



Depressione

Stop

Tempi di incertezza e depressione

Certezza,
incertezza e dubbio
patologico

Facciamo amicizia
con Miss Incertezza

L'incertezza
della vita

Incertezza e
malattia oncologica

Episodi convulsivi e
disturbi dell'umore: vi
è una connessione?

Orfeo e il dolore
contagioso e freddo



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



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 Efisia Meloni, Maria Vincenza Mino, Barbara Solomita, Dominique Tavormina, Romina Tavormina, Antonella Vacca

Editore



European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione

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

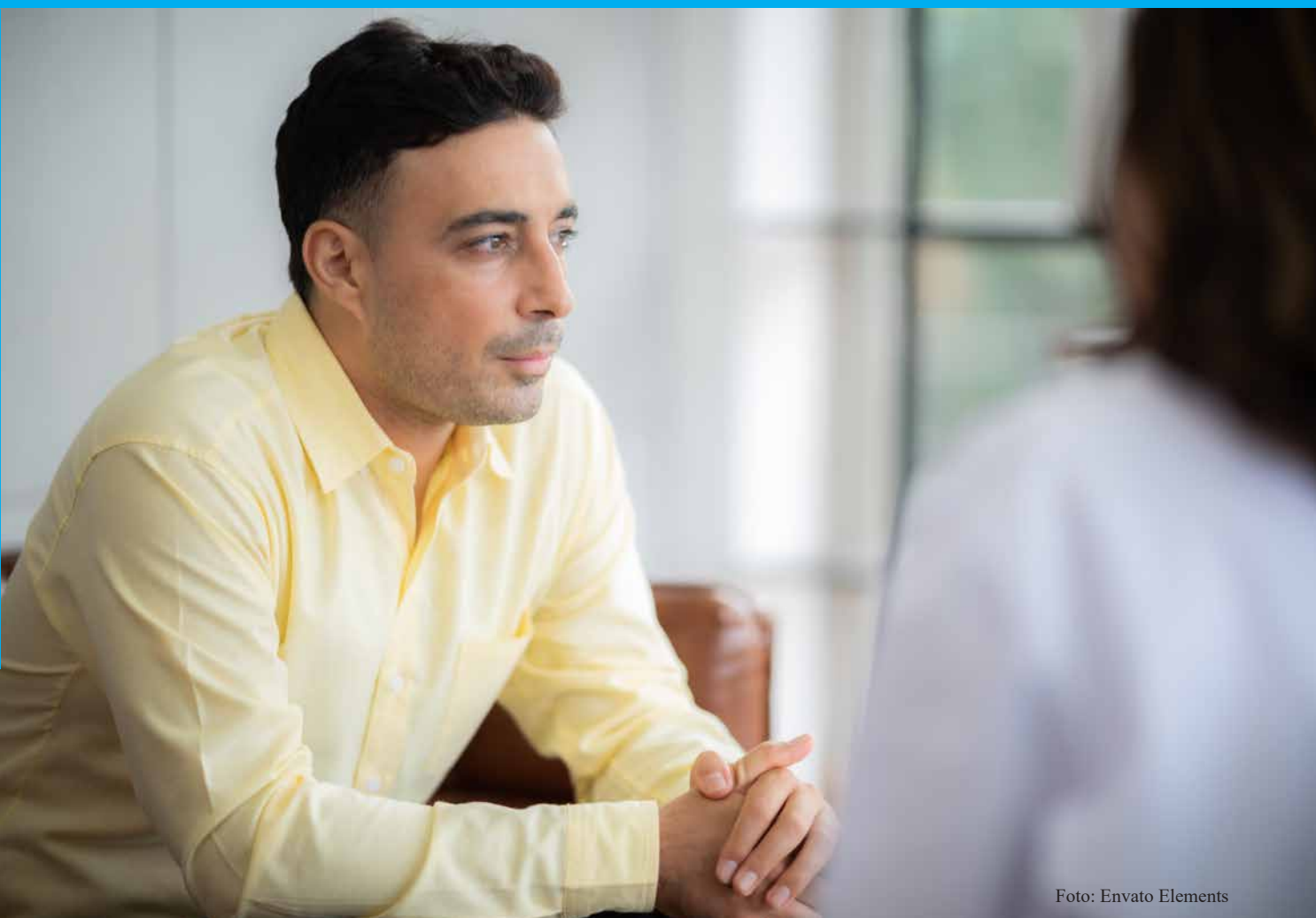


Foto: Envato Elements

Editoriale

Il valore del silenzio

/ *Francesco Franza* /

Quando l'ascolto diventa il punto di partenza per il percorso diagnostico e terapeutico. Quando il silenzio diventa la fucina di idee, di parole, di condivisione, quando il silenzio può portare rumore e frastuono.

La pubblicazione del terzo numero di *Depressione Stop* conclude un anno importante per l'EDA Italia Onlus. Sono trascorsi 20 anni dalla prima edizione della Giornata Europea sulla Depressione. Numerosi eventi tenutosi in tutta Italia hanno inondato il pubblico partecipante di informazioni, di parole e di condivisioni. È stato l'anno che ha visto anche la nascita della sezione giovani della EDA Italia Onlus. La rivista *Depressione Stop* è sempre più letta e conosciuta. Gli accessi online crescono grazie all'interesse dei numerosi lettori che ringraziamo. È stato un anno importante in cui si è consolidato il messaggio della Italia Onlus: diffondere e condividere informazioni chiare e scientifiche sulla depressione e sui disturbi dell'umore. Il titolo di questo numero di *Depressione Stop* «Tempi di incertezza e depressione» è lo stesso del tema del 2023 della Giornata Europea sulla Depressione. È un tema che sintetizza l'attuale momento storico. In questo numero i redattori e gli ospiti hanno saputo descrivere diversi aspetti rappresentativi di questo periodo. È un periodo di inquietudini, di ansia, di paure e di incertezze. È un periodo, tuttavia, in cui si osserva l'esplosione del comunicare, del parlare e del condividere. Sono parole importanti e indispensabili per la



crescita e il mantenimento della società (Hill et al. 2003). In questo periodo c'è la necessità di riflettere prima di comunicare, di misurare le parole e, pertanto, di fare silenzio. Tra i messaggi che la EDA Italia Onlus si propone di diffondere, di condividere ogni anno con i suoi eventi c'è ne uno significativo: per curare bisogna fare diagnosi. Ma per fare diagnosi bisogna ascoltare in silenzio. Quando si ascolta si fa silenzio. Il silenzio assume, così, un potere diagnostico e terapeutico. Un potere che si svela con la parola e con la condivisione. Il silenzio porta all'elaborazione dei pensieri e delle emozioni del paziente (Soma et al., 2023). Le Breton sosteneva che «non si dà parola senza silenzio, sebbene il mondo si sveli attraverso il linguaggio che lo nomina (Le Breton, 2018)». Il silenzio e la parola non sono, tuttavia, contrapposti. Entrambi sono carichi di significati e di contenuti. La parola nasce dal silenzio interiore dell'individuo, preceduta da una voce silenziosa. In questo periodo di incertezze, di inquietudine e di paure il silenzio può diventare uno strumento per ricaricarsi ed elaborare parole/pensieri. Diventa il momento che precede la necessaria condivisione dei pensieri elaborati. Diventa l'inizio del percorso, può portare a urlare con decisione le proprie convinzioni. Recentemente la cronaca drammatica di violenza e di prepotenza ha evidenziato l'importanza del rumore. Il minuto di silenzio in onore della vittima si è trasformato in un lungo momento di rumore. Ma è un rumore che nasce dal ragionato silenzio. Diventa prorompente, diventa condiviso, accomuna e unisce le persone. Il silenzio sfociato in rumore diventa a sua volta terapeutico. In questo numero gli articoli fanno rumore. Nascono dalle riflessioni elaborate in silenzio degli autori degli articoli. Il manifesto 2023 della Giornata Europea sulla Depressione cita che la «EDA Italia ONLUS in questo contesto storico si pone ancora di più l'obiettivo di contribuire a diffondere [...] informazione». Lo fa con la condivisione di contenuti scientifici nati dalla elaborazione del silenzio della conoscenza che diventa parola chiara, semplice e comprensibile. Ascoltare, parlare e condividere sono necessari per il processo di cura. Ma tutto nasce dall'ascolto (silenzio) degli operatori della salute. Essi diventano paladini del rumore terapeutico.

Suggerimenti di lettura

1. Le Breton D. Sul silenzio. Fuggire dal rumore del mondo. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018
2. Hill CE, Thompson BJ, Ladany N. Therapist use of silence in therapy: a survey. J Clin Psychol 2003;59:513-524.
3. Soma CS, Wampold B, Flemotomos N, et al. The Silent Treatment?: Changes in patient emotio-

nal expression after silence. Couns Psychother Res 2023;23:378-388.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Certezza, incertezza e dubbio patologico

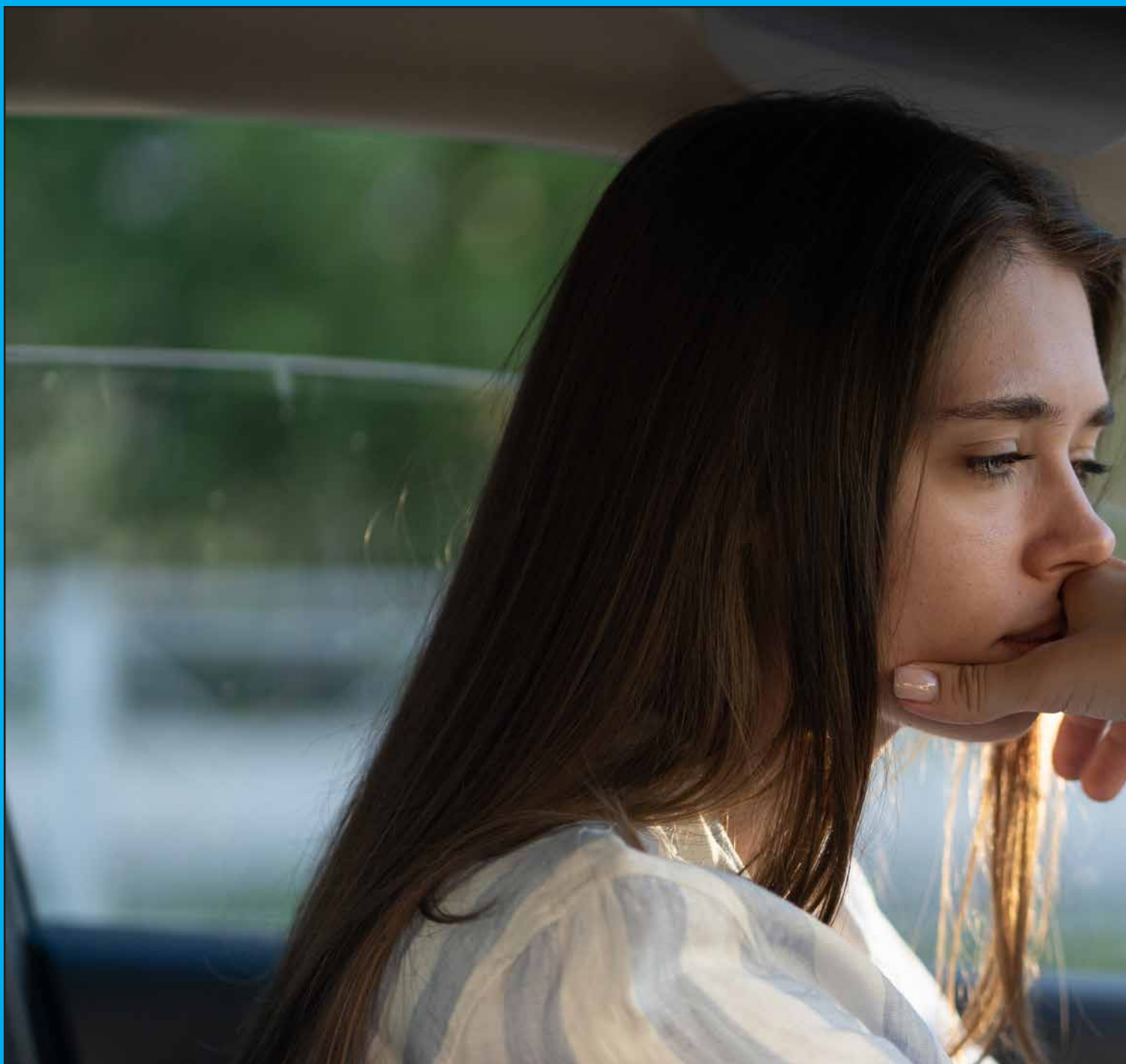
/ Maurilio Tavormina /

Questo articolo si propone di esplorare il concetto di certezza, incertezza e dubbio patologico, analizzando le loro implicazioni nella psicologia umana e le conseguenze psicopatologiche dell'eccessivo dubbio.

Nella danza intricata della mente umana, la certezza, l'incertezza e il dubbio patologico si intrecciano come fili invisibili che plasmano le nostre esperienze quotidiane. In questo articolo esploreremo questi concetti, navigando le acque della psiche e cercando di gettare luce su come esse influenzano il nostro benessere mentale. Immaginate di camminare su un sentiero ben battuto, dove ogni passo è sicuro e ogni decisione sembra preordinata. La certezza è una componente fondamentale della psicologia umana, poiché contribuisce alla costruzione delle nostre opinioni e influisce sulle decisioni che prendiamo nella vita quotidiana. La certezza è quella sensazione rassicurante che dà pace e tranquillità. È la convinzione che quello che crediamo è indiscutibile. Essa è vera, sicura ed incontestabile, in quanto sostenuta da positive pregresse esperienze e conoscenze. La ricerca di certezza può manifestarsi come una necessità psicologica fondamentale, ma può anche comportare rischi se eccessiva. Tuttavia una continua ed esagerata ricerca di certezza può limitare la nostra capacità di adattamento. Un recente studio sulla certezza delle risposte a domande con più possibilità di scelta, ha utilizzato un test (CBM) idoneo ad esaminare il grado di sicurezza della risposta data. Il punteggio era

dipendente sia dalla correttezza della risposta che dalla certezza espressa. Lo studio ha evidenziato che le persone non sempre fanno scelte razionali e logiche riguardo al risultato ottimale a causa della diversa attitudine al rischio. Le persone che di solito erano contrari al rischio, in una situazione con alta probabilità di successo della scelta, erano portati a sottostimare la loro certezza (Wu QI, 2021). Il rischio impediva loro una scelta normale e logica. La paura di prendere la decisione errata era prevalente. Se la certezza è la luce del sole, l'incertezza è la nuvola che occasionalmente offusca il cielo. «L'incertezza nasce a causa della mancanza di conoscenza o di informazioni in ogni situazione. Probabilità, rischio e imprevedibilità sono concetti strettamente legati all'incertezza ed influiscono in modo significativo sulla decisione da prendere» (Smriti Pathac, 2021). Il rischio si riferisce ad una situazione nella quale si dispone per lo meno di un'idea sulle probabilità con le quali si verifica un certo evento. L'incertezza indica, invece, una condizione nella quale non si ha idea di come e se un evento possa accadere (UNIMIB, 2019). Contrariamente alla certezza, l'incertezza può generare ansia e stress. Vivere con incertezza è una parte inevitabile della condizione umana, ma quan-

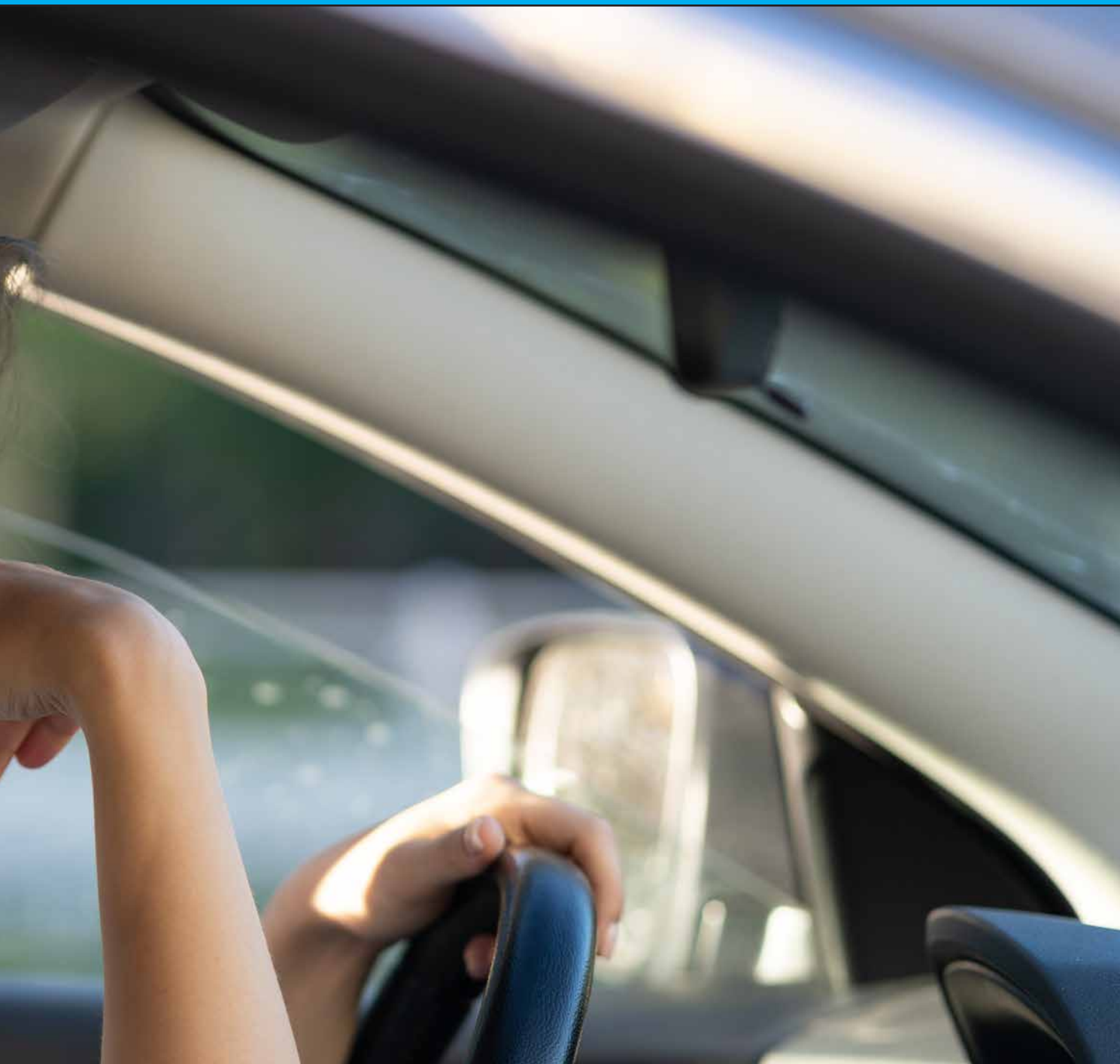
do questa incertezza diventa opprimente, può trasformarsi in dubbio patologico. Questo stato mentale, caratterizzato da un eccesso di dubbi, può influenzare negativamente la qualità della nostra vita. Il dubbio patologico è una condizione in cui l'individuo sperimenta una forte tensione psichica generata dall'incapacità di fare una giusta scelta. Le varie opportunità di scelta hanno la stessa importanza nella decisione ed il paziente vive una struggente indecisione. Il dubbio patologico è collegabile ai disturbi d'ansia e ossessivo-compulsivi. Gli individui con disturbo ossessivo compulsivo mostrano un'elevata intolleranza all'incertezza, ma solo quando le probabilità di un risultato positivo della scelta è incerto (Pushkarskaya et al, 2015). L'incertezza, d'altronde, è una parte inevitabile della vita, ma gestirla in modo sano è essenziale per il benessere mentale. Esaminare come la certezza, l'incertezza e il dubbio interagiscono è molto importante per comprendere la psicologia umana. Un sano dubbio è uno stimolo necessario alla conoscenza. Ci spinge alla ricerca della verifica e delle possibilità alternative alla prima scelta. Quando siamo eccessivamente sicuri e non ci facciamo prendere da alcun dubbio è molto facile che possiamo peccare di presunzione ed avere un atteggiamento superficiale. Una eccessiva certezza, se da una parte fortifica lo stato d'animo, dall'altra potrebbe riservare delle amare sorprese. Di contro, il dubitare eccessivamente ci impedisce di fare una scelta, per la continua ricerca della scelta migliore. Nel tentativo di trovare un migliore opportunità di scelta, la persona si blocca senza giungere ad una definitiva decisione. Così come nella famosa storiella dell'asino e del fieno da mangiare. «C'era una volta un asino nella sua stalla al quale, un giorno, gli vennero portate per il suo pasto due quantità di fieno uguali. L'asino era tentato nello stesso modo dai due mucchi di fieno e, non riuscendo a decidere quale dei due fosse il migliore, morì di fame, per



timore di fare una scelta». Il dubbio patologico si basa sul presupposto che prima di agire bisogna trovare la giusta decisione. È una forma di disturbo ossessivo, studiata dal Centro di Terapia Strategica di Arezzo. Esso consiste nel tentativo di trovare risposte logiche, giuste e rassicuranti a dubbi irragionevoli. Le persone si pongono domande che non hanno un'unica risposta corretta o dubbi irrisolvibili. I pazienti cercando risposte razionali alle loro domande si arrovellano la mente. Altre volte cercano di allontanare il pensiero, senza riuscirci e l'azione rafforza l'ossessività. Il tutto è legato alla

sensazione di non essere mai all'altezza della situazione e i pazienti sono divorati dall'ansia (Nardone & De Sanctis, 2011). Per una mente sana, è fondamentale trovare un equilibrio tra la ricerca di certezza e la capacità di affrontare l'incertezza, tollerando la sua esistenza nel quotidiano. Non si può essere sempre sicuri nel governare le cose. Ma dobbiamo riporre fiducia in noi stessi e nelle nostre capacità di risoluzione dei problemi, anche se non prevedibili. Bisogna aumentare l'autostima ed avere pensieri positivi per non farsi influenzare negativamente dall'incerto. L'incertezza della

scelta, però, potrebbe anche essere positiva, proprio perché il risultato è incerto. Ovviamente l'umore di chi è indeciso può influenzare enormemente le scelte e se la persona è depressa probabilmente non arriveranno risultati positivi. Pertanto è necessario correggere la modalità di approccio alla scelta aggiungendo una buona dose di pensiero positivo. Poi, se il dubbio permane e diventa patologico, potrebbe indurre a dei risvolti dell'umore tendenti alla depressione, se è prolungato nel tempo. Semplici suggerimenti, come la pratica della consapevolezza dei propri limiti e lo sviluppo della fles-



sibilità mentale, emergono come alleati preziosi nella gestione di questi delicati equilibri.

Soprattutto come si nota in Girogio Nardone, in merito al dubbio patologico, non ci sono risposte logiche a domande irrazionali (Nardone & De Sanctis, 2011). La certezza, l'incertezza e il dubbio sono tre sfaccettature cruciali della nostra vita psicologica. Capire come queste influenzano la nostra mente ci offre la possibilità di coltivare una salute mentale più robusta.

La chiave è trovare un equilibrio efficace, come un funambolo sul filo della certezza e dell'incertezza, sen-

za cadere nella trappola del dubbio patologico.

Bibliografia

1. Nardone, G., De Santis, G. (2011), "Cogito ergo soffro. Quando pensare troppo fa male", Ponte alle Grazie, Milano
2. Pathak S, Dewangan RL, Mohanty SN. "Decision Making Under Uncertainty and Problem Solving". 2021. In book: Decision Making and Problem Solving DOI:10.1007/978-3-030-66869-3_1
3. Pushkarskaya H, Tolin D, Ruderman L, Kirshenbaum A, MacLaren Kelly J, Pittenger C, Levy I (2015) "Decision-making under uncertainty in obsessive-compulsive disorder". J Psychiatr Res. 2015 Oct; 69:166-73. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.08.011
4. Wu Q, Vanerum M, Christiansen A, Vandennabeele F, Rigo JM, Janssen R. (2021). "Cer-

tainity-Based Marking on Multiple-Choice Items: Psychometrics Meets Decision Theory". Psychometrika 2021 Jun;86(2):518-543. DOI: 10.1007/s11336-021-09759-0

5. UNIMIB.it. "Rischio e incertezza". pdf e-learning. Lezione del 5 novembre 2019 https://elearning.unimib.it/pluginfile.php/680473/mod_resource/content/1/rischio%20e%20incertezza.pdf

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale



Foto: Envato Elements

Indice

MACRO AREE: CONOSCERE E CURARE SOCIETÀ

ARTE E CULTURA RUBRICHE

10	Walter Di Munzio <i>Scenario futuro e nuove depressioni</i>		
12	Maria Efisia Meloni <i>La vita dello studente nell'era dell'incertezza</i>	42	Patrizia Amici <i>Iperconnessione social, FOMO e depressione</i>
14	Barbara Solomita <i>Riserva cognitiva e depressione</i>	44	Donatella Costa <i>Tempi di incertezza e malattia oncologica</i>
16	Maria Rosaria Juli <i>Lo psicologo scolastico e la prevenzione della depressione a scuola</i>	46	Wilma di Napoli <i>Salute mentale e violenza di genere. Una sfida sociale in tempi di incertezza</i>
18	Enza Maierà <i>Socializzazione: antidoto alla depressione e al declino cognitivo dell'anziano</i>	49	Immacolata d'Errico <i>The Hours, Le Ore. La depressione in tre volti</i>
20	Giuseppe Tavormina <i>Episodi convulsivi e disturbi dell'umore</i>	52	Immacolata d'Errico <i>Mi vedete? La depressione giovanile di Dafne</i>
22	Antonella Vacca <i>La solastalgia: una nuova forma di disagio psicologico</i>	54	Immacolata d'Errico <i>Estate 1993, elaborazione del lutto della piccola Frida</i>
26	Antonio Poddighe <i>Litio: l'ultima grande rivoluzione nella terapia psichiatrica</i>	56	Antonella Litta <i>Fedez: non sottovalutate la malattia mentale</i>
28	Romina Tavormina <i>Facciamo amicizia con Miss Incertezza</i>	58	Heinz Katschnig <i>Orfeo e il dolore contagioso e freddo</i>
32	Maurilio Tavormina <i>Canto-terapia e depressione</i>	62	Dominique Tavormina <i>I bambini e la guerra</i>
34	Francesco Cervone <i>L'incertezza della vita</i>	64	Maurilio Tavormina <i>La depressione nell'antica Mesopotamia</i>
36	Maria Vincenza Minò <i>Overkilling e depressione: quando la violenza è l'unica soluzione</i>	66	Carla Gatto <i>Cara amica ansia, vivo nella mia pazzia e me ne vanto!</i>
38	Antonella Litta <i>Arte e bellezza come cura della depressione</i>	68	Giovanni D'Amiano <i>Infanzia grama e depressione</i>
40	Giuseppe Tavormina <i>Tempi di incertezza e depressione. La Giornata Europea sulla Depressione 2023</i>	70	Wilma di Napoli <i>Auto Mutuo Aiuto per sopravvissuti. Continuare a vivere dopo un lutto per suicidio</i>

Scenario futuro e nuove depressioni

/ Walter Di Munzio/

Gli esiti post pandemici, i danni psicologici causati da due sanguinose guerre e i possibili danni prodotti dalla Intelligenza Artificiale possono costituire uno scenario patologico per l'umanità e nuove forme di depressione.

Quali e quante malattie mentali e, soprattutto, quali forme di depressione dovremo, in futuro, affrontare dopo aver vissuto due guerre, una lunga pandemia e l'inarrestabile sviluppo della AI? Proviamo ad elencare gli esiti scientificamente documentati nei primi due scenari, mentre per il terzo scenario descriviamo le suggestioni fantascientifiche che ancora prevalgono. Disegniamo di seguito il possibile scenario patogeno di depressione (Di Munzio, 2023.1, 2023.2). Dopo la pandemia, evento ancora non completamente alle spalle, abbiamo registrato moltissimi casi di disturbi ansiosi e depressivi. Probabilmente causati dai lunghi periodi di confinamento e dal conseguente ridimensionamento dei rapporti interumani. Tutto ciò ha causato episodi esplosivi di violenza, ha strutturato sentimenti di diffidenza nel contatto con altre persone, viste spesso come fonte di possibile contagio. Questa chiusura ha portato ad un ridimensionamento dei rapporti sociali e nei più giovani ha indotto un innaturale isolamento, impedendo loro di partecipare ai consueti eventi comunitari, musicali, o di semplice aggregazione e persino culturali. Queste limitazioni hanno

causato un incremento dell'aggressività e una spinta ad aggregarsi in bande giovanili molto più rassicuranti per i singoli, ma spesso anche violente. Numerosi studi di comunità sono stati avviati durante e dopo la pandemia. Essi hanno prodotto dati che hanno indicato un aumento del disturbo post traumatico da stress, di disturbi dell'adattamento e, più genericamente, di patologie di ambito psicologico e psichiatrico. Ma il dato che ci sembra più preoccupante è che si è verificato un significativo incremento delle depressioni e degli esordi. Parliamo di psicopatologie gravi, generalmente preesistenti e sotto soglia, ma confinate precedentemente a semplici disturbi del comportamento. Essi di sovente erano letti superficialmente solo come cattivo carattere, pertanto accettati e tollerati dalle comunità familiari e di riferimento. Tutti questi disturbi hanno comportato lo strutturarsi di stati depressivi e un forte senso di inadeguatezza che a sua volta ha comportato una ricaduta sul livello individuale di autostima (Tiraboschi 2022). Soprattutto se queste guerre si combattono, come sta accadendo, nei pressi del nostro paese e tra popolazioni a noi molto simili per

razza, colore della pelle e cultura. Le guerre che invece si combattono lontano, in altri continenti, ci inquietano meno. Esse fanno erroneamente pensare a tutti noi di non essere esposti agli stessi rischi o di appartenere ad un popolo incapace di commettere simili atrocità. Se aggiungiamo che la nostra memoria collettiva è molto labile e di breve durata, questo fatto ci ha già consentito di autoassolverci dagli orrori del recente nazismo e fascismo. Per questo motivo rimuoviamo le stragi consumate in Ruanda o il genocidio di intere popolazioni, perpetrato in Africa ai danni delle popolazioni Tutsi e Hutu. Eppure, si è trattato di stragi perpetrate senza alcuna pietà e causate da contrapposizioni economiche e sociali di diversa etnia. Tipica appunto quella citata tra i Tutsi, dediti all'allevamento, e gli Hutu dediti all'agricoltura. Ma il mondo se ne è tenuto distante e li ha sempre lasciati massacrare senza muovere un dito, considerando sostanzialmente quei popoli «come selvaggi». Si capiva pertanto che risolvessero con le armi i loro conflitti interni. Probabilmente questo anche perché i loro paesi non sono né produttori di gas o di petrolio, né fornitori di preziose materie prime, necessarie alla produzione industriale. Questa considerazione ha causato inconsci sensi di colpa e numerosi sintomi depressivi, connessi alla difficoltà di identificare le cause del disagio vissuto. Il recente tumultuoso incremento nell'uso della intelligenza artificiale nella produzione industriale, ma anche nella vita ordinaria ha prodotto e produrrà una serie di disturbi depressivi. Essi possono peggiorare il nostro stile di vita e aprire scenari nuovi e imprevedibili, anche perché causati dalla massiccia perdita di posti di lavoro. Ciò comporta il dover ridefinire sia le modalità della produzione in generale, che il ruolo dei singoli lavoratori nell'ambito della filiera delle attuali produzioni. Il fenomeno illustrato nel terzo scenario era stato già a suo tempo denunciato da Geoffrey Hinton, uno dei fondatori e tra i più prestigiosi ri-



cercatori di Google. Egli clamorosamente aveva denunciato i rischi della AI per l'intera umanità e affermato che in futuro l' AI produrrà profondi cambiamenti nella organizzazione della nostra vita. È chiaro che il sintomo prevalente sarà quello depressivo, causato dalla perdita del lavoro e del proprio ruolo sociale. A questa condizione depressiva potrà seguire una forma di chiusura in sé stessi, in grado di generare persino una riduzione delle proprie difese personali. In esse sono incluse quelle immunitarie con il conseguente sviluppo di patologie silenti. Ciò significherà perdere la dimensione dei propri obiettivi esistenziali, il ruolo sociale e l'autostima. Un uomo privato del proprio lavoro può smarrire il senso della vita proprio come accade in coloro che, essendo molto impegnati nel lavoro per una lunga fase della loro esistenza, andando in pensione, realizzano la perdita di un ruolo attivo. Si rischia a questo punto, senza nuovi obiettivi da perseguire, di perdere oltre il rispetto sociale anche la stima in sé stessi. Ciò produce anche un profondo e non facilmente comprensibile stato depressivo. Allora si porrà un nuovo problema, solo apparentemente paradossale. Quello di come riorganizzare una società che non ha più bisogno di lavoro umano. Si dovrà allora pensare a nuove

forme di lavoro e alla vita dei singoli cittadini nell'ambito di questa nuova società. Saremo forse obbligati a ricorrere a nuove forme di sussidi o, se volete, di assistenza di massa. Misure che potrebbero rivelarsi indispensabili al verificarsi della condizione di una società capace di produrre con meno addetti una ricchezza superiore a quella attuale. L'attenzione si sposta allora sul non generare un esercito di disoccupati, che potrebbero diventare socialmente pericolosi e potenzialmente aggressivi. Un obiettivo potrebbe diventare quello di istituire, attingendo dalla ricchezza comunque prodotta, un salario minimo esigibile da tutti. Ma anche incrementare le retribuzioni per quei pochi lavori non delegabili alle macchine, come la banale gestione di un call center o di un centro di assistenza all'utenza. Rimarranno in piedi, conservando funzioni e ruoli, solo gli addetti alle professioni sanitarie, che adempiono ad attività non surrogabili dalla AI. Proprio perché esse necessitano di presenza umana, anche se supportata dalle stesse macchine. Si pensi agli interventi chirurgici a basso impatto, come quelli in endoscopia o laparoscopia. Ma soprattutto le macchine consentiranno un'accelerazione senza precedenti della ricerca scientifica e delle attività di addestramento e formazione

del personale. Cambieranno allora gli obiettivi di vita e le priorità, e ci sarà bisogno di nuove competenze professionali per i futuri manager. Esse saranno tali da consentire loro di operare con efficacia nell'ambito della organizzazione del lavoro (Catarozzo, 2022).

Tutto ciò potrà forse coesistere con l'umanità, se questa non dovesse diventare un pericolo per la sopravvivenza del pianeta ... e delle stesse macchine.

Bibliografia

1. Catarozzo M.A. 2022. Big Quit, Great Resignation, Quiet Quitting, serie di podcast dedicata al "Capitale Umano", a cura di IPSOA, Milano: Episodi 1-2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 e16. Cultura manageriale in azienda, le soft skills conquistano le PMI
2. Di Munzio W. 2023.1. Nuove malattie nel mondo che verrà, "Le ore di Cronache", Salerno.
3. Di Munzio W. 2023.2. Nuove malattie mentali, "Voce delle voci. Controstorie d'Italia", Napoli.
4. Tiraboschi M. 2022. Nuovi modelli della organizzazione del lavoro e nuovi rischi, Ed. Feltrinelli, Milano.

Foto: Envato Elements



Walter di Munzio

*Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico*

La vita dello studente nell'era dell'incertezza

/ Maria Efisia Meloni /

Lo studente nella scelta di un Istituto Superiore segna nella sua vita un importante cambiamento. Questa scelta rappresenta una prima evoluzione, talvolta emerge da un conflitto emotivo. È importante in quanto inizia il progetto del futuro, che si consoliderà nell'età adulta. Quanta emozione! Talvolta prevale, nello studente la paura nell'incertezza della scelta.

Molteplici sono le incertezze che impattano su tutti, in particolare sull'adolescente studente. Il conflitto di Gaza sicuramente con l'incertezza della guerra così vicino a noi non solo in senso affettivo ma anche geografico, lo ha incrementato. Le immagini impregnate di tristezza, un'emozione che prevale rispetto ad una società che vive nei dogmi dell'abbondanza. Invece durante il conflitto di guerre negli ultimi mesi a Gaza oltre in Ucraina, si assiste ad un assalto alle riserve di cibo, senza pensare alle conseguenze. Lo studente durante l'adolescenza subisce una crisi, un periodo fondamentale, con la trasformazione del proprio corpo, la fuoriuscita dalla famiglia e l'impatto con la scuola. E, soprattutto si sviluppano i primi rapporti di gruppo o amicali. Un ruolo determinante è svolto dal significato di un emozione, come si manifesta, la sua funzione adattiva principale, quando la si perde, si accompagna al dolore psichico, alla frustrazione, alla rabbia. Purtroppo, nell'identificazione

all'interno di un gruppo, se questo non è quello «sano», sussegue una serie di azioni con dinamiche distorte, nocive, distruttive. Un periodo storico di incertezza per le guerre, incertezze economiche e forse anche di sentimenti, dove prevale la violenza. Un'emozione può essere espressa nell'arte, come fece Van Gogh e tanti altri artisti, anche nei luoghi di cura come il manicomio di Saint-Remy, o di Arles dove venne internato più volte. I bellissimi alberi e il meraviglioso giardino dove vengono dipinti magistralmente dal pittore nel XIX secolo. I manicomi furono istituiti in Italia già nel XV secolo. Il primo fu P. Pinel, che tolse i pazienti psichiatrici dalle prigioni, regolati successivamente da una legge nel 1904. E, aboliti con la legge di Franco Basaglia nel 1978. Purtroppo in tante città, come a Cagliari vi erano ancora ricoverati i pazienti fino al marzo del 1998. Sorge in quel luogo tutt'ora un cosiddetto polmone verde del capoluogo Sardo, il parco di Monte Claro, un

meraviglioso viale di lecci, laghetti e variegata vegetazione (Mascia, 2019). Il giardinaggio inteso come cura sia nell'ansia, che nella depressione, come comunicato dagli studenti dell'Istituto di Agraria di Olbia durante il corso al Museo Archeologico: il 24 ottobre della Giornata Europea della depressione. Per questi ultimi «prendersi cura delle piante» è già un'attività creativa che influenza lo stato d'animo. Uno studente dell'Istituto Ipia propone: «far volar via la tristezza come una farfalla». Altri importanti contenuti su tristezza, malinconia, odio, ma soprattutto sulla intelligenza emotiva sono stati espressi dagli studenti del Liceo A. Mossa di Olbia, oltre a quelli dell'Istituto Ipia. Il corso si è concluso con una vivace discussione tra studenti ed insegnanti sui contenuti trattati. Emerge in questo periodo storico una maggiore fragilità, nel nostro pianeta immerso nella globalizzazione, che però mostra maggiormente gli aspetti negativi (Rudas, 2005). Questa vulnerabilità si manifesta con maggior incidenza nei disturbi dell'umore, dell'alimentazione e disturbi d'ansia. La scelta di un corretto stile di vita sicuramente è influenzata dal rispetto della natura, intesa come piante, vegetazione, laghi e mare. È fondamentale attivarsi nello sport, anche con le semplici passeggiate nei parchi, nelle campagne, su rive e spiagge. La globalizzazione, e la stessa rivoluzione del lavoro indotta in parte anche dalla pandemia, ci ha resi coscienti della nostra vulnerabilità. Cosa ci aspetta riguardo all'emozione, all'espressione del viso che con l'intelligenza artificiale (Amato, 2021) si pensa di poter leggere i nostri pensieri o sentimenti? Con diversi strumenti dell'intelligenza artificiale a tutt'oggi utilizzati, sia nel lavoro, che in alcune scuole, in Cina si cerca di capire il livello di concentrazione, lo stress e le emozioni. Sicuramente l'intelligenza artificiale origina già partendo dal britannico Alan Turing dal 1930 e il 1950. È il matematico considerato il pa-



dre delle teorie del calcolo (Longo, 2009), e poi dei computer negli anni sessanta, e, con massima diffusione dal 1969 agli anni ottanta. È fondamentale riconoscere in diversi ambiti anche scientifici e sanitari questa rivoluzione, ma un robot potrà avere le nostre emozioni? potrà mai autodeterminarsi? E, necessariamente dobbiamo considerare che la capacità di autodeterminarsi è propria della persona e non dei robot. Nell'era dell'incertezza dovuta alle guerre, alla crisi economica e ai valori morali, ci si dovrebbe orientare a godere delle cose semplici quotidiane. La globalizzazione, l'intelligenza

artificiale che ci ha migliorato la vita annullando i tempi e gli spazi, ci ha reso dipendenti delle nuove tecnologie. Lo studente che rappresenta la nuova generazione dovrebbe vivere più a contatto con la natura e i valori della collettività. Soprattutto nella speranza di realizzare nei progetti futuri il bene collettivo.

Bibliografia

1. Rudas N: Morire di ecstasy, estratto da Dentro la modernità. Identità, simboli, linguaggi, Tema, Cagliari 2005.
2. Amato S: MIND, Mente & Cervello: La rivoluzione del lavoro. Dopo un anno di smart working, come sono cambiate le nostre vite e che cosa resterà di questa esperienza?. N.195-Anno XIX-marzo

2022, pag. 68-75

Sitografia

3. Mascia G.: Villa Clara, il manicomio storico di Cagliari ieri e oggi. 15 maggio 2019. <https://cagliari.italiani.it>
4. Longo G, O: Il test di Turing, marzo 2009, <https://dis.org.>files>
5. Foto Envato Elements



Maria Efisia Meloni
Medico Psichiatra
Redattrice

Riserva cognitiva e depressione

/ Barbara Solomita /

Che cosa è la riserva cognitiva? Tutti ne abbiamo una. È un serbatoio che cresce nel corso della nostra vita attraverso un costante e adeguato allenamento mentale. Scoperta nelle demenze può avere un ruolo come fattore protettivo anche nella depressione.

La riserva cognitiva può essere descritta come la capacità del cervello di crescere e di trovare strade alternative in momenti di difficoltà (Pettigrew C, Soldan A, 2019). È un serbatoio, un recipiente, un luogo da cui attingere nuove risorse e nuove energie mentali quando tendono a finire. È un serbatoio che si riempie di competenze, di informazioni e di abilità. Attraverso la riserva cognitiva il cervello utilizza strade alternative per cercare di portare a termine nel miglior modo possibile un compito che si è prefissato. È, pertanto, una risorsa aggiuntiva del nostro cervello che ci consente di affrontare nuove sfide e attività. Ognuno di noi ha una riserva cognitiva che costruisce durante la propria vita (Pucci et al., 2023). La realizzazione della riserva cognitiva avviene mediante una lenta ma costante costruzione. Gli ingredienti che la compongono sono le attività scolastiche, il lavoro, le relazioni sociali. Sono determinanti anche le attività ludiche e culturali. Queste attività stimolano le funzioni del cervello. Lo aiutano a crescere e a sviluppare nuove connessioni tra le proprie cel-

lule nervose (Clare L et al., 2017). Sono stati individuati numerosi fattori che sono determinanti nella costruzione della riserva cognitiva. Oltre alla componente genetica sono importanti gli anni scolastici effettuati, la partecipazione ad attività ludiche o culturali, ad attività di volontariato. Anche la lettura, una moderata e costante attività sportiva, un'alimentazione equilibrata e l'attività lavorativa contribuiscono in maniera determinante alla costruzione e al mantenimento della riserva cognitiva. Il concetto di riserva cognitiva è nato dalla osservazione che ci può essere una discrepanza tra i danni nel cervello e il grado di deficit delle funzioni cognitive negli individui. Alcuni ricercatori fecero, infatti, una osservazione disorientante (Katzman et al., 1988). Questi studiosi analizzarono il cervello di persone anziane affette da Morbo di Alzheimer e di persone anziane sane dopo la loro morte. Trovarono che nel cervello delle persone che non avevano alterazioni cognitive c'erano le stesse alterazioni delle persone malate. L'osservazione più sorprendente è stata che queste persone ave-

vano un numero maggiore di anni scolastici e di lavoro e che svolgevano numerose attività sociali. Insomma, gli anziani con una maggiore riserva cognitiva non presentavano in vita i sintomi della demenza. La riserva cognitiva suggerisce che il cervello tenta di compensare attivamente i danni cerebrali. Utilizza modelli cognitivi già preesistenti (ad es., memoria, attenzione, etc.) o si avvale di nuovi modelli di compensazione. Esiste uno strumento molto efficace che si chiama CRIq (Cognitive Reserve Index questionnaire) che misura l'Indice di Riserva Cognitiva (CRI). Tale questionario raccoglie informazioni relative alla vita dell'individuo.

Esso calcola la frequenza in cui è stata esercitata una certa attività svolta in tre principali aree: numero di anni di scuola frequentati, tipo di professione e durata dell'impiego, attività extra-lavorative (Nucci M et al., 2012). Dall'insieme di queste informazioni si ottiene un punteggio che indica il livello di riserva cognitiva raggiunto da ognuno di noi. Più alto è il punteggio maggiore è la nostra riserva cognitiva. La riserva cognitiva è stata studiata soprattutto nelle demenze (Mondini S et al., 2016). Negli ultimi anni, tuttavia, sempre più numerose sono le evidenze dell'importanza della riserva cognitiva nella depressione. Numerosi studi hanno trovato una stretta associazione tra depressione e aumento di demenza. La relazione tra depressione e demenza è complessa e ancora non ben compresa. Esistono numerosi punti di vista riguardo al modo in cui le due condizioni sono collegate e ai meccanismi neurobiologici in comune (Bennett S et al., 2014). La riserva cognitiva potrebbe avere un ruolo in questa associazione? I risultati della ricerca scientifica sono contrastanti sebbene alcuni studi la confermino (Szepietowska EM, 2019). Anche nei pazienti con tendenza alla depressione un costante esercizio fisico e mentale, un incremento delle attività possono ridurre il rischio di sviluppare la depressione. Le perso-



ne con una maggiore riserva cognitiva sono in grado di resistere a eventi di vita inaspettati. Sono capaci di fronteggiare al meglio lo stress e gli eventi negativi della propria vita. Il cervello con una più elevata riserva cognitiva è capace di innescare immediatamente una marcia più alta per superare l'ostacolo. Una riserva cognitiva più elevata può ridurre il rischio di sviluppare una demenza o un disturbo depressivo.

La costruzione della riserva cognitiva necessita di un allenamento costante, un impegno continuo. È un lavoro faticoso ma darà ottimi risultati e una qualità di vita migliore. Il cervello va costantemente nutrito.

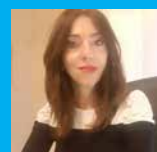
Consigli di lettura

1. Bennett S, Thomas AJ (2014). Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Mauritas*.
2. Clare L et al (2017). Potentially modifiable lifestyle factors, cognitive reserve and cognitive function in later life: A cross-sectional study. *PLoS Med*; 14(3): e 1002259.
3. Katzman R et al. Clinical Pathological and neurochemical changes in dementia: a subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. *Annals of Neurology* 1988;23:138-144
4. Mondini S et al (2016) Cognitive Reserve in Dementia: Implications for Cognitive Training. *Front Aging Neurosci* 2016;8:84
5. Nucci M, Mapelli D, Mondini S (2012). The Cognitive Questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring the cognitive reserve. *Aging clinical and experimental research*, 24,218-126
6. Pettigrew C Soldan A (2019). Defining Cogni-

ve Reserve and Implications for Cognitive Aging, 9,19(1):1

7. Pucci V et al (2023) How long have your exercised in your life? The effect of motor reserve and current physical activity on cognitive performance. *J Int Neuropsychol Soc*, 1,4

Foto: Envato Elements



Barbara Solomita

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Lo psicologo scolastico e la prevenzione della depressione

/ Maria Rosaria Juli /

Lo psicologo scolastico favorisce la promozione del benessere nel contesto scuola ed attenziona segni e segnali depressivi.

Il Presidente del Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi Dottor David Lazzari, ha fatto emergere la necessità che i docenti a scuola non possono essere soli. Servono competenze non solo per sviluppare l'affettività e le relazioni sane, ma per fare della scuola un luogo che promuove crescita psicologica e benessere. Nella scuola italiana lo psicologo scolastico è la figura che lavora con le persone e i gruppi che afferiscono all'organismo scuola ed alla comunità. Il professionista è la sentinella che può intercettare le difficoltà e l'esordio del disagio psicologico cogliendo aspetti depressivi e ansiogeni. L'articolo 1 della legge del 18 Febbraio 1989 definisce la figura dello psicologo come professione che comprende strumenti conoscitivi di intervento e di prevenzione. Tuttavia allo stato attuale in Italia la scuola può avvalersi di uno psicologo scolastico attraverso accordi di collaborazione. I contratti possono riguardare la collaborazione con aziende sanitarie locali, con fondi d'Istituto e o Regioni e o Ministeriali. Questo indica che la figura dello psicologo scolastico non è una figura strutturata ed obbligato-

ria. L'esperienza della pandemia ci ha restituito un quadro allarmante in quanto a richieste di supporto nella scuola. Questo, ha permesso al professionista di interfacciarsi non solo con i ragazzi individuando segni depressivi e di disagio, ma anche con le famiglie e docenti. A livello europeo non esiste un modello unico sulla figura dello psicologo scolastico. I professionisti sono impiegati nelle scuole come parte integrante di tutto il sistema scuola. Secondo la ricerca "Chiedimi come sto", condotta da più associazioni del settore nel 2022 oltre il 90% ritiene utile un supporto psicologico (Unione Universitari, 2022). Il 35% non solo ritiene utile ma vorrebbe usufruirne con continuità. Inoltre sono richieste allo psicologo scolastico attività individuali, di gruppo e attività laboratoriali. Un ricerca multicentrica condotta negli anni 2020-2021 con una survey online che ha raccolto dati interessanti da 454 psicologi scolastici (Matteucci et al, 2022). Dalle interviste emerge che nelle scuole si interviene in modo differente ma trasversale, la difficoltà maggiore è che non vi è continuità di collaborazione. Infatti lo psicologo scolastico viene



rinnovato ogni anno da un bando ex novo. La continuità lavorativa permetterebbe al professionista di interfacciarsi con la rete del territorio per gestire casi di disagio psichico, di quadri depressivi, di stati ansiosi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel periodo post pandemico si è registrato un aumento di casi tra i giovani di disturbo depressivo. Infatti ogni anno colpisce circa 350 milioni di persone in tutto il mondo ed è la quarta causa del carico di tutte le malattie. Si prospetta che entro il 2030 tale disturbo potrebbe diventare la prima causa di disabilità e sofferenza di tutte le malattie (ISS, 2022). A tal proposito, secondo l'Istituto Superiore della Sanità è opportuno costruire un intervento sistematico con strategie finalizzate. L'Istituto sta lavorando alla costruzione di un network inter-istituzionale in cui afferisco-



no scuola, ambiti socio – sanitari e organizzazioni no profit. L'idea è quella di formare personale qualificato con competenze trasversali e complementari per fornire strumenti che favoriscono promozione del benessere e tutela della salute. A tal proposito la figura che meglio si identifica nel ruolo appena descritto sembra essere lo psicologo scolastico. Il compito principale dello psicologo scolastico è la prevenzione, considerata fondamentale nell'intercettare situazioni di rischio, aspetti depressivi, di ansia e di disturbi in generale. Generalmente gli inter-

venti proposti nell'ambito della psicologia scolastica possono essere: -Promozione del benessere psico-fisico di studenti e insegnanti. -Costruire un momento qualificante per la prevenzione del disagio evolutivo e dell'abbandono scolastico. -Favorire il processo di orientamento. -Favorire la cooperazione tra scuola e famiglie. -Costituire un'opportunità per realizzare le pari opportunità di istruzione. -Sportello di ascolto psicologico con colloqui individuali per ragazzi, insegnanti, e famiglie. -Orientamento scolastico. -Corsi formativi per genitori ed insegnanti

relativi a diverse tematiche di natura pedagogica-psicologica. -La prevenzione e l'individuazione precoce di disturbi che possono dar luogo a patologie come disturbi depressivi, alimentari, di ansia. Concludendo possiamo certamente affermare che lo psicologo scolastico è una figura di riferimento importante. Le scuole come comunità educative non possono fare a meno dell'esperto. La figura dello psicologo scolastico può contribuire notevolmente alla promozione del benessere psicologico strettamente correlato al successo scolastico.

Bibliografia

1. Bulgarelli D, Chiaruttini P., et al. Lo Psicologo scolastico, Cenni normative e buone prassi. Ordine degli Psicologi del Piemonte, 2022.
2. Consensus Conference sulle terapie Psicologiche per ansia e depression. Documento Finale. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2022.
3. Matteucci MC, Floris F, Soncini A, Truscott S, Università di Bologna e Università Ferrara, 2022

4. Meroni C, Velasco V, Confalonieri E, Olivari MG, Bovventore D - Chiedimi come sto, Gli studenti al tempo della pandemia. Università Bicocca di Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, OPL.2022.

Foto: Envato Elements



Maria Rosaria Juli

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Socializzazione: antidoto alla depressione e al declino cognitivo nell'anziano

/ Enza Maierà /

La socializzazione è un aspetto esistenziale fondamentale in tutte le fasce di età per gli esiti positivi sulla vita, il cervello, la mente degli individui. Essa è l'antidoto alla depressione e al declino cognitivo nell'anziano. Contribuisce a dare un senso alla vita e a far percepire anche il proprio valore esistenziale durante l'invecchiamento.

La socializzazione permette di preservare la propria identità e il proprio personale valore. Nel contesto sociale, l'anziano vive il presente ancorato ai suoi ricordi. Nel contempo si proietta nel futuro, senza avvertire alcuna discontinuità dolorosa con la percezione del cambiamento in atto. La causa del cambiamento è da ricercare nella concomitanza di altre situazioni associate all'invecchiamento. Si tratta di eventi sociali e vitali come il pensionamento, il declino della salute, la perdita di persone significative, condizioni socioeconomiche spesso precarie. Al contrario, l'isolamento è una presenza minacciosa che, soprattutto nell'anziano, crea una frattura esistenziale e gravi conseguenze psicofisiche. Ancora, l'isolamento influisce non solo sulle condizioni psicofisiche ma anche sulla qualità di vita e sulla longevità degli

anziani. Le interazioni sociali sono per l'anziano un efficace antidoto contro il declino cognitivo e i disturbi dell'umore come la depressione e l'ansia. Anche la socializzazione su internet procura notevoli benefici. Gli studi hanno evidenziato che un anziano su tre è affetto da disturbi mentali i cui sintomi sono affaticamento, difficoltà di concentrazione e attenzione, dimenticanze, ansia e irritabilità (Silva PAS et al. 2018). La depressione è spesso considerata come facente parte del naturale processo di invecchiamento e costituisce anche uno dei tre determinanti la compromissione della qualità di vita. Essa può portare ad una condizione di disabilità nello svolgimento della vita quotidiana (Silva PO, et al., 2019). La prevenzione nei confronti di un disturbo mentale, come la depressione maggiore o l'ansia generalizzata, si attua soprattutto

tramite il sostegno sociale attraverso le interazioni sociali. Per gli anziani, le reti di sostegno sociale contribuiscono a una buona salute mentale e fisica e favoriscono il ripristino dell'autonomia funzionale e sociale ((Rabelo et al., 2016). A differenza del sostegno, il distanziamento sociale procura senso di solitudine soggettiva che è particolarmente dannoso per gli anziani. Il percorso solitudine – depressione – declino cognitivo è spesso inesorabile. Da qui emerge l'importanza di favorire le interazioni sociali e la socializzazione per contenere e prevenire il rischio della marginalizzazione. Questa, tra le altre, escluderebbe dal tessuto sociale una risorsa che funge da collante intergenerazionale in quanto depositaria della sua memoria storica e apertura al futuro. L'aumento della longevità e della qualità di vita, nell'anziano, sono determinate da fattori economici, sociali, culturali e ambientali e sono fortemente condizionate dallo stato di salute fisica e mentale (Bezzerra et al., 2021). In merito, alcuni studi hanno evidenziato una correlazione significativa tra isolamento sociale e declino cognitivo (Yu B et al., 2020). Un ulteriore recente studio (Read et al., 2020) che ha indagato l'associazione tra l'isolamento sociale e il declino della memoria negli adulti maturi e negli anziani, ha rilevato un calo della memoria con l'aumento del ritiro sociale. Il declino delle capacità intellettuali può limitare importanti funzioni cognitive come la parola, il linguaggio, il ragionamento logico, il pensiero critico e la memoria. Anche i disturbi mentali e la depressione costituiscono importanti fattori di rischio verso il declino cognitivo (Torqueti AX et al., 2018). Altri studi hanno confermato che l'isolamento sociale è un fattore di rischio per la salute cognitiva, le malattie mentali, soprattutto l'ansia e la depressione, le malattie fisiche e croniche e non ultimo la mortalità ((Romero et al., 2021). In sintesi è ampiamente documentato che vi è un'associazione tra il distanziamento sociale, il declino cognitivo, e i disturbi depressivi. Questi fattori

interagiscono e si influenzano a vicenda e a risentirne è la qualità di vita. A favorire il distanziamento sociale, oltre a fattori esterni come le caratteristiche sociali, economiche e demografiche, possono intervenire fattori interni come le condizioni fisiche, mentali e di salute. La terza età può essere accompagnata da un allontanamento dalla vita sociale, ma questo evento non va considerato inevitabile perché si devono creare le condizioni perché ciò non avvenga. Rimanere socialmente impegnati, anche in attività più limitate e meno impegnative, è una condizione favorevole al benessere psicofisico e sociale dell'anziano. Gli studi in merito dimostrano che le interazioni non devono svolgersi necessariamente con una relazione a lungo termine. Né sono da riferirsi alla quantità di amici che si hanno. I ricercatori utilizzano termini di interazioni positive quelle associate al rilascio di un mediatore chimico chiamato dopamina, e di interazioni negative. Queste sono associate al rilascio dei glucocorticoidi o ormoni dello stress. Ma sono le interazioni positive, con poche o molte persone, durature o momentanee, a produrre i benefici. L'effetto positivo delle relazioni sociali si evidenzia in diverse parti del cervello. Una zona, costituita dai Lobi Frontali, è localizzata in una zona cerebrale posta dietro agli occhi. Questa zona ha sviluppato la capacità, di riconoscere gli stati mentali delle altre persone, soprattutto le motivazioni e le intenzioni. Questa abilità è definita mentalizzazione o teoria della mente. Queste abilità sono fondamentali per instaurare e mantenere le relazioni sociali. Questa zona presenta altre due funzioni



importanti. Aiutano a prevedere le conseguenze delle nostre azioni impedendoci di avere comportamenti socialmente inappropriati e a prendere decisioni importanti. La socializzazione e l'aumento dei rapporti interpersonali favorisce anche lo sviluppo dell'Amigdala. Si tratta di una piccola struttura cerebrale situata dietro ciascun orecchio che è deputata a elaborare le nostre emozioni, essa aumenta con l'intensificazione dei rapporti sociali. Un'ultima curiosità è che l'attività sociale influenza una regione cerebrale che si chiama Corteccia Entorinale, che si trova all'altezza dei lobi temporali. Essa è deputata a rievocare molti tipi di ricordi tra cui quelli per noi più importanti. Si è anche visto che le interazioni tramite internet e quelle vis-à-vis influenzano particolarmente l'amigdala. Mentre i lobi frontali e la corteccia entorinale si sviluppano solo con le interazioni in carne e ossa! Non tutte le interazioni si equivalgono! In altri termini è importante che le relazioni siano positive e quindi diventano salutari. Gli studi hanno evidenziato che nel-

la socializzazione non è la quantità delle interazioni a giovare ma la loro qualità a livello individuale.

Analogamente si è riscontrato che è di grande beneficio avere più rapporti intergenerazionali. Questo è rilevante per le persone anziane. Sono soprattutto i rapporti coi bambini e gli adolescenti che riducono lo stress, l'ansia e la depressione. Ci sono diverse ragioni che influiscono su questi benefici. La possibilità di avere numerosi confronti compresi quelli intergenerazionali amplia i punti di vista e accresce e diversifica le opinioni. Migliora la qualità del processo decisionale che nasce proprio dall'acquisire il punto di vista dell'altro. Inoltre, i benefici delle amicizie intergenerazionali si ripercuotono positivamente anche sulla vita dei giovani. In questo processo, che non è per nulla automatico, vengono attivate diverse aree cerebrali che sono fondamentali a mantenere viva l'attenzione, la memoria, la pianificazione della vita, a sentirsi motivati e felici, ad entrare in empatia con gli altri e non ultimo a continuare a sentirsi utili, ed efficienti.

Bibliografia

1. Bezerra PA, et al., Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa, 2021, DOI: 10.37689/acta.ape/2021ARO2661
2. Yu B, Steptoe A, Chen Y, Jia X, Social isolation, rather than loneliness, is associated with cognitive decline in older adults: the China Health and Retirement Longitudinal Study, 2020, DOI: 10.1017/S0033291720001014
3. Rabelo Df, Neri, in Velhices: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar, 2016
4. Read S, et al. Social Isolation and Memory Decline in Later-life, 2020, Grundy E, DOI: 10.1093/geronb/gbz152
5. Romero DE, et al. Older adults in the context of the Covid-19 pandemic in Brazil: effects on health, income and

work, 2021, DOI: 10.1590/0102-311X00216620

6. Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA, Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil, 2018, DOI: 10.1590/1413-81232018232.12852016
7. Silva PO, Anguiar BM, Vieira, MA, Costa FM, Carneiro JA, Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência, 2019, DOI: 10.1590/1981-22562019022.190088
8. Gabriela dos Santos, Thais Bento Lima-Silva, Social distancing, emotional suffering, and cognitive performance in mature and older adults: a literature review 2023, DOI: 10.1590/1980-5764-DN-2022-0032
9. Torqueti AX, Soares E., Declínio cognitivo, depressão e fragilidade em idosos: incidência e relações, 2018,



Enza Maierà
Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Episodi convulsivi e disturbi dell'umore: vi è una connessione?

/ Giuseppe Tavormina /

Gli episodi convulsivi tonico-clonici sono solitamente collegati ad una malattia epilettica. Tuttavia vi è stato uno studio in cui sono stati descritti alcuni casi clinici di stati misti bipolari che hanno presentato episodi convulsivi.

Gli episodi convulsivi tonico-clonici sono solitamente collegati ad una malattia epilettica. Tuttavia una diagnosi di epilessia richiede alcune importanti evidenze per essere definita tale. Vi è stato uno studio in cui sono stati descritti alcuni casi di pazienti con stati misti bipolari che hanno presentato episodi convulsivi totali o parziali. Tali episodi vengono definiti "Episodi convulsivi non epilettici" (cioè PNES: "Psychogenic non epileptic seizures"), e sono manifestazioni degli stati misti bipolari.

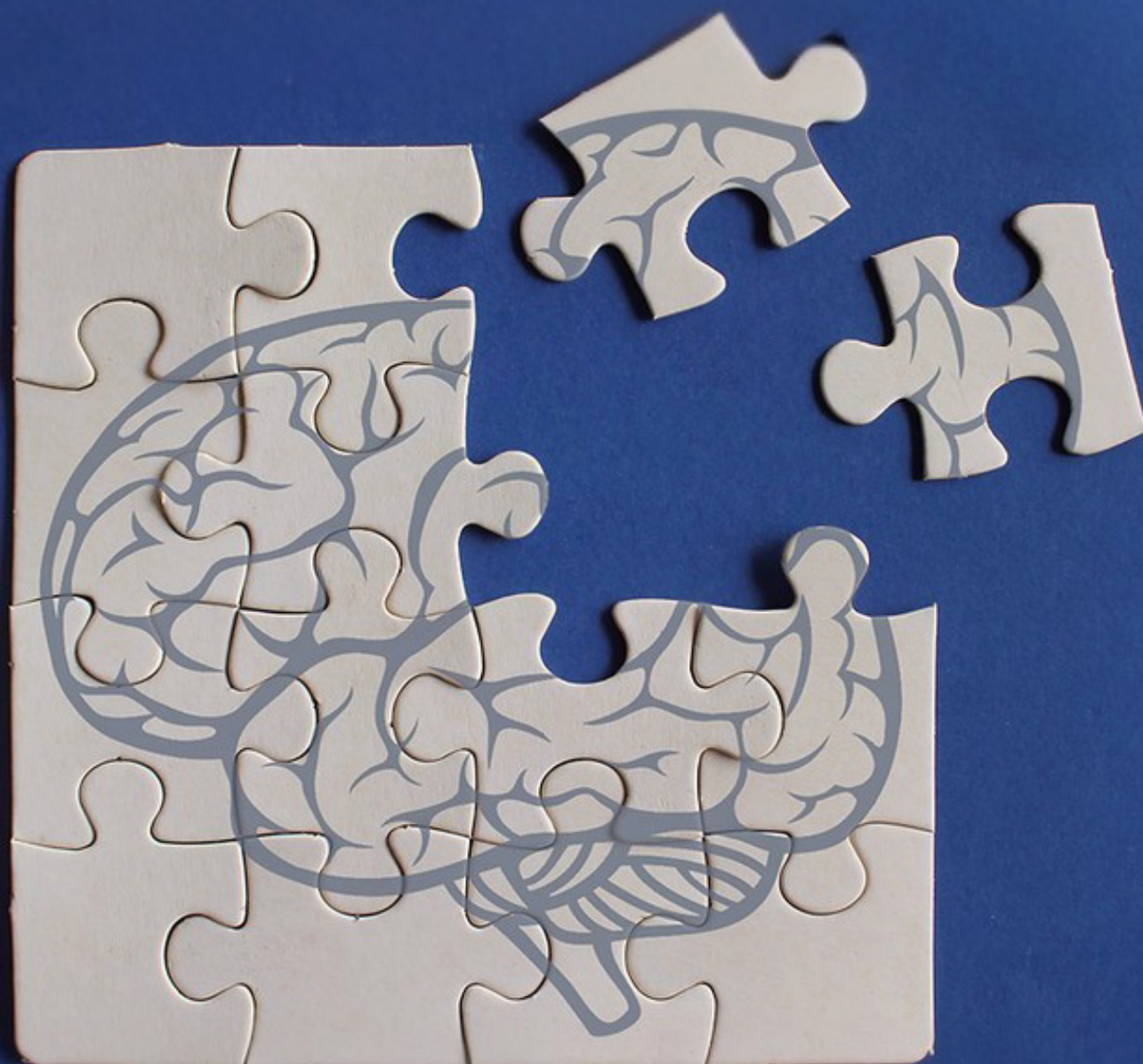
Gli episodi convulsivi tonico-clonici ricollegano ad una diagnosi di epilessia, ma una diagnosi di epilessia necessita anche di altre evidenze prima di essere definita tale. Vale a dire: tipiche anomalie all'EEG; frequenza, periodicità e intensità degli episodi convulsivi; eventuale positività ad esami strumentali quali RM o TAC. Inoltre, è necessario che entrino nei parametri definiti dalla Lega Internazionale contro l'Epilessia (Fisher et al, 2017). Soprattutto, inoltre, non sono presenti nei quadri epilettici i sintomi tipici degli stati misti dell'umore. Essi sono: inquietudine e agitazione interna, tensione muscolare, iperattività dei pensieri e

confusione, frequente apatia e irritabilità insieme a labilità emotiva. Inoltre, sono presenti comorbidità con sintomatologia ansiosa o di disturbi della condotta alimentare e sonno molto disturbato. Vi è stato uno studio in cui sono stati descritti casi clinici di pazienti con stati misti dello spettro bipolare che hanno presentato episodi convulsivi. Oltre a ciò, tuttavia, essi presentavano anche un corredo sintomatologico tipico degli stati misti bipolari (Tavormina, 2023). Una terapia con regolatori dell'umore ha consentito in questi pazienti una piena ripresa dell'umore con la scomparsa dei sintomi degli stati misti, nonché degli episodi convulsivi. La somministrazione della scala di valutazioni sugli stati misti (la "GT-MSRS") ha evidenziato in tutti un iniziale elevato livello di "mixity" prima dell'inizio delle cure. Questo mette in evidenza la fase di acuzie di questi quadri misti (Tavormina 2014, 2019). I seguenti sintomi, tipici degli stati misti bipolari, sono stati riscontrati nei pazienti in questo studio: notevole tensione, agitazione e inquietudine interne, frequente irritabilità e difficoltà nella concentra-

zione. Il sonno era molto disturbato ed era presente una lunga storia di somatizzazioni tensivo cefalalgiche e gastro-coliche. Infine si manifestavano periodiche (qualcuno occasionali) crisi convulsive con perdita di coscienza nei periodi di maggiore acuzie di tensione e agitazione interna. Inoltre, i tracciati elettroencefalografici non avevano mai mostrato evidenze di quadri epilettici, ma solo anomalie disritmiche aspecifiche. In questo studio sono stati descritti casi clinici con diagnosi di stato misto bipolare. Queste diagnosi sono state anche avvalorate dall'elevato punteggio ottenuto con la scala di valutazione "GT-MSRS". Tali diagnosi erano: "Depressione disforica" e "Depressione agitata". In alcuni pazienti può accadere che l'elevato livello di "mixity" talvolta porti anche alla presenza di episodi convulsivi tonico-clonici o parziali. Essi tuttavia non rientrano nelle diagnosi di epilessia: sono i cosiddetti PNES (Psychogenic Non-Epileptic Seizures, ovvero Episodi convulsivi non epilettici). La loro incidenza nella popolazione generale è piuttosto bassa.

Alcuni dati di letteratura peraltro tendono ad evidenziare come i PNES non abbiano una buona prognosi e anzi tendano nel tempo ad una cronicizzazione (Bodde et al, 2009).

Altri dati denotano che siano un'evidenza di quadri di disturbi dell'umore più gravi (Curt LaFrance et al, 2015). Dopo 6 mesi di terapia farmacologica con Carbamazepina, Valproato e Gabapentin insieme, questi pazienti hanno raggiunto un buon benessere generale con una piena stabilità timica. Tale stabilità, descrive lo studio, è stata mantenuta nel tempo nei controlli successivi. Questo studio ha sottolineato come il clinico possa anche trovarsi davanti a casi clinici con episodi convulsivi anomali. È importante, in tali episodi, che egli valuti la presenza di uno stato misto dello spettro bipolare (Tavormina 2023). In queste circostanze gli stabilizzatori dell'umore ne sono la terapia elettiva.



Bibliografia

1. Alexander r et al.-The neuroscience of positive emotions and affect: implications for cultivating happiness and wellbeing. Neurosci biobehav rev 2021;121:220-249.
2. Besika A. -An everlasting love: the relationship of happiness and meaning. Front psychol 2023; 14:1046503.
3. Darwin C. (1872) -L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali. Bollati borin-ghieri; 5° edizione, 2012

4. Dehghani A et al. -Probing fmri brain connectivity and activity changes during emotion regulation by eeg neurofeedback. Front hum neurosci 2023;16:988890.
5. Kringelbach ML & Berridge KC. -The neuroscience of happiness and pleasure. Soc res 2010; 77(2):659-678.
6. Suardi a et al. -The neural correlates of happiness: a review of pet and fmri studies using autobiographical recall methods. Cogn Affect Behav Neurosci 2016;16(3):383-92.

Foto: Envato Elements



Giuseppe Tavormina

*Medico Psichiatra
Caporedattore*

La solastalgia: una nuova forma di disagio psicologico

/ Antonella Vacca /

I cambiamenti repentini dell'ambiente, fenomeni climatici estremi, come tempeste, alluvioni o ondate di caldo, stanno generando senso di alienazione, malessere, depressione. A generare la solastalgia è la trasformazione dei luoghi che ci appartengono, non più riconoscibili agli occhi e alla memoria.

Solastalgia è un neologismo coniato per definire profondo e significativo il disagio psicologico causato dalle trasformazioni ambientali di questi ultimi anni. Il termine solastalgia è la combinazione della parola latina solacium (conforto) e della radice greca algia (dolore). È stato coniato nel 2005 dal filosofo australiano Glenn Albrecht (2005, *Philosophy Activism Nature*) e indica il sentimento di nostalgia che si prova per un luogo, nonostante vi si continui a risiedere. Questo particolare stato emotivo si manifesta quando il proprio ambiente viene alterato da mutamenti repentini che esulano dal nostro controllo. «È la malinconia che provi quando sei a casa e il tuo ambiente familiare sta cambiando intorno a te in modi che ritieni profondamente negativi», ha spiegato Albrecht. Il filosofo aveva specificamente ideato questo termine per descrivere gli effetti dannosi che il boom dell'estrazione del carbone aveva avuto sugli abitanti della Upper hunter valley, in Australia. Secondo il filosofo australiano, la solastalgia, genera stati d'animo si-

mili a quelli provati dalle persone deportate dalla propria terra. «Gli aborigeni australiani, i Navajo e qualsiasi popolazione indigena hanno provato questo senso di dolore e disorientamento dopo essere stati sfollati dalla loro terra», ha affermato Albrecht. Egli ha scoperto però che, questa patologia del luogo, non si è limitata ai nativi. Gli abitanti della Upper hunter valley erano infatti ansiosi, irrequieti, disperati, depressi, proprio come se fossero stati rimossi con la forza dalla valle, ma non era successo. Era invece la valle ad essere cambiata intorno a loro. La solastalgia non colpisce però solo le persone che vivono nei pressi di miniere, in aree colpite da fuoriuscite di petrolio o eventi climatici estremi. È una condizione globale, avvertita in misura maggiore o minore da persone diverse, in luoghi diversi, ma sempre più condivisa, dato l'inarrestabile degrado dell'ambiente. La correlazione tra la distruzione del mondo naturale e l'insorgere di problemi psichici, seppure sia un fenomeno relativamente recente, è già stata ampiamente indagata e

dimostrata dalla scienza. Nel 2017 l'American psychological association ha pubblicato il rapporto Salute mentale e il nostro clima che cambia: impatti, implicazioni e orientamento (Anna Kelly, 2017). L'obiettivo dell'associazione è stato proprio quello di attirare l'attenzione sui diversi impatti psicologici legati ai cambiamenti climatici. La solastalgia innesca un meccanismo di difesa passivo, fatto di fatalismo, paura e impotenza. Essa ci impedisce, sia a livello personale che collettivo di affrontare adeguatamente le cause dei cambiamenti climatici. Il termine solastalgia è stato ispirato al concetto di nostalgia. Tuttavia, ci sono differenze fondamentali tra questi due stati emotivi. La nostalgia descrive solitamente uno stato di tristezza o desiderio causato dall'essere lontani da casa. Al contrario la solastalgia, può descrivere l'esperienza di trauma cronico o di disperazione a





causa di cambiamenti negativi o dolorosi nell'ecosistema in cui si vive. Soprattutto a causa dell'impatto del cambiamento climatico. La solastalgia si riferisce ad eventi di cui non si ha il controllo. Pertanto non è possibile tornare a casa per ripristinare lo stato di benessere, perché è la casa stessa ad essere cambiata. Le persone esposte al cambiamento ambientale sperimentano effetti negativi esacerbati da un senso di impotenza o mancanza di controllo sul processo di cambiamento in atto. Da numerose ricerche si evidenzia che oggi in tutto il mondo si registra un aumento delle sindromi psicologiche causate da disagio ecosistemico. L'ambiente naturale infatti svolge un ruolo significativo nella costruzione delle nostre identità e nella nostra percezione del futuro. Quando un'area viene devastata da un disastro naturale, non solo le proprie case vengono completamente distrutte,

ma l'intera esistenza delle persone e delle loro comunità che vivono in quell'ambiente.

In queste situazioni le persone non solo hanno bisogno di ricostruire la propria vita, ma devono anche riconciliarsi con ciò che hanno perso. Questo può comportare uno stato depressivo per coloro che hanno assistito a drastici eventi o che hanno subito catastrofi ambientali, come un uragano, un'alluvione o un incendio boschivo. In questa situazione la solastalgia si manifesta attraverso la perdita del senso d'identità, l'insicurezza e l'interruzione dell'appartenenza rispetto al luogo in cui vive. La solastalgia viene a volte definita anche, più in generale, come ansia climatica dovuta ad una sensazione di perdita dell'ambiente naturale a causa del cambiamento climatico del pianeta. Anche le persone che non assistono in modo diretto alle catastrofi ambientali infatti, posso-

no sviluppare un profondo senso di impotenza, di fronte all'inarrestabile processo di deterioramento della Terra. Questo senso di smarrimento è dovuto all'interazione che esiste tra il benessere del nostro ambiente fisico e quello della nostra salute mentale. La solastalgia comprende un'ampia varietà di sintomi che possono essere presenti in altri problemi di salute mentale. Questa condizione varia molto da una persona all'altra e può verificarsi in risposta a un'ampia varietà di circostanze. Anche il livello di gravità e di persistenza dei sintomi è molto variabile. Alcuni individui manifestano sintomi gravi e di lunga durata mentre altri presentano segnali lievi o moderati che possono apparire solo in alcuni specifici momenti. Tra i sintomi più ricorrenti ci sono: rabbia, ansia, depressione, disperazione, angoscia, stanchezza, difficoltà a dormire, senso di insicurezza, impotenza e perdita della spe-

ranza. A livello del pensiero si hanno sensi di colpa e rimuginazioni in forma un po' ossessiva. Si possono avere anche attacchi di panico alla vista di un paesaggio deturpato. Il disagio cronico può indebolire il sistema immunitario, rendendo le persone più vulnerabili a numerosi disturbi fisici. La solastalgia complica inoltre le relazioni interpersonali minando la coesione dei nuclei familiari e delle comunità. La propria casa e il proprio ambiente sono il fulcro delle relazioni sociali e se vengono danneggiati anche queste ultime tendono a risentirne. Psicologi ed altri professionisti della salute mentale possono diagnosticare la solastalgia dopo aver valutato l'impatto che i sintomi hanno sulla vita quotidiana. Si tiene conto della storia medica e delle circostanze della vita, ma anche delle situazioni ambientali specifiche che potrebbero aver contribuito a far precipitare la situazione verso la solastalgia. Anche le condizioni mentali preesistenti, come ad esempio aver sofferto in passato di disturbi d'ansia, depressione o altri disturbi dell'umore, sono elementi importanti per la diagnosi di solastalgia. La solastalgia può dunque colpire chiunque. Ci sono però gruppi di persone particolarmente vulnerabili, come coloro che hanno una forte connessione emotiva con un luogo o un ambiente specifico. Specialmente se strettamente legato al loro senso di identità, storia personale o comunità di appartenenza. Le popolazioni indigene, le comunità rurali e gli agricoltori sono tra i soggetti più vulnerabili. Poiché spesso dipendono strettamente dalla terra per il loro sostentamento e nutrono un profondo legame culturale e spirituale con l'ambiente circostante. Tuttavia, la solastalgia può anche colpire individui che vivono in aree urbane, soprattutto quando sono testimoni delle trasformazioni ambientali e dell'urbanizzazione accelerata. Esse portano a un distacco emotivo dal luogo in cui hanno trascorso la maggior parte della loro vita. Pertanto alcuni gruppi di per-

sone, possono essere più vulnerabili. I bambini che sono stati vittime di eventi meteorologici estremi infatti, sono particolarmente suscettibili a sviluppare disturbi psicologici nel futuro. Si è osservato che, soprattutto i più giovani, dimostrano un interesse e una preoccupazione maggiori riguardo ai cambiamenti climatici rispetto agli adulti. Come è dimostrato dalle manifestazioni giovanili per il clima in tutto il mondo. Diversi sondaggi hanno rivelato che molti ragazzi esprimono preoccupazione, paura e ansia riguardo all'impatto che il riscaldamento globale avrà sulle loro vite. Alcuni credono persino che il mondo potrebbe finire nel corso della loro esistenza. Una delle maggiori difficoltà nel trattamento della solastalgia è che gran parte delle cause dell'angoscia presente in questa condizione si trovano al di fuori del controllo della persona. Durante il trattamento chi soffre di solastalgia lavora su come riprendere il senso di controllo e riaccendere la speranza. Si impegna a ritrovare uno scopo nella vita e riuscire a fare nuovamente dei progetti per il futuro. Per fare questo può essere utile un percorso di psicoterapia durante il quale si cerca di ricucire la frattura tra la persona e l'ambiente naturale. Il primo obiettivo di un percorso di cura, è quello di aiutare la persona, a prendere consapevolezza del senso di vuoto e di perdita sperimentato a causa del cambiamento climatico. Bisogna infatti, accettare il fatto che il cambiamento ambientale e i disastri causati dall'uomo sulla natura possono avere enormi conseguenze sulla psiche umana. Quando si è molto sensibili, è necessaria una profonda elaborazione di questi temi che può richiedere tempo, impegno ed autocompassione. Talvolta il senso di angoscia è accompagnato da un senso di colpa universale nei confronti dei disastri ambientali generati dagli esseri umani. Diventa importante dunque liberarsi da queste colpe e riconoscere la propria inevitabile impotenza di fronte agli eventi incontrollabili. È anche im-



portante riconnettersi con la natura. Se la condizione di impoverimento degli ambienti naturali è così dolorosa si può intervenire anche attraverso piccole azioni quotidiane, che servano a riconnettersi con la natura. Ad esempio può essere utile tenere in casa piante o fiori e dipingere le pareti con colori naturali. O cercare di trascorrere del tempo passeggiando nei prati, nei boschi, in riva ad un fiume o sulla spiaggia. La solastalgia può paralizzare e accentuare il nostro senso di impotenza, oppure può essere la molla per reagire e provare a invertire la tendenza. È il caso di Greta Thunberg, l'adolescente svedese che ha dato vita al più grande movimento per il clima della storia. Quando Greta ha appreso per la pri-



ma volta della crisi ambientale in corso, all'età di otto anni, ne è rimasta letteralmente scioccata.

A undici anni ha smesso di parlare e di mangiare e le furono diagnosticati la sindrome di Asperger, il disturbo

ossessivo-compulsivo e il mutismo selettivo.

Ma, anziché lasciarsi sopraffare dalla vastità della crisi climatica e continuare a vivere come niente fosse, come fa la maggior parte di noi, Greta

ha deciso di agire.

A sostenerla è stata il suo principale pensiero, diventato un motto per molti giovani: non sei mai troppo piccolo per fare la differenza.

Bibliografia

1. AA.VV., (2023). Solastalgia: An Anthology of Emotion in a Disappearing World, University of Virginia Press
2. Albrecht G. A (2005) Solastalgia: a new concept in human health and identity. PAN: Philosophy Activism Nature 3:41-55
3. Albrecht, G.A., (2019). Earth Emotions: New Words for a New World, Cornell University Press
4. Albrecht G. A., Sartore G. M., Connor L., Higinbotham N., Freeman S., Kelly B., Stain H., Tonna H., Pollard G. "Solastalgia: the distress caused by environmental change" PMID: 18027145 DOI: 10.1080/10398560701701288

5. Galway, L.P., Beery, T. et al. (2019). Mapping the Solastalgia Literature: A Scoping Review Study, International Journal of Environmental Research and Public Health, vol. 16 issue

6. Kelly A. (2017) "Eco-Anxiety at University: Student Experiences and Academic Perspectives on Cultivating Healthy Emotional Responses to the Climate Crisis"Independent Study Project (ISP) Collection.

Sitografia

7. Cos'è la solastalgia, definizione ed effetti dell'ansia da cambiamenti climatici - LifeGate
8. Solastalgia: se il cambiamento climatico intacca la salute mentale (serenis.it)

9. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/266223>

10. <https://www.lifegate.it/>

Foto: Envato Elements



Antonella Vacca

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Litio: l'ultima grande rivoluzione nella terapia psichiatrica

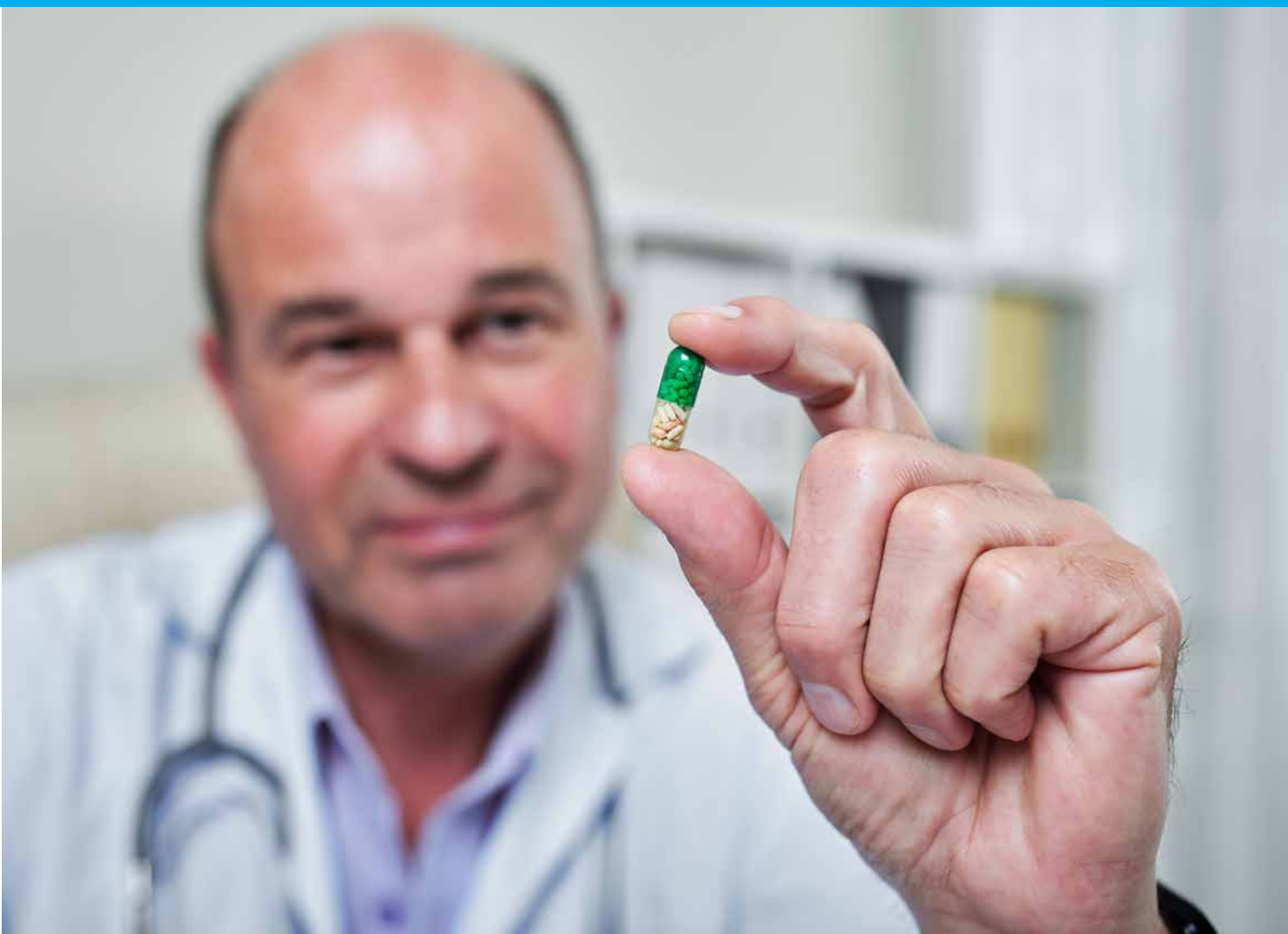
/ Antonio Poddighe /

I potenziali benefici del trattamento con il litio nei disturbi dell'umore sono noti da molto tempo. A partire dalla seconda metà del XX secolo si sono susseguiti numerosi studi sull'efficacia e sulla sicurezza di tale trattamento.

Già la medicina greca ippocratica aveva notato il beneficio del litio presente nell'acqua di determinate sorgenti per la cura dei disturbi dell'umore. Così suggeriva invece Aslan Baba Walid di Konya nel suo trattato «Dell'arte di curare i malati di mente» nel 1300: «Abbiamo due modi di vivere i disturbi psichici: il male del fisico e il male dei pensieri sbagliati [...]. Per il secondo male, quello che viene dai pensieri sbagliati, il maestro farà parlare l'ammalato due volte la settimana per almeno uno o due anni. Gli chiederà di dire tutti i ricordi, e vedrà se questi corrispondono alla realtà. Il cammino da percorrere è avvicinare il malato alla realtà, perché tra lui e la cosa reale c'è, come dicevo, un grande divario. C'è per fuga, sia perché non usa termini corretti, sia perché non ha imparato a vedere la realtà. Quando l'ammalato è triste senza ragione, e quando la tristezza non è eliminabile, né con la preghiera né col ragionamento, e quando questa tristezza ritorna con ritmi riscontrabili, nonostante che la vita e l'ambiente del malato lo giustifichino, allora saranno utili le somministrazioni ogni mattina ed ogni sera di terre rare, le migliori delle quali sono il litio ed il rubidio». Verso il

1840, sfruttando l'affinità del litio carbonato per l'acido urico con conseguente formazione di urato di litio, venne utilizzato nel trattamento della gotta e nelle patologie reumatiche. Ma gli importanti effetti collaterali ne scoraggiarono l'uso e la diffusione nel tempo. Sempre verso la fine del XIX secolo il medico danese Lange impiegò i Sali di litio in un paziente con alterazioni del metabolismo dell'acido urico associato ad un disturbo maniaco depressivo notando un miglioramento dello stato dell'umore. Negli anni '40 ci fu una ripresa dell'uso del litio da parte dei cardiologi; infatti si trattarono diversi pazienti affetti da malattie cardiovascolari con cloruro di litio. Esso fu sostituito al cloruro di sodio, ma anche questa volta tale procedura fu interrotta a causa dei gravi effetti tossici in relazione alle dosi somministrate. Tra il 1948 e il 1949, in Australia, lo psichiatra John Cade (1949) si accorse che le cavie a cui aveva somministrato il litio si mostravano calme, tranquille e docili. Ebbe, così l'idea di sfruttare queste proprietà sedative del litio nei pazienti agitati dando inizio così alla "carriera" del litio. Il litio si mostrò molto efficace nel controllo degli stati maniacali an-

che se la sua diffusione si scontrava con la comparsa di gravi effetti tossici alle dosi utilizzate. Non era ancora chiaro l'intervallo terapeutico da utilizzare. Altro limite, in quel periodo, fu la scoperta, l'utilizzo e la diffusione della clorpromazina in psichiatria. L'utilizzo e la ricerca sul litio comunque proseguiva grazie soprattutto alla scuola danese. Il più importante rappresentante fu Mogens Schou (1970) che riuscì a documentare anche le proprietà profilattiche del litio e stabilì l'importanza dei valori del farmaco nel siero. La lenta introduzione del litio in Italia è iniziata negli anni '70 e ancora oggi rappresenta il migliore approccio terapeutico delle Psicosi Maniaco Depressive. La Malattia Maniaco Depressiva (definita attualmente "Disturbo bipolare" secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) è un disturbo dell'umore. Esso è caratterizzato dall'alternarsi di periodi euforici (mania/ipomania) e periodi depressivi. La sua descrizione clinica e la sua denominazione è dovuta al grande psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856 – 1926). Oggi si parla molto di depressione e nessuno si lamenta di essere felice, contento, iperattivo, ecc. dimenticando che la depressione è ciò che rimane della mania (Aretaeus, I secolo). Usando una metafora, «la mania è il fuoco e la depressione la sua cenere». I modelli comportamentali e gli stili di vita attuali tendono a destabilizzare l'umore. Essi agiscono attraverso l'uso smodato di sostanze eccitanti, di bevande a base di caffeina, di alcolici e dello stravolgimento del ritmo del sonno. Spesso una notte insonne è servita a scatenare un episodio maniacale o a porre fine ad uno depressivo). Tutto in natura è ciclico e gli antichi lo avevano ben capito rispettandone i ritmi. La tradizione giudaico-cristiana ha trasformato la ciclicità in linearità: inizio e fine, alfa ed omega. Il litio agisce stabilizzando l'alternanza abnorme degli stati dell'umore, soprattutto abolendo la mania/ipomania e prevenendo così la depressione. Il



litio è l'unico farmaco antisuicidario proprio perché toglie lo stato maniacale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo ogni anno ci sarebbero almeno un milione di suicidi. Tale dato non solo non è diminuito, ma è andato aumentando nel tempo (Van Praag, 2002). Il suicidio è uno stato eccitatorio con una ideazione negativa: pensate che forza ci vuole per distruggere sé stessi e coinvolgere gli altri. Spesso anche dietro ai femminicidi si nasconde una situazione di questo genere. Purtroppo uno degli aspetti critici dell'uso degli antide-

pressivi, sempre più spesso prescritti, è proprio il suicidio, perché scatena la mania e cicizza la malattia. Kraepelin oltre cento anni fa aveva capito l'evoluzione clinica e parlava di «depressione con fuga di idee». Weigandt (1899) la chiamò per primo «Depressione Agitata»: una malattia estremamente pericolosa. Se per esempio prima avevamo un episodio all'anno, con l'utilizzo degli antidepressivi ne avremo due, tre, ecc., con la possibilità di una rapida ciclicità. Essa è estremamente pericolosa proprio per il rischio suicidario e, inoltre, avremo in questi casi

anche episodi depressivi nonostante il trattamento antidepressivo. Rompere questo circolo vizioso diventa sempre più difficile ed anche l'introduzione del litio diventa problematica in quanto non abbiamo intervalli liberi tra un episodio e l'altro. Spesso per rompere questo circolo vizioso si deve ricorrere alla terapia elettroconvulsivante, estremamente efficace ma demonizzata. La terapia con litio risulta più efficace nei pazienti puliti, utilizzato come primo approccio, ossia prima che siano maltrattati con terapie multiple.

Bibliografia

1. Ananth J, Pecknold JC. Prediction of lithium response in affective disorders. *J Clin Psychiatry*. 1978 Feb;39(2):95-100.
2. Bastrup PC. The use of lithium in manic-depressive psychosis. *Compr Psychiatry*. 1964 Dec;5(6):396-408.
3. Cade JF. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Med J Aust*. 1949 Sep 3; 2(10):349-52.
4. Coppen A, Abou-Saleh MT, Milln P, Bailey J,

Metcalfe M, Burns BH, Armond A. Lithium continuation therapy following electroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry*. 1981 Oct;139:284-7.

5. Koukopoulos A., Ghaemi S.N. The primacy of mania: a reconsideration of mood disorders. *Eur*.

6. Kukopulos A., Reginaldi D. Does lithium prevent depressions by suppressing manias? *Int Pharmacopsychiatry*. 1973; 8(3): 152-8.

7. Reginaldi D., Tondo L., Floris G., Pignatelli A., Kukopulos A., Poor prophylactic lithium response due to the antidepressants. *International Pharmacop-*

sychiatry, 1981; 16:124-128.

8. *Psychiatry*, 2009; 24(2): 125-34.

9. Schou M. Pharmacological and clinical problems of lithium prophylaxis. *The British Journal of Psychiatry*, 1970

Foto: Envato Elements

Antonio Poddighe

Ospite di redazione

Facciamo amicizia con Miss Incertezza

/ Romina Tavormina /

Viviamo immersi nell'epoca dell'incertezza dove tutto sembra momentaneo, sfuggevole a volte inafferrabile. Più cerchiamo di controllare questo stato di precarietà, di dubbio costante, più ci rendiamo conto che l'incertezza fa da padrona ed è lei in realtà a controllare noi e la nostra vita.

Ma cos'è questa incertezza che al giorno d'oggi sta condizionando le nostre vite? Quali sono i suoi molteplici volti in cui si manifesta? In questo articolo proverò a dare risposta a queste domande e a creare poi una correlazione tra incertezza, bassa autostima e depressione, dando infine una ricetta su come vivere l'incertezza in maniera costruttiva. Il miglior modo per spazzar via un po' di incertezza è iniziare a conoscerla e far amicizia con lei, partendo proprio dalla conoscenza del significato del suo nome. Diamo dunque la parola alla signora Incertezza. So che quando sentite il mio nome fate un po' tutti la faccia storta e preferireste non aver a che fare con me. So bene che per voi sono brutta e cattiva, a differenza di mia sorella Certezza, bella e buona. Ma la vita ha scelto che tra me e mia sorella sono io quella che, soprattutto al giorno d'oggi, passerà tanto tempo con voi. Pertanto voglio provare a farmi conoscere non solo per i miei difetti, che conoscete fin troppo bene, ma anche per le mie qualità. Se mi cercate su un dizionario o enciclopedia tipo la Treccani (sito 5), è così che vengo definita/dipinta «Mancanza di certezza per quanto

riguarda gli esiti che una cosa può avere; l'incertezza della situazione, che può evolversi in bene o in male». O ancora «Stato più o meno passeggero di dubbio circa la verità di qualche cosa o di futuri sviluppi di una situazione». Come potete osservare anche la mia stessa origine e vita non è semplice perché nasco e vengo vista solo quando mia sorella Certezza viene meno e vengo spesso accoppiata al signor Dubbio. Anche lui, purtroppo, è un soggetto piuttosto invisibile ai più, perché si sa l'uomo per stare bene ha bisogno di equilibrio. Quando l'essere umano incontra me, Miss Incertezza, accompagnata a braccetto dal signor Dubbio, così associato a me al punto che ci scambiano per marito e moglie, perde il proprio equilibrio ed inizia a vacillare. Ho diversi volti e con ciascuno di essi posso entrare a far parte in diverse aree della vostra vita. Ecco dunque Miss Incertezza socio-economica, Miss Incertezza affettivo-relazionale o Miss Incertezza personale. Vediamoli insieme. Sono così ogni qualvolta che siete in attesa di un lavoro che non arriva, ogni volta che terminate un percorso di studi come un diploma, laurea, un master e vi chiedete chissà se tro-

verò lavoro. Ogni qualvolta provate un concorso e non lo superate, ogni qualvolta avete un lavoro precario e pregate affinché l'anno successivo vi venga rinnovato. Ma ci sono anche quando improvvisamente un'azienda privata decide di mandarvi a casa nonostante avete un contratto a tempo indeterminato. Dice che lo fa per mancanza di fatturato, dice che non vi può più mantenere e magari vi lascia con affitto o mutuo da pagare e quant'altro. Ed ecco che improvvisamente vi trema la terra sotto i piedi. Non sapete più quale sarà il vostro futuro, se troverete un nuovo lavoro e se sarà peggiore o, chissà, magari migliore del precedente. Questo è uno dei miei primi pregi ossia che navigando nell'incerto magari si può trovare la speranza e la strada verso un futuro migliore del presente. Ma generalmente l'incontro con l'incertezza genera pensieri negativi. Ecco dunque che qui il signor Dubbio fa coppia fissa con me a farvi compagnia sia nelle vostre lunghe giornate a cercare una soluzione che nelle notti insonni. Eh sì miei cari/e signori/e, purtroppo la situazione lavorativa oggi è questa, a meno che non sei un libero professionista ad alto livello o un imprenditore di grande portata. L'unica certezza è il famoso posto fisso, come diceva il caro Zalone nel film Quo vado? «Noi posti fissi eravamo venerati come Dei». Ed ecco che a volte, quando tutta questa precarietà accade, la nostra coppia Incertezza-Dubbio diventa una troppia perché vi si aggiunge la tanto famosa Depressione. Anche lei come noi tanto malvista per la sua natura, ma, purtroppo, spesso molto presente. Quando sei o resti senza lavoro e hai tante responsabilità, e soprattutto se vivi la precarietà come un fallimento personale è facile cadere in depressione. Passiamo ora ad un altro dei miei volti tanto attuale e sofferente quanto il primo, se non a volte ancor più doloroso, ossia il mio esser... Miss Incertezza affettivo-relazionale. Ebbene sì, come dice il sociologo Zygmunt Bauman (2011) «in una modernità liquida,



dove l'unica sua costante sia il cambiamento e l'unica certezza sia l'incertezza», non possono che risentirne anche le relazioni affettive. Il concetto di amore liquido introdotto da Baumann (2006) rappresenta infatti la fragilità delle relazioni e dei legami affettivi nella società contemporanea. Esse sono sempre meno basate su presupposti solidi o sulla reale volontà di impegnarsi. Le relazioni attuali sono diventate più fugaci e superficiali soprattutto con l'avvento di app. di messaggistica e per il dating. E pertanto io Miss Incertezza col mio fedele compagno Mister Dubbio saremo con voi ogni volta che conoscete una nuova persona e vi chiedete: avrà voglia di conoscermi per davvero? O sarò solo un passatempo, un giocattolo con cui divertirsi e da buttar via una volta passata la novità e ottenuta la conquista? Perché purtroppo oggi le persone spesso diventano oggetti interscambiabili e sostituibili proprio come i cellulari. Non appena ne

esce uno nuovo che va più di moda, magari ha qualche funzionalità in più, viene subito cambiato. Ma se questo può andar bene con i cellulari ed in generale con gli oggetti, non può certo andar bene con le persone. Esse non sono cose inanimate ma esseri umani con emozioni e sentimenti ed in quanto tali delicate e vulnerabili. Devono essere trattati con cura, proprio come si farebbe perfino con un vaso di cristallo. Ed ancora altri interrogativi: Vorrà mettersi in gioco oppure fuggirà con una scusa banale o ancor peggio ghostandomi quando ci sarà il primo barlume di un potenziale legame affettivo? Legame affettivo che ad oggi sembra far più paura perfino della nostra coppia incertezza-dubbio. Ed ancora, quando iniziate ad non esser più giovani e vi rendete conto che non siete riusciti ancora a creare una solida costruzione affettiva con una vita progettuale a 2 e vi chiedete: riuscirò mai a creare una mia famiglia, ad aver dei figli? Potrò

realizzare uno dei sogni della mia vita oppure anche questo resterà un dubbio atroce? Ma che purtroppo, ha ancor vita breve per chi si avvicina ai 40 anni. Si ha la quasi certezza che purtroppo resta poco tempo per realizzare questo sogno. Non si sa se si troverà la persona giusta e pronta a far questo passo importante con cui realizzarlo. Ebbene miei cari lettori anche in questo caso la nostra coppia a volte diventa una troppia. Anche qui di fronte a ripetute frustrazioni emotive può entrare in gioco la nostra cara amica di sventura Depressione. Questo è un problema che attanaglia tante persone oggi ma soprattutto il mondo femminile, che per motivi biologici ha tempi ridotti rispetto all'uomo. Molte donne non riescono a tollerare questa incertezza c'è chi si abbatte e va in ansia e depressione e chi prova a reagire affidandosi alla scienza. Si percorrono strade alternative quali la genitorialità monoparentale, diffusa in Spagna, dove donne vanno a fare la fe-

condazione assistita con donatori di seme anonimi. Oppure c'è chi è più romantica e sperando di incontrare ancora l'uomo della propria vita, ma magari potrebbe essere troppo tardi per procreare, opta per il congelamento degli ovuli. C'è invece chi poi cerca di mantenere la calma e si affida al destino. Accade a volte però che Miss Certezza socio-economica e affettivo-relazionale si presentano contemporaneamente nella vita di una persona, avviando la nascita di Miss incertezza personale. Va da sé che, se vivi in un periodo di totale incertezza, tu possa iniziare anche a dubitare di te stessa e delle tue capacità. Soprattutto se hai la sfortuna di vedere persone che hanno ottenuto tutto ciò per cui tu lotti da una vita e non l'hai ancora ottenuto.

Un forte senso di sfiducia personale, bassa autostima ed inefficacia è spesso ciò che si prova. E allora che fare se avete la fortuna/sfortuna di incontrare me, Miss Incertezza con le mie sfumature personali, affettive, socio-economiche, accompagnata dal mio bell'uomo Mister Dubbio? Cedere alla troppia lasciando entrare in casa anche l'Amica Depressione? Beh certo sembrerebbe l'unica via d'uscita data la situazione, ma oggi io son qui per presentarvi una persona che potrebbe fare al caso vostro, un caro e fedele Amico. L'unico che riesce a domare me, la ribelle Miss Incertezza. Amico che fa coppia con Miss Autostima, sua fedelissima compagna, al punto che se lui non c'è manca anche lei o si riduce ai minimi termini. Vi presento il mio bellissimo e dolce amico, di cui sono segretamente innamorata, ma shhh non lo dite in giro. Se no scateniamo la gelosia di Mister Dubbio e la suscettibilità di Miss Autostima e non sia mai perché io non amo infrangere legami affettivi ma soprattutto non li tradirei mai. Ma ecco ritorniamo al nome del mio migliore Amico che si chiama Amor Proprio! È grazie a lui se oggi ho il coraggio di parlare con voi, perché lui mi ha aiutato innanzitutto a vedere i miei pregi. Tutti al solo sentire il

mio nome mi guardavano storta e mi mandavano via brutalmente perché non ben vista per la mia indefinitezza che fa paura. Ho imparato così ad accettare i miei limiti (imprevedibilità, indefinizione, informità) e addirittura a trasformarli in pregi in alcune circostanze. E voi mi chiederete: ma come si fa a trasformare una cosa brutta, che fa paura, in una cosa che può addirittura piacere ed incuriosire? E a volte perfino attrarre? Ve lo spiego, ma per far questo passaggio dovete necessariamente aver come me al mio fianco due angeli custodi: Amor Proprio ed Autostima. Vi devo dir la verità visti insieme sono proprio la coppia perfetta. Solo se impari a valorizzarti, stimarti e volerti bene riesci a superare anche i momenti difficili della vita senza perder la fiducia in te stessa. Soprattutto bisogna continuare a «sentirti ok» come diceva E. Berne (1966) nella teoria dell'okness dell'Analisi Transazionale. Secondo l'autore «nasciamo tutti Principi e Principesse» e pertanto di base siamo tutti ok come persone. Solo che crescendo la vita e le esperienze negative ci condizionano, ci trasformano, facendoci credere di essere tutti dei ranocchi. Dobbiamo imparare dunque a liberarci della pelle del ranocchio e riscoprire l'anima, la natura principesca che risiede in ciascuno di noi. Iniziamo dunque la trasformazione del negativo in positivo, dei miei difetti in pregi. La mia imprevedibilità, indefinizione, il mio essere informi, che a primo impatto possono spaventare, mettere ansia, in realtà se gestiti bene possono trasformarsi in possibilità positive. Possiamo creare nuove forme in modo libero e creativo, visto che non c'è nulla di certo e definito. Dunque c'è un potenziale da esplorare e da portare ai massimi livelli. Non essendoci già una strada tracciata, puoi esplorare diverse vie, oppure iniziare tu a creare la tua personale strada da percorrere con curiosità e flessibilità. Inoltre c'è anche un altro fattore positivo ossia che io, Miss Incertezza, posso donare se mi sapete apprezzare: la



speranza. Eh sì, perché l'incertezza a volte può dar speranza laddove la certezza sarebbe condanna. L'incertezza di un brutto male dà la speranza che ci si possa esser sbagliati e quindi da più conforto della certezza di una malattia conclamata. L'incertezza di un tradimento o di una bugia può dar la speranza di aver mal compreso, pertanto può esser meno pesante della conferma dello stesso. Certo tutto dipende però da come viene tollerato il mio compagno, il signor Dubbio, perché c'è chi non riesce a star nel limbo dell'attesa e dunque preferisce una certezza subito, sebbene negativa, che l'attesa di una probabile certezza di un risvolto positivo. Come dicevamo prima solo se rafforzi l'autostima puoi fronteggiare meglio l'incertezza. Ma l'autostima per essere nel pieno



del suo splendore ha bisogno sempre di esser accompagnata dall' amato Amor proprio. Il segreto per viver al meglio con me, Miss Incertezza, nella vostra vita è presto svelato. Far-mi entrar nella vostra casa sì a braccetto di Mister Dubbio, perché a lui sono indissolubilmente legata. Ma, al contempo, non dimenticate mai di invitare sempre la coppia dei miei migliori amici Mister Amor Proprio e Miss Autostima. Così la serata sarà sicuramente uno spasso e soprattutto lasciamo a casa Miss Depressione. Essa per fortuna non ama star con i miei amici, ma solo con il mio amato Dubbio. Questo articolo è nato con l'intento di dar voce e al tempo stesso sostegno a tante persone che vivono questa situazione di incertezza. Esse non hanno i mezzi e la possibilità per parlarne apertamente, affinché si rendano conto che se sono in questa

situazione difficile non è solo colpa loro. Nella vita, parte di ciò che accade o non accade dipende da noi ed una parte dipende invece da altre persone e dal mondo esterno. È dunque essenziale, per non abbassare la propria autostima e facilitare la discesa verso la depressione. Bisogna imparare a valorizzarci e distinguere ciò che è in nostro poter da ciò che non dipende da noi. A volte, per quanto

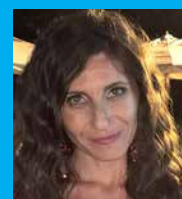
frustrante sia, purtroppo va solo accettato. Vi saluto con la bella preghiera della serenità (Serenity Prayer) che è stata scritta nel XX secolo dal teologo protestante statunitense Reinhold Niebuhr.

Dio, concedimi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare, /il coraggio di cambiare le cose che posso, /e la saggezza per conoscere la differenza.

Bibliografia

1. Bauman Z. (2006) Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi, Editori Laterza
2. Bauman Z. (2011) Modernità' Liquida, Editori Laterza
3. Eric Berne. (1966). Principi di terapia di gruppo. Trad. it., Astrolabio, 1986
4. Thomas A. Harris (Autore) M. Manzari (Traduttore) Io sono ok, tu sei ok. Rizzoli, 2013
5. <https://www.treccani.it/vocabolario/incertezza/>

Foto: Envato Elements



Romina Tavormina

Psicologa Clinica

Redattrice

Canto-terapia e depressione

/ Maurilio Tavormina /

La depressione è una malattia mentale che affligge milioni di persone in tutto il mondo. Spesso, la cura tradizionale, come la terapia farmacologica e la psicoterapia, viene utilizzata per affrontare la depressione. Tuttavia, ci sono molte ricerche che studiano approcci alternativi, tra cui la canto-terapia, per migliorare il benessere psicofisico ed emotivo delle persone affette da questa malattia.

La canto-terapia è una pratica terapeutica basata sull'uso della musica e del canto per favorire il benessere emotivo e il miglioramento della salute mentale. Questa modalità di terapia creativa ed artistica si concentra sull'uso del canto come veicolo per esprimere emozioni e affrontare difficoltà personali. La canto-terapia si basa sulla esperienza che il canto e la musica abbiano il potere di influenzare positivamente l'umore e le emozioni (Koelsch, 2010). Numerose ricerche scientifiche hanno confermato il legame tra la musica e le emozioni umane. Ad esempio, uno studio pubblicato sulla rivista *Trends in Cognitive Sciences* (Juslin & Västfjäll, 2008) ha dimostrato che la musica ha la capacità di evocare emozioni in modo potente e universale. Questa interazione tra la musica e le emozioni struttura la base della canto-terapia. Durante una sessione di canto-terapia, i partecipanti vengono incoraggiati a cantare canzoni che rispecchiano le loro emozioni o a improvvisare melodie che esprimono ciò che provano. Questo

processo aiuta le persone a mettere in luce sentimenti repressi, a ridurre il livello di stress e a promuovere il rilascio di endorfine, neurotrasmettitori associati al benessere e alla felicità. Uno studio scientifico sul canto corale in pazienti psichiatrici, attuato presso il Centro Diurno della UOSM di Torre del Greco Dipartimento di Salute Mentale ASL NA5 (NA), ha evidenziato il giovamento psico-fisico dei partecipanti. Pazienti affetti da gravi patologie psichiatriche, volontari e personale sanitario partecipanti al coro *Canta che Ti Passa*, uniti dal piacere del canto e da finalità terapeutiche riabilitative, hanno espresso il loro benessere psicofisico. I pazienti avevano una migliore compliance alla cura, avevano maggiore cura del corpo e si sentivano coinvolti emotivamente nella grande famiglia corale. Prendevano con regolarità la terapia e non hanno avuto più ricoveri. La partecipazione ed esibizione del gruppo corale a manifestazioni popolari, convegni scientifici e feste comunali ha dato una positiva valenza emotiva

dei partecipanti e rinforzato l'autostima. Il sentirsi parte di un gruppo corale, gli incontri settimanali alle prove di canto, l'integrazione sociale ha permesso loro di rinforzare il senso di appartenenza e colorare la quotidianità. Il bel canto di canzoni napoletane, il piacere della condivisione emotiva della musica e la soddisfazione dei risultati ha permesso di superare la buia inoperosità della depressione (Tavormina MGM, 2014). La canto-terapia offre diversi vantaggi che possono essere particolarmente utili per le persone affette da depressione. 1- Riduzione dello stress. Lo stress è spesso una componente importante della depressione. Il canto e la musica possono agire come strumenti per rilassarsi e ridurre i livelli di stress (Umbrello M et al, 2019). 2-Miglioramento dell'umore. Il coinvolgimento nella canto-terapia può aumentare i livelli di serotonina: un neurotrasmettitore correlato all'umore (Koelsch, 2010). Questo può contribuire a combattere i sintomi della depres-





sione. 3-Espressione emotiva. La canto-terapia offre uno spazio sicuro per esprimere e condividere emozioni, promuovendo la consapevolezza emotiva e l'autoconsapevolezza. 4-Connettività sociale. Partecipare a sessioni di canto-terapia favorisce la connessione sociale, riducendo l'isolamento, un sintomo comune della depressione (Clift & Hancox, 2001). 5-Aumento dell'autostima. Il successo nel canto e nel superamento delle sfide musicali può aumentare l'autostima e la fiducia in se stessi (De Fonzo M, 2010).

Se sei interessato a esplorare la canto-terapia come approccio per affrontare la depressione, è importan-

te cercare un terapeuta qualificato e con esperienza in questa pratica. Le sessioni possono essere condotte individualmente o in gruppo, in base alle tue preferenze. Durante le sessioni, verranno proposte varie attività musicali, come il canto di canzoni, l'improvvisazione vocale o l'uso di strumenti musicali. Questo processo ti aiuterà a esplorare e affrontare le tue emozioni in modo creativo.

La canto-terapia rappresenta un approccio innovativo per affrontare la depressione, sfruttando il potere della musica e del canto per promuovere il benessere emotivo.

Già Aristotele parlò del valore reale

della musica nelle emozioni incontrollate. Egli segnalò un potere liberatorio della musica indicando che: «La musica eccitante guarisce la psiche triste, la musica triste guarisce la psiche eccitata». Se stai cercando nuove strade per affrontare la depressione, la canto-terapia potrebbe essere un'opzione da considerare.

Tuttavia, è importante consultare sempre un professionista della salute mentale per una valutazione completa e per sviluppare un piano di trattamento adeguato.

La canto-terapia potrebbe rivelarsi una melodia di speranza nel tuo percorso verso il benessere emotivo.

Bibliografia

1. Clift S, Hancox G, Morrison I, Hess B. Choral singing and psychological wellbeing: Quantitative and qualitative findings from English choirs in a cross-national survey. *Journal of Applied Arts & Health*, Volume 1, Issue 1, Jan 2010, p. 19 DOI: <https://doi.org/10.1386/jaah.1.1.19/1>
2. De Fonzo M. *Cantoterapia il teorema del canto*. Ed. Armando, 2010. ID: 2447955
3. Juslin PN, Västfjäll D (2008). Emotional responses to music: the need to consider underlying mechanisms. *Behav Brain Sci*. 2008 Oct;31(5):559-75; doi: 10.1017/S0140525X08005293.
4. Koelsch, S. (2010). Towards a neural basis of music-e-

voked emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(3), 131-137.

5. La cura del canto. Scuola Italiana di Cantoterapia. <https://www.cantoterapia.it/>

6. Tavormina MGM, Tavormina R, Nemoianni E. The singing-group: a new therapeutic rehabilitation for mood disorders. *Psychiatr Danub*. 2014 Nov;26 Suppl 1:173-7. PMID: 25413536.

7. Umbrello M, Mistràletti G, Formenti Paolo Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: A systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anestesiologica* 85(8) DOI 1023736/S375-9393.19.13526-2.

Foto: di Maurilio Tavormina. Coro Canta Che Ti Passa. Manifestazione Pulcinellamente 2010, Teatro Lendi, Sant'Arpino (CE)



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

L'incertezza della vita

/ *Francesco Cervone* /

La nostra esistenza è intrisa d'incertezza, che per quanto possa procurarci qualche disagio, comunque ci stimola nella ricerca di stabilità. Ci sono momenti e situazioni di particolare incertezza, che possono spaventarci per il futuro, fino a farci soffrire e ad ammalarci psicologicamente.

L'incertezza ci accompagna durante tutta la vita, per cui Eraclito diceva: «tutto scorre», per indicare il continuo cambiamento di tutte le cose che esistono. A cui fa eco Lorenzo il Magnifico con la Canzona di Bacco, «Quant'è bella giovinezza, Che si fugge tuttavia! Chi vuol esser lieto, sia: di doman non v'è certezza». E, Yalom afferma: «Noi umani aborriamo (temiamo) l'incertezza [...] siamo alla ricerca di uno schema coerente e prevedibile per ordinare gli avvenimenti». Talvolta con la consapevolezza della stessa, contattiamo anche la paura di vita e/o della morte. Così che ognuno si costruisce i propri schemi per tenere a bada il conseguente senso di smarrimento e gestire le sue paure.

Le azioni che generiamo sono tese, sia a lenire le sofferenze, che a dare un senso (valore) alla nostra esistenza. L'incertezza diventa così il pepe della vita, che dalla preistoria ad oggi, ha portato la nostra creatività verso l'attuale progresso scientifico e tecnologico. Questo, insieme ad un chiaro senso della vita e alla ricerca delle possibili soddisfazioni, contribuisce al nostro benessere. Spesso la vicinanza di una situazione limite, può diventare uno stimolo a rivedere la propria vita (Jaspers, 2000). Marina Sozzi nel suo bellis-

simo libro, racconta la sua dolorosa esperienza di malata di cancro. Di questa l'autrice descrive anche come la sua situazione, comune a tante altre persone, può essere una opportunità di rinascita ad una nuova esistenza (autentica direbbe Hildegger). La nostra crescita, in qualsiasi ambito incontra delle difficoltà per le molteplici variabili interne ed esterne a noi, che ci accompagnano nelle nostre esperienze. Tra le variabili interne cogliamo le spinte ambivalenti che ci caratterizzano, causando difficoltà e incoerenze decisionali (Jaspers, 2000). Poi ci sono le spinte interne inconscie, che per la poca conoscenza che ne abbiamo, sono spesso di difficile gestione (Freud). Come avviene con le pulsioni aggressive, sessuali e predatorie. Abbiamo poi le nostre fantasie di onnipotenza, che condizionano la gestione della libertà e dei nostri limiti, che cerchiamo di nascondere a noi e agli altri. A queste aggiungiamo le pretese di controllo della realtà interna ed esterna, costituite dalle malattie, i lutti, le separazioni e la solitudine. Sono tutte destinate, più o meno al fallimento procurando un senso d'impotenza, a cui può conseguire un'angoscia di morte. Il crollo delle illusioni, aumenta la nostra consapevolezza di fragilità,

contribuendo ad acuire ancora di più l'incertezza. Così sperimentiamo un circolo vizioso di certezza dell'incertezza, che ci opprime e ci angoscia ulteriormente. Tra le tante influenze esterne, ci sono le situazioni ambientali caratterizzate da continui e repentini cambiamenti, e perciò portatrici di crisi e d'incertezza in vari settori. Come sta avvenendo con il clima, l'economia, le relazioni politiche e sociali, le epidemie, le migrazioni forzate e le guerre. Le nostre illusorie certezze, basate sul potere economico, politico, professionale, il prestigio sociale ecc., sono messe a dura prova in tali situazioni. Le conseguenziali incertezze ci possono apparire insostenibili, per i relativi disagi fisici e psicologici che le accompagnano. Come spesso accade, gli individui più fragili e/o meno fortunati fanno molta fatica a superare le prove di tali situazioni. Le loro strategie difensive, che in modo spontaneo mettono in atto, sono purtroppo inadeguate e/o controproducenti. L'angoscia di morire è più consapevole, ma sovente si manifesta in modo mascherato mediante una serie di sintomi. Alessia è una donna Ucraina di circa quarantacinque anni ha un fisico formoso ma armonico. Lavora in Italia da qualche anno, facendo la badante ad una coppia di coniugi anziani. L'espatrio temporaneo di Alessia, per quanto faticoso e doloroso per il distacco dalla famiglia, è stato anche gratificante. La famiglia Italiana ospitante, contenta del suo operato, l'apprezzava e la premiava in vari modi. Il clima sperimentato è stato utile e buono, anche per la famiglia di Alessia in Ucraina. Nell'ultimo periodo la signora, appariva sempre più stanca, triste, demotivata, distratta e piangeva spesso. Il malessere è comparso lentamente dall'inizio della guerra in Ucraina. La situazione depressiva, si è aggravata anche per la scelta del figlio diciottenne, che volontariamente decideva di andare al fronte per difendere il suo paese. Le mancate notizie dal fronte del giovane, dovute a motivi di sicurezza militare, aumentavano



lo sconforto per la situazione già gravida di incertezza. La famiglia ospitante, si è premurata di sostenere Alessia, procurandole un aiuto psicofarmacologico tempestivo, che insieme a qualche notizia dall'Ucraina, ha dato i suoi frutti.

L'impatto psicologico delle situazioni d'incertezza, come dicevamo, si palesa con diverse forme di sofferenza. L'angoscia della vita presente nei giovani si evidenzia con crisi di panico, disturbi psicosomatici e difficoltà di studiare per l'ansia. Gli adulti sono più soggetti alla depressione e alle difficoltà della sfera sessuale, mentre negli anziani è più presente la depressione. La sessualità, è spesso usata dagli adulti per allonta-

nare la paura della morte, mediante modalità più disparate. Osserviamo soprattutto forme compulsive di sessualità, irrefrenabile spinta alla promiscuità, sfrenata attività masturbatoria (Yalom, 2019). Nelle forme depressive, il calo della libido è un sintomo che si apprezza di frequente. L'onnipresenza dell'incertezza, è alla base del suo ruolo stimolante, come anche dei nostri problemi esistenziali: la morte, la libertà, la solitudine, la caducità e il senso dell'esistenza. La paura di questi, ci può spaventare, al punto tale da farci ammalare, ma conoscendoli meglio (aiutati) possiamo imparare ad usarli in modo utile al nostro benessere (crescere).

Bibliografia

1. Yalom Irving D: Psicoterapia esistenziale, Neri Pozza Editore 2019.
2. Jaspers Karl: Psicopatologia Generale, Il Pensiero Scientifico Editore Roma, 2000.
3. Sozzi M: Non sono il mio tumore, Chiarelettere Editore srl.

Foto: Envato Elements



Francesco Cervone

*Medico Psicoterapeuta
Comitato scientifico*

Overkilling e depressione: quando la violenza è l'unica soluzione

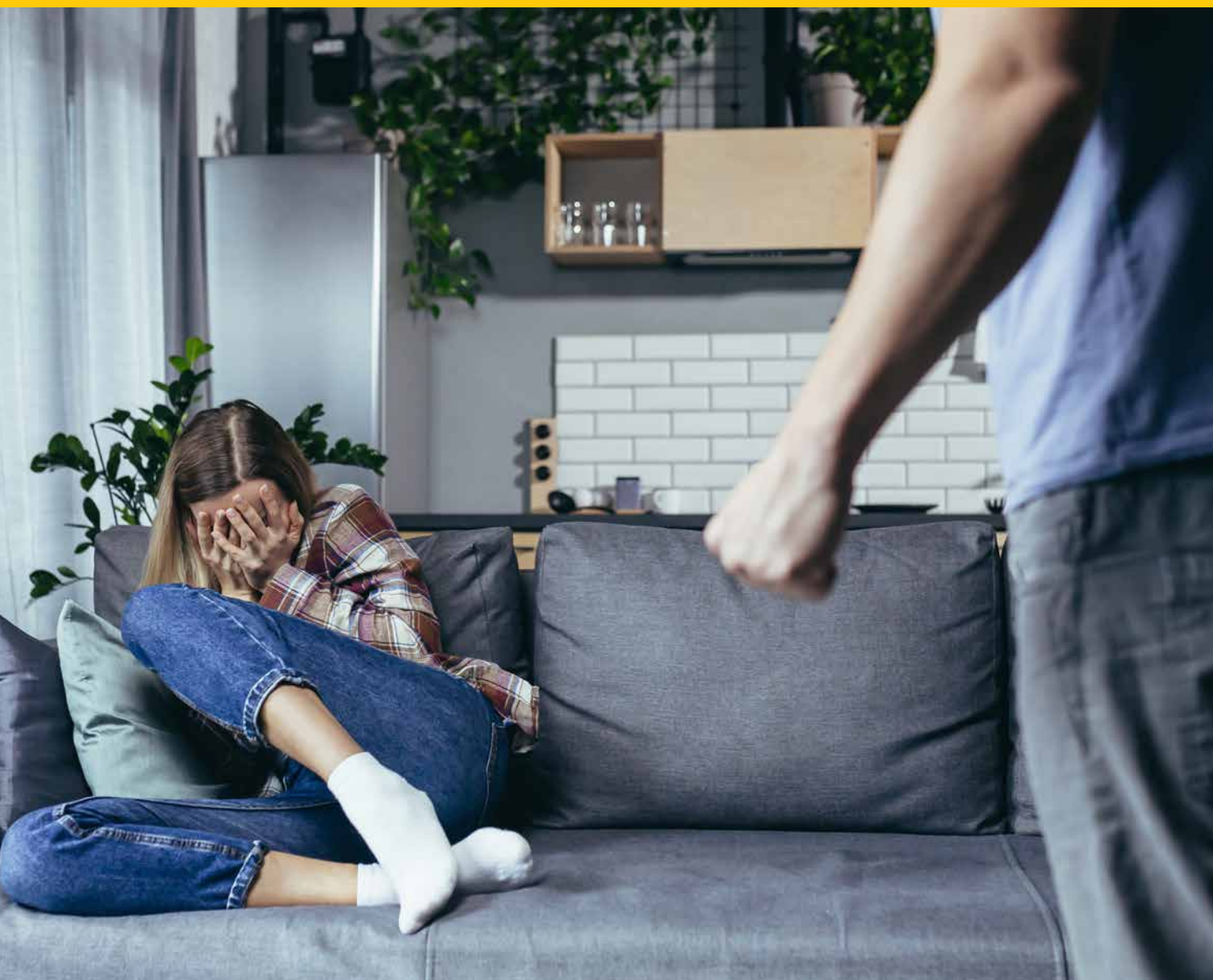
/ Maria Vincenza Minò /

Sempre più di frequente si assiste alla diffusione di notizie sulla violenza da parte di adolescenti o giovani adulti nei confronti della propria partner. L'uccisione della vittima, nei casi peggiori, porta l'aggressore ad utilizzare la pratica dell'overkilling.

L'overkilling è un'azione violenta, impulsiva, carica di rabbia. L'aggressore inferisce sulla vittima un numero eccessivo di colpi, anche dopo la morte, con l'obiettivo di annientarla. Il termine ha avuto origine negli anni '50 con riferimento alle armi nucleari, capaci di distruggere più volte il bersaglio. Con il tempo ha acquistato un significato differente. Si può parlare di overkilling a seconda del numero di colpi inferti sulla vittima. A riguardo lo studio di Martin T. et al. (2019) stabilisce un punteggio cut-off (Sito 1). In particolare, fa riferimento a tre ferite di arma da fuoco, diciassette coltellate e sei ferite da colpo contundente attuato con qualsiasi oggetto appuntito. La tipologia di relazione presente tra i partner viene considerata un elemento di fondamentale rilievo sull'azione violenta. Bonanni et al. (2014) evidenziano quanto questo aspetto possa influenzare sia il modo che il livello di violenza inflitta (overkilling). Dobash e Dobash (2011) sostengono che

l'uccisione di un individuo con il quale sia stata condivisa una relazione intima raramente avviene in maniera improvvisa. È solitamente anticipata da condizioni di conflittualità, elevata litigiosità, gelosia, distanziamento affettivo e raffreddamento sessuale, fraintendimenti, condotte violente, manipolazione e controllo psicologico. Il passaggio all'atto fisicamente violento da parte dell'uomo o le modalità indirette da parte della donna (aggressore) può essere rintracciato in diversi aspetti. Il primo rientra nei motivi che determinano la fine della relazione. In particolare il rapporto finisce per la concreta o sospetta infedeltà sessuale, la ricerca di autonomia, la realizzazione professionale della partner (Aumer, 2016). Tali situazioni attivano nell'uomo sentimenti di gelosia, senso di inadeguatezza, frustrazione, perdita di autorevolezza, possesso e controllo (Campbell, 1992; Counts, 1990). L'aggressore sente il bisogno di ristabilire il proprio ruolo riducendo al minimo

i gradi di libertà, l'autonomia e l'autostima della partner. Gli studi suggeriscono (Fornari, 2018. Freilone, 2011; Pincus & Lukowitsky, 2010) che si tratta di partner con tratti narcisistici. Nei casi più problematici si parla di disturbi di personalità narcisistica. Nella loro incapacità di ristabilire il controllo e il dominio sulla vittima, diventano maltrattanti e abusanti. I partner aumentano così la probabilità di passare all'atto violento (Klein et al., 1997). L'overkilling viene messo in atto in omicidi non pianificati, in cui la scena del crimine appare caotica e disordinata. A ciò si aggiunge un particolare: il corpo della vittima non viene occultato o spostato. I tipi di omicidi sono: a sfondo sessuale, a stampo mafioso, nei confronti della comunità LGBTQ+. (Sito 1). Occorre aggiungere, inoltre, i casi in cui vi è un legame tra l'aggressore e la vittima. La donna deve essere in grado di cogliere i seguenti segnali al fine di prevenire la possibile azione violenta: -Rilevazione di atteggiamenti aggressivi. -Messa in atto di forme di controllo fisico e psicologico verso la partner. -Tendenza a minimizzare la presenza di patologie organiche nella partner. -Ammissione di fronte ad uno specialista di trovarsi in difficoltà con la partner o i figli. -Disturbi del comportamento alimentare. -Dipendenze da sostanze (alcol, droga). -Gioco d'azzardo compulsivo. -Attacchi di panico. Le donne durante il periodo in cui subiscono la violenza possono avvertire la seguente sintomatologia: deflessione del tono dell'umore, ansia, attacchi di panico, insonnia, senso di colpa e di vergogna, inattività fisica e somatizzazione. Dopo essere sopravvissute ed essere riuscite ad allontanarsi dal partner possono andare incontro alle seguenti conseguenze a lungo termine. Esse sono: scarsa autostima, fobie, depressione, disturbo post-traumatico da stress, disturbi psicosomatici, autolesionismo, disturbi alimentari e dipendenze da alcol o benzodiazepine. L'uccisione da parte del partner o della partner rappresenta il culmine di una



condizione di malessere relazionale e di costante litigiosità, oppressione, possesso e controllo. L'overkilling viene messo in atto di fronte a situazioni di incontrollabilità, desiderio di vendetta o paura che la vittima possa continuare a vivere.

Assume fondamentale importanza il saper cogliere i campanelli d'allarme, chiedere aiuto ai familiari, alle diverse figure professionali (medico di medicina generale, psicologo, psichiatra). Nell'ambito scolastico alle insegnanti e ai compagni. Sul territorio ai Centri Antiviolenza e alle Forze dell'Ordine. Si potrà così attivare una rete di sostegno atta a fornire e garantire la messa in sicurezza della vittima e l'allontanamento dell'aggressore.

Bibliografia

1. Aumer K. The Psychology of Love and Hate in Intimate Relationships. Switzerland: Springer International Publishing. 2016.
2. Bonanni E, Maiese A, Gitto L, Falco P, Maiese A, Bolino G. Femicide in Italy: National scenario and presentation of four cases. *Medico-Legal Journal*, 2014; 82: 32-37. DOI:10.1177/0025817213510250.
3. Campbell JC. If I can't have you, no one can: Issues of power and control in homicide of female partners. In J. Radford, D. E. H. Russell (Eds.), *Femicide: The Politics of Woman Killing* (pp. 99-113). Boston: Twayne. 1992.
4. Counts DC. Beaten wife, suicidal woman: Domestic violence in Kaliai, West New Britain. *Pacific Studies*, 1990; 13: 151-169.
5. Dobash RE, Dobash RP. What were they thinking? Men who murder an intimate partner. *Violence Against Women*, 2011; 17: 111-134.
6. Fornari U. Trattato di psichiatria forense (VII ed., I e II tomo). Torino: UTET. 2018.
7. Freilone F. Psicodiagnosi e disturbi di personalità. *Assessment clinico e forense*. Genova: Fratelli Frilli. 2011.
8. Gino S, Freilone F, et al. Dall'intimate Partner

Violence al femminicidio: relazioni che uccidono. *Rassegna Italiana di Criminologia* Anno XIII n.2 2019.

9. Klein E, Campbell J, Soler E, Ghez M. Ending domestic violence: Changing public perceptions/ halting the epidemic. Thousand Oaks, CA: Sage. 1997.

10. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2010; 6: 421-446. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215.

Sitografia

1. Sito 1: <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/quando-l'assassino-non-si-ferma-cos-loverkilling-e-quando-2040252.html>.

Foto: Envato Elements



Maria Vincenza Minò

*Psicologa-Psicoterapeuta
Redattrice*

Arte e bellezza come cura nella depressione

/ Antonella Litta /

Durante l'evento a Grottaglie in occasione della ventesima edizione della Giornata Europea sulla Depressione è stato sottolineato il legame tra la creatività dell'arte e la psichiatria

L'Associazione Italiana sulla Depressione (EDA Italia Onlus) in occasione della ventesima edizione della Giornata Europea sulla Depressione ha organizzato un evento il 26 ottobre nella magnifica cornice del Castello Episcopio di Grottaglie, in provincia di Taranto. L'arte e la salute mentale sono state le protagoniste della manifestazione. L'evento, di notevole rilevanza socio-culturale, aveva l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione generale alle tematiche della salute mentale e ridurre lo stigma nei confronti dei disturbi psichiatrici. Il tema della Giornata Europea quest'anno è "Tempi di incertezza e Depressione". La manifestazione è stata centrata sul rapporto tra Arte e Salute mentale e sulla Bellezza come cura in questi tempi di incertezza. Durante l'evento vari professionisti della salute mentale hanno sottolineato l'importanza della creatività artistica come mezzo di catarsi e di auto-terapia. In particolare, grazie alla collaborazione con l'Ente EPASSS, durante l'evento sono state esposte le opere d'arte degli utenti del Centro Diurno EPASS. Artisti del territorio hanno collaborato nell'esprimere la sofferenza psichica attraverso performance musicali e teatrali. L'esistenza di un possibile legame tra genio artistico e psichiatria è uno dei motivi

persistenti della nostra cultura. Fin dall'antichità la depressione è stata interpretata spesso come condizione essenziale per l'affinamento della sensibilità artistica. "Perché tutti gli uomini eccezionali, nell'attività filosofica o politica, artistica o letteraria, hanno un temperamento melanconico?". Con questa domanda si apre il Problema XXX attribuito ad Aristotele (2002). Numerose sono le prove scientifiche e biografiche del legame che unisce i disturbi dell'umore e i temperamenti affettivi all'immaginazione e all'espressione dell'arte. Biografie di poeti, pittori e compositori rivelano l'esistenza di alti tassi di depressione, disturbo bipolare e suicidio. Il genio, poetico o artistico, quando viene invaso da umori capricciosi ed incostanti, può diventare un potente crogiolo per l'immaginazione. Il lavoro creativo dell'arte può agire come un mezzo per sottrarsi alla depressione e alla sofferenza strutturando emozioni e pensieri caotici attraverso l'astrazione e il rigore disciplinato. Il linguaggio universale dell'arte, dalla pittura alla musica al teatro, è stato il primo attore di questa manifestazione. Esso ha unito pazienti, artisti e professionisti nella Giornata Europea sulla Depressione che l'EDA Italia onlus promuove ogni anno su tutto il territorio nazionale.





Bibliografia

- 1. Aristotele Problemi. Testo Greco a fronte. Editore Bompiani, 2002
 - 2. Kay Redfield Jamison, Toccato dal fuoco, Tea Editore, 1997
- Foto: La Giornata Europea sulla depressione a Grottaglie, di Antonella Litta



Antonella Litta
*Medico Psichiatra
Redattrice*

Tempi di incertezza e Depressione. La Giornata sulla Depressione del 2023

/ Giuseppe Tavormina /

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

La Giornata sulla Depressione del 2023 è giunta quest'anno alla sua 20a edizione (la prima si è svolta nel 2004). Si è svolta il terzo sabato di ottobre e nei giorni vicini, con un totale di 30 eventi (www.edaitalia.org) in tutta Italia. Il tema dell'anno è stato: «Tempi di incertezza e Depressione».

Dopo la pandemia è subentrata in Europa un periodo di notevole incertezza politica ed economica. La persistenza della guerra ad est dell'Europa sta determinando disagi nella popolazione. La popolazione, già provata dalle restrizioni e limitazioni post-Covid, si trova a non sapere che tipo di futuro politico ed economico si debba aspettare. I casi di depressione da Disadattamento ad evento stressante protratto continuano ad essere in aumento, soprattutto in coloro che non si erano mai prima curati. Il tema della Giornata sulla Depressione di questo anno 2023 è stato: «Tempi di incertezza e Depressione». Questo tema dell'anno è stato lo stesso in varie nazioni

europee (Depression in uncertain times, www.europeandepressionday.eu). Durante i nostri eventi italiani abbiamo approfondito questi aspetti tramite classiche conferenze (diverse fra esse svolte presso Scuole Superiori italiane e rivolte agli studenti maturandi). Abbiamo anche organizzato eventi scientifico-artistici (brevi conferenze inframmezzate da concerti o brevi rappresentazioni teatrali) che hanno avuto il merito di coinvolgere ancor più il pubblico. «Tempi di incertezza e Depressione» nasce per evidenziare la necessità di cogliere precocemente ogni forma di disturbo dell'umore in un periodo complesso come l'attuale. Il periodo post-Covid, la guerra alle porte dell'Europa e i problemi economici connessi sono stati lo spunto di riflessione. Il nostro obiettivo è stato quello di sottolineare come ogni forma di disturbo depressivo seguente ad un disadattamento è un problema curabile. Queste problematiche si possono e si devono affrontare, si possono e si devono

curare: ne va della qualità della vita delle persone. Abbiamo sottolineato durante la Giornata sulla Depressione che i disturbi dell'umore sono delle malattie molto diffuse, poco riconosciute, mal diagnosticate, spesso poco o mal curate. Esse sono patologie subdole che si infiltrano nella vita quotidiana di chi ne soffre senza farsi riconoscere. Compito del medico psichiatra è quello di curare i pazienti che ci contattano quando stanno male, ma è anche quello di fare prevenzione facendo un'adeguata informazione su queste tematiche. Tramite la Giornata sulla Depressione, che si svolge in ottobre tutti gli anni sin dal 2004 (Tavormina & Costigliola, 2004), l'EDA Italia Onlus fa formazione e informazione scientifica rivolta alla popolazione generale (Tavormina, 2007). L'Incertezza della quotidianità può portare ad una depressione: bisogna pertanto riconoscere e informare la popolazione: è questa la vera prevenzione. Obiettivo finale della nostra associazione resta sempre quello di fare «Luce sul male oscuro».

Bibliografia

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

foto-collage di Giuseppe Tavormina.
Alcuni eventi della Giornata Europea
sulla Depressione 2023.



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Caporedattore

Immagini dalla Giornata sulla Depressione in Italia - 2023



Con il supporto e la collaborazione del



**La Giornata Europea
sulla Depressione**

*Tempi di incertezza e
Depressione*

21 Ottobre 2023

EDA Italia Onlus

Sezione Piazza Pirelli, 11 - 20121 Milano (MI)
Tel. 02 5822261
Email: info@edaitalia.org

www.edaitalia.org

gli Olimpionici Daniela Scarpa e Sandra Frucolo sono i Testimoni
della Giornata sulla Depressione

Photo Media: CONSIDER/ART - Studio ANGELI - www.circolib.it



Iperconnessione social, FOMO e depressione

/ Patrizia Amici /

Questo breve articolo illustra un malessere dei nostri giorni: la FOMO, acronimo di Fear of Missing Out, in italiano “paura di essere messi fuori”. Tale timore di esclusione dalle attività di amici e conoscenti porta ad una iperconnessione ai social, tesa a controllare cosa facciano gli altri. Tale malessere può essere di forte intensità e impattare sulla qualità della vita della persona fino alla depressione e ansia. A seguire alcuni piccoli consigli per superare la FOMO.

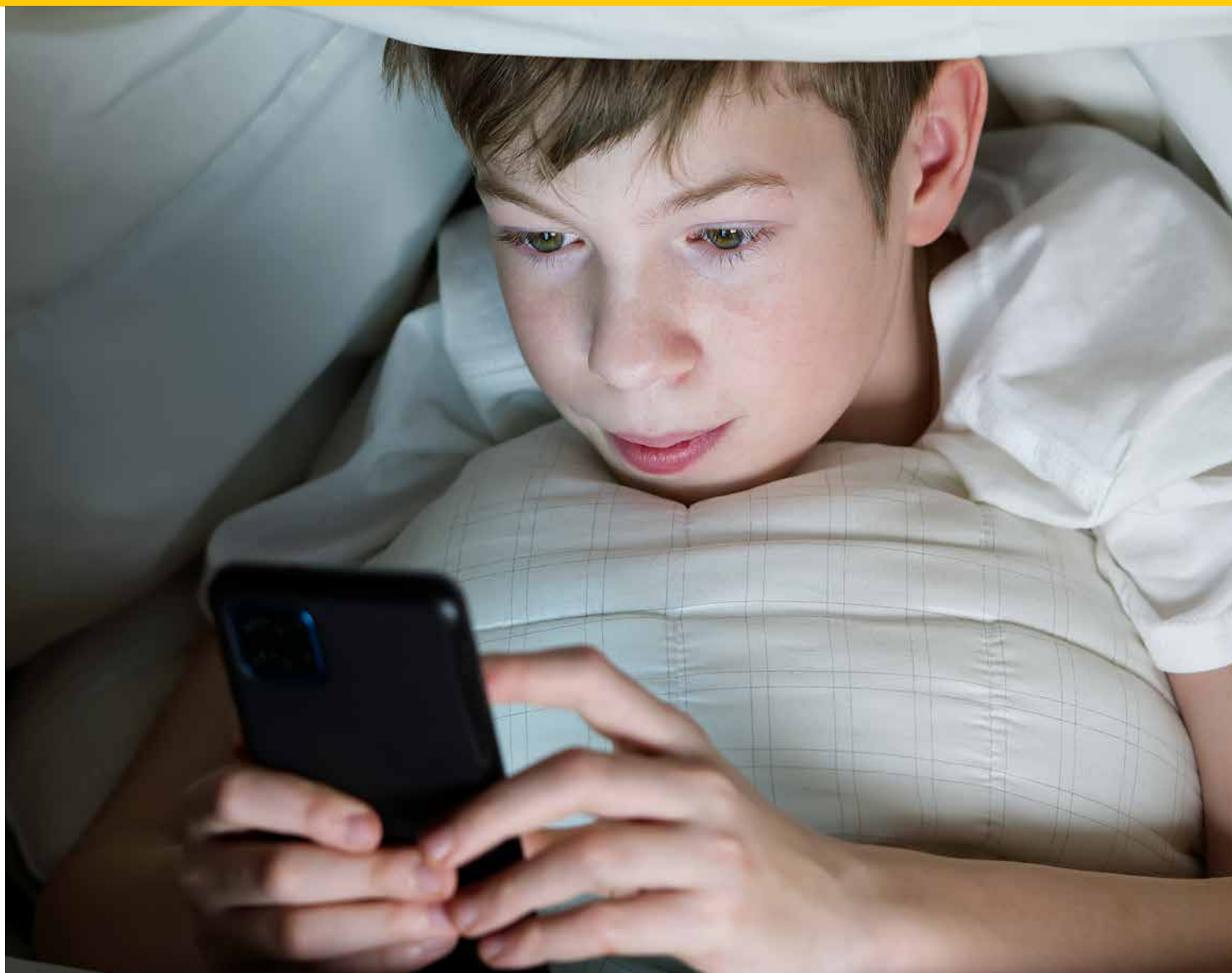
FOMO è l'acronimo di Fear of Missing Out letteralmente «paura di essere messi fuori». Essa è caratterizzata dall'esperire emozioni negative (ansia e tristezza, rabbia) legate alla percezione di non partecipare ad esperienze gradevoli che coinvolgono persone conosciute. La FOMO è composta da due elementi: 1) l'ansia relativa alla possibilità che gli altri abbiano esperienze piacevoli e gratificanti dalle quali si è assenti. 2) Il desiderio persistente di essere in contatto con gli altri attraverso i social network (Elhai et al. 2021). Questi due elementi portano le persone a mantenersi iperconnesse agli altri. Sebbene considerata esperienza comune, la FOMO negli ultimi anni è aumentata di intensità e frequenza (Przybylski et al. 2013). In alcuni casi può portare allo sviluppo di sintomi ansiosi, depressio-

ne e stress anche di forte intensità. La FOMO attiva emozioni di ansia e senso di esclusione e perdita. Sul piano cognitivo è caratterizzata da pensieri ansiogeni e depressogeni che si traducono in comportamenti di controllo dei social. Tali comportamenti possono essere volontari o dovuti all'impulso di leggere /controllare e all'incapacità di trattenersi dal farlo (Elhai et al., 2021). Sono comportamenti spia: ipercontrollo dello smartphone, desiderio di perenne connessione a internet, incapacità di trattenersi da leggere aggiornamenti, ricerca compulsiva di una connessione internet. Insomma, è il tentativo di stare costantemente connessi allo smartphone per non perdere nessun aggiornamento o notizia riguardante amici e conoscenti. La FOMO sembra maggiormente diffusa nei maschi, nelle persone

con poche capacità attentive, in chi usa i social in ambiti poco idonei (es. a scuola) e nelle persone con bassa autostima (Przybylski et al. 2013). Il timore di esclusione può essere fisiologico; qualunque ragazzo/a non invitato/a ad una festa può sperimentare sentimenti di disagio e tristezza.

Si parla di FOMO quando il disagio va ad impattare sul funzionamento quotidiano dell'individuo. Quando sfocia nella patologia può portare a: disturbi del sonno, ansia sociale, disturbi d'ansia, depressione, stanchezza e stress (Milyavskaya et al. 2018). Per alcuni ricercatori alla base della FOMO vi sarebbe la necessità di soddisfare un bisogno umano: la socialità (Deci & Ryan, 1985). Bassa autostima e difficoltà nelle relazioni possono spingere all'uso compensatorio dei social che, di fatto, aumenterebbero tali emozioni e percezioni relative al sé (Przybylski et al. 2013). Tale paura può nascere anche laddove non ci sia un timore di esclusione, ma semplicemente dal confronto con le vite altrui... più brillanti, interessanti etc. L'idea di non aver possibilità o al contrario, il confronto con le innumerevoli possibilità non colte può lasciare nell'individuo angoscia e disprezzo per sé stessi. Recentemente l'esponenziale incremento del timore di esclusione nasce dalla possibilità di entrare/visionare la vita altrui in qualunque momento. L'accesso diretto, immediato e possibile ovunque ha aumentato la possibilità di cadere in questa problematica. Di fatto più la possibilità di controllo è in tempo reale, maggiore risulta il disagio. Ultimamente si parla di nomofobia termine che definisce la «No mobile (phone) Fobia» o «Sindrome da Disconnessione» ovvero la paura incontrollata di non avere accesso alla rete di telefonia mobile. La paura di essere esclusi ed estromessi è umana così come l'esperienza della vera estromissione e come tale va pensata e gestita.

Fa parte delle innumerevoli esperienze di noi umani che benché sgradevoli sono anche fonte di crescita e



autonomia. Come gestire e ridurre la FOMO:

1- Diamo valore alle scelte ed al presente: non è possibile essere ovunque e con chiunque in qualunque momento. Diamo valore al tempo che viviamo e alle nostre vite.

2- Riduciamo il confronto sociale: nessuna vita è paragonabile alle altre. Diamo valore alle nostre vite sociali, alla loro ricchezza e particolarità.

3- Diminuiamo le nostre aspettative: non è possibile che ogni post o foto o storia pubblicata riceva commenti o like. Non è possibile essere inviati in ogni luogo. Noi, vorremmo tutti i nostri conoscenti di FB o Instagram con noi nelle nostre attività o svaghi?

4- Accettiamo i momenti di solitudine: la solitudine può essere un momento di tempo dedicato a sé

e di consapevolezza.

5- Poniamo attenzione alle emozioni negative e sviluppiamo consapevolezza del nostro sentire. Accettiamo le nostre emozioni negative come parte del nostro vivere.

6- Sviluppiamo un dialogo interno che contrasti i pensieri negativi: non è possibile (ne forse lo vogliamo) essere con chiunque in qualunque momento. Chiediamoci: lo voglio/vorrei veramente?

7- Allontaniamoci dai social inserendo attività off-line piacevoli e magari a contatto con gli altri.

Bibliografia

1. Deci E & Ryan R M: Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press, 1985
2. Elhai J, Yang H & Montag C: Fear of missing out (FOMO): overview, theoretical underpinnings, and literature review on relations with severity of negative affectivity and problematic technology use. Brazilian Journal Of Psychiatry, 2021, 43(2):

203-209. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0870

3. Milyavskaya M, Saffran M, Hope N & Koestner R: Fear of missing out: prevalence, dynamics, and consequences of experiencing FOMO. Motivation and Emotion 2018, 42: 725-737,

4. Przybylski A K, Murayama K, DeHaan C R, Gladwell V: Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. Computers in Human Behavior 2013, 29: 1814-1848.

5. www.istitutobeck.com

Foto: Envato Elements



Patrizia Amici

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Tempi d'incertezza e malattia oncologica

/ Donatella Costa /

Come affrontare la malattia oncologica? I familiari possono essere di supporto? Quali i cambiamenti di vita ?

La diagnosi di una malattia oncologica cambia la percezione di vita, arriva sovente in modo repentino, quasi subdolo, altre volte esplode in tutta la sua drammaticità. I pazienti oncologici sperimentano stress fisico e psicologico; il cambiamento coinvolge in primis la persona e tutto il sistema familiare. In alcuni casi la prognosi è infausta, ed è difficile affrontare la situazione. Il paziente oncologico e i familiari possono riportare numerosi problemi in seguito alla malattia, quali ad esempio un sensibile peggioramento dello stato di salute psichico e fisico (Hoga, 2008). Il senso di precarietà dovuto alla malattia oncologica crea stress emotivo, psicologico e sociale. È pertanto fondamentale assicurare al paziente e ai familiari il supporto necessario per promuovere una certa qualità di vita, nonostante tutto. Il ruolo del caregiver (familiare curante) è essenziale per la cura della persona, al fine di mantenere un seppur precario stato di salute (Northhouse, 2012). Da diverse ricerche emerge che il familiare curante rappresenta una figura cruciale per la cura, inoltre il caregiver è fortemente motivato all'assistenza del proprio caro anche in caso di peggioramento clinico (Quaggiato, 2015/16). Quando una persona si ammala di una malattia oncologica, alla famiglia viene richiesto un compito importante di assistenza e sup-

porto. Numerosi studi evidenziano l'importanza del ruolo del familiare che quotidianamente si occupa del paziente oncologico, sia dal punto di vista psicologico che fisico. Il carico psicologico che grava sul caregiver è considerato uno stress cronico, capace di modificare le difese immunitarie e rendere la persona più fragile. Il carico sarà maggiormente pesante in base al tempo trascorso nell'assistenza e nella cura della persona e quanto è grave la malattia (Hodge, 2005). L'approccio clinico della malattia oncologica segue un modello di riferimento di tipo bio-psico-sociale. È indispensabile, infatti, creare una rete di supporto con interventi farmacologici, psicoterapici e riabilitativi in quanto è una malattia complessa. Molto importante è il supporto al paziente. Nello specifico il terapeuta valuterà se è utile un percorso psicologico con la persona sofferente o il familiare. Quando la malattia avanza, può essere rilevante offrire un sostegno al familiare che si ritrova solo emotivamente ad affrontare le ultime fasi della malattia (Fassino, 1997). Un percorso di counseling cioè una tecnica di ascolto attivo ed empatico, sembra favorire un maggiore adattamento alla situazione. È importante avere un atteggiamento incoraggiante, favorendo la ricerca di nuove possibilità di scelta da parte del paziente e dei

familiari, facilitando la risoluzione di problemi. L'aiuto psicologico può essere utile per accompagnare e sostenere i familiari nel percorso di malattia, in particolare fino alla morte quando la prognosi è infausta (Ferrero, 2009). Testimonianza: «Nell'ultimo periodo ho sentito la necessità di iniziare un percorso di supporto perché da sola non ce la faccio più...ogni giorno ripenso a Lei. Spesso mi guardo allo specchio e non mi riconosco: non sono io, l'ansia e la tristezza mi avvolgono costantemente. Per paura anch'io di ammalarmi rimando i controlli e non mi prendo cura di me stessa. Sono nervosa e arrabbiata con il mondo. Mi rilasso solo al tramonto...alla





sera mi ritorna in mente tutto ...probabilmente avrei dovuto stare più vicina alla sofferenza. Negli ultimi mesi di vita sembrava aver bisogno di raccontare la propria vita, forse per dare un senso seppur tragico alla

breve esistenza vissuta...». Spesso i familiari insieme al paziente pagano un prezzo altissimo in termini di sofferenza psichica, in termini esistenziali e di vita. Attraverso un percorso di accompagnamento psicologico si

cerca di ridurre l'impatto della malattia oncologica. In tal senso appare essenziale formare e supportare i familiari al fine di diminuire lo stress psicologico, l'ansia e la depressione correlate.

Bibliografia e Sitografia

1. Fassino S. 1997, Aspetti specifici del supporto medico-paziente terminale, *medicina e Morale*; 5: 923-37
2. Ferrero A. 2009, Le psicoterapie di incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Ind.*, 66:65-79
3. Hodge et al. 2005, A Meta-analytic Investigation of the Relationship between the Psychological Distress of Cancer Patients and their Carers, *Social Science & Medicine*, 60: 1-12
4. Hoga, 2008, Psychosocial perspectives of the partners of breast cancer patients treated with a mastectomy: an analysis of personal narratives, *cancer &nurs*, 31, 318-25

5. Northhouse et al., 2012, Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer, *Clin Oncol*, 30, 1227-34

6. Quaggiato Elena, 2015/2016, Il carico del caregiver in un setting di assistenza domiciliare: uno studio correlazionale -Padua Thesis and Dissertation article.

7. https://www.sipi-adler.it/wp-content/uploads/2015/04/067_CD_Bovero-et-Alii.pdf

8. <https://ir.ymlib.yonsei.ac.kr/bitstream/22282913/141785/1/T201504363.pdf>

Foto: Envato Elements



Donatella Costa

Psicologa Clinica

Redattrice

Salute mentale e violenza di genere. Una sfida sociale in tempi di incertezza

/ Wilma A. R. di Napoli /

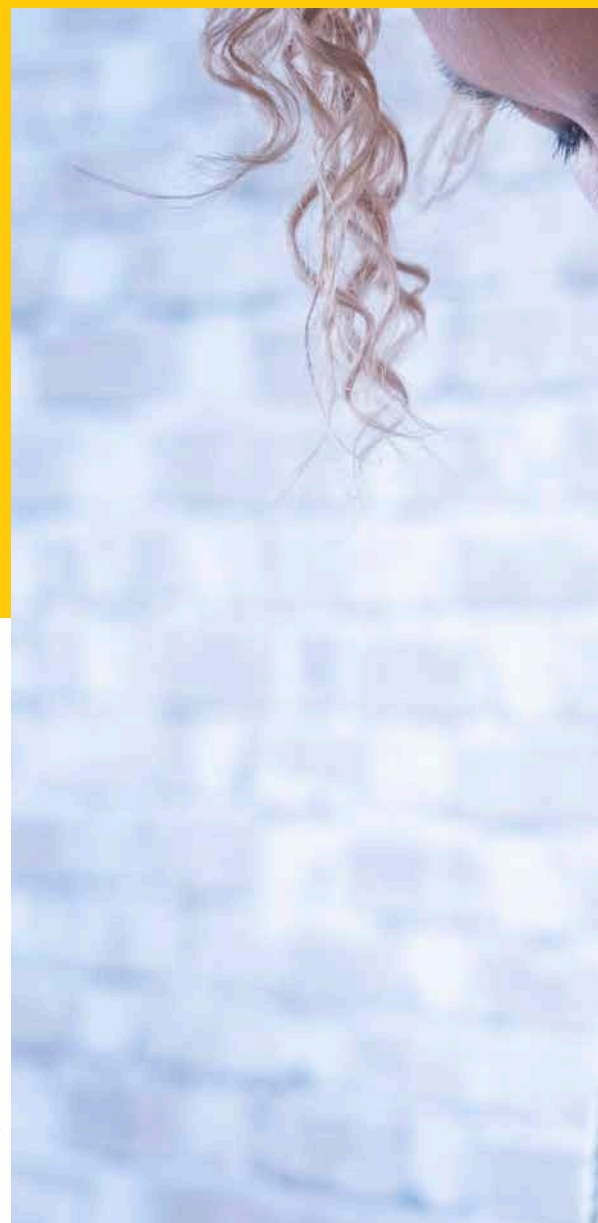
La tragica morte di Giulia Cecchettin ha portato nuovamente sotto i riflettori il dramma dei femminicidi e della violenza di genere, scuotendo profondamente la coscienza collettiva. Dal dibattito ancora in corso auspichiamo le premesse per un reale cambiamento nella società.

Nei giorni convulsi che hanno visto rincorrersi notizie inquietanti sulla scomparsa dei due giovani veneti l'attenzione mediatica si è concentrata sulla triste vicenda di Giulia Cecchettin. L'immaginario collettivo è stato profondamente colpito da questa tragica violenza di genere, probabilmente per svariati motivi. Sicuramente hanno commosso le immagini di una ragazza giovanissima dalla faccia pulita e gli occhi dolci. O forse hanno scosso le parole ruvide, dolenti, affilate, della sorella Elena. O le parole misurate, composte e di grande sensibilità e coerenza del padre Gino. E magari hanno turbato anche le immagini di Filippo, un ragazzo che non appariva diverso da molti bravi ragazzi delle famiglie italiane medie. Sicuramente su questo caso siamo stati inondati da un profluvio di informazioni come solo i mass media possono fare quando si tratta di aumentare l'audience su un argomento che tira. Ma cosa rimane dopo le

prime settimane? Cosa ci resta di tutti i talk show, approfondimenti, manifestazioni, dibattiti comparso ovunque e che possa incidere positivamente sulla salute fisica e mentale della società? L'auspicio è che questa reazione, di pancia e di testa, sia l'avvio di un impegno collettivo a percorrere un cammino di reale cambiamento sociale. Il 25 novembre è stata istituita nel mondo la Giornata Internazionale per l'Eliminazione della Violenza di genere dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Si tratta di una ricorrenza intesa a sensibilizzare l'opinione pubblica su quello che l'OMS ha recentemente definito «un problema di salute di enormi proporzioni». Essa mira a stimolare governi, istituzioni nazionali e internazionali, e società a riflettere sul tema e affrontarlo con tutti i mezzi a disposizione per contrastarlo efficacemente. In questi ultimi anni questa sfida è diventata sempre più imperativa.

Il Rapporto Mondiale sulla violenza e salute dell'Organizzazione mondiale della sanità del 2002 riconosce difatti la violenza di genere come uno dei principali problemi di salute pubblica globale.

Sebbene uomini, donne e bambini siano tutti potenzialmente vittime di violenza, gli autori e le conseguenze risultano molto diversi tra i due generi. I dati ci mostrano che nel mondo la violenza, intesa come abuso fisico o sessuale contro le donne, interessa 1 donna su 3. Gli uomini sono più frequentemente colpiti da estranei (per reati o guerre), mentre le donne sono nel 30% dei casi aggredite dal partner o da un familiare. E sono uccise più frequentemente dai loro partner piuttosto che da estranei. Dalle statistiche comunitarie in Europa la violenza rappresenta la prima causa di mor-





te delle donne nella fascia di età tra i 16 e i 50 anni (Sabbadini, 2007). Una indagine ISTAT pubblicata nel 2007 dimostra che le donne tra i 16 e i 70 anni in Italia vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000. Circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Il 14,3% delle donne, che abbiano o abbiano avuto un rapporto di coppia, ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner. Solo il 7% delle donne che ha subito violenza da parte di un partner, lo denuncia. Ancora più grave risulta che circa un terzo delle donne che subiscono violenza non ne parla con nessuno. Ricerche a livello internazionale hanno confermato che le donne vittime di violenza subiscono ripercussioni gravi sul piano fisico, psichico e sociale. La violenza oltre al trauma in sé com-

porta difatti conseguenze a medio e lungo termine di varia natura. Spesso sono descritti disturbi depressivi e ansiosi, Disturbi Post Traumatici, abuso di sostanze e disturbi psicosomatici. Fra le donne che hanno subito violenza si riscontra anche un tasso di suicidio superiore alla media. Vengono inoltre rilevati disturbi fisici acuti e cronici, quali lesioni traumatiche, patologie ginecologiche, gastro-enterologiche, disturbi alimentari, asma, tachicardia, emicrania, malattie trasmesse sessualmente. Tali disturbi psicofisici influiscono negativamente sulle capacità della donna di prendersi cura di sé e della sua famiglia, dei figli (Aguglia, 2011). Offrire sostegno psicologico sia agli aggressori sia alle vittime di violenza di genere è fondamentale. Le donne hanno bisogno di sostegno medico e psi-

cologico, con trattamenti volti a curare le ferite del corpo e dell'anima. Gli uomini violenti possono avere accesso a programmi complessi di riabilitazione, utili a chiarificare le radici profonde dei loro comportamenti e a modificarli. La violenza di genere è un fenomeno persistente in tutto il mondo. Ha origine in una molteplicità di fattori, sicuramente in gran parte culturali e sociali. Gli stereotipi di genere, lo storico sbilanciamento di potere tra mondo maschile e femminile, lo svilimento del corpo, sono tutti elementi coinvolti. La fluidità dei generi che diventa profonda incertezza dei ruoli e dei rispettivi riconoscimenti contribuisce ad alimentare la violenza di genere come ultima forma di prevaricazione del cosiddetto sesso forte (Kranz, 2005). Gli uomini che commettono violenze o uccidono le

donne spesso non hanno un disturbo mentale. Questo dato è confermato dalla letteratura scientifica, sebbene oggi ogni qual volta si profili un procedimento penale, si scateni la corsa alla ricerca della impunità per vizio di mente. Nemmeno è scontato che chi ha un disturbo mentale commette violenze sulle donne, anzi. Sono decisamente più rilevanti fattori culturali, l'educazione ricevuta, aspetti psicologici come l'impulsività, la scarsa tolleranza alla frustrazione, la difficoltà a gestire la rabbia. Spesso sono uomini caratterizzati da una doppia fragilità, quello dell'ego narcisistico, che non tollera un abbandono o un rifiuto, e quello della dipendenza depressiva, del «senza di te non esisto» (Di Napoli, 2023). La violenza, o l'omicidio, sono l'ultima forma di esercizio della propria forza, una estrema difesa all'attacco percepito alla propria identità come maschi. Contrastare la violenza di genere richiede sicuramente un approccio a svariati livelli che coinvolgano governi, istituzioni, servizi sanitari e sociali, scuola, famiglie, terzo settore e la comunità intera. Alcuni invocano un maggior rigore repressivo, con leggi chiare e severe che proteggano le vittime punendo gli aggressori. E chiedono interventi di supporto veloci e efficaci, con forme di sostegno concreto alle vittime e alle loro famiglie. D'altra parte molti sono convinti della opportunità di promuovere in modo sistematico campagne di informazione e sensibilizzazione sul tema. Perché sia sancito che la violenza non è mai giustificabile, che essere vittime di violenza non è una colpa e che parlarne può aiutare a prevenire i comportamenti violenti. Nel nostro paese è del 2009 l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri del decreto che prevede l'inasprimento delle pene per gli autori di violenza sessuale ed il patrocinio gratuito a spese dello Stato per le vittime di violenza sessuale. Contempla altresì l'inserimento nell'ordinamento del reato di stalking, con sanzioni previste per gli episodi di



molestie e minacce reiterate. Prevede inoltre l'incremento del fondo anti-violenza, per sostenere i centri anti-violenza che svolgono un ruolo fondamentale di sostegno fisico e psicologico per le vittime. È chiaro comunque che solo un cambiamento strutturale e culturale può estirpare il problema alle sue radici. E ciò può essere ottenuto solo se tutti i componenti della società riusciranno a lavorare insieme per questo obiettivo. Prevenire la violenza di genere richiede un'azione trasversale e sinergica da parte delle istituzioni e della società in toto. Servono scelte politiche consapevoli, una legislazione efficace, programmi di sensibilizzazione e informazione, attività di educazione nelle scuole. E sono altresì utili servizi di supporto creati per gestire le emergenze, operatori sanitari formati, ed un lavoro di rete tra enti e servizi sanitari e sociali. Prevenire la violenza di genere è una scelta etica, ma anche un vantaggio in termini economici e di salute mentale e benessere sociale della collettività. Serve uno sforzo condiviso e prolungato per poter creare una realtà dove la violenza di genere non sia

più all'ordine del giorno.

Bibliografia

1. Aguglia E, Botter A, Riolo A. La violenza di genere: un problema di salute pubblica. *Riv Psichiatria*. 2011;46(2):89-96.
2. Di Napoli W. Narcisista patologico e suicidio. *Rivista Depressione Stop*, 2023. <https://deprestop.it>
3. Krantz G., Garcia Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:818-821.
4. Sabbadini L e Muratore M (a cura di). La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia – anno 2006. Dati ISTAT. 21 feb 2007
5. Stewart D. The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women. *World Psychiatry*. 2006 Feb; 5(1): 61-64.

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra

Direttore Artistico

The Hours, Le Ore. La depressione in tre volti

/ Immacolata d'Errico /

The Hours, un romanzo, da cui è stato tratto l'omonimo film, fondato su tre donne, Virginia Woolf, Clarissa Dalloway/Vaughan e Laura Brown. Una scrittrice, il personaggio di un libro e una lettrice. Tre storie di depressione.

The Hours, Le Ore è il titolo originale del romanzo di Virginia Woolf, prima di cambiarlo in La signora Dalloway. The Hours, Le Ore è il romanzo di Michael Cunningham, uscito nel 1998. Premio Pulitzer per la narrativa, il libro ha ispirato il film The Hours del 2002. Nicole Kidman, nel ruolo di Virginia Woolf, ha vinto l'Oscar come miglior attrice. Il cast di eccezione vede anche Julianne Moore e Meryl Streep. Il film è diventato forse più famoso del libro (Cunningham, 2020). Vengono raccontate tre storie che si sviluppano nell'arco di una sola giornata, ambientate in tre luoghi e in tre momenti diversi del XX° secolo. Tre storie che si intrecciano tra di loro. Storie in cui prevale una scrittura/interpretazione altamente introspettiva, attenta ai pensieri, alle idee, ai dubbi, alle sofferenze dei personaggi. Tre storie di depressione diverse perché diversa è la matrice storica e culturale, in cui le protagoniste sono immerse. Tre donne che, pur vivendo in luoghi ed epoche differenti, sono accomunate da un solo libro: La signora Dalloway di Virginia Woolf. Tre donne diverse che colgono l'esperienza di

vivere in modo diverso. Virginia Woolf, grande scrittrice inglese nata nel 1882, ritratta a un passo dal suicidio, nel 1941. Laura Brown, una infelice casalinga californiana dell'immediato dopoguerra, guidata da un'immagine di perfezione e da un ideale irraggiungibile che maschera il vuoto interiore. E una contemporanea Clarissa Vaughan, un editor newyorkese di oggi, quasi la reincarnazione della Clarissa Dalloway, capolavoro di Virginia Woolf. Donne che in ventiquattr'ore fanno i conti con la propria esistenza. Con l'inquietudine, il bisogno di fuga e il senso d'incompletezza (sito 3). «Si affrettata, via di casa, [...] Ha lasciato un biglietto per Leonard, [...] Cammina con determinazione verso il fiume, sicura di quello che farà, [...] Supera uno dei lavoratori della fattoria, [...] sta pulendo il fosso che corre lungo il vinchetto. [...] Lui la guarda, fa un cenno con il capo. [...] Mentre lo supera diretta al fiume, pensa a quanto lui sia appagato, a quanto sia fortunato, a pulire il fosso in un vinchetto. Lei invece ha fallito. Non è una scrittrice, non veramente: è solo una stravagante do-

tata. [...] Ha fallito e ora le voci sono ritornate, mormorano indistinte [...] dietro di lei. [...] Raggiunge l'argine, lo scavalca e continua giù, di nuovo verso il fiume. [...] Comincia a cercare una pietra. [...] Potrebbe forse rientrare in tempo [...] Potrebbe continuare a vivere [...] Le voci sono qui [...] Decide di continuare» (Cunningham, 2020). La protagonista è la celebre scrittrice. La narrazione inizia il giorno del suo suicidio, nel 1941, per poi tornare al 1923. E ripercorrere gli ultimi anni in cui combatte contro una feroce depressione. Virginia Woolf nella sua vita ha affrontato tormenti interiori, momenti di gioia alternati a forte depressione. Oggi si ritiene che Virginia Woolf abbia sofferto di un disturbo bipolare con severe fasi depressive. Aveva una storia familiare psichiatrica, prevalentemente di disturbi dell'umore. Dal lato materno una lunga storia di donne eccentriche e molto attive; dal lato paterno, generazioni di uomini alquanto malinconici. Suo nonno paterno morì in manicomio. Suo padre soffriva di ciclotimia. Sua madre soffriva di crisi depressive. Quindi una eredità biologica tale da rappresentare un grande rischio di sviluppare malattie mentali. Tuttavia, alcuni autori sostengono che la sua malattia sarebbe stata più lieve se non fosse stata esposta a esperienze traumatiche durante l'infanzia. Virginia è stata violentata sessualmente dai suoi fratellastri (sito 5). Laura non è consapevole della sua depressione. Avverte il malessere di vivere navigandoci dentro, ma senza riuscire a dare un senso al suo vuoto interiore. La signora Brown, che viene ritratta nella Los Angeles del 1949, affoga il malessere nella lettura. È una grande lettrice dei romanzi della Woolf. Sta infatti leggendo La signora Dalloway. Vive il suo matrimonio con un senso di estraneità. Vive suo figlio Richie come un peso. «Quando suo marito è qui, lei può farcela. Riesce a vedere che lui la guarda, e sa quasi istintivamente come trattare il bambino con deci-



sione e tenerezza. [...] Sola con il bambino, invece, si smarrisce. Non riesce a ricordarsi sempre come dovrebbe comportarsi una madre». È il vuoto immane che le risuona e la cattura. Laura percepisce un fondo di insofferenza per la propria esistenza. La sua banale esistenza. Nessuno però le chiede se ne sia soddisfatta. Semplicemente ci si aspetta che viva di luce riflessa dei successi professionali del marito. Ci si aspetta che lei sia soddisfatta

della propria esistenza. È la protagonista di una doppia vita. Quella di moglie e madre perfetta, in attesa del secondo figlio e quella di donna in preda a un'indomabile insoddisfazione interiore. La lettura del romanzo di Virginia Woolf la rapisce e le fa aprire gli occhi sulla propria infelicità. Laura viene ritratta nel giorno del compleanno del brillante marito. Tutto deve essere perfetto! «Gli faremo la torta più bella che abbia mai visto». La preparazione

della torta di compleanno assume il rilievo, e il peso, di una validazione personale. La torta non raggiungendo il livello di perfezione desiderata, va rabbiosamente nella spazzatura. E scopre di non sopportare la vita che le è stata ritagliata addosso. Matura in questo contesto il pensiero della possibilità del suicidio, per ritrovare la pace (sito 4). La depressione di Laura rimanda ad una realtà soggettiva ed oggettiva estremamente complessa legata alla



trasformazione del mondo e delle relazioni. Il sintomo nucleare di questa nuova depressione non è la tristezza vitale, bensì il vuoto. Dove il male oscuro è rappresentato dalla solitudine, dall'abbandono e dall'alienazione. E dove il non-successo lascia dietro di sé individualità dismesse e abbandonate. Dall'America anni '50 in cui vive Laura veniamo invece catapultati nell'epoca moderna. Clarissa Vaughan è una sorta di Mrs. Dalloway dei giorni nostri. Da sempre viene soprannominata dal suo amato amico Richard, Mrs. Dalloway, per i suoi infiniti punti in comune con questo personaggio. Clarissa vive nella New York di fine XX secolo. Sembra il personaggio più positivo, ma ha una vita inquieta. La tristezza la invade pensando alla vicina morte del suo amato amico Richard. Malato terminale di Aids, in onore del quale sta preparando una grande festa. Clarissa sembra l'unica ad aver trovato una pace con il presente. Vive con la sua compagna senza fare mistero della sua omosessualità. Eppure anche lei conosce quell'angoscia, inseguita dai fantasmi del passato (sito 2). Ma chi è la Mrs Dalloway di Virginia Woolf? È la storia di una donna depressa

che reagiva alla depressione attraverso l'organizzazione di feste fuori luogo in guerra. Anche Clarissa, in *The Hours*, combatte il suo aspetto depressivo e le sue angosce attraverso l'organizzare cose, pur mantenendo una ideazione pessimistica. Ad un certo punto dice: «ma perché tutte le cose devono andare male». Quando in realtà si trattava di organizzare solo delle cose. Suggerisce un aspetto della personalità distimica, per la sua visione al negativo (sito 3). Queste tre storie si intrecciano tra di loro. Il bimbo di Laura Brown, Richie, lo ritroviamo nell'ultima storia. Il Richard amico e amore di Clarissa, malato di Aids. Poeta che ha appena ricevuto un premio letterario. Cresciuto con il dramma dell'abbandono della madre, che va via di casa per suicidarsi, ma che poi scappa in Canada. Richard vive una vita disregolata non elaborando il lutto per la scomparsa della madre. E che prima di ricevere il premio scivola delicatamente dalla finestra, ponendo fine alla sua sofferta e dolorosa vita. Non è un caso che in *The Hours* a morire siano i due poeti, Virginia e Richard, che si interfacciano con il proprio demone attraverso la scrittura (sito 3). La depressione si pro-

pone in tante forme diverse nel corso degli anni. *The Hours* ci insegna che la depressione porta depressione. Laura con la sua depressione condiziona la vita di Richie, il futuro poeta Richard. Richie, abbandonato da sua madre, cerca nella sua vita di vicariarne la perdita.

Bibliografia

1. Cunningham M.: *Le ore*. La nave di Teseo editore, Milano, 2020
2. <https://www.langolodeilibri.it/the-hours-le-ore-michael-cunningham/>
3. <https://artesettima.it/2017/03/28/the-hours-il-coraggio-di-vivere/>
4. <https://www.cronacheletterarie.com/2020/12/17/le-ore-di-michael-cunningham/>
5. <https://bipolarinformati.com/2019/11/17/virginia-woolf-neuroprogressione-e-disturbo-bipolare/>

Foto di Immacolata d'Errico tratta dalle scene del film e locandina *The Hours*



Immacolata d'Errico

*Medico Psichiatra
Comitato Scientifico*

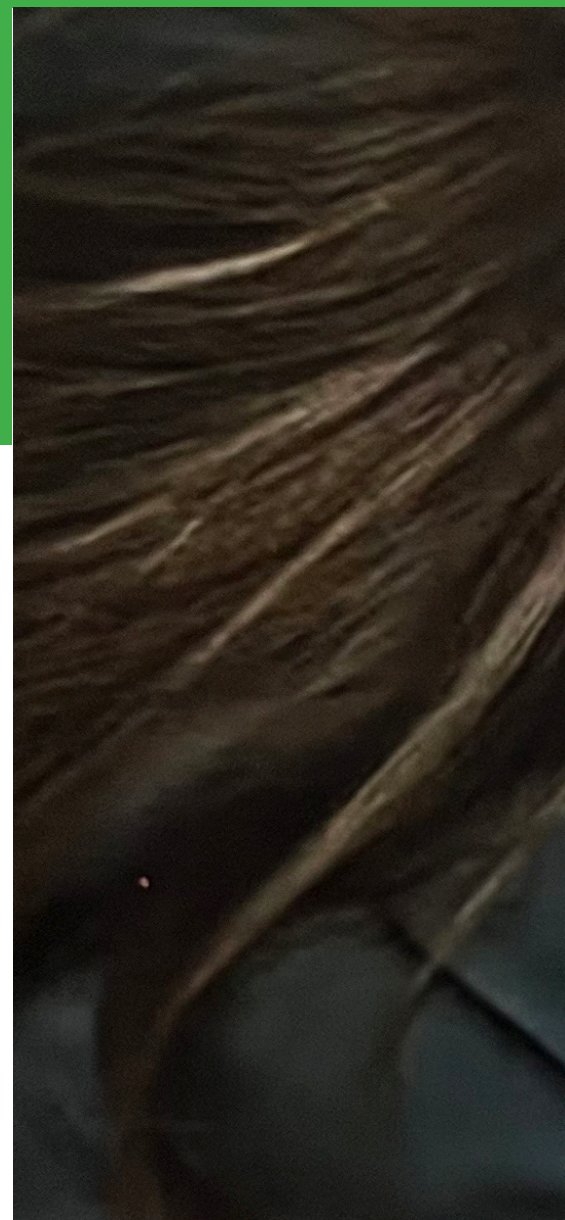
Mi vedete? La depressione giovanile di Dafne

/ Immacolata d'Errico /

Un cortometraggio che parla di depressione giovanile portando alla luce il forte disagio di molti giovani depressi che, restando nell'ombra, non vengono visti.

«Mi Vedete?» è un cortometraggio presentato al Giffoni Next Generation nel 2022. Lanciato all'interno del progetto adoleSCIENZE da Lundbeck Italia in collaborazione con Havas Life per sensibilizzare sulla depressione giovanile. Scritto dallo sceneggiatore Manlio Castagna e diretto dal regista Alessandro Riccardi, è stato realizzato con il supporto scientifico di un Board Scientifico di clinici (1). Dafne è una adolescente di 16 anni, rintanata in una stanza. Le tende chiuse, «le apro io dopo» dice alla madre che tenta di aprirle. Non mangia, spilucca nel piatto. Le occhiaie. Incomprensioni con il padre: «ma come fai a stare sempre così moscia, io all'età tua mi dovevano sparare per stare fermo!». Padre che non comprende, che non la vede, non la ascolta. Non ascolta la sua sofferenza. Non comprende la sua depressione. La depressione giovanile di sua figlia Dafne. «Sei sempre buttata sul letto a non fare niente! Ma non ti vergogni!» le dice a tavola. E si sente fuori campo una voce femminile che le dice: «non potranno mai capirti» (3). Efficace espediente scenico è la presenza della deuteragonista, sottoforma di ombra della ragazza che simboleggia la sua depressione giovanile. La depressione di Dafne irrompe intrusiva ed invadente nella sua gio-

vane vita. Assume le sembianze di una vera e propria presenza fisica. Un'ombra che accompagna Dafne costantemente, restando però invisibile agli occhi dei genitori. Non riescono a vederla! Perché sono impreparati e spaventati di fronte a ciò che semplicemente non conoscono. Soprattutto il padre che legge tutto in termini di adolescenza, urlando alla moglie «non è pazza come tua madre...Dafne non è malata». L'ombra le dice «sei brutta», «non ti muovere!», «non serve a niente uscire da quel letto!». Le offre una lametta dicendole «non sarai mai più felice». Dafne si tagliuza. E dopo, Dafne scrive sul pc: «Mi sveglio pregando che la giornata finisca presto. E invece dura sempre troppo». Alla disperazione di Dafne l'ombra le dice: «una via d'uscita ci sarebbe» indicandole la finestra. Il tentativo di suicidio o meglio il suicidio mancato, irrompe nella vita dei genitori. Con il supporto di una psichiatra riusciranno finalmente a vedere e riconoscere la malattia della figlia. Una depressione giovanile che viene urlata da una Dafne disperata. E che se fosse stata vista, ascoltata e curata non sarebbe giunta al gesto autolesivo (2). Una voce fuori campo nelle scene finali così sussurra: «La guarigione in questi casi è un processo. È lungo, non illudiamoci ma si può riuscire.



La prima mossa è riuscire a vincere la diffidenza nei confronti della possibilità di essere compresi e aiutati. Il secondo passo è aiutarlo a prendere consapevolezza del suo stato, del suo star male. Dobbiamo fargli capire che possiamo accogliere la sua sofferenza senza paura, senza giudicare, ascoltando davvero. L'ascolto è fondamentale. Devo passare il concetto che la sentiamo, che la vediamo». Il cortometraggio si conclude con Dafne che ci dice: «e voi? voi mi vedete?» (3). Non esiste un profilo di personalità dell'adolescente suicida o una patologia psichiatrica stabilita. Se, però, coesistono una dimensione depressiva, impulsività, vulnerabilità, bassa resilienza e ridotta tolleranza al dolore, il rischio è più elevato. Ogni gesto auto-lesivo, qualunque sia la gravità, va sempre considera-



Foto di Immacolata d'Errico, tratta da una scena del film *Mi Vedete?*

to come una richiesta e non vanno sminuiti né sottostimati i gesti o le frasi di togliersi la vita. Il suicidio è anche rottura di legami: con sé stesso ma anche con il mondo esterno. Il passaggio all'atto è un processo: non viene deciso in maniera estemporanea. Nasce e scaturisce a partire da un'impressione di malessere, malessere che nella maggior parte dei casi viene misconosciuto o comunque non ascoltato. La depressione non viene capita. Accade spesso che il malessere non venga affatto palesato. Quando persiste, l'idea di morte appare come una luce risolutiva e rinfrancante. L'idea diventa ideazione, ad ogni difficoltà si ripresenta e si impone alla psiche a tal punto da trasformarsi in idea prevalente. Iniziano gli scenari, si pianifica l'atto. E sarà sufficiente una scintilla per

appiccare il fuoco (4) ! Teniamo presente che un giovane che tenta di darsi la morte è un giovane che vorrebbe vivere...solo che vorrebbe vivere in maniera diversa. E non sa come riuscirci! La sofferenza, la disperazione presente nella depressione giovanile è caratterizzata da solitudine ed isolamento. Isolamento che favorisce la sensazione di essere travolti da una angoscia e

da una sofferenza senza soluzione. Questo cortometraggio ha la finalità di sensibilizzare, informare e rendere consapevoli sulle malattie mentali in età adolescenziale. E di superare lo stigma. Stigma che è nei giovani stessi, a disagio nel parlare di malessere psichico. Perché la depressione fa paura. Superare lo stigma significa curarsi e guarire, quindi vivere.

Sitografia

1. <http://www.donnainsalute.it/news/mi-vedete-il-corto-sulla-depressione-nei-giovani-presentato-al-giffoni-film-festival/>
2. https://insiemeperlasalutementale.it/wp-content/uploads/2022/07/CS-presentazione-Mi-vedete_Giffoni-Film-Festival-2022-1.pdf
3. <https://www.youtube.com/watch?v=UP9U7ecK09M>
4. https://www.youtube.com/watch?v=ZFh7_pLMF7k&t=610s.



Immacolata d'Errico

*Medico Psichiatra
Comitato Scientifico*

Estate 1993, elaborazione del lutto della piccola Frida

/ Immacolata d'Errico /

A Barcellona, nell'estate 1993 la piccola Frida, di sei anni, in silenzio vede riporre e scomparire negli scatoloni gli ultimi oggetti di sua madre. Volata in cielo.

Con delicata intensità la regista Carla Simón in *Estate 1993* (Spagna) si è ispirata alla sua esperienza personale. Dopo la morte di papà, alcuni anni prima e di mamma poi, Frida/Carla a 6 anni viene affidata agli zii materni. Lo zio, fratello di sua madre e la zia, con la loro piccola Anna l'accolgono a braccia aperte nella provincia catalana. *Estate 1993* è un film autobiografico uscito nel 2017 dove, in modo molto toccante, la regista racconta l'asprezza del percorso che porta alla dolorosa elaborazione del lutto. Una storia dalle scene così vivide perché figlie del ricordo e della rielaborazione. Quest'opera prima di Carla Simón è un film sui bambini, sull'elaborazione del lutto nell'infanzia, ma non è un film per bambini (1). La prima fase dell'elaborazione del lutto è la fase dello stordimento (J. Bowlby). Compare uno stato iniziale di incredulità e shock. Lo stordimento potrebbe anche accompagnarsi a una sorta di anestesia emotiva che può essere interrotta da attacchi di angoscia e rabbia di estrema intensità. Può comparire anche negazione dell'accaduto. Quando compare il rifiuto dell'accaduto, l'elaborazione del lutto diventa difficile. Il bambino allora necessita di essere aiutato da un adulto per comprendere ciò

che è accaduto e fare emergere le emozioni. Possono essere utili le fiabe e i cartoni animati a tema. Le prime scene del film mostrano una Frida silenziosa che vede svuotare casa sua. I traslocatori portano via le cose di mamma. Lo zio ripone le cose della piccola in auto per portarla via con sé. La regista si sofferma sulle reazioni impresse sul suo volto. Le sopracciglia sono impercettibilmente increspate. Lo sguardo è perso nei mobili che vengono portati via. La piccola Frida/Carla ha un'espressione assorta e intensa. Qui vediamo l'innocenza di una bambina smarrita nel dolore (2). La seconda fase del lutto è quella della ricerca e dello struggimento della persona perduta (J. Bowlby). Il dolore è intenso e struggente. Il bambino è disorientato e reagisce con rabbia. Rabbia spesso rivolta a chi è vicino. Compare angoscia, spesso somatizzata sino a configurare veri e propri disturbi psicosomatici. Il bimbo è agitato. Sta realizzando il non ritorno della persona cara (soprattutto se si tratta di un genitore). È una fase dalla durata variabile. Può essere anche lunga, durare mesi o anche anni e il bambino può ripiegarsi in sé stesso sino ad arrivare anche a mostrare segni di depressione. Se non adeguatamente affrontata. Il bambino può presen-

tare anche problemi di concentrazione, facile distraibilità, disturbi del comportamento e dell'alimentazione, disturbi del sonno quali incubi, pavor nocturnus, enuresi. Gli zii vivono in campagna e così Frida è costretta a lasciare la sua vita a Barcellona. Per lei è difficile dimenticare la mamma e adattarsi alla sua nuova casa nella campagna catalana. È un cambiamento drastico. Prova gelosia per la piccola Anna, le fa molti dispettucci, nonostante l'affetto incondizionato della cuginetta. Si sente inadeguata, inizialmente viene allontanata dai coetanei per il sospetto che possa aver contratto la malattia della madre (2). Frida corre per la campagna, litiga con il mondo, fa capricci, porta gli adulti all'esasperazione. È arrabbiata. Pensa di fuggire. Gli zii, dapprima disorientati, sono sempre più vigili nel cercare di decifrare le spesso irrazionali reazioni di Frida. «Vuoi chiamare la tua mamma?» la cuginetta Anna chiede a Frida, porgendole la cornetta. Sembra un gioco infantile, Frida prende il telefono, compone un numero e il telefono squilla. Nessuno risponde, Frida sa che mamma e papà non ci sono più. E che la vita non è più un gioco. La terza fase è detta della disorganizzazione e disperazione (J. Bowlby). Caratterizzata dal dolore per la realizzazione della «definitività» della perdita e dalla collera per l'impossibilità di ritrovare la persona amata. L'impulso a ricercare la persona perduta è forte. Compare il timore di essere di nuovo abbandonati. La perdita del genitore comporta spesso una riorganizzazione familiare e quindi un cambiamento di vita che determina nel bambino un forte senso di smarrimento. Questa è una fase dell'elaborazione del lutto molto delicata. Occorre stare molto vicini al bambino. L'adulto deve infondergli sicurezza e il bambino deve essere aiutato a liberare il dolore che prova. Qui è importante che il bimbo inizi a ricordare la persona amata e tutti gli episodi di vita trascorsi insieme. Questa fase terminerà quando il bambino inizierà



ad interiorizzare la persona perduta. Perché se la figura amata troverà spazio nel cuore del bambino vi resterà per sempre. Sono importantissimi i disegni. Nell'estate 1993 Frida intraprende il suo faticoso e doloroso percorso di accettazione sia della morte della madre che della sua nuova vita. Sembra un animale in gabbia. La nonna cerca di farle sentire vicina la mamma attraverso le preghiere da recitare la sera. La bambina scopre però nel bosco una statua della Madonna e quando non vista, le porta delle sigarette per la madre. Il suo vero sentire si esprime di notte quando va a pregare per la madre, nel bosco, di fronte alla statuetta della Madonna. Frida però è anche preoccupata per la nuova mamma, Marga e di notte va a sentire se respira ancora. Ha paura di perdere anche questa mamma. Le chiede la rassicurazione che lei non morirà mai! L'ultima fase è quella della riorganizzazione (J. Bowlby). In questa fase il bambino si adatta alla nuova realtà. Recupera energie. Ritorna a sorridere e a giocare. Recupera un nuovo stato di benessere. Gli adulti devono comunque sempre monitorare il bambino per aiutarlo a gestire il percorso e le

nuove emozioni. Questa nuova famiglia deve affrontare un percorso di trasformazione. Uno zio, una zia e una cugina devono trasformarsi in un padre, una madre e una sorella. E Frida deve conquistarsi il proprio posto nella nuova famiglia, mentre gli zii devono imparare ad amarla come una figlia (4). La bambina pian piano perde la rabbia e acquista tenerezza mostrandosi quella che è. Spaventata e addolorata butta fuori la sua sofferenza, si fa abbracciare. Così inizia il processo di integrazione nella nuova famiglia sino a farne parte (3). Comincerà a chiamare con naturalezza gli zii «mamma» e «papà» e a chiedere senza paura della morte della sua «mamma di prima». L'armatura di rassegnazione e distacco inizia a scalfirsi per poi a sgretolarsi e sciogliersi. Nelle ultime scene emerge una nuova tenerezza all'interno della famiglia. È solo nel finale, durante una scena spensierata di gioco sul lettone Frida si abbandonerà ad un pianto liberatorio e doloroso (2). «A volte mi sono chiesta perché raccontare qualcosa di tanto personale, ma non appena ho finito la sceneggiatura ho capito quanto questo mi abbia aiutato a conoscere la mia famiglia,

perché il processo di scrittura mi ha fatto guardare la storia dal punto di vista di ogni personaggio». Credo che queste parole di Carla Simón siano rivelatrici di un processo di elaborazione del suo lutto, ancora in atto. Carla attraverso il dolore di Frida ha rievocato il suo dolore, lo ha accolto e ci ha fatto definitivamente pace.

Bibliografia e Sitografia

1. John Bowlby: Attaccamento e perdita. Vol. 3: perdita della madre, Bollati Boringhieri, 2000
2. <https://quinlan.it/2017/11/12/estiu-1993/>
3. <https://www.cinematografo.it/recensioni/estate-1993-wwwbjg5pd>
4. <https://www.cinematographe.it/recensioni/estate-1993-recensione-film/>
5. <https://www.filmmtv.it/film/138196/estate-1993/>

Foto: di Immacolata d'Errico tratta da una scena del film Estate 1993, di Carla Simón



Immacolata d'Errico

*Medico Psichiatra
Comitato Scientifico*

Fedez: non sottovalutate la salute mentale

/ Antonella Litta /

L'artista ha parlato di salute mentale nella trasmissione televisiva "Domenica in" partendo dalla sua esperienza personale

Non è la prima volta che Fedez parla di depressione. Più volte ha sensibilizzato i followers alla tematica della salute mentale partendo dalla sua esperienza personale. In questa occasione dall'intervista della Venier a Domenica in emerge una riflessione lucida e onesta sulle problematiche di cui ha sofferto (Domenica in, 3/12/2023). Negli ultimi anni il rapper ha avuto un serio problema di salute fisica, un tumore del pancreas (Che tempo fa, 3/10/2023). A settembre scorso, poi, è stato operato di urgenza per un'emorragia interna. Nell'intervista ha confessato come questi eventi abbiano messo a dura prova la sua salute mentale imbattendosi con la precoce possibilità di morire. Vi è un legame stretto e reciproco tra malattie fisiche e salute mentale, ampiamente dimostrato dalla letteratura. Le malattie fisiche aumentano il rischio di depressione e viceversa. Un problema fisico può determinare sintomi depressivi direttamente, attraverso modifiche neurobiologiche correlate. Ad esempio, un problema tiroideo può indurre cambiamenti ormonali tali da causare sintomi ansioso-depressivi. Essere affetti da un problema fisico, poi, compromette la qualità

della vita con tendenza alla demoralizzazione secondaria. Secondo un recente studio la depressione è correlata al rischio di essere affetti da 25 malattie fisiche, tra cui diabete, bronchite cronica, infarto (Philipp F. et al. 2023). Fedez parla chiaro. Non bisogna sottovalutare la salute mentale: la mente e il corpo vanno di pari passo. Nella sua intervista invita a considerare in misura maggiore la salute mentale. Spesso si è portati a dare più importanza al fisico sano ma spesso la mente è una prerogativa più importante. La cosa più difficile è affidarsi ai farmaci. Si pensa di potercela fare da soli e, com'è successo a Fedez, si ha paura dei cosiddetti psicofarmaci, per gli effetti collaterali. Nonostante la sua prima esperienza, l'artista si è nuovamente affidato a specialisti e questa volta, come dice lui stesso, è andata meglio. Durante l'intervista l'artista confessa di aver avuto pensieri a gesti estremi. Afferma di non aver compiuto tali gesti per amore dei suoi cari. Avere un problema di salute mentale significa indossare delle lenti che fanno percepire distorta la realtà e possono far emergere pensieri autolesivi. Affidarsi il prima possibile a specialisti aiuta a prevenire l'insorgenza di questi



pensieri.

Mara Venier durante l'intervista ricorda che è facile cadere nella rete dei pensieri negativi. Si sofferma sul ricordo di un consiglio di un giovane medico durante il suo ricovero per depressione.

« Mara, lei deve pensare di meno perché se per ventiquattrore fissa una candela dopo ventiquattro ore diventa un candelabro ».

Le disse e lasciò traccia indelebile nei suoi ricordi. Un invito alla leggerezza, a non farsi dominare dai



pensieri negativi. Riecheggiano in mente mentre scrivo le note di «Prima di ogni cosa», singolo pubblicato dall'artista nel 2018 e dedicato ai suoi figli. «Ci saranno lividi di cui andare fiero.

Ho un manuale di istruzioni dove “distruzioni” è scritto attaccato». Un padre, un uomo che si è rialzato dopo una grande sofferenza psico-fisica anche grazie alle cure dei medici di cui riconosce la priorità importanza.

Bibliografia

Philipp F. et al. Association Between Depression and Physical Conditions Requiring Hospitalization, *Jama Psychiatry*, 2023 ; 80 (7):690-699

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Fedez: “Ho avuto paura, ero in profonda depressione” - Domenica In 03/12/2023, <https://www.youtube.com/watch?v=-qAeHmiDvy0>

Che tempo che fa | Intervista a Fedez: la sua malattia e l'importanza della salute mentale. <https://www.youtube.com/watch?v=zzIj9dGYnrs>, - Che Tempo fa 3/10/2023

Foto: Envato Elements



Antonella Litta

Medico Psichiatra

Redattrice

Orfeo e il dolore contagioso e freddo

/ Heinz Katschnig /

Le due forme del lutto: come Ovidio contrappone il dolore contagioso al dolore freddo nel mito di Orfeo ed Euridice.

Quando vediamo qualcuno che piange una persona cara recentemente deceduta, spesso abbiamo anche noi le lacrime agli occhi e ci sentiamo tristi. Questo tipo di dolore normale, potremmo definirlo emozionale o contagioso, di solito comporta sostegno sociale. Ma il dolore può anche essere un dolore diverso, “freddo” e definibile “non-contagioso”. Nel mito di “Orfeo ed Euridice” quest’ultima muore due volte (Ovidio nel libro X, versi 1-82). Ovidio nelle *Metamorfosi* contrappone le due forme di dolore di Orfeo. Lo scopo di questo articolo è presentare alcune considerazioni su queste due diverse reazioni di Orfeo e sulle loro implicazioni comunicative. Cioè se il dolore è commovente per l’ambiente sociale o no. Cito parecchi versi di Ovidio (Ramous, 1999) con i miei commenti. Per informazioni più esaustive sugli altri aspetti del dolore cfr. Gross R, 2016; per una introduzione sugli altri argomenti del mito di Orfeo vedi <https://it.wikipedia.org/wiki/Orfeo>.

Il dolore contagioso di Orfeo dopo la prima morte di Euridice

Nella mitologia greca, Orfeo è il figlio di Apollo e della musa Calliope. È considerato il più grande cantore e musicista dell’antichità. Nel mito è innamorato della ninfa Euridice. Il giorno del loro matrimonio lei fu morsa da un serpente e morì. Euridice morì a causa di un incidente. Orfeo si rammarica di questa

perdita con un tale lamento emotivo che, dopo essere sceso negli inferi, il suo dolore colpisce tutti i tetri abitanti del luogo. Colpisce anche le dee della vendetta che iniziano a piangere, commuovendo anche Plutone e Proserpina, imperatori dell’Ade. Orfeo riesce a esprimere le sue emozioni ed a riavere Euridice. Ovviamente un tale dolore è risultato contagioso, determinando l’aiuto da parte degli altri. “[...] la giovane sposa, mentre tra i prati vagava in compagnia d’uno stuolo / di Naiadi, morì, morsa al tallone da un serpente” (Libro X, 8-10). La causa della morte è stato un incidente per il quale Orfeo non può fare nulla. Orfeo piange la sua morte e poi, rifiutandosi di accettare quella morte e cercando di annullarla, decide di attraversare la Porta di Tenaro e di entrare negli inferi. “A lungo sotto la volta del cielo la pianse il poeta del Ròdope, / ma per saggiare anche il mondo dei morti, / non esitò a scendere sino allo Stige per la porta del Tènaro” (Libro X, 11-13). Ovidio ci dice che Orfeo reagisce in modo molto emotivo, cercando di negare che la morte sia definitiva e comportandosi in modo proattivo. Che slancio e che energia devono esserci stati in Orfeo! La speranza muore per ultima. Una situazione che si può osservare quando arriva il messaggio della potenziale morte di una persona cara perché scomparsa o coinvolta in un incidente. In questi casi persiste una piccola

speranza che la persona amata sia ancora viva e le persone colpite tentano di andare attivamente alla ricerca di questa speranza. “*Intonando al canto le corde della lira, così disse*” (Libro X, 16-17) / “*Causa del viaggio è mia moglie: una vipera, che aveva calpestato, / in corpo le iniettò un veleno, che la vita in fiore le ha reciso. / Avrei voluto poter sopportare, e non nego di aver tentato: / ha vinto Amore!*” (Libro X, 23-26) / “*Vi prego, ritessete il destino anzitempo infranto di Euridice*” (Libro X, 31) / “*Se poi per lei tale grazia mi nega il fato, questo è certo: / Io non me ne andrò: della morte d’entrambi godrete*” (Libro X, 38-39). Negli inferi, Orfeo continua a piangere la morte di Euridice cantando sulle corde della sua lira, dicendo che Euridice è morta per un incidente, un morso di serpente. Insiste sul fatto che l’amore lo ha sopraffatto e lo ha portato a scendere nel regno della morte. Implora Plutone e Proserpina, gli dei degli inferi, di riportare in vita Euridice, minacciando il suicidio in caso contrario. “*Mentre così si esprimeva, accompagnato dal suono della lira, / le anime esangui piangevano*” (Libro X, 40-41) / “*Si dice che alle Furie, commosse dal canto, per la prima volta / si bagnassero allora di lacrime le guance. Né ebbero cuore, / regina e re degli abissi, di opporre un rifiuto alla sua preghiera, / e chiamarono Euridice*” (Libro X, 45-48). / E ci riesce grazie alla forza del suo dolore, emotivo ed enfatico. Le anime dei morti iniziano a piangere e persino le Erinni, le dee della vendetta, piangono per la prima volta. Tutti erano commossi dal dolore di Orfeo. Ovidio ci dice che il dolore è contagioso. Infine, Plutone e Proserpina, anche loro commossi, non resistono, cedono e chiamano Euridice per restituirla a Orfeo.

Dolore freddo dopo la seconda morte di Euridice

La seconda morte Euridice accade dopo che Orfeo l’ha guardata mentre camminava di nuovo verso la terra, cosa che i governanti degli inferi avevano proibito. Orfeo è pie-



Foto Di Xinstalker di Wikipedia in italiano, CC BY 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=26972184>. Bassorilievo in marmo che rappresenta Hermes, Euridice e Orfeo, Museo archeologico nazionale di Napoli.

trificato, ha ruminazione di colpa, è privo di energia, non mangia. Non può più provare emozioni e respinge le donne che volevano unirsi con lui. Il dolore è freddo e repellente. *“Orfeo del Ròdope, prendendola per mano ricevette l’ordine / di non volgere indietro lo sguardo, finché non fosse uscito / dalle valli dell’Averno; vano, se no, sarebbe stato il dono”* (Libro X, 50-52). / *“E ormai non erano lontani dalla superficie della terra, / quando, nel timore che lei non lo seguisse, ansioso di guardarla, / l’innamorato Orfeo si volse: subito lei svanì nell’Averno”* (Libro X, 55-57). Orfeo riaccoglie Euridice, ma può farlo solo a condizione di non guardarla prima che entrambi abbiano raggiunto la luce del giorno. Non è chiaro il motivo di questo ordine. Ovviamente ha a che fare con la fiducia che, evidentemente, Orfeo non aveva. Forse dubitava che l’accordo avrebbe funzionato, forse temeva che Euridice potesse cadere. In ogni caso, disobbedisce all’ordine e si volta indietro quando hanno quasi rag-

giunto la luce del giorno e allora Euridice muore per la seconda volta. La reazione di Orfeo alla seconda morte, provocata da lui stesso, è in netto contrasto con la sua calda, contagiosa e commovente reazione di dolore alla prima, accidentale, morte di Euridice. Adesso Ovidio dà una descrizione cupa di uno stato emotivo freddo che non può commuovere l’ambiente. *“Rimase impietrito Orfeo per la doppia morte della moglie”* (Libro X, 64). Primo: Orfeo è “pietrificato”. Il testo latino dice “stupuit”, un termine che ricorda agli psichiatri il termine psicopatologico “stupor” che significa il massimo “ritardo psicomotorio” possibile. *“O come Oleno che si addossò la colpa e volle passare per reo”* (Libro X, 68-69). Secondo: Orfeo si incolpa di aver causato la morte di Euridice proprio come, scrive Ovidio, fece Oleno, altra figura mitologica greca, che si assunse la colpa del comportamento di sua moglie (Scivoletto M, 2013). Esiste un’interpretazione che racconta che Euridice non

era in realtà tanto pronta a tornare sulla terra ed esitò a seguire Orfeo - quindi la colpa potrebbe essere di entrambi (<https://www.youtube.com/watch?v=USkXeN3dM-8>). *“Per sette giorni rimase lì accasciato sulla riva / senza toccare alcun dono di Cerere: / dolore, angoscia e lacrime furono il suo unico cibo, / Poi, dopo aver maledetto la crudeltà dei numi dell’Averno, / si ritirò sull’alto Ròdope e sull’Emo battuto dai venti”* (Libro X, 73-77). Orfeo è senza energia, si trascura e non mangia più, è angosciato e arrabbiato, mentre dopo la prima morte di Euridice Ovidio descrive solo pianto e lacrime. Ora si lascia il mondo alle spalle ritirandosi sulle aspre montagne, e si rannicchia nel proprio guscio. *“Per tre volte il Sole aveva concluso l’anno, / [...] e per tutto questo tempo Orfeo non aveva / amato altre donne”* (Libro X, 78-80). Ciò concorda con il fatto che Orfeo si astiene dal piacere sessuale con le donne. Ovidio lascia aperto il dubbio se Orfeo non fosse in grado di “amare altre donne” o se

avesse fatto voto di non farlo (*“forse per il dolore provato, forse per aver fatto voto”, Libro X, 81-82*). Il comportamento di Orfeo non solo non è commovente, ma repellente. Non solo non riceve alcun sostegno esterno ma, più tardi, verrà persino ucciso dalle donne che aveva respinto, e che, prima di ucciderlo, gli urlano: *“Eccolo, eccolo colui che ci disprezza!”* (Libro XI, 7).

Conclusione

Nella realtà quotidiana il dolore dopo un decesso può assumere molte forme diverse. Esse dipendono dalle circostanze della morte e delle caratteristiche della persona che ha subito la perdita (Bonanno GA & Kaltman S, 2001; Gross R, 2016). Potrebbe essere utile concentrarsi sull'aspetto di capire se il dolore è contagioso e commovente o no (ciò dipende certamente anche dalla sensibilità dell'ambiente). Un dolore che commuove stimola solidarietà e assistenza alla persona in lutto (Horwitz & Wakefield, 2007). Se le persone nell'ambiente sociale non sono commosse, perché il dolore appare freddo, non è improbabile che allora la persona che soffre non riceverà abbastanza assistenza. Mentre, in realtà, potrebbe averne bisogno, forse anche più di una persona con un dolore commovente. Questo perché le circostanze della morte possono essere complesse (p.e. se la colpa gioca un ruolo, come nel caso di Orfeo). Nella storia di Orfeo ed Euridice si trovano alcune caratteristiche del dolore dopo la seconda morte di Euridice che non sono commoventi. Esse sono l'inibizione, l'angoscia, l'indignazione, la ruminazione di colpa, il sentirsi privo di energia e le manifestazioni di anoressia e anedonia. Contemporaneamente si definiscono tali manifestazioni del dolore come “dolore complicato” (Stroebe M et al, 2013). Sebbene sia difficile distinguere la tristezza normale dalla depressione (Maj M, 2012), non si può escludere, se tali manifestazioni esistono, che si tratti di un episodio depressivo che richiede un trattamento, quello che

secondo la ICD-11 (la più recente versione del sistema diagnostico dell'OMS) può essere diagnosticato anche dopo un decesso (Stein DJ et al, 2020).

Bibliografia

1. Gross R: Understanding Grief. An introduction. Routledge, New York, NY, 2016
2. Horwitz AV & Wakefield JC: The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sadness into Depressive Disorder. Oxford University Press, New York, NY, 2007, p.48f
3. Maj M: Differentiating depression from ordinary sadness: contextual, qualitative and pragmatic approaches. World Psychiatry 2012; 11(Suppl.1): 43-47.
4. Stroebe M, Schut, H, VAN den Bout, J (eds): Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals (English Edition) Routledge, London and Taylor and Francis, New York, 2013. Kindle-Version. DOI: 10.4324/9780203105115-11

Sitografia

5. Bonanno GA & Kaltman S: The varieties of Grief Experience. Clin Psychol Rev 2001; 21: 705-734. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
6. Ramous M: Metamorfosi - Introduzione e traduzione. Garanti s.r.l., Milano, 1999, 2017; la traduzione completa delle Metamorfosi di Mario Ramous è disponibile online su https://spazioinwind.libero.it/latinovivo/Ovidio_Metamorfosi.htm.
7. Scivoletto N: Publio Ovidio Nasone – Metamorfosi. De Agostino Libri S.p.A., Novara 2013 (Classici latini). Commentario al Libro X, 68-69 (Oleno).
8. Stein DJ et al: Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. BMC Med 2020; 18: 1-24 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>

Note Finale: : si ringrazia il dott. Walter Di Munzio per il suo contributo nella traduzione in italiano di questo scritto.

Foto: Hermes, Euridice, Orfeo Di Xinstalker di Wikipedia in italiano, CC BY 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=26972184>



Heinz Katschnig

MD, Professor emeritus, Medical University of Vienna CEO, IMEHPs research, Glasergasse 24/23

A-1090 Vienna

Austria . Ospite di redazione





Orfeo circondato dagli animali. Mosaico pavimentale romano, da Palermo. Museo archeologico regionale di Palermo. Foto di Giovanni Dall'Orto - Opera propria, Attribution, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1303452>.

I bambini e la guerra

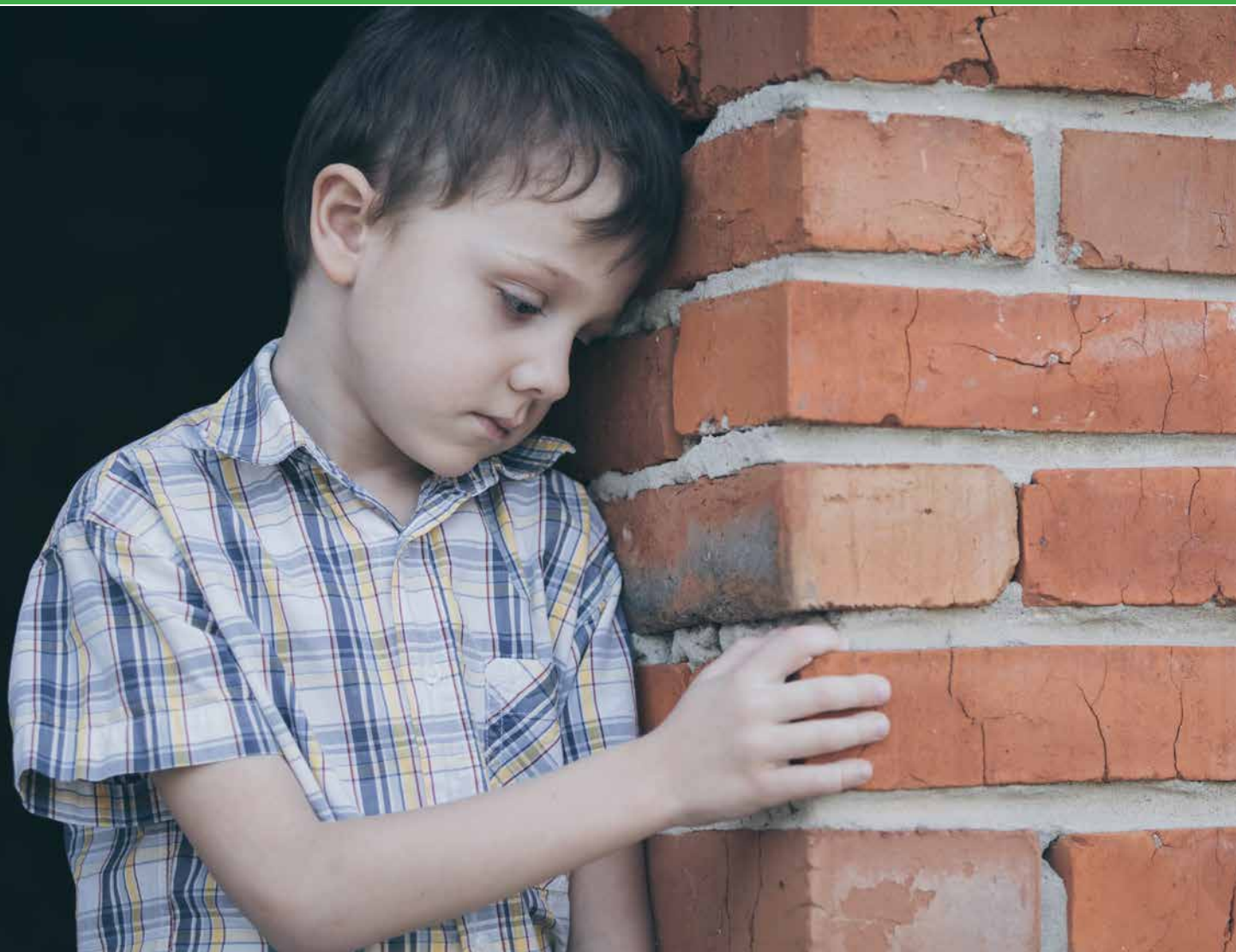
/ Dominique Tavormina /

Il tema dei bambini in tempo di guerra, oggi tornato attuale, è stato particolarmente sentito nel secolo scorso durante la Seconda guerra mondiale. Una pionieristica esperienza di accoglienza e asilo nell'Inghilterra degli anni '40 ci ha lasciato una grande eredità per la sua efficacia e validità. Un'eccellente opportunità sia nell'ambito dell'osservazione diretta dell'infanzia in un drammatico periodo di vita, che in quello della cura.

In un periodo di guerra, come quello presente, è necessario rivolgere il nostro pensiero e la nostra riflessione ai soggetti maggiormente fragili e frangibili: i bambini. L'impatto psicologico della guerra è devastante per tutti gli individui, ma è particolarmente forte su soggetti vulnerabili e immaturi come i bambini. Il naturale bisogno dei bambini di attaccamento, di sicurezza, di stabilità fisica e affettiva non può essere soddisfatto nei periodi di guerra, con conseguenze psicologiche durevoli. Le condizioni di guerra privano, infatti, i piccoli di quell'ambiente sereno e protetto in cui poter compiere le proprie necessarie esperienze di crescita e costruire la propria vita. Attacchi aerei, bombardamenti, sfollamenti, separazione dai luoghi e dalle persone più care, abbandono o perdita di figure significative e distruzione della propria abitazione divengono, in tempo di guerra, vicende ordinarie con cui imparare a convivere. «Il trauma non è l'evento, ma l'ef-

fetto sul bambino.» (Rachel Calam – docente emerito dell'Università di Manchester – Conferenza presso Anna Freud Centre del 5/12/2023 dal titolo: Traumi infantili, guerre e conflitti). Il primo effetto negativo, comune a tutti i bambini, è la mancanza di ogni forma di speranza per il futuro, insieme a una sensazione perenne di allerta. Altri diffusi effetti riguardano l'oscillazione fra iper e ipoeccitazione: da un lato irrequietezza, irritabilità e rabbia, dall'altro calma, sonno, lentezza e chiusura relazionale. E inoltre angoscia, insonnia, incubi, inappetenza, assenza di gioco, problemi di concentrazione, frequenti dolori di stomaco e di testa, enuresi, improvvisa balbuzie o mutismo. Infine, la percezione di non sentirsi mai al sicuro, anche se si è in salvo. Forse è la convinzione di non esserlo mai più, perché ciò che si è provato assume una consistenza duratura e invalidante. Al giorno d'oggi, sono sempre più numerose le organizzazioni internazionali e i team di specialisti che

forniscono supporto psicologico ai minori e alle loro famiglie nei territori teatro di guerre. Essi offrono interventi concreti e cercano di limitare le risposte emotive traumatiche. Nel luglio del 1940, la Germania nazista aveva dato inizio alla cosiddetta battaglia d'Inghilterra. Una campagna di guerra combattuta nei cieli intorno a Londra con l'intento (poi fortunatamente non riuscito) di invadere l'isola. A partire dal mese di settembre la città fu colpita da fitti bombardamenti giornalieri. Le perdite umane furono, nel complesso, limitate, grazie alla presenza di numerosi rifugi sotterranei; tuttavia, migliaia di famiglie rimasero senza casa. Dal 1941 al 1945, l'agenzia americana Foster Parents Plan for War Children decise di offrire ad Anna Freud, figlia del celebre Sigmund, un copioso sussidio per l'attivazione di tre strutture residenziali nella città di Londra e nelle vicinanze. Si trattava delle famose Hampstead Nurseries, dal nome del quartiere in cui sorse. In esse furono accolti bambini di diverse età (da pochi mesi fino a dieci anni) appartenenti a famiglie molto povere. L'intento era di rendere meno traumatica l'esperienza bellica. Duecento bambini ne beneficiarono. Molti di loro avevano già vissuto in rifugi sotterranei nei mesi precedenti. O erano stati allontanati dalle famiglie a causa dei padri in guerra e delle madri lavoratrici, non disponibili o disperse. Erano privi di altri parenti. Si trattò di un'esperienza unica nella storia. Non si era, infatti, mai verificato che si potesse procedere all'osservazione diretta delle reazioni e dei comportamenti infantili in un periodo di guerra. E allo stesso tempo offrire supporto psicologico e medico. Se rintracciati, anche i genitori furono ospitati nelle strutture; l'intento dell'organizzazione era altresì quello di concludere il percorso con il ricongiungimento alla famiglia di origine. Anna Freud e Dorothy Burlingham, sua stretta collaboratrice e amica, si ritrovarono di fronte a bambini terrorizzati dagli attacchi aerei. Erano



inibiti, avevano ritardi nel linguaggio e nell'autonomia generale ed erano privi del conforto della propria famiglia. Le dottoresse con le loro cure li protessero da deviazioni e patologie della crescita. Essi vi giunsero pieni di paura, ma entrarono lentamente in un iter evolutivo più naturale (Burlingham, 1972). Vi era, inoltre, uno staff composto da diverse figure specializzate e con lunga pratica: medici, infermiere, educatrici, psicologi. Il progetto, attraverso la strutturazione di un ambiente e di un clima familiari, permise alle nurseries di non somigliare per nulla a degli orfanotrofi o a dei ricoveri. I bambini venivano, infatti, suddivisi per età in piccoli gruppi di massimo 5 unità, affidati a una giovane bambinaia o maestra che prestava loro cure materne. Anna Freud dichiarava che: «Ripetute esperienze dimostrano l'importanza di introdurre questo rapporto sostitutivo della madre en-

tro la vita di un asilo residenziale» (Burlingham, 1972). Molte sono le rilevazioni degne di nota riportate da A. Freud nei suoi testi dedicati alle Hampstead nurseries. Tra esse vi è la costante e persistente ricerca di una figura materna a cui attaccarsi, in assenza della vera madre. Poteva trattarsi di una bambinaia, di un'infermiera o di un'assistente, ma anche di un fratello, una sorella, un compagno di gioco o altri coetanei. Tuttavia, i bambini cambiavano continuamente attaccamento, sempre pronti a legarsi a qualcuno, ma altrettanto delusi in ogni nuovo affetto/legame. «Il bambino è tanto più portato ad aggrapparsi quanto più è intimamente convinto che la separazione si ripeterà» (Burlingham, 1972). Madri surrogate e compagni di gioco non avrebbero mai potuto soddisfare i suoi bisogni e desideri profondi. Ciò a dimostrazione del fatto che il trauma di essere separati dalla madre, come

diceva A. Freud, era per i bambini un'esperienza assai più drammatica del vedere la propria casa distrutta dalle bombe.

Bibliografia

1. Becchi Egle: Anna Freud – Infanzia e pedagogia. Editrice Morcelliana, Brescia, 2021;
2. Burlingham Dorothy, Freud Anna: Bambini senza famiglia. Casa editrice Astrolabio Ubal dini, Roma, 1972;
3. Burlingham Dorothy, Freud Anna: War and children. Medical War Books, New York, 1943.

Foto: Envato Elements



Dominique Tavormina

*Pedagogista clinica
Redattrice*

La depressione nell'antica Mesopotamia

/ *Maurilio Tavormina* /

Un'analisi storica della malattia mentale e della depressione nei testi e nelle pratiche terapeutiche nell'antica Mesopotamia.

La depressione è una malattia mentale che ha afflitto l'umanità per millenni. La tristezza, la malinconia, il pensiero negativo hanno purtroppo accompagnato nel tempo la vita dell'uomo con il loro peso emotivo e cognitivo. Anche nell'antica Mesopotamia, tra i fiumi Tigri ed Eufrate, questa sofferenza psichica aveva avuto un impatto significativo sulla vita delle persone. Questo articolo esamina il modo in cui la depressione era affrontata nella società mesopotamica, analizzando i testi e le pratiche antiche per comprendere come la malattia veniva diagnosticata e trattata. L'antica Mesopotamia, tra il 3500 a.C. e il 539 a.C., fu una delle prime civiltà avanzate del mondo. La sua cultura e società erano ricche di sviluppi intellettuali e culturali, con notevoli contributi nel campo dell'agricoltura, dell'architettura, dell'arte e della scrittura cuneiforme. Tuttavia, come in molte altre civiltà, la Mesopotamia nonostante il benessere non era esente dalle sofferenze della malattia mentale, inclusa la depressione. Per comprendere il concetto della depressione nell'antica Mesopotamia, possiamo attingere principalmente dai testi rinvenuti, tra cui tavolette cuneiformi e i testi medici. Nell'antica Mesopotamia, il concetto di depressione era fortemente connesso alle credenze religiose e alle interpretazioni dei

fenomeni naturali. I testi mesopotamici spesso associano la depressione ad eventi sfortunati o a situazioni di profonda angoscia emotiva, con una reazione negativa dell'umore. I riferimenti alle «anime pesanti» o ai «cuori affranti» indicano uno stato mentale doloroso e tormentato, che può essere interpretato come un'indicazione di depressione dell'umore. In particolare, uno dei testi letterari più noti che menziona la depressione è il «Poema di Gilgamesh», un'opera epica sumerica del terzo millennio a.C. Nella storia del poema, il protagonista, Gilgamesh, sperimenta una profonda tristezza dopo la morte del suo amico Enkidu, dimostrando una comprensione primitiva delle emozioni e dei sentimenti legati alla perdita (Foster, 2001). Le cause attribuite alla depressione nell'antica Mesopotamia erano prevalentemente di natura spirituale e divina. I testi medici dell'epoca suggerivano che la malattia mentale potesse essere causata da «spiriti maligni» o come una punizione degli dei per peccati commessi. Gli antichi mesopotamici erano fortemente convinti della connessione tra gli influssi astrali e la vita dell'uomo, inclusa la sua salute mentale. Pertanto, anche le particolari posizioni delle stelle e dei pianeti venivano considerate come possibili cause della depressione (Leichty, 2011). Un importan-

te testo medico che menziona la depressione è il «Testo Terapeutico» o «Rituali Terapeutici», che include incantesimi e riti per curare diverse malattie, tra cui quelle mentali. Questi rituali spesso coinvolgevano la recitazione di formule magiche e invocazioni di divinità, con l'obiettivo di allontanare gli spiriti maligni o gli influssi negativi che si pensava causassero la depressione (Horowitz, 1998). Per trattare la depressione, gli antichi mesopotamici si basavano su un insieme di approcci terapeutici, che combinavano pratiche mediche tradizionali con la sfera religiosa. I rituali di purificazione e gli incantesimi erano eseguiti da sacerdoti o sciamani specializzati nel trattamento di disturbi mentali. Questi professionisti utilizzavano incantesimi e formule magiche per esorcizzare gli spiriti maligni ritenuti responsabili della malattia mentale. Tuttavia, l'approccio medico aveva anche un ruolo nel trattamento della depressione. Gli antichi mesopotamici avevano una conoscenza rudimentale delle proprietà terapeutiche delle erbe medicinali e delle sostanze naturali. Gli estratti di piante venivano impiegati per alleviare alcuni sintomi della depressione, anche se è importante notare che la comprensione medica dell'epoca era limitata, e l'efficacia di questi rimedi era probabilmente modesta (Fales, 2018). La religione svolgeva un ruolo fondamentale nella comprensione e nel trattamento della depressione nella Mesopotamia antica. La fede nella divinità e la fiducia nel potere della preghiera e dei riti di purificazione erano considerati essenziali per curare i disturbi mentali. Un concetto comune nelle antiche civiltà era che la vita dell'uomo fosse influenzata nel quotidiano dal volere degli dei o dall'influsso astrale e che la malattia fosse una punizione divina. Pertanto era necessario accattivare la loro benevolenza con riti propiziatori, purificatori e seguire le regole della natura e la divina volontà. Anche l'arte divinatoria dei sogni era molto importante e oltre a dare



indicazioni e vaticini sul futuro poteva dare indicazioni terapeutiche. Alcuni testi suggerivano anche il ricorso all'interpretazione di sogni, che era un'attività sacra in questa civiltà, per ottenere consigli divini riguardanti la depressione.

La depressione nell'antica Mesopotamia era considerata una condizione psichica influenzata da forze sovrannaturali e spesso trattata con pratiche religiose.

Questa concezione era tipica delle società antiche, in cui le spiegazioni naturalistiche e biologiche delle malattie mentali erano limitate e/o assenti.

Nonostante le differenze culturali e le conoscenze mediche rudimentali di quei tempi, l'attenzione data alla

religione riflette l'importanza della sfera mentale nell'esperienza umana sin dai primi tempi della civiltà. Studiare il passato ci aiuta a com-

prendere meglio l'evoluzione della nostra comprensione della depressione e delle malattie mentali nel corso dei secoli.

Bibliografia

1. Fales F. M. (2018) La medicina assiro-babilonese. ISMEO-Associazione Internazionale di studi sul Mediterraneo. 2018 Scienze e Lettere S.r.l. ISBN 9788866871484 https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10090412/1/Geller_2_Estratti%20-%20Geller%201.pdf
2. Foster B. R. (2001). The Epic of Gilgamesh: A Norton Critical Edition. W. W. Norton & Company. ISBN: 978-0393975161.
3. Horowitz W. (1998). Mesopotamian Cosmic Geography. Eisenbrauns. ISBN: 978-1575060528.
4. Leichty E., Ellis M. L., & Gerardi, P. (2011). The Babylonian Correspondence of Esagil-kīn-apli. Brill. ISBN: 978-9004206485.

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Cara amica ansia, vivo nella mia pazzia e me ne vanto!

/ Carla Gatto /

Le evidenze scientifiche possono spiegare cos'è l'ansia, ma l'esperienza di chi ci è passato per davvero può aiutare a comprendere meglio. Questa è la mia storia di pazzia e guarigione.

Ma sei pazzo? Tutti, almeno una volta nella vita, abbiamo utilizzato questa frase in un momento di rabbia per sminuire la persona con la quale si sta discutendo. Una frase detta così, senza pensarci: tre corte parole che sembrano non contare nulla e invece contano, eccome. Anche a me è capitato di utilizzarla: ho smesso di farlo alla fine del 2021 quando la pazzia sono diventata io. Sì, avete letto bene: vivo nella mia pazzia e me ne vanto! Ho capito di essere pazzo, come vi dicevo, a dicembre del 2021: una situazione lavorativa e personale mi hanno portato alla pazzia, ma non come quella intesa nell'immaginario collettivo. Non mi hanno legata con la camicia di forza, fatto l'elettroshock o iniettato liquidi strani che mi facessero tremare come una tarantola. La mia pazzia si è sviluppata per gradi senza che me ne accorgessi. Ricordo ancora una mia collega che mi ha massaggiato le spalle e ha esclamato: «mamma mia, come sei tesa!». Normale direte voi, soprattutto se il lavoro prevede ore davanti al computer con una postura scorretta. Ma non era solo quello: rientrata a casa, piangevo e mi sentivo vuota. Un vuoto che non equivale a tristezza ma assomiglia alla paura. La paura di non farcela, di vedere infranta

ogni aspettativa, di affrontare un'esistenza massacrante fingendo un sorriso sulle labbra. La paura di non riuscire a trovare una dimensione in cui stessi bene. Non stavo bene a casa mia, non stavo bene dentro e fuori l'ufficio e non stavo bene con gli amici. La mia tensione sulle spalle si è fatta sempre più pesante come il mio cuore: dalle scapole, poi è passata alla schiena fino a sfociare in un dolore acuto mai provato prima. Ho avuto paura di morire. Le gambe tremavano, la gola si era chiusa, non ho chiuso occhio per tutta la notte pensando che il mio destino fosse segnato per sempre. Avevo una malattia incurabile ed ero lì, pronta a schiattare da sola come un cane. Rasentavo, appunto, la pazzia. Sono tornata a casa dai miei, ho preso dei banali antidolorifici e i dolori sono passati. Ma è subentrata poi la voglia di rinchiudermi. Ho cominciato a lavorare da remoto, ma tutto diventava pesante: alzarmi dal letto era faticoso. Dormivo tantissimo (mai fatto in 30 anni di vita, pure da piccola mia madre si lamentava che non chiudessi occhio). Non avevo fame (io che sono di buona forchetta) e non volevo neanche lavarmi. L'unico mio svago, se così possiamo definirlo, era uscire di pomeriggio, il pigiama sotto il giubbotto, e pas-

seggiare per il lungomare del mio paesino. Da sola, con la testa che mi diceva che avevo una malattia incurabile. I battiti acceleravano, ma il dolore peggiore era quello alla mandibola: digrignavo così forte i denti tanto da procurarmi un continuo mal di testa. Poi, un giorno, la salvezza. Mia madre, non sapendo come altro rassicurarmi dopo mille visite mediche, ha chiamato il dottore di famiglia, sant'uomo! Non potrò mai dimenticare le sue parole dopo quella sorta di colloquio: «Carlè (lui così mi chiama), questo è l'inizio della depressione». Una diagnosi sconvolgente per i miei, ma non per me: finalmente avevo una risposta. Era pazzia sì, ma perché ero in crisi depressiva. Sono stata molto razionale nel mio percorso di salu-





te mentale; ho accettato (e voluto) incontrare una psicoterapeuta che, seduta dopo seduta, mi ha fatto capire il problema. Insieme siamo arrivate al nocciolo della questione: la mia pazzia era generata dall'ansia. Ma non quell'ansietà buona, dove te la fai sotto prima di un esame, ma un'ansia patologica che non ti fa apprezzare più nulla. Con l'ansia diventi catastrofista, rimugini sulle situazioni, pensi sempre al peggio e i muscoli diventano tesi, come i pensieri che non ne vogliono sapere di sbrogliarsi. Non mi vergogno della mia diagnosi, non mi vergogno di dire che vado tuttora in terapia e che assumo psicofarmaci. Essi mi hanno aiutato con la mia malattia mentale perché è questo di cui si parla, di una patologia vera e propria. Avere una

malattia mentale, come dice la mia psicoterapeuta, non significa essere schizofrenici, ma ci sono diversi gradini, come in una piramide: tutte le malattie mentali però, possono essere invalidanti. Ma il risvolto positivo è un altro: se ne può uscire. Io sono uscita dal tunnel della mia pazzia e lavoro su me stessa ogni giorno. Grazie alla psicoterapia, sono riuscita ad affrontare situazioni molto difficili, ad esempio il tumore di una persona cara. Spezziamo quindi questi inutili tabù che mettono in cattiva luce le persone che hanno questa patologia: il malessere fisico è pari al malessere dell'anima infatti, come due buone comari, vanno a braccetto. Una mente capace di navigare nel mare della vita, potrà essere invincibile solo se può

sottoporsi alle cure senza sentirsi il dito puntato contro. Senza lo stigma della pazzia che ci vorrebbe rinchiusi in un manicomio. E anche se lo siamo, va bene così. Preferisco vivere nella mia pazzia e farmi curare, piuttosto che ricadere nel buco nero del mio male interiore. Per favore, non sottovalutate l'esistenza di queste malattie invisibili (che poi tanto invisibili non sono) e, soprattutto, se avete bisogno, rivolgetevi a qualcuno. Se io ce l'ho fatta, ce la possono fare tutti. L'ansia c'è ancora eh, ma ora siamo diventate amiche e andiamo d'accordo.

Foto: di Canva www.canva.com

Carla Gatto

Ospite di redazione, giornalista

Infanzia grama e depressione

/ Giovanni D'Amiano /

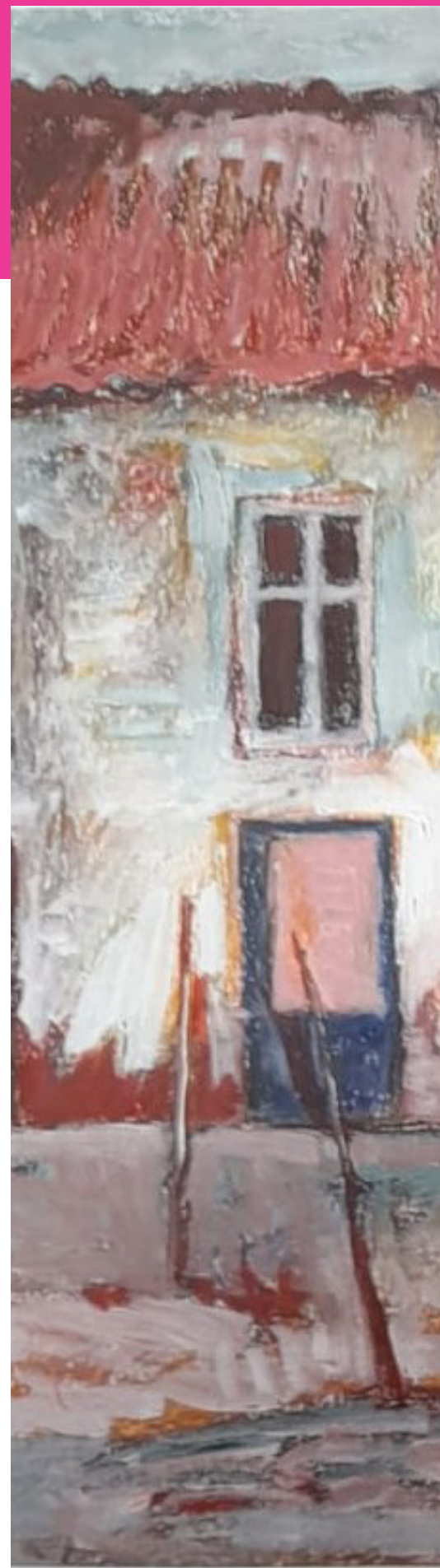
La testimonianza di un medico sofferente di depressione e l'efficacia delle cure sanitarie, della pittura e della poesia

La mia infanzia è stata molto grama poiché affetta da parassitosi intestinale e malnutrizione proteica ed energetica, sino ad avere la forma conclamata e grave del Kwa-shiorkor. Ad esso vanno aggiunte pressoché tutte le malattie infettive dell'infanzia, mancando le vaccinazioni. Stabilizzatomi alla meglio, ho iniziato la scuola primaria intorno ai 10 anni. Dopo il liceo a Madonna dell'Arco (NA), mi sono iscritto alla facoltà di Medicina a Napoli. È stato in questo periodo che ho cominciato a soffrire di disturbi psichici. Soffrivo di cefalea, ansia, insonnia, inappetenza, stanchezza fisica e mentale, malinconia con riduzione della libido e depressione. Allora la malattia depressiva non era ben conosciuta e, ovviamente, non si conosceva una terapia specifica. Come farmaco cominciai ad usarmi il litio e, soprattutto in modo aspecifico, la pratica dell'elettroshock o terapia elettroconvulsivante. Conoscendone gli effetti, in qualità di studente di medicina, evitai di farla. La terapia mirata ed efficace si ebbe con la scoperta della serotonina e del suo ruolo nel contrastare e curare i sintomi della depressione. Individuata la depressione come malattia metabolica, con serotoninici e farmaci affini, si riuscì a tenere sotto controllo la malattia sino alla guarigione, in diversi casi. E fu grazie ai vari farmaci antidepressivi che riuscii a continuare gli studi di medicina, a specializzarmi in pediatria (a Napoli) e in puericoltura (a Roma).

Così riuscii ad organizzare la mia vita professionale e familiare, anche se, tutt'ora, pratico la terapia a dose di mantenimento. Già da adolescente mi appassionai alla pittura e alla poesia e l'arte ha salvato la mia vita emotiva. Riporto alcuni componimenti in versi, scritti intorno ai 20 anni, da cui si evincono segni di evidente sofferenza depressiva. Se ho voluto rivelare la mia vita da depresso, è per dare speranza a chi soffre e inviare il chiaro messaggio che, oggi, la depressione è curabile. La si può mantenere sotto controllo e anche, frequentemente guarire con farmaci efficaci, supporto psicologico e con l'arte. Il consiglio che mi sento di dare, da medico che ha personalmente sperimentato tale malattia psichiatrica, è di inquadrare precocemente il quadro sospetto (possibilmente già in età pediatrica). È necessario, comunque, sempre rivolgersi a centri altamente qualificati.

Depressione

Per decenni, l'oltraggioso parassita,/ la bestia ha dimorato nel mio corpo/ l'ha depredato dei colori vivi,/ ha manomesso le correnti dolci delle acque,/ fermandole in pozzanghere macerate e puteolenti.../ Ha tentato in più occasioni di divorarmi,/ ma la resistenza sempre insorta/ del mio essere di terra ruderale/ ha sempre generato, a me stesso ignote,/ stille di rugiada dalle radici più profonde./ "Sempre, figlio, il tuo angelo custode/ ti farà aria con le sue ali spiegate/ e ti solleverà dal fondo, dalle



tenebre"./ E ogni volta ho risalito la china/ ritrovato il verde, il miele delle api/ i sensi rinati, gli amici amo-



Foto: "Casolare di Volla", pastello ad olio su cartoncino, 1973, per gentile concessione dell'autore Giovanni D'Amiano.

revoli.../ Soprattutto, la generosa
poesia./ Poesia che sempre m'è stata
musa/ di speranza, asta d'appoggio,

fedele.../ Ed è perciò che a te, amata
e ritrovata,/ non so rinunciare./

Giovanni D'Amiano

*Ospite di redazione, pediatra,
artista*

Auto mutuo aiuto per sopravvissuti. Continuare a vivere dopo un lutto per suicidio

/ Wilma A.R. Di Napoli /

La perdita di una persona cara per suicidio, oltre al dolore indicibile, lascia cicatrici profonde nell'animo di chi resta. I gruppi di auto aiuto per coloro che vengono chiamati «sopravvissuti» sono uno spazio di condivisione prezioso dove ritrovare sé stessi e un senso nella vita.

Il suicidio è un evento che ha un grosso impatto sulla nostra società, nonostante gli sforzi compiuti fino ad oggi da istituzioni sanitarie e sociali. L'OMS ha negli ultimi anni ratificato un impegno per la riduzione di almeno un terzo dei tassi suicidari nel mondo entro il 2030. Questo traguardo sarà raggiungibile solo attraverso una sinergia di intenti e azioni da parte di molteplici settori della società e delle istituzioni. Tra questi interventi gioca un ruolo fondamentale anche quello di postvention, ossia di prevenzione che accade dopo un evento suicidario. Per capirsi meglio, serve un intervento a supporto di chi, dopo un lutto per suicidio, resta profondamente ferito dal dolore di una perdita così traumatica. Sono coloro che in letteratura vengono definiti «sopravvissuti». Tra le

azioni descritte come più efficaci e vantaggiose la letteratura scientifica si dilunga sulla attività dei gruppi di auto aiuto per sopravvissuti. Il lutto di chi perde una persona cara perché morta suicida presenta peculiarità che sono assolutamente specifiche di questa esperienza. Ogni morte comporta dolore, nostalgia, rimpianti. Tuttavia chi viene a mancare perché decide di suicidarsi lascia in coloro che restano mille dubbi, sensi di colpa, recriminazioni, domande senza risposta. Avrò fatto abbastanza? È colpa mia? Come ha potuto farmi questo? Forse avrei potuto agire diversamente? ... È un vortice di dolore e di angoscia che travolge chi resta, lasciandolo nella solitudine, che spesso sceglie volontariamente, a tormentarsi tra mille perché. Si fatica a darsi pace, e non

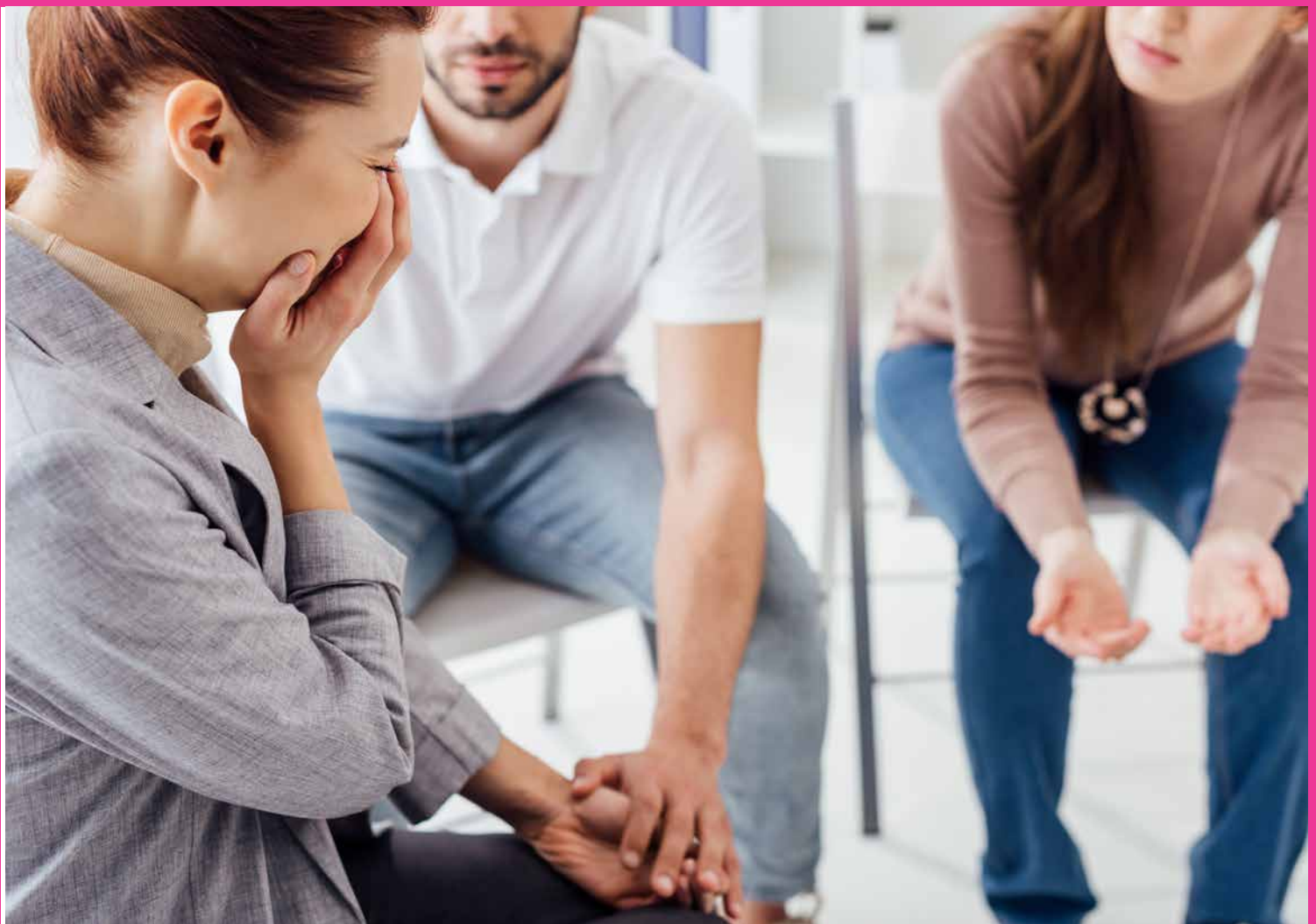
si cerca neanche quello che altri lutti invece concedono: il sollievo di una parola di conforto, di una vicinanza. Il lutto per suicidio spesso infatti porta con sé una forte pregiudizio, e molti sopravvissuti sono vittime della loro stessa auto stigmatizzazione (Goulah-Pabst, 2023). Si vergognano, temono il giudizio altrui, si isolano, trascurano la propria rete sociale. La paura è che gli altri possano mal giudicare sia il proprio caro morto suicida, sia loro stessi, tacciati magari di non essere stati buoni genitori o di non aver aiutato il proprio congiunto. Possono nascere delle vere e proprie reazioni depressive, spesso complicate, e alcuni sopravvissuti diventano a loro volta a rischio di commettere un gesto suicidario (Fraccaro & Tosini, 2023). Poter accedere ad un gruppo di auto aiuto dove tutti i partecipanti hanno vissuto un'esperienza tragicamente simile aiuta a sentirsi più liberi di esprimere il caos di emozioni a volte discordanti che un lutto per suicidio comporta.

Ci si sente più autorizzati a raccontare il proprio dolore, i sensi di colpa, ma anche emozioni dissonanti come la rabbia, la frustrazione. Si trovano in altri partecipanti al gruppo una condivisione intima, che nasce da una esperienza profondamente solidale, da una forma di rispecchiamento reciproco. Ci si capisce immediatamente, e si lascia libero sfogo a tutti pensieri e le emozioni compresse in anni di silenzio (Ali & Lucock, 2020).

Molti infatti approdano ad un gruppo di auto aiuto per sopravvissuti dopo poco dal evento luttuoso, altri impiegano mesi, perfino anni, prima di maturare una scelta simile.

Mettersi in gioco uscendo dal congelamento emotivo che spesso funziona come prima barriera al dolore della perdita richiede infatti tempo e forza. Ecco perché spesso iniziare un gruppo di aiuto non è un primo passo evolutivo, ma ne ha già richiesti molti altri prima.

Aderire al gruppo però consente sicuramente di proseguire un percorso personale di elaborazione del trauma.



ma. Proprio come in una guerra che lascia sul campo morti e feriti, quando in letteratura si affronta il tema del suicidio si parla di sopravvissuti e veterani. Nei gruppi di auto aiuto coloro che da più tempo hanno potuto beneficiare di un percorso di maturazione personale, i veterani, possono mettersi a disposizione degli altri. Possono coadiuvare il ruolo del conduttore, o assumerlo loro stessi. Essi contribuiscono a creare un ambiente confortevole in cui i nuovi partecipanti possano trovare un'accoglienza empatica dei loro bisogni e della loro disperazione (Levi-Belz et al, 2021). Sono abili nel rilevare quella trappole della mente in cui spesso i sopravvissuti precipitano tra auto accuse e continue ricerche di motivazioni razionali. Diventano abili nell'offrire nuove prospettive di riflessione e a smussare le rigidità di pensiero (es. la tendenza ad auto-colpevolizzarsi). Poter fornire un sollievo al dolore

altrui rinforza a sua volta il benessere che si ottiene dalla partecipazione al gruppo di auto aiuto. Scoprirsi in grado di esser utili agli altri dona infatti nuove motivazioni e speranze a tutti i partecipanti. Il supporto costante e l'ascolto non giudicante che si trova in un gruppo di auto aiuto per sopravvissuti aiuta a lenire il dolore della perdita per suicidio. Nel sentirsi finalmente parte di un gruppo, che diventa come una famiglia, ci si sostiene a vicenda. Si riesce finalmente a condividere profondamente emozioni indicibili, anche a se stessi. Si dà spazio al proprio dolore ma nel tempo anche alla speranza. Si intravedono spiragli di sollievo che si danno e si ricevono nello scambio reciproco. E questo cammino condiviso porta i sopravvissuti a raggiungere nel tempo l'accettazione di qualcosa che è incomprensibile, e a trovare pace.

Bibliografia

1. Ali, F., & Lucock, M. (2020). It's like getting a group hug and you can cry there and be yourself and they understand'. Family members' experiences of using a suicide bereavement peer support group. *Bereavement Care*, 39(2), 51-58.
2. Deborah Fraccaro & Domenico Tosini (2023): The suicide support group as a signifying agent and emotion transformer: A contribution from a micro-sociological perspective, *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2023.2246037
3. Goulah-Pabst, D. M. (2023). Suicide loss survivors: Navigating social stigma and threats to social bonds. *Omega*, 87(3), 769-792.
4. Levi-Belz, Y., Kryszka, K., Andriessen, K. (2021). "Turning personal tragedy into triumph": A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 13(3), 322-332.

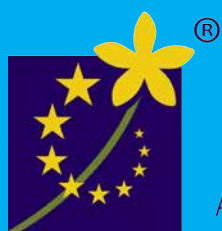
Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra

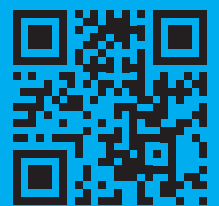
Direttore Artistico



European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione



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