo tempo di grande incertezza è indispensabile fare tutto il possibile per proteggere i nostri ragazzi, chiedendo a gran voce di cessare la guerra, ogni guerra. Sfortunatamente, questa guerra aggiungerà molti altri al numero di bambini che subiranno lesioni potenzialmente letali o causa di disabilità future, così come traumi che comprometteranno la loro salute mentale". Sostiene la dott.ssa Antonella Costantino, Past President SINPIA. Per la SINPIA, così come a livello europeo per la ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) il primo obiettivo deve essere quello di tutelare al massimo la salute psicofisica di ogni bambino e adolescente. Consentire ai bambini e ai ragazzi di tutto il mondo di crescere al sicuro dalle minacce e dalle conseguenze dei conflitti armati è uno degli obiettivi prioritari da sempre dell'OMS. Tali esortazioni sono



Foto di Luigi Starace, "Sad War girl", 2022

state riprese anche dalla lettera aperta che l'European Academy of Childhood Disability (EACD) ha divulgato in maggio 2022. La finalità era quella di sensibilizzare i governi coinvolti nel conflitto e i paesi UE. L'ideale sarebbe ragionare in ottica di prevenzione oltre che inclusione, ma si rischia di sfiorare l'utopia. Con l'arrivo di bambini profughi e/o orfani provenienti dalle zone coinvolte nel conflitto il mondo della salute mentale infantile italiano richiede risorse economiche e umane ora deficitarie. Le logiche aziendalistiche sanitarie però non tengono conto del fatto che è il benessere psichico futuro di intere generazioni. Bambini traumatizzati cui è stato negato il futuro e che rischiano di essere ulteriormente traumatizzati da sistemi di accoglienza inadatti. Bambini che incontreranno altri bambini, i nostri figli, che pure si interrogheranno sul perché di questa tragedia e su come saremo capaci di dare risposte. A tutti dovremo pensare e a tutti dovremo insegnare come vivere in pace. Promemoria

Ci sono cose da fare ogni giorno: lavarsi, studiare, giocare, preparare la tavola a mezzogiorno.

Ci sono cose da fare di notte: chiudere gli occhi, dormire, avere sogni da sognare, orecchie per non sentire. Ci sono cose da non fare mai, né di giorno né di notte, né per mare né per terra: per esempio la guerra.

Gianni Rodari

Sitografia

1. <http://sinpia.eu/wp-content/uploads/2022/04/Open-letter-Appeal-for-Action-EACD-April-20221.pdf>
2. http://sinpia.eu/wp-content/uploads/2022/05/CS_SINPIA_11-Maggio-prima-Giornata-Neurosviluppo.pdf
3. <https://sinpia.eu/guerra-e-salute-mentale-minori/>
4. <https://www.eacd.org/openletterukraine>



Luigi Starace

Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

Premio di studio Marcello Nardini: Congresso nazionale SOPSI 2022

/ Immacolata d'Errico /

Al Congresso Nazionale di Psicopatologia del 2022 è stato assegnato il “Premio di studio Marcello Nardini” ai giovani psichiatri Laura Fusar Poli, Jacopo Lisoni e Anna Maria Auxilia.

Marcello Nardini, è stato psichiatra clinico, psicopatologo e fenomenologo. Ha sempre cercato di interessare un dialogo tra la malattia mentale, nella sua immaterialità, con la psicopatologia e le neuroscienze. Nel suo lavoro come psichiatra, come clinico, come formatore, come uomo di scienza ha sempre considerato i pazienti - non pazienti - ma persone uniche ed irripetibili. Il tutto nella profonda consapevolezza e rispetto delle differenze tra persone, mentalità, percorsi di vita. Nel 2020 è stato istituito il “Premio di studio Marcello Nardini” che si svolge in occasione del Congresso Nazionale SOPSI (Società Italiana di Psicopatologia). Questo premio, finanziato dalla dott.ssa Immacolata d'Errico, sig.ra Nardini, vuole onorarne in modo degno e duraturo la memoria. Il

Premio di studio Marcello Nardini viene destinato a giovani psichiatri per lo svolgimento di ricerche in psichiatria clinica, psicopatologia e neuroscienze. Ha un valore totale di € 5000,00 suddiviso in tre premi da destinare ai primi 3 classificati del concorso. Di seguito un breve report sui vincitori. Il 1° classificato al premio di studio Marcello Nardini è stata Laura Fusar Poli cui è andata la somma di € 2500,00. Il titolo del suo lavoro è stato “Associazione tra uso di cannabis e riconoscimento delle emozioni facciali in persone con schizofrenia, fratelli e controlli sani: risultati dallo studio EUGEI”. Le persone con schizofrenia hanno spesso difficoltà ad a riconoscere le emozioni facciali espresse dalle altre persone. Per esempio, potrebbero confondere una espressione felice con una

arrabbiata. Questa ricerca ha valutato l'associazione tra l'uso di cannabis e le capacità di riconoscimento delle emozioni facciali. E questo sia in pazienti con schizofrenia, in fratelli, e in persone sane della popolazione che hanno partecipato ad un grande studio internazionale. I risultati hanno mostrato che le persone con uso regolare di cannabis sembrerebbero avere una migliore capacità di riconoscere le emozioni facciali. A differenza di chi non ha mai usato cannabis. Questo effetto sembrerebbe però annullato in coloro che iniziano ad usare la cannabis prima dei 16 anni. Questo confermerebbe gli effetti nocivi della sostanza sullo sviluppo del cervello. Il 2° classificato al premio di studio

Marcello Nardini è stato Jacopo Lisoni, cui è andata la somma di € 1500,00. Il titolo del suo lavoro è stato: <<Efficacia del transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) prefrontale-bilaterale nel miglioramento dei sintomi negativi e cognitivi in un campione di pazienti affetti da schizofrenia: risultati di un “randomized double-blind sham-controlled trial”>>. La sintomatologia negativa e i deficit cognitivi sono segni di deteriorato funzionamento nella vita reale nei pazienti affetti da schizofrenia. Per sintomatologia negativa si intende la presenza di sintomi quali appiattimento affettivo, ritiro sociale, diminuzione dell'espressione emozionale, sostanzialmente. I deficit cognitivi sono ad esem-

pio deficit nell'attenzione, nella memoria, nell'apprendimento, nella concentrazione, nelle abilità verbali e nelle funzioni cognitive. Per poter valutare se potessero migliorare questi aspetti clinici, è stata indagata una tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva. È una tecnica a basso costo, che richiede impiego di correnti elettriche a bassa intensità, la tDCS. L'idea alla base di questo studio è che, stimolando la corteccia dorsolaterale prefrontale, la tDCS potesse migliorare la sintomatologia negativa e cognitiva. La corteccia dorsolaterale prefrontale è un'area cerebrale coinvolta in fondamentali facoltà cognitive, quali la memoria, l'attenzione e la pianificazione

temporale. È stato riscontrato come significativamente migliorata la sintomatologia negativa, in particolare avolizione (mancanza di motivazione), apatia, i deficit espressivi e la sintomatologia disorganizzativa. Non è stato osservato miglioramento della sintomatologia positiva. Per quanto riguarda il potenziamento delle funzioni cognitive, sono stati ottenuti preliminari ma incoraggianti risultati esclusivamente riguardo al miglioramento della memoria di lavoro. La tDCS ha dimostrato avere un ottimo profilo di sicurezza e tollerabilità, quindi può essere una strategia all'avanguardia nel trattamento della sintomatologia negativa/cognitiva. Il 3° classificato al premio di studio Mar-



Foto: Immacolata d'Errico - Prof. Marcello Nardini



Foto: Immacolata d'Errico "Prof. Marcello Nardini"

cello Nardini è stata Anna Maria Auxilia, cui è andata la somma di € 1000,00. Il titolo del suo lavoro è stato "Predittori clinici e demografici di discontinuazione dei farmaci antipsicotici long-acting in pazienti con disturbi psicotici: un progetto multicentrico". Sebbene l'utilizzo di terapie antipsicotiche Long-Acting Injectable (LAI) favorisca l'aderenza al trattamento, circa 1/3 dei pazienti ne interrompe l'assunzione a un anno. La terapia LAI si somministra a intervalli regolari, in quanto grazie a proprietà farmacocinetiche viene garantita una attività terapeutica prolungata. Si tratta di uno studio osservazionale retrospettivo e multicentrico per individuare predittori clinico-demografici associati alla discontinuazione dei trattamenti nel primo anno di

terapia. Sono state valutate eventuali differenze tra le diverse molecole (aloperidolo, zuclopentixolo, risperidone, paliperidone, aripiprazolo, olanzapina). I dati preliminari sono stati raccolti su un campione di 205 pazienti. Si è evidenziata una sopravvivenza maggiore di olanzapina rispetto a zuclopentixolo e risperidone e di aoperidolo in confronto a zuclopentixolo. Non è stata rilevata una differenza significativa tra antipsicotici di prima e di seconda generazione. Sono stati individuati come fattori predittivi di interruzione, il poli-abuso di sostanze pre-esordio e l'effettuazione lifetime di psicoterapia, oltre che il sesso maschile. Stante quanto emerso, è interessante incrementare la potenza dello studio, ampliandone il campione al fine di impostare una terapia

sempre più personalizzata. Invio un grande augurio di una brillante carriera scientifica ai tre giovani psichiatri.

Bibliografia

1. Fusar-Poli L, Pries LK, van Os J, et al. The association between cannabis use and facial emotion recognition in schizophrenia, siblings, and healthy controls: Results from the EUGEI study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2022;63:47-59. doi:10.1016/j.euroneuro.2022.08.003

2. Gentile S. (2019). Discontinuation rates during long-term, second-generation antipsychotic long-acting injection treatment: A systematic review. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 73(5), 216-230. <https://doi.org/10.1111/pcn.12824>



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Come si diventa analfabeti funzionali

/ Walter di Munzio /

Durante la recente pandemia si è diffuso il fenomeno dei cosiddetti analfabeti funzionali. Ossia persone che, pur essendo teoricamente capaci di comprendere e valutare gli eventi, subiscono regressioni culturali tali da scivolare verso forme di analfabetismo di ritorno.

Si definiscono analfabeti funzionali coloro che non riescono ad usare le abilità di lettura, scrittura e calcolo nella vita quotidiana, pur avendole apprese in età scolare. Si tratta in pratica di persone capaci di leggere, ma assolutamente incapaci di comprendere il senso di uno scritto o di un post che leggono in internet. In Italia si calcola che circa il 47% della popolazione si potrebbe definire "analfabeta funzionale". Lo ha rivelato il Rapporto Piac-Ocse pubblicato a dicembre 2020. Esso ha raccolto i dati sull'istruzione in tutti i paesi più sviluppati (Italia compresa) nell'ambito del "Programme for the International Assessment of Adult Competencies". Programma di ricerca internazionale finalizzato alla valutazione delle competenze nella popolazione adulta. Questa ricerca ha studiato atteggiamenti e pregiudizi. Risultano dai dati raccolti deficit di comprensione di significati formali e sociali, concentrati particolarmente nei paesi

a più alta diffusione di fake news. Queste rendono le persone incapaci di identificare una comunicazione falsa. Si tratta di persone prive di spirito critico e di cultura generale. Ciò giustifica la diffusione di false credenze e di quei pregiudizi che emanano un alone di magica follia o che possono essere interpretati come verosimili. Hanno un loro sottile fascino, anche perché giustificano e danno senso alle nostre paure, ma indicano anche la rozzezza culturale che hanno a monte. Lo abbiamo sperimentato durante la recente pandemia. Soprattutto tra i partecipanti alle manifestazioni di piazza contro le campagne vaccinali. Suddividendole in cinque cluster sulla base della loro fonte: 1) dalla rete informatica, 2) da carenza di informazione, 3) da sfiducia nei confronti della ricerca e della natura umana, 4) da mera diffidenza verso i medici e

la medicina, 5) da scarsa cultura. 1. "Ho letto su internet un post che spiegava...". Una delle considerazioni più diffuse. Non si tiene conto che su internet c'è di tutto e il contrario, ma anche le tante sfumature che stanno in mezzo. Spesso proprio chi non ha competenze per capire e distinguere ciò che è plausibile da ciò che è evidentemente inverosimile. Le cose che si leggono spesso non significano nulla, proprio perché su internet c'è quell'affermazione che conferma il nostro assunto ma c'è anche il suo esatto contrario. Molti non sanno che quando si interroga la rete con domande specifiche essa ci riporta solo ciò che è stato scritto in merito. Se scriviamo: "elenco dei danni da vaccino", la rete poi ti restituisce, sua sponte, tutti gli scritti in cui compare questa frase. Questo è il motivo per cui dire che lo ha detto internet, in realtà nasconde una verità irricevibile, siamo stati noi a dirlo a internet. Se poi giriamo le frasi trovate in rete ad amici e conoscenti si innesca una spirale perversa di analfabeti funzionali. Si contribuisce a diffondere quelle false credenze, determinando il paradosso che, ciò che noi stessi abbiamo innescato, ritorna inducendo a confermare e rafforzare le nostre false credenze. 2. "Non credo alla versione ufficiale, dimmi tu cosa pensi e quale è valida...". Una versione ufficiale è tale proprio perché gode certamente del supporto delle maggiori autorità scientifiche (le più preparate ed esperte). Pertanto, se qualcuno non volesse credere alla versione ufficiale, dovrebbe anche accollarsi l'onere di provare le incongruenze. Pretendere l'inversione dell'onere della prova è non solo antiscientifico, ma deriva direttamente da quell'idea di "uno vale uno", tanto sban-



Foto: Envato Elements

dierato qualche anno fa. Se non si comprendono i contenuti delle argomentazioni portate, come per gli analfabeti funzionali, non significa che tali argomentazioni non esistano o non siano valide. Significa però che non tutti hanno gli strumenti e le conoscenze per comprenderle. Raramente quando si parla di scienza uno vale uno. 3. *“So bene che qualcuno ci guadagna, e allora c’è sotto qualcosa di losco”*. Tutte le persone che lavorano, se non lo fanno da volontari, lo fanno per vivere e quindi guadagnano dal loro lavoro. Ma ciò non li rende automaticamente parte di un complotto

o protagonisti di sotterfugi. Però, quando il ragionamento fa riferimento ai guadagni delle case farmaceutiche sui vaccini, non si pensa che questi costano enormemente meno delle lunghe cure dei malati. Inoltre, sono le stesse case farmaceutiche che producono anche i farmaci e tutti i medicinali di cui disponiamo. Sono meno rischiosi e producono molti più ricavi di quanti se ne possono ricavare dalla distribuzione di vaccini. 4. *“Non mi fido del vaccino, non si sa cosa c’è in quella roba chimica”*. Ma quella cosiddetta “roba chimica” è la stessa di cui si compone anche la materia

in generale, di conseguenza tutto ciò che esiste nell’universo è un miscuglio chimico. Persino l’acqua è composta da due atomi di idrogeno e uno di ossigeno ... e lo siamo noi stessi. È non solo ingenuo dire questo, se pensassimo per un attimo a tutti i farmaci che ingurgitiamo senza tentennamenti. Quando dobbiamo risolvere un terribile mal di testa o quando abbiamo una banale febbre, o un qualunque altro problema, non indugiamo. Sia esso un disturbo intestinale o una vera malattia. Prendiamo farmaci, senza chiederci cosa contiene ciò che ci è stato somministrato ... an-

che perché non capiremmo di che si tratta. Ma anche tanti cibi che consumiamo sono imbottiti di conservanti, farmaci e altre sostanze chimiche. Non sappiamo tutto ciò che è contenuto in un qualsiasi farmaco di uso comune o alimento. 5. *“Se la terra fosse sferica come potremmo stare in piedi nella parte sottostante?”*. Questa frase l’abbiamo registrata durante la pandemia in alcune manifestazioni di no vax, da convinti terrapiattisti. La riportiamo solo perché è divertente e particolarmente significativa di cosa si può arrivare a sostenere. Questa affermazione nega tutta

la cultura scientifica dell’umanità da Galileo in poi. Essa, inoltre, ci dice anche dove si può spingere una persona spaventata e confusa da false informazioni. Può essere invogliante di “ragionevoli” certezze per gli analfabeti funzionali. Questo è il prodotto perverso della analfabetizzazione di ritorno, che produce appunto quegli Analfabeti Funzionali con cui, purtroppo, dobbiamo fare i conti. La cosa che fa più male accade quando questa regressione non coinvolge solo persone palesemente ignoranti, ma anche qualche professionista, che si abbandona a considerazioni di

questo tipo. Per pregiudizio, per convinzione politica, per pigrizia mentale, per mera stupidità.

Bibliografia

1. Di Munzio W 2021. Analfabeti Funzionali, articolo sul quotidiano “Le ore di Cronache”, Salerno.
2. PIAAC-OCSE: ISFOL 2020. Rapporto nazionale sulle competenze degli adulti.
3. Prove INVALSI sulle competenze scolastiche, anno 2022.



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

Il medico di medicina generale. Un alleato prezioso nella prevenzione del suicidio

/ Wilma A.R. Di Napoli /

Il medico di medicina generale, in prima linea nella risposta ai bisogni di salute della popolazione, può svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione del suicidio.

Il medico di medicina generale, una volta definito medico di famiglia, o medico di base, è sempre stato in prima linea nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione italiana.

La pandemia Covid-19 ha reso ancora più evidente il suo ruolo cruciale nella gestione territoriale delle malattie. Purtroppo ha pagato un alto prezzo negli ultimi anni, e anche oggi si trova a fronteggiare una crescente domanda di salute e di assistenza. Doriana Franch è una giovane collega che ho la fortuna di conoscere da tempo. Alla passione per il suo lavoro, che svolge con dedizione e competenza, unisce dolcezza e gentilezza non scontate. Ha una sensibilità particolare Doriana, nata purtroppo dalla perdita di una persona cara per suicidio.

Per questo motivo la dr.ssa Franch è coinvolta intensamente nei programmi di prevenzione del suicidio in atto nella Provincia di Trento. Ho pensato quindi di chiedere a lei, con l'osservatorio privilegiato del suo ambulatorio, cosa ne pensa oggi del suo lavoro in ottica preventiva. E cosa pensa della necessità sempre più evidente di arginare l'onda di malessere generale alla base del trend in crescita del fenomeno suicidario. È stata così gentile che, pur tra mille impegni, ha trovato un po' di tempo da dedicarmi. In primo luogo dr.ssa Franch ti chiedo, come consideri il ruolo del medico di medicina generale nella prevenzione del suicidio? Il medico di medicina generale riveste un ruolo potenzialmente strategico. Rappresenta spesso

il primo punto di contatto con la popolazione, soprattutto quella fragile e a rischio. Può essere "sentinella" nel riconoscimento precoce di individui in crisi suicidaria, e intervenire direttamente e/o indirizzandoli a servizi più specifici e dedicati. In generale il medico di medicina generale potrebbe essere promotore di una cultura di prevenzione nell'ambito di salute mentale, ancora purtroppo fortemente stigmatizzata. Pertanto, secondo te quali sono gli strumenti che il medico di medicina generale ha a disposizione nella prevenzione del fenomeno suicidario? Il medico di medicina generale, oltre ad esse-

re più facilmente raggiungibile rispetto ad altre figure mediche, ha una potenziale posizione privilegiata nel cogliere situazioni critiche. Negli anni riesce a creare con il paziente e i familiari un rapporto di fiducia che gli permette di conoscere situazioni di disagio nascoste o trascurate. Può anche parlare precocemente con i familiari dei pazienti con disturbi psichici circa il tema del suicidio, le possibilità di supporto e aiuto. Nella sua sala d'attesa può promuovere messaggi utili ad incentivare le richieste di aiuto, ad esempio con materiale informativo ad hoc (poster, depliant). Si condivido la tua opinione. In

base alla tua esperienza di medico di medicina generale, la pandemia Covid 19 ha contribuito all'aumento del disagio e del tasso suicidario? I dati ufficiali sui numeri di suicidi di questi ultimi anni non sono ancora disponibili. La sensazione è che sia nettamente aumentato il disagio psicologico nella popolazione, andando a sommarsi a fattori di rischio già presenti. Molti fattori di rischio sono associabili direttamente alla pandemia di COVID-19: distanziamento sociale, violenza domestica, consumo di alcolici, paura del contagio, restrizione delle libertà. Per non dimenticare anche il peso della riduzione dei

servizi dedicati alla prevenzione, e i lutti vissuti in circostanze inusuali e difficili. Una categoria molto colpita sono sicuramente gli anziani. Loro hanno subito un importante isolamento, e ora ho l'impressione facciano molta fatica a riadattarsi e riprendere la vita e abitudini di prima. Quali iniziative potrebbero essere sviluppate secondo la tua prospettiva di medico di medicina generale per migliorare l'incisività delle strategie di prevenzione locali? Si potrebbe innanzitutto prevedere di inserire un modulo relativo al tema "suicidio e prevenzione" nel percorso di formazione del medico di medicina generale.



Foto: Envato Elements



Foto: Envato Elements

La sua opera è molto utile nella percezione e prevenzione dei comportamenti suicidari. Gli studi in effetti ci dicono che 1 paziente su 4 che si rivolge al medico di base ha un disturbo psichico diagnosticabile. Può essere una depressione, o molto più di frequente un mal di testa o un mal di pancia che si ripresentano e sottendono un problema psichico. Negli ultimi anni le diagnosi di depressione sono in aumento. L'OMS ha previsto che tra pochi anni la depressione sarà la seconda causa di invalidità per malattia, subito dopo quella cardiovascolare: una vera emergenza. Investire nella formazione del medico di medicina generale e coinvolgerlo attivamente nei programmi di prevenzione per il benessere mentale della popolazione, sarebbe certamente un ottimo investimento per il futuro.

Bibliografia

1. Bersia M, Koumantakis E, Berchiolla P, Charrier L, Ricotti A, Grimaldi P, Dalmaso P, Comoretto RI. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Eclinical-Medicine*. 2022 Dec;54:101705.
2. Bostwick, J. M. & Rackley, S. Addressing Suicidality in Primary Care Settings. *Curr. Psychiatry Rep.*14, 353–359 (2012).
3. Raue, P. J., Ghesquiere, A. R. & Bruce, M. L. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr. Psychiatry Rep.*16, 466 (2014)
4. Rihmer Z, Dome P, Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicides. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2012 Dec;14(4):245-51.
5. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health.* 2019 Feb;47(1):9-17.



Wilma A.R. Di Napoli

*Medico Psichiatra
Direttore Artistico*

Potrebbe essere molto utile nel dare alcune indicazioni e spunti operativi ai giovani medici. Anche favorire dei momenti di condivisione programmati con i servizi di salute mentale sarebbe importante. Il lavoro di rete e lo scambio tra colleghi, forse ancora di più in questo ambito di altri, sarebbe fondamentale. Si era parlato anche di inserire la figura dello psicologo di famiglia

negli ambulatori dei medici di medicina generale, anche questo sarebbe un ottimo supporto per avere un confronto e per rendere questo servizio più accessibile alla popolazione. Quindi pensi ci sia un bisogno informativo specifico per i tuoi colleghi medici sull'argomento? Nell'arco della vita professionale di un medico di medicina generale può capitare di avere un paziente che si to-

glie la vita. Come medico e come persona, ci si pongono molteplici domande: quali sono le ragioni che portano ad una tale scelta? Ci sono dei segni premonitori? Cosa si può fare per prevenire tali eventi? Quando un medico di medicina generale perde un suo paziente per suicidio sperimenta emozioni forti, che possono avere ripercussioni negative sia nella sua vita professionale che

privata. Diventa lui stesso un sopravvissuto al suicidio. L'argomento è complesso e comprendo che alcuni medici non si sentano a proprio agio con questo tipo di problema. Credo sia quindi ancora più importante essere consapevoli di questo tema, e che una formazione specifica sia necessaria anche per questo motivo. Se è vero che il suicidio è un fenomeno prevenibile è vero anche che

lo è solo in parte. Conoscere l'argomento, essere consapevoli dei limiti e possibilità che abbiamo è fondamentale per una buona pratica clinica, e anche per la salute del medico stesso.

Dopo questa conversazione sono ancora più convinta che il medico di medicina generale possa avere un ruolo determinante nel sostenere la salute psicologica dei suoi assistiti.

Storie di emergenza psichiatrica. “Tutto chiede salvezza”

/ Alba Cervone /

Dei problemi si parla quando esplodono in maniera drammatica durante una emergenza psichiatrica. La loro risonanza è maggiore quando si tratta di eventi tragici o che interessano i giovani.

La Salute Mentale vive un periodo difficile, a quasi 50 anni dalla legge 180. Tale legge decretava la chiusura dei manicomi e rendeva libero e al pari di altri malati, il paziente psichiatrico. Oggi, professionisti del settore, familiari ed utenti, tutti, ci troviamo ad affrontare dubbi, perplessità e problemi di complicata gestione. L'emergenza psichiatrica si traduce spesso in un ricovero, in cui il paziente non necessariamente è consenziente, perché può non comprendere la gravità del suo disagio. Il titolo rimanda al famoso libro di Daniele Mencarelli, da cui è stata tratta la serie-tv omologa. Il protagonista, Daniele si risveglia una domenica mattina in un reparto di psichiatria ricoverato in urgenza dopo l'assunzione di stupefacenti e una crisi di agitazione psicomotoria. Daniele all'inizio non ricorda nulla, si sente solo spaesato e non adeguato al contesto. Daniele ha vent'anni, la vita avanti ma nes-

sun progetto di vita perché depresso. L'esperienza del ricovero, nella sua violenza, gli darà la possibilità di vedere il mondo in maniera diversa quando accetta l'aiuto degli altri. Scrivo questo articolo dopo una lunga giornata trascorsa nell'unico reparto di psichiatria di tutta la città di Napoli. È stata una giornata infernale, e non ho memoria di una analoga nei miei quindici anni di attività. Scrivo, ascoltando le parole, per ordinare i pensieri. La “voce” interna trema, perché è carica di emozioni, in particolare rabbia e tristezza, per situazioni immutabili ed un sistema “malato”. La rabbia per i “miei” pazienti spesso bistrattati e non ascoltati. La tristezza per non poterli aiutare sempre. La malattia psichiatrica fa ancora paura. Se una persona si agita, si chiama lo psichiatra perché ha i poteri magici per calmarlo. La persona che si agita viene disumanizzata. Potrebbe essere un delinquente,

un ragazzo che ha fatto abuso di sostanze, un uomo che si sente il Messia, un anziano che ha gli esami sballati. “Dà fastidio, va calmato!”. Chi non crea problema, rimane ai margini e nessuno lo guarda, salvo che succeda un evento drammatico a richiamare l'attenzione. Un suicidio. Un omicidio. Un'aggressione. “Un uomo che contempla i limiti della propria esistenza non è malato, è semplicemente vivo. Semmai è da pazzi pensare che un uomo non debba mai andare in crisi”. (Mencarelli, 2020) La crisi rappresenta un momento di crescita per l'individuo. L'emergenza psichiatrica può essere letta come l'estrema richiesta d'aiuto che una persona esprime per curare il proprio disagio. Il ricovero in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) rappresenta, pertanto, il momento in cui dopo aver tentato tutte le altre possibilità, occorre allontanarsi da casa. È necessario trovare un nuovo equilibrio. L'ambiente protetto, il personale dedicato e accogliente, il colloquio con gli psichiatri, i farmaci e la presenza di altre persone con cui condividere le proprie fragilità costituiscono la cura. Il protagonista, Daniele si risveglia in un reparto di psichiatria ricoverato in urgenza ed in Trattamento Sanitario Obbligatorio dopo aver “distrutto” casa sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Durante la degenza ospedaliera, Daniele condivide la stanza con altri cinque pazienti, ognuno dei quali racconta la propria storia. Si interfaccia con medici ed infermieri, non sempre pronti ad accoglierlo. L'esperienza del ricovero, nella sua violenza, gli fornisce una possibilità di vedere il mondo in maniera diversa, quando accetta di essere aiutato. Il libro è un racconto autobio-



Foto: Envato Elements

grafico, scritto a testimonianza e al fine di “salvare” altre anime perdute. “Fidati pure dei farmaci, dei medici, ma non smettere di lavorare su te stesso, di fare di tutto per conoscerti meglio.” Nella versione cinematografica, il tutto è romanzato. Ma al netto di imprecisioni tecniche, esasperazioni di clichè su luoghi comuni, viene sottolineato il cameratismo che si crea tra i pazienti e l'empatia che cura. Ancora oggi a circa cinquant'anni dalla chiusura dei manicomi, la malattia mentale è vissuta come un mostro da contenere e combattere. Ancora oggi è difficile entrare in empatia con i pazienti psichiatrici e i loro familiari. Nel libro di

Mencarelli, così come nella serie TV, questo è palese e viene sottolineato. Anzi, il protagonista, Daniele, eccessivamente sensibile e permeante, evidenzia come spesso alcuni familiari o operatori possano essere cinici o spaventati dalla malattia. Ho incontrato, tra gli operatori o i colleghi persone poco empatiche, ma questo non mi ha impedito di aiutare gli altri. Ho presentato loro un'esperienza di vita accogliente e differente, rispetto alle precedenti, per poter riscrivere insieme la storia che meglio li racconta. “Curati. Chiedi aiuto quando ti serve. Ma lascia il tuo sguardo libero, non farti raccontare il mondo da nessuno.” – (Mencarelli D.), ci sug-

gerisce Daniele.

Bibliografia

1. Mencarelli D. (2020). Tutto chiede salvezza, Mondadori Ed.
2. Tavormina G., Nardini G. et al (2013). Luce sul male oscuro, Sardini Ed.

Sitografia

3. <https://www.mondadori.it/approfondimenti/tutto-chiede-salvezza-serie-tv-netflix/>
4. <https://www.netflix.com/title/81428383>



Alba Cervone

Medico Psichiatra Psicoterapeuta
Comitato Scientifico

Arte generativa e mente

/ Luigi Starace /

Come l'intelligenza artificiale e l'arte generativa rappresentano la salute mentale.

Uno studio sul campo, parte I

L'arte generativa è uno stile artistico, è un processo algoritmico che genera nuove forme, idee, modelli, colori attraverso l'uso di una piattaforma digitale basata sull'intelligenza artificiale, la quale propone migliaia di possibilità di creazione. È un modo di generare arte e illustrazioni che è alla portata di tutti, anche senza un background artistico alle spalle, pertanto anche dei giovani adulti. Abbiamo cercato di capire come l'ansia, la depressione, la salute mentale vengono processati dalla intelligenza artificiale per produrre immagini. Le sorprese e gli spunti di riflessione non sono mancati. Cominciamo questo viaggio diviso in più articoli. L'arte generativa è un processo di creazione ibrida del binomio intelligenza artificiale e artista, in cui attraverso l'uso di algoritmi si creano nuove immagini o opere d'arte. L'artista generativo lavora ripetendo questo schema: crea o modifica un algoritmo, poi esegue l'algoritmo su una piattaforma di intelligenza artificiale e infine valuta la bellezza del risultato, scegliendo i lavori a suo giudizio più congrui alla idea creativa. In sintesi l'artista generativo, inventa l'algoritmo (o una parte

di esso che stabilisce i parametri) e giudica l'estetica del risultato. L'algoritmo, che codifica le regole di generazione dell'opera. Il sistema autonomo, che esegue l'algoritmo costruendo l'opera. Queste tre componenti coincidono con l'artista nell'arte tradizionale (il pittore è colui che decide come fare il dipinto e che lo esegue materialmente). Il risultato di questo processo è un'opera d'arte che è spesso imprevedibile per l'artista, il quale lascia parte del controllo al sistema autonomo che esegue l'opera. Il risultato, l'opera d'arte, è dunque una collaborazione tra artista e sistema autonomo. L'antropologia visiva e la psicologia della comunicazione sono in cambiamento rapido dall'avvento degli smartphone. Il concetto che globalmente si vive in una Infosfera, ossia mondo in cui le informazioni sono il primo veicolo di comunicazione e socializzazione, è accettato. Gli infoibridi sono una componente fondamentale dei futuri scenari della comunicazione di massa (1). In questa ottica abbiamo avviato una ricerca sul mondo delle rappresentazioni che molto facilmente vengono diffuse oggi sui canali web e social media.

Il mercato con le piattaforme di marketing dove si vendono le immagini di stock per uso commerciale è un'altra componente importante del contesto (2). È stata scelta una famosa piattaforma di arte generativa molto vicina al mondo giovanile. Ci siamo chiesti come l'algoritmo dell'arte generativa producesse opere legate alla rappresentazione della mente, degli stati dell'umore e della salute mentale. È stata usata una nota piattaforma di facile accesso ai giovani adulti e agli adolescenti. I risultati visivi dell'arte generativa che vi proponiamo sono il frutto di diverse ore di attività della intelligenza artificiale, il cui lavoro viene in genere valutato e monetizzato nell'ordine dei minuti. La prima parola input per l'algoritmo generativo è stata "persona depressa". Successivamente abbiamo specificato la categoria per età, lasciando la neutralità del genere. Dopo ripetuti tentativi abbiamo appurato che nell'algoritmo la depressione è legata al sesso femminile, essendo questo scelto nelle immagini create dall'algoritmo della intelligenza artificiale almeno l'80% delle volte. Indistintamente dall'età della "persona" sulla quale si chiedeva di rappresentare lo stato emotivo. Questo porta a definire una specie di "stigma di genere" per il quale la depressione è una emozione da rappresentare con personaggi femminili (le immagini che accompagnano questo scritto lo dimostrano). Occorre specificare che l'algoritmo dell'arte generativa non sceglie come rappresentare, usa spesso una media delle immagini già esistenti con quel tag nel suo archivio di milioni di immagini e foto. Una seconda osservazione è quella che per l'algoritmo la

depressione è di fatto associata a cromatismi scuri, monocromatici spesso, ma soprattutto è una condizione umana mostrata nell'isolamento: la depressione è una condizione di isolamento fisico da un qualsivoglia contesto. Le figure vengono quasi sempre inserite in scenari in cui è assente ogni forma di socializzazione. Le immagini, come le parole, hanno il loro peso. Il binomio depressione/isolamento sociale è una delle mentalizzazioni cognitive che ogni terapeuta cerca di scongiurare. E con questo gli

stigma salgono a due. Nei prossimi articoli tratteremo della rappresentazione della follia.

Bibliografia

1. Social impact of infohybrids and effects the mythopoesis processes in the Covid 19 Occidental Society and Cultural Industries. La Forgia, Ferretti, Starace, AIMAC 16th International Conference on Arts and Cultural Management, 24-29 June 2022, Mexico City.
2. La psichiatria sociale nelle società postmoderne. Cianconi, Tomasi, Starace. La psichiatria sociale in Italia: evidenze ed esperienze (cap.39). SIPS, Società Italiana Psichiatria Sociale, Pacini Editore

Sitografia

3. <https://users.dimi.uniud.it/~massimo.franceschet/processing/teaching/seminario/genart.html>
4. <https://mitsoftware.com/it/cos%27%C3%A8-l%27arte-generativa/>
5. https://it.wikipedia.org/wiki/Arte_generativa



Luigi Starace

Giornalista pubblicista
Comitato scientifico



Foto: Luigi Starace, 2022

Il suicidio nella Roma antica

/ Maurilio Tavormina /

Il suicidio per gli antichi Romani era un atto compreso, accettato e giustificato se era per porre fine a una grave malattia e per scelta razionale contro il “taedium vitae”. Non era un comportamento illecito tranne in casi particolari.

Alcuni grandi uomini della letteratura latina come Lucrezio, Cicerone, Orazio, Seneca, e specialmente Ovidio, descrissero con molta chiarezza le sofferenze psichiche e la volontà di suicidio. Ovidio fu il poeta che, senza reticenze e con clinica descrizione, evidenziò la sua buia depressione negli anni del forzato esilio sulle coste del Mar Nero. Descrisse la sua sofferenza psicofisica: «La mia mente non sta meglio del mio corpo, l'una e l'altro sono malati e io sopporto una doppia infermità». L'anxietas animi (l'angoscia) non lo abbandonava (quae mihi sempre adest), la noia (taedium vitae) e l'insofferenza alla vita gli procuravano desideri di morte (amor mortis). Si sentiva vuoto dentro come un morto che cammina e nonostante ciò riuscì a dare con la sua arte una sofisticata autoanalisi di sé stesso. Egli trovò nella scrittura un valido sostegno terapeutico e necessità di vita. «Se vivo, e resisto ... devo ringraziare te, o musa. Tu mi dai sollievo ... tu

vieni a me come una medicina» (Puliga, 2017). Nella tradizione dell'antica Roma il suicidio era considerato un diritto di ogni cittadino. Non era considerato un reato ed il fallire il proprio suicidio non comportava il dover rispondere alla legge. La vita era valutata un bene supremo, legato al diritto privato di ogni persona che, pertanto, ne poteva disporre come voleva. Diversamente, chi tentava il suicidio per evitare il servizio militare era punito e congedato con disonore (Comerci, 1830). Il diritto romano interveniva quando sorgevano conflitti tra le persone ed esse chiedevano giustizia. Pertanto il suicidio essendo considerato una libertà personale non era proibito (Manfredini, 2008). In età imperiale i legislatori romani lo definirono una libertà naturale e ne elencarono i motivi che potevano giustificare l'atto. Le sofferenze fisiche e psichiche, il disgusto per la vita, in caso di follia o per ostentare il disprezzo per la morte, o per lutti e malattia. Tra le varie considerazioni

vi era anche la morte opportuna, per cui invece di attendere il suo avvento, si decideva liberamente di anticiparla suicidandosi. La libertà di suicidarsi però era un diritto privato degli uomini liberi, non degli schiavi. Lo schiavo era di proprietà di chi lo acquistava e la sua morte per suicidio era un danno per il suo padrone. Lo schiavo che si procurava la morte era un “cattivo servo”, non in senso morale, ma in quello di perdita possesso per il padrone. Chi vendeva uno schiavo che aveva tentato il suicidio e non lo denunciava al momento dell'acquisto era punibile con il risarcimento al compratore. La vendita era considerata fraudolenta in quanto lo schiavo era “cattivo e difettoso”, al pari di un utensile mal funzionante (Giulio Paolo). Seneca, filosofo morto nel 65 d.C., riteneva che lo stoico saggio doveva mantenere il suo atteggiamento razionale sia nella vita, sia affrontando la morte. La virtù del sapiente consisteva nel mantenere ferma la propria razionalità in qualsiasi evenienza, anche scegliendo la morte. È necessario un comportamento coraggioso e coerente tale che “sono io a non fuggire la morte”, ma nemmeno che “sarà la vita a sfuggirmi” (Lett., 49.10). L'uomo è saggio quando manifesta la propria ragione e il suicidio può essere immaginato solo se inteso razionalmente. Se il sapiente dovesse essere minacciato dal rischio di perdere il controllo e di impazzire ha la possibilità di sottrarsi a questa perdita salvando la propria razionalità. Soltanto il saggio sa quando è giunto il momento di scegliere il suicidio, convinto che “morire bene significa sfuggire al pericolo di vivere male” (Lett., 70.6), (Maso, 2007). O ancora per salvare la



M.D. Sánchez, “Il suicidio di Seneca”, 1871, Museo Naz. Prado -Madrid

propria onorabilità, come quando Seneca fu condannato a morte da Cicerone per la sua sospettata partecipazione alla congiura di Pisone. L'imperatore romano gli aveva concesso l'onorevole morte per suicidio o l'uccisione come un comune plebeo (Wikipedia). Lo stoicismo romano può accettare il suicidio purché sia una scelta razionale e voluta, non un cedimento alle passioni e l'abbandono alla disperazione. Il suicidio per devozione (devotio), presso gli antichi Romani, era un'originale modo di togliersi la vita. Il comandante di un esercito, nel corso della battaglia poteva sacrificare la sua vita come offerta agli dei Mani, divinità dell'oltretomba e benevoli anime defunte. Lo scopo era quello di ottenere in cambio del suo sacrificio la salvezza e la vittoria dei suoi uomini. Dal I al III secolo d.C. alcuni atti giuridici (Digesta), nei condannati a morte per reati gravi era prevista anche la confisca dei loro beni. Però se il condannato prima della sentenza si suicidava poteva evitarne la loro confisca, con il beneficio degli eredi. Successivamente questa norma fu annullata, tranne nel caso che gli eredi

testamentari riuscissero a dimostrare il suicidio per grave malattia o taedium vitae del familiare. Nel primo caso era necessaria la testimonianza del medico che ne attestasse le gravi condizioni di salute del suo paziente. Nel secondo caso era lo stesso medico che provvedeva ad intervenire per dare sollievo alla noia di vivere del cliente (Wikipedia). Dal IV secolo d.C. in poi il suicidio venne aspramente criticato, pur non essendo cambiata la legislazione in merito. Sotto l'influsso delle idee neoplatoniche e le predicazioni cristiane di Sant'Ambrogio, Eusebio di Cesarea, S. Agostino cambia la considerazione del suicidio tra gli antichi romani. Passa da un comportamento accettato, giustificato e lecito ad una aperta condanna morale e religiosa. Gli antichi giuristi romani aderirono alla massima degli stoici che legittimavano il suicidio quale massima espressione di una libera volontà razionale e logica. Però non doveva portare danno ad altri e lo punivano, come nel caso dello schiavo “difettoso”. Né doveva essere una modalità di tutela per i propri eredi con danno al fisco per la mancata

confisca dei beni dei condannati a morte. E pur cambiando la sua considerazione, ai tempi del cristianesimo, il suicidio non era considerato un atto illecito anche se peccaminoso e non etico.

Bibliografia

1. Comerci Nicola (1830) Lo studio del diritto romano. Le Istituta e le Pandette Per lo Regno delle Due Sicilie. Versione italiana. Volume 1. [-3.] - Napoli: stabilimento letterario tipografico dell'Ateneo, 1830, p.391.
2. Manfredini A D (2008) Il suicidio. Studi di diritto romano, G. Giappichelli, 2008.
3. Puliga Antonella (2017) La depressione è una dea. I romani e il male oscuro. Il Mulino, 2017.
4. Sant'Agostino di Ipponia, De Civitate Dei. Nuova Città Editrice, libro I, pag. 20, 1974.

Sitografia

5. Giulio Paolo, Dig XXI,1,43, 4 Giulio Paolo - Wikipedia
6. Maso Stefano, (2007) Seneca e le riflessioni sulla morte Seneca e la riflessione sulla morte - Treccani Portale (archive.org)
7. Wikipedia il suicidio nell'antica Roma Suicidio nell'antica Roma - Wikipedia



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

Con-vivere con il disturbo bipolare

/ Donatella Costa /

“La depressione mi è tornata quest’estate, è stato terribile, sono stata malissimo. Io ho un disturbo bipolare, da tanto tempo”. Daniela ci racconta la sua testimonianza con coraggio e determinazione, è una donna piena di risorse e potenzialità creative.

Il disturbo bipolare è una malattia seria che presenta un decorso di tipo cronico-ricorrente. La persona vive fasi di depressione alternate ad episodi di mania, cioè eccitazione. È una patologia complessa da trattare, la cura prevede sempre un trattamento farmacologico associato ad una psicoterapia (Tavormina G. et al., 2013). La terapia con queste persone è allo stesso tempo impegnativa e coinvolgente, si incontrano menti brillanti e creative come nel caso di Daniela. Il disturbo bipolare è certamente da non sottovalutare, è possibile stabilizzare l’umore con cure adeguate. Oltre ai trattamenti specifici (farmaci e psicoterapia) azioni psicosociali aiutano a gestire il disturbo nel tempo. In alcune situazioni, nonostante la cura possono verificarsi sbalzi d’umore e ricadute, in tal caso occorre contattare ai primi sintomi lo specialista (La Mela C. et al., 2016).

Sofferamoci ora ad una storia di vita vissuta e reale. Daniela ha accettato di raccontare la propria storia attraverso un’intervista e di rispondere ad alcune domande per aiutare chi vive la stessa malattia. “Le mie problematiche sono iniziate fin da bambina, facevo fatica a sottostare alle regole di ogni genere, sia in famiglia che a scuola. Da ragazzina ero completamente scombussolata, in balia di me stessa. Purtroppo non avevo consapevolezza del problema, a quei tempi non si parlava di disturbi dell’umore. Ho tentato due volte il suicidio da ragazzina... in famiglia c’erano dei problemi importanti. Per tanto tempo ho brancolato nel buio, non sapevo di star male. Poi verso i 30 anni è subentrata una depressione importante e così per fortuna, la malattia mi ha portato ad una svolta. Mi sono decisa a rivolgermi ai servizi di igiene mentale. Sono stata accolta da un’equipe presente sul ter-

ritorio; mi è stato di grande supporto lo psichiatra e la psicologa; rilevante era anche il contributo dell’infermiera domiciliare. Mi ha aiutato tanto, la mattina veniva a darmi le medicine. Quest’estate ho avuto una brutta crisi, ogni tanto mi capita di star male di nuovo; il momento peggiore per me, è la mattina. Faccio veramente fatica ad alzarmi dal letto e soffro tanto di solitudine. Il pomeriggio per fortuna sto meglio e poi ho qualche amica speciale che viene a trovarmi o mi telefona. Disturbo bipolare significa che passi dalla depressione lieve o grave all’euforia, hai sbalzi di umore. A volte puoi avere brutti pensieri sulla tua vita; se non dai il giusto valore alle cose che ti accadono, rischi di andare incontro a spiacevoli situazioni. Quando passi dalla depressione alla mania (finta euforia) ti senti un leone e tutto diventa super; ti sembra di star benissimo. Purtroppo la malattia è caratterizzata da picchi alti e bassi, la depressione è sempre dietro l’angolo. La parola depressione mette paura a tutti, purtroppo la malattia può venire a chiunque. Si può manifestare anche come una leggera depressione, ti senti disorientata, anche se hai pochi sintomi, non sottovalutare il problema. È necessario farsi aiutare altrimenti si rischia solo di peggiorare la situazione, quindi è indispensabile l’aiuto dello psichiatra e dello psicologo. Attraverso le varie sedute generalmente riesci ad alleggerirti ed alleviare il dolore che ti opprime il cuore. Per riprenderti devi avere pazienza, ci vuole un po’ di tempo per uscire dalla depressione. In alcuni momenti ti senti come sospesa sulla lama di un rasoio, puoi ricadere in depressione per diverso tempo. In questo caso, sono necessari farmaci



Foto: Envato Elements

specifici ben dosati per evitare di rischiare il ricovero ospedaliero. La sensazione che vivi, a volte, è come se per un granello di sabbia ti sembra invece di dover affrontare il deserto. Ingigantisci tutti i problemi e la qualità di vita cambia. I familiari devono rendersi conto che il disturbo bipolare è una malattia seria, per guarire non è sufficiente la forza di volontà. Per il malato rappresenta una sorta di violenza psicologica forzarlo “a stare bene”, oppure dire “devi reagire”. La crisi deve fare il suo corso e i farmaci vanno presi e non rifiutati visto che pian piano ti aiutano e ti tirano fuori dalla

depressione”. È importante che i familiari siano presenti emotivamente, sostenendo il sofferente senza negare il problema. Mi piace citare questa frase: “Tu non sei la tua malattia. Hai una storia individuale da raccontare. Hai un nome, una storia, una personalità. Rimanere sé stessi è parte della battaglia” J. Seifter. Il disturbo bipolare non rappresenta una vergogna e nemmeno una colpa. (Colom F., Vieta E., 2016) È un aspetto di sé da accettare. Gestire la bipolarità è fondamentale per la qualità di vita della persona e dei familiari. Ci sono momenti molto bui, ma dopo le crisi tornano i momenti sereni.

Bibliografia

1. Colom F, Vieta E (2016) “Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare” Editore Giovanni Fioriti
2. La Mela C et al (2016) “I protocolli clinici della terapia cognitivo-comportamentale” Editore Maddali e Bruni
3. Tavormina G, Nardini M, et al. (2013) “Luce sul male oscuro – Disturbi dell’umore: identikit, prevenzione e cura” Editore Sardini



Donatella Costa

Psicologa
Redattrice



®

European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione



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