



Depressione

Stop

La Depressione della Porta Accanto



La depressione della
porta **accanto e la
solitudine**

**Cicatrici francesi: la
nuova sfida social** tra i
giovani e i giovanissimi

Il ruolo dei mitocondri
nell'umore

Gli stati misti e la scala di
valutazione

Social network **e malattie
mentali**

**Narcisista patologico e
suicidio**

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

Editoriale La natura dell'incontro

/ Francesco Franza /

Il tema di questo numero di Depressione Stop è dedicato all'incontro: “La depressione della porta accanto”.

I disturbi dell’umore rappresentano una delle principali sfide degli operatori in sanità. Conoscere, approfondire e condividere sono tra i principali obiettivi della rivista Depressione Stop. In questo numero c’è ancora una volta un incontro dei saperi. Gli articoli abbracciano diversi settori e numerosi argomenti uniti da un solo filo conduttore. Gli autori forniscono al lettore informazioni dedicate, professionali e approfondite con un linguaggio chiaro e condiviso. Sono discussi argomenti riguardanti la natura dei disturbi dell’umore, delle possibili cause. Si discute della storia della depressione, dalle origini fino ai tempi attuali. In questo numero si parla di terapie, di fragilità, di accoglienza e di disagio. Si trattano i temi della comunicazione e della fatica degli operatori sanitari che curano tali disturbi. È un crogiuolo di idee, di riflessioni e di passioni. È un luogo di incontro. Conoscere la storia e il percorso delle idee sui disturbi dell’umore permette un confronto con i tempi attuali. Gli operatori della salute mentale devono confrontarsi con le nuove espressioni sintomatologiche e con le nuove forme di comunicazione. La modernità ha cambiato, inoltre, l’atteggiamento della società nei confronti della malattia e, infine, della morte. Una corretta diagnosi è il punto di partenza del trattamento dei disturbi dell’umore. Conoscere, intercettare, diagnosticare e curare sono i cardini del rapporto con il disagio psichico. Diversi saperi, diverse formazioni, letture, esperienze e conoscenze si incontrano in questo numero. L’obiettivo della conoscenza trova un luogo sicuro in cui fermenta e si diffonde verso nuove idee. L’incontro è una delle missioni della EDA Italia Onlus.



Comitato Scientifico

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

Redazione

Patrizia Amici, Donatella Costa, Wladimir Fezza, Maria Rosaria Juli, Gianluca Lisa, Antonella Litta, Enza Maierà, Maria Efsia Meloni, Maria Vincenza Mino, Barbara Solomita, Dominique Tavormina, Romina Tavormina, Antonella Vacca

Foto di copertina: Envato Elements

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: PressUP Tipografia digitale Via Caduti sul lavoro - 01036 Settevene (Viterbo)

Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it

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

La depressione della porta accanto e la solitudine

/ Maurizio Tavormina /

Depressione della porta accanto è uno spunto d'informazione e motivo di riflessione sul male oscuro e sulla solitudine della malattia e del nostro moderno vivere quotidiano.

La depressione della porta accanto è stato il tema della Giornata Europea sulla Depressione del 2015, proposto ed attuato dalla nostra associazione EDA Italia onlus. Lo stesso tema è stato trattato in altre dodici nazioni europee nei primi giorni dell'ottobre dello stesso anno. L'evento italiano fu riportato dai mass media ANSA Salute e Benessere¹, AIFA Agenzia Italiana del Farmaco² e dal sito Giornalisti Beni Culturali³. Nel 2001, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la depressione era al quarto posto fra le malattie che causavano disabilità lavorativa, prevedendo che entro il 2020 avrebbe raggiunto il secondo posto, subito dopo le malattie cardiovascolari. Allo stato si registra un'ulteriore crescita e si prevede il raggiungimento del primo posto entro il 2030⁴. Il tema riproposto in questo numero della nostra rivista è una valutazione della depressione nel corso degli ultimi otto anni. In particolare quella silenziosa, quella che non ti aspetti, quella "della porta accanto". Quando la depressione si manifesta con tutta la sua gravità sintomatologica è

chiara ed evidente a tutti, ma lo è molto meno quando la stessa non è diagnosticata. Oppure è all'esordio della malattia e spesso confusa dalla tristezza o dallo stress quotidiano, o peggio ignorata e vista come una incapacità ed inefficienza operativa. Siamo talmente presi dalla vita frenetica che ci opprime con la corsa contro il tempo e agli impegni quotidiani che molto spesso trascuriamo noi stessi, i nostri cari e chi vive accanto a noi. Non ci fermiamo se non a fine giornata, consumiamo pasti frugali, riposiamo poco e male, magari pensando che sia una perdita di tempo. Fermarci a leggere ed essere informati correttamente sul rischio di depressione ci potrebbe essere di grande aiuto per prendere cura di noi stessi e dell'altro. Riflettere sui nostri comportamenti e sullo stato di salute psicofisica nel quale viviamo, a mio avviso, è una necessaria valutazione della qualità della nostra vita. Soprattutto può essere una valida opportunità di prevenzione sanitaria sul "male oscuro". Possiamo essere attratti dalle persone gioviali, di buona compagnia, che non ci fan-

no pensare alle difficoltà nelle quali viviamo e ci si allontana dalle persone tristi, depresse, pessimiste, scoraggiate. Il mito dell'eroe vincente, instancabile e forte è molto presente e ricercato. Chi si deprime e che non ha la forza di rialzarsi e combattere è visto come perdente ed evitato. Pertanto molto spesso per non esserlo si mistifica la sofferenza, non la si comunica per evitare di affliggere l'altro o peggio la si ignora per cercare di non esserne afflitto. Sono tante le risposte delle persone che vivono "accanto" a chi soffre di depressione e di chi li accudisce. Molto spesso li esortano benevolmente a farsi coraggio, a reagire e li invitano a non abbattersi. Il risultato però è che chi soffre, non riesce a star meglio con la sola forza di volontà, che fra

l'altro è anche ridotta o assente per malattia. Peggio chi soffre si sentirà giudicato negativamente, incapace, di peso e ancora più depresso. La cosa migliore da fare è essere adeguatamente informati, rivolgersi a specialisti e prendersi cura di sé stessi e del congiunto. Per depressione della porta accanto si può intendere sia il nostro vicino di casa sia anche metaforicamente chi vive vicino a noi. Per quanto predetto, per il valore negativo e colpevolizzante della depressione, non la si accetta, non la si comprende o la si mimetizza con una depressione sorridente. La paura dello stigma, del giudizio e dei pregiudizi sulla malattia mentale e sul male oscuro induce alla sua mistificazione. Ecco come la depressione della porta accanto non viene capi-

ta o semplicemente notata. Si vive sempre più soli, sia perché presi dai propri impegni, sia perché la depressione ci fa vivere in solitudine. La tecnologia e l'essere iperconnessi in rete non ci aiuta, abbiamo solo una socializzazione virtuale ed il contatto umano è sempre meno frequente. Il cortile degli antichi borghi o il pianerottolo dei moderni edifici non funge più da luogo d'incontro con i nostri vicini. Spesso oggi l'incontro è virtuale e la depressione della porta accanto è trascurata. Lo scopo dell'associazione EDA Italia onlus e della nostra rivista Depressione Stop è quello d'informare, prevenire e fornire educazione sanitaria sulla depressione, anche quella della porta accanto.

Sitografia

1. https://www.ansa.it/salutebenessere/notizie/rubriche/salute/2015/10/16/ansa-depressione-della-porta-accantotroppo-spesso-mal-curata_43a-caf19-b685-4cd7-a7fd-a4010cc5b587.html
2. <https://www.aifa.gov.it/-/la-depressione-della-porta-accanto-domani-la-giornata-europea-della-depressione>
3. <https://giornalistibeniculturali.wordpress.com/la-depressione-della-porta-accanto/>
4. <https://www.janssenconte.it/it-it/abedepressione/news/news-3>

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra
Direttore Editoriale





Foto: Envato Elements

Indice

MACRO AREE: CONOSCERE E CURARE SOCIETÀ

ARTE E CULTURA RUBRICHE

8	Maria Efsia Meloni <i>Vivere in solitudine</i>		
10	Dominique Tavormina <i>Centri di consulenza giovanili nella Vienna di un secolo fa</i>	34	Chiara Balducci <i>Social network e malattie mentali</i>
12	Francesco Franza <i>Early Life Stress, geni e depressione</i>	36	Immacolata d'Errico <i>Il fenomeno Incel "Noi non siamo depressi"</i>
14	Gianluca Lisa <i>Il suicidio in divisa</i>	38	Walter Di Munzio <i>Comunicare un cancro: come, a chi e quando</i>
16	Maria Rosaria Juli <i>Cicatrici francesi: la nuova sfida social tra i giovani e i giovanissimi</i>	41	Gottfried Treviranus <i>La depressione al congresso psichiatrico DGPPN 2022, a Berlino</i>
18	Francesco Franza <i>Il ruolo dei mitocondri nell'umore</i>	44	Alba Cervone <i>Poca noia e tanti impegni</i>
20	Marenza Minò <i>Sport agonistico tra equilibri e depressione</i>	46	Donatella Costa <i>Quando chi cura si trascura</i>
22	Maria Rosaria Juli <i>Disturbi Alimentari in aumento: possibile depressione della porta accanto</i>	48	Wilma di Napoli <i>Narcisista patologico e suicidio</i>
24	Francesco Franza <i>Diabete, qualità della vita e depressione</i>	50	Antonella Litta <i>Il superpotere di chiedere aiuto</i>
26	Giuseppe Tavormina <i>Gli stati misti e la scala di valutazione</i>	52	Immacolata d'Errico <i>Edward Hopper, il pittore della solitudine</i>
28	Barbara Solomita <i>La terapia EMDR nella depressione infantile e adolescenziale</i>	54	Enza Maierà <i>Morte, sofferenza e malattia nella moderna cultura occidentale</i>
30	Antonella Vacca <i>Il tempo nel disturbo bipolare</i>	56	Maurilio Tavormina <i>Malinconia e bile nera nella medicina araba medievale</i>
32	Francesco Cervone <i>Le depressioni e le nuove forme del sintomo</i>	58	Wilma di Napoli <i>Auto aiuto o psicoterapia? Lotta congiunta alla depressione</i>

Vivere in solitudine

/ Maria Efsia Meloni /

Negli ultimi anni la pandemia e la guerra hanno contribuito ad alimentare il vissuto di solitudine. Cosa succede nella “porta accanto”? Inteso come sentimento umanitario di solidarietà, di empatia, nel comprendere il dolore e la sofferenza esistenziale delle persone.

Fin dall'antichità vivevano in solitudine per propria scelta gli eretici, i religiosi, gli scrittori e gli artisti. E, nelle malattie gravi delle epidemie e pandemie venivano “messi in isolamento”. Dante (1314) nella Divina Commedia nel XXVII canto dell'inferno descrive i lebbrosi. Parola derivata dall'etimologia greca “lepròs” significa squamoso, e, dal termine “elephas”, usata per la prima volta nella traduzione in latino della Bibbia. Areteo di Capadocia ne descrisse i particolari della malattia nel 1300 (Medioevo), inizialmente i malati usavano un campanello in mezzo alla gente per farla allontanare, successivamente venivano abbandonati in luoghi deserti ed isolati. La commovente descrizione di Alessandro Manzoni della peste bubbonica cosiddetta “peste nera” che si diffuse durante il dominio degli spagnoli nel Nord Italia (1629-1633). Romanzo storico pubblicato nel 1827, dove emerge la condizione di povertà della popolazione, la solitudine e l'isolamento nei lazzeretti. La persona viene “gettata in una condizione di solitudine” come scriveva la Rudas (Meloni M.E., Rudas N., 2019), ma non è la solitudine degli scienziati, artisti, dei filosofi, religiosi, dei mistici ecc, liberamente scelta. E, proprio in queste malattie gravi come nelle pandemie ed epidemie si è costretti

all'isolamento. Invece nella depressione si coglie alla base la solitudine melanconica, la condizione esistenziale, in cui interagiscono molteplici fattori: personali e sociali. L'elevato numero di forme depressive comporta una riflessione nel suo vissuto. È necessaria un'analisi delle emozioni prevalenti. La depressione può colpire gli adolescenti come le varie fasce d'età del ciclo della vita. E, talvolta “la depressione della porta accanto” possiamo trovarla in chiunque, e non accorgerci che a breve potrebbe compiere un gesto disperato, come togliersi la vita. Le numerose esperienze di perdita sono alla base della condizione depressiva: difficoltà lavorative, di relazione, con isolamento sociale. Nello “stress psicosociale” legato al cosiddetto lavoro negato, cioè nella disoccupazione, viene vissuto, come evento fallimentare esistenziale. Nelle donne nel difficile ruolo “a doppio binario” di madre o di single (persona che vive da sola), con l'emancipazione sociale conquistata nei lunghi anni. Durante la pandemia le donne hanno pagato di più rispetto agli uomini, nella perdita del lavoro. Le difficoltà economiche, il senso di fallimento esistenziale entra in conflitto, con i ruoli di efficienza, di successo che la società richiede. Nello “stress” l'emozio-

ni negative sono alla base di una eventuale azione di disadattamento della persona. E, nella depressione perdono la loro funzione principale, si accompagnano al dolore psichico (spirituale) e come conseguenza gli individui vivono tutta la gravità dello stress. Si ha un sentimento d'incapacità ed inadeguatezza, con perdita dell'autostima, perdita della capacità di affrontare la situazione personale e familiare. Le donne sono più soggette ad un disturbo d'ansia come gli attacchi di panico (Viola R., 2021) e alla depressione rispetto agli uomini. In generale “Le donne sono più paurose e risultano più insicure rispetto agli uomini” (Rudas N. et al., 2016). Nella depressione si ha una perdita di libertà che si associa ad un attuale sofferenza e disabilità, o ad un rischio significativamente aumentato di morte (suicidio). Gli uomini hanno un rischio suicidario decisamente più alto rispetto alle

donne. Un cumulo di emozioni negative che si manifestano in modo distruttivo, in cui la frustrazione, il senso di colpa, di vergogna, possono determinare il progetto definitivo di non voler vivere. La persona percepisce solo il dolore morale, è come sospesa nel vuoto, aggrappata al nulla e in piena solitudine. In particolare nella disoccupazione, l'individuo non può provvedere alla soddisfazione di bisogni fondamentali come l'alimentazione, l'alloggio, che sono i beni necessari ed indispensabili per

vivere. Quindi ritengo che la sensibilizzazione a queste complesse tematiche, è finalizzata ad implementare la capacità di diagnosi e soprattutto alla prevenzione. Le epidemie e le pandemie nei secoli passati, come la: “peste nera” o manzoniana dal famoso romanzo di Alessandro Manzoni “I Promessi Sposi” (1629-1633). Il vaiolo che si diffuse nel XIX secolo con numerose epidemie che scomparvero definitivamente solo nel 1954. La poliomielite dal greco “polios” (1840), l'influenza

spagnola (1918-20), solo per citarne alcune, hanno cambiato il mondo e le nostre abitudini. In questi ultimi anni di pandemia, la solitudine e l'isolamento forzato per evitare di ammalarci, le restrizioni della libertà, la paura della morte, forse, ci hanno resi meno sensibili alla sofferenza degli altri? Dovremmo chiederci chi sta nella porta accanto? Come sta? E, soffermarci soprattutto sulla sofferenza e la solitudine delle persone colpite dalle malattie, dalla guerra e dai terremoti.



Bibliografia

1. Maria Efsia Meloni, Rudas N: Il lavoro Negato. Mimesis Edizioni, 19-01-2019, pag.35-37
2. Rudas N et al: Donne morte senza riposo. Un'indagine sul muliericidio. AM & Edizioni, Cagliari 2016, pag.110-111
3. Rita Viola: Un'epidemia di panico. Sgretolare il muro della paura. MIND, Mente & Cervello: L'attacco di panico è un'esperienza devastante per milioni di persone, ma guarire è possibile. N.194-Anno XIX-febbraio 2021, pag. 25-29.

Sitografia

4. Erickson: Coronavirus: le conseguenze psicologiche dell'isolamento forzato 14-03-2020 <https://www.erickson.it>
5. Guerrini Usubini A.: Emozioni negative e difficoltà legate al covid attraverso l'intelligenza emotiva. 03-12-2021 <https://www.auxilologico.it>
6. Lasciani Pettrini V.: “I Promessi Sposi di Alessandro Manzoni”. Mondadori Media S.p.A. 2023 <https://www.studenti.it>

Foto: Envato Elements



Maria Efsia Meloni

Medico Psichiatra
Redattrice

Centri di consulenza giovanili nella Vienna di un secolo fa

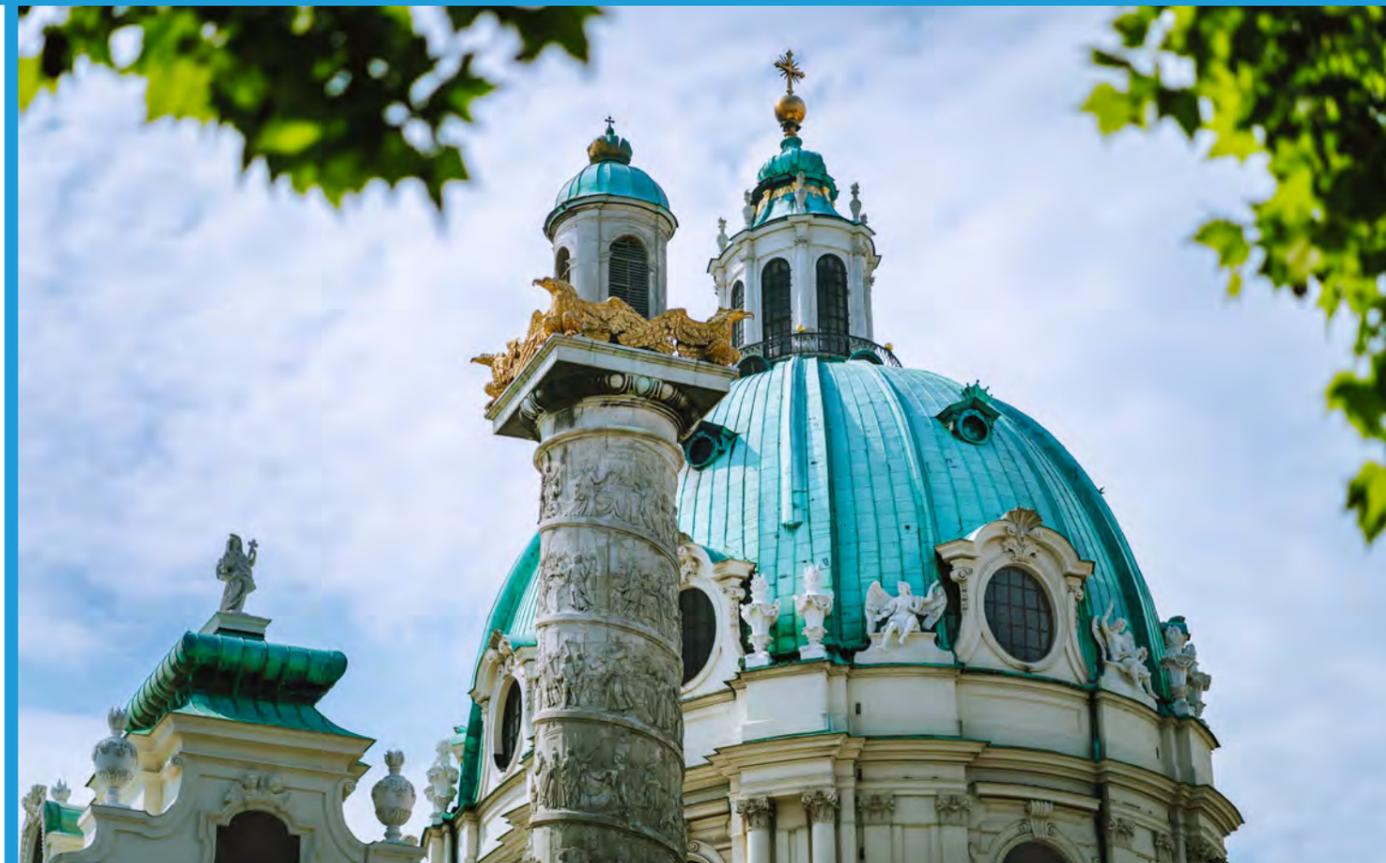
/ Dominique Tavormina /

L'importanza di supportare i giovani dal punto di vista psicologico, sia nei momenti difficili e delicati della vita che in quelli segnati da una psicopatologia, diviene una necessità quando ci si accorge che tale opera può divenire preventiva del suicidio. Come dimostrato dall'impegno del medico e psicoanalista V. E. Frankl nel secolo scorso attraverso la creazione di centri di consulenza giovanili.

Nel 1923, a Berlino, il dott. Hugo Sauer pubblicò i risultati positivi della diffusione dei suoi centri di consulenza, per giovani bisognosi di aiuto psicologico e morale. In tali centri si affrontavano problematiche familiari, situazioni di depressione e casi di tentati suicidi. La consulenza era gratuita e venivano assicurati sia l'anonimato che la massima discrezione. Hugo Sauer non era uno psichiatra, né uno psicoanalista, ma un direttore d'archivio della Dresdner Bank di Berlino, di cui si hanno ben poche notizie. Non si è a conoscenza delle motivazioni che lo avevano spinto a intraprendere la creazione di tali innovative istituzioni. Si sa che sin dal 1914 aveva iniziato a divulgare le sue idee e che la sua opera meritoria avrebbe aperto la strada a grandi ed efficaci similari iniziative in varie zone d'Europa. Un giovane viennese di origini ebraiche, brillante studente in medicina, Viktor E.

Frankl (fondatore della terza scuola viennese di psicoanalisi), fu tra coloro che apprezzarono profondamente l'iniziativa. Appena ventunenne, membro della società di psicologia individuale fondata da Alfred Adler, era molto sensibile e attento al diffuso disagio giovanile del suo tempo. La fine dell'Impero austro-ungarico, avvenuta nella Prima guerra mondiale nel 1918, non rappresentò per l'Austria soltanto un ridimensionamento territoriale, ma la fine di un'epoca. La disgregazione fu anche morale ed esistenziale. Difficoltà economiche, psicologiche e sociali si rifletterono sulle esistenze dei singoli individui, anziani, adulti e giovani, e nell'intimità delle loro vite. Il senso di sicurezza procurato nei suoi abitanti dalla grandezza dell'Impero asburgico scomparve con la sua fine. Insieme alla grandezza, scomparve anche il conforto delle "piccole e familiari cose" e la

rassicurazione di appartenere a un mondo noto e amico. Sopraggiunte al suo posto un forte senso di spaesamento e di crisi. Né furono trascurabili le conseguenze durature della Prima guerra mondiale sulla psiche, sulla salute fisica, sul lavoro. Il numero dei suicidi fra i giovani iniziò ad aumentare in modo impressionante, come rilevato dai quotidiani e dalle statistiche dell'epoca. Nel solo primo trimestre del 1926 si verificarono a Vienna 20 casi di suicidio. Il giovane V.E. Frankl decise di rimboccarsi le maniche e di passare all'azione, prendendo ispirazione dall'iniziativa di Hugo Sauer. Egli era convinto che se i giovani avessero conosciuto qualcuno con cui parlare in piena fiducia, non sarebbero ricorsi al suicidio. Avrebbero evitato l'utilizzo di sostanze, la prostituzione o la fuga da casa. "Se riusciremo a conquistarci la fiducia dei giovani, potremo evitare che tentino il suicidio o che vengano coinvolti in casi giudiziari." "La colpa sarebbe di tutti noi se non pensassimo di intervenire con un aiuto costruttivo." Di fronte a un mondo caratterizzato dalla paura, dallo scoraggiamento e dal vuoto avvolgente, egli avrebbe cercato con tutte le sue forze di aiutare i giovani. Lo scopo era quello di far ritrovare loro il valore della vita, in quanto, nonostante tutto, essa ha sempre un senso. "Nessun ragazzo deve soffrire dal punto di vista psicologico senza sapere che c'è qualcuno che gli sta accanto" (V. E. Frankl). Frankl non avrebbe mai smesso di evidenziare il carattere preventivo, oltre che curativo, dell'istituzione dei centri di consulenza giovanili. Comprendendo come fosse necessario agire attraverso la stampa per creare interesse attorno al suo progetto, Frankl la utilizzò per diffondere le sue idee. Egli scrisse diversi articoli in cui portò all'attenzione del pubblico viennese il problema della gioventù austriaca, disorientata, smarrita, stanca di vivere. Riuscì nel suo intento, stabilendo contatti con organizzazioni giovanili e associazioni di genitori e insegnanti.



Destò l'interesse sia delle autorità locali che di alcuni eminenti colleghi appartenenti al suo stesso movimento psicoanalitico. Nomi del calibro di Oswald Schwarz, Rudolf Allers, Otto Potzl e August Aichorn aderirono con convinzione all'iniziativa; molti altri si unirono presto. Il 1927 segnò l'inizio della fruttuosa esperienza. Nella pratica, la consulenza avveniva in modo totalmente gratuito negli studi privati degli specialisti che avevano fornito la loro disponibilità (medici, educatori, psicologi e assistenti sociali). Talvolta la consulenza era fatta anche tramite risposta scritta alle lettere che giungevano numerose, spesso in forma anonima. Vennero resi pubblici gli elenchi dei professionisti volontari, con relativo indirizzo e orario. Era necessario costruire sin dall'inizio un rapporto profondamente umano, da stabilirsi in un clima di massima riservatezza. Non veniva neppure richiesto di rivelare il proprio nome a chi non volesse. "Come sottolinea il dott. Sauer, si dovrebbe giungere al punto che i centri di consulenza giovanili godano della stessa popolarità dei vigili del fuoco e delle

organizzazioni di soccorso. E che il loro nome venga subito alla mente nelle più diverse situazioni di disagio, così come si chiamano i vigili del fuoco o il soccorso stradale in caso di incidente o di incendio" (V. E. Frankl). E così avvenne. Già nei primi mesi dell'esistenza dei centri di consulenza giovanili, circa 300 giovani fra i 16 e i 24 anni vi si rivolsero. Di essi, un terzo aveva tentativi di suicidio alle spalle. Solo in un anno gli utenti divennero 1.500, di cui 900 trattati personalmente dallo stesso Frankl, con un totale di 5.000 visite. L'esperienza durò in totale 5 anni. A Vienna i suicidi e i tentativi di suicidio iniziarono a diminuire già dopo un anno di attività dei centri di consulenza giovanili. Nell'estate del 1931, per la prima volta, nessuna comunicazione di suicidi era presente sui giornali. Un capo-redattore così scriveva: "L'aver iniziato questa attività di consulenza per i giovani in difficoltà è stata una felicissima idea del dott. Frankl, fondatore e responsabile diretto del centro viennese di consulenza.". Migliaia di giovani riceverono l'aiuto di cui avevano bisogno e

un numero indefinito di suicidi non avvenne. "Il nevrotico non può essere felice, perché non è affezionato alla vita, la disprezza, la scredita, la odia. Compito dello psicoterapeuta allora è quello di restituirgli in pienezza l'amore per la vita e per la comunità. Perché la via che conduce alla felicità, alla soddisfazione, alla beatitudine, passa attraverso il senso di comunità e il coraggio di vivere" (V. E. Frankl).

Bibliografia

1. Viktor E. Frankl: Le radici della logoterapia – Scritti giovanili. LAS, Roma, 2000;
2. Viktor E. Frankl: Ciò che non è scritto nei miei libri. Appunti autobiografici sulla vita come compito – Franco Angeli, Milano, 2018;
3. Viktor Frankl: L'uomo in cerca di senso – Franco Angeli, Milano, 2017

Foto: Envato Elements



Dominique Tavormina

*Pedagogista Clinica
Redattrice*

Early Life Stress, geni e depressione

/ Francesco Franza /

Gli eventi stressanti che colpiscono la prima infanzia (Early life Stress- ELS) possono causare disturbi psichiatrici in adolescenza e in età adulta.

I più frequenti Early Life Stress sono gli abusi sessuali e fisici e l'abbandono. Ma in tutto questo c'entrano i geni? E le loro modificazioni? Sembrerebbe di sì. La prima infanzia è un periodo sensibile e critico per lo sviluppo del cervello. Durante questo periodo si ha la maturazione e la formazione delle strutture cerebrali. Si formano le sinapsi e le connessioni dei neuroni tra diverse zone del cervello. Se durante questo periodo il bambino subisce gravi eventi stressanti lo sviluppo cerebrale può avere importanti conseguenze. Gli eventi stressanti che si manifestano durante le prime fasi di vita sono indicati con l'acronimo ELS (Early life Stress). Essi sono causa di disturbi fisici e mentali in età successive così come nell'adolescenza e nell'età adulta (Rivara et al. 2019). Gli Early Life Stress più comuni sono l'abuso fisico, l'abuso sessuale, l'abbandono fisico ed emotivo. Essi sono importanti fattori di rischio per lo sviluppo di malattie organiche (ad es., diabete, malattie cardiovascolari, tumori) in età adulta. Possono essere, inoltre, responsabili di un aumento dei disturbi psichiatrici (ad es. disturbo depressivo maggiore, schizofrenia etc.) (Infurna et al. 2016; Grisby et al. 2020). Un aumentato rischio di sviluppare disturbi organici e psichici in seguito a Early Life Stress è stato riscontrato anche nella adolescenza (Le Moul

et al. 2020). Lo studio condotto dai Proff. Ochi e Dwivedi (2023) del Dipartimento di Psichiatria dell'Università dell'Alabama di Birmingham, USA risponde affermativamente. Esistono studi sempre più numerosi che hanno individuato una stretta associazione tra gli Early Life Stress e le modificazioni genetiche. Le più studiate sono le mutazioni legate ai disturbi depressivi in adolescenza e nell'adulto. Ad esempio, è ben documentata una associazione tra il BDNF (fattore neurotrofico cerebrale) e i disturbi psichiatrici così come la depressione e il suicidio nella popolazione adulta. Il BDNF, o Fattore Neurotrofico Cerebrale, è una proteina cerebrale che aiuta lo sviluppo e la sopravvivenza dei neuroni. Il DNA è formato dalla combinazione di quattro tipi di mattoncini diversi, i cosiddetti nucleotidi (adenina, timina, citosina e guanina). I nucleotidi formano i codici genetici responsabili della produzione di specifici aminoacidi che a loro volta formano le proteine. Un meccanismo importante responsabile delle modificazioni genetiche è il cosiddetto polimorfismo e, in particolare, il polimorfismo a singolo nucleotide (SNP). In questo caso avviene una mutazione di un singolo nucleotide. Sono stati studiati numerosi SNP associati agli Early Life Stress (Mistry et al. 2018). Tra i più studiati ci sono quelli sul gene che produce la pro-

teina BDNF. È stato dimostrato che Early Life Stress possono modificare la sequenza genetica dell'SNP del BDNF. In questo caso la sostituzione dell'aminoacido valina con l'aminoacido metionina è associata allo sviluppo di disturbi psichiatrici, così come la depressione (Zhao et al. 2018). Questo polimorfismo è indicato con la sigla BDNF Val66Met. Un'altra mutazione associata agli Early Life Stress e alla depressione degli adolescenti avviene nella regione del gene della produzione del recettore trasportatore della serotonina (5HTTLPR). Interessante notare che la mutazione avviene più frequentemente nelle bambine abusate. L'analisi del BDNF negli

adolescenti vittime di disastri naturali ha dimostrato l'interazione gene-ambiente (Greca et al. 2013). Gli autori Ochi e Dwivedi concludono che gli ELS, così come l'abuso fisico o sessuale e l'abbandono, possono provocare modificazioni genetiche a lungo termine (PLS). Le conseguenze di tutto ciò sono alterazioni del controllo genetico. Queste modificazioni possono causare la proliferazione di cellule neuronali anomale, l'alterazione della plasticità sinaptica e della neurotrasmissione. Tutto ciò può portare a malattie fisiche e mentali negli adolescenti, così come la depressione. Conoscere la presenza di ELS può far prevedere le conseguenze che si manifesteranno in età adulta o durante l'adolescenza.

za. Conoscere per prevenire, anche in questo caso.

Bibliografia

1. Greca AML, Lai BS, Joormann J, Auslander BB, Short MA. Children's risk and resilience following a natural disaster: Genetic vulnerability, post-traumatic stress, and depression. *J Affect Disord* 2013;151:860-7.
2. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;15:190:47-55.
3. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59:842-855.
4. Mistry S, Harrison JR, Smith DJ, Escott-Price V, Zammit S. The use of polygenic risk scores to identify phenotypes associated with genetic risk of bipolar disorder and depression: a systematic

review. *J Affect Disord* 2018;234:148-55.

5. Ochi S, Dwivedi Y. Dissecting early life stress-induced adolescent depression through epigenomic approach. *Mol Psychiatry* 2023; 28:141-153.

6. Rivara F, Adhia A, Lyons V et al. The Effects Of Violence On Health. *Health Aff* 2019;38:1622-1629.

7. Zhao M, Chen L, Yang J et al. BDNF Val66Met polymorphism, life stress and depression: A meta-analysis of gene-environment interaction. *J Affect Disord* 2018;227:226-235.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Suicidio in divisa

/ Gianluca Lisa/

Il numero di suicidio tra le Forze dell'Ordine ed i Militari evidenzia una criticità che deve essere attenzionata con la collaborazione tra le Istituzioni e i Centri di Salute Mentale. È necessario un incremento del personale sanitario nelle Strutture Psichiatriche Pubbliche, maggiori informazioni sulla depressione e sull'opportunità di assistenza specialistica.

La Federazione Italiana dei Combattenti Alleati ha organizzato un Convegno il 20 Maggio 2023 ore 18.00 al Teatro del Casinò di Sanremo "Lineamenti Giuridici e psicologici in ambito militare" chiedendomi intervento sul tema del fenomeno del suicidio tra le Forze dell'Ordine ". Ritenendo l'argomento meritevole di attenzione e divulgazione da queste colonne, affronto la delicata problematica anche in quanto Ufficiale Medico riservista con il grado di Primo Capitano. Il nostro cervello, opera mirabile e sulla quale complessità l'uomo tenta di addentrarsi confrontandosi con le stesse difficoltà di comprensione dei meccanismi dell'universo, non dobbiamo dimenticare che è un organo. È la sede della nostra psiche, dove risiedono intelligenza, processi cognitivi, memoria ed i sentimenti che ci legano alle persone ed alle cose che amiamo, ma è sempre un organo. Pertanto il cervello, così come il fegato, i reni ed i polmoni, possono subire processi patologici biochimici, degenerativi e tossico infettivi. Ma essendo la sede dei processi affettivi ed emotivi può venire insultato anche da eventi stressanti che si traducono in sintomi ansiosi e depressivi. Più in

dettaglio qui ci sofferma sulla patologia depressiva e la sua principale e temibile complicazione che è il suicidio all'interno delle Forze dell'Ordine e dell'Esercito. Il suicidio nei pazienti affetti da patologie psichiatriche è senz'altro la complicazione più temuta. Ma come segnalato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio (Alert O.M.S. per Salute Mentale 10 ottobre 2005). Per questo persone, anche in ambito civile, che apparentemente non hanno mai accusato disturbi dello spettro depressivo si suicidano improvvisamente. Le cause possono essere legate a fattori destabilizzanti come gli aspetti sociali, emotivi, economici e relazionali della persona. Per ciò che vedremo anche i militari non sono esenti da questo pericolo e purtroppo eventi suddetti sono accaduti tra le loro fila. Nell'anno 2022 ci sono stati 72 suicidi tra le Forze dell'Ordine. Nel dettaglio 16 Carabinieri, 8 nella Guardia di finanza, 3 nell'Esercito, 24 nella Polizia di Stato, 4 nella Polizia penitenziaria, 8 nella Polizia locale, 5 Guardie giurate, 2 Vigili del fuoco, 2 dell'Aeronautica Militare e Marina. Nel 2021 sono stati

catalogati 57 suicidi. In Italia complessivamente nel 2022 sono accaduti 351 suicidi (dati ISTAT). Il dato è inquietante, ma quali possono essere le cause del suicidio tra persone che rischiano quotidianamente la vita per servire il nostro paese? Sicuramente gli stress ai quali le Forze dell'Ordine e dell'Esercito sono esposte quotidianamente. Infatti non è semplice psicologicamente uscire di casa ogni mattina e salutare la famiglia immaginando che si potrebbe essere vittime di un conflitto armato o di una manifestazione di piazza, nel corso della giornata. Sarebbe opportuno che le Istituzioni promuovessero campagne divulgative per le Forze Armate mirate a portare a conoscenza dei sintomi depressivi soprattutto al loro inizio. È utile anche sapere che il richiedere aiuto non è un segno di debolezza, ma di forza. Non è semplice quest'ultimo passo in quanto si tratta di servitori dello Stato che di fronte anche al più grave pericolo, per difendere i cittadini fanno che non si potranno mai permettere di aver paura, con ciò che ne consegue a livello psicofisico. (Spinetti G, Ranise A, 2015). Altra situazione stressante è essere i primi ad accorrere in situazioni di omicidi, femminicidi, stragi e/o suicidi famigliari gravi, dove la scarsità spesso orrorifica della scena del crimine influisce sull'equilibrio psicofisico. In particolare in una società dove sempre di più da straordinari diventano sempre più ordinari i fatti criminali. Non ultimi i fattori ambientali comuni a tutti i cittadini, le difficoltà economiche, i problemi relazionali e famigliari. La depressione è una patologia che viaggia silenziosa, si insinua ed aggredisce senza che si abbia la consapevolezza di doverne parlare. Parlarne anche semplicemente con il proprio medico di famiglia, mentre eventi sempre più stressanti si succedono uno sull'altro. Ovviamente tra le Forze dell'Ordine ed i Militari, per le situazioni suddette gli stimoli depressogeni sono quotidiani ed insistenti. Altra problematica è rappresentata dalle carenze di personale



sanitario, per i tagli alla sanità, delle Strutture Psichiatriche Pubbliche (Lisa, 2015). Esse potrebbero dare assistenza e supporto integrato alle Forze dell'Ordine ed ai Militari, con il dovuto tatto. Infatti per la naturale discrezione di chi porta una divisa ed è consapevole delle responsabilità di fronte ai cittadini che ne derivano, spesso quando si accorge di avere sintomi ansioso/depressivi cerca di "farcela da solo", come se fosse uno dei doveri che l'uniforme impone. Il pericolo sta nel fatto che al di là delle intenzioni, la patologia depressiva necessita di un adeguato trattamento specialistico e le "automedicazioni" sono pericolose. Il numero di suicidio tra le Forze dell'Or-

dine e dell'Esercito deve indurre un monitoraggio del fenomeno ed una presa di consapevolezza che un dato così eclatante merita la massima attenzione. Attenzione necessaria delle Istituzioni, del Ministero della Sanità e della Difesa, tenendo conto dell'alto servizio che le Forze dell'Ordine rendono quotidianamente con abnegazione ai cittadini. Sarebbe opportuno che le Istituzioni promuovessero campagne divulgative per le Forze Armate, mirate non solo a portare a conoscenza dei sintomi depressivi, ma anche che il richiedere aiuto ad uno psichiatra non è un segno di debolezza (Spinetti Lisa, 1999). È invece un atto di forza. Non è semplice quest'ulti-

mo passo, perché si tratta di servitori dello Stato che di fronte anche al più grave pericolo, per difendere i cittadini non si permetteranno mai di aver paura. Il numero di suicidio tra le Forze dell'Ordine ed i Militari evidenzia una criticità non indifferente. Essa deve essere valutata con la dovuta attenzione ed il massimo della collaborazione tra le Istituzioni ed i Centri di Salute Mentale. È necessario un attento sguardo sul numero di suicidio in divisa per supportare ed aiutare chi tutti i giorni mette la propria vita al servizio del paese. Si renderebbe così onore alle Forze dell'Ordine ed un'opera di prevenzione dei costi in vite umane.

Bibliografia

1. Lisa G et al. "Principali indirizzi in Psichiatria" -Manuale di Psichiatria per operatori socio-sanitari-Grafiche Amadeo, Imperia 1999,18.
2. Musacchio V. "Norma penale e democrazia. Trasformazioni dello Stato e genesi normativa penale". LED Ed. Universitarie, 2004.

3. Spinetti G, Lisa G. "Nuove Prospettive del trattamento della depressione" - Co- autore - Ed. Istituto Internazionale di Psichiatria e Psicoterapia It. 1999

4. Spinetti G, Ranise A. "La Psicocardiologia", grafiche Amadeo 2015

Foto: Envato Elements



Gianluca Lisa
Medico Psichiatra
Redattore

Cicatrici francesi: la nuova sfida social tra i giovani e i giovanissimi

/ Maria Rosaria Juli /

Impazza tra i giovani una nuova sfida social: “Cicatrici francesi”. La challenge consiste nel procurarsi sul viso un segno orizzontale simile a quello che i nativi americani si segnavano un tempo.

Nelle ultime ore si sta diffondendo a macchia di leopardo una nuova challenge tra i giovani. Sarebbe essere una sfida social che sta prendendo piede al fine di crearsi delle “belle cicatrici” e poi pubblicare la foto con l’hashtag #cicatricifrancesi. A promuovere la sfida è uno dei più famosi social al mondo seguito da numeri da far girare la testa di giovani e giovanissimi. Il fenomeno è stato individuato in alcune scuole medie di Bologna la scorsa settimana. Sin da subito docenti e dirigente di un istituto hanno notato tra alcuni studenti sulla zona del viso degli ematomi evidenti tanto da allarmarsi. La nuova tendenza viene dalla Francia, da qui il nome di cicatrice francese. Come spesso accade con i contenuti virali, la pratica è arrivata anche in Italia. Il fenomeno intanto ha messo in allarme diverse direzioni scolastiche e provveditori agli studi che hanno mandato note di allerta a insegnanti e genitori. La nuova sfida social consiste nel darsi due forti pizzicotti sullo zigomo con i polpastrelli, tanto da strizzare la carne. La cicatrice francese si procura utilizzando il dito indice ed il dito medio. Si ottiene quindi un segno orizzontale simile a quello che i nativi americani si segnavano sul viso per indicare la vittoria su un nemico.

Partecipare alla nuova sfida social cicatrice francese dovrebbe garantire la visibilità ai malviventi francesi, ai tosti per intenderci. Lo scopo dietro a questa pratica sarebbe quello di fingere di aver partecipato a uno scontro fisico e avere un aspetto da duro. Una challenge apparentemente innocua che però potrebbe portare a conseguenze dannose e permanenti. Così come ogni fenomeno social, l’attenzione è stata posta anche dal Ministero dell’istruzione e del merito. Lunedì scorso, 20 febbraio è stata pubblicata una nota in tutte le scuole di ordine e grado da parte del Ministero. La nota, è indirizzata a tutto il personale della scuola ed alle famiglie sulla nuova sfida social cicatrice francese. Il messaggio indica la necessità di vigilare sui nostri ragazzi che molto spesso diventano vittima. È opportuno tenere gli occhi aperti sulla sfida social cicatrice francese considerata una vera e propria forma di autolesionismo. Non è la prima volta che ci troviamo davanti a sfide social estreme che interessano la popolazione dei più giovani. Spesso il fenomeno è letto come un “capriccio adolescenziale” (Juli, 2019) ma in realtà nasconde qualcosa di diverso che una semplice moda passeggera (Borgia, 2005). Secondo un’indagine della Società Italiana di

Pediatria (2017) il 15% degli adolescenti tra i 14 e i 18 anni in Italia ha praticato autolesionismo. Anche questa sfida social possiamo considerarla estrema in grado di suggestionare giovani e giovanissimi ed indurli a compiere atti di autolesionismo e o azioni pericolose. Ad oggi si conosce poco della reale correlazione tra casi di suicidio e la partecipazione a una challenge. Quello che sappiamo è che le fragilità dei giovani sono tante e, a prescindere dalla tecnologia, gli atti di autolesionismo possono essere molto diffusi. Quali sono le ragioni psicologiche che portano un adolescente ad aderire alle challenge? Il fine sembra essere quello di provare sollievo da disagi emotivi, da un malessere profondo, un’angoscia, altre volte una rabbia o

un odio. Le cicatrici francesi potrebbero rappresentare un segnale verso noi adulti che guardiamo i giovani ma non li vediamo, li sentiamo ma non li ascoltiamo. I ragazzi devono fare molta attenzione al fatto che gli ematomi prodotti sugli zigomi possono durare settimane e lasciare segni visibili per molti mesi. Inoltre trattandosi di una challenge si ricorda che è reato diffondere informazioni e immagini private di altri, soprattutto se minorenni. È opportuno parlare sempre con un’insegnante, un adulto o una persona di riferimento di cui si ha fiducia. I genitori dovrebbero parlare di più con i ragazzi sui rischi che la rete comporta. In dettaglio sarebbe auspicabile monitorare la navigazione e l’uso delle app social, anche stabilendo

un tempo massimo di utilizzo. Se i vostri figli ricevono o sono invitati a partecipare a sfide social sospette ed in particolare a cicatrici francesi segnalatelo alla polizia postale. Sia come genitori che come comunità dobbiamo far fronte al rischio di emulazione da parte dei nostri ragazzi. Diventa necessario capire ed informarsi sul mondo on line dei figli e dei ragazzi parlando con loro

delle sfide social. Sul sito Orizzonte scuola la polizia postale ha da poco suggerito qualche attenzione in più sia ai genitori sia ai ragazzi. L’invito di segnalare è rivolto a tutti coloro che ricevono video e o foto in merito alla sfida social cicatrice francese. La segnalazione è possibile al sito www.commissariatodips.it o presso la polizia postale.



Bibliografia

1. Borgia L.: La manipolazione del corpo in adolescenza. Una riflessione bioetica, 2005. In *Saggi Child Development & Disabilities*; 31 (2): 67-77.
2. Juli M. R.: Il corpo che soffre: manipolazione e disagio nei disturbi della condotta alimentare” in *Quaderni Telos: “Il Crogiuolo in Psichiatria”* in *Atti del Seminario di Primavera* pag 43, Cen. Stu Psi. 25 maggio, 2019, Avellino.

Foto: Envato Elements



Maria Rosaria Juli
Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Il ruolo dei mitocondri nell'umore

/ Francesco Franza /

I mitocondri sono organelli situati nelle cellule degli esseri viventi. Hanno il ruolo fondamentale di produrre energia per la vita cellulare. Ma hanno anche un ruolo sull'umore degli individui? Recenti ricerche direbbero di sì.

Negli ultimi anni si sta delineando sempre più il ruolo dei mitocondri nello sviluppo dei disturbi dell'umore. Recenti ricerche hanno evidenziato una stretta associazione tra l'alterazione dell'attività mitocondriale e la genesi dei disturbi dell'umore. Analoga disfunzione può essere causata anche dall'azione degli antidepressivi sui mitocondri, la cui conseguenza è un incremento degli episodi maniacali (Gardea-Resendez et al. 2023, Giménez-Palomo et al. 2021). Gli stessi autori hanno sottolineato, pertanto, l'importanza di un intervento adeguato sulla sintomatologia dello spettro dell'umore. I mitocondri sono organelli cellulari coinvolti in numerosi processi biologici. Hanno un ruolo fondamentale nel mantenimento dell'omeostasi neuronale. Giocano, inoltre, un ruolo fondamentale nella neurogenesi. Sono coinvolti, inoltre, nella produzione dell'energia cellulare, nel metabolismo ossidativo e nell'apoptosi cellulare (un processo che consente alle cellule di "autodistruggersi" in risposta ad alcuni stimoli). Intervengono, poi, nel modulare la plasticità e l'attività neuronale e nel prevenire il danno neuronale.

Nei disturbi dell'umore la disfunzione dei mitocondri porta alla compromissione della omeostasi cellulare con alterazione dei suddetti meccanismi (Giménez-Palomo et al. 2021). L'azione dei mitocondri è resa particolarmente interessante in quanto possiedono un proprio DNA (mtDNA; DNA mitocondriale) che contiene 37 geni che codificano 13 proteine. Queste proteine sono coinvolte a loro volta nella formazione dei canali di transito degli elettroni. Queste subunità proteiche sono localizzate nelle membrane dei mitocondri. Il mtDNA è molto vulnerabile ad agenti tossici con il conseguente danneggiamento e disfunzione della propria attività. Recenti studi di neurobiologia del disturbo bipolare hanno evidenziato come la disfunzione dei mitocondri possa ridurre l'espressione di alcuni geni mitocondriali. In particolare, è stato osservato che ciò possa causare una alterazione del trasporto elettrolitico nella membrana mitocondriale. Questa disfunzione si manifesta soprattutto in alcune zone cerebrali (corteccia frontale e nell'ippocampo) (Rhee et al. 2020). Il mecca-

simo che sta alla base di tale alterazione riguarda la ridotta produzione di adenosina-5'-trifosfato (Adenosine triphosphate (ATP)). L'ATP è la fonte di energia delle cellule degli esseri viventi. Lo sbilanciamento del processo biologico dell'ATP e della risposta alla richiesta di energia è stato proposto essere alla base dei disturbi dell'umore (Scaini & Quevedo 2023). I mitocondri giocano un ruolo importante della genesi dei disturbi dell'umore. Sempre più numerose sono i risultati delle

ricerche scientifiche che dimostrano tale associazione. I dati della letteratura scientifica possono aiutare i

ricercatori a trovare nuove strategie terapeutiche per i disturbi dell'umore. Siamo solo all'inizio, ma i dati

promettenti fanno sperare in un rapido sviluppo di farmaci specifici e sicuri.

Bibliografia

1. Scaini G & Quevedo J: The conundrum of antidepressant use in bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 2023; 28: 972-973.
2. Gardea-Resendez M, Coombes BJ, Veldic M. et al.: Antidepressants that increase mitochondrial energetics may elevate risk of treatment-emergent mania. *Mol Psychiatry* 2023; 28:1020-1026.
3. Rhee TG, Olfson M, Nierenberg AA, Wilkin-

son ST. 20-Year Trends in the Pharmacologic Treatment of Bipolar Disorder by Psychiatrists in Outpatient Care Settings. *Am J Psychiatry* 2020;177:706-715.

4. Giménez-Palomo A, Dodd S, Anmella G, Carvalho AF, Scaini G, Quevedo J, Pacchiarotti I, Vieta E, Berk M. The Role of Mitochondria in Mood Disorders: From Physiology to Pathophysiology and to Treatment. *Front Psychiatry* 2021;12:546801.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Sport agonistico tra equilibri e depressione

/ Maria Vincenza Minò /

Lo sport agonistico richiede la compresenza di sforzo fisico, mentale ed emotivo. Ricerche recenti evidenziano il forte rischio di depressioni in atleti professionisti. Circa il 25% degli atleti soffrono di depressione e la percentuale aumenta al 50% se si considerano gli atleti a fine carriera.

Lo sport agonistico è praticato da colui che fa dello sport uno stile e fonte di vita. Willimczik e Kronsbein (2005) hanno potuto dimostrare che i diversi stimoli e le motivazioni cambiano nel corso della carriera di un atleta agonista. Si passa dall'attuare lo sport per puro divertimento al voler migliorare il proprio livello per arrivare al successo sperato. Il cervello agonistico è proiettato alla conquista del risultato. A seconda dei requisiti di uno sport agonistico gli atleti devono avere una maggiore velocità di esecuzione, forza, resistenza, coordinazione, precisione, efficienza e automaticità nell'azione. L'incremento della frequenza cardiaca durante l'esercizio fisico permette il rilascio di sostanze chimiche chiamate endorfine. Esse migliorano lo stato dell'umore, generano benessere e riducono il dolore, motivo per cui le persone con dolore cronico si sentono meglio quando muovono il corpo. I corridori, infatti, dopo aver corso per circa 3 chilometri provano un senso di pace e benessere nonostante quanto stiano lavorando. Tale effetto benefico durante la corsa si prova in un punto

preciso dell'attività chiamato "Running High" ed è generato dall'azione delle endorfine sul sistema nervoso. L'esercizio fisico coinvolge anche altri ormoni che influiscono sull'umore come la dopamina e la serotonina. Inoltre, gli studi dimostrano che l'esercizio fisico facilita il sonno e aumenta l'autostima, entrambi fattori che migliorano la qualità di vita. L'Università di Adelaide ha condotto una recente ricerca sulla salute mentale nello sport agonistico. Dai risultati è emerso che accanto ai diversi sintomi fisici (vertigini, tachicardia, ecc) possono insorgere stati depressivi, instabilità emotiva, disturbi del sonno e irritabilità diffusa. Vi sono tre momenti critici nella vita di un atleta agonista che possono generare depressione. 1) Infortunio: oltre al dolore fisico e mentale per il danno subito l'atleta vive la condizione di passività motoria con diverse paure. In particolare esso teme di non tornare più come prima o di non poter utilizzare la parte interessata come una volta. La tristezza, l'apatia, l'insofferenza sono comuni in questa fase. Al termine di un allenamento di alto livello è possibile

incorrere in un fenomeno chiamato "sindrome acuta da scarico". Essa di solito interviene dai quattro ai venti giorni dopo l'interruzione repentina dell'allenamento e può perdurare anche dei mesi (Urhausen,1993). La comparsa di tale sindrome varia da sportivo a sportivo. 2) Sconfitte: nello sport agonistico la sconfitta genera preoccupazioni legate al non essere all'altezza della prestazione e al saper accettare i propri limiti. 3) Ritiro dall'attività agonistica: è un passaggio delicato per uno sportivo in quanto comporta la difficoltà nel riuscire a reggere come prima i ritmi e le prestazioni di alto livello. Spesso il confronto con gli avversari o i risultati insoddisfacenti portano al dover decidere la fine del proprio percorso. Talvolta è proprio l'infortunio a dare il senso all'atleta di doversi fermare. Il vissuto personale degli atleti che praticano sport agonistico viene spesso messo in secondo piano. L'equilibrio psicologico di quest'ultimi può essere, inoltre, compromesso dallo stress e da situazioni ansiose. In particolare l'ansia è determinata dalla pressione dei tifosi, gli allenatori e le società sportive, i procuratori, l'attenzione degli sponsor quale fonte di reddito. A questi si aggiungono i continui cambi di città, i social media, l'eccessiva ricerca di perfezione e l'ottenimento della vittoria ad ogni costo. Negli sport di squadra il rapporto con gli altri membri del team rappresenta un fattore di stress. In particolare, la sottoscrizione di contratti lavorativi non sempre soddisfacenti incrementa lo stato di malessere tra gli stessi membri. Nel mondo dello sport femminile le molestie e la sessualizzazione dei corpi delle atlete costituiscono un fattore di rischio per l'equilibrio mentale delle stesse. Michael Phelps, nuotatore pluripremiato, alla vigilia delle Olimpiadi di Rio del 2016 ha dichiarato di soffrire di depressione dal 2004, soprattutto nel periodo post-olimpiadi. "Ho lottato contro ansia e depressione e sono arrivato a chiedermi se volevo ancora vivere. Non bisogna aspettare che le cose peggiorino, è

importante capire che la terapia non è solo per le persone che soffrono di gravi problemi mentali". Dopo mesi di allenamenti estenuanti e la costante pressione del mondo esterno, M. Phelps ha conquistato l'oro ma il vuoto e l'angoscia lo hanno sopraffatto. La consapevolezza di tali stati emotivi ha portato il nuotatore a spingere chi ne soffre di non vergognarsi a chiedere aiuto. Anche la tennista Osaka Naomi ha ammesso di soffrire di depressione, dopo aver rifiutato di partecipare alla conferenza stampa in occasione degli Open di Francia. La decisione di ritirarsi dalla competizione è legata alla difficoltà nel tollerare la pressione mediatica e nel mantenere un alto livello di prestazione. Nello sport agonistico occorre garantire un sano equilibrio psico-fisico dell'atleta

partendo dall'identificazione delle caratteristiche personali e dalle motivazioni. Esso dovrà essere seguito costantemente durante l'intera carriera, riconoscendo così eventuali cambiamenti di umore, pensiero, comportamenti disfunzionali. È possibile notare un atteggiamento diverso dell'atleta verso lo sport caratterizzato da un maggior senso di stanchezza e scarsa motivazione. Il calo della prestazione lo porterà a saltare gli allenamenti, le competizioni, a manifestare una maggiore irritabilità nei confronti dell'allenatore e dei compagni di squadra. Fondamentale è il sostegno psicologico attuato da psicologi professionisti o mental coach delle società sportive al fine di intervenire preventivamente sui primi segnali di disagio.



Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Università of Adelaide. "Stopping exercise can increase symptoms of depression". ScienceDaily. ScienceDaily, 22 March 2018.
2. Urhausen A. Abtrainieren oder das akute Entlastungssyndrom. Rudersport, 1994; 44(25), p. 630.
3. Weineck J. "L'allenamento ottimale". Calzetti & Mariucci Editori. 2009.
4. Willimczik K, Kronsbein A. Leistungsmotivation im Verlauf von Spitzensportkarrieren. Leistungssport 2005, 5, 4-10.

Sitografia

5. www.corriere.it



Maria Vincenza Minò

Psicologa-Psicoterapeuta
Redattrice

Disturbi Alimentari in aumento: possibile depressione della porta accanto

/ Maria Rosaria Juli /

I disturbi alimentari sono in aumento del 40% rispetto al 2019. In Italia ne soffrono circa 3 milioni di persone, spesso sono accompagnati da ansia e depressione.

Quando parliamo di disturbi alimentari (DAN) ci riferiamo a comportamenti alterati nel rapporto con il cibo e con le forme del proprio corpo. In particolare le forme più diffuse attualmente sono anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Questi disturbi, si accompagnano ad altri sintomi come ansia e depressione. Uno studio osservazionale condotto su pazienti con diagnosi di DAN ha mostrato l'interazione di queste condotte con instabilità dell'umore (Tavormina 2019). I risultati hanno evidenziato che l'intensità di malessere dell'umore (stato misto) aumenta nei disturbi alimentari. Inoltre, questi casi dovrebbero essere considerati "quadri misti" dei disturbi dell'umore, più specificatamente dello spettro bipolare. Se non diagnosticati e trattati precocemente, aumentano il rischio di complicanze organiche rilevanti a carico di tutti gli organi e apparati dell'organismo. Già negli anni '90 Gordon (2004) li aveva definiti come una epidemia sociale. Si è da poco conclusa la Giornata del Focchetto Lilla (15 marzo), una giornata interamente dedicata all'informazione ed alla prevenzione dei disturbi alimentari. A livello nazionale assistiamo ad un aumento della patologia ed alla difficoltà di

accesso alle cure in molte Regioni italiane (M.d.S, 2022). La popolazione femminile è la più colpita, con un rapporto di 9 a 1 tra femmine e maschi. In totale in Italia si stima ne soffrono circa 3 milioni di persone. I dati confermano un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019. Nell'oltre 75% i disturbi alimentari si accompagnano a forme di ansia e depressione. La pandemia certamente ha peggiorato una situazione già da tempo delicata. L'isolamento e l'impossibilità alle cure nel periodo pandemico ha consentito di registrare nel 2022 un numero di morti pari a 3260 affette da DAN. I Disturbi Alimentari sono disturbi della mente e quindi prima ancora che compaiano i segni fisici della malattia, sono già presenti da tempo quelli psicologici. Il cambiamento fisico spesso viene preceduto da un profondo cambiamento di carattere: instabilità emotiva, irritabilità, depressione, insonnia. Questi sintomi in parte collegati alla malnutrizione, sono il risultato di idee e pensieri che turbano la mente dei ragazzi. L'eccessiva attenzione all'alimentazione e all'eliminazione di alcuni alimenti è presente in moltissimi adolescenti e quindi non viene inizialmente inquadrata come problema. Quando questa attenzione diventa continua,

ossessiva, e si accompagna all'osservarsi allo specchio e a controllare il proprio peso sulla bilancia, la situazione va monitorata. Questi comportamenti vanno letti come un segnale, come qualcosa di grave che sta succedendo. Bisogna quindi tenere conto che i Disturbi Alimentari sono diversi e l'inizio può essere molto subdolo e insidioso. Non sono solo malattie del corpo ma anche e soprattutto dell'anima. Il cibo diventa un simbolo della difficoltà di stare ed abitare il corpo e il mondo. Soffrire di disturbi alimentari vuol dire tentare di ottenere un'approvazione continua da parte di tutti. Possono essere definite nuove forme di depressione moderne (Dalla Ragione, 2023), ma non si può guarire da soli, anzi si corre il rischio di aggravamento. Questa malattia deve essere trattata con un approccio integrato di professionisti formati per

i disturbi alimentari. Ciò che sottende a questa patologia è la grande paura di vivere. Paura di affrontare il mondo, ciò che si nasconde è la necessità e il desiderio di sentirsi amati. I fattori che concorrono alla nascita dei disturbi alimentari sono diversi: ecco perché è considerata una patologia multifattoriale. Sono coinvolti fattori genetici, psicologici o ambientali, che aumentano la vulnerabilità di una persona. Fattori come lutti, aggressioni, abusi sessuali, separazioni da persone care possono contribuire alla nascita dei DAN. Favoriscono anche eventi apparentemente non gravi come un fallimento scolastico, un cambio di scuola o bullismo. Infine, tutti quei fattori che impediscono il ritorno alla normalità. Questi sono i fattori psicologici, fisici ed ambientali, che costituiscono quel 'circolo vizioso' di mantenimento della malattia. Essa

deve essere affrontata con l'aiuto di professionisti. Inoltre la nascita di un DAN si accompagna spesso ad altri sintomi depressivi ed ansiosi. I Disturbi alimentari sono curabili, ma la diagnosi precoce diventa un aspetto fondamentale. È necessario rivolgersi ai centri specializzati che purtroppo in Italia sono ancora pochi e a macchia di leopardo. Essere seguiti da specialisti con esperienza nel campo dei disturbi alimentari è importante al fine di utilizzare un linguaggio appropriato. Il Ministero della Salute ha messo a disposizione un numero verde DCA (Disturbi del comportamento alimentare). Ad esso possono rivolgersi pazienti, familiari e conoscenti per avere delle prime informazioni in merito a come comportarsi ed avere riferimenti per i centri specializzati sul territorio. Il numero verde è 800180969800

Bibliografia

1. Dalla Ragione L, Vanzetta R – Social fame, Adolescenza, social media e disturbi alimentari, Il pensiero scientifico editore, 2023.
2. Gordon AR – Anatomia di una epidemia sociale, Raffaello Cortina Editore, 2004.
3. Ministero della salute - I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: una epidemia nascosta, 2022.
4. Tavormina G – I disturbi della condotta alimentare (DCA) e lo spettro bipolare dell'umore: comorbidità o parte integrante degli stati misti? Telos, 2019.

Foto: Envato Elements



Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice



Diabete, qualità della vita e depressione

/ Francesco Franza /

Il diabete mellito e la depressione sono frequenti negli anziani. L'effetto combinato di queste due malattie ha gravi conseguenze sulla loro qualità della vita. Un rapido e precoce intervento terapeutico rappresenta una strategia di successo in questi pazienti.

Con l'allungamento dell'età e dell'aspettativa di vita il numero di anziani che soffre di malattie organiche e psichiche è aumentato notevolmente. In una recente ricerca un gruppo di ricercatori ha valutato il rapporto tra depressione e diabete negli anziani (Zhang et al, 2023). I risultati della ricerca hanno trovato che il rischio di depressione è da 2 a 4 volte più elevato negli anziani con diabete rispetto alle persone sane. Lo stesso gruppo di ricerca, inoltre, ha osservato che circa il 28% delle persone affette da diabete può avere episodi depressivi. Questi numeri aumentano nelle persone anziane con conseguente aumento del disagio psicologico e socioeconomico. Negli anziani gli eventi negativi della vita associati a condizioni fisiche scadenti possono aumentare notevolmente la probabilità di sviluppare depressione. Gli eventi negativi più dolorosi sono la riduzione delle condizioni economiche, del ruolo sociale e delle relazioni sociali. L'associazione diabete e depressione rende più difficile e complessa la gestione sanitaria. Aumenta il rischio di complicanze e la qualità della vita peggiora notevolmente. L'anziano affetto da depressione e diabete può avere una percezione negativa della propria vita presente e futura. L'u-

more depresso riduce l'energia e la motivazione del paziente anziano e aggrava l'aderenza alle cure farmacologiche del diabete. La gestione della vita del paziente subisce un carico enorme che pesa sulla famiglia e sugli operatori sanitari. L'aumento dello stress può generare in un vero e proprio burnout familiare (Franza F et al, 2021). Preoccupati e scontenti dalla presenza del diabete, l'anziano e i suoi caregiver possono trascurare la cura della depressione. Anche perché i sintomi della depressione spesso non sono evidenti. Possono esser confusi come la naturale conseguenza dell'essere anziani e affetti da diabete. Frequenti sono i sentimenti di impotenza, di vuoto, di assenza di interessi e di rassegnazione. L'anziano affetto da depressione e diabete può non provare più piacere nella vita. Le aumentate paure, ansie e preoccupazioni riducono la percezione del supporto sociale. È stato evidenziato che questa condizione di sofferenza porta gli anziani a preferire di restare da soli e chiusi nelle loro camere. Tutto ciò, insieme alla mancata stimolazione del pensiero e della memoria, può incrementare il declino cognitivo (van Sloten TT et al, 2020). La depressione è associata ad un aumento della mortalità da 1,5 a 2,6 volte tra

gli individui con diabete. Con l'aumentare dell'età si verifica un peggioramento delle capacità cognitive. Diminuisce la capacità di resistere agli eventi avversi. Sia la depressione, sia il diabete sono associati a un aumentato deterioramento della memoria e di altre funzioni cognitive. Recenti studi clinici hanno trovato che l'associazione depressione e diabete può avere gravi effetti sulla salute del cervello. Probabilmente i fattori scatenanti sono le microlesioni vascolari di diverse zone cerebrali. Il rischio di sviluppare malattie come la demenza e il Morbo di Alzheimer aumenta notevolmente in questi casi. Si osserva una riduzione notevole del volume di alcune zone del cervello, così come le dimensioni dell'ippocampo (An JH et al, 2023). Il trattamento e la gestione delle malattie a lungo termine possono avere un impatto sul miglio-

ramento della qualità della vita nelle persone anziane affette da diabete e depressione. Migliora anche il clima familiare e il benessere percepito. Si riduce lo stress psicologico del paziente, della famiglia e dell'intera comunità sanitaria. Un'adeguata cura influenza positivamente le capacità della memoria, del pensiero e dell'umore nell'anziano. Facilita la relazione con tutte le persone coinvolte nella gestione di queste patologie. Il medico di Medicina Generale rappresenta l'hub, il coordinare e il promotore principale del circolo virtuoso della gestione del paziente anziano affetto da diabete e depressione. Il miglioramento della comunicazione tra i vari attori del supporto sanitario gioca un ruolo importante. Bisogna costruire una rete di supporto in cui una sana comunicazione tra paziente, familiari e servizi sanitari può migliorare la

qualità della vita. Gli anziani con diabete dovrebbero essere spinti a costruire una rete di supporto emotivo attraverso una promozione e integrazione sociale. L'intera comunità aumentando il sostegno sociale aiuterà a ridurre il senso di solitudine e di vuoto dell'anziano affetto da depressione e diabete. La frequente associazione tra diabete e depressione negli anziani genera numerose problematiche. La necessità di individuare i sintomi precoci della depressione diventa fondamentale per iniziare il prima possibile una cura adeguata. La conoscenza e la condivisione delle informazioni tra i diversi attori (paziente, famiglia, medico di base, etc.) diventano fondamentali. In questo modo si migliora la qualità della vita degli anziani che soffrono di diabete e di depressione.

Bibliografia

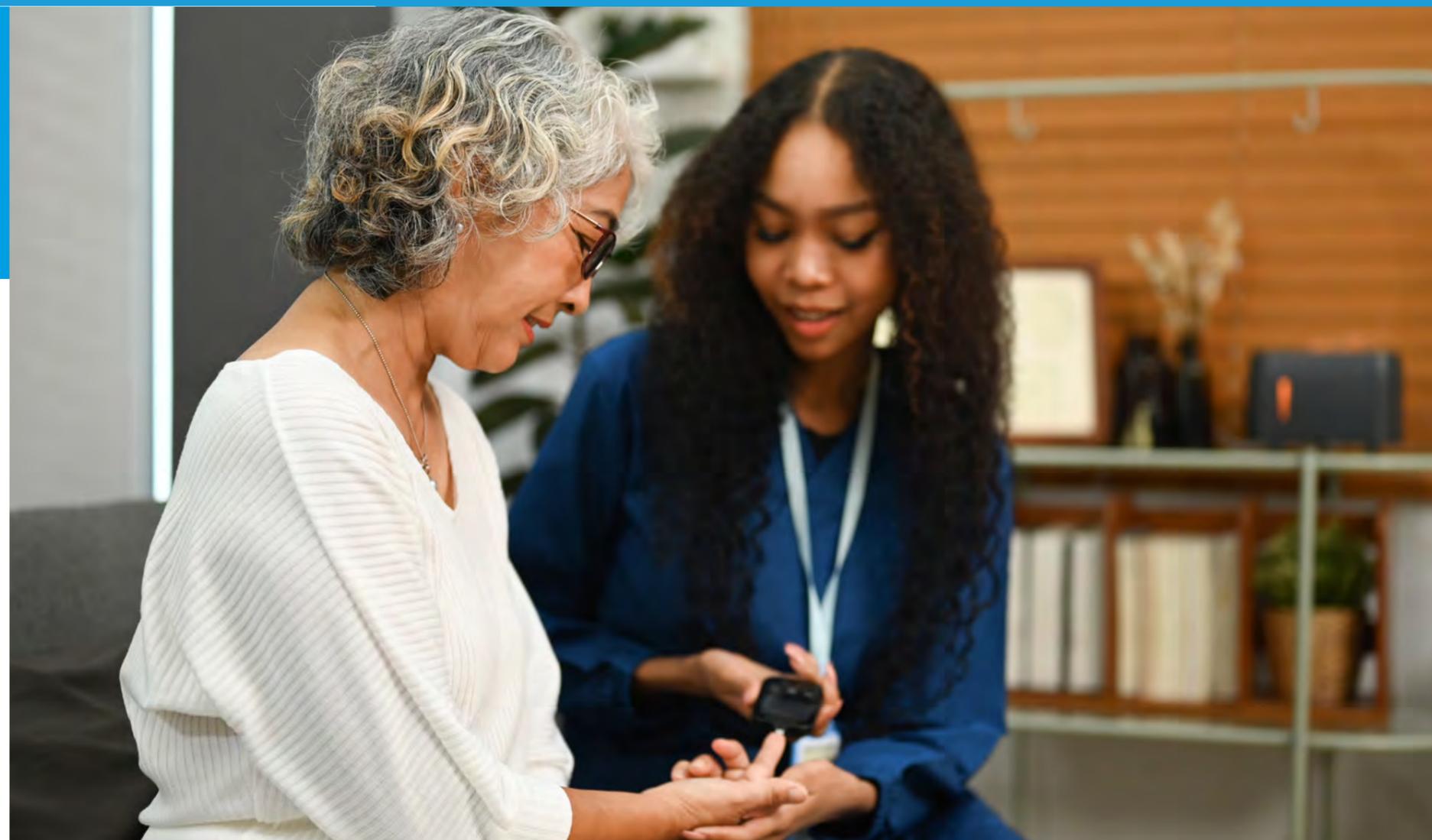
1. An JH, Han KD, Jeon HJ. Higher metabolic variability increases the risk of depressive disorder in type 2 diabetes mellitus: a longitudinal nationwide cohort study. *Front Psychiatry*. 2023 Jul 24;14:1217104.
2. Franza F et al. Anxiety and burnout in Alzheimer's caregivers in COVID-19 pandemic. *J Neurol Sci*. 2021;429:119961.
3. Park M, Reynolds CF 3rd. Depression among older adults with diabetes mellitus. *Clin Geriatr Med*. 2015 Feb;31(1):117-37, ix.
4. van Sloten TT et al. Cerebral microvascular complications of type 2 diabetes: stroke, cognitive dysfunction, and depression. *Lancet Diabet Endocrinol*. 2020 Apr;8(4):325-336.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile



Gli stati misti e la scala di valutazione

/ Giuseppe Tavormina /

Spesso il clinico incontra notevoli difficoltà nel fare una corretta diagnosi del tipo di disturbo dell'umore, soprattutto se è in presenza dei cosiddetti "stati misti". La Scala di Valutazione "G.T. MSRS" è uno strumento che nasce per aiutare a fare una diagnosi di stato misto di spettro bipolare.

Spesso il clinico incontra notevoli difficoltà nel fare una corretta diagnosi del tipo di disturbo dell'umore, soprattutto se è in presenza dei cosiddetti "stati misti". Ciò accade in quanto i pazienti frequentemente focalizzano i loro sintomi sulla componente depressiva e non su ansia, tensione e inquietudine interna, apatia. In tal modo questa sintomatologia chiamata "mista" può infiltrarsi in modo subdolo nella vita del paziente stesso determinando un peggioramento del quadro clinico.

Quando l'umore oscilla rapidamente fra aspetti depressivi e altri di euforia-irritabilità, o vi è sovrapposizione di queste componenti, si è di fronte ad uno stato misto. Siamo di fronte ad uno stato misto anche se i sintomi depressivi appaiono in certi momenti prevalere. Pertanto il clinico dovrebbe considerare con attenzione il valutare un'adeguata terapia farmacologica, che deve essere formata da regolatori dell'umore e antidepressivi.

I sintomi da tenere in considerazione nell'effettuare una diagnosi di stato misto sono i seguenti (almeno due fra essi devono essere presenti contemporaneamente; Tavormina G, 2013):

- sovrapposizione fra umore depresso e irritabilità,
- presenza di agitazione interna, inquietudine, irritabilità, aggressività e impulsività,
- difficoltà nella concentrazione e iperattività dei pensieri,
- elevata tensione interna e muscolare, gastrite, colite, cefalea o altri sintomi somatici (per es.: peggioramento di eczemi o psoriasi),
- comorbidità con malattie dell'ansia (DAP, DAG, Fobia Sociale, DOC),
- insonnia (soprattutto: sonno frammentato e/o sonno di scarsa qualità),
- disturbi della condotta alimentare,
- senso di disperazione e ideazione suicidaria,
- iper / ipo-attività sessuale,
- abusi di sostanze (alcoliche e/o stupefacenti),
- comportamenti antisociali.

I sintomi del cosiddetto "mixity" delle fasi depressive (i sintomi più subdoli determinati dalla sovrapposizione di depressione-irrequietezza-irritabilità) possono determinare incremento del rischio suicidario (Akiskal, 2007). Il "mixity" è un concetto che comprende i sintomi più insidiosi dei disturbi dell'umore, quelli degli stati misti, per la presenza contemporanea di depressione, irrequietezza, irritabilità e

confusione. La co-presenza di diversi sintomi somatici insieme, così come la presenza di abusi di sostanze, potrebbero essere definiti come "sintomi-chiave" per una diagnosi precoce di "stato misto" di spettro bipolare (Rihmer & Akiskal, 2010; Tavormina G, 2013).

La Scala di Valutazione "G.T. Mixed States Rating Scale", o "G.T. MSRS" (Tavormina G, 2014) è una scala di valutazione che si può anche auto-somministrare ed è strutturata in 11 punti. Essa nasce per aiutare il clinico a fare una diagnosi di stato misto di spettro bipolare. Se un soggetto presenta un certo punteggio dopo la somministrazione della "G.T. MSRS", questo suggerirebbe soltanto una diagnosi "generica" di stato misto bipolare. In seguito, spetta al clinico fare una mirata diagnosi di sottogruppo di stato misto secondo quanto descritto negli schemi dello spettro bipolare di Akiskal (Akiskal H, 1999) o di Tavormina (Tavormina G, 2013).

La terapia farmacologica degli stati misti consiste in una politerapia con regolatori dell'umore e antidepressivi. Essi sono: Litio, Carbamazepina, Valproato, Gabapentin, Oxcarbazepina, Lamotrigina, Topiramato, Olanzapina, Asenapina, Loxapina, Pipamperone; e gli SSRI, SNRI e Bupropione fra gli antidepressivi. (Tavormina G, 2013). Non dovrebbero essere usati antidepressivi in monoterapia senza regolatori dell'umore nel trattare gli stati misti. Non dovrebbero nemmeno essere usate le benzodiazepine, i tranquillanti, in monoterapia, proprio per evitare di fare incrementare la disforia (Agius M et al, 2007; Agius et al, 2011).

Usando la Scala di Valutazione per gli Stati Misti denominata "GT-MSRS" (Tavormina, 2014) somministrandola al paziente, si conduce il clinico ad una diagnosi "generica" di "stato misto del disturbo bipolare". La componente misto-disforica dell'umore instabile la troviamo solitamente nella "Ciclotimia irritabile" (strettamente connessa al Disturbo Bipolare a Rapida Ciclicità, verso cui può tendere o da cui può

derivare), nella "Disforia Mista" (il tipico Stato Misto Depressivo), nella "Depressione Agitata" e nel "Temperamento Ciclotimico".

Lo psichiatra dovrà fare: definire con precisione la diagnosi del tipo di "stato misto", scegliere un regolatore dell'umore valido, scegliere un antidepressivo a basso dosaggio. Quest'ultimo in base all'intensità dei sintomi depressivi valutati con l'uso della scala "GT-MSRS" ed anche tramite il colloquio clinico.

La Tabella mostra i livelli di scelta preferenziali dei regolatori dell'umore nei diversi sottotipi diagnostici degli stati misti.

L'alta percentuale fra i pazienti con sintomi somatici quali colite e gastrite, dovrebbe fare orientare all'utilizzo del Gabapentin come prima scelta fra i regolatori dell'umore. Il Gabapentin è stato già utilizzato con successo nel trattamento di dolore pelvico cronico (Sator-Katzenschlager SM, 2005) e nella sindrome del colon irritabile (Lee KJ, 2005). Esso viene utilizzato da lungo tempo con efficacia e tollerabilità come regolatore dell'umore (Carta M, 2003; Carta M, 1999), anche in presenza di sintomi somatici cronici (Tavormina, 2012).

Ad esempio, l'ulteriore inserimento addizionale di Valproato e Carbamazepina è stato mostrato dare grandi vantaggi soprattutto in presenza di iperattività dei pensieri, confusione e difficoltà nella concentrazione. Così come, l'ulteriore inserimento addizionale di Olanzapina è stato visto estremamente utile quando ci si trova in presenza di gravi disturbi del sonno. I disturbi del sonno sono



Foto: Giuseppe Tavormina

quelli che spesso inducono ad un cronico utilizzo di Benzodiazepine. L'eventuale presenza di loro effetti collaterali, dovrà far valutare al clinico la sostituzione dello stesso farmaco con altro della sua categoria. Non bisogna mai dimenticare che tutti i regolatori dell'umore per la loro teratogenicità vanno usati con consenso informato nelle donne in età fertile.

Osservazioni conclusive

Le conseguenze di un mancato riconoscimento diagnostico (e successivo inadeguato trattamento) di un disturbo dell'umore possono portare ad un reale incremento del rischio suicidario. Possono inoltre porta-

re alla riduzione delle aspettative e qualità della vita (sia personale, che familiare e lavorativa). Inoltre, ne sono anche conseguenze l'aumento delle assenze lavorative o del ricorso alle risorse sanitarie quando gli stati misti non sono adeguatamente trattati. La scala di valutazione sugli stati misti (la GT-MSRS) si è dimostrata molto utile per un approccio diagnostico precoce di questi quadri clinici (Tavormina G, Franza F et al, 2017). La scala si può scaricare da questo link: https://www.edaitalia.org/wp-content/uploads/2023/03/Scala-Valutaz-Stati-Misti-volantino_2023.pdf

Tabella - Diagnosi di Stati Misti: livelli di scelta dei regolatori dell'umore

	1° step	2° step	3° step	4° step
Temperamento Ciclotimico	Valproato (o Gabapentin)	Gabapentin + Valproato		
Depressione Agitata	Gabapentin	Gabapentin + Valproato	Gabapentin + Valproato + Olanzapina	
Disforia Mista	Carbamazepina (o Valproato)	Carbamazepina (o Valproato) + Gabapentin	Carbamazepina + Valproato + Gabapentin	Aggiunta di Olanzapina (o altri AP atipici)
Bipolarità a rapidi cicli	Carbamazepina (o Valproato) + Gabapentin	Carbamazepina + Valproato + Gabapentin	Aggiunta di Olanzapina (o altri AP atipici)	
Ciclotimia Irritabile	Carbamazepina (o Valproato) + Litio	Carbamazepina + Valproato + Litio	Aggiunta di Olanzapina (o altri AP atipici)	

Bibliografia

1. Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV. Psychiatr Clin North Am. 1999; 22:517-534.
2. Akiskal HS: Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked? - Acta Psychiatr Scand 116: 395-402, 2007
3. Agius M, Tavormina G, Murphy CL, Win A, Zaman R. Need to improve diagnosis and treatment for bipolar disorder. Br J Psych 2007; 190: 189-191.

4. Agius M, Zaman R, Ho J, Singh S. Mixed affective states: a study within a community mental health team with treatment recommendations. - Psychiatria Danubina 2011; 23: suppl 1: 25-28.

5. Carta MG, et al. The clinical use of gabapentin in bipolar spectrum disorders - J Affect Dis, 2003 Jun; 75 (1): 83-91.

6. Carta MG, Cabras PL, et al. Clinical Experience with gabapentin in patients with Bipolar or Schizoaffective Disorder. J Clin Psychiatry. 1999; 60 (4):245-48.

7. Lee K J, Kim JH, Cho SW - Gabapentin re-



Giuseppe Tavormina

Medico Psichiatra
Caporedattore

La terapia EMDR nella depressione infantile e adolescenziale

/ Barbara Solomita /

Una tecnica psicoterapeutica efficace, rapida, ben accettata e riconosciuta nella gestione anche dei disturbi depressivi.

La scoperta dell'EMDR è avvenuta nel 1987 a opera dell'americana Francine Shapiro, il cui acronimo indica le iniziali di Eye Movement Desensitization and Reprocessing. La terapia EMDR consiste nella desensibilizzazione e rielaborazione di eventi traumatici e patologie cliniche. Ciò avviene mediante il processo adattivo dell'informazione utilizzando la stimolazione bilaterale dei movimenti oculari. Il trattamento EMDR può essere impiegato in molteplici patologie ed è costituito da diversi approcci psicoterapici. Adopera, infatti, metodiche cognitive, psicoanalitiche ed esperienziali. La principale caratteristica dell'EMDR è la stimolazione bilaterale oculare. Il paziente si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica che ha contribuito a sviluppare la patologia o il disagio presentato. Shapiro ha strutturato il protocollo EMDR in otto fasi. Le fasi sono così suddivise: concettualizzazione del caso, pianificazione e preparazione al trattamento. Seguono, poi, le fasi di assessment, desensibilizzazione, installazione della cognizione positiva, scansione corporea, chiusura e rivalutazione. Nel 1989 fu eseguito il primo studio controllato, pubblicato nel Journal of Traumatic Stress. Il disturbo trattato fu il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Successivamente l'EMDR è stato riconosciuto come un trattamento

anche per la depressione e l'ansia. Durante la pandemia da COVID-19 si è osservato un incremento della depressione nella popolazione generale (Fountoulakis et al. 2022), derivante da diversi fattori patogeni appartenenti a tale evento traumatico. Alcuni studi hanno evidenziato l'efficacia del trattamento EMDR in un gruppo di pazienti affetti da depressione durante il periodo pandemico (Carletto et al. 2021, Yan et al. 2021). Particolarmente interessante è stata la dimostrazione dell'efficacia dell'EMDR sui sintomi residui della depressione e sulla riduzione del numero delle ricadute. Questi risultati sono stati confermati da un recente studio di Altmeyer (2022). Circa il 74% dei pazienti trattati con EMDR non presentava sintomatologia depressiva a distanza di un anno dalla remissione. La terapia EMDR è risultata efficace anche nella depressione, nell'ansia e nel Disturbo Post Traumatico da Stress dell'infanzia e dell'adolescenza (Manzoni et al. 2021). Una recente revisione della letteratura scientifica ha confermato che l'EMDR può essere una terapia utile nella depressione degli adolescenti (Hudays et al. 2022). Questa terapia, infatti, è associata ad una significativa riduzione dei sintomi depressivi nel 69,8% degli adolescenti (Paauw et al., 2019). I risultati di questi studi consentono di concludere il possibile utilizzo

dell'EMDR come terapia non solo efficace ma anche ben accettata dal paziente giovane. La terapia di desensibilizzazione e riprocessamento dell'evento traumatico rappresenta un valido strumento terapeutico. Il suo impiego permette un intervento efficace, rapido e riconosciuto. Tali caratteristiche ne consentono la somministrazione anche nell'infanzia e nell'adolescenza apportando risultati molto promettenti. Conoscere l'efficacia della terapia EMDR permette ai clinici di ampliare le tecniche psicoterapiche. Esse sono utili ad alleviare la sofferenza delle persone affette da molteplici patologie inclusa la depressione



Bibliografia

1. Altmeyer S. et al. Effectiveness of treating depression with eye movement desensitization and reprocessing among inpatients-A follow-up study over 12 months. *Front Psychol* 2022;13:937204.
2. Carletto S. et al. Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12:1894736.
3. Fountoulakis KN, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022; 54:21-40.
4. Hudays A. et al. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(24):16836.
5. Manzoni M. et al. Eye movement desensitization and reprocessing: The state of the art of efficacy in children and adolescent with post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2021;282:340-347.
6. Paauw C. et al. Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10(1):1682931.
7. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures, ed 2. New York, NY: Guilford Press, 2018
8. Yan S, Shan Y, Zhong S, et al. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Toward Adults With Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychiatry* 2021;12:700458.

Foto: Envato Elements



Barbara Solomita
Psicologa Psicoterapeuta
Redattric

Il tempo nel Disturbo Bipolare

/ Antonella Vacca /

Il tempo e la sua percezione nel paziente, rappresenta un importante strumento di conoscenza e di cura nei disturbi bipolari.

Tutto è regolamentato dal tempo, un concetto che ci siamo creati grazie alle memorie e alle aspettative. Da esso nasce il concetto di passato, presente e futuro e grazie a questo noi agiamo e ci comportiamo (Hammond, 2013). Spiegare cosa sia il tempo però risulta essere molto complicato. Gli antichi greci per cercare di spiegarlo, avevano due diverse parole: *chronos* e *kairos*. *Chronos* descrive il tempo quando passa regolare, mentre *kairos* descrive quei momenti in cui sembra aprirsi fino a rallentare. Questo perché il tempo è soprattutto quello percepito ed è legato al mondo esterno solo dagli strumenti che lo misurano. La sua percezione infatti, cambia in base allo stato emotivo, all'età ed a volte scorre velocissimo, altre sembra che tutto si fermi. Il tempo può passare più velocemente o più lentamente se siamo in attesa di qualcosa o se una scadenza si avvicina. Per quanto sia difficile spiegarlo esso è una parte importante della nostra vita, contribuisce a creare la nostra identità e descrivere la storia di una persona. Può essere, inoltre, un alleato importante per comprendere la sofferenza psichica di una persona. Indagare il tempo vissuto dalla persona è la prima cosa che fa il clinico, chiedendo per esempio quando e da quando ha la percezione del disagio. Il clinico infatti, fa domande per indagare la durata del dolore di un paziente, per conoscerne l'inizio e per comprenderne il vissuto di sofferenza.

In psicoterapia inoltre, il concetto di tempo ha un ruolo ancora più importante. Ciò che il paziente racconta non è altro che una trama di eventi vissuti nella storia della propria vita. Il tempo, pertanto, può rappresentare un utile strumento per comprendere e descrivere la sofferenza della persona. Soprattutto quando lo stato emotivo è particolarmente disfunzionale come nei disturbi dell'umore. Nel disturbo bipolare per esempio, le fasi di umore depresso si possono alternare a fasi definite "maniacali" nelle quali ci si sente invece molto sù nell'umore. Chi soffre di questa condizione quindi, ha modi differenti e opposti di sentire e di gestire il proprio tempo. La caratteristica di un umore depresso è proprio il rallentamento del flusso temporale, il suo scorrere continuo rallenta fino ad arrestarsi. La giornata diventa interminabile, con una sensazione che tutto sia fermo. Il tempo angoscia e spaventa, soprattutto al mattino, appena svegli. Esso si sviluppa in giornate vissute nell'attesa della sera e solo a fine giornata si placa la percezione che la durata della vita di fuori non coincida con quella della vita di dentro. Da qui la tendenza a ritrarsi nel passato. Permane il desiderio irrealizzabile di voler rivivere ancora quei momenti che nei ricordi si era e si viveva la giusta dimensione temporale. "Il tempo è un peso che devo sopportare", racconta un paziente.

Come lo si vive nella fase maniaca?

Nella fase opposta, il tempo invece è vissuto come rapido e incessante. Le esperienze di vita sono come momenti fugaci, un succedersi di "ancora... e poi... e allora". I racconti dei pazienti in questa fase sono storie fatte di emozioni che velocemente arrivano e velocemente attivano la persona, prima che si renda conto di cosa stia accadendo. Così la persona è costretta a fare più che a pensare, a sentire più che a comprendere. Il tempo coincide con la realizzazione di sé stessi, che si traduce spesso nel bisogno di fare ed osare. Frasi come: "Ho perso tanto tempo", "Non ho più tempo" sono spesso le espressioni usate dai pazienti. Il vissuto è che esso non basti mai. La percezione è che fermarsi risulta impossibi-

le, quasi fosse morire. Il tempo del paziente per le sue importanti potenzialità può rappresentare un importante strumento di cura, soprattutto nel disturbo bipolare. Nella psicoterapia infatti, è molto importante analizzare la sequenza temporale e il diverso modo di intendere il tempo di quello che il paziente racconta. Il confronto con la durata dell'incontro di cura, può aiutare il paziente a rallentare o aumentarne il suo racconto. È importante sintonizzarsi con il paziente. Questo non significa chiedere di aumentare subito il suo ritmo se è nella frase depressiva oppure a farlo rallentare se si trova nella fase maniaca. Significa sostare con il paziente nella sua dimensione temporale per comprenderlo. Significa anche fare attenzione, come in tutte le condizioni psicopatologiche,

che non si metta in pericolo di vita o che non sia nocivo agli altri. L'obiettivo è aiutarlo a definirsi, come possibilità di esistere e ritrovarsi nei cambiamenti dell'umore. Il compito del terapeuta quindi, diventa quello di saper usare al meglio il tempo portato dal paziente per condividerlo e ricollegarlo al proprio vissuto emotivo. In questo modo si può aiutare il paziente con un disturbo bipolare a riconoscere ed ottimizzare l'estensione temporale nella quale si trova. La consapevolezza del modo soggettivo di vivere il tempo potrà aiutare la persona che soffre di un disturbo bipolare. Questa consapevolezza infatti, potrà aiutarlo ad integrare le emozioni e l'umore in una storia personale. Una storia dove egli si potrà sentire coerente con sé stesso e con il mondo esterno.

Bibliografia

1. Hammond Claudia "Il mistero della percezione del tempo", edizioni Einaudi, 2013
2. <https://www.stateofmind.it/2021/03/terapia-percezione-tempo-seduta/>
3. <https://www.ilmetropolitano.it/2018/06/06/il-tempo-nel-disturbo-bipolare/>
4. <http://www.ipra.it/il-post-razionalismo/>

Foto: Envato Elements



Antonella Vacca

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Le depressioni e le nuove forme del sintomo

/ Francesco Cervone /

Le depressioni e le nuove forme del sintomo stanno aumentando, e per le loro caratteristiche cliniche, sembrano confermare una tendenza di un cambiamento in atto nel modo di essere dell'uomo moderno. Urge migliorare la conoscenza per meglio prendercene cura.

Le depressioni contemporanee come le nuove forme della sofferenza, presentano una nuova particolarità del modo di essere dell'uomo post-moderno. Sono infatti, caratterizzate dalla mancanza delle spinte vitali inconsapevoli, a cui fa riferimento Recalcati nel libro "L'uomo senza incoscio". Queste mostrano una tendenza antivitale, mortifera, a causa di una difficoltà dell'individuo di aprirsi al mondo e agli altri. Lo diciamo con la formula di Recalcati: "Non sentire il desiderio dell'Altro". Questa nuova modalità esistenziale, si manifesta in due forme o strutture di base. Nella prima osserviamo persone conformiste, che si irrigidiscono in modo sterile nella loro soggettività narcisistica. Sono strutture prive di slancio vitale, si esprimono attraverso programmi presi in prestito e introiettati senza riflettere. Il soggetto è imitativo, indifferente, incapace di empatia e intersoggettività perché le sue esperienze, non prevedono nessuna attenzione all'Altro. L'apatia e l'aridità depressiva, mista a sconforto, spinge a fantasie autolesionistiche o al suicidio. In

questa forma di esistenza, più che la vita, s'impone la morte! Nella seconda struttura troviamo le persone mosse da una ricerca incontenibile di piacere, come se ubbidissero ad un comandamento assoluto, che le condiziona oltre misura. Il piacere per loro, è un valore massimo da perseguire ovunque possibile, senza etica, fine a sé stesso e senza un obiettivo. Anche in questa modalità esistenziale dove, la ricerca smodata e sregolata del godimento (piacere), l'Altro è sempre poco considerato nella sua individualità. La mancanza di desideri fecondi e l'assenza di progettualità, comportano la difficoltà per l'individuo, a dare un senso alla propria vita. La sensazione di smarrimento, d'insicurezza e di angoscia, sperimentata da queste persone, ha sempre più un carattere mortifero. La base di queste trasformazioni, la leggiamo chiaramente con l'espressione usata da Lacan: "L'evaporazione del Padre". Con essa esplicita, come in queste nuove strutture, vige la svalutazione e/o l'assenza di figure genitoriali o istituzioni di riferimento adatte. Mentre

nel "Il discorso del capitalista", sempre di Lacan, vediamo la focalizzazione della perdita dei grandi ideali dell'attuale società. In questa è importante il possesso, il consumo, la continua ricerca del nuovo, appagata da un mercato prodigo di proposte e motivato ad ottenerne i profitti. Il fare individualistico persegue il piacere con tempi sempre più veloci (maniacali), dove la considerazione dell'altro è solo in termini utilitaristici. La tesi di Bauman con: "La società liquida", fotografa molto bene l'inconsistenza e la fragilità dei legami affettivi e sociali, per la mancanza di valori tradizionali. In ultimo va aggiunta "La precarietà attuale", che, per quanto connaturata alla nostra esistenza, è fortemente accentuata dalle suddette osservazioni, con conseguenze disastrose. La vita amorosa delle strutture rigide, definite anche persone dal corpo muto (Ariano), è narcisisticamente appiattita, meccanica e priva di passione. Mosse da un vuoto strutturale per mancanza di desiderio, sono inaridite per niente interessate a realizzare incontri fecondi con l'Altro. La relazione affettiva è spesso umanamente incomprensibile, perché le modalità di vivere le regole, i ruoli e i limiti sono fuori dall'evidenza naturale della comunità di appartenenza. Le persone che sono centrate sulla ricerca compulsiva e sregolata del piacere, per riempire le loro mancanze, hanno ovviamente anch'esse difficoltà affettive. Le loro relazioni, sembrano vissute senza spazio e senza tempo. Le naturali domande e/o incertezze che caratterizzano la vita amorosa, ma utili a dare quelle risposte adatte, per una scelta adulta e responsabile non trovano cittadinanza. Lo scambio affettivo e sessuale è mortificato dalla tendenza ad agire immediatamente l'impulso. Il passaggio all'atto compulsivo non conosce limiti o rinunce. Prive del desiderio dell'Altro vivono legami vuoti, inconsistenti ed effimeri, che non contengono progetti d'incontro e di crescita. Le depressioni moderne, si esprimono come abbiamo visto sopra, in modo simile alle



nuove forme di sintomi (anoressia, somatizzazioni, attacchi di panico, dipendenze patologiche). Viviamo in una società votata al consumo e al piacere che, alimenta l'illusione di sanare il vuoto delle mancanze (d'amore). La persona presa dal piacere (maniacale) staccato dall'Altro, annulla il desiderio di riempire le mancanze dell'Altro (oggetto d'amore), e scivola in un grave isolamento depressivo. Questo succede perché, non è soddisfacente una vita votata interamente al godimento, realizza paradossalmente una depressione da comfort. Un vivere che non incontra l'Altro non appaga il desiderio amabile. Lo sguardo materno fa sentire il figlio una persona amabile e l'aiuta a costruirsi un'adeguata autostima, a realizzarsi, ma soprattutto sentirsi capace di aprirsi al mondo e agli altri. Marie-Clode Lambotte ipotizza che, il sostegno dello sguardo

materno sia stato manchevole nella persona melanconica. Uno sguardo che "non guarda" o privo del "brillio", direbbe Winnicot, non riesce ad essere vivificante per il bambino. L'assenza dello sguardo adatto, lo gela e lo cattura per il naturale bisogno relazionale, imponendogli un ideale esistenziale, un dover essere per poter esistere. Questa situazione non consente al bambino di essere soggetto della sua vita, (protagonista), ma degradato ad oggetto che non sente (sua la vita). Come oggetto non sceglie, non può realizzarsi, e né decidere il proprio destino autonomamente se non distruggendo l'oggetto che è diventato (sé stesso), ricorrendo al suicidio. L'epoca attuale è la diretta espressione del diffuso individualismo narcisistico che ignora gli altri e del godimento vissuto come il sostituto di Dio. Le crepe mortifere della nostra società, si

evidenziano a vari livelli: (culturali, sociali, economici, politici e psicologici) richiedono una profonda riflessione per una opportuna azione curativa agli stessi livelli.

Bibliografia

1. Ariano G. Il corpo muto. Diagnosi e cura dell'anoressia mentale. Edizioni Sipintegrazioni. Napoli 2010
2. Bauman Z. Modernità liquida. Trad. it Laterza, Bari 2002
3. Recalcati M. L'uomo senza incoscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica. Raffaello Cortina Editore. Milano 2010

Foto: Envato Elements



Francesco Cervone
Medico Psicoterapeuta
Comitato scientifico

Social network e malattie mentali

/ Chiara Balducci /

È necessario parlare sempre di più di salute mentale e depressione. Anche sui social network, dove è possibile raggiungere un vasto pubblico e normalizzare il problema. Ma ci sono dei rischi. Approssimazione e veicolazione di messaggi sbagliati sono alcuni degli errori da evitare. Specialmente da parte di chi ha un largo seguito.

Come vengono rappresentate le malattie mentali sui social network? Se ne parla in modo corretto? O si rischia di incorrere in errori e fraintendimenti, che a loro volta rischiano di veicolare messaggi sbagliati? Soprattutto negli ultimi mesi depressione e disturbi dell'umore sono diventati dei veri e propri trend di discussione su Instagram e Facebook, per citare due delle piattaforme più utilizzate. Sono sempre di più le star che rompono il silenzio per raccontare dei loro problemi tra disturbi mentali e malattie dell'umore. Da un lato questo fenomeno aiuta a superare il tabù che da sempre accompagna questo tipo di malattie e a normalizzare il disagio psicologico. Dall'altro il rischio è di parlarne in modo incompleto, veicolando messaggi fuorvianti. Da qui l'importanza di affrontare il tema della depressione e dei disturbi dell'umore anche sui social network tramite l'aiuto di medici psichiatri ed esperti del settore. All'inizio di marzo il rapper Federico Lucia, in arte Fedez, 14,6 milioni di followers su Instagram, rompe il silenzio sui social. Per diversi giorni era sparito dai suoi account social, preoccupando non poco i suoi fans. "Ho preso uno psicofarmaco sbagliato", ha spiegato a

inizio marzo in un video. Con queste parole ha raccontato la depressione di cui aveva iniziato a soffrire dal momento in cui aveva scoperto di avere un tumore al pancreas. Ad allontanarlo dai social gli effetti collaterali causati da uno psicofarmaco che stava assumendo da gennaio e che ha deciso di sospendere immediatamente. A suo dire questo farmaco gli procurava un tic nervoso alla bocca e difficoltà nel parlare. Come spiegato su tutte le principali testate nazionali, tra cui Il Giornale¹, l'interruzione improvvisa dello psicofarmaco che stava assumendo ha sortito l'effetto contrario. Invece di stare meglio, Fedez ha visto peggiorare le sue condizioni di salute. "Oltre a darmi un annebbiamento importante a livello cognitivo, mi ha dato forti spasmi muscolari alle gambe", ha spiegato. Su Instagram ha raccontato di aver avuto forti vertigini, mal di testa e nausea: "Ho perso cinque chili in quattro giorni". Il rapper ha avuto il cosiddetto effetto di rimbalzo o effetto rebound, altra parola cercatissima sui motori di ricerca del web nei giorni seguenti. "Quando vi succede qualcosa di fortemente traumatico nella vita abbiate cura della vostra salute mentale ed emotiva". È l'invito che Fedez

rivolge al popolo dei social network che segue il suo profilo Instagram. Egli incoraggia a guardarsi dentro per non trascurare il proprio equilibrio dell'umore. Ma come evidenzia lo psichiatra Giuseppe Tavormina in un post su Facebook di marzo², "nello stesso tempo il rapper dà informazioni fuorvianti circa la gestione dei problemi depressivi". Infatti, nel momento del manifestarsi degli effetti collaterali in seguito alla prescrizione di una nuova terapia, "la prima cosa da fare sarebbe stata informare lo psichiatra di riferimento". In questo modo "avrebbe potuto valutare un'eventuale sostituzione del farmaco, e non mollare tutto", sottolinea ancora Tavormina. Ciò che quindi si critica non è il fatto di parlare sui social della depressione o dei disturbi dell'umore, di cui anzi serve parlare, e molto. Viene criticata è la modalità di "autogestione della terapia" raccontata nel video, ascoltato poi da migliaia e migliaia di followers del rapper. Questi ultimi

potrebbero fraintendere il messaggio e pensare di potersi a loro volta "autogestire" nell'assunzione o nella sospensione di farmaci. C'è bisogno di parlare di depressione, disturbi dell'umore e di malattie mentali in modo autentico anche e soprattutto sui social network. Come evidenzia un articolo pubblicato online dal sito Psicologinews³, "sono molti gli influencer che mostrando la loro vita danno forza a chi soffre dello stesso disturbo". Successi e momenti di sconforto o difficoltà fanno capire agli utenti delle piattaforme social che i disturbi dell'umore sono problemi di tutti. La dimostrazione che questo argomento sia diventato un vero e proprio trend topic è data dal numero di volte in cui l'hashtag #mentalhealth è stato usato per creare contenuti. Se ne contano 43,9 milioni su Instagram e 59,5 milioni su TikTok. Il dato viene dall'Organizzazione mondiale della Sanità. L'invito, ancora una volta, è però quello di fare attenzione al modo in cui si

parla di disturbi mentali e depressione sui social network. Come riporta un articolo pubblicato da L'Indipendente⁴, infatti, "da una parte parlare sui social network di salute mentale può agire come un flusso di prevenzione informale e un luogo di supporto per tanti utenti". Dall'altra, però, "spesso emerge un problema: il modo in cui se ne parla". Il confine tra sensibilizzazione e marketing non è sempre definito. Si rischia di trattare la malattia e i suoi effetti in modo superficiale, affidandosi ai consigli degli influencer piuttosto che di quelli di uno psichiatra. Certo è che la testimonianza di personaggi famosi che sono riusciti a vedere la luce in questo "male oscuro" è molto preziosa. Aiuta a normalizzare il tema della salute mentale e della depressione. Non è sbagliato utilizzare i social network per parlare di disturbi mentali. Ma è sbagliato parlarne in modo approssimativo, o fornendo un'immagine distorta della realtà. Questo rischia solamente

di aggravare la confusione e i pregiudizi sulla comune concezione sul tema della depressione.

Sitografia

1. Il Giornale, "Mi ha cambiato molto." Effetto rebound: cosa è il disturbo di Fedez, 7 marzo 2023, <https://www.ilgiornale.it/news/cultura-e-societa/effetto-rebound-cosa-disturbo-fedez-2123925.html>
2. <https://www.facebook.com/giuseppe.tavormina.39/posts/pfbid02cf8XQZxtffzgQjLFHr3uhw26pWBzcaZAa5KDWEnta8oS6Sqr-bUKJ7yZpbFaxnBJI>
3. Psicologinews, "La rappresentazione delle malattie mentali sui social networks", 17 maggio 2022, <https://psicologinews.it/la-rappresentazione-delle-malattie-mentali-sui-social-networks/>
4. L'Indipendente, "#mentalhealth: la salute mentale si fa hashtag e gli influencer monetizzano", 24 dicembre 2022, <https://www.lindipendente.online/2022/12/24/mentalhealth-la-salute-mentale-si-fa-hashtag-e-gli-influencer-monetizzano/>

Foto: Envato Elements

Chiara Balducci

giornalista televisivo
ospite di redazione



Foto: Envato Elements

Il fenomeno Incel “Noi non siamo depressi”

/ Immacolata d'Errico /

Il fenomeno Incel è nato negli USA negli anni Novanta ma si sta diffondendo in tutto il mondo. Il termine è nato dall'unione di due parole: involuntary e celibates.

Possiamo tradurre “involuntary e celibates” con “celibi involontari”. O single non per scelta! Il termine è stato coniato nel 1993 da una studentessa universitaria canadese, che si firmava Alana. Alana creò un sito web per persone sole, uomini e donne, in cerca d'amore. Un sito/luogo per condividere la propria solitudine con altri utenti. Sicuramente senza avere idea di quello che sarebbe scaturito! E quando Alana abbandonò il blog, il fenomeno degenerò. Il blog divenne il luogo delle frustrazioni amorose di soggetti che si definivano brutti e senza attrattiva. I frequentatori del blog erano rabbiosi e vittimisti, incapaci di avere relazioni sessuali o romantiche nonostante il desiderio di farlo¹. Uomini lamentosi, eterosessuali, che si sentono emarginati dalla società e dalle donne cui attribuiscono la colpa per la loro condizione. Donne da cui ritengono di essere snobbati perché non ricchi, non belli e senza successo. Uomini ostili, misogini dagli intensi sentimenti di rabbia e odio. La rabbia e la frustrazione degli incel si rivolge anche verso la società colpevole di ignorarli ed escluderli. Gli altri vengono visti come dei privilegiati che non si preoccupano di chi non ha la loro stessa fortuna². Sino al 2013 il fenomeno Incel è rimasto confinato al blog. In seguito gli incel si diffusero come gruppo e iniziarono a manifestare attivamente

il proprio odio e la propria violenza. Nel 2014 Elliot Rodger a Isla Vista, in California uccise 6 persone e ne ferì 14. In un video Elliot Rodger proclamò: “Domani è il giorno del Castigo, il giorno in cui avrò la mia vendetta contro l'umanità, contro tutti voi. Negli ultimi anni ho dovuto sopportare un'esistenza di solitudine, rifiuti e desideri insoddisfatti, tutto perché le ragazze non sono mai state attratte da me. Ho ventidue anni e sono ancora vergine e per questo vi punirò”³. Elliot Rodger divenne un eroe per gli incel e pose le basi per la diffusione del fenomeno. E per le stragi! Nel 2018, a Toronto, Alek Minassian uccise investendoli, 10 pedoni e ne ferì 16. Nel 2021 a Plymouth in Inghilterra un altro giovane attentatore, Jake Davison, sparò sui passanti, uccidendo cinque persone. In Italia la sera del 21 settembre 2020 a Lecce, Antonio De Marco, studente di Scienze Infermieristiche, uccide l'ex-coinquilino Daniele e la sua fidanzata Eleonora. Il movente? la “troppa felicità” della coppia. Felicità che vedeva negli altri ma che a lui sarebbe stata negata per i continui rifiuti delle ragazze⁴. È sbagliato identificarli tutti come violenti. Occorre fare un distinguo tra gli incel “lamentosi” da quelli che promuovono violenza e odio contro le donne o la società in generale. La maggior parte non promuove violenza o odio, ma cerca

nei numerosi forum diffusi in rete, solo un luogo di condivisione e sostegno. Il rischio tuttavia, è che questi forum diventino un terreno fertile per l'estremismo o l'odio. Quando i pensieri di odio e misoginia diventano pervasivi e alterano la percezione della realtà, portano ad una deriva psicopatologica e a un possibile crimine⁵.

... ma siamo sani: “Stiamo male in quanto abbiamo problemi oggettivi, ma siamo sani! Chiunque andrebbe in depressione in una condizione da incel”. “Sono morto, privato di ogni cosa bella. Non mi importa più niente dei giudizi negativi che hanno di me”. “10 anni da depresso, ci fosse stata almeno una donna in un simile periodo, non sarei distrutto e logorato da così tanto dolore e solitudine”. “Nessuno c'era per me, dovevo tenere tutto dentro e soffrire come una bestia macellata, rimangono di me solo organi fisici e rabbia, tanta rabbia e frustrazione, causate da una tristezza estrema. Ho un ricordo orribile della gioventù, respiravo di pensieri suicidi, rimpianti infiniti”. Ho estrapolato queste frasi da vari forum incel personalmente consultati in rete. Anche il titolo dell'articolo riprende una frase del web. Non ritengo opportuno rivelare i nomi dei forum, in accordo con l'orientamento degli autori di altri siti. Analizzando queste conversazioni online si osserva che sono centrate su esperienze amorose negative con donne. Sulla lotta alla solitudine, su episodi di bullismo subiti nell'infanzia e in età adolescenziale. E anche su problemi di natura psicologica e mentale (sito5). Il rapporto con la depressione è un rapporto complesso. La depressione è una condizione di salute mentale a genesi multifattoriale. Indubbiamente gli incel potrebbero essere a rischio di depressione perché si sentono soli nella loro esperienza di vita sentimentale. Il non avere una relazione romantica o sessuale potrebbe indurre tristezza e disperazione. Molti incel, infatti, si definiscono anche come persone depresse e solitarie. Persone che non riescono ad avere successo nella vita



Foto: Envato Elements

sociale e sentimentale. La depressione potrebbe essere, quindi, una conseguenza dell'isolamento sociale e dell'incapacità di trovare relazioni significative e essere alimentata dalla frustrazione e dalla rabbia. Il fenomeno Incel è molto complesso. È importante sottolineare che l'essere un incel non è in sé un indice di patologia mentale. Tuttavia, dall'analisi degli scritti diffusi nel web possiamo percepire una sofferenza della psiche, un irrigidimento dei tratti caratteristici di personalità. Comportamenti che ci sembrano radicati, poco adattabili e inflessibili. Tratti pronunciati, rigidi e disadattivi che compromettono la vita personale e relazionale. Infatti il fenomeno degli incel sembra nascere dalle difficoltà

a relazionarsi con gli altri e di adattarsi alla vita sociale e comunitaria. È indubbio che la rete amplifichi certi temi espressi dagli incel. Desta allarme la rapida diffusione con cui questa comunità online cresce, rendendo il problema sempre più grave. Il rischio è che questo fenomeno venga dai più ignorato e sottostimato ed emergere solo in circostanze delittuose. Fortunatamente situazioni rare rispetto ai numeri della diffusione del fenomeno (sito3). Sarebbe importante intercettare i primi segnali del “sentire” incel. Per intervenire il prima possibile. Anche se gli uomini incel sono difficili da riconoscere. Può essere l'uomo della porta accanto!

Sitografia

- [1. https://servicematica.com/quando-il-web-diventa-realta-chi-sono-gli-incele-come-possiamo-difenderci/](https://servicematica.com/quando-il-web-diventa-realta-chi-sono-gli-incele-come-possiamo-difenderci/)
- [2. https://www.thewom.it/lifestyle/trend/chi-sono-incele-cosa-sapere-difendersi](https://www.thewom.it/lifestyle/trend/chi-sono-incele-cosa-sapere-difendersi)
- [3. https://www.redhotcyber.com/post/il-fenomeno-della-polarizzazione-in-rete-gli-incele/](https://www.redhotcyber.com/post/il-fenomeno-della-polarizzazione-in-rete-gli-incele/)
- [4. https://www.youtube.com/watch?v=hLp-qHXEzY](https://www.youtube.com/watch?v=hLp-qHXEzY)
- [5. https://www.stateofmind.it/2023/01/incele-misoginia/](https://www.stateofmind.it/2023/01/incele-misoginia/)



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Comunicare un cancro come, a chi e quando

/ Walter di Munzio/

“Lei ha un cancro”. È una comunicazione brutale che cambia la vita, soprattutto se riguarda sé stessi, o anche un amico e persino un conoscente. Si affollano allora nella mente, ossessivamente, pensieri come quello di chiedersi quanto tempo rimane ancora da vivere e quante cose da fare. Ma poi, immediatamente, si pensa a chi e in che modo si potrà comunicare questa notizia. È questa una comunicazione complessa da fare, che richiede una precisa procedura da rispettare. Anche consultando prima e utilizzando poi la bibliografia oggi disponibile sull’argomento.

Quante volte abbiamo saputo di una grave malattia che ha colpito un amico, conoscenti o familiari, a volte noi stessi. E noi, spaventati, non siamo stati capaci di accogliere? In queste occasioni capita di ascoltare un tipo di comunicazione di una diagnosi che, sappiamo bene, da quel momento cambierà la vita a venire. Questa comunicazione è generalmente di poche parole. “Ho un cancro”. Parole, difficili da pronunciare, difficili da ascoltare e ancor più da accettare. Ma si prova sempre inquietudine quando si decide di dividerle. Questo tipo di comunicazione può essere vissuta come una condanna a morte. I modi e tempi per dividerla sono però del tutto personali. (cfr. 1988. Comazzi A.M., 2008, Jeffrey T., 2008.

Ripamonti C.A.)

Non esiste un protocollo comunicativo validato da seguire, ma alcune organizzazioni scientifiche, come l’American Cancer Society (2021) e la Leukemia & Lymphoma Society (2021), hanno pubblicato di recente un report destinato alla comunità scientifica.

Il report indica linee-guida comportamentali, sempre accompagnate da “raccomandazioni” che suggeriscono quali siano i comportamenti da tenere e quali le “decisioni” quando si tratta di un cancro. Ne elenchiamo di seguito alcune. (cfr. tutte le voci di Fonti)

1. La prima decisione da prendere è, quasi sempre, quella di individuare le persone a cui dirlo subito. Di solito i primi a cui rivelare la dia-

gnosi di cancro è il coniuge/conviuente. O comunque la persona con cui si condivide gran parte della vita quotidiana.

2. La seconda decisione sarà poi quella di individuare chi si ritiene in grado di fornire un valido supporto, sia emotivo che pratico.

3. La terza decisione sarà individuare le persone a cui si dovrà, prima o poi, dirlo apertamente. Anche se sappiamo bene che dire di essere ammalati di cancro potrà avere su di loro un forte impatto emozionale.

4. La quarta decisione sarà infine quella di imparare a gestire la pulsione a non parlare o, almeno, a non farlo subito. Tenendo tutto per sé. Decisione che provoca una profonda crisi di isolamento perché densa di conseguenza psicologiche. Quest’ultima scelta può dipendere da svariati motivi. Il più diffuso è che non vogliamo riconoscere la malattia o, più banalmente, perché non si è ancora pronti a parlarne con altri. A volte preoccupano soltanto le possibili reazioni a questo tipo di comunicazione. Di paura, di sconforto e, persino, di rabbia. Si può temere che qualcuno si allontani, soprattutto se dovesse prevalere una prospettiva di dolore. Poi c’è chi non accetta di essere commiserato, compatito o, peggio, trattato con eccessiva condiscendenza.

Tuttavia, sappiamo bene che essere consapevoli e parlare con altri della propria malattia, è una cosa necessaria da fare. Per stare meglio, per ridimensionarne il portato, per affrontare positivamente un qualsiasi percorso di cura per il cancro.

Parlarne aiuta a gestire le proprie emozioni e mette il paziente in condizione di ricevere un possibile supporto. Ma serve anche a dare agli altri la possibilità di offrire il proprio aiuto accompagnando il paziente in questo percorso.

Il consiglio principale, che si ricava dalle linee guida (cfr tutte le voci di Fonti), è quello di individuare con chi parlare. Ma allo stesso tempo senza mai forzare modalità e tempi per farlo. Sappiamo inoltre che può



Foto: Envato Elements

essere controproducente, nel momento in cui ci si apre, fingere uno stato d’animo che non si prova, o una falsa serenità.

Il report consiglia di cominciare a mettere ordine nelle proprie emozioni. Gli esperti dicono, per esempio, che può aiutare compilare una lista di tutte le persone con cui si vuole parlare. Ma anche di scrivere in coda alla lista, i nomi di coloro che possono saperlo con più calma ... magari anche da un’altra persona. Ciò riduce di molto l’ansia della condivisione.

Tuttavia, è anche possibile che il paziente, ancorché informato, non voglia far sapere al partner di avere un cancro o lo voglia coinvolgere solo in parte. Questo per non trasferirgli la propria ansia o anche per paura che possa allontanarsi. In questa situazione è sempre opportuno ricorrere a un supporto psicologico, sia esso individuale che, meglio, di coppia.

Ci sarà poi da pensare a come comunicare la propria malattia a fra-

telli, sorelle, figli, genitori e nipoti. La scelta di parlarne o meno, come quella di quando e cosa dire, è inevitabilmente condizionata dallo stato dei rapporti familiari e personali.

In una situazione di rapporti familiari non conflittuali, in cui ci si frequenta e ci si vuol bene, il report consiglia di parlarne apertamente. Sono queste le persone che ci amano, ma anche quelle sulle quali una simile notizia potrebbe avere un maggior impatto emotivo. È comunque opportuno sostenere, con loro, sempre una comunicazione trasparente e onesta, magari indicando anche il tipo di sostegno che si vorrebbe ricevere e per quanto tempo, sapendo che al momento della comunicazione, in genere, il tempo non è facilmente prevedibile.

Comunque, prima di comunicare questa notizia è consigliabile chiedersi se sia meglio parlare con tutti assieme o avere conversazioni individuali. Ma è anche opportuno decidere se si intende dare tutta l’informazione nel dettaglio o rinviarne

una parte a momenti successivi. E chiedersi quali domande, ognuno di loro, ci potrebbe rivolgere e mettere in conto che potremmo anche dover essere noi a confortare loro.

Può comunque tornare utile chiedere, prima, un consiglio al proprio medico curante o a uno psicologo. Ciò soprattutto se si ha ancora qualche dubbio su cosa e quanto si vuole comunicare a ogni familiare. Bisognerà infatti tener conto di genitori anziani o di nipoti troppo giovani.

Infine, si penserà a parlarne con gli amici, o meglio, con qualche amico particolarmente caro. Alcuni di questi saranno certamente per noi emotivamente come parte della famiglia. Quindi, il discorso è valido anche in questi casi.

Con chiunque, infine, non si ha confidenza, comunicare una nostra malattia dipende dalla personale emozione in quel momento. Sappiamo bene che non è mai necessario dire tutto, né tantomeno subito. Anche se è opportuno ricordare che prima o poi tutta la cerchia dei nostri amici lo



sta gravità a un bambino sarà poi, certamente, un pensiero angoscian- te. Ma nascondere completamente la verità, può essere controproducente, e potrà rivelarsi in seguito ancor più traumatizzante. Il bambino percepirà che qualcosa non va e potrebbe preoccuparsi più del dovuto o, per esempio, riferire quel malessere a sé stesso, a qualche proprio comportamento.

Non avere la possibilità di capire e affrontare indirettamente ciò che sta succedendo avrà comunque un impatto negativo. Sarebbe, invece, molto meglio trovare parole adatte all'età del bambino e fornire informazioni che siano al livello della sua capacità di comprensione.

I bambini spesso sono più empatici degli adulti e possono svolgere in modo straordinario un ruolo di supporto terapeutico

Bibliografia

1. Comazzi A. M., Nielsen N.P., Morselli R., Dioguardi N.: Study of the motivations to spa treatment (remarks on the needs of spa users), in Research journal, Istituto Clinico Humanitas, 1988.
2. Jeffrey T. Mitchell: International Journal of Emergency Mental 2008.
3. Ripamonti C. A., Clerici C. A., 2008: Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario; Il Mulino, 2008.

Fonti

1. 2021. American Cancer Society: Telling Others about Your Cancer.
2. 2021. Cancer Council; Telling Friends and Family.
3. 2021. Cancer Council. Emotions and Cancer: A guide for people with cancer, their families and friends.
4. 2021. Cancer Council: Talking to Kids About Cancer. A guide for people with cancer, their families and friends.
5. 2021. Cancer Council: Cancer, Work and You.
6. 2021. Leukemia & Lymphoma Foundation: Do I Tell Anyone I Have Cancer?.
7. 2021. MacMillan Cancer Support: Talking About Your Cancer diagnosis.



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

La depressione al congresso psichiatrico DGPPN 2022, a Berlino

/ Gottfried Treviranus /

Informazioni scientifiche ed interventi all'annuale congresso psichiatrico di Berlino. Diagnosi, etica, neuroplasticità, neurochimica, terapia farmacologica e psicoterapie.

Per l'annuale congresso psichiatrico berlinese della Società Tedesca di Psichiatria, Psicoterapia e Neurologia "DGPPN" nel 2022 è stato scelto il motto "Etica, Diritto e Salute mentale". Ha dato il benvenuto la presidentessa del consiglio etico Alena Buyx ed ha affermato, in sintonia con la Corte costituzionale, l'assistenza non-commerciale al suicidio auto-responsabile, implicando anche la contrapposta responsabilità della società (ma non quella della suicidante verso questa). Ha proseguito affrontando il tema della vulnerabilità universale, straziata in tutti i suoi aspetti dei diritti fondamentali dalla pandemia, anche attraverso vistosi sbagli. Siccome ne era risultato una disintegrazione anche psicopatologica della coesione sociale rispetto alla verifica razionale, ha richiesto un'anticipazione specifica preventiva attraverso i canoni della politica.

Sono emersi numerosi altri temi etici fra i 760 contributi congressuali che rispecchiavano la reclusione forense, ossia la fuga ed i traumi spesso dettati dalla pandemia e dalla guerra vicina. L'insufficiente ricerca sulle patogenesi femminili e le implicazioni dell'Intelligenza Artificiale sono state altre discussioni etiche.

Al congresso psichiatrico sono intervenuti anche i rappresentanti di lingua tedesca dell'associazione EDA (European Depression Association). Il prof. Detlef Dietrich ha parlato di una panoramica completa delle terapie focus per i medici generici sull'individuazione precoce delle depressioni (75% dei «burn-out»). Dei pazienti depressi i 2/3 sono visitati dal loro medico di base e solo 1/3 di essi hanno ricevuto diagnosi; ed infine le terapie solo 1 su 8 sono adeguate, almeno farmacologicamente. Le psicoterapie rimangono rare e sono utilizzate in ritardo nella terapia, nonostante il costo societario esorbitante della depressione. Il prof. Alexander Karabatsiakos come co-autore ha dato un contributo sul tema dell'accelerato invecchiamento in depressione o da stress di vita. I segni dell'invecchiamento si ritrovano: a) nei "biomarker" ematici rivelatori di disturbi mitocondriali, b) nell'accorciamento telomeric del DNA cromosomico o, c) nella mitigazione con DHEA (ormone deidroepiandrosterone). L'autore di questa micro-panoramica, centrata sulle depressioni, è intervenuto al congresso psichiatrico sottolineando la necessità di una psichiatria più conscia degli inaspettati progressi

macro-anatomico-fisiologici e delle cause mediche ed infettive.

L'efficacia delle psicoterapie -oltre la verificatissima (Cuipers, 2021) ma deludente remissione di 1 su 3 - è stata presentata dagli atenei di Freiburg e Heidelberg. Comorbidità, eterogeneità e traumi precoci trasversali richiedono un loro approccio più mirato. Una combinazione, teoricamente ancora fragile, fra questi fattori causali è stata valutata per rispondere ad esigenze da: 1) rassegnazione dopo minacce/abusi, 2) interazione sociale precaria per negligenza educativa e 3) iper-reattività emotiva.

Ne risulta un'indicazione terapeutica personalizzata da 1 a 3 «moduli», ispirati (ma spesso fermi ai primi passi concettuali) da tre metodi operativi. A) Sistema Psicoterapeutico d'Analisi Cognitivo-Comportamentale (originariamente centrato sulla ristabilizzazione d'incontri mirati; CBASP di J. McCullough). B) mentalizzazione e C) piena coscienza ed impegno (ACT).

La personalizzazione d'interventi terapeutici con applicazioni (oltre alla psicoterapia classica telematica) via rete viene avanzata a Lubeca e Berna (Tobias Krieger). La resistenza iniziale alla terapia peggiora in presenza d'ansia, fobia sociale o bisogno d'incontri faccia-a-faccia (F2F) provvisti da ulteriori moduli. L'efficacia statistica delle terapie digitali è di 0,5 oppure l'equivalenza col F2F in terapia cognitivo-comportamentale ha nascosto infatti un'alta variabilità da spiegare. C'entra la dirigenza terapeutica non continuata con incontri in presenza (F2F), particolarmente dopo un'intervista diagnostica iniziale, in seguito delusa. Ciò ha azzerato l'effetto dello stimolo all'auto-risoluzione dei problemi con l'app «Hermes». Per «ringiovanire» le farmacoterapie a Freiburg si parte dalla "neuroplasticità sinaptica". Questa (senza considerare gli stati misti) nei depressi non-agitati o iperstressati (citando l'Istituto Superiore di Sanità di Roma) può anche arrecare danno con la percezione negativa aumenta-

verrà a sapere. Quindi solo parlando in prima persona avremo la possibilità di gestire al meglio la comunicazione e le informazioni da trasferire, definendone anche i limiti.

Comunque, ancora una volta, bisognerà essere pronti a gestire le loro reazioni. Che, come sempre, saranno le più varie. Nel migliore dei casi i nostri interlocutori ascolteranno e offriranno il loro supporto. Ma è anche possibile che qualcuno potrà non essere in grado di gestire, col necessario equilibrio, una simile notizia. Ci sarà chi reagirà esternando dolore con emotività, paura, rabbia. Chi vorrà sapere tutto e farà mille domande. Alcuni saranno fin troppo desiderosi di aiutare, diventando invasivi; altri potranno non dire nulla per paura di sbagliare. Alcuni ancora non si allontaneranno ma non si faranno vivi a lungo, per paura di disturbare o perché non sanno relazionarsi in simili situazioni.

Molte di queste reazioni alla notizia di un cancro potrebbero essere vissute negativamente. Potrebbero far sentire in colpa il paziente, più solo e in difficoltà.

Il consiglio degli esperti è quello di

concentrarsi solo su ciò che si può controllare ma, soprattutto, sul personale benessere e sulla propria condizione di salute. (Ripamanti CA et alii, 2008; Jeffrey T., 2008)

Le citate linee guida ci offrono solo alcune indicazioni per gestire i contesti più frequenti:

1. Con chi reagisce condividendo storie, consigli e rimedi miracolosi contro il cancro. Si dovrebbe solo ringraziare, ma anche far loro presente che si ha fiducia nel proprio medico.

2. Con chi vuole tirarci su a ogni costo si può essere onesti e dire che ora non si riesce proprio ad essere allegri. Magari suggerendogli qualcosa che può fare o di cui si può parlare. Il loro obiettivo, in fondo, è esattamente questo.

3. Con chi vi è particolarmente caro, ma vi sta lontano e questo gesto vi addolora, sarà opportuno chiedere un confronto e dire apertamente che avete un cancro. Non servirà a nulla, ma almeno avrete fatto un tentativo.

Come dire ad un bambino di avere il cancro

Dover rivelare una malattia di que-



Foto: Envato Elements

ta dall'uso del Citalopram. La Neuroplasticità, secondo C. Norman, è compromessa (in modi ignoti) da vari stressors ed è misurabile dalle risposte elettriche, cambiate anche da stimoli transcraniali. Il danno neuroplastico duraturo da stress cronico si riferisce anche alla compromissione delle sinapsi nella trasmissione dell'impulso nervoso nei due sensi di direzione. Esso è misurato da Eric Kandel nelle attività indotte con scacchiere visivo e con la perdita di molti "bottoni" neuronali. Attraverso questi bottoni sui "dendriti" il neurone deve inviare nell'assone

un proprio segnale informativo e ricevere un segnale di "pieno" per evitare di causare un iperafflusso. Negli uomini questo si manifesta con disforia caotica e ad altre disfunzioni, per esempio misurabili nei potenziali da scacchiere visivo. Tuttora ciò non pare sia riferibile a «geni» e tanto meno a meccanismi biologici non-molecolari. La ketamina si è rivelata capace di ristabilire lo stato anteriore all'iperafflusso e si pensa che agisca sul recettore glutamatergico NMDA, inibendo una sottounità GluN2D (Vestring, 2023). Si è evidenziato

comunque nelle sinapsi il Potenzia-mento a Lungo Termine come base dell'apprendimento negli interneuroni calmanti. La riabilitazione delle sinapsi avviene probabilmente non attraverso il NMDAR, ma con il recettore TRKB per il fattore di crescita BDNF (una neutrofina scoperta da Levi-Montalcini). La sua conformazione viene direttamente aperta sia dagli antidepressivi classici, che da quelli rapidi come la ketamina (Casarotto 2021), mentre la colesterina li chiude. Mentre la psicoterapia è di efficacia durevole, all'inizio la elettro-

terapia-tDCS a corrente continua invece non ne aumenta l'effetto. Stressors intesi come quelli «psico-sociali», talvolta tramite effetti già scoperti, diminuiscono anche diverse microRNA ricavate da ratti e

pazienti. Esse spesso sono interpretati (ETH Zurigo) come mediatori dello «Stress». Le microRNA nei topi vengono miratamente aumentate nell'ippocampo, peggiorandone la memoria, ma migliorandone

la «depressione»! Il miR708 invece contrasta il gene per l'anti-tumorale neuronatina, rilevante nel metabolismo, nella migrazione e nei pazienti bipolari

Bibliografia

1. Barkham M, Lutz W, Castongay LG: Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 7.ed. Wiley: 2021.
2. Bur OT, Krieger T, Moritz S, Klein JP, Berger T (2022): (...) support of web-based self-help (...). Behav Res Ther doi: 10.1016/j.brat.2022.104070.
3. Casarotto PC et al. (2021): Antidepressant drugs act by directly binding to TRKB receptors. Cell doi: 10.1016/j.cell.2021.01.034

4. Martins HC, Schrott G: MicroRNA-dependent control of neuroplasticity in affective disorders. Transl Psychiatry. 2021;11(1):263.

5. McCullough JP: Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Guilford Pr: 2000.

6. Ref. Cuipers P et al. (2021): (...) effects of psychotherapies (...). Acta psychiatrica scandinavica 144: 288-99. (2021b): (...) network meta-analysis (...) World Psychiatry 20:283-93. (2020): World Psychiatry 19: 92-107.

Sitografia:

7. <https://dgppn.meta-dcr.com/2022/crs/einfluss-verschiedener-kontextfaktoren-bei-internetbasierten-depressionsinterventionen>

Foto: Envato Elements

Gottfried Treviranus

Medico psichiatra, Berna (CH)

Ospite di redazione

Poca noia e tanti impegni

/Alba Cervone /

È divenuta ormai “buona norma”, educare i bambini ad impegnarsi in differenti attività per utilizzare il tempo e non percepire la noia. Perché è un problema la noia per noi adulti? Da cosa fuggiamo? Perché è importante avere tanti impegni? È giusto pensare che un bambino o un adolescente che non abbia un’agenda ricca di appuntamenti sia “anormale”?

La noia, quale sentimento spiacevole legato alla monotonia, all’ozio, all’indolenza, è connotata nel linguaggio comune come fastidiosa e disturbante. Questa percezione, ci fa vivere la noia come un peso e di conseguenza, noi adulti, come educatori, la trasmettiamo alle nuove generazioni. Un figlio che non ha il permesso di annoiarsi, perché vede i genitori sempre “affaccendati”, non ha la possibilità di imparare a fermarsi e prendersi del tempo per sé. Annoiarsi, significa, rallentare. Ascoltare il proprio corpo e poter capire cosa vorremmo fare. Le stagioni ci insegnano che c’è un tempo “cronologico”, diverso da un tempo vissuto (Kairos, degli Antichi greci). L’autunno e l’inverno sono le stagioni dell’attesa: le foglie cadono, si depositano e muoiono. La neve protegge il suolo nonché le foglie cadute, che rinasceranno in primavera. Quando un bambino può annoiarsi oggi? Tra il corso di improvvisazione teatrale, il nuoto e la lettura? dopo la scuola? ...avrà mai

dieci minuti per sé, senza sentirsi inutile o non accettato? La società ci impone dei ritmi frenetici e propone svariati stimoli accattivanti che non favoriscono l’ozio e che appunto lo connotano come “indolenza”. L’uso di dispositivi elettronici e di social network che viaggiano ad alta velocità, se da un lato consentono di distrarci, dall’altro ci “allontanano” dal mondo interno che poco siamo abituati ad ascoltare. Cosa succede, dunque, quando la noia sopraggiunge e ci invita ad affacciarsi al mondo interno? Paura. Paura come brillantemente la descrive la Rowling quando i protagonisti della saga di Harry Potter incontrano i famosi Dissenatori, che “succhiano l’anima”. La paura paralizza e provoca una spiacevole sensazione di sentirsi come nelle sabbie mobili. Ecco da cosa fuggiamo. Pensiamo di dover agire all’istante, di doverci repentinamente scrollare quell’oscuro sentimento che ci affossa. Accettare e accogliere la noia, come possibilità di crescita è il primo passo per ascoltarsi e tro-

vare nuove soluzioni, provare nuove esperienze e assaporare con più gusto quello che si fa. “Un grammo di buon esempio, vale più di mille parole” (san Francesco d’Assisi) - e con l’esempio, possiamo educare i nostri figli alla noia. Con le mie figlie, a volte, facciamo il gioco del divano che consiste nello sprofondare sul divano e alternare silenzi a frasi che ci vengono in mente (“mi sento...stanca”, “vorrei...andare al mare” e così via). Talvolta il gioco si interrompe perché ci viene in mente qualcosa da fare, altre volte ci addormentiamo, altre viaggiamo con la fantasia. Quello che succede è che ci rialziamo contenti. La

noia, quale momento omeostatico, lungo e perpetuo, in cui ci si ritira in sé stessi rappresenta sempre un messaggio. Un bambino o un adolescente può rifugiarsi nella noia per paura di affrontare il mondo esterno, una sfida insormontabile o qualcosa che non piace. Un insegnante troppo severo, un compagno di classe violento e aggressivo, un papà assente o una madre che non lo capisce, rappresentano situazioni da cui scappare, se non si è in grado di affrontarle. In questo la noia rappresenta un sintomo, un messaggio il cui significato va approfondito, dapprima parlando con il diretto interessato e, laddove necessario,

con un esperto in materia (pediatra, neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta). “Tutti i guai dell’uomo derivano dal non saper stare fermo in una stanza”, scriveva il filosofo Pascal in anni meno frenetici e rispetto al sentimento della noia. La noia rappresenta un’occasione di crescita, una possibilità di cambiare le cose che non ci piacciono, un momento per fermarsi. Un adulto che sa annoiarsi, educa un bambino alla noia, ad ascoltarsi ed ascoltare. In un mondo in cui sembra vincere chi va più veloce, in cui l’istantanea descrive l’individuo, la vera rivoluzione è imparare l’arte dell’attesa.

Bibliografia

1. Moravia A. (1960) – La noia, Bompiani ed.
2. Montessori M., Lamaparelli C. (2008) – Educare alla libertà, Mondadori ed.
3. Tavormina G., Nardini G. et al (2013). Luce sul male oscuro, Sardini Ed.
4. Pascal B. (1670) – Pensieri, Bompiani ed.

Foto di Alba Cervone: “La noia” -2023, per sua gentile concessione



Alba Cervone
Medico Psichiatra
Comitato Scientifico



Quando chi cura si trascura

/ Donatella Costa /

La popolazione sta invecchiando, aumentano in modo progressivo i bisogni di cura. Il femminile è protagonista e se si stressa e si trascura potrebbe ammalarsi. È indispensabile prendersi cura di sé.

L'Italia evidenzia una popolazione piuttosto anziana: è un fenomeno diffuso ed in costante crescita. La percentuale di anziani maggiori di 65 anni è più alta in Europa che in qualsiasi altro continente. (Eurostat, 2010) Le donne si prendono cura contemporaneamente della propria famiglia e di anziani della famiglia d'origine o acquisita. Il lavoro di cura avviene prevalentemente con soggetti fragili (Spillman, Pezzin, 2000); la persona in difficoltà viene accudita nella quotidianità al fine di mantenere una discreta qualità di vita. Le donne, in genere sono ritenute più adeguate al lavoro di cura e assistenza. Infatti da tempi remoti la donna svolge ruoli di maternage all'interno del proprio nucleo familiare. Secondo i dati di una ricerca quantitativa, si nota che le donne in età matura svolgono compiti di cura e assistenza. Queste donne hanno in media il 20% di probabilità di sviluppare una depressione, viceversa occuparsi di familiari anziani in misura minore non comporta una maggior probabilità di sviluppare disturbi mentali (OCSE 2011). Tali donne che forniscono cura agli anziani genitori, tendono ad essere meno giovani. Ciò vale soprattutto nell'area mediterranea, le donne in prevalenza con un livello di istruzione medio o basso, non occupate oppure occupate a tempo parziale si occupano di cura dell'anziano in

modo continuativo (Rizzi, Zantonio, 2013). Da tempo le funzioni di cura e assistenza sono a carico della famiglia con un impegno significativo. (Pegretti, Pazzaglia, 2021). La letteratura scientifica sottolinea il peso delle cure sullo stato di salute delle donne che svolgono mansioni di accudimento costante. Le conseguenze di cura e assistenza nel lungo periodo, per le donne sono sacrifici significativi sul piano personale e professionale (Crespo, Mira 2010). La salute fisica e psicologica può risentirne in modo rilevante (Bokwala 2009, Silverstein e al. 2006). I sentimenti di depressione e d'ansia sono frequenti e pervasivi. La dimensione di cura continuativa produce notevole stress psico-fisico. La malattia inoltre, porta con sé incertezza e precarietà rispetto al futuro. La costante preoccupazione, la messa in gioco di notevoli energie fisiche e mentali, la limitazione del tempo libero aumentano il rischio di ammalarsi (Lee, 2020). In alcuni casi la persona si annulla completamente, i dati scientifici dicono che lo stress emotivo può causare sviluppo di patologie depressive o disturbi psicosomatici. Di conseguenza, chi si prende cura può ammalarsi, la depressione così come l'ansia sono ancora disagi poco riconosciuti. Le donne che si prendono cura presentano maggiori rischi di depressione quando i carichi sono eccessivi e

protratti nel tempo. È importante essere consapevoli e riflettere cosa accade se non ci si prende cura di sé stessi. L'essenziale è trovare tempo per sé, lontano dalle responsabilità di assistenza e cura. Allora può essere utile avere qualcuno che stia con la persona una parte della giornata oppure trovare un posto in cui l'anziano possa rimanere per un po' di tempo. Questo tipo di aiuto in inglese è chiamato "respite" che letteralmente significa respiro, tregua, riposo in cui appunto colei che si prende cura si concede una pausa. "La fine della vita è una cosa che mi angoscia, vedere la sofferenza nelle persone a cui voglio bene mi addolora. Ho visto tanta sofferenza, questi sentimenti sono forti, si sono

accentuati in quest'ultimo periodo. Mia madre ha parecchi problemi di salute, di frequente sono da lei e sbrigo alcune faccende, c'è sempre da fare. I miei familiari non riconoscono la fatica che faccio, anzi mi feriscono con le loro parole. Ultimamente mi viene sempre da piangere, la mia mente, il mio fisico non vanno... è un momento difficile, continuo ad accumulare ansia e tensione. Non voglio far vedere agli altri che sto male... mi sono chiusa nel mio guscio. Mangio poco, dormo malissimo... Ho spesso dei pensieri ripetitivi, mi sento un peso enorme sulle spalle; ... sono rimasta ingabbiata nelle vicende assistenziali per tanto tempo...". La paziente è sotto pressione per i continui carichi

di cura, emotivamente si sente senza energie, piange spesso. Nessuno si accorge del malessere in quanto lei non lascia trasparire nulla all'esterno, senza supporto psicologico e farmacologico la situazione è destinata a peggiorare sensibilmente. L'invecchiamento dei propri familiari è spesso associato alla presenza di malattie croniche e degenerative. Le cure protratte e continuative possono diventare un peso rilevante da sostenere a livello emotivo. Chi si prende cura di soggetti fragili, senza sostegni specifici, rischia di ammalarsi di depressione. In tal caso è necessario avere cura di sé migliorando lo stile di vita.

Bibliografia

1. Leslie A., Morgan Phd, Suzanne R., Kunkel, Phd , 2006 "Aging, society and life course" Fourth Edition
2. Dino Rizzi, Francesca Zantonio, 2013 "Analisi e strumenti di politica sociale, l'influenza dell'informal care sulla salute psichica delle donne over-50" Ed. Ca' Foscari
3. Brenda C, Spillman, Liliana E. Pezzin, 2002, "Potential and Active Family Caregivers: changing Networks and Sandwich Generation"
4. Francesco Pegretti, Chiara Pazzaglia Bonomi, 2021, "La salute dei caregiver" Ed. Bononia - Università di Bologna



Donatella Costa

Psicologa Clinica
Redattrice



Foto: Envato Elements

Narcisista patologico e suicidio

/ Wilma A. R. Di Napoli /

Viviamo in un'epoca di passioni tristi, ove la fragilità dell'individuo narcisista va a braccetto con il bisogno di conferme. Ciò costituisce terreno fertile per ansie e depressione, e può facilitare il sopraggiungere di idee suicidarie.

Il termine prende il nome dal celebre personaggio della mitologia greca creato da Ovidio nelle *Metamorfosi*. Nel suo racconto si narra di un giovane di rara bellezza, figlio del dio Cefiso e della ninfa Liriope, così egocentrico da rifuggire il mondo e l'amore. La ninfa Eco, innamoratasi perdutamente di lui ma sdegnosamente respinta, vaga dolente per valli e caverne, fino a consumare il suo corpo. Di lei non resta che la voce. La dea Nemese, per punire l'arroganza del giovane, lo condanna ad un amore impossibile: quello per la propria immagine. Narciso la vede, per la prima volta, riflessa nell'acqua di uno stagno. Nel disperato tentativo di congiungersi con questa immagine Narciso annega. Al suo posto nasce un fiore che prenderà il suo nome (Ovidio, 8 d.c.). Freud conia il termine narcisismo prendendo spunto dal mito. Esso diventa un concetto centrale nella psicoanalisi, in quanto viene individuato come elemento costitutivo della soggettività umana. Dapprima se ne teorizza la funzione alla base della evoluzione sessuale dell'individuo, successivamente il concetto si evolve. Il narcisismo non viene visto più come una condizione psicopatologica ma come un dato "strutturale" all'origine della formazione dell'Io (Freud, 1914).

Le teorie relative si sono via via ampliate e arricchite di stimoli e approcci differenti. Il soggetto narcisista è stato molto studiato anche negli ultimi cinquanta anni dalla psicologia cognitiva, sociale ed evolutiva, nella sua dimensione di modalità di funzionamento psicologico (Gabbard, 2022). Oggi si è concordi nel considerare il narcisismo sano come fondamentale per una buona autostima ed il rispetto di sé. Esso ci autorizza in un certo senso a valorizzare la nostra bellezza, sia fisica che interiore, e ci spinge a mostrarla al mondo. È alla base dell'empatia verso il prossimo. Solo se si ha consapevolezza e rispetto delle proprie necessità, emozioni, aspirazioni, si è difatti in grado di riconoscerli negli altri e dargli spazio. Nel narcisista patologico queste caratteristiche sono distorte in termini quantitativi e qualitativi. Il narcisista patologico ha un senso di sé amplificato: enfatizza i suoi talenti, si aspetta che gli altri la considerino superiore. Di fronte a critiche o giudizi diviene estremamente suscettibile, non li tollera. Nelle relazioni il baricentro è spostato in modo esclusivo su di sé. Il narcisista patologico è incapace di considerare il punto di vista altrui; tutto è dovuto, anche manipolando l'altro (Glodner-Vukov, 2010). Chi soffre di narcisismo patologico non

è in grado di coinvolgersi in un autentico rapporto affettivo. Perde la capacità di mettere in secondo piano i propri bisogni per considerare l'altro come soggetto di diritto di proprie necessità. Spesso al di là di un comportamento piacevole o intrigante, volto a sedurre e ottenere l'approvazione altrui, al narcisista patologico manca una reale reciprocità. I bisogni di conferma del proprio essere unici e speciali sono così impellenti da esser messi al primo posto, a scapito della condivisione. Vi è una dolorosa continua ricerca di tali conferme, il desiderio di essere sentito dall'altro come perfetto e degno di unico amore risulta irrealistico. La sensazione di non trovare mai quell'amore unico fantasmatico porta il narcisista patologico a soffrire per una perenne ricerca di soddisfazione irrealizzabile. Tenta pertanto di controllare l'altro per plasmarlo secondo la propria volontà, con il risultato spesso di renderlo ancora più sfuggente ed irraggiungibile (Pietropolli, 2011). L'esperienza psicologica vissuta dal soggetto narcisista risulta spesso avvilente e dolorosa, in quanto costituita da una opportunità sfuggente e incerta di conferme. Quando la ricerca di tali conferme viene delusa e frustrata, il narcisista interrompe la relazione sdegnato, l'altro "non serve più". Quando è l'altro a chiudere una relazione, di solito turbolenta e fonte di sofferenza emotiva, nel narcisista si acuisce un senso di profonda ingiustizia. Frustrazione e abbandono non fanno che alimentare un vasto e incolmabile senso di vuoto interiore, una grande insicurezza. Il narcisista può quindi precipitare in uno stato di apatia, ansia o grave depressione. Si tratta di una depressione con caratteristiche peculiari. Le radici emotive sono costituite dal senso di vergogna, umiliazione, e rabbia per un abbandono che si sente come ingiusto. L'ideazione suicidaria nel narcisista può scaturire proprio da questo disagio, dalla disperazione e della rabbia. Cerca così di proteggere la propria autostima, quell'autoimmagine patologica di superiorità, da

cui non riesce a liberarsi (Gabbard, 2022). Nel narcisista il desiderio di uccidersi può essere presente anche in assenza di un vero stato depressivo. Avviene dunque, in modo completamente discordante dalla cultura comune rispetto al suicidio. E può anche accompagnarsi al desiderio di uccidere l'altro, colpevole di un ingiusto abbandono (Ponzoni et al, 2021). Alla luce di quanto discusso si evidenzia una predisposizione del narcisista patologico ad alcune dinamiche suicidarie, sostenute da sofferenze psicologiche specifiche (Gabbard, 2022). Sarebbe opportuno sollecitare una maggiore cognizione da parte di tutti circa questa dimensione psichica, così frequente ma anche così poco riconosciuta. Comprendere che le proprie sofferenze

potrebbero derivare da fragilità peculiari, per un narcisista patologico sarebbe un buon primo passo. La forza di questa consapevolezza potrebbe facilitare la richiesta di aiuti psicologici adeguati. Un opportuno trattamento, scelto con autentica motivazione, potrebbe aiutare ad evitare la degenerazione della sofferenza fino a scelte tragiche (Pietropolli, 2011; Liverano et al, 2020).

Bibliografia

1. Freud S. (1914) Introduzione al narcisismo.
2. Gabbard GO. (2022) Narcissism and suicide risk. *Ann Gen Psychiatry*. Jan 22;21 (1):3.
3. Glodner-Vukov M. et al. (2010) Malignant narcissism: from fairy tales to harsh reality. *Psychiatr Danub*. Sep; 22(3):392-405.
4. Liverano A., Piermartini B. (2020). Il tratta-

mento dell'invidia nel paziente narcisista: un modello di lavoro. Ed Franco Angeli.

5. Publio Ovidio Nasone. *Metamorfosi*, 8 d.c.

6. Pietropolli GC. (2011). L'adolescente di fronte al suicidio: morte e creatività di Narciso. Ed Franco Angeli.

7. Ponzoni S. et al. (2021). Emotion dysregulation acts in the relationship between vulnerable narcissism and suicidal ideation. *Scand J Psychol*. Aug;62(4):468-475.

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli

*Medico Psichiatra
Direttore Artistico*

Il superpotere di chiedere aiuto

/ Antonella Litta /

Chiedere aiuto nei momenti bui è un eccezionale potere

La canzone Supereroi del rapper Mr. Rain ha conquistato il pubblico di Sanremo parlando dell'importanza di chiedere aiuto quando si attraversano periodi difficili della vita. Cosa ha ispirato la canzone Supereroi? Supereroi è una canzone autobiografica. Il rapper ha attraversato un periodo di depressione e in alcune interviste ha sottolineato l'importanza di ricevere un aiuto esterno. In un'intervista Mr. Rain afferma che "il Supereroe è chi si fa aiutare". La pandemia, la guerra, il crescente tasso di disoccupazione, l'incremento del costo della vita: elementi che possono turbare fragili equilibri e

far emergere quadri ansioso-depressivi. Ci stiamo accorgendo che la depressione non è qualcosa lontano da noi e che in qualsiasi momento della nostra vita può toccarci da vicino. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha previsto che nel prossimo decennio la depressione diventerà la malattia più diffusa al mondo. Nel 2030 si stima che sarà la prima causa al mondo di giornate di lavoro perse per disabilità, superando le malattie cardiovascolari. Ed ecco che il brano di Mr. Rain arriva come un raggio di luce nel buio della sofferenza. Le sue parole scaldano la nostra anima portando

un messaggio di speranza. La capacità di evocare emozioni positive ha portato l'Associazione Cor et Amor, che promuove gentilezza nelle interazioni sociali, a riconoscerla come "canzone costruttrice di gentilezza". "Non puoi combattere una guerra da solo / Il cuore è un'armatura / Ci salva ma si consuma, / A volte chiedere aiuto ci fa paura / Ma basta un solo passo come / Il primo uomo sulla luna, / Perché da fuori non si vede quante volte hai pianto" Non ci si salva da soli. Il coro di bambini che accompagna l'esibizione dell'artista intensifica il potente messaggio di speranza della canzone. I sorrisi

dei bambini scaldano i nostri cuori e ci uniscono in un abbraccio virtuale. Evocativo è anche il riferimento ad una celebre poesia di don Tonino Bello. Il vescovo di Molfetta nei suoi libri ha spesso parlato del valore dell'aiuto reciproco nel creare speranza. "Siamo angeli con un'ala soltanto e riusciremo a volare solo restando l'uno accanto all'altro". Mr. Rain ha rivelato di aver scelto il suo nome d'arte perché trova ispirazione per le sue canzoni quando piove. Un altro bellissimo modo per affermare che non dobbiamo avere paura delle fragilità e del buio. Già in una precedente canzone, "I fiori di Chernobyl", il rapper invitava a non arrendersi, a guardare ferite e cadute come una ricchezza. I giorni di pioggia, i momenti bui della nostra vita possono trasformarci e far emergere tesori nascosti.



Bibliografia

1. World Health Organization A65/10 Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social workers at the country level: report by the Secretariat. 2012
2. Don Tonino Bello Preghiere. Dammi, Signore, un'ala di riserva. San Paolo Edizioni, 2001

Sitografia

3. <https://www.canzonweb.com/supereroi-testo-mr-rain/>



Antonella Litta
Medico Psichiatra
Redattrice

Edward Hopper, il pittore della solitudine

/ Immacolata d'Errico /

Il famoso pittore americano Edward Hopper ha rappresentato figure umane solitarie, immobili, in ambienti notturni o crepuscolari, in interni ed esterni urbani

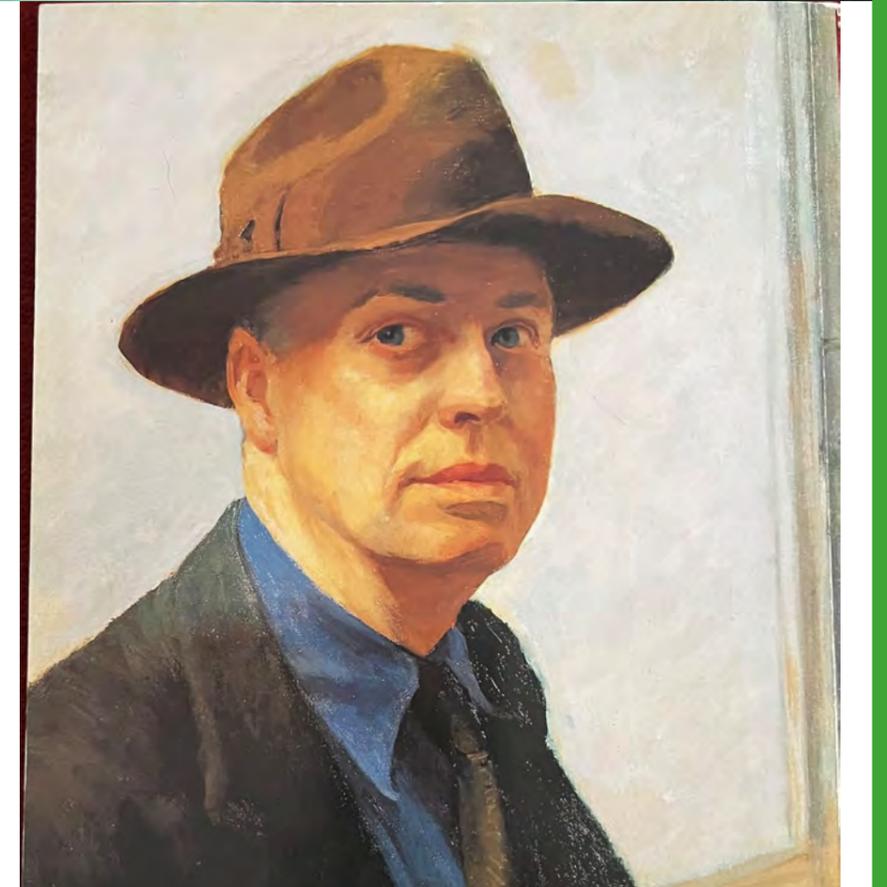
Edward Hopper è considerato uno dei più grandi pittori americani del XX secolo. Fu interprete e maggior esponente del Realismo americano. La sua capacità di catturare l'atmosfera e l'emozione in una scena statica ha reso la sua arte universale e senza tempo. Nello stile hopperiano non c'è azione ma solo una situazione, una ripresa istantanea. Le sue figure sembrano spesso sole e isolate, immobili in ambienti urbani che sembrano privi di vita, dove la luce è perlopiù fredda, artificiale. Ambienti in cui tutto il superfluo è rimosso per lasciare spazio all'essenziale. Figure e ambienti che possono suscitare sentimenti di malinconia nell'osservatore, ma che offrono spunti di riflessione sulla natura umana¹. Edward Hopper (1882-1967) sapeva "dipingere il silenzio". È stato uno dei primi artisti americani a dipingere l'esperienza di solitudine. Le poche figure ritratte, isolate, hanno uno sguardo perso e sembrano non interagire tra loro. Gli sfondi in cui colloca i personaggi sono presi da luoghi reali. Viene rappresentata la vita di ogni giorno. Oltrepassano però la forma concreta trasmettendo un senso di solitudine, malinconia e incomunicabilità. I suoi personaggi, se osserviamo attentamente le sue opere, non interagiscono mai. Non rivolgono mai lo sguardo fra

di loro². "Non dipingo quello che vedo, ma quello che provo". "Io ho sempre voluto fare me stesso". Così sosteneva l'artista. Egli, infatti, non fece che ritrarre la sua interiorità. Le sue opere non hanno un risvolto né politico, né sociale. La sua realtà è tutta interiore, fatta di solitudine. "Credo di non aver mai cercato di dipingere la "scena americana"; io cerco di dipingere me stesso". Le sue opere potrebbero essere interpretate come un'indagine fenomenologica della malinconia. Ed esprimere riflessi di sentimenti ed emozioni dell'artista. Infatti è possibile supporre che un artista, così abile e profondo interprete della vasta solitudine dell'animo umano, esprima riflessi di sentimenti e vissuti intimi. La desolazione e l'angoscia che le sue opere comunicano potrebbero farci ipotizzare che Hopper potrebbe aver sofferto di depressione. Non si hanno però dati sulla sua condizione mentale. E l'interpretazione dell'arte di Hopper in termini di psicopatologia a me sembra riduttiva! La maggior parte dei dipinti di Hopper è ambientata in città, dove le persone spesso sembrano a disagio e fuori luogo. Attraverso le immagini ha saputo catturare gli stati d'animo dell'uomo. Dell'uomo nuovo, quello perso nelle grandi città e nelle metropoli. Personaggi il cui

sguardo è rivolto verso un punto imprecisato. Personaggi ritratti in una stanza di un appartamento, soli. Davanti una porta, una finestra o un finestrino. Oppure in un ufficio o nello scompartimento di un treno o in un motel o in un desolato bar notturno. Personaggi accomunati dalla noia, dalla solitudine e dall'inquietudine. Personaggi/figure solitarie che appaiono incapaci di comunicare. Corpi divisi solo da pochi centimetri ma le cui menti e vite sembrano lontane anni luce. "Hopper fu uno degli artisti che meglio di tutti seppe sintetizzare l'american way of life, ma non quella fatta di gratiacieli e cibo in scatola, ma quella colpita dalla crisi economica degli anni Trenta"¹. Nighthawks, è l'opera più conosciuta di Edward Hopper, considerata il suo capolavoro. Mi piace descriverla perché, a mio avviso, è l'emblema della sua opera pittorica, dove si ritrovano tutte le caratteristiche salienti. Rappresenta una pietra miliare del Realismo americano, espressione della paradossale solitudine dell'uomo contemporaneo nelle grandi città degli Stati Uniti. Ispirato dalla vetrina di un locale del Greenwich Village a New York, Edward Hopper dichiarò che il quadro era il suo modo di pensare alla notte. "Solitaria e vuota?" chiese l'intervistatrice. "Non mi sembra particolarmente solitaria. Ho semplificato molto la scena ed ho ingrandito il ristorante. Probabilmente inconsciamente ho dipinto la solitudine di una grande città", rispose il pittore³. Nel buio di una strada deserta, l'oscurità è rischiarata dal neon del locale che, attraverso la grande vetrata, illumina gli interni dei vicini negozi. Nel locale quattro figure, il barista e tre avventori, sono immerse nei propri pensieri. È una scena di profonda solitudine in una metropoli che non dorme mai! "Come tutte le figure rappresentate da Hopper nei suoi quadri, anche loro sono come in attesa. Non sono intente a svolgere nessuna particolare attività ma sembrano, al contrario, in attesa di un qualcosa di imprecisato" (Fran-



cesca Cerutti)⁴. Nel locale tutto è dipinto in modo dettagliato. I contenitori del sale e del pepe, il distributore di tovagliolini, le tazze, le macchine del caffè. Tutto è mostrato con estrema precisione. Non c'è azione ma solo una situazione, una ripresa istantanea. Il vetro è l'elemento dominante. Attraverso la vetrata l'osservatore può guardare nell'intimità di uno spazio interno e percepire il preciso secondo in cui il tempo si ferma. Il tempo sembra cristallizzato in un significato eterno, donando al quadro una dimensione onirica sospesa nel tempo³. Edward Hopper con i suoi ambienti silenziosi e le scene distaccate, è stato un interprete profondo delle relazioni umane e dell'alienazione dell'uomo moderno. Nei suoi numerosi dipinti, atemporali, ha esplorato la vasta solitudine dell'anima contemporanea. Una solitudine non solo americana, ma dal carattere universale.



Bibliografia

1. Rolf. G. Renner – Edward Hopper. L'Espresso. Stampa Grafica Giordetti. Roma, 2001

Sitografia

2. <https://www.finestresullarte.info/arte-base/edward-hopper-vita-opere-american-way-of-life>

3. <https://www.ellededecor.com/it/arte/a38472822/hopper-opere-pittore-realista-ame->

ricano/

4. <http://www.studiomengarellipsicoterapia.it/2011/edward-hopper-nighthawks/>

5. <https://www.frammentirivista.it/nottambuli-hopper-analisi/>

Foto: Hopper_ Nighthawks, Wikipedia

Foto: Edward Hopper, di Immacolata d'Errico, fotografata dal libro di R.G. Renner, citato in bibliografia



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Morte, sofferenza e malattia nella moderna cultura occidentale

/ Enza Maierà /

Nella moderna cultura occidentale, è venuto meno uno spazio culturale, un pensiero che affronti tematiche sulla morte, sofferenza e malattia. Questi eventi naturali sono stati negati, rimossi dalla coscienza individuale e collettiva (Aries, 1971; Elias, 1982; Carotenuto, 1996, 1997).

Il senso di onnipotenza sta distraendo l'uomo da una adeguata e consapevole comprensione ed accettazione della sua realtà. Ma è nello scontro quotidiano coi suoi limiti che l'uomo, ritrovandosi impreparato, soccombe e diventa fragile, ansioso, senza speranza. Ciò segna la nascita di una nuova forma di depressione culturale. Aggiungo, per meglio dire: valoriale! La morte, la sofferenza e la malattia, attraverso la censura di ogni discorso, sono diventati il nuovo tabù della nostra epoca. L'uomo negli ultimi decenni si è reso protagonista ed artefice di grandi cambiamenti socio-culturali e di una progressiva evoluzione tecnologica. Il cambiamento, che ha investito anche la sua persona, ha generato una dilagante forma di narcisismo. L'emergere di un pensiero di onnipotenza ha reso l'uomo sprezzante ed acritico di fronte alla sua fragilità, alla malattia ed alla sua "temporaneità" esistenziale. Lo ha privato di quelle capacità mentali che regolano le sue emozioni e i suoi pensieri verso un percorso

di vita critico e consapevole. La distanza con la depressione si è notevolmente accorciata! È una nuova forma di disturbo che da tempo è stata negata e/o misconosciuta. Definita vagamente come mal di vivere o angoscia esistenziale è sostanzialmente l'esito di una costruzione immaginifica della vita e della realtà. La demolizione di quella costruzione immaginifica ha prodotto una depressione culturale. Durante la malattia, tutti devono negare e/o minimizzare la sofferenza. Il malato infatti, "deve confidare nella guarigione e [...] qualora egli non possa che arrendersi all'evidenza, è bene che mostri saggezza ed altruismo, risparmiando agli altri sofferenza, panico e disperazione" (Carotenuto, 1997). Lo stesso malato, e soprattutto quello grave, che sappia o meno, non può esimersi dal partecipare, nel tentativo di essere accettato, a quella rituale commedia. Nulla deve interferire con "l'obbligo sociale di contribuire alla felicità collettiva evitando ogni causa di tristezza o di noia[...]" " anche

se si tocca il fondo della disperazione" (Aries, P. 1978). Il moderno atteggiamento di rimozione e fuga dalla morte, dai morenti e dalle manifestazioni del lutto, è diverso da quanto avveniva nei secoli scorsi. Allora prevaleva una sostanziale accettazione della morte e del morire. Con l'imporsi dello sviluppo scientifico e tecnologico, va sempre più diffondendosi un'immagine razionale della vita e della morte. Quest'ultima è intesa non più come evento misterioso ed enigmatico, ma fenomeno biologico che può essere spiegato e reso comprensibile. I sistemi religiosi ultraterreni sono stati progressivamente sostituiti da forme secolari di fede: fede nel progresso, nello sviluppo, nella crescita illimitata". Fino alla credenza di un "Io" che pensa sé stesso come unica istanza di riferimento" (Elias, 1985). Il vuoto individualismo si è nutrito di assurde fantasie di immortalità.

La nostra cultura infatti, è fondata e si regge su principi e prescrizioni intorno alla "necessità" di essere in salute e in forma. Analogamente esige essere giovani, felici, liberi da ogni condizionamento.

La medicina, viene a costituirsi come nuovo sistema di fede, per attenuare le nostre angosce. Con il procedere della medicalizzazione della vita, il malato si rivela come trasgressore dell'ordine medico. La sua sofferenza è la condanna per la disubbidienza; infatti, se la vita e la mia realizzazione nell'aldilà sono il bene assoluto, la malattia e la morte diventano sinonimo del male. "Se uno muore di infarto, è perché non ha corso abbastanza, ha fumato e mangiato troppo (...); se ci viene un cancro alla pelle, è perché ci siamo esposti al sole (...). È colpa nostra, sempre (Bensaid, 1988) "Si afferma una spinta pericolosa a considerare fenomeni fisiologici, per esempio la menopausa e la vecchiaia, come condizioni patologiche richiedenti misure terapeutiche" (Berlinguer, 1994). La scienza medica non promette la vita dopo la morte, ma assume la



malattia e la morte come limiti da superare, nemici da vincere hic et nunc. La mancanza del confronto con l'idea del proprio limite, getta l'uomo moderno nell'impossibilità di rappresentarsi la fine. Emergono pertanto nuove fantasie di immortalità, cui egli affida la speranza di poter oltrepassare il limite umano, "che non è solo la morte, ma il prolungamento artificiale della vita, il mito dell'eterna giovinezza, il rifiuto ostinato ed infelice della vecchiaia, l'incapacità di tollerare il dolore [...]" (Galimberti, 1997). L'elevato livello di individuazione, il controllo di ogni affetto, emozione e l'isolamento limitano le capacità degli individui di sviluppare un sentimento di empatia. Così che "la reticenza, l'assenza di spontaneità nell'esprimere la propria compassione [...] al nostro stadio di civilizzazione, si manifestano in tutte quelle occasioni che richiedono l'espressione di una forte partecipazione emozionale" (Elias, 1985).

In tale condizione culturale, appare difficile il compito del medico che, nell'assistere un malato cerca di fornire al paziente un'informazione realistica. Cionondimeno si può comunque ritenere, che ogni paziente, e soprattutto quello oncologico, desideri sentirsi comunicare che non esiste alcun pericolo per la sopravvivenza. Pertanto diventano preminenti altre aspettative, a cominciare da quella di un dialogo in seno al quale il paziente stesso possa giocare un ruolo attivo. Uno spazio adeguato per essere ascoltato, per manifestare liberamente dubbi, incertezze, paure, speranze. Il paziente vuole comprendere ed essere compreso. Ogni medico dovrebbe avere la piena consapevolezza di come quegli sia in grado di percepire l'effettiva partecipazione ai suoi problemi, farsi "contenitore" delle angosce. Costituire una corretta relazione col paziente, significa farsi carico dell'altrui sofferenza e aiutare ad affrontare consapevolmente la

malattia, la sofferenza e la morte.

Bibliografia

Aries, P., "Storia della morte in occidente", Rizzoli, Milano, 1978.

Bensaid, N., "Le illusioni della medicina", Marsilio, Venezia, 1988;

Berlinguer, G., "Etica della salute", Il Saggiatore, Milano, 1994.

Carotenuto, A., "Le lacrime del male", Bompiani, Milano, 1996; "L'eclissi dello sguardo", Bompiani, Milano, 1997.

Elias, N., "La solitudine del morente", Il Mulino, Bologna, 1985.

Galimberti, U., "Il vero limite della vita", La Repubblica, 7 maggio, 1997.

Foto: Envato Elements



Enza Maierà

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Malinconia e bile nera nella medicina araba medievale

/ Maurizio Tavormina /

Il medico arabo del X secolo, Ishaq Ibn Imran, fu una figura molto importante e di riferimento per più secoli nel modo medievale con il suo “Trattato sulla Malinconia”.

La medicina araba ebbe una importanza notevole nella storia del pensiero medico medievale e la malinconia tenne il suo peso nei trattati dei medici dell'epoca. Il quadro di riferimento, sia nella cura delle malattie in generale che della malinconia in particolare, fu quello degli insegnamenti di Galeno. Ishaq Ibn Imran fu una figura molto rilevante e significativa tra i medici arabi che scrissero sulla malinconia e lavorò nel X secolo, proveniente da Baghdad. Egli scrisse uno specifico “Trattato sulla Malinconia” oltre ad altre opere di medicina generale. Nei suoi scritti precisò che il termine di malinconia non indicava la malattia in sé stessa ma ne evidenziava la causa: la bile nera. Ishaq definì la malattia come “un certo sentimento di dolore e isolamento che si forma nell'anima a causa di qualcosa in cui il paziente crede” che è reale ma in realtà non lo è. Egli evidenziò tre tipi di malinconia: 1) quella che si forma nel cervello stesso e 2) quella in cui la bile nera interessa tutto il corpo. Essa parte dalle gambe e colpisce il cervello successivamente. 3) La forma ipocondriale, in cui anche il cervello è influenzato, ma come effetto secondario (Ullman, 1995). La de-

scrizione clinica che accomunava le tre forme di malinconia era che i pazienti si sentivano immersi in una tristezza e un dolore costante e irrazionale. Molti vivevano con ansia o disperazione, vedevano figure e sagome terribili. Altri pazienti erano convinti di poter essere uccisi, altri di non avere la testa, che le orecchie suonavano e di essere fatti di fango. Un comportamento caratteristico era che i pazienti chiedevano urgentemente di essere visitati dal medico e poi non seguivano il suo consiglio terapeutico. Oltre a questi sintomi psichici, erano presenti anche sintomi fisici come la perdita del peso, del sonno ed eruzioni cutanee. Ibn Imran ampliò il quadro clinico con sintomi specifici e relativi ai tre tipi di malinconia. Nel “tipo che si verifica solo nel cervello, con insonnia, mal di testa, tremore agli occhi, fame insaziabile o, in altri casi, perdita di appetito”. Nel secondo tipo ci sono “gli stessi sintomi del primo caso, ma possono esserci anche malinconia e sentimenti di ansia e terrore”. Infine, nel tipo ipocondriale “compaiono principalmente un corpo disteso e flatulenza o sensazione di pesantezza alla testa. Molti vomitano un succo acido e biliare; altri cercano la soli-

tudine. Alcuni sono costretti a gemere a lungo perché il vapore penetra nel cervello. Ma a volte capita che i pazienti ridano senza sosta; in questo caso la bile nera non è così cattiva, è più che il suo corpo ha molto sangue buono” (Ullmann, 1995). Ishaq Ibn Imran spiegò la malinconia con la teoria degli umori, secondo la quale la causa fondamentale è la bile nera. La malattia è un disturbo fisico nel quale “dalla bile nera esce un vapore che spinge verso l'alto per stabilirsi al posto della ragione”. Essa riduce la luce, confonde e distrugge la sua capacità di apprensione. La malinconia può essere innata o acquisita. Le persone possono essere “disposte alla malinconia quando il loro temperamento è danneggiato prima della nascita a causa dello sperma paterno danneggiato o delle cattive condizioni dell'utero della madre”(Ullmann). Le cause postnatali della malinconia possono essere “la mancanza di moderazione nel mangiare e nel bere, la trascuratezza della pulizia interna del corpo”. Oppure “l'interruzione dei ritmi corretti o delle misure dei sei presupposti di base necessari della vita. Vale a dire movimento e riposo, sonno e veglia, movimento intestinale e ritenzione, cibo e bevande, inspirazione ed espirazione, e gli stati d'animo dell'anima”. Ad esempio, “il riposo e il sonno eccessivi provocano un accumulo nel corpo di materiali di scarto che si scompongono in bile nera”. O il “movimento eccessivo” che può causare un surriscaldamento che fa “consumare l'umidità del corpo, producendo vapori che diventano bile nera”. Altre cause postnatali sono “un gusto per cibi forti che generano sangue troppo caldo o troppo secco che si trasforma rapidamente in bile nera”. Ancora “vivere in luoghi molto caldi e secchi o freddi e asciutti” o “essere in campi paludosi o zone afose”. Anche “l'interruzione di qualsiasi abitudine, come, ad esempio, l'esercizio fisico o la regolare applicazione della coppettazione”. Altra causa

può essere “l'ubriachezza” e “l'ascetismo, come quello praticato dai filosofi che digiunano e stanno svegli tutta la notte”. In questi casi “il sangue si riduce; si addensa e si trasforma in bile nera. Ibn Imran precisò che di per sé “l'eccesso di bile nera prodotto da tali errori non produce malinconia. Diventa malattia solo quando il cervello si indebolisce. Ma la debolezza dell'organo può essere il risultato di un calore eccessivo o di un'ipersensibilità. Se entrambi vengono somministrati insieme, l'organo attirerà la malattia come una ventosa al sangue” (Jackson SW, 1989). Ibn Imran affermò anche che “la malinconia può avere cause puramente psichiche. Le paure, la noia o la rabbia, che si manifestano nell'anima animale, possono cooperare alla malinconia”. Pertanto “la perdita di una persona cara o di una biblioteca insostituibile può indurre una tale sofferenza, tristezza e dolore da causare la malinconia. Una simile causa può avvenire anche nell'«anima razionale». Se i medici, i matematici o gli astronomi meditano, rimuginano, memorizzano e indagano troppo, anche loro possono cadere preda della malinconia» (Ullmann, 1995). Come si vede già a quei tempi si associava lo stress e l'eccessivo lavoro intellettuale alla malinconia, quasi come una moderna sindrome da Burn-Out. Le attività “dell'anima razionale” o intellettive del pensiero possono portare l'anima in brevissimo tempo alla malinconia, se essa vi si immerge troppo profondamente. Come dice Ippocrate nel libro IV delle Epidemie: «La fatica dell'anima viene da cui l'anima pensa. Come l'eccessivo sforzo fisico porta a gravi malattie di cui la fatica non è l'ultima, così l'eccessivo sforzo mentale produce gravi malattie di cui la malinconia è la peggiore. In sostanza Ishaq pose i fattori psicologici in un posto di non comune importanza come cause della malinconia (Stanley W. Jackson, 1989). La terapia consisteva nel combattere l'eccesso di bile nera con medicine evacuatrici,



soprattutto purganti a base di erbe. Per contrastare la secchezza della bile nera si consigliava un'attenta selezione di cibi e bevande, evitando gli eccessi di vino. Si prescrivevano massaggi con unguenti caldi e umidi per malattie secche e fredde. Si raccomandava un esercizio fisico moderato e particolare attenzione agli interventi psicologici, come misure di ripristino della fiducia e gratificanti per combattere i sospetti dei pazienti. Erano consigliate conversazioni divertenti e piacevoli per sollevare il morale e la musica doveva essere utilizzata anche per elevare lo spirito ed evitare ogni affaticamento mentale. Come si vede le cure oltre a contrastare l'eccesso di bile nera con farmaci evacuatrici dell'epoca erano concentrate anche su aspetti psicologici di supporto, correzione cognitiva e comportamentale, attività fisioterapica e igiene-dietetica. L'opera di Ibn Imran rimase influente per secoli dopo la sua morte, in gran parte grazie all'opera di Costantino l'Africano, un medico cristiano tunisino. Egli tradusse il manoscritto in latino mentre viveva a Montecassino (Costantino, 1065). Costantino presentò De Melancholia come sua opera originale e fu il riferimento principale per il trattamento dei disturbi dell'umore in Europa per oltre cinque secoli. La traduzione latina fu in gran parte responsabile del suo uso esteso e di lunga data in

Occidente (Omran A et al, 2012). Il punto di vista di Ishaq si avvicina molto alle moderne teorie eziopatogenetiche integrate sulla depressione. In essa la causa può essere sia organica, che psicologica e socio-ambientale, oltre ad una possibile ereditarietà. Ishaq Ibn Imran evidenziò anche una forma di malinconia allucinatoria delirante con frattura della realtà, ansia, fobie e sintomi fisici, paragonabile alla moderna depressione psicotica.

Bibliografia

1. Stanley W Jackson: Historia de la melancolia y la depression desde lo tiempo hipocratico a la epoca moderna. Tradotto da Consuelo Vazquez de Parga, Ed. Turner, 1989.
2. Ullmann M. Islamic Medicine (tradotto dall'inglese da Fabienne Hareau). La Médecine islamique, Parigi, Presses Universitaires de France, 1995.
3. Omrani A, Holtzman NS, Hagop Akiskal S, Nassir Ghaemi S. Ibn Imran's 10th century Treatise on Melancholy. Journal of Affective Disorders. Vol. 141, Issues 2-3, 1 0 December 2012.

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

Auto aiuto o psicoterapia? Lotta congiunta alla depressione

/ Wilma A.R. di Napoli /

Le persone a volte si chiedono se sia utile intraprendere un percorso di auto aiuto per i loro disturbi d'ansia o depressivi. Il dubbio è che non siano efficaci, visto che di solito non sono condotti da professionisti della salute mentale. Sfatiamo alcuni miti.

L'auto aiuto può essere una risorsa da affiancare alla psicoterapia nel contrasto alla Depressione? I dati statistici lo confermano: depressione e ansia sono inesorabilmente in aumento in questi anni post pandemia. La richiesta di aiuto psicologico o psichiatrico aumenta di pari passo con la crescita dei bisogni di salute psichica, ma il divario tra risorse e bisogni non accenna a diminuire. Le previsioni per i prossimi cinque anni anzi evidenziano una ineluttabile ulteriore contrazione del capitale costituito dal personale sanitario. Tutti i disagi che ne conseguiranno, come il drastico allungamento delle liste di attesa per una psicoterapia, paiono inevitabili. In questo scenario è urgente e necessario adottare tempestivamente politiche sanitarie lungimiranti, che possano dare una risposta concreta ed efficace alle difficoltà della popolazione. Tra le varie iniziative in atto, le istituzioni socio sanitarie stanno prendendo in grande considerazione le opportunità di sostegno costituite dai gruppi di auto aiuto. La loro efficacia è difatti riconosciuta da nu-

merose pubblicazioni scientifiche. Si moltiplicano così le esperienze di promozione dello sviluppo di reti di auto aiuto, a disposizione di persone che soffrono di disagi depressivi e ansiosi (Calcaterra, 2013). L'auto aiuto si fa risalire alla nascita dei gruppi per alcolisti in Usa. Nel 1937 Bill e Bob, due alcolisti, scoprirono che sostenendosi a vicenda riuscivano a mantenere l'astinenza. La profonda condivisione che scaturiva da una esperienza comune, e il supporto reciproco, erano efficaci. Questo è l'assunto di base dell'auto aiuto che non è mai stato messo in discussione. Ascoltarsi e comprendere in forza della propria esperienza di sofferenza, sostenersi senza giudicare, sono armi potentissime per contrastare un disagio psichico. Negli anni successivi l'esperienza di auto aiuto si è diffusa in tutto il mondo. Il metodo che rappresenta è stato applicato con successo anche ad altri disturbi, tra cui la Depressione e l'Ansia. Successivamente si sono diffusi anche altri principi e metodi, come quello famoso di Victor Hudolin. Questo metodo prevedeva

anche la partecipazione di familiari e la conduzione del gruppo da parte di un facilitatore. Questa figura, che non deve necessariamente essere un professionista sanitario, ha il ruolo benefico di stimolare la discussione tra i partecipanti, favorendo una partecipazione attiva ed equilibrata. Negli anni 70 i gruppi di auto aiuto per dipendenze patologiche approdano anche in Italia diffondendosi. Essi aprono la strada al propagarsi di realtà dell'auto aiuto anche in altri settori della salute mentale. Con gli anni 90 la presenza sul territorio di gruppi di auto aiuto è spesso promossa e sostenuta anche dai Servizi pubblici di salute mentale. Vengono messi a disposizione come supporto per molteplici forme di disagio (Calcaterra, 2013). I gruppi di auto aiuto e gruppi di psicoterapia sono simili? Nel gruppo di auto aiuto ciascuno porta un bagaglio di storia personale, fatta di sofferenza ma anche di risorse, e lo mette a disposizione degli altri. La posizione adottata è quella della reciprocità: nessuno ha un sapere tecnico, superiore a quello dell'altro, nessuno pretende di avere la risposta giusta. La condivisione di punti di vista e approcci differenti, in base alle sensibilità individuali, può tuttavia favorire la scoperta di nuovi spazi di riflessione. Viene garantito il conforto della comprensione reciproca, senza giudizi. Lo stimolo offerto dal confronto può permettere al gruppo di trovare la forza dove c'era difficoltà, e aprire a nuove piste da percorrere (Newman et al, 2011). A differenza di un gruppo di psicoterapia, nell'auto aiuto non è presente un esperto professionista che sappia "condurre" il gruppo verso obiettivi specifici. Non sono adottate delle linee di indirizzo precise, in base alle indicazioni di tecniche psicoterapeutiche. Se c'è un facilitatore, sia esso un professionista o uno dei partecipanti, nel gruppo di auto aiuto ha il solo scopo di "facilitare" la comunicazione. Ha a cuore che il confronto avvenga nel rispetto e nella condivisione, favorendo la partecipazione di tutti, ricordando il principio car-



dine del non giudizio. Nel gruppo di auto aiuto non ci si affida alle mani esperte di un terapeuta che possa indicarci la strada. Ciascuno è protagonista del proprio cambiamento, assumendo la responsabilità di sé stesso e mettendosi in gioco (Biesheuvel-Leliefeld KEM et al, 2017). Possiamo quindi paragonare l'efficacia dei gruppi di auto aiuto ad una psicoterapia? Si tratta sicuramente di approcci differenti con caratteristiche specifiche. In un gruppo di auto aiuto una persona può cercare condivisione, comprensione, e conforto tra pari. Questi elementi possono ridurre fortemente il senso di isolamento e vergogna che prova chi soffre di disturbi depressivi. Sappiamo che abbattere l'isolamento può migliorare molto la qualità di vita delle persone. (Biesheuvel-Leliefeld et al, 2017). Il confronto reciproco inoltre può incoraggiare la persona ad un percorso di cambiamento, in cui rendersi parte attiva. Si adottano abitudini o comportamenti positivi, che non erano usuali o chiari in precedenza. Questo di solito va di pari passo con l'aumento della consapevolezza personale, e di conseguenza anche l'aumento del senso di auto-efficacia. Accresce la sensazione di essere capaci di trovare soluzioni

dove c'erano solo problemi (Dijkstra-Kersten et al., 2019). Nella psicoterapia, di gruppo o individuale, il cambiamento è accompagnato dal terapeuta, che sostiene la persona in questo percorso, in base alle tecniche di cura che possiede. Un ruolo fondamentale in questa pratica ha la relazione terapeutica, che è essa stessa strumento cardine della cura. Relazione terapeutica e tecniche psico terapeutiche sono strumenti fondamentali che la persona ha a disposizione per consentirle quel cambiamento che cerca, ma che spesso le sfugge. Di fronte ad una sofferenza profonda o che si incardina su meccanismi psichici patologici di lunga data, può costituire la risorsa più efficace per favorire il cambiamento. L'auto aiuto e la psicoterapia sono approcci alla Depressione che non vanno visti né in modo opposto né competitivo. Essi offrono contesti e modalità diverse nell'affrontare il disagio depressivo, pur mantenendo uno scopo comune, quello di dare sollievo e sostenere il cambiamento di chi soffre. È anzi possibile, col consenso di paziente e terapeuta, che vi sia un'integrazione di questi percorsi, così da ottenere una preziosa sinergia di intenti. L'OMS riconosce la validità dell'Auto Mutuo Aiuto

come approccio alla Depressione. Essendo una realtà gratuita, facilmente accessibile, e diffusa in modo capillare nel territorio, l'Auto aiuto costituisce una preziosa opportunità a disposizione della popolazione (Francescato et al, 1993).

Bibliografia

1. Biesheuvel-Leliefeld KEM et al (2017). Effectiveness of Supported Self-Help in Recurrent Depression: A Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Psychotherapy Psychosom.* 86 (4):220-230.
2. Calcaterra V. Attivare e facilitare i gruppi di auto/mutuo aiuto. 2013. Ed Erikson.
3. Dijkstra-Kersten SM et al. (2019). Supported self-help to prevent relapse or recurrence of depression: Who benefits most? *J Affect Disorder.* Oct 1;257:180-186
4. Francescato D., Leone L., Traversi M. 1993. Oltre la psicoterapia. Ed Carocci.
5. Newman M.G., Szokody L., Llera S.J., Przeworski A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review.* Vol 31, Issue 1. Pages 89-103.

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra
Direttore Artistico



®

European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione



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