



Depressione

Stop

Popolosi deserti e depressione

**La depressione e il
cuore spezzato**

**L'amore romantico
e l'ossitocina**

**Disabilità
Intellettiva e
disturbi dell'umore.**

**Coming out. Adolescenza
e sofferenza emotiva**

Svegliami a mezzanotte

**Andare in pensione senza
cadere in depressione**



Progetto

Depressione Stop è una rivista a carattere scientifico divulgativo, che esprime le finalità della nostra associazione “Eda Italia Onlus, Associazione Italiana sulla Depressione”. Il periodico ha lo scopo principale di offrire un’ulteriore occasione di divulgazione delle informazioni scientifiche sulla Depressione e sui Disturbi dell’Umore, espresse con un linguaggio chiaro, semplice e facilmente leggibile. Queste malattie sono molto diffuse, sono spesso subdole nella loro evoluzione, e coinvolgono tutte le fasce di età, con esordio frequentemente giovanile.

La rivista ha lo stesso obiettivo de “La Giornata Europea sulla Depressione”, evento annuale italiano, gemellato con altre 16 nazioni europee e coordinato dall’EDA Italia Onlus. L’obiettivo è quello di dare spunti di riflessione, di aggiornamento e d’informazione sul “Male oscuro” al comune cittadino e agli operatori del settore, approfondendo ed aggiornando i contenuti d’interesse.

Direttore Responsabile

Francesco Franza

direttore.responsabile@deprestop.it

Direttore Editoriale

Maurilio G. M. Tavormina

Direttore Artistico

Wilma di Napoli

Caporedattore e Dirigente segreteria

Giuseppe Tavormina

Redazione : Via Nazionale 88,
83020 Mercogliano (AV), Italia
redazione@deprestop.it



Foto: Envato Elements

Editoriale Lo spazio etico

/ Francesco Franza /

L’umanizzazione dei luoghi di cura prevede l’intervento combinato e strutturato di tutti gli artefici dell’intervento terapeutico. Lo spazio etico è sia del paziente sia di colui che lo assiste. È l’insieme di condizioni, tempi e luoghi legati alla eterogeneità della persona con la sua storia e la sua vita.

Negli spazi si è svolta, si svolge e si svolgerà la nostra vita. Gli spazi possono essere ampi, stretti. Sono fatti di fessure, di strettoie e di aperture. La storia della nostra vita è fatta di spazi interni ed esterni, intrapsichici, familiari e sociali. Ricorderemo i luoghi della nostra infanzia, della scuola, dei luoghi di incontro, il muretto, l’angolo, il corso, il viale, la piazza. Ognuno di noi conserva nello spazio della propria memoria i propri vissuti, le proprie esperienze, sia quelle gioiose, sia quelle dolorose. Si passa da spazi reali agli attuali spazi virtuali, dove ognuno sperimenta mondi irraggiungibili e sperati. Le emozioni provate sono pervase dallo spazio in cui sono state vissute. Lo spazio ha un ruolo fondamentale nella sofferenza psicologica. Anche il campo della psicologia, delle scienze umane e della psichiatria vive e ha vissuto i propri spazi. A scanso di equivoci, per questi spazi si intendono i luoghi interni (intrapsichici) ed esterni. Sono stati questi spazi di sofferenza, grandi luoghi, altri di comunità, di speranza e di aggregazione. Ci sono luoghi in cui le persone si incontrano unite da una fede. Gli spazi, tuttavia, non hanno colori se non colorati dalla umanità di coloro che li vive (Ferrante & Villani, 2021). La nozione di spazio, nella oggettivazione di etico, sottolinea l’u-



Foto di copertina: Envato Elements

Comitato Scientifico

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

Redazione

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

Editore



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



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

Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it

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



nione di ascolto/partecipazione di momenti e situazioni relazionali sociali e sanitari. La persona che soffre deve essere riconosciuta come individuo, con la sua storia, con i suoi diritti. In questo spazio etico sono riportati le storie e i luoghi vissuti dall'assistito e dall'assistente.

Esistono luoghi della memoria, dell'attesa, della speranza e della cura. In questi spazi hanno vissuto le storie delle persone a cui hanno l'unico significato possibile. Anche le famiglie hanno i loro spazi. Sono luoghi dove tutti si ritrovano, in cui consolano i propri pensieri. La forza delle famiglie e dei loro luoghi vissuti, ricordati, presenti e sperati si riempiono delle gioie, dei successi, delle attese, delle illusioni, ma anche dei vuoti. Spesso lasciati vuoti dalla indifferenza e dalla superficialità, questi spazi traditi possono riempirsi di malattie. Questi spazi possono diventare, così, riproduzioni in miniatura dei grandi spazi che hanno contenuto tali sofferenze. Sono riempiti ogni giorno da una costante lotta, dalla paura e dalla rassegnazione, dalla angoscia del dopo di noi. La storia della cura della sofferenza psichica delle persone è stata costellata di spazi.

In occasione dell'anniversario della nascita di Franco Basaglia questo argomento diventa ancora più attuale. L'umanizzazione delle cure è il principio di base su cui tutte le persone che si prendono cura delle sofferenze psichiatriche devono sempre tenere in mente. L'umanizzazione delle cure dovrebbe muoversi al pari passo con l'umanizzazione degli spazi. Il rischio, tuttavia, è l'anarchia delle cure (Renzulli L, Vannetti G, 2020). Nonostante gli enormi sviluppi e le sempre più profonde conoscenze sulla genesi, sulla valutazione e sulla gestione di tali patologie ancora oggi si assiste a un confuso modo di agire. Accaniti sostenitori di una branca o di un'altra di queste discipline il malato affetto da disturbi psichici può venire sbalottato da opinioni, supposizioni, interpretazioni o, ancora peggio, da dottrine. L'unica via di uscita è lo studio, la ricerca continua pervasa da dubbi e da nuove conoscenze. Il centro della cura è la persona che soffre e non certo i professionisti della salute mentale con le proprie dimostrazioni del sapere. Gli spazi narcisistici riempiono i luoghi di cura, non intesi come strutture dove sono ospitati queste persone. Ma sono luoghi interni, intrapsichici, oppure piccoli luoghi come le famiglie, i social, i media. Negli ultimi anni si sta assistendo alla crescita del fenomeno della distorsione cognitiva (effetto Dunning-Kruger) (Franza 2021). Seppur in assenza di specifiche competenze, diverse figure professionali si sentono in dovere di entrare in spazi professionali non appropriati. Il rischio è l'appiattimento dei saperi. Le sentenze emesse rischiano di diventare macigni, pallottole che minano la cura delle persone affette da disturbi psichici. Dobbiamo fare ancora tanta strada. Dobbiamo fare un bagno di umiltà.

L'umanizzazione degli spazi attraverso lo sviluppo di spazi etici è il nostro obiettivo. Tale spazio è raggiungibile solo con l'acquisizione di competenze, con lo studio e la ricerca nella salute mentale. La strada è lunga ma non irraggiungibile. Attraverso la cultura, la condivisione delle conoscenze, il rispetto e la non prevaricazione delle competenze si possono creare spazi etici e umanizzanti. È anche questo il compito della EDA Italia Onlus.



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Suggerimenti di lettura

Ferrante T, Villani T. Environmental Physical and Perceived Quality in Hospice. *HERD*. 2021;14(4):324-338. doi:10

Franza F. L'effetto Dunning-Kruger e il Natale. *Depressione Stop*, 2021, 3

Renzulli L, Vannetti G. Genius loci e centralità della persona. *Panorama della Sanità*. 2020; XXXIII, 82-226

Foto: Envato Elements

Il deserto della depressione: quando l'anima si arrende

/ Maurilio Tavormina /

La metafora del deserto per indicare la solitudine e l'isolamento delle persone affette da depressione. Esse si isolano e spesso sono isolati da parenti amici e conoscenti.

Immaginate un deserto arido e inospitale. Non c'è vita, solo sabbia a perdita d'occhio. Un silenzio assordante regna sovrano, interrotto solo dal vento che sibila tra le dune. Ora immaginate di essere in questo deserto, soli e senza speranza. È così che si sente una persona ammalata di depressione maggiore: persa in un deserto emotivo e sociale, senza via d'uscita. Il caldo vi soffoca, la sete fa bruciare la gola e le labbra, il sudore gronda dalla fronte, non c'è un riparo dal sole, un'oasi nel deserto. La temperatura del corpo aumenta, la sabbia brucia ed il sudore non basta a raffreddare le nostre membra stanche ed insicure. Si vive una sensazione di morte imminente. La nostra mente è invasa dal tormento, dall'angoscia, dalla crescente paura di morire. Intanto si è già morti dentro! Ed ecco che, accecati dai riflessi del sole sulla sabbia, compaiono miracolosamente delle visioni, miraggi di una fresca oasi, con ombrose palme e zampilli d'acqua. Così si sente chi vive una grave depressione. Egli si isola nel suo dolore interiore, creando un vuoto emotivo per cercare di anestetizzare la sofferenza e la profonda malinconia. La depressione non è solo tristezza. È un'oscurità che avvolge l'anima, prosciugando ogni gioia e interesse. Le persone depresse non provano più piacere nelle attività che un tem-

po amavano (anedonia) e si sentono completamente apatiche. È come se la loro capacità di provare emozioni si fosse spenta. Niente ha più valore, si ha una certezza d'incapacità, d'inadeguatezza ed abbandono nella speranza di lenire i sensi di colpa. Colpe inesistenti che possono arrivare a certezze deliranti. La mancanza del provare piacere è associata a un ridotto funzionamento del circuito cerebrale della ricompensa. È un sintomo presente anche in altre patologie e predittivo di depressione. Anche lo stress è parte attiva nel provocare sintomi depressivi. «Dunque, si può ipotizzare che lo stress attraverso alterazioni delle vie dopaminergiche, potenzi o provochi l'insorgenza di anedonia e che ciò determini lo sviluppo della depressione. Tuttavia, ad oggi, pochi studi hanno esaminato come le misure neurali della ricompensa e gli eventi stressanti si associano ai sintomi depressivi» (Cherchi B, 2021). Il deserto emotivo della depressione ha un effetto domino anche sulle relazioni sociali. La persona depressa si chiude in sé stessa, si isola dagli amici e dalla famiglia. Le interazioni sociali diventano faticose e sgradevoli. Si crea un deserto sociale intorno al depresso, che si sente sempre più solo e incompreso. Le persone che gli vivono a fianco provano forti sentimenti di tristezza, compassione

e frustrazione nel vederli abbandonati a sé stessi e incapaci di reagire. Si sono attivati i neuroni a specchio nel loro cervello. I neuroni a specchio sono cellule nervose che sono stimulate quando osserviamo negli altri una manifestazione di tristezza o di un altro sentimento. Essi si attivano per un meccanismo empatico e consentono il riconoscimento e la comprensione diretta delle emozioni degli altri, provando in forma riflessa gli stessi sentimenti (Roganti, 2021). I familiari accorati e contagiati dalla persona depressa lo esortano ad una risposta positiva al male interiore. Li esortano ad alzarsi dal letto, a lavarsi, ad uscire di casa, a camminare. Tutti buoni propositi che sortiscono però nel malato l'effetto opposto ed un ulteriore isolamento del paziente. Le persone a lui vicino dopo vari tentativi deludenti e scoraggiati dai risultati abbandonano l'idea e si allontanano ulteriormente dall'ammalato. Alcuni di loro possono anche colpevolizzare e criticare la persona cara perché non reagisce, pur essendo stato stimolato dal loro benevolo intervento. Con il loro operato però aggravano solo il suo senso di colpa ed incapacità. Dice Goleman, psicologo, scrittore e giornalista statunitense: «Se una persona scarica i propri sentimenti aggressivi [o negativi, NdR] su di noi (accessi di rabbia, minacce, disprezzo o disgusto), questi attivano nel nostro animo le stesse emozioni negative. Il suo atto ha un notevole impatto neurologico: le emozioni, infatti, sono contagiose.» (Goleman, 2006). Ne consegue che il parente, gli amici, i conoscenti si allontanano ulteriormente dal depresso per evitare un protratto e negativo contagio emotivo. Nelle città moderne sovrappopolate si vive a volte a stretto contatto anche fisico con altre persone, in spazi insufficienti e quasi disturbati dalla presenza dell'altro. La sensazione è quella di sentirsi pigiati in un mezzo pubblico affollato o imbottigliati nel traffico. Ecco allora che ci si isola con le cuffie alle orecchie ascoltando musica, chattando con il telefonino o leggendo un libro



per avere un po' di privacy. Siamo vicini l'uno all'altro e pur tanto lontani empaticamente. Potendo scegliere preferiamo la compagnia di persone, simpatiche e allegre che possano rapirci e non farci pesare il disagio del momento. Cerchiamo di evadere, di non vedere, di distrarci magari sentendo la radio. In quel momento i neuroni a specchio sono stimolati da sentimenti di intolleranza, rabbia, impazienza e si cerca di evitare la fonte di sofferenza subita o riflessa. Parimente una persona depressa può vivere con un esercizio di persone e sentirsi sola, in colpa, incapace anche perché non di buona compagnia. Il suo prossimo la evita, pur stando a suo stretto contatto,

quasi fosse un fantasma o un appetato. Si vive in un popoloso deserto, inseguendo il tempo che fugge via e falsi valori della vita sociale.

Alla base del deserto della depressione ci sono diverse cause, tra cui fattori genetici, ambientali e biochimici. Si pensa che un ruolo chiave sia giocato da un malfunzionamento di alcuni neurotrasmettitori, come la serotonina, la dopamina e la noradrenalina (Unobravo, 2022). Questi neurotrasmettitori sono essenziali per la regolazione dell'umore, della motivazione e del sonno. Inoltre, recenti studi hanno evidenziato un ruolo importante dell'ossitocina, l'ormone dell'empatia, fortemente

coinvolto nella stabilità della relazione umana, sentimentale e sociale (Tavormina M, 2024). Nelle persone affette da depressione l'ossitocina risulta spesso carente. Per sfuggire al dolore e all'angoscia, il depresso si rifugia in un guscio emotivo. Si chiude in sé stesso, evitando qualsiasi contatto con il mondo esterno. Il letto diventa il suo rifugio, un luogo sicuro dove potersi isolare dalla sofferenza. I pazienti si rinchiudono nella loro corazza viscerale, passano interminabili ore a letto in attesa di essere rapiti dal sonno per non soffrire. Vivono così in un profondo abbandono incuranti anche dei bisogni primari come la fame. Un deserto sentimentale negativo che li avvol-

ge li stritola, e li isola, inducendoli alla rinuncia sociale. La depressione è come una morte interiore: la persona si sente svuotata, senza più energie né speranze. Il deserto della depressione è un luogo buio e solitario. Ma c'è speranza. Con l'aiuto di un terapeuta, il supporto di persone care e, se necessario, di farmaci, è possibile uscire da questo deserto e tornare a vivere una vita piena e significativa. È importante ricordare che la depressione è una malattia e, come tale, va curata. Non aver paura di chiedere aiuto: non sei solo. La depressione non è una condanna a vita, può essere efficacemente curata da professionisti del settore. Bisogna riconoscerla e non confonderla

con la tristezza vitale, che è solo uno dei sintomi della malattia. È possibile uscire da questo male oscuro e ritrovare la gioia di vivere, ma è necessario farsi aiutare. La speranza è il primo germoglio che fiorisce nel deserto, la luce che guida verso la guarigione.

Bibliografia

1. Cherchi B, Depression, anhedonia, and the role of stress: a psychophysiological perspective. Padua Thesis and dissertation Archive, <https://hdl.handle.net/20.500.12608/30283>
2. Goleman D. Intelligenza sociale. Entrare in sintonia con gli altri per costruire relazioni felici. BUR Rizzoli, (2006) p.19

3. Roganti D & Ricci Bitti P.E. Empatia ed emozioni: alcune riflessioni sui neuroni specchio. *Giornale italiano di psicologia*, 2012, pp565.590, DOI: 10.1421/38773

4. Tavormina M. L'amore romantico e l'ossitocina. *Depressione Stop*, 2024, <https://deprestop.it/lamore-romantico-e-ossitocina/>

5. Unobravo Dopamina e serotonina: differenze ed effetti. 2022. <https://www.unobravo.com/post/dopamina-e-serotonina>

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>Suicidi in carcere. Susan protestava per incontrare suo figlio</i>		
12	Enza Maierà <i>Umore e benessere psicofisico</i>	38	Gianluca Lisa <i>Alleati silenti nella cura della depressione</i>
14	Wilma A.R. Di Napoli <i>Il suicidio nelle scuole. Quando il dolore entra tra i banchi</i>	40	Maria Vincenza Minò <i>Coming out. Adolescenza e sofferenza emotiva</i>
16	Dominique Tavormina <i>Una corretta educazione nell'adolescenza come prevenzione del disagio psichico</i>	42	Francesco Franza <i>Amore fluido</i>
18	Maria Rosaria Juli <i>La sindrome del primo della classe</i>	44	Alba Cervone <i>Storie di cura e di vita</i>
20	Francesco Franza <i>La depressione e il cuore spezzato</i>	46	Luigi Starace <i>Cineterapia Mon Amour</i>
22	Francesco Franza <i>Stili di vita, depressione e struttura del cervello</i>	48	Donatella Costa <i>La solitudine del caregiver</i>
24	Maurilio Tavormina <i>L'amore romantico e l'ossitocina</i>	50	Immacolata d'Errico <i>In «Felicità», la famiglia disfunzionale che rilascia ferite</i>
26	Francesco Franza <i>L'inquietudine e la depressione</i>	52	Antonella Litta <i>A Sanremo 2024, luci sulla forza della fragilità umana</i>
28	Antonella Vacca <i>Rabbia e depressione</i>	54	Flavia Capoa <i>«Svegliami a mezzanotte». Cosa c'è al di là del tentato suicidio</i>
30	Barbara Solomita <i>Impotenza appresa e depressione</i>	56	Maurilio Tavormina <i>La depressione e la Bibbia</i>
32	Francesco Cervone <i>Intelligenza e sofferenza</i>	58	Patrizia Amici <i>Museo della follia a San Servolo</i>
34	Maria Efisia Meloni <i>La motivazione al lavoro e la depressione</i>	60	Antonella Litta <i>Arte digitale, Stigma e malattia mentale: intervista a Luigi Starace</i>
36	Giuseppe Tavormina <i>La terapia di pazienti con disabilità intellettiva e disturbi dell'umore</i>	62	Wilma A.R. Di Napoli <i>Andare in pensione senza cadere in depressione</i>

Suicidi in carcere. Susan protestava per incontrare suo figlio

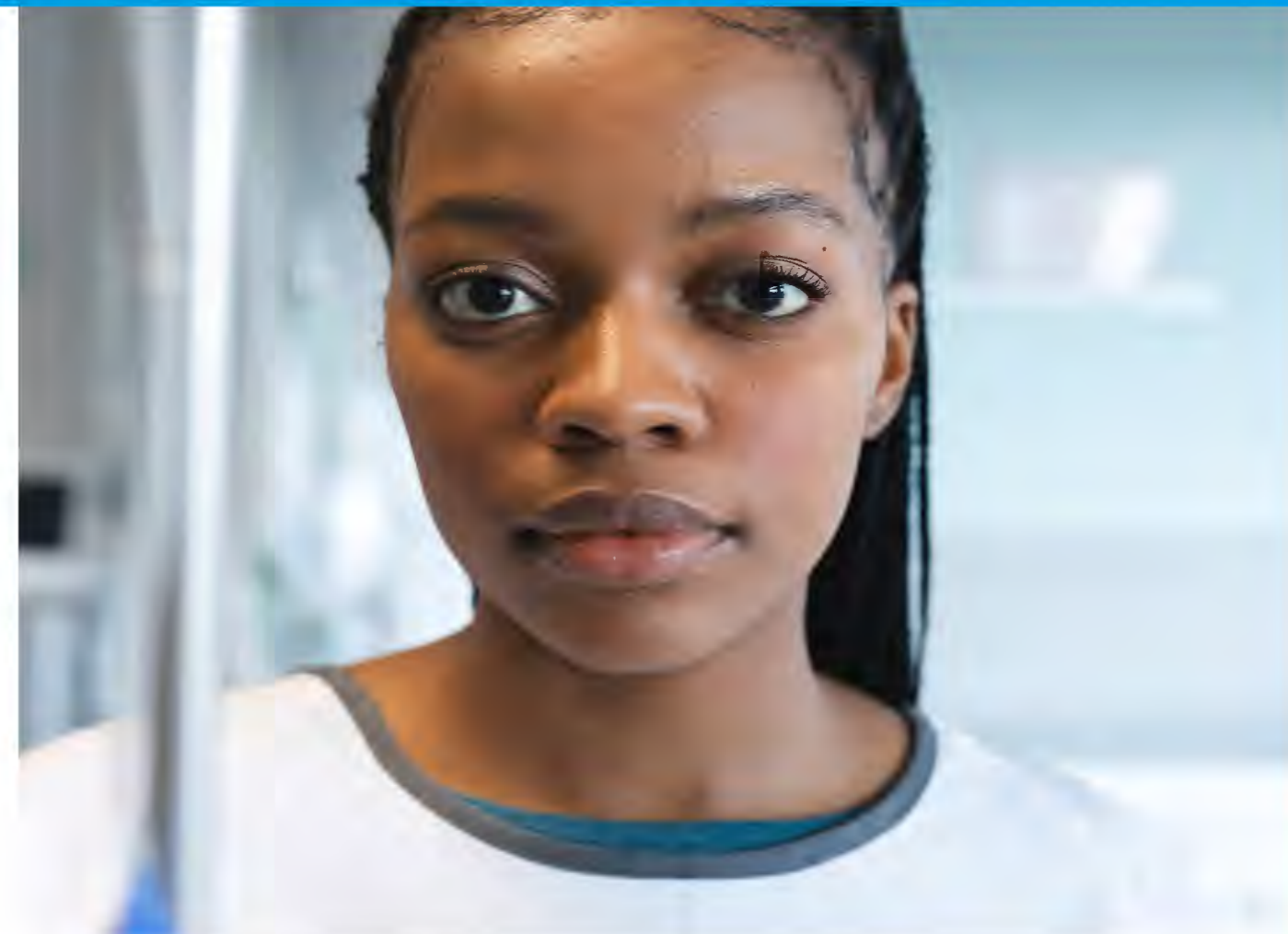
/ Walter Di Munzio/

In Italia aumenta il tasso di suicidi. Parallelamamente se ne registra un incremento nei reparti interni agli istituti di detenzione che ospitano persone con problematiche di depressione o, genericamente, di salute mentale.

Ricordiamo in questo articolo il caso particolare di Susan Smith, sia per il clamore mediatico che ha scatenato, sia perché ha drammaticamente evidenziato la carenza di personale specializzato, unico in grado di assistere questi pazienti in carcere. Sono stati pubblicati i dati dei suicidi in carcere. Risulta che in Italia nel 2023 si sono registrati ben 68 suicidi di detenuti, il numero più alto dal 1992. Confrontando i tassi tra Italia, Europa e Stati Uniti si osserva un valore mediano di 7,4 suicidi l'anno ogni 10000 detenuti. Negli Stati Uniti, fino a 30 anni fa, il tasso di suicidi è stato simile a quello che oggi registriamo in Europa, ma sono partiti da numeri molto più alti. La svolta c'è stata quando il Governo statunitense ha voluto istituire, sul modello europeo, un ufficio ad hoc per la prevenzione dei suicidi in carcere. Fu reclutato uno staff di oltre 500 persone incaricate della formazione del personale penitenziario. È stato grazie a questa iniziativa che in 25 anni i suicidi si sono ridotti del 70%. In Italia il tasso di suicidi è stato pari a 10 casi ogni 10000 detenuti per salire, nell'ultimo anno, a 11,2, livello che ancora mantiene. (ISTAT, 2024). Ricordiamo qui il

caso di Susan Smith. Susan, suicida, è stata vittima del degrado del nostro sistema carcerario, era una donna di origine nigeriana incarcerata alle Molinette di Torino. Aveva iniziato uno sciopero della fame e della sete per chiedere di poter incontrare suo figlio malato. Si trattava di un bimbo di quattro anni, con gravi problemi di salute, che aveva bisogno della sua mamma. La donna non lo poteva incontrare da circa un anno. A Susan mancava tanto quel bimbo indifeso e sapeva di non poter più vivere lontano da lui. Susan era stata rinchiusa in carcere a Torino, la stessa struttura in cui si erano già registrati ben sei suicidi in pochi mesi. Nessuno si era mosso per cercare di rispondere alle pressanti richieste di attenzione della donna e nemmeno aveva cercato una soluzione possibile, tra quelle compatibili con la pena carceraria. Susan si era lasciata morire di fame e di sete, sola, in una cella videosorvegliata, riservata a persone depresse a forte rischio suicidario o con disturbi psichici. Persone da sorvegliare di continuo. Ma il suo vero problema, definito psichiatrico, era proprio quello sciopero che Susan aveva iniziato da poche settimane per protesta. Una

agente che la osservava al monitor si era accorta in piena notte che qualcosa non andava. Quello sciopero della fame e della sete, era iniziato dopo la conferma in Cassazione delle prime due sentenze che avevano condannato Susan per tratta e per immigrazione clandestina. Una sentenza che lei, donna nigeriana a sua volta vittima di violenze e di infinite forme di sfruttamento, aveva vissuto con rabbia e stupore e sempre contestato. Poi si era depressa, al punto che le era stato riconosciuto un forte rischio suicidario. Rischio che la obbligava nel reparto di psichiatria presente nello stesso carcere. Ma senza poter fruire di alcun tipo di cure. Solo di una cella con una telecamera che l'inquadrava di continuo. Ma nemmeno questa è valsa a salvarle la vita. Quello di Susan è stato l'ennesimo suicidio in un carcere italiano dove, in solo sei mesi si sono tolti la vita ben 39 detenuti ... senza contare il numero incalcolabile di tentativi non riusciti. Un numero che ha fatto seguito a quello enorme già registrato negli anni precedenti. Certamente una prima causa va ricercata nell'essere rinchiusi in celle sovraffollate e fatiscenti, come denunciano da anni i garanti dei detenuti e le associazioni di volontariato. Ma nei reparti di psichiatria in carcere manca il personale. Il Ministero, infatti, recluta solo le guardie carcerarie che, a loro volta esasperate e senza adeguata formazione, si limitano a custodire i detenuti. Mancano educatori, psicologi, psichiatri, infermieri e riabilitatori. In queste condizioni non c'è possibilità di avviare alcun programma di recupero sociale, che pure la legge imporrebbe al nostro sistema carcerario. Manca anche la possibilità che il servizio sanitario nazionale possa sopperire e garantire un'adeguata copertura di quei reparti speciali, a causa delle gravi carenze di personale. Problema atavico di cui soffrono le strutture dell'intero sistema assistenziale, inclusi quelle destinate alla cura e prevenzione sul territorio. Tranne qualche esempio isolato, ci si imbatte, più frequen-



temente, in pestaggi e violenze da frustrazione che in programmi di riabilitazione e di formazione al lavoro. Così come di programmi di reinserimento sociale veramente efficaci. I detenuti, e primi tra questi anche quelli con disturbo psichiatrico, sono in galera per essere puniti e non devono intralciare il lavoro degli agenti di custodia. Questa è, in fondo, la convinzione di tanti decisori (politici e amministrativi) e di gran parte della gente comune. Essi ignorando le vere condizioni di vita di questi sventurati sostengono le più aberranti tesi punitive. Può così capitare che una donna come Susan possa morire in carcere a seguito di una sacrosanta protesta. Senza che nessuno, con un minimo di reale competenza, possa ascoltarla o parlarle, o fare qualcosa per poterla aiutare a rivedere suo figlio. E scopriamo, increduli, che bastano poche settimane senza toccare cibo e acqua per morire di stenti. Ma intuiamo anche che ci vuole grande determinazione per lasciarsi morire così. Questo tipo di sofferenza non dovrebbe essere sottovalutata in un

paese che vuol definirsi civile e dovrebbe spingere i responsabili ad avere più attenzione. Sarebbe necessario andare con più frequenza in carcere a visitare i detenuti che protestano. Bisognerebbe controllare la qualità delle strutture e verificare il lavoro di tutti i profili professionali del personale in servizio. Infine, sarebbe anche necessario verificare sempre se risponde al vero, quanto ripetutamente denunciato dalla stampa, che persiste uno stato di abbandono nei confronti dei detenuti sofferenti psichici. Bisogna, inoltre, verificare se essi dovevano effettivamente essere incarcerati in quel tipo di struttura. Si giustifica allora la rabbia dei Garanti e dell'avvocato di Susan che si sono lamentati di non essere stati informati sulla gravità delle condizioni di salute della detenuta. Molte volte, in un carcere, la differenza può esser fatta anche dall'ascolto, dal vedere una mano tesa, dal sentire un poco di sincero calore umano. Non si tratta di voler colpevolizzare gli addetti alla sorveglianza o chicchessia, ma si vuole evidenziare un problema gi-

gantesco: il suicidio e la qualità della vita in carcere. Le condizioni di vita dei detenuti e particolarmente dei pazienti psichiatrici, oltre tutti coloro che sono rinchiusi in un'istituzione totale, privati della loro libertà, sono la cartina al tornasole della civiltà di un popolo.

Bibliografia

1. Bianchi A: Carcere e rieducazione. Feltrinelli, Milano, 2023.
2. Di Munzio W.: Voleva solo incontrare suo figlio, articolo sul quotidiano "Le ore di Cronache", Salerno, 2023.
3. ISTAT: I suicidi in carcere in Italia, Roma, 2024
4. Pompili M.: Il rischio di suicidio, valutazione e gestione, Cortina Editore, Milano, 202

Foto: Envato Elements



Walter Di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

Umore e benessere psicofisico

/ Enza Maierà /

L'umorismo è un fenomeno cognitivo-emotivo e mentale che genera una condizione di benessere psicofisico.

L'umorismo adattivo opera in diversi modi promuovendo una resilienza emotiva, il miglioramento cognitivo e la riduzione dello stress. Esso favorisce anche i legami sociali, dona una visione positiva della vita e facilita la comunicazione interpersonale. L'uso abituale di questa risorsa è salutare. Il suo uso in ambito psicoterapeutico può, in alcuni casi, essere un mezzo efficace per gestire le emozioni e favorire la resilienza. Secondo il dizionario della lingua italiana di Devoto-Oli, «l'umorismo è la capacità di rilevare e rappresentare il ridicolo delle cose, in quanto non implichi una posizione ostile o puramente divertita, ma l'intervento di un'intelligenza arguta e pensosa e di una profonda, e spesso indulgente, simpatia umana». Questa è la definizione che preferisco insieme a quella di comico che allude al riso. Secondo l'Oxford English Dictionary, comico significa «destinato a destare gaiezza, intenzionalmente divertente o che provoca involontariamente allegria; risibile, spassoso». L'umorismo è un processo mentale cognitivo ed emotivo in cui, la risposta a un particolare stimolo, di solito incongruente, viene percepito come comico. Questa esperienza produce un vissuto di piacere. Conseguono spesso una reazione istintiva, comportamentale, che è la risata. L'aspetto umoristico-comico è una prerogativa universale, ma la tipologia è legata alle diverse razze e culture, così come è diverso lo stile umoristico tra le persone. Alla base,

vi è una struttura umoristica della personalità che si diversifica anche tra gli individui, come tra le diverse razze e culture. L'umorismo ha il potere di rovesciare il significato negativo di una situazione, rendendola accettabile e meno inquietante. Si attribuisce ciò a cambiamenti cognitivi cui si associano modificazioni nella risposta emotiva. L'effetto positivo, diremo adattivo, dell'umorismo consiste in questo distanziamento dall'esperienza negativa e nell'attribuzione di un significato più costruttivo. Analogamente l'umorismo può portare a valutare le situazioni di auto minaccia in modo non ansiogeno (Lefcourt, 2001). «Il riso» di Henri Bergson è un saggio sul significato del comico. A proposito del riso il filosofo francese lo definisce come una sorta di anestesia momentanea del cuore, che coglie l'aspetto comico di certe persone, situazioni o cose. Allo stesso tempo Bergson risalta il potere socializzante del riso perché favorisce una certa complicità con gli altri che ridono. Con i quali, più o meno implicitamente, si sviluppa un'intesa. Quest'ultimo aspetto sottolinea la funzione aggregante della comicità. Nel condividere un sano umorismo e salutari risate si consolidano ulteriormente i rapporti e se ne creano di nuovi. La dimensione relazionale ha molteplici ruoli perché scioglie le eventuali tensioni, i pensieri negativi, favorisce la complicità e il senso di condivisione. Questi ultimi aspetti, in particolare, sono essenziali per

chi vive una condizione di isolamento e di umore depresso almeno nelle fasi iniziali. Nei soggetti sani i meccanismi neurobiologici legati al piacere e all'umorismo fanno da scudo ai pensieri ed alle emozioni negative. Anche nei soggetti ansiosi l'umorismo determina una maggiore sicurezza e fiducia in sé stessi di fronte alle proprie situazioni ansiogene. In sintesi, possiamo dire che l'umore è correlato all'umorismo in senso direttamente proporzionale. Quando il primo è basso, con molta probabilità lo è anche il secondo (e viceversa). Ogni individuo possiede schemi di pensiero, cognitivi, e aspetti emotivi personali che in parte sono il risultato di esperienze passate. Quando ci trova di fronte a persone, situazioni o cose che non rientrano nei nostri schemi cognitivi, cioè alle nostre aspettative si coglie una incongruenza. Oppure si ha l'effetto sorpresa. L'incongruenza e l'effetto sorpresa attivano il nostro senso dell'umorismo, spesso condiviso, che procura piacere. Esistono sicuramente delle disposizioni personali all'umorismo insieme alle abilità cognitive e intellettive. Quanto più queste sono affinate tanto più numerosi e vari sono gli stimoli umoristici. Anche le diverse caratteristiche di personalità manifestano altrettanti diversi stimoli umoristici. L'umorismo è una componente importante nelle interazioni e nella comunicazione umana quotidiana ed ha implicazioni notevoli per il buon funzionamento sociale ed emotivo positivo. L'umorismo ha un ruolo importante per la qualità delle relazioni con altre persone, per il coping, il sostegno sociale e il benessere psicologico. Viceversa, la compromissione della capacità umoristica è un aspetto rilevante dei deficit di funzionamento sociale, come nei disturbi dello spettro affettivo e psicotico. Ciò indica che l'umorismo è funzionalmente legato alla salute mentale. Gli interventi clinici basati sui concetti di psicologia positiva si avvalgono spesso degli aspetti positivi dell'umorismo per facilitare il



funzionamento sociale ed emotivo dei pazienti con disturbi mentali. Gli studi sperimentali hanno dimostrato uno stretto legame tra condizioni negative di stato di animo, il disturbo depressivo maggiore e l'ansia sociale (Uekermann et al, 2008). È noto che esiste una variazione individuale, sia in condizioni di salute che di malattia, nell'uso e nella comprensione dell'umorismo. Ciò ha orientato gli studiosi a focalizzare le loro ricerche verso l'indagine delle basi neurologiche da cui origina l'umorismo. I risultati di studi condotti con tecniche di neuroimaging come la fMRI volte ad indagare le basi neurobiologiche dell'umorismo hanno confermato quanto in precedenza ipotizzato. Essi hanno dimostrato che la produzione dell'umorismo potrebbe derivare dall'interazione e dall'integrazione di alcune zone cerebrali. Le aree coinvolte sono le regioni frontali e le subcorticali. Mentre la disfunzione di altre regioni cerebrali chiamate amigdala ed insula, lo striato ventrale e dorsale sono associate all'anedonia (mancanza di soddisfazione ed interesse). Questa condizione è presente in diversi disturbi dell'umore, soprattutto gli stati umorali.

Ne consegue che l'umorismo legato alla funzionalità di queste aree sia parte integrante alla presenza del senso di piacere e della ricompensa legate all'umorismo (Whitton et al, 2015). L'umorismo è una caratteristica umana onnipresente e ha una gamma di effetti positivi, sia sul benessere emotivo personale, sia sulle relazioni interpersonali. Contemporaneamente l'assenza di capacità umoristiche è spesso associata con l'insorgenza e il decorso di disturbi mentali come la schizofrenia, l'ansia o la depressione. D'altra parte, interventi mirati come ad esempio quelli basati sui concetti derivanti dalla psicologia positiva possono migliorare, in casi selezionati, le condizioni di pazienti psichiatrici. Esse agiscono tramite una riattivazione delle abilità legate all'umorismo. In calce la storia di Emma. Nasce in provincia di Vercelli il 29 novembre 1899, muore il 15 aprile del 2017

alla veneranda età di 118 anni. Si legge: «[...] Giunge al traguardo in perfetta forma fino all'ultimo giorno, spirando serenamente nel sonno [...]. Il rifiuto di assumere farmaci, il consumo giornaliero di uova e di carne poco cotta, qualche bicchiere di grappa, qualche gianduiotto, l'ottimismo, lo spiccato senso dell'umorismo e "l'aver convissuto poco con un uomo": questo è il suo "elisir di lunga vita"» (Occhi di un mondo altro -Facebook 29.11.2023).

10.1017/S135561770800016

3. Whitton AE, Treadway MT, Pizzagalli DA(2015). Reward processing dysfunction in major depression bipolar, bipolar disorder and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 28:7-12. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000122

Foto Envato Elements



Enza Maierà

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Bibliografia

1. Lefcourt, H.M. (2001). *Humor: The psychology of living buoyantly*. Kluwer Academic Publishers. Doi 9781-4615-4287-2
2. Uekermann J, Channon S, Lehmkamper C, Abdel-Hamid M, Vollmoeller W, Daum I (2008). Executive function, mentalizing and humor in major depression. *J Int Neuropsychol Soc*. 14:55-62. Doi:

Il suicidio nelle scuole. Quando il dolore entra tra i banchi

/ Wilma A.R. Di Napoli /

Il fenomeno del suicidio tra studenti e insegnanti è un evento che ha una ricaduta enorme sullo stato psicologico di chi resta. Interessa tutte le età e va affrontato con consapevolezza e competenza. Un approccio adeguato costituisce un efficace mezzo di prevenzione del suicidio stesso nella scuola.

Gli ultimi anni post pandemici hanno visto mostrarsi con sempre maggiore evidenza il disagio della popolazione giovane e giovanissima in tutto il mondo, anche in Italia. La pandemia, si dice, non ha fatto che esacerbare un dolore psicologico che mostrava già i suoi segnali in precedenza. Autolesionismo, bullismo, cyberbullismo, disturbi alimentari, abuso di sostanze, violenza, sono alcuni dei tanti modi in cui questo disagio si esprime e incide negativamente sulla salute dei nostri ragazzi. Sono fenomeni in netto aumento, così come la comparsa di sintomi psichiatrici sempre più precoci, specie nell'ambito dei disturbi ansioso depressivi e di personalità (Minozzi et al, 2021).

In questo panorama a tinte fosche si inserisce anche il suicidio giovanile. Esso riscuote un eco amplificato, per l'impatto emotivo legato alla perdita traumatica di una giovane vita nel suo potenziale di sviluppo. Studenti, professori, famiglie, associazioni, cittadini, sono tutti colpiti da lutti che purtroppo si ripetono a ritmi cui nessuno vorrebbe mai assistere. Per questo motivo gli esperti del settore

continuano ad approfondire gli studi in materia, allo scopo di approntare nuove strategie di trattamento e prevenzione del malessere. E per lo stesso motivo scuole, associazioni, enti, assessorati, comuni, si uniscono nell'impegno condiviso di promuovere risposte efficaci a porre un freno a questo fenomeno (Formella, 2010). Ciò pare particolarmente necessario se si entra negli istituti scolastici, dove spesso un singolo evento assume una risonanza devastante. Le ripercussioni psicologiche di un lutto per suicidio sono profonde e prolungate, sicuramente per i compagni di classe. In generale lo sono anche per tutti gli studenti di un istituto, per i loro familiari, per il corpo docente e per la comunità. Non intervenire a supporto di chi resta è un errore. Affrontare l'evento in modo inidoneo, per la paura di sbagliare o la convinzione che ignorarlo sia preferibile, può costituire un ulteriore fattore di sofferenza collettiva nella scuola. Appare pertanto sempre più necessario che il tema venga affrontato in modo corretto e consapevole, con un adeguata formazione di tutti, sviluppata nel tempo (Piotti, 2023).

Una scuola dove uno studente è morto suicida è una scuola traumatizzata e il colpo psicologico di quanto è successo ha un impatto notevole. In essa aumenta il rischio di emulazione e malessere di chi resta. Ogni scelta presa nella scuola, dopo un suicidio, può avere controindicazioni. Dare ampio spazio a discussioni, commemorazioni, celebrazioni dello studente venuto a mancare può contribuire ad assegnargli un'aura speciale, un racconto che può fungere quasi da richiamo emulativo. Non parlarne, cancellarne ogni testimonianza, spazzando via fiori, foto, frasi ricordo può inasprire sofferenze, reazioni di protesta, incomprensioni. Sicuramente cercare di affrontare il problema evitandolo non fa che confermare ciò che è nelle menti di molti. Dimostra che si è inermi e indifesi di fronte a una tale profondità di sofferenza. E gli adulti, cui i ragazzi dovrebbero guardare come modelli da cui apprendere competenze e abilità, rischiano di apparire a loro volte spaventati, incapaci di reagire, disarmati (Piotti, 2023). Esistono diversi modelli di *post vention*, esse sono strategie manualizzate e messe a disposizione degli istituti scolastici, per dare alcune indicazioni operative utili al corpo docente a districarsi nel caos che segue ad un evento suicidario. Trattandosi di un fenomeno complesso, doloroso, e molto umano, nessun modello può pretendere di fornire garanzie dogmatiche, risposte standardizzate e automatismi. Nonostante questi limiti oggettivi, approntare indicazioni per approcci concreti costituisce sicuramente una bussola che aiuta professori e presidi a orientarsi a gestire eventi così traumatici negli istituti scolastici. Tali modelli forniscono indicazioni precise su come comunicare la notizia, come gestire il ricordo di chi viene a mancare, come evitare di aumentare il rischio di creare ulteriori situazioni critiche e di come in caso intercettarle precocemente. Tutto questo nell'ottica di favorire una corretta elaborazione del lutto per suicidio e di ridurre il rischio emulativo da parte dei coe-



anei. In Italia purtroppo non esistono programmi di *post vention* riconosciuti, diffusi e adottati a livello ministeriale. Si resta ancora su iniziative del singolo istituto o affidati allo psicologo scolastico, quando è presente. In molti casi però mancano sia le conoscenze che le persone deputate a formare il personale. Spesso ci si trova ad affrontare un suicidio improvviso e penoso con mezzi improvvisati e strategie inadeguate. Per evitare questa spiacevole situazione è opportuno puntare in modo deciso sulla formazione del personale e sulla educazione e sensibilizzazione di tutta la comunità scolastica, alunni e famiglie incluse sulla tematica suicidaria (De Monte, 2023). Prevenire il suicidio è un'azione che si sviluppa nel tempo, su più piani, e sicuramente inizia ancora prima che un evento suicidario rischi di aver luogo. Parlare di suicidio in modo appropriato e consapevole, può infatti aiutare chi soffre per le sue fragilità a venire allo scoperto e chiedere aiuto, invece di chiudersi in un silenzio carico di vergogna. Parlarne, con accento competente e attento, può infatti fornire un potente mezzo di abbattimento dello stigma

che ancora grava sulla salute mentale e in particolare sul suicidio. Usare questa parola spesso suona ancora un tabù o una provocazione, a volte un lugubre richiamo a pratiche emulative e sfide autodistruttive. Usarla al contrario in modo consapevole, rispettoso, all'interno di programmi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole, può divenire un prezioso momento di scambio e di crescita per tutti, giovani e adulti (AASPD, 1999). Il recente aumento esponenziale del disagio giovanile e del fenomeno suicidario tra i giovani rende necessario e urgente l'attivazione del mondo scolastico e della politica, allo scopo di fornire strumenti adeguati al personale operante nelle scuole. Non si può più acconsentire che gli adulti vengano colti impreparati e reagiscano in modo disordinato e improprio di fronte alla portata e alla frequenza di tali eventi. È necessario garantire al corpo docenti e al personale scolastico una preparazione adeguata sul tema, svolta da esperti, in modalità continua. Questa formazione rende il personale in grado di reagire in modo tempestivo e adeguato ad un lutto traumatico per suicidio. Questa

formazione riveste un ruolo fondamentale nelle strategie di prevenzione del suicidio. Essa consente anche un miglioramento del benessere lavorativo percepito, riducendo il senso di impotenza e l'angoscia evocata dal suicidio stesso (Piotti, 2023).

Bibliografia

1. Guidelines for school-based suicide prevention programs. American Association of Suicidology Prevention Division, 1999.
2. Formella Z, Ricci A. Il disagio adolescenziale tra aggressività, bullismo e cyberbullismo. Las, Roma, 2010.
3. Minozzi S, Saule R, Amato L, Davoli M. Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura. *Recenti Prog Med*, 2021;112(5):360-370.
4. Piotti A, De Monte G. Quando la scuola viene ferita. Edizioni Franco Angeli, 2023.

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra
Direttore Artistico

Una corretta educazione nell'adolescenza come prevenzione del disagio psichico

/ Dominique Tavormina /

L'adolescenza è un periodo difficile della vita. In questo articolo si pone l'accento sull'importanza di una corretta educazione dei figli per prevenire disagi psichici e comportamentali.

L'adolescenza è necessariamente un periodo difficile della vita, ricolmo di disagi e di comportamenti a rischio, oppure è soltanto una naturale fase di passaggio della vita? Una prima risposta ci giunge da una ricerca antropologica sul campo realizzata nel 1925. Ora come allora ci si interroga sul ruolo dell'educazione nella crescita armonica dei nostri ragazzi. Nel lontano 1925, una giovanissima antropologa statunitense di nome Margaret Mead si recò presso le isole Samoa, in Oceania. Ella era spinta dall'interesse di comprendere se l'adolescenza fosse una fase necessaria di turbolenza, conflitti e ribellione, oppure se il disagio giovanile fosse la conseguenza di specifici fattori. Ad esempio, l'effetto di una particolare educazione, o di determinate formazioni culturali oppure il risultato dell'organizzazione di una società. «In America le condizioni erano tali da sollecitare psicologi, educatori e intellettuali a offrire spiegazioni accettabili del disagio in cui si trovavano i ragazzi» (Mead, 1954). Nei suoi nove mesi di soggiorno nell'isola di Tau, con sua grande sorpresa, M. Mead si trovò

di fronte ad adolescenti spensierati e sereni, immersi nel periodo più felice della loro vita. Essi non erano ribelli, né tormentati e neppure entravano in conflitto con i genitori o con l'autorità in generale. Affrontavano le esperienze quotidiane, e persino la morte, il dolore e le perdite in un modo totalmente differente. La giovane antropologa ebbe la conferma dell'enorme importanza che nella vita dell'individuo riveste l'ambiente sociale in cui si nasce e si cresce. Capì che «né la natura umana né la razza» (Mead, 1954) potevano rendere conto degli svariati e variegati modi in cui si esprimevano i comportamenti e le emozioni. Solo la cultura, e in primis l'educazione, era responsabile delle enormi differenze qualitative fra gli adolescenti americani e quelli samoani. Lo stile educativo genitoriale, le cure ricevute, la relazione con i familiari e i parenti, i valori trasmessi, tutto era rilevante. La conclusione delle sue ricerche fu che la predominanza della cultura sulla natura è netta. L'educazione è il primo elemento culturale con cui veniamo in contatto alla nascita e attraverso cui vengono

veicolati affetti, sentimenti, emozioni, valori e linguaggi. È quel lungo processo che consente lo sviluppo della personalità di ogni individuo e attraverso cui si pongono le basi di ciò che egli sarà e del suo atteggiamento verso la vita e il mondo. Non vi è aspetto dell'individuo che non venga accresciuto durante il processo educativo: la motricità, il linguaggio, gli affetti, la socializzazione, il pensiero logico, la creatività, le emozioni.

A ciò provvede innanzitutto l'istituzione della famiglia. Nessun genitore dovrebbe sottovalutare gli effetti dell'educazione sui propri figli e l'influenza che essa esercita sul loro carattere, sui loro comportamenti e persino sulle loro scelte future. Gli studi sul cosiddetto parenting, a partire dagli anni '60 del Novecento, hanno messo in luce l'importanza delle modalità utilizzate per rapportarsi con i figli. Il parenting rappresenta l'insieme delle azioni di cura e di accudimento da parte dei genitori e delle loro competenze. Ne è derivata l'attenzione sui diversi stili educativi e la loro influenza positiva o negativa su di essi e sul clima familiare. Un parenting disfunzionale durante l'età evolutiva, ad esempio, potrà avere una serie di conseguenze negative sull'individuo per tutto l'arco della vita. Al contrario, uno stile efficace contribuisce alla costruzione di personalità solide ed equilibrate, psichicamente e affettivamente. Il periodo che va dagli 11 ai 18 anni è effettivamente una delicata e tumultuosa fase di transizione della vita che comporta una vera e propria trasformazione di stato. È il momento in cui si verifica il complesso passaggio dalla condizione di bambino a quella di adulto. Il corpo, che fino a quel momento era stato un punto di appoggio stabile e sicuro, comincia a mutare rapidamente. Le trasformazioni biologiche e le nuove improvvise pulsioni che ne derivano modificano ogni soggetto, ogni tratto della sua sicurezza, della fiducia in sé stesso e nelle proprie possibilità. Ciò può causare instabilità, incapacità di padroneggiare il proprio



comportamento, impulsività, poco controllo della propria emotività. Ogni azione potrebbe rivestire carattere di atipicità comportamentale, di reazione inaspettata e di trasgressione. Tutto ciò rientra in genere nella fisiologia più che nella patologia, eppure ormai le casistiche di cronaca nera relative ai giovanissimi rappresentano un argomento tristemente attuale. «Nell'adolescenza le regole vengono spesso rifiutate, i limiti considerati frustranti e a volte addirittura paralizzanti» (Phillips, 1999). Eppure, i limiti sono necessari. «Dire no è un modo per creare uno spazio fra desideri, pensieri e azioni. Significa essenzialmente stabilire una distanza fra un desiderio e la sua soddisfazione immediata. [...] È questa la grande sfida che de-

vono affrontare i genitori: coltivare nei figli la passione e il coinvolgimento nel mondo e al tempo stesso insegnare loro ad adattarsi alle regole della società» (Phillips, 1999). Alcuni diffusi atteggiamenti educativi possono, invece, contribuire a incrementare l'instabilità emotiva e l'irrequietezza comportamentale già tipiche dell'adolescenza, causando lo sviluppo di comportamenti inadeguati e incontrollati. Come, ad esempio, uno stile educativo debole, poco autorevole e privo di fermezza, caratterizzato da un'elevata accettazione ed uno scarso controllo (accentuato permissivismo). Esso può condurre alla non accettazione delle regole, alla mancanza di ragionevolezza, all'irresponsabilità e all'impulsività.

Uno stile di parenting poco autorevole non possiede fondamenti solidi e principi sicuri su cui basare la propria azione educativa e non fornisce punti fermi e valori. Può derivarne anche l'assenza del confine fra giusto e sbagliato, bene e male. L'educazione è, invece, un'attività complessa che deve concretizzarsi in azioni ben equilibrate e ponderate prima di essere messe in atto. Ciò può realizzarsi solo se si è consapevoli del proprio ruolo di guida e di modello di vita e si ritrovano in sé la fermezza e la forza necessarie. «Educare vuol dire insegnare a vivere. Oggi il mondo giovanile non sa vivere. [...] Il concetto di educazione si lega al significato stesso del vivere» (Andreoli, 2017).

Bibliografia

1. Freud Anna: Normalità e patologia del bambino. Feltrinelli, Milano 1969.
2. Mead Margaret: L'adolescenza in Samoa. Giunti Editore, Firenze 1954.
3. Phillips Asha: I no che aiutano a crescere. Feltrinelli, Milano 1999.

4. Poli Osvaldo: I no per amore. Edizioni San Paolo, Milano 2004.

5. Andreoli Vittorino, psichiatra, Intervista del febbraio 2017 - XV Convegno Nazionale di pastorale giovanile di Bologna.

Foto: Envato Elements



Dominique Tavormina

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

La sindrome del primo della classe

/ Maria Rosaria Juli /

È dei nostri tempi la sindrome da primo della classe. Consiste nel misurare il valore e l'importanza di un individuo in base al successo che questo ottiene.

Figlia della società in cui viviamo, identificata non solo a livello scolastico è la sindrome da primo della classe. Non si tratta necessariamente di una competizione, ma è utilizzata in molti ambiti per misurare il valore e l'importanza di un individuo. Si tratta nello specifico di valutare la persona in base al successo che questo ottiene. Sempre più spesso sentiamo parlare della «sindrome del primo della classe». Sembra essere un prodotto della nostra società, ma possiamo considerarla veramente una sindrome? Certamente la società in cui viviamo è sempre più competitiva e non ammette errori, a subirne maggiormente gli effetti di solito sono i bambini. Anche perché il luogo per eccellenza dove c'è il bravo e il perdente è la scuola. Questo, comporta che a dover essere sempre il migliore, per un soggetto ancora in crescita, può essere un problema con effetti psicologici degni di nota. Ad esempio, si segnalano problemi di autostima con ripercussioni per tutta la vita. Viene definito «gifted kid burnout», è molto più di una semplice condizione di stress. Tale condizione è causata dal crollo delle aspettative dei primi della classe. È un fenomeno che può insegnarci tanto sulla visione distorta del valore, del merito e dell'eccellenza su cui si fonda la nostra società. I sintomi del gifted kid burnout, definito meglio come crollo nervoso, sembra essere tipico

dei ragazzini che sono stati i primi della classe. Non è solo la continua ansia da prestazione, che è quella sofferenza che accompagna gli studenti etichettati come primi della classe durante la frequenza a scuola. Sentirsi ripetere di continuo quanto si è bravi, speciali, migliori dei propri pari in età formativa impedisce la consapevolezza dei propri limiti. Oggi il sistema scolastico è basato sulla competizione. Basta pensare che sono previste le prove Invalsi e le certificazioni di competenza nelle scuole primarie e l'alternanza scuola-lavoro nelle scuole superiori. Questo favorisce che l'identità del bambino si modelli attorno al perfezionismo, all'essere sempre al massimo dell'eccellenza e al non deludere mai le aspettative. Questo modo di vivere la scuola comporta un grosso rischio da parte degli studenti che vivono la perfezione come irraggiungibile e tendono a perdere interesse. Quello che succede è che, se non hai raggiunto il massimo nella verifica, e quindi non sei il primo della classe, devi impegnarti di più. Sicuramente un obiettivo è quello di educare agli insuccessi i bambini ed i giovani adolescenti (Vecchini, 2023). La necessità è quella di far capire a un bambino il valore che ha una sconfitta mostrandoglielo con l'esempio. Insegnare loro che è importante non tanto il risultato, ma che ciò che conta veramente è arrivare fino in fondo, divertirsi,

migliorarsi. Questo insegnamento può essere fatto ogni giorno, in ogni momento di vita quotidiana. È importante evidenziare che non è necessario essere il primo della classe sempre e che ogni individuo può eccellere in ambiti diversi rispetto ad altri. Valorizzare i bambini ed i giovani adulti al di là del risultato ottenuto li può aiutare a non sentirsi perdenti. Etichettare lo studente come primo della classe durante la

formazione, annulla la curiosità di “fare qualunque cosa che possa mettere in luce i difetti” (Dweck, 2023). È necessario insegnare ai bambini il valore positivo di un fallimento. Far capire che il fallimento porta con sé insegnamenti positivi. Quando un bambino prende 3 in italiano non è semplice fargli capire che non vuol dire non essere bravo. È opportuno fare un passo indietro rispetto al 3 e riconoscere che certe cose servono

per prendere coscienza dei propri limiti e questo può aiutare a superarli. Essere il primo della classe non deve essere l'obiettivo da raggiungere nella carriera scolastica. In un contesto come quello scolastico è difficile far rispettare le caratteristiche di tutti i bambini perché ognuno ha le proprie qualità. Bisognerebbe cercare il più possibile di porre degli obiettivi adeguati alle competenze di ognuno.



Bibliografia

1. Dweck C.- Cambiare forma mentis per raggiungere il successo. Mindset, Franco Angeli, 4a ristampa, 2023.
2. Vecchini S., - I bambini si rompono facilmente, Racconti Bompiani, 2023.

Foto: Envato Elements



Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

La depressione e il cuore spezzato

/ Francesco Franza /

Fiumi di inchiostro si sono sprecati. Il cuore come sede dell'anima. Il cuore come luogo dell'amore. Il mal d'amore associato al mal del cuore. Il cuore infranto, spezzato, lacerato nella depressione. Sembrerebbe materiale per poeti, artisti e filosofi. Ma la clinica può dire ancora molto. E le neuroscienze? Forse sì!

Fin dai tempi antichi filosofi, poeti, cantori e scienziati si sono posti la domanda sull'esistenza di una relazione tra cervello e cuore. Il cuore come centro delle emozioni o come sede dell'anima è un concetto largamente diffuso in tutte le culture. Le scoperte scientifiche degli ultimi decenni hanno indicato il cervello come la sede delle emozioni, dei comportamenti e, più in generale, del pensiero umano. Il cuore è stato consegnato ai poeti, ai musicisti, alla letteratura e ai social network. Il prof. Mario Maj dell'Università di Napoli al 22° World Psychiatry Congress, tenutosi dal 3 al 6 agosto 2022 a Bangkok in Thailand, ci ha fornito tracce da seguire. Il prof. Maj affermava che «esistono numerosi dati oggettivi che sembrano rispondere a questo quesito». Innanzitutto, confermava che deve essere sempre ricordata l'importanza del fare diagnosi. Per fare diagnosi di depressione si deve tenere sempre conto dell'insieme dei sintomi psichici e somatici descritti dal paziente. Quando il paziente affetto da depressione descrive i propri sintomi fa spesso riferimento a «disturbi del cuore». Eppure, nelle principali classificazioni diagnostiche delle malattie mentali, come il DSM e

l'ICD, non c'è traccia (Maj 2023). I pazienti con depressione durante i colloqui clinici parlano spesso di mancanza di energia, di stanchezza, di mancanza di volontà. Sebbene non esistano molte ricerche che studiano la descrizione dei sintomi del paziente ce ne è una molto interessante. I ricercatori del Department of Mental Health di Baltimore negli USA nel 2017 hanno fatto un po' di luce (Haroz et al., 2017). Hanno dimostrato che la mancanza di energia (astenia) era il secondo sintomo della depressione più descritto spontaneamente dai pazienti (58,8%) subito dopo l'abbassamento del tono dell'umore. Poi venivano la cefalea (nel 35,5% dei pazienti), il dolore generale prolungato o acuto (nel 34,1%) e al quinto posto i problemi con il cuore (nel 29,4%). Un percentuale elevata e importante per la diagnosi. Ma non si sa bene cosa sono. «È interessante notare - sottolineava il prof. Maj - che in alcune regioni del mondo così come nel Sud-Est asiatico, il "dolore in petto" viene indicato come uno dei sintomi più importanti della depressione». I sintomi somatici sono addirittura i sintomi più comuni della depressione nei paesi dell'America Lati-

na e dell'Asia orientale e secondi nell'Asia del Sud. La depressione mascherata ebbe un grande successo negli anni '70. Era descritta come una sindrome depressiva dominata da sintomi somatici che si credeva mascherassero il nucleo della depressione rappresentata da sintomi emotivi e cognitivi. Secondo alcuni eminenti ricercatori della depressione, in particolare Jules Angst, è invece vero il contrario. La componente somatica è parte integrante del nucleo della sindrome depressiva. È stata la cultura occidentale ad enfatizzare eccessivamente i sensi di colpa e la vergogna come elemento centrale della depressione. Le popolazioni più pure di cuore non cadono in questo tranello culturale (Franza et al., 2020). Addirittura, nelle popolazioni asiatiche i disturbi della zona toracica (senso di oppressione, di peso) sono i principali sintomi descritti nella depressione residuale. Questi sintomi hanno una significativa influenza sulla scarsa qualità della vita individuale e sociale e aumentano il rischio di ricadute. La sensazione di oppressione toracica è sei volte più comune nei depressi rispetto ai non depressi. I pazienti depressi descrivono anche una "strana costrizione" a livello del cuore. Per tali "disturbi al cuore" i pazienti depressi si rivolgono al pronto soccorso quasi tre volte più nei soggetti sani. Sono grandi consumatori dei servizi sanitari alla ricerca della causa cardiaca della loro sofferenza. La sindrome di Takotsubo è una condizione caratterizzata da dolore toracico, mancanza di respiro, palpitazioni e ipotensione arteriosa. Spesso può rassomigliare ad un attacco cardiaco. La diagnosi si effettua possibile sulla base dell'elettrocardiogramma e in particolare dall'angiografia coronarica che esclude il blocco dei vasi coronarici. Ma il dolore c'è ed è simile a un infarto cardiaco. Può durare da pochi minuti a diverse ore. La prognosi è, in genere, favorevole. È più comune nelle donne di età superiore ai 50 anni. Dall'intervista dei pazienti emergono spesso storie di sofferen-



ze o traumi vissuti recentemente. Le cause sono molteplici. Frequente è la morte del coniuge o di un parente stretto. Oppure sono descritti eventi come la perdita della casa, perdite economiche, conflitti interpersonali e anche stress lavorativo. Il dolore, tuttavia, non è solo psicologico ma ha anche cause biologiche. Il cosiddetto sistema nervoso simpatico ne è il responsabile principale. L'attività del cuore viene controllata dal sistema nervoso autonomo. Questo è composto da fibre nervose simpatiche e parasimpatiche che hanno come regista il sistema nervoso centrale. Il fine meccanismo che regola l'intera orchestra ha sede in particolari aree del cervello che sono indicate con i nomi di corteccia insulare, l'amigdala e l'ipotalamo. Da notare che sono aree coinvolte nello sviluppo della depressione. La

componente principale del processo fisiologico che coinvolge il cuore nella depressione è un aumento dell'attività simpatica e una riduzione dell'attività parasimpatica. Le conseguenze sono una alterazione della frequenza cardiaca e una risposta della frequenza cardiaca più elevata a fattori di stress psicologici e fisici. Una ricerca del 2021 ha studiato il rapporto tra la ruminazione autocritica tipica della depressione e la frequenza cardiaca (Koesel et al. 2021). Questi due fenomeni si rafforzano a vicenda in una sorta di circolo vizioso che contribuisce al disagio soggettivo della persona depressa. Non sorprende sulla base di questo scenario che la violenza delle aritmie sia più alta tra gli individui con depressione rispetto agli individui senza depressione. Altri meccanismi sono stati chiamati in causa.

I più studiati sono l'infiammazione, le alterazioni neuroendocrine e le alterazioni dell'endotelio. Tutte queste scoperte stanno ora portando i cardiologi a dedicare maggiore attenzione alla depressione. Essa rappresenta un fattore di rischio per il peggioramento della prognosi di malattie cardiache. Capire e conoscere che tale associazione può avere substrati biologici e clinici può aiutare il paziente depresso. Non sono solo "fantasie" del paziente ma vere e proprie patologie. Nel concludere queste rapide e sintetiche spiegazioni del rapporto cuore-cervello si riportano le parole del Prof Mario Maj. «[...] purtroppo la mia esperienza a livello internazionale mi dice che il mantra persistente della demedicalizzazione della psichiatria sta lavorando contro questo sviluppo della ricerca» (Herrman et al. 2022)

Bibliografia

1. Franza F et al. Heart and depression: psychopathological aspects in cardiological rehabilitation. *Telos* 2020; 1:89-103
2. Haroz EE et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med* 2017;183:151-162.
3. Koesel N et al. The interplay of self-crit-

cal rumination and resting heart rate variability on subjective well-being and somatic symptom distress: A prospective study. *J Psychosom Res* 2021;152:110676

4. Maj M. Understanding depression beyond the "mind-body" dichotomy. *World Psychiatry* 2023;22:349-350

Foto: Envato Elements



Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Stili di vita, depressione e struttura del cervello

/ Francesco Franza /

Gli stili di vita sani influiscono sul benessere fisico e psicologico delle persone. Questi stili di vita riducono anche il rischio di sviluppare la depressione. Sono queste affermazioni risapute e consolidate. Ma come agiscono sul corpo umano e sul cervello? La ricerca scientifica inizia a fare chiarezza.

Una buona qualità della vita è un elemento fondamentale per il benessere fisico e psicologico delle persone. Stili di vita adeguati riducono il rischio dello sviluppo di patologie psichiatriche, così come la depressione. Una ricerca scientifica condotta dal gruppo di Yuje Zhao dell'Università di Shanghai in Cina su più di 300 mila partecipanti ha studiato questa relazione (Zhao et al., 2023). I ricercatori hanno evidenziato e selezionato sette stili di vita importanti nella depressione. L'attenzione è caduta, in particolare, sul consumo di alcol, sulla dieta, sull'attività fisica, sul sonno, sul fumo di sigarette, sul comportamento sedentario e sulle relazioni sociali. Questi stili di vita possono influenzare e modificare l'equilibrio psicofisico delle persone affette da depressione. Le conseguenze non sono solo psicologiche. Gli stili di vita modificano la struttura di alcune zone del cervello. Agiscono, inoltre, su diversi sistemi biologici. Così come descritto in altre recenti ricerche, è questa la curiosità (Haehner et al., 2024; Firth et al., 2020). Non è facile evidenziare i meccanismi biologici con i quali gli stili di vita aumentano il rischio di depressio-

ne. Essi sono complessi e numerosi. È un insieme di aspetti genetici, comportamentali e neurobiologici. Innanzitutto, sono state scoperte alterazioni delle sostanze responsabili nella trasmissione degli impulsi tra le cellule nervose, i cosiddetti neurotrasmettitori. È immaginabile come la disfunzione di queste molecole possa causare gravi conseguenze sull'intero sistema neurologico cerebrale e periferico (Ait Tayeb et al., 2013). Altre alterazioni provocate da stili di vita inadeguati o non sani vedono il coinvolgimento del sistema immunitario. E non solo. Anche le reazioni infiammatorie sono coinvolte in questo processo. Per non parlare delle conseguenze che questi ultimi due meccanismi possono avere sull'età. Eventi stressanti che si verificano nell'età avanzata accelerano i normali processi di invecchiamento, favorendo il declino cognitivo del cervello (Kiumaki et al., 2023). Tra gli stili di vita analizzati dalla ricerca di Zhao, l'alterazione del sonno e una ridotta attività fisica possono alterare l'equilibrio dell'asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Anche le condizioni sociali caratterizzate da elevati livelli di stress possono modificare l'equilibrio

del sistema immunitario. Un sonno adeguato e regolare, invece, migliora i meccanismi che attivano la crescita delle sinapsi nell'ippocampo. In questo modo sono ottimizzate le risposte emotive messe alla prova da fattori stressanti. Tutte queste alterazioni associate agli stili di vita sono considerate essere fattori di rischio per l'insorgenza della depressione. Un altro stile di vita fortemente implicato nell'equilibrio dell'umore è l'alimentazione e la sua azione sulla flora intestinale. Il ruolo della flora batterica (microbioma intestinale) sulla depressione è dimostrato dalla ricerca scientifica. «Mens sana in... "intestino"». Anche l'esercizio fisico migliora la qualità del microbioma intestinale. Esiste una stretta associazione tra una flora batterica intestinale malata, frutto di stili di vita non sani, e lo sviluppo della depressione (Firth et al., 2020). Lo studio di Zhang ha rilevato che una dieta adeguata riduce il rischio di depressione del 6%. Altri dati sono rilevanti in questo studio. Dando un po' di numeri la ricerca mostra che una regolare attività fisica riduce il rischio di depressione del 14%. Le persone che non fumano sigarette hanno un rischio ridotto di sviluppare depressione del 20%. Anche un buono ritmo sonno/veglia riduce il rischio di depressione del 22%, mentre un buon supporto sociale e relazionale riduce il rischio di depressione del 18%. Stili di vita adeguati e sani riducono, quindi, il rischio di sviluppare la depressione. Le persone che hanno stili di vita sani hanno un volume più ampio delle cortecce orbitofrontale e prefrontale. Queste sono aree del cervello che sono coinvolte nel controllo cognitivo (intelligenza, memoria, attenzione, etc.) e nella regolazione delle emozioni. L'aspetto interessante è che queste aree sono compromesse nella depressione (Pizzagalli & Roberts, 2022). La correlazione tra stili di vita e strutture cerebrali è in linea con le aspettative. Oltre alle strutture cerebrali suddette, anche altre zone del cervello sono coinvolte. Ad esempio, sono interessate strutture

sottocorticali, cioè aree profonde del cervello. Tra queste aree sono maggiormente coinvolti il pallidum, il talamo, l'amigdala e l'ippocampo. Hanno tutte un volume più ampio nelle persone con stili di vita più adeguati e sani. L'aspetto interessante che questi valori migliorano nelle persone affette da depressione quando iniziano ad avere stili di vita sani. Gli autori hanno considerato anche il rapporto inverso tra depressione e stili di vita. La depressione maggiore, infatti, è associata a stili di vita non sani. Causa insonnia o aumento del sonno, agitazione o rallentamento psicomotorio e variazioni dell'appetito. Le persone affette da depressione possono avere anche una ridotta motivazione e una ridotta partecipazione alla vita sociale. Un'altra conseguenza della depressione è il coinvolgimento dei sistemi infiammatori e immunitari. Possono presentare, ad esempio, elevati livelli di molecole implicate nell'infiammazione, così come le citochine. Anche i livelli di cortisolo possono essere elevati e coinvolgere l'asse HPA. Queste alterazioni biologiche a loro volta possono determinare alterazioni del ritmo sonno-veglia, cambiamenti dell'appetito, anomalie motorie e comportamentali. La conseguenza di tutto ciò è che l'associazione degli stili di vita non sani e la depressione causa un incremento dei disturbi sull'organismo. Si osserva, infatti, un incremento notevole dell'attività dell'ippocampo e del sistema nervoso periferico. Ma non solo. Possono avere anche gravi conseguenze sulle molecole dell'infiammazione (citochine), sulla proteina C-reattiva, oltre a incrementare i livelli di cortisolo nel sangue. Le conseguenze? Viene alterato l'equilibrio (omeostasi) delle funzioni dell'organismo che regolano il sistema immunitario. In tutto questo contesto gioca un ruolo importante la componente genetica.



I fattori ambientali, così come gli stili di vita non sani possono influenzare l'attività dei geni, che incrementano il rischio di depressione. Il rischio di sviluppare la depressione è più del doppio nelle persone con alto rischio genetico se associato a uno stile di vita non sano (Cao et al., 2021).

Esiste una forte azione protettiva dei comportamenti di stili di vita sani sulla depressione.

Ciò si manifesta anche nelle persone che hanno un alto rischio genetico a contrarre tale malattia.

Il sottofondo biologico di questa interazione tra stili di vita/depressione inizia ad essere conosciuto.

Le recenti scoperte delle modificazioni della struttura del cervello, del sistema immunitario, della genetica possono aiutare i ricercatori e i clinici a sviluppare strategie terapeutiche per ridurre il rischio di depressione. Uno stile di vita sano ha così trovato le spiegazioni scientifiche e i suoi correlati anatomici e biologici.

La promozione di stili di vita adeguati completa gli interventi terapeutici nella gestione della depressione riducendone il rischio

Bibliografia

1. Ait Tayeb AEK et al. Major Depressive Disorder and Oxidative Stress: A Review of Peripheral and Genetic Biomarkers According to Clinical Characteristics and Disease Stages. *Antioxidants* (Basel) 2023;12:942.
2. Cao Z. et al. Polygenic risk score, healthy lifestyles and risk of incident depression. *Transl Psychiatry* 2021; 11, 189.
3. Firth J et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020;1:360-380.
4. Haehner P et al. The relationship between the perception of major life events and depression: A systematic scoping review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024;349:145-157.
5. Kivimäki M et al. The multiple roles of life stress in metabolic disorders. *Nat Rev Endocrinol*. 2023;19:10-27.
6. Pizzagalli DA & Roberts AC. Prefrontal cortex and depression. *Neuropsychopharmacology* 2022;47:225-246.
7. Zhao Y et al. The brain structure, immunometabolic and genetic mechanisms underlying the association between lifestyle and depression. *Nature Mental Health* 2023;1(10), 736-750.

foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

L'amore romantico e l'ossitocina

/ Maurizio Tavormina /

L'amore romantico è un sentimento molto bello e complesso. Esso infervora la relazione emotiva ed affettiva nell'innamoramento. L'ossitocina, insieme ad altri ormoni e mediatori chimici, è fortemente coinvolta nella stabilità della relazione umana, sentimentale e sociale.

«L'amore è una cosa meravigliosa (A many splendored thing)» è un romanzo di Han Suyin del 1952. È il titolo di un famoso libro con chiari riferimenti autobiografici dell'autrice ed è un famoso film di Hanry King del 1955. La sua colonna sonora e l'omonima canzone, musica di Sammy Fain e testo di Paul Francis Webster, ha avuto un grande successo. Essa è stata ripresa da moltissimi noti cantanti come Fred Bongusto, Neil Sedaka, Frank Sinatra, Andrea Bocelli e tanti altri. L'amore romantico è favoloso, ci fa vivere una fiaba incantata, infiamma i nostri cuori ed ispira tanti artisti, grandi poeti e semplici persone. Ma cosa succede nel nostro cervello quando ci si innamora? Quale chimica sostiene l'amore romantico? Alla luce di una recentissima ricerca scientifica proviamo a parlarvene. L'amore romantico è un sentimento complesso che coinvolge forti emozioni e legami affettivi duraturi. È la base delle relazioni romantiche a lungo termine e della formazione familiare in gran parte del mondo. È associato a una serie di attività cognitive, emotive e comportamentali in entrambi i sessi. Un elemento chiave in questo contesto è l'ossitocina, spesso definita come l'"ormone dell'amore" o

dell'affetto. Questo articolo esplorerà il legame tra l'amore romantico e l'ossitocina, analizzando come questa sostanza influenzi le relazioni e il benessere emotivo. Per comprendere appieno il ruolo dell'ossitocina nelle relazioni romantiche, è importante capire cosa sia e come funzioni. L'ossitocina è un ormone prodotto nella ghiandola pituitaria (ipofisi) e svolge un ruolo cruciale nei processi legati all'affetto, al legame sociale e all'amore. Numerosi studi scientifici hanno esplorato la correlazione tra livelli di ossitocina e la natura delle relazioni romantiche. Queste ricerche suggeriscono che durante momenti di intimità fisica e sentimentale i livelli di ossitocina aumentano, contribuendo alla formazione di legami più stretti tra i partner. Un recentissimo studio di A. Bode e P. Kavanagh (2023), dell'Australian National University, Canberra, ACT 2601, Australia, mette in evidenza come la persona amata diventi molto importante. I ricercatori mettono in luce i meccanismi che determinano l'amore romantico, nella prima fase dell'innamoramento. Lo studio ha indagato cosa stimola e sostiene l'attivazione comportamentale del cervello umano (BAS) quando si è innamorati,

cioè su cosa induce l'uomo all'azione e all'amore romantico. «A nostra conoscenza, nessuno studio ha indagato il ruolo che il BAS può svolgere nell'amore romantico», afferma Bode A. Per amore romantico i ricercatori si riferiscono in particolare alla prima fase romantica di innamoramento, anche se esso può persistere per anni. La persona cara è al centro costante dei nostri pensieri o preoccupazioni, è posta su un piedistallo, idealizzata, ne siamo fortemente attratti, vogliamo conoscerla e farci conoscere. È fonte di un forte interesse emotivo e comportamentale e siamo pronti a proteggerla e accorrere in suo aiuto. I ricercatori hanno intervistato, con una scala BAS modificata per l'amore romantico (BAS-SLO Behavioural Activation System Sensitivity to a Loved One) e validata, 1556 giovani adulti. Essi si definivano innamorati da meno di due anni. Le domande erano concentrate sulla reazione emotiva e comportamentale verso il partner amato e sull'attenzione che esso destava in loro (Bode, 2023). Si evidenzia così che, quando siamo innamorati il cervello risponde in modo diverso alle normali relazioni interpersonali e l'amato diventa una persona speciale, il fulcro della nostra vita. Abbiamo piacere a stargli vicino, a sostenerlo a proteggerlo e soffriamo per la sua lontananza. Quando si perde la persona amata o si è rifiutati, perché non corrisposti, si può avere un profondo sconforto o franca depressione: il famoso cuore spezzato. «Senza relazioni d'amore, gli esseri umani non riescono a prosperare, anche se tutti gli altri bisogni fondamentali vengono soddisfatti» (Carter & Porges, 2013). Le persone che sperimentano l'amore romantico mostrano una serie di cognizioni, emozioni e comportamenti suggestivi di un'intensificata attività del BAS-SLO. Esso è un meccanismo biologico che si ritiene abbia un ruolo nell'impulso del comportamento umano e sia associato ai circuiti dopaminergici di ricompensa e motivazione (Johnson, 2012). Froemke e Young



(2021) hanno suggerito che l'ossitocina agisce sui percorsi motivazionali per aumentare l'importanza di specifici stimoli sociali. Nell'uomo, ciò può avvenire nell'area tegmentale ventrale (VTA), una zona del mesencefalo (area centrale e antica del cervello) che ha cellule nervose dopaminergiche. Secondo la tesi di Bode il sistema di attrazione del legame nell'amore romantico è caratterizzato sia dall'attività dell'ossitocina che della dopamina, tra gli altri fattori. La dopamina è una sostanza chimica che il nostro cervello rilascia durante l'amore romantico ed è il mediatore chimico che induce all'azione, al movimento e al piacere. In sostanza, l'amore attiva percorsi nel cervello che inducono sentimenti positivi e di attrazione. Oltre al suo ruolo nel favorire legami ro-

mantici, l'ossitocina è anche associata al benessere emotivo. Elevati livelli di questo ormone sono spesso correlati a una maggiore fiducia, empatia e senso di sicurezza nelle relazioni, contribuendo a stabilizzare l'equilibrio emotivo tra i partner. L'ossitocina e la vasopressina facilitano e stimolano la genitorialità in ambo i sessi, l'amore e la relazione madre figlio, la protezione del partner, l'accudimento amorevole della prole. L'ossitocina inoltre facilita un comportamento rilassato, la nascita, l'allattamento e l'amore consensuale (Carter & Porges, 2013). Esistono diverse attività che possono stimolare la produzione di ossitocina, contribuendo a rafforzare il legame romantico. Abbracci, carezze, e momenti di intimità fisica sono solo alcuni esempi di comportamenti che

possono aumentare i livelli di questa sostanza, promuovendo un ambiente amorevole e sano all'interno della coppia. Anche un semplice sorriso di un neonato stimola in noi accudimento e cure amorevoli. L'amore romantico e l'ossitocina sono intrinsecamente legati, contribuendo alla formazione e al mantenimento di relazioni affettuose. Comprendere il ruolo di questo ormone nell'amore può aiutare a promuovere relazioni più forti e durature. L'amore romantico è un sentimento complesso in cui interagiscono molti fattori e più mediatori chimici. Essi determinano il tessuto romantico delle relazioni umane. «L'amore è la più saggia delle follie, un'amarezza capace di soffocare, una dolcezza capace di guarire» (William Shakespeare).

Bibliografia

1. Bode A, Kavanagh P (2023). Romantic Love and Behavioral Activation System Sensitivity to a Loved One. Behavioral Sciences. DOI: 10.3390/bs13110921
2. Carter, C. S., & Porges, S. W. (2013). The biochemistry of love: An oxytocin hypothesis. EMBO reports, 14(1), 12–16.
3. Froemke, R.; Young, L. Oxytocin, Neural Plasticity, and Social Behavior. Annu. Rev. Neurosci. 2021, 44, 359–381. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed]

4. Johnson, S.L.; Edge, M.D.; Holmes, M.K.; Carver, C.S. The behavioral activation system and mania. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2012, 8, 243–267. [Google Scholar] [CrossRef]

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

L'inquietudine e la depressione

/ Francesco Franza /

Cosa succede prima della esplosione della depressione? Esistono personalità premorbose che mal si adattano a una vita adeguata e ben funzionante. Un'inquietudine di fondo le accompagna. Capire questa inquietudine può aiutare le persone ad evitare il crollo.

Prima di sviluppare una determinata malattia psichiatrica, alcune persone possono presentare una personalità definita premorbose. Con il termine di depressione endodiretta, Silvano Arieti definiva e descriveva questo particolare tipo di personalità premorbose nel suo Manuale di Psichiatria (Arieti S, 1969). Arieti è stato uno dei più importanti psichiatri italoamericani del secolo scorso. Famosi sono i suoi scritti sulla schizofrenia. Lo studio e la ricerca scientifica hanno trascutato per molti anni questo tipo di personalità e l'inquietudine di fondo. Oggi alla luce delle nuove scoperte nel campo delle neuroscienze e degli esordi psicopatologici trova una nuova vita (Flint J, 2023). La caratteristica di fondo di questa personalità è l'inquietudine che è presente in persone che sono etichettate come rigide. Sono persone con poca creatività, che imitano molto gli altri. E li imitano bene. La loro vita è motivata dal dovere e non dal piacere. La loro perseveranza li porta a raggiungere buoni livelli professionali. Devono dedicarsi sempre a qualcosa. Alla continua ricerca di approvazione, si nascondono sotto una cornice convenzionale, in un cosiddetto «sistema di opinioni e di

codici di valori» (Kolb, 1973). Conservano sotto questa cornice un'energia e un'inquietudine incessante e persistente. Non possono, però, gridare il loro disagio. Hanno un inferno nel cuore. Agli altri sembrano persone da invidiare, da imitare. Nascondono il proprio disagio. Devono dimostrare di essere felici. Sono spesso citati come esempi da seguire. Costruiscono relazioni sentimentali stabili, durature. Arieti afferma che «intraprendono una relazione solo perché il partner ha bisogno di loro». Cercano sempre di essere disponibili. Non possono dire di no. Spesso sono eccessivamente prodighi. Però non possono permettersi di essere scoperti. Verrebbe messo a nudo il loro disagio e la loro inquietudine. E sarebbe la fine. Tutti capirebbero la loro nullità, la loro inutilità, il loro falso incidente. Devono essere di esempio: un modello che può tormentarli per tutta la vita. La cortecchia che copre la loro inutilità esce a volte allo scoperto, spesso con scatti di ira, di rabbia che a stento riescono a controllare. Questi comportamenti disorientano e sorprendono lo spettatore. Umiliato e sconfitto da questa concessione si ritirano nel loro mondo rafforzando la

convincione di inutilità e di indegnità. La persona che ha questo fondo temperamentale deve continuamente dedicarsi agli altri, non può consentirsi di dedicarsi a sé stesso. Per questo motivo lavora, studia, scrive incessantemente. Sembra iperattivo. Cerca costantemente di trovare nuovi impegni. Alcuni lo ritengono un po' ipomaniacale, ossessivo con significato positivo e discreta ammirazione. Ma lui teme di fermarsi per non far scoprire la sua inquietudine. Non se lo può consentire. Per questo motivo le affermazioni positive hanno l'effetto di far aumentare la sua inquietudine. Avverte un profondo dolore interno che gli altri non possono e non devono vedere. Non può permetterselo. Per nascondere deve continuamente fare e agire (Klein DN et al., 2011). Afferma spesso di non saper dire di no. In questo modo conferma a sé stesso l'incapacità di controllare la propria inquietudine. Ma mostra ancora una volta la dedizione imitativa all'altro. «Puoi contare su di me», non perché entra in empatia con l'altro ma perché deve proteggersi, nascondersi. Deve proteggere la propria inquietudine, inettitudine ed infelicità. È un meccanismo che si gira e rigira su sé stesso. Continua a girare rinforzandosi. Lo accompagnerà per tutta la vita se non interviene un evento scatenante. Questo circolo vizioso potrebbe essere scalfito dalla psicoterapia se soltanto la persona avesse il coraggio di togliersi la maschera. Non si sente all'altezza del ruolo che ha, non lo merita. Per questo motivo viene spesso additato di falsa modestia. Ma lui sa che non è così. Per tale motivo aumenta il suo senso di inquietudine e di inadeguatezza. Un altro aspetto che si osserva spesso in questi soggetti è la ricerca del maestro. Sommerso dalla propria inquietudine affida il suo malessere a maestri. Sono figure professionali o superiori che ritiene siano stati fondamentali del proprio percorso di vita. «A loro devo tutto. Se sono oggi così è solo merito loro. Io, però, non li merito». Affida a loro il ruolo di figure parenterali, contro le quali



non è riuscito a lottare o che non ha meritato. Per tale motivo, potrebbe anche combatterli. Ma non può, non solo perché li ammira. Non può farli scendere dal piedistallo. Sarebbe la fine. Resterebbe solo il vuoto della sua infelicità. Arieti afferma che «Le autorità fanno parte di lui, dei suoi valori, e del suo mondo simbolico» (Arieti S, 1963). Su questo mondo appoggia tutta la sua esistenza, fatta anche di falsi ricordi o della ricerca della bugia. Queste persone vivono una costante condizione di inquietudine e di insoddisfazione. Vivono su uno sfondo di disagio sul quale possono scatenarsi eventi dirompenti. Tra i diversi fattori precipitanti Arieti descrive la morte improvvisa di una persona importante. Anche un fallimento lavorativo o sentimentale può far precipitare il suo mondo. Vive, insomma, «la perdita di un oggetto a cui attribuire valore». Tra i sintomi che frequentemente compaiono in questo crollo è descritta l'ansia. Viene, infatti, invaso da un'ansia esplosiva, dalla paura di un pericolo

imminente di cui è l'unico responsabile. Si sente in trappola, ma ha la giusta punizione. Non può più tornare indietro. «L'evento scatenante ha già provocato disastri», secondo Arieti. L'inquietudine sottostante è dovuta alla consapevolezza di aver perso oramai lo scopo della propria vita, l'amore della propria madre. La persona viene, così sommersa, dal sentimento di abbandono di cui è vittima e allo stesso tempo carnefice. È stata lui/lei la causa del suo male. Merita tutto ciò. Quando si rende conto che non è riuscita a rimediare al disastro annunciato precipita nella depressione. Conoscere questo tipo di personalità depressiva è importante. Può aiutare il clinico a prevenire la caduta nella depressione. Riconoscere l'inquietudine di fondo di queste persone non è semplice. Richiede la conoscenza del problema e la capacità di aiutarlo a togliersi la maschera in ambiente protetto. La psicoterapia è la cura, la psicoterapia può allentare ed eliminare le

sue inquietudini. Le inquietudini sono frantumate. Dalle rovine dell'inquietudine esce fuori il nucleo vitale della grande energia che esse contengono.

Bibliografia

1. Arieti S. Manuale di Psichiatria. Boringhieri, 1969
2. Flint J. The genetic basis of major depressive disorder. *Mol Psychiatry* 2023;28:2254-2265.
3. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:269-295.
4. Kolb LC. Psichiatria clinica, Idelson, Napoli, 1978

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Rabbia e depressione

/ Antonella Vacca /

Si pensa che chi soffre di depressione provi più spesso tristezza e non rabbia. Queste due emozioni invece si manifestano spesso insieme. Il loro rapporto è complesso e negli ultimi anni, molti studi ne hanno dimostrato la correlazione. L'identificazione della rabbia può essere un valido aiuto nella diagnosi precoce e nella cura della depressione.

La rabbia è un'emozione universale, precoce ed innata. Può essere anche considerata una fase fisiologica attraversata nel corso di un lutto. Accanto a sentimenti di profonda tristezza, si presentano infatti momenti di rabbia. I motivi possono essere diversi: per essere rimasti soli, perché ci si sente abbandonati o perché si sente di aver vissuto una perdita ingiusta, rapida, dolorosa.

La rabbia però è un'emozione tipica anche di alcuni quadri depressivi e questo a volte sorprende. L'aggressività, infatti, sembra proprio il contrario dell'immagine comune della depressione che invece porta prostrazione e passività. Nell'immaginario collettivo le persone depresse sono costantemente di cattivo umore. Spesso si isolano in sé stesse rifiutando o limitando al minimo ogni contatto con il mondo. Una persona costantemente arrabbiata o incline a scoppi di rabbia molto spesso non viene identificata come depressa. Al contrario, viene percepita come una persona attiva e in grado di badare a sé stessa affrontando i problemi in maniera diretta. Questo spesso, comporta maggiori difficoltà nell'in-

dividuare le cause degli scoppi di rabbia. Infatti, si ritarderà la presa di coscienza dello stato depressivo verso cui la persona si sta avviando o in cui già si trova. Naturalmente tristezza e rabbia possono manifestarsi insieme o in maniera alternata in un breve lasso di tempo. Ciò rende ancora più instabile lo stato psicologico della persona che le prova. Una persona costantemente triste invece, è più facilmente riconoscibile come persona depressa. Pertanto, è più facile che possa essere aiutata o sostenuta dagli altri. È anche più facile che realizzi da sola la necessità di un aiuto psicologico e che intraprenda un cammino proficuo per uscire dalla depressione. Nelle linee guida ufficiali, come nell'ultima edizione del Manuale dei Disturbi Mentali (DSM 5), la rabbia non è considerata un sintomo per la diagnosi di depressione. Tuttavia, molti studi hanno dimostrato l'associazione tra rabbia e depressione. In uno studio, 293 pazienti con diagnosi di depressione sono stati valutati in un certo frangente temporale per determinare fino a che punto l'irritabilità può prevedere un attacco di rabbia (Manish,

Fava, Abu, et. al., 2020). Gli attacchi di rabbia sono stati definiti come attacchi improvvisi e insoliti. Possono avvenire con o senza aggressività, ma questo studio ha considerato solo quelli di natura aggressiva. L'elaborazione del questionario valutativo somministrato ha concluso che, le persone depresse con maggiori livelli di irritabilità avevano maggiori attacchi di rabbia. Un altro studio ha cercato di determinare la relazione tra il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), l'ostilità, la rabbia e l'aggressività fisica e verbale in 195 veterani di guerra (Bhardwai et. al. 2019). I risultati indicano che i sintomi depressivi spiegano parte della relazione tra il PTSD e l'aggressività verbale, l'aggressività fisica verso gli altri e le cose. Un altro studio ha valutato la rabbia nella depressione post-partum con una recensione comprensiva di 24 articoli (Ou and Hall, 2018). Si è scoperto che la rabbia è spesso provata da alcune donne depresse dopo il parto. La rabbia era in particolar modo associata all'ansia, all'impotenza ed alle aspettative violate. Una tale rabbia può essere indirizzata verso sé stesse, i bambini o i membri della famiglia. La rabbia, pertanto, rappresenta per i pazienti con sintomi depressivi un'emozione molto frequente. Lo stato di tristezza e prostrazione che segue la rabbia sembra quasi essere un modo indiretto con cui riavvicinarsi alle relazioni dopo lo scatto d'ira o la lite. Questa emozione, inoltre, può rappresentare un campanello d'allarme importante del disturbo dell'umore. La depressione, infatti, può non essere subito riconoscibile e spesso non viene vista da coloro che ci vivono accanto. La rabbia per alcuni può essere un'emozione energizzante che spesso spinge ad agire in modo assertivo e protettivo. Quando viene repressa, la persona può sentirsi impotente e priva di energia, perdere interesse per le attività che solitamente la rendono felice. La persona può avere difficoltà di concentrazione, sentimenti di tristezza e di perdita di controllo sulla propria vita. Questi possono rappresentare



tutti sintomi tipici della depressione. La repressione della rabbia può anche interferire con la capacità della persona di comunicare efficacemente le proprie esigenze e desideri. La persona può sentire un senso di colpa per non essere riuscita ad esprimersi adeguatamente. Inoltre, quando la rabbia viene repressa, può manifestarsi attraverso l'irritazione, la critica e il sarcasmo. Questi modi sottili e meno evidenti possono alienare i rapporti con gli altri. Possono portare a conflitti nelle relazioni interpersonali, alla mancanza di supporto sociale ed alla solitudine. La rabbia repressa, inoltre, può portare a stress cronico e ad una serie

di problemi di salute fisica a lungo termine.

Si possono avere disturbi del sonno, malattie gastrointestinali e malattie cardiovascolari.

Quindi è importante riconoscere le espressioni emotive, come la rabbia, quando sono anomale rispetto alla persona che le manifesta. Sarebbe utile per questo, rivolgersi ad uno specialista.

La relazione tra la rabbia e la depressione è quindi complessa. Più possiamo identificare i dettagli specifici di questa associazione, più accurata può essere la diagnosi e il trattamento della stessa depressione. Per cercare di prevenire gli episodi

depressivi, è importante per esempio, imparare a riconoscere il gestire la rabbia in modo più funzionale. Si può esprimere tale emozione in modo adeguato utilizzando strategie come la comunicazione assertiva, la meditazione, l'esercizio fisico, la terapia psicologica.

L'identificazione delle situazioni e del significato personale della rabbia, inoltre, attuabile in ambito psicoterapeutico, può essere molto utile non soltanto nella depressione, ma anche nel proteggere la propria salute mentale e migliorare la qualità delle relazioni interpersonali.

Bibliografia

1. Arciero G., Bondolfi G., Mazzola V. (2019), *Fondamenti di psicoterapia fenomenologica*, Bollati Boringhieri Editore.
2. DSM-5 (© Raffaello Cortina Editore su Licenza di American Psychiatric Association).
3. Golden B. How Do Depression and Anger Interact? Knowing how anger and depression interact can be essential for your well-being. *Psychology Today*, November 6, 2020.
4. Jha, M.K., Fava M, Minhajuddin A. et al (2021). Anger attacks are associated with persistently elevated irritability in MDD: Findings from the EMBARC study. *Psychologi-*

cal Medicine, 51(8), 1355-1363. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000112>

5. Manish, J., Maurizio, F., Abu, C., et. al. (2020). Anger attacks are associated with persistently elevated irritability in mdd: Findings from the EMBARC study. *Psychological Medicine*, Mar. 6, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000112>.

6. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK. Relationship of anger and anger attacks with depression: a brief review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(4):215-222. doi:10.1007/s00406-004-0539-5

7. Toluene S. (2007). Anger and depression—theoretical and clinical considerations. *Nordic journal of psychiatry*, 61(4), 246–251. <https://doi.org/10.1080/08039480701414890>.

Foto: Envato Elements



Antonella Vacca

Psicologa Clinica Psicoterapeuta Redattrice

Impotenza appresa e depressione

/ Barbara Solomita /

Come mai gli individui reagiscono in maniera differente a uno stesso evento? Una possibile spiegazione potrebbe essere l'impotenza appresa. La persona apprende di non essere capace di raggiungere i risultati desiderati.

Lo psicologo statunitense Martin Seligman è stato fondatore della psicologia positiva. Considerato nell'anno 2002 fra i più eminenti psicologi del XX secolo, nel 1975 ha formulato la teoria dell'impotenza appresa. Ha condotto esperimenti su animali in laboratorio, analizzando il condizionamento classico. Tali studi gli consentirono di evidenziare come gli animali reagissero a fattori di stress che non consentivano una via di fuga. I risultati ottenuti rilevarono come gli animali diventassero sempre meno capaci di associare gli stimoli alle risposte e di sviluppare nuovi apprendimenti. L'animale cambiava i propri comportamenti, sospendeva i tentativi di fuga e si rassegnava. Non aveva più nessuna aspettativa! Di conseguenza l'animale evitava ogni opportunità di fuga anche quando c'erano chiare probabilità che potesse avere successo (Okorafor 2024). Questi risultati furono messi a confronto con situazioni simili in cui, invece, era possibile trovare una scappatoia. Quando le cavie trovavano la via di fuga imparavano che determinati comportamenti potevano dare risposte positive e specifiche per il raggiungimento dell'obiettivo desiderato. L'impotenza appresa ipotizza che un individuo comprenda che non c'è un collegamento tra quello

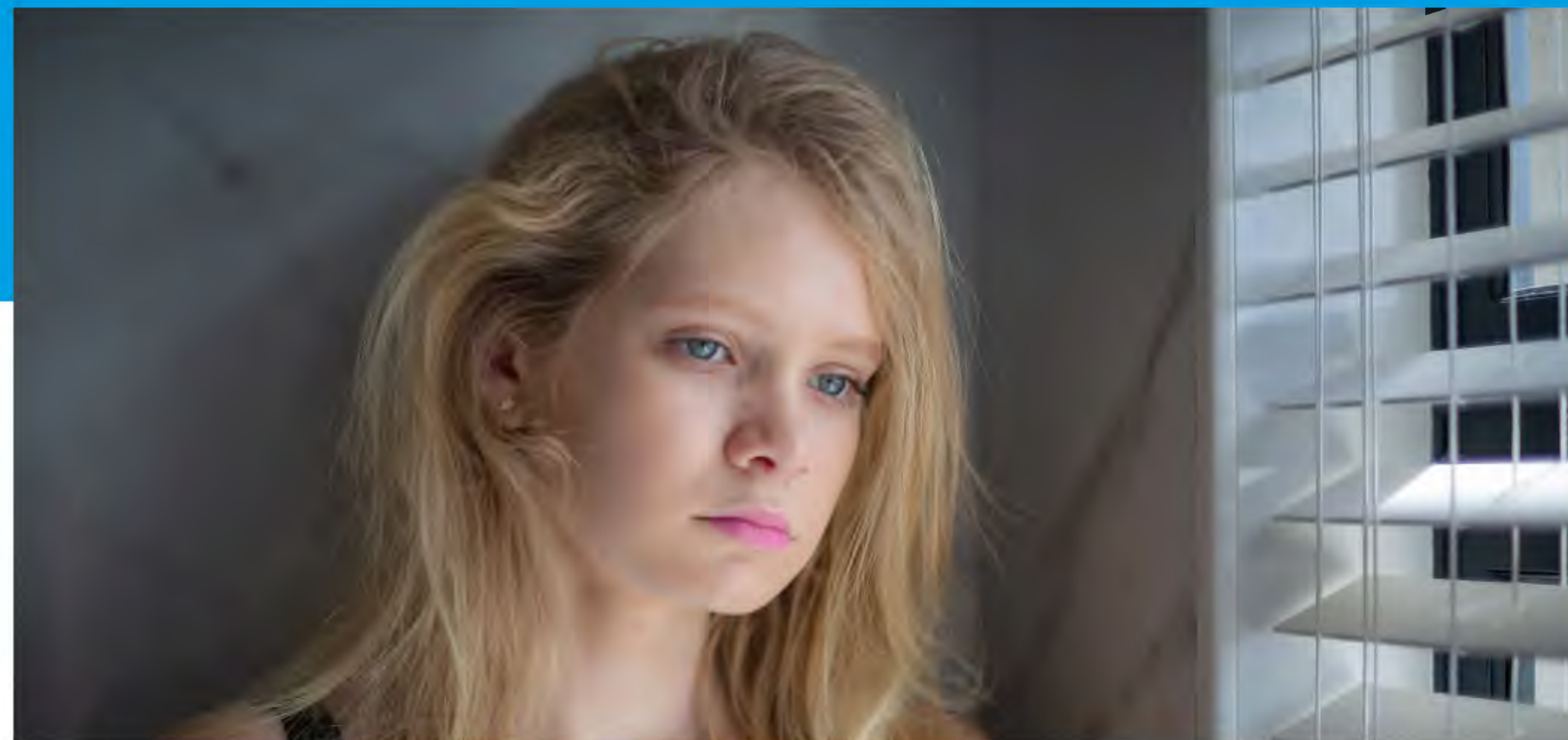
che fa e la risposta che si aspetta dall'ambiente circostante. La persona affetta da depressione, secondo Seligman (1993), si considera maggiormente passiva rispetto agli eventi della propria vita. Ritiene, inoltre, prevalente la sua impotenza a controllare le circostanze future (ad es. lavoro, relazioni affettive, etc.). Alla base di una maggiore predisposizione a sviluppare l'impotenza appresa vi è il cosiddetto stile attributivo interno, globale e stabile nel tempo (Weiner 1986). In tale ottica, il soggetto attribuirà la causa dei fallimenti esclusivamente a sé stesso. Il suo futuro sarà un rispecchiamento di tali insuccessi. L'impotenza appresa lo farà percepire come incapace e privo di risorse efficaci a fronteggiare eventi avversi. Seligman nel 1981 affermava che per trasformare la sintomatologia depressiva derivante dall'impotenza appresa l'individuo necessitasse di quattro strategie terapeutiche generali (Peterson et al., 1993): 1- Miglioramento ambientale: si supporta il soggetto a creare un ambiente idoneo che aumenti la possibilità di creare successi ed esperienze positive. 2- Addestramento al controllo personale: si incoraggia l'individuo ad apprendere maggior controllo attraverso l'istruzione di specifiche abilità in settori di sua competenza.

3- Addestramento alla rinuncia: si fornisce sostegno all'individuo ad accettare l'impotenza oggettiva in casi specifici per ridurre lo stress da insuccesso. 4- Addestramento all'attribuzione: si allena il soggetto a valutare gli esiti degli eventi attraverso stili attributivi sia interni che esterni. Gli stili attributivi si riferiscono ai modi in cui le persone spiegano a sé stessi le cause degli eventi della propria vita. Quando gli individui sperimentano eventi positivi o negativi spesso si chiedono del perché l'evento si sia verificato. Attribuiscono, di conseguenza, dei significati agli eventi stessi. Gli stili attributivi possono riguardare le caratteristiche dell'evento (interne) o le situazioni (esterne). Le attribuzioni dei significati, inoltre, possono anche essere indicate con altre definizioni: stabili o instabili, globali o specifiche. Le attribuzioni stabili sono permanenti, mentre quelle instabili cambiano nel tempo. Le globali, invece, sono quelle che si applicano in modo ampio, mentre quelle specifiche sono ristrette a particolari cause. Chi ha uno stile attributivo interno, globa-

le e stabile ha maggiore probabilità di sviluppare l'impotenza appresa e una possibile sintomatologia depressiva (Ball et al., 2008). Alcune persone non sono in grado di effettuare associazioni efficaci e adeguate in seguito a situazioni di stress. Tali comportamenti hanno alla base la presenza di una bassa autostima e di una sfiducia in sé stessi, nel mondo circostante e nella prospettiva futura. Essi sono i sintomi caratteristici della sintomatologia depressiva della triade cognitiva di Beck (Beck 1984): la visione negativa di sé, la visione negativa del mondo e la visione negativa del futuro. La persona si incammina verso la depressione con il suo bagaglio di distorsioni cognitive, avendo appreso la propria impotenza nell'affrontare la vita. Tutto si colora di grigio: il passato, il presente e il futuro. L'impotenza appresa può avere un impatto sul funzionamento generale di una persona, compreso il rendimento scolastico, la salute fisica, la salute mentale e il benessere sociale. L'impotenza appresa è anche associata a una varietà di disturbi psicologici. È

un modello centrale di depressione e può esacerbare i sintomi negativi di molti disturbi, tra cui ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico e schizofrenia. I trattamenti farmacologici e la terapia cognitiva e comportamentale sono metodi efficaci utilizzati per aiutare a superare l'impotenza appresa. Messo di fronte continuamente a situazioni difficili da affrontare o ritenute incontrollabili, l'individuo può smettere di provare a cambiarle, anche quando avrebbe le capacità adeguate. Questa è l'impotenza appresa. La percezione di non poter esercitare la propria potenza nei confronti degli eventi avversi suscita essen-

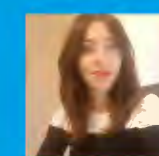
zialmente una risposta passiva alle difficoltà. Gli effetti dell'impotenza appresa spesso includono la riduzione o l'assenza di sforzi, un ridotto desiderio di imparare cose nuove e l'accettazione della propria impotenza. Le sue conseguenze non sono direttamente associate alle scelte precedenti, sia comportamentali che cognitive. Questo stato mentale prende il sopravvento sulla vita delle persone e influenza le scelte delle loro attività quotidiane. L'individuo cessa di trovare strategie alternative e si rassegna alla propria incapacità. Viene pervaso da un atteggiamento pessimistico nei confronti della vita e può ammalarsi di depressione.



Bibliografia

1. Ball HA, McGuffin P, Farmer AE. Attributional style and depression. *Br J Psychiatry*. 2008;192(4):275-278
2. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Meridian. Trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1984.
3. Okorafor UC. Learned helplessness. *Lancet*. 2024;402(10420):2477-2478.
4. Peterson C, Maier SF, Seligman MEP. *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford University Press, 1993.
5. Weiner B. *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer-Verlag, 1986 <https://acmd615.pbworks.com/f/weinerAnattributionaltheory.pdf>

Foto: Envato Elements



Barbara Solomita

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Intelligenza e sofferenza

/ Francesco Cervone /

L'uomo è un essere simbolico dotato di una serie di intelligenze che lo caratterizzano in modo particolare in ogni modalità esistenziale. L'esperienza di sofferenza può essere causata anche da una gestione disfunzionale delle nostre intelligenze. Queste, possono esserci anche di aiuto per la cura.

L'intelligenza è quella capacità che ci consente di agire in base a regole precise secondo la nostra struttura psicologica. Viviamo l'intelligenza per lo più spontaneamente e solo in una piccola percentuale in forma riflessa. L'intelligenza simbolica riflessa è una peculiarità prettamente umana, costituita dall'aspetto critico/valutativo. Stimolata da un vissuto nuovo, problematico o di sofferenza, è spesso svalutata e/o non abbastanza considerata. Infatti, con la diffusa moda del *va dove ti porta il cuore*, e non solo nella vita di coppia, ci invita a seguire la spinta emotiva senza pensare troppo. Il rischio è che l'intelligenza emotiva non viene ben integrata con le altre intelligenze. Le spinte del piacere e libertarie di taluni movimenti giovanili, danno una lettura castrante della riflessione razionale. La struttura che diamo alle nostre esperienze, è vista come una gabbia che limita la creatività, mentre è proprio la riflessione razionale alla base delle intelligenze creative. Le intelligenze corporea, emotiva, fantastica, razionale e creativa, sono utili al nostro benessere se ben integrate, cioè espresse insieme, in una determinata esperienza (Ariano 2000). Ogni

individuo può preferire l'uso particolare di una di esse o al contrario farne un uso errato, carente o eccessivo. L'intelligenza corporea esprime col corpo, cioè nei gesti, nella postura e negli atteggiamenti l'idea di uomo, di un individuo. La persona col corpo comunica e s'incontra con gli altri. L'intelligenza emotiva esprime il valore che un individuo dà alla propria vita e come intende preservarla. Le emozioni sono la risposta immediata e personale di un individuo ad una relazione o ad un evento. La paura e rabbia sono usate per difendersi, la gioia e la tristezza per avvicinarsi. L'intelligenza fantastica esprime la convinzione che le idee del singolo come quelle di tutti noi ci arricchiscono. Usiamo le immagini per esprimere le idee che stanno emergendo mediante diverse forme espressive. Con queste, le idee personali cercano l'incontro, con la possibile condivisione dei diversi significati. L'intelligenza razionale esprime l'esigenza dell'uomo di trovare punti d'incontro per vivere meglio e crescere. Le modalità per realizzarli sono il linguaggio verbale ed il comportamento, cercando di costruire concetti univoci e condivisibili. L'intelligenza creativa

esprime l'esigenza di verità assoluta (sommo bene) e mai raggiungibile dall'uomo. Questa spinta porta l'individuo a usare tutte le esperienze e le conoscenze per trovare sempre nuove soluzioni ai problemi che l'esistenza gli pone (Gardner 2019). Nella depressione, può succedere che le intelligenze emotiva e corporea sono molto coartate e quelle fantastica e razionale difettano. Infatti, la persona che soffre del disturbo depressivo, critica il proprio stato di malattia con valutazioni di inadeguatezza. La ritiene dannosa, lamentando di non essere amabile, di non meritare affetto, di non riuscire ad amare neanche fisicamente. Il dubbio circa la sanità mentale e del valore personale la fanno sentire inefficace a raggiungere i propri scopi. Spesso la persona depressa ha difficoltà a valutare le proprie capacità di concentrazione, di attenzione e si spaventa di perdere il controllo della propria mente. Teme di non riuscire a valutare le sue paure non motivate, così da esagerare inconsapevolmente il suo malessere. Prova ad imporsi uno stato non depressivo cercando di modificare emozioni e comportamenti. Siccome i risultati non sono quelli sperati, teme di non poter migliorare mai il suo stato psicofisico (Cassano 2012). Giovanni è una persona dotata di una intelligenza razionale particolare che, oltre a conseguire una laurea a pieni voti, lo ha portato anche ad un ottimo successo professionale. Il lavoro amministrativo che ha ricoperto in diverse aziende ha beneficiato dei suoi periodi ipomaniacali. Infatti, si focalizzava sullo studio approfondito delle problematiche aziendali, lavorando fino a tarda ora e portandosi spesso il lavoro a casa. Tutto questo appagava i soci delle aziende (private), purtroppo con l'insoddisfazione della famiglia per il poco tempo dedicato ad essa. Questa attenzione particolare a tematiche cognitive aveva diversi focus culturali, con notevoli scambi sui social. Tali capacità riguardavano anche discipline poco attinenti al suo lavoro. Il risultato positivo del flusso intellettivo,

emerge anche nell'impegno a controllare le cure mediche che la figlia doveva avere. Giovanni, in virtù della sua solerzia al controllo dell'operato dei medici, finiva spesso per scontrarsi con questi, evitando però possibili errori terapeutici. Anche quando la fase maniacale cedette il passo alla fase depressiva, l'intelligenza cognitiva del paziente, ebbe un ruolo importante nell'affrontarla. Nella fase più intensa in cui l'apatia lo bloccava a letto e stentava ad essere concentrato sul lavoro riuscì a mantenere una applicazione utile. Ovviamente, oltre alla sua razionalità, per mantenere il suo posto al lavoro, fece ricorso anche alla terapia medica, assentandosi dal lavoro solo una settimana. La partecipazione psicoterapica, sempre nella fase acu-

tiva, emerse anche nell'impegno a controllare le cure mediche che la figlia doveva avere. Giovanni, in virtù della sua solerzia al controllo dell'operato dei medici, finiva spesso per scontrarsi con questi, evitando però possibili errori terapeutici. Anche quando la fase maniacale cedette il passo alla fase depressiva, l'intelligenza cognitiva del paziente, ebbe un ruolo importante nell'affrontarla. Nella fase più intensa in cui l'apatia lo bloccava a letto e stentava ad essere concentrato sul lavoro riuscì a mantenere una applicazione utile. Ovviamente, oltre alla sua razionalità, per mantenere il suo posto al lavoro, fece ricorso anche alla terapia medica, assentandosi dal lavoro solo una settimana. La partecipazione psicoterapica, sempre nella fase acu-

che causa di sofferenza. La storia del paziente, ci ha mostrato le opportunità offerte dalle nostre intelligenze. In particolare, le intelligenze (razionale e simbolica riflessa) le possiamo utilizzare per prenderci meglio cura di noi. Ci possono aiutare, ad evitare di scivolare in forme paradossali di ragionamento, che spesso acquisiscono la sofferenza.



Bibliografia

1. Cassano G. B., Tundo A. (2012), a cura di. Trattato di psichiatria Terza edizione, Milano Elsevier.
2. Ariano G. (2000), *Diventare Uomo L'antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*, Roma Armando
3. Gardner H. (2019), *Intelligenze Creative* Prima edizione nell'Universale Economica Feltrinelli/Saggi.

Foto: Envato Elements



Francesco Cervone
Medico Psicoterapeuta
Comitato scientifico

La motivazione al lavoro e la depressione

/ Maria Efsia Meloni /

Negli ultimi anni la motivazione al lavoro sembra cambiata. E sia l'impegno che l'emozione sono correlati al piacere di un'attività importante come il lavoro. Ciò mette in luce la relazione tra motivazione ed impegno. Quale intreccio psicologico è importante nel rendere creativo il nostro lavoro.

La motivazione nella sua derivazione etimologica dal latino «motus», cioè, muoversi verso un obiettivo, l'impegno verso un'attività, quindi l'agire. Dal greco, invece «thimos»: spirito, comprende l'emozione interna correlata all'impegno nel lavoro. E possiamo parlare di una motivazione interna biologica innata, cosiddetta intrinseca e una esterna estrinseca. Gli individui si differenziano nel lavoro a seconda della motivazione, sicuramente ci sono delle componenti inconscie dovute alle realizzazioni dei bisogni. Secondo Maslow: «l'insieme dei bisogni sono alla base del comportamento globale delle persone» (Fiore, 2015). Pur tuttavia non sempre la motivazione si accompagna alla scelta del lavoro. I bisogni degli individui sono cosiddetti primari e secondari, i primi sono correlati alla sopravvivenza, i secondi ad una ricompensa, riconoscimento da parte dell'ambiente, del gruppo sociale. L'emozione prevalente in ambito lavorativo è legata al senso di appartenenza ad un gruppo, «accettare che in certi momenti abbiamo bisogno di essere aiutati, induce paradossalmente ad un rafforzamento dell'autonomia» (Shankland, 2022).

La riflessione sul vissuto dei legami e delle relazioni è necessario, in tutti gli ambiti, compreso quello del lavoro. Nel 1929, Sigmund Freud scriveva: «dopo che l'uomo delle origini ebbe scoperto che dipendeva dalle sue mani la propria sorte sulla terra col lavoro, non poté più essere indifferente se un altro lavorasse con lui o contro di lui. L'altro acquistò il valore del compagno di lavoro, con cui era utile vivere insieme» (Meloni & Rudas, 2019). Il lavoro è un mezzo di espressione e applicazione di potenzialità fisiche cognitive ed emotive dell'individuo, diretto alla produzione di beni e di servizi per la collettività. Pertanto, l'impegno della persona è correlato e finalizzato all'utilità non solo del singolo soggetto, ma a quello di una comunità. La stessa motivazione è necessaria rispetto ai valori attribuiti al lavoro, sia nell'aspettative che il soggetto pone nel lavoro, sia nelle relazioni con i colleghi e le opportunità di carriera. Lo stesso che ritroviamo nel vissuto soggettivo o nel legame ambivalente con il datore di lavoro, in quanto vengono proiettate le proprie angosce. Questo succede nelle persone giovani, ma anche una momentanea regressione dell'individuo

più anziano che non riesce a fare un'introspezione e utilizza la negazione come meccanismo di difesa. Ciò dipende dalla capacità di accettare le proprie fragilità indotte da conflitti interni ed esterni. La mancanza di motivazione incide sull'investimento affettivo dell'emozione e l'impegno nel lavoro. Il protrarsi nel tempo di questi fattori determinano un difetto di comunicazione e come conseguenza si riflette sulle relazioni sociali, in ambito lavorativo creando un equilibrio disfunzionale. La disaffezione nel lavoro porta ad assenze immotivate. L'assenteismo e il mancato impegno nel lavoro, implica un mancato investimento affettivo. Ciò si riflette in tutti

gli ambiti lavorativi e soprattutto in sanità dove si percepisce una scarsa qualità del servizio. E, considerato il tempo e le ore passate al lavoro, la poca motivazione può portare ad una scarsa autostima, in quanto le persone si sentono inutili e non valorizzate. Nel protrarsi del tempo, esse possono ammalarsi di un disturbo affettivo come la depressione. La motivazione è il volano principale dell'impegno e della responsabilità nel lavoro. Nell'azienda di qualsiasi ambito lavorativo è necessario il senso di appartenenza, sia al gruppo di lavoro che al sistema operativo e quello strutturale. E, questo per evitare che la singola persona si senta isolata, qualsiasi sia il suo ruolo. Nel

lavoro passiamo molto tempo della nostra vita, condividiamo le gioie e i dolori. La motivazione e l'impegno sono molto importanti nella gestione della qualità della nostra attività lavorativa. Di fondamentale rilevanza è insegnare agli studenti la responsabilità e la motivazione nelle scelte

del lavoro. Infatti, è basilare la motivazione nella scelta della futura attività lavorativa. L'investimento affettivo è l'emozione più importante nella scelta futura del lavoro. Questi ultimi elementi sono alla base della qualità dei servizi a disposizione della collettività.



Bibliografia

1. Meloni M.E., Rudas N.: Il lavoro Negato, Editore Mimesis, 2019, pag 53-54.
2. Shankland R.: La felicità è nei legami. MIND, Mente & Cervello. Dossier-dicembre 2022, pag 6-11.

Sitografia

3. Fiore F.: Motivazione e piramide di Maslow- Introduzione alla psicologia N.8, marzo 2015 <https://www.stateofmind.it>
4. Fiore F.: Maslow Abraham Harol: Dalla Motivazione alla teoria dei bisogni, luglio 2019. <https://www.stateofmind.it>

Foto: Envato Elements



Maria Efsia Meloni

Medico Psichiatra
Redattrice

La terapia di pazienti con disabilità intellettiva e disturbi dell'umore

/ Giuseppe Tavormina /

La cura farmacologica dei pazienti con disabilità intellettiva e disturbi dell'umore, impulsività, irritabilità, irrequietezza ed aggressività si basa sull'uso degli stabilizzatori dell'umore.

Gli episodi di impulsività e irritabilità temperamentale delle persone con disabilità intellettiva possono essere definiti disturbi del controllo degli impulsi con irrequietezza psicomotoria. Essi possono definirsi come una disfunzione neuronale non epilettica. Tali problemi devono essere trattati con una terapia simile a quella usata per i disturbi dell'umore nello spettro bipolare (cioè, con regolatori dell'umore). Tuttavia, queste non sono patologie dell'umore classificabili fra i disturbi dello spettro bipolare. Il concetto della cosiddetta instabilità dell'umore in senso stretto non si applica ai quadri di impulsività e irritabilità temperamentale delle persone con disabilità intellettiva. Tale disabilità può verificarsi sia per causa organica, ad esempio durante il parto, sia per ritardo mentale congenito. Queste persone possono talvolta manifestare disturbi del controllo degli impulsi, irritabilità e irrequietezza psicomotoria, affaccendamento e insonnia. Dietro questi episodi c'è una verosimile «disfunzione neuronale non epilettica», per cui potremmo definirli disturbi dell'umore atipici. Un recente studio scientifico (Tavormina G, 2021) ha mostrato l'efficacia di una terapia con regolatori dell'umore in

alcuni pazienti con disabilità intellettiva che presentavano umore irritabile e disturbi comportamentali. Tali pazienti presentavano disabilità intellettiva da ritardo mentale congenito o da ipossia neonatale. L'anamnesi familiare completa di questi pazienti non presentava alcuna storia familiare per disturbi dell'umore nello spettro bipolare. Inoltre, il loro EEG non evidenziava quadri relativi alla malattia epilettica. I sintomi descritti erano: irritabilità, impulsività, aggressività, insonnia, sintomi interpretativi, irrequietezza ideo-motoria, isolamento. Dopo un periodo di circa tre mesi, durante il quale la terapia è stata ripetutamente assestata, questi pazienti sono arrivati ad un buon recupero clinico e alla scomparsa della sintomatologia inizialmente descritta. Il tutto con una politerapia farmacologica prevalentemente a base di stabilizzatori dell'umore come Valproato, Carbamazepina e Gabapentin e talvolta neurolettici atipici. Possiamo concludere che i pazienti con disabilità intellettiva che presentano disturbi dell'umore rispondono bene ad una terapia simile a quella dei pazienti con disturbo bipolare. Questa terapia è a base di regolatori dell'umore (saltuariamente con l'aggiunta di

antidepressivi). Non si tratta però di patologie dell'umore classificabili all'interno dei disturbi dello spettro bipolare, sono definibili come «disturbi dell'umore atipici». Le loro verosimili disfunzioni neuronali non epilettiche consentono loro di presentare una buona risposta agli stessi farmaci regolatori dell'umore usati per trattare lo spettro dell'umore bipolare. Negli anni passati vi era la tendenza ad utilizzare invece

farmaci sedativi (sia benzodiazepine che neurolettici): con risultati clinicamente molto limitanti. Con queste terapie sedanti questi pazienti, che già presentavano frequentemente limitazioni alla deambulazione, manifestavano quasi sempre un peggioramento dell'aspetto motorio (con astenia o rigidità).

Invece alcuni lavori scientifici attuali hanno dimostrato come l'uso di regolatori dell'umore diventi es-

senziale nella terapia di pazienti con disabilità intellettiva che presentano disturbi dell'umore. (Jones et al, 2011; Tavormina G 2021).

Bibliografia

Jones RM, Ardlidge J, et al. Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis – Br J Psychiatry, 2011 Feb;198(2):93-8.

Tavormina G - Psychomotor agitation and mood disorders in patients with intellectual disabilities: efficacy of treatment with mood regulators - (Psychiatria Danubina, 2021; 33: suppl. 11: 27-28).



Foto: Envato Elements



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Caporedattore

Alleati silenti nella cura della depressione

/ Gianluca Lisa /

La compagnia di un animale domestico può essere un valido aiuto a curare la depressione reattiva all'isolamento.

Il ricordo della recente pandemia da Covid-19 è ben presente nella memoria collettiva per la tragicità e drammaticità degli eventi. La popolazione forzata dal lockdown ad un confinamento domiciliare, senza precedenti dalla fine dell'ultima guerra, ha reagito, ovviamente, anche con sintomi della depressione. In questo articolo focalizziamo l'attenzione di come durante il lockdown, essendovi la possibilità di brevi uscite per chi possedesse cani, molti hanno ricorso alla loro adozione. Soprattutto persone che mai avevano contemplato l'ipotesi di avere un cane, hanno avuto come ritorno miglioramento dell'umore, sperimentandolo come antidoto alla depressione.

Ciò ha permesso alle persone brevi uscite per non impazzire. Pensiamo non tanto a chi risiede in villa, ma a chi vive in un piccolo monolocale in città, che ha potuto autocurare così la depressione reattiva al confinamento. Molte persone hanno scoperto come la presenza di un animale possa agire positivamente sulla depressione. Azione utile sia sulla depressione da isolamento, che possiamo definire reattiva, sia per le persone in trattamento farmacologico e psicoterapeutico (Wells 2019). Pertanto, si è consolidato anche a pandemia conclusa un nuovo rapporto di conoscenza e consapevolezza dell'utilità della reciprocità animale – uomo. Le evidenze scientifiche ormai da anni hanno sempre più dimostrato che la relazione vitale con gli animali sortisce effetti

positivi nella mente umana. Più in dettaglio i cani, in quanto a differenza di un pesciolino rosso permettono di rompere brevemente il lockdown, ma ogni relazione sana uomo animale ha la propria potenzialità positiva. La relazione uomo animale genera, soprattutto nel mondo urbano, numerosi effetti positivi sulla salute fisica e mentale dell'uomo, generando benessere nella persona. Le persone trovano infatti nella relazione con il loro animale domestico dei facilitatori sociali, come nel caso del lockdown. Non solo ma anche un supporto a chi soffre di depressione, nelle sue molteplici caratteristiche e sfumature. Pensiamo semplicemente a chi è sorpreso dalla solitudine, una grande produttrice di depressione nei soggetti normali, quanto ristoro trova dalla presenza di un animale domestico. Pensiamo a chi vive in solitudine un lutto, una malattia, una separazione e scopre che nei momenti difficili intorno si fa il deserto. Il cane, in particolare, che è capace di offrire devozione ed amore incondizionato all'uomo che lo adotta, permette a quest'ultimo di una percezione di stabilità e sicurezza. Tali sensazioni agiscono immediatamente e positivamente sul tono dell'umore, e che sono spesso difettuali nelle relazioni interpersonali di qualunque tipo. La presenza di un altro essere vivente riduce il senso di isolamento e la solitudine, agendo positivamente ed automaticamente in senso antidepressivo. Infatti, gli animali favoriscono una cura primaria della depressione e

stimolano i rapporti interpersonali, come avviene durante le passeggiate con i cani ad esempio. Aumentano così le possibilità di contatti umani e conversazioni in quanto la presenza di animali evoca una risposta sociale. Ricordiamo tutti il primo incontro mediato dai rispettivi cani Peggy e Pongo tra Anita e Rudy Radcliff, nell'immortale Carica dei 101 di Walt Disney. Ad esempio, pensiamo agli animali da assistenza per le persone affette da disabilità, situazioni in cui non solo il soggetto malato ma tutto la famiglia è trascinata nella depressione. Le persone che utilizzano la sedia a rotelle ed i non vedenti ricevono nella pubblica via un numero di approcci amichevoli da parte di sconosciuti otto volte superiori se hanno con sé un animale (Foreman et al, 2017). In questa circostanza l'animale agisce da mediatore sociale creando un anello di congiunzione tra la persona sofferente ed il pudore dell'estraneo di entrare in contatto con essa (Janssens, 2020). Una riflessione anche su chi vive una depressione meno ampia, più curata ma più sofferta come chi si trova in Strutture per anziani o disabili. Alcune Strutture si sono dotate programmi di terapie con animali, con beneficio immediato per gli utenti, che hanno migliorato il loro umore. Possiamo dire pertanto che la presenza di un animale, pianificata ed all'interno di una Pet Therapy codificata di un animale può anche potenziare una terapia psicofarmacologica od una psicoterapia per i sintomi depressivi. Vi sono poi esperienze di interventi assistiti su singoli con patologia internistiche con animali (sempre pet therapy) ottenendo la modulazione del dolore mediata dal rilascio di oppioidi endogeni. Inoltre, si è verificata la riduzione dell'ansia, il controllo di pressione sanguigna, frequenza cardiaca e respiratoria. Il legame uomo animale ed animale uomo a livello neurobiologico è mediato dall'ossitocina, come analogamente a quanto avviene nelle relazioni umane con carattere di positività. A livello psicologico ormai è consolidato nella

letteratura scientifica che il legame uomo-animale ed in particolare la diade uomo-cane implica un legame di attaccamento (Menna & Santaniello, 2019). Un attaccamento simile a quello che caratterizza la relazione tra genitori e neonato. Gli animali domestici e l'uomo hanno sviluppato un processo di co-evoluzione. Un processo evolutosi acquisendo competenze comunicative comuni, con antropizzazione dei comportamenti animali. Comunque siamo abituati a identificare la comunicazione esclusivamente con il linguaggio verbale. Ci soffermiamo sugli aspetti semantici del linguaggio e sul significato delle parole, ma nel rapporto con l'animale, l'uomo sperimenta qualcosa di ancestrale: la comunicazione non verbale. Come forse avveniva nell'uomo all'alba della sua comparsa sul pianeta, l'uomo e l'animale comunicano emozioni e sentimenti in modo non verbale. Avviene un concetto di reciprocità: non solo gli animali sono in grado di leggere le emozioni dell'uomo, ma sono anche in grado di utilizzare queste informazioni modificando il proprio stato mentale (Janssens et al 2020). Sono in grado di percepire il nostro umore depresso e modificare il loro comportamento per esserci di supporto. I modelli operativi interni del proprietario influenzano il legame di attaccamento con il cane. Ma è vero anche il contrario, cioè anche in senso negativo. Per esempio, si è visto che con i proprietari che sono predisposti a vivere le interazioni con il loro cane al negativo, l'animale può assumere coraggio dalle modalità negative del padrone (Deborah, 2019). Altro esempio: secondo uno studio scientifico le fusa del gatto hanno effetti positivi sulla salute dell'uomo. Non si tratta solo di una codificata pet therapy, ma semplici benefici percepiti su muscoli e ossa dell'uomo. Ciò in quanto le frequenze sonore delle fusa felina sono vicine a quelle delle terapie a ultrasuoni, impiegate per aiutare persone con dolori muscolari su



base acuta e/o cronica degenerativa. Secondo lo studio un gatto domestico fa le fusa ad una frequenza da 25 a 150 Hertz (Hz), percepibili dagli esseri umani che mediamente hanno una gamma percettiva che va da circa 20 a 20.000 Hertz (Fauna Communications Research Institute nel North Carolina 2014). Ricordo circa nel 1994 ero aiuto presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ubicato in un Ospedale al centro di un parco. In un giorno di pioggia e tempesta arrivò una gatta in procinto di partorire e non si sapeva dove metterla e misi a disposizione il mio studio dove nella notte avvennero i lieti eventi. Nei giorni successivi tutti i pazienti del reparto vennero a turno nel mio studio a visitare i neonati gattini. L'evento lanciò in un clima di euforia pazienti e personale per diversi giorni, mai stati così una cosa sola come in quella circostanza, ed i più festanti furono proprio i degenti affetti da turbe depressive. Come inizialmente citato nell'esempio del lockdown e nelle altre circostanze illustrate, gli animali possono essere un importante ed affettivo supporto alle persone che vivono una depressione. Ciò sia senza una pianificazione clinica, cioè nel contatto diretto uomo animale in ogni

ambito, sia all'interno di una Pet therapy codificata. A conferma che, come descritto, gli animali possono essere alleati silenti per psichiatri e psicologi nelle strategie complessive della cura del soggetto depresso.

Bibliografia

1. Menna L.F, Santaniello A, Todisco et al. The Human-Animal Relationship as the Focus of Animal-Assisted Interventions: A One Health Approach, 29 September 2019, DOI: 10.3390/ijerph16193660
2. Wellis DL. The State of Research on Human-Animal Relations: Implications for Human Health, March 2019, DOI.org/10.1080/08927936.2019.1569902
3. Janssens M, Eshuis J, Peeters S. The Pet-Effect in Daily Life: An Experience Sampling Study on Emotional Wellbeing in Pet Owners, June 2020, DOI.org/10.1080/08927936.2020.1771061
4. Foreman A.M, Glenn M.K, Jean B, Wirth O. Meade and Oliver Dogs in the Workplace: A Review of the Benefits and Potential Challenges, 2017, DOI: 10.3390/ijerph14050498.

Foto: Envato Elements



Gianluca Lisa

Primario Psichiatra
Redattore

Coming out. Adolescenza e sofferenza emotiva

/ Maria Vincenza Minò /

Il coming out nella fase adolescenziale può determinare risvolti depressivi e stati ansiosi. La famiglia, la scuola, il gruppo dei pari se non supportivi potranno alimentare tale stato con conseguenze gravi sul benessere psico-fisico dell'adolescente.

La conquista dell'identità personale è un percorso che presenta notevoli difficoltà. Molti ragazzi tendono a rifiutare la diversità e i comportamenti non conformi al genere di appartenenza. Accade spesso che, quando non si rispettano i ruoli di genere convenzionali gli adolescenti vengono isolati e stigmatizzati. Il coming out è un'opportunità di crescita, è una rivalse sociale, è un prender coscienza ed accettare serenamente la propria diversità di genere. I genitori e la scuola, senza volerlo, propongono stereotipi e pregiudizi di genere, finendo per rinforzare l'orientamento sessuale. Ad esempio, si ritiene che, se un bambino gioca con le bambole è destinato a diventare gay. Tali aspetti connessi all'identità sessuale, non sono univoci, né necessariamente correlati (Lingiardi et al., 2015). Molti adulti omosessuali fanno risalire all'età di 4-6 anni la sensazione di sentirsi diversi dai propri coetanei. Tale aspetto lo notano nelle preferenze dei giochi, nella scelta dei propri compagni. La fascia d'età considerata evidenza come i bambini e le bambine sembrano cogliere con chiarezza le differenze tra uomini e donne. Esse, però, non cono-

scono con precisione il significato di gay o lesbica. Le bambine sembrano più portate ad interessarsi ai giochi da maschi, i bambini cercano di evitare i giochi da femmine (Martin et al., 2011). Tra i 7 e i 10 anni possono comparire i primi comportamenti vessatori verso chi è percepito come diverso. I bambini, in particolare i maschi, iniziano ad usare parole offensive nei confronti dei gay e dell'omosessualità (Rivers, 2011; Toomey et al., 2010). Tali aspetti diventano ancora più pregnanti fra gli 11 e i 12 anni. Le linee evolutive menzionate, variano da soggetto a soggetto, non rappresentano la storia di tutti i gay e lesbiche. È opportuno considerare molte omosessualità. Ad esempio, alcuni sono diventati consapevoli del proprio orientamento sessuale solo da adulti, dopo diversi anni di esperienze di tipo eterosessuali. Altri ancora sono riusciti a dare un nome alla propria diversità attraverso le parole degli altri che, per primi, hanno utilizzato appellativi offensivi. Il coming out è un vero e proprio compito di sviluppo per l'adolescente omosessuale. Letteralmente vuol dire uscire allo scoperto ossia dichiarare apertamente il proprio orientamento ses-

suale. Vivienne Cass (1979) ha proposto uno dei modelli più conosciuti per spiegare lo sviluppo dell'identità di giovani omosessuali. Esso è costituito da sei stadi. 1) Pre-coming out: si prova confusione, consapevolezza della propria differenza tra ragazze/i e non-gay senza coglierne il motivo. 2) Iniziale coming out o confronto dell'identità: maggiore consapevolezza dei propri sentimenti e affetti. Viene colto il significato delle differenze con ragazzi non-gay. Inizia il coming out prima con sé stesso e poi con gli amici. 3) Esplorazione dell'identità: ha luogo la sperimentazione sociale e sessuale. Si ricercano contesti supportivi dove potersi esprimere con maggiore libertà utilizzando anche affermazioni come credo di essere gay. 4) Accettazione dell'identità: maggiore capacità di gestire e stabilire relazioni con persone sia omo che eterosessuali. 5) Orgoglio: saper attribuire valore alla propria identità omosessuale. 6) Sintesi dell'identità: la propria omosessualità è vissuta in modo sereno, senza paura e dinamiche reattive. Le teorie più recenti prendono in considerazione il ruolo svolto dall'identità sessuale della persona e le influenze del contesto politico, giuridico e socioculturale. Molti giovani omosessuali attraversano periodi di profonda sofferenza emotiva. Essi temono di dover arrecare forme di dolore, vergogna e delusione ai propri cari. Soffrono ancora di più quando sono costretti a tenere nascosta la propria identità. Provano sensi di colpa, inadeguatezza, calo dell'autostima, conflitti interiori. Tale sofferenza psichica può venire somatizzata e causare l'insorgenza di sintomi fisici. Tra quest'ultimi rientrano: emicrania, tremori, diminuzione dell'appetito, perdita di peso, tachicardia, disturbi del sonno, vertigini. La tendenza alla chiusura è una conseguenza del coming out nel mondo della scuola o del lavoro. Il timore di ritorsioni e atti di bullismo a scuola, la paura di dare una cattiva immagine di sé, generano angoscia negli adolescenti. Tale aspetto potrebbe diventare pervasi-



vo a tal punto da sfociare in forme depressive e ansiogene importanti. Per evitare di ricevere attacchi o per non sentirsi guardato con diffidenza, l'adolescente impara a modulare il proprio modo di comunicare. Esso seleziona gli argomenti da dire, controlla il proprio atteggiamento e tutto ciò può diventare molto faticoso da sostenere. La psicoterapia sia individuale che familiare può rappresentare per l'adolescente omosessuale una delle forme di aiuto. Nei colloqui clinici esso potrà aver modo di consapevolizzare il proprio vissuto emotivo e poterne parlare serenamente nelle relazioni interpersonali. Il tema del giudizio, del controllo e della possibile reazione esterna potranno diventare un modo per potersi affermare ed esprimere il proprio sé. In seguito, l'adolescente riuscirà

ad opporsi anche a rifiuti ed offese. Il disagio legato alla propria identità sessuale può assumere forme differenti con conseguenti implicazioni psicologiche e sociali. Il clinico dovrebbe cercare di comprendere l'unicità del paziente, la sua storia e il suo bisogno. È fondamentale per l'adolescente chiedere aiuto al fine di evitare conseguenze sul proprio benessere psico-fisico.

Bibliografia

1. Cass V. Homosexual identity formation. A theoretical model. *The Journal of Homosexuality* 1979; 4: 219-235.
2. Lingiardi V, Baiocco R. Adolescenza e omosessualità in un'ottica evolutiva: coming out, compiti di sviluppo, fattori di protezione. In E. Quagliata, D. Di Ceglie (a cura di). *L'identità sessuale e l'identità di genere*. Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma 2015; 127- 149.
3. Martin CL, Fabes RA, Hanish LD, Leonard S, Dinella L. Experienced and expected similarity: Moving toward a comprehensive model

of gender segregation. *Sex roles* 2011; 65: 421-434.

4. Rivers, I. Bullismo omofobico. Conoscerlo per combatterlo. 2011; Il Saggiatore, Milano, 2015.

5. Toney, RB, Ryan C, Diaz RM, Card NA, Russel ST. Gender – nonconforming lesbian, gay, bisexual and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 2010; 46: 1580-1589.

Foto: Envato Elements



Maria Vincenza Minò

*Psicologa-Psicoterapeuta
Redattrice*

Amore fluido

/ Francesco Franza /

L'amore fluido, soprattutto nei giovani, è una dimostrazione di come la società cambia e accetta anche l'incertezza e la flessibilità dell'attrazione verso il partner sessuale.

L'incertezza dei tempi che viviamo si evidenzia in molti campi e si esprime anche nella vita sessuale di alcuni giovani con l'amore fluido. Fino a qualche anno fa tutto era più facile, i genitori decidevano tutto. Se non ti fosse piaciuta l'autorità genitoriale almeno non avresti dovuto rispondere a domande, dilemmi e conflitti interiori che la società e la vita ci mettono davanti diventando grandi. Oggi gli adolescenti stanno imparando a vivere la propria sessualità come una scelta consapevole. Essa rappresenta, infatti, un passo importante verso la propria autonomia e verso la costruzione della propria identità. Tuttavia, i giovani si trovano spesso ad affrontare conflitti interni e dubbi sul loro orientamento sessuale. Si pongono molte domande su ciò che piace loro, sul desiderio provato verso le persone del sesso opposto o del proprio sesso o di entrambi.

Spesso l'adolescente può provare un forte disagio, sia rispetto alla confusione percepita, sia alle paure legate alle aspettative della propria comunità. Nel primo caso l'adolescente può ridurre fino a interrompere le relazioni con i propri coetanei. Le persone possono modificare nel tempo il desiderio verso il sesso di una persona. Ciò si manifesta in un periodo compreso tra la tarda adolescenza e i 20 anni. Lo sviluppo dell'orientamento sessuale continua ben ol-

tre l'adolescenza, fino a età adulta. Questi sono i risultati di una ricerca pubblicata sulla rivista internazionale *Journal of Sex Research* (Kaestle CE, 2019). Lo studio ha analizzato le risposte di circa 12.000 studenti di età compresa tra 16 e 18 anni, tra i 20 e i 30 anni. A intervalli regolari, a questi studenti è stato chiesto quali generi fossero attratti, il genere dei loro partner e se si identificassero come etero, gay o bisessuale. Lo studio ha evidenziato che sia tra i giovani uomini che tra le donne, gli eterosessuali costituivano il gruppo più numeroso e mostravano il minor cambiamento nelle preferenze sessuali nel tempo. È interessante notare che gli uomini avevano maggiori probabilità delle donne di essere etero: quasi nove uomini su 10, rispetto a meno di tre quarti delle donne. Il 67% delle donne nel gruppo per lo più etero discontinuo era attratto da entrambi i sessi quando avevano vent'anni. Tuttavia, questo numero è sceso quasi a zero verso la fine dei vent'anni, quando ormai le donne hanno riferito di essere attratte solo dal sesso opposto. Nel complesso, le donne hanno mostrato una maggiore amore fluido nell'attrazione sessuale nel tempo. Avevano maggiori probabilità (uno su sei) di trovarsi al centro del continuum della sessualità e di essere bisessuali. Con il termine di minoranza sessuale (*Sexual minority*) si etichettano gli individui

che provano attrazione per le persone dello stesso sesso. Tuttavia, questo termine, così come per l'acronimo LGBT, non consente di fare alcuna differenza tra la scelta dell'oggetto del desiderio. Che sia un gay, una lesbica, un bisessuale o una queer non viene specificato. Tale termine ha al suo interno una etichettatura e una generalizzazione che può creare ancora più confusione negli adolescenti. L'adolescente si trova in una fase di transizione in cui avverte il bisogno di sperimentare per capire cosa più gli appartiene nei vari ambiti della vita. In questo periodo si può trovare spesso a scontrarsi con una società che riconosce due ruoli di genere, maschile e femminile. Una società in che si aspetta che gli individui si comportino in modo coerente con il sesso biologico. In questo periodo l'adolescente può sperimentare comportamenti e/o fantasie che fanno parte del processo di crescita. Negli ultimi anni la società ha iniziato finalmente ad accettare i cambiamenti legati all'evoluzione e alle nuove scelte adolescenziali. La fluidità di genere insieme alla fluidità e flessibilità sessuale (omo-flessibile, etero-flessibile) sono termini più recenti. Ciò significa che l'attrazione sessuale può esistere e variare all'interno di uno spettro o di un flusso potenzialmente mutevole nel tempo (Ventriglio A, Bhugra D, 2019). Il concetto di sessualità fluida è stato coniato nel 2009 dalla Prof.ssa Lisa Diamond dell'università dello Utah. Le sue riflessioni riguardarono inizialmente il vissuto sessuale delle donne. Sostiene che per alcune donne, l'amore e il desiderio non sono rigidamente eterosessuali o omosessuali, ma sono fluidi. Essi cambiano man mano che le donne attraversano le fasi della vita, i vari gruppi sociali e, soprattutto, le diverse relazioni d'amore. Interessante notare che queste osservazioni sono diventate sempre più attuali e sono state confermate anche negli uomini. Probabilmente l'evoluzione culturale della società e soprattutto nelle nuove generazioni ha facilitato la diffusione di questo concetto.



L'affermazione più toccante registrata nelle donne nei suoi studi è stata: «Mi innamoro della persona, non del genere». L'amore fluido permette agli adolescenti, così come agli adulti, di essere flessibili nella risposta sessuale, a seconda della situazione contingente. Ciò permette di sperimentare i cambiamenti nella propria sessualità. Le scelte non sono e non devono essere più rigide. La conseguenza è la riduzione della tensione emotiva nell'adolescente. Inoltre, l'adolescente diventa il protagonista della propria scelta senza subire l'imposizione genitoriale. Inoltre, l'amore fluido evita l'isolamento sociale dell'individuo. Le relazioni interpersonali sono conservate. L'adolescente diventa non solo consapevole della sua sessualità ma anche dei possibili cambiamenti dei propri orientamenti sessuali. Il rischio, tuttavia, c'è. Un adolescente con il suo amore fluido può fragile di altri e con maggiori conflittualità interne può rischiare di

bloccarsi. Può rischiare di sentirsi intrappolato in una situazione non ben definita. Non riesce a comprendere quali siano veramente i propri vissuti emotivi (Mazzitelli R, 2022). In questi casi diventa fondamentale conoscere le conseguenze dell'amore fluido per aiutare l'adolescente ad affrontare i propri dubbi e le proprie sofferenze. «L'orientamento sessuale coinvolge molti aspetti della vita, come ad esempio da chi ci sentiamo attratti, con chi facciamo sesso e come ci identifichiamo», ha affermato Christine Kaestle. La complessità dell'amore fluido o della sessualità fluida è un tema emergente che necessita di approfondimenti e di valutazioni. Un intervento multidisciplinare che prevede la presenza di diverse figure educative e professionali (genitori, insegnanti, psicologi, medici, etc.) diventa decisivo per il loro benessere.

Bibliografia

1. Diamond L. *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Cambridge: Harvard University Press; 2009.
2. Kaestle CE. *Sexual Orientation Trajectories Based on Sexual Attractions, Partners, and Identity: A Longitudinal Investigation From Adolescence Through Young Adulthood Using a U.S. Representative Sample*. *J Sex Res*. 2019;56(7):811-826.
3. Mazzitelli R. https://issuu.com/mediabyhofmann/docs/im_winter_2021_22_for_print/s/19548287
4. Ventriglio A, Bhugra D. *Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity*. *East Asian Arch Psychiatry*. 2019;29(1):30-34.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Storie di cura e di vita

/ Alba Cervone /

Nella vita le parole a volte sono missili altre volte dolci carezze. Bisogna saperle dosare tenendo conto della grande efficacia delle stesse. Un incontro con gli alunni del Liceo delle Scienze Umane James Joyce di Ariccia e psichiatri dell'associazione EDA Italia Onlus.

L'EDA (European Depression Association) Italia Onlus è un'associazione non profit. Essa è costituita da professionisti nel settore sanitario, giuridico e dell'istruzione che si impegnano costantemente per la prevenzione della depressione, prima causa di malattia secondo l'OMS. L'EDA, ogni anno, organizza la giornata divulgativa sulla depressione, rivolta alla popolazione generale, al fine di prevenire e curare i disturbi dell'umore. Esiste un gruppo giovani EDA, di recente fondazione, che si impegna a coinvolgere adolescenti e giovani adulti in attività di informazione sanitaria, prevenzione e lotta allo stigma. Nella giornata della salute Mentale e prevenzione della depressione, la dott.ssa Alba Cervone, del Gruppo Giovani Eda Italia e il dr. Francesco Franza presidente dell'associazione Eda Italia, incontrano un frizzante gruppo di adolescenti del Liceo delle Scienze Umane James Joyce di Ariccia. I ragazzi sono stati invitati dalla relatrice a formulare delle domande, sul tema della loro vita psichica, in forma anonima. Dal brainstorming e dall'intervista si è creato un intenso gruppo di lavoro che ha incuriosito i ragazzi e permesso di riflettere su temi forti. Scrivo nella tranquillità della notte, quando dormono tutti e regna nella mia casa il silenzio. Un

silenzio rumoroso fatto delle mille emozioni vissute nella giornata odierna e della testa che frulla per le mille idee che mi occupano la mente. Scrivo ancora inebriata dall'energia che questi ragazzi ci hanno comunicato appena entrati nell'auditorium. Un'energia da mozzare il fiato, che si sente nelle corde dell'anima: il cuore batte forte, le mani cominciano a sudare e la bocca si prosciuga. Appena entrata, penso di non farcela e di essermi imbarcata in un'impresa molto più grande di me. Eppure, superata l'impasse iniziale, incontrati i loro sguardi vivaci, ci sono riuscita. Ringrazio i ragazzi, ringrazio di aver imparato con fatica a rallentare e non a cercare la perfezione. Mi chiamo Alba Cervone. Sono medico psichiatra e psicoterapeuta e come tale lavoro in un reparto di psichiatria, dove sempre più spesso mi trovo a ricoverare adolescenti, incapaci di chiedere aiuto ad un adulto per i motivi più disparati. Ringrazio ogni paziente che ho incontrato nella mia vita, perché le nostre storie, alcune per breve tempo, si sono intrecciate, lasciando ognuno nell'altro dei pezzetti di sé. Ho imparato a mie spese, che le parole a volte possono colpire e le ferite faticano a rimarginarsi. Ho imparato però che le parole e gli abbracci curano e sono un balsamo per le ferite dell'anima. Per questo

ho scelto di essere psichiatra e psicoterapeuta. «Avendo fuggito ogni altro lavoro per paura, mi ritrovo a fare il lavoro che fa più paura a tutti», come dice lo psichiatra Milone. Con questo spirito ho incontrato questi ragazzi. Condivido con voi alcune domande dei ragazzi (all'incirca 0,5%), che entusiasti mi hanno dato il permesso per farlo. L'esperto risponde - Ci si può ammalare nuovamente di depressione? Se sì come si può prevenire? Esiste una cura definitiva? Ci si può ammalare di depressione di nuovo, così come di varicella e di altre malattie. Per questo motivo è importante effettuare un trattamento farmacologico adeguato e per il tempo necessario ed associarlo ad un percorso di psicoterapia che consenta di individuare le cause più profonde della depressione ed imparare strategie di comportamento e pensiero più funzionali. Le farebbe piacere parlarci di un paziente che porta nel cuore? Li porto tutti nel cuore. «I miei pazienti, mi pagano per insegnarmi», scrive Winnicot ed io concordo in pieno. La prima paziente con cui ho cominciato a lavorare da specializzanda, circa quindici anni fa, effettuava in media quattro ricoveri l'anno per anoressia. Ora è mamma, medico e specialista affermato. Il primo tatuaggio che ha scelto di disegnarsi è un'alba, stilizzata che sembra un abbraccio, perché racconta di essere nata con la psicoterapia. Come ci si accorge che una persona è depressa anche se finge di stare bene? Ci sono due livelli da considerare per rispondere a questa domanda. Il primo livello è se si tratta di una persona abituata ad essere brillante e non potersi permettere di essere depressa (manager, genitore onnipotente, imprenditore). Un altro livello è il tipo di depressione, vale a dire se è una fase depressiva di un disturbo dell'umore più complesso (disturbo bipolare). La depressione, mi sembra una malattia grave. Serve sempre rivolgersi ad uno psichiatra perché uno psicologo potrebbe non essere sufficiente? La depressione è una malattia multifattoriale. È come



l'ipertensione ed il diabete e va trattata in maniera integrata, attraverso il ricorso ai farmaci, alla psicoterapia e il cambio dello stile di vita. Uno psicologo sensibile è in grado di riconoscere la gravità ed indirizzare il paziente da uno specialista per un trattamento farmacologico. Si può aiutare qualcuno che non vuole essere aiutato? No. La motivazione fondante è il cambiamento. Si può tentare di motivare una persona, sostenere i familiari o i caregiver, ma la responsabilità e la volontà del cambiamento è del soggetto. Ho paura di non fare mai abbastanza. Sono sempre in ansia e non faccio le cose perfette. Come mi potrebbe aiutare? La paura di non fare abbastanza è un ottimo motore per fare meglio, ma la perfezione non è di questo mondo. Se la paura è 50/100, mi aiuta. Se la paura è 100/100 mi blocca, ed io devo imparare ad usarla. Il percorso di psicoterapia può aiutare ad utilizzare la paura come la benzina contenuta in un serbatoio: essa è utile e funzionale per chi la prova.

Esiste la felicità? A questa domanda esistenziale, non so rispondere in maniera universale, se non citare esimi filosofi che esprimono la loro lettura della vita. Rispondo per me. Per me la felicità è nel godermi le piccole cose della vita, a tutto tondo. Una mattina di fermenti e chiacchiere briose con adolescenti curiosi e autentici è puro ossigeno per la mia vita. L'adolescenza è una fase delicata della vita; nei soggetti fragili il rischio di suicidio è maggiore, perché in questa fase si è più impulsivi ed il ricorso all'uso di sostanze può peggiorare ulteriormente la pericolosità degli agiti. La prevenzione è uno strumento indispensabile per la cura. Quella fase precaria dell'esistenza che è l'adolescenza, dove l'identità appena abbozzata non si gioca come nell'adulto tra ciò che si è e la paura di perdere ciò che si è, ma nel divario ben più drammatico tra il non sapere chi si è e la paura di non riuscire a essere ciò che si sogna (Galimberti, 2007).

Bibliografia

1. Cassano GB, Tundo A (2006) Psicopatologia e clinica psichiatrica, Edra Ed.
2. Galimberti U (2007) L'ospite inquietante,
3. Tavormina G., Nardini G. et al (2013). Luce sul male oscuro, Sardini Ed.

Sitografia

1. <https://www.edaitalia.org/>

Instagram: gruppo giovani Eda Italia onlus

Foto: di Alba Cervone, Momenti del convegno Vita e cure dell'EDA al liceo di Ariccia e domande anonime al convegno di Ariccia, 2.2.2024



Alba Cervone
Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Cineterapia Mon Amour

/ Luigi Starace /

Questo articolo propone riflessioni sull'uso del cinema in ambito psicologico. La cineterapia può essere utile come autoaiuto emotivo-cognitivo e adiuvante una psicoterapia.

Cineterapia è un neologismo coniato per indicare diversi ambiti di interesse delle discipline del mondo della psiche. L'accezione più diffusa è quella di intendere l'uso della visione di film come autoaiuto emotivo e meno frequentemente cognitivo. In tal senso la cineterapia viene molto promossa nel counseling e nel life coach in tutto il mondo occidentale. Per cineterapia si intende anche un percorso adiuvante una psicoterapia, sia come mezzo per ridurre le resistenze, sia come occasione di esplorazione dei vissuti. Un terzo significato alla cineterapia sta a intendere il rapporto fra gli psicoterapeuti e il cinema, nate oltre cento anni fa nello stesso anno. Dopo il lockdown dovuto alla pandemia, nessuno più pone dubbi sulla utilità per la psiche di usare il cinema per trarne giovamenti. Negli ultimi quarant'anni il mondo degli studiosi della psiche ha rivolto le attenzioni intensamente al cinema, cercando di studiarlo per analogia. La facilità di accesso ai film tramite televisione o videocassette VHS negli anni '80 ha fatto sì che il cinema venisse considerato un formidabile catalizzatore, allo stesso tempo singolo e collettivo. Uno dei pionieri della relazione fra cinema ed emozioni profonde fu l'italiano Cesare Musatti, psichiatra e psicoanalista. Musatti studiò

a fondo con inventiva l'evento della proiezione cinematografica: fece piazzare delle cineprese con pellicola sensibile a riprendere bambini che guardavano Biancaneve della Disney. Analizzando poi il girato notò che la simpatia esternalizzata dal giovane pubblico non era rivolta esclusivamente a Biancaneve, ma, udite udite anche verso la strega cattiva. Musatti aveva fotografato la componente sadica. Chissà se lo zio Walt apprezzò la cosa. Certo è che non fu dato molto risalto e l'interesse per il cinema capace di slatentizzare l'inconscio divenne materia di interesse più degli psicoanalisti dei vari orientamenti. Si tendeva a dare quasi una lettura autoriale, per cui registi prevalentemente europei come Fellini, Antonioni, Bertolucci diventavano dei medium o forse meglio traghettatori dell'inconscio. Era pur sempre una conoscenza d'élite. Sul versante semiologico il rapporto fra cinema e psiche fu portato avanti da Christian Metz e Ronald Barthes, autore quest'ultimo di una complessa ma geniale intuizione sulla narrazione cinematografica definita «per unità traumatiche».

Un film, pertanto, può arrivare nella profondità dell'essere. L'oscurità e l'intimità di una proiezione cinematografica possono diventare il contenitore in cui il non detto, il non

accettato e il non compreso trovano la possibilità di snodarsi e diventare coscienti. Quasi fosse un gene di difficile trasduzione, l'inconscio, secondo concordi studiosi, troverebbe le condizioni ideali grazie al visivo, innescando così quella lenta decifrazione del codice del sé altrimenti, forse, silente ma non inerte. Un codice in perfetta analogia con l'abc della psicologia: identificazione, proiezione e rimozione sono tutte dinamiche della psiche che possono agire nello spettatore. Va detto che la figura dello psichiatra non ha avuto sempre valenze positive nei ritratti cinematografici. Gabbard (1999) lo ha ben descritto nel suo libro, individuando anche validi motivi a giustificare uno stigma verso i medici della mente. Ma su questo tema ritorneremo in futuro su queste pagine. Negli anni 90 il cinema venne preso sul serio dai clinici. Si cominciò a pensare che i dinamismi psichici stimolati dalla visione dei film potessero essere usati e integrati nei percorsi psico-educativi e riabilitativi. Essi sono riconosciuti e maggiormente usati dalla comunità scientifica. Il cinema diventava spendibile nella prospettiva bio-psico-sociale e con esso anche il suo contributo antropologico per la psicologia sociale. La diversità proposta nei film non riguardava spesso più il singolo ma il rapporto fra singolo e società. La psichiatria stava rivalutando l'eredità del '68, con ritardo, come sempre, ma con grande vantaggio terapeutico. Va aggiunto e introduciamo il tema degli stigmi. Nella commedia ilare italiana l'elemento comico spesso era il latore di una neuro-diversità o attribuita tale. Il matto faceva ridere le masse al cinema, insomma. Ma c'è altro: il cinema può trasformarsi in un micidiale boomerang per la psichiatria. Le masse, di cui sopra, spesso associano, per mancanza di una conoscenza diretta, alcune malattie mentali alle loro perverse, violente, cattive o francamente criminali rappresentazioni proposte in alcuni film. È importante, quindi, che il cinema e il mondo della psiche s'in-



contrino e dialoghino di nuovo come negli anni '90. Venire discriminati significa non curarsi. Senza cure si sta male. È noto ormai che i disturbi psichiatrici vengano presi in carico in modo formale e sostanziale in media cinque anni dopo che hanno prodotto i primi sintomi di malattia. Questo sembra chiaramente legato alla difficoltà di valutazione, propria e dei familiari, legata sempre allo

stigma ed al pregiudizio. La discriminazione produce la perdita dei più elementari diritti, basti pensare alla facilità con cui queste persone perdono il proprio lavoro. Lo stigma è capace di annientare il lavoratore, la persona, l'uomo ancor prima che la malattia "da manuale" faccia il suo corso. Per questo è una priorità sociale, prima che medica, la necessità di un'ottima divulgazione mediatica

e promozione sociale. È necessario coinvolgere possibilmente tutti gli attori, non solo sociali ma anche culturali, come gli artisti visivi e i registi, senza scomodare i grandi nomi. C'è molta più ricerca di autenticità, narrazione e sperimentazione in quello che viene definito cinema indipendente. Un grande obiettivo che si può raggiungere senza scomodare i divi hollywoodiani.

Bibliografia

1. Barthes Roland Sul cinema -Il Nuovo Melangolo Editore, 1994
2. Gabbard Glen O & Gabbard Krin Cinema e psichiatria, 1999 Raffaello Cortina Editore
3. Metz Christina, Cinema e psicanalisi -Marsilio Editori, 2006
4. Musatti Cesare (1961), Psicologia degli spettatori. In Dario F. Romano (a cura di), Scritti sul cinema, Testo & Immagine, Torino, 2000.

Sitografia

5. La mente altrove Cinema e sofferenza mentale,

FrancoAngeli. Recensione di Luigi Starace <https://www.psychomedia.it/pm-revs/books/demari-marchiori-pavan.htm>

6. Psicoanalisi, psicologia e cinema, SpiWeb www.spiweb.it/cultura-e-societa/cinema/psicoanalisi-psicologia-e-cinema

Podcast

7. Cinema e psichiatria, La serie - Pol-it

Foto:Cineterapia-Onirica, di Luigi Starace, 2023



Luigi Starace

Giornalista pubblicitista
Comitato scientifico

La solitudine del caregiver

/ Donatella Costa/

Quali sono i sentimenti del caregiver? Il caregiver rischia di ammalarsi? Come si gestisce la tristezza persistente?

Il caregiver, o familiare curante, è una figura di rilievo nella cura del paziente. Si occupa in genere di una persona in difficoltà per malattia fisica o mentale. La malattia può durare nel tempo ed evolvere verso la cronicità. In questo compito prezioso, il familiare agisce spesso in solitudine. Sentimenti di solitudine e fatica possono emergere in modo intenso, soprattutto nei momenti di stress. Il familiare curante opera in silenzio, si dedica completamente al familiare, sacrifica la propria vita, la propria energia e talvolta anche la salute. Vi sono situazioni di impegno costante dovute alle responsabilità quotidiane come: organizzare le visite mediche, la gestione dell'assistenza e le numerose altre cure necessarie. Il malato richiede costanti attenzioni, il peso della solitudine contribuisce a caricare la vita del caregiver. Sovente manca il sostegno emotivo e pratico per affrontare i numerosi impegni che progressivamente aumentano al procedere della malattia; la cura e l'assistenza diventano impegnative. Da numerose ricerche scientifiche emerge che la solitudine dei caregiver può avere gravi ripercussioni sulla salute mentale e fisica. Tutto ruota intorno alla malattia del familiare, non esiste nient'altro. Inoltre, è stato evidenziato, come la solitudine del caregiver apporta isolamento sociale. Per i numerosi impegni, il familiare curante rinuncia a numerose attività sociali e di

svago, ciò nel tempo porta ad una progressiva perdita di relazioni significative. La solitudine e il senso di isolamento aumentano esponenzialmente con il passare del tempo. Il ruolo del caregiver diventa difficile da gestire ed incide negativamente sulla qualità di vita (Pompili et al., 2014). Il familiare curante può ammalarsi di depressione, in tal caso diviene problematico continuare a svolgere un ruolo attivo di cura. I sintomi più comuni della depressione sono: tristezza, pessimismo, disperazione, perdita di interesse per la vita, stanchezza cronica, alterazione del sonno e dell'appetito. La depressione inoltre incide negativamente sull'energia e vitalità, apporta nervosismo e irritabilità, sbalzi d'umore. (Tavormina, 2013) È importantissimo, pertanto, riconoscere preventivamente i sintomi della depressione ed eventualmente richiedere il supporto dei professionisti della salute mentale. Trattando il disturbo dell'umore il caregiver supera gradatamente la depressione e può ritornare a sentirsi efficiente. È pertanto fondamentale il ruolo del caregiver. Il familiare curante dovrà prendersi cura di sé al fine di potersi occupare dell'altro. È auspicabile creare una rete di professionisti attorno a sé, figure come lo psicologo e lo psichiatra a cui il familiare curante può rivolgersi in caso di crisi. Inoltre, una importanza è rappresentata dai gruppi



d'auto-aiuto in cui il caregiver trova sostegno e ascolto. Riporto ora una testimonianza di una caregiver che si è occupata per tantissimo tempo del genitore. Caro padre, questa breve lettera voglio dedicarla a te... ricordo da sempre di essere stata una bambina molto silenziosa e taciturna. Mi tremavano le mani mentre toccavo i tasti del pianoforte, sono sempre stata emotiva...Ricordo bene i problemi in famiglia, cercavo sempre di essere brava. Tuttavia, mi sentivo molto sola, una solitudine acuta ed intensa mi assaliva durante le giornate d'inverno. La tua malattia è arrivata improvvisamente e tutto è cambiato. Ho cominciato ad occuparmi di te, sentivo le avvisaglie delle crisi, mi prendevo cura di ogni cosa. È stato così per tantissimi anni, abbiamo lottato insieme. Questa malattia rendeva il tuo umore

instabile, era una vita assurda, una dura realtà da accettare. I sogni si infrangevano e mi sentivo davvero sola. Sono caduta in depressione. All'inizio non volevo accettare la malattia, poi ho compreso che avevo bisogno di aiuto. Le angosce e le ansie mi assalivano, mi ritiravo presto nella mia stanza e non riuscivo più a guardarti... Perdonami ho distrusta-

to tutte le lettere, chissà cosa avevo in testa... continuavo a piangere senza motivo. Ero sempre nervosa, perdevo facilmente la pazienza. Non riuscivo più a sopportare il dolore e la sofferenza: era troppo per me. Eri così fragile... d'altra parte anch'io lo ero. Allora avrei voluto trovare le parole per ringraziarti di tutto ma restavo muta. Il caregiver può sen-

tirsi solo e abbandonato e facilmente vivere sentimenti ed emozioni negative, le quali possono sfociare in un quadro depressivo. Ogni cambiamento comporta disorientamento e paura, occorre fermarsi ed ascoltarsi. Attraverso un adeguato supporto specifico si può riuscire a stare meglio.

Bibliografia

1. BNavidianA., Zaheden FB., 2008 – Onere vissuto dai caregiver familiari di pazienti con disturbi mentali – Pak J Psychol Res. 23:19-28
2. Pinquart, M. Sorensen, 2003- Differences between caregivers and no caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis, Psychology and Aging 18(2) 250-267
3. Pompili M., Harnic D. GondaX. Et al., 2014 – L'impatto della convivenza con pazienti bipolari: dare senso al peso dei caregiver 4:1-12 – PubMed
4. Quaggiato Elena, 2015/2016, Il carico del caregiver in un setting di assistenza domiciliare: uno studio correlazionale -Padua Thesis and Disserta-

tion article

5. Tavormina G., 2013 – An Introduction to the bipolar spectrum. The management of bipolar spectrum disorders, summer 2013, CEPiP; 3-6

Sitografia

6. <https://www.researchgate.net//AliNavidan/publication/277172824>
7. <https://scholar.google.com/1=en&as-sdt=0%2C5&q=Gupta+A%2C+Sharm>



Donatella Costa
Psicologa Clinica
Redattrice

In «Felicità», la famiglia disfunzionale che rilascia ferite

/ Immacolata d'Errico /

Micaela Ramazzotti in «Felicità», mette in scena una famiglia disfunzionale. Dove non trovano spazio le individualità, i sentimenti, i desideri. Il titolo è provocatorio e spiazzante.

Film d'esordio alla regia di Micaela Ramazzotti, *Felicità* fa vivere allo spettatore l'inferno di una famiglia disfunzionale. *Felicità* si è aggiudicato il premio Miglior Film della sezione Orizzonti Extra alla Mostra del cinema di Venezia 2023. Micaela Ramazzotti, alla premiazione ha commentato: «Ci ho messo l'anima per entrare nel vostro cuore. Dedico questo premio a chi sta vivendo un momento difficile e nell'infelicità: può durare a lungo, ma si deve lottare sempre per la felicità». È un film incredibilmente forte che entra nel nostro mondo interno per farci riflettere. Nel film ritroviamo una relazione sentimentale squilibrata, una famiglia disfunzionale altamente tossica, figli infelici e un percorso psichiatrico. Nel suo primo film da regista, la Ramazzotti racconta la malattia mentale, i pregiudizi e l'incapacità dei genitori di riconoscere la malattia nei figli.

La famiglia disfunzionale Desirè (Micaela Ramazzotti) è una giovane donna di borgata romana. Non ha studiato. Lavora come truccatrice ed acconciatrice nel mondo del cinema. La sua vita è un caos ed è in continuo affanno. A 18 anni è andata via dalla sua famiglia disfunzionale e da quando era adolescente ha sempre messo i soldi da parte.

È ingenua e disponibile e molti se ne approfittano. Una giovane donna pronta a sacrificarsi per gli altri. Una donna affamata d'amore che non ha mai sentito di avere e a cui si piega nei ricatti morali che i suoi le fanno. E che non porta mai rancore. Neppure verso gli attori che ci provano con lei nella roulotte del trucco. Il film inizia con lei che corre in affanno a casa dei genitori per firmare dei documenti per un prestito con gente senza scrupoli. Su pressione dei genitori, il prestito avrebbe permesso loro di comprare al fratello minore una Mercedes nera con cui avrebbe dovuto lavorare come autista. Il padre (Max Tortora) la sottopone a continui ricatti morali, chiede soldi, finge malori, gioca sul senso di colpa. Anche il compagno borghese Bruno (Sergio Rubini), un professore universitario narcisista, la fa sentire spesso inadeguata. Ne giudica ogni azione, ogni parola. «Mi cammini sempre davanti» gli dice Desirè (1). Bruno che tenta di aprirle, però, gli occhi a una realtà diversa, lo fa con malcelato classismo. Le rimprovera soprattutto di essere ancora incatenata alla sua infernale famiglia e di non essersene liberata. Le rimprovera la debolezza e la mancanza di senso critico che la liberi dai sensi di col-

pa. Le rimprovera l'incapacità di assumere un personale punto di vista. Claudio (Matteo Olivetti) è il fratello depresso di Desirè. È una vittima schiacciata da dei genitori che ripongono in lui sogni di grandezza, risarcimento e riscatto. Il ragazzo, incapace di reagire, però non regge e si inoltra verso lo scempenso depressivo, che rappresenterà per lui la salvezza. Claudio non riesce a sfuggire dalla sua famiglia disfunzionale. Resta ingabbiato in quella casa. La sua autostima viene distrutta dalle continue esternazioni dei due genitori. È schiavo di una depressione continuamente sottovalutata, scansata. Dice il padre: «io t'ho messo al mondo sano!», oppure «ai tempi miei ste stronzate non esistevano». La madre lo tratta ancora come un bambino e come se avesse un malessere passeggero e immotivato, curandolo con sostanze opinabili e inadeguate. L'unica che comprende è Desirè, che capisce che solo lei può aiutarlo. Per riuscirci deve allontanarlo da quella famiglia disfunzionale che ha sempre trascurato i suoi problemi psichiatrici. E per farlo può contare solo su sé stessa. Desirè e Claudio sono uniti da un amore fraterno indissolubile, molto tenero e commovente. Un amore che rende la fragile Desirè così forte da riuscire a portare su di sé il peso del dramma del fratello (2). La sorella decide allora di ricoverarlo dapprima in un centro di salute mentale, nonostante la famiglia non approvi. Poi in una lussuosa clinica privata, completamente a sue spese.

Max Tortora e Anna Galiena interpretano magistralmente i due genitori. Max e Floriana sono un mix di luoghi comuni e mentalità superate, di miserie e ipocrisie. Il padre con i suoi abiti sgargianti, si crede una incompresa star del video. Un mitomane. Un misero personaggio, un padre irresponsabile, incapace di comprendere le proprie colpe nei confronti della famiglia. La madre ha dovuto rinunciare a lavorare nel mondo del cinema perché nasce la figlia Desirè. Una madre in compe-



tizione odio/amore verso la figlia e in adorazione verso il figlio. Figlio che però tratta come un bambino rendendolo fragile e incapace di adultità. Genitori aguzzini spietati ed egoisti che con Desirè hanno da tempo litigato, ma senza rompere i rapporti continuando a sfruttarla. Personaggi dallo squallore morale, sempre in cerca di risarcimento per personali dolori, non realizzati a nessun livello (4). Una famiglia disfunzionale che tarpa le ali, «che li trascura, li vessa, li indebolisce, li allontana dalla libertà, quasi fosse un rapporto tra vittime e carnefici» dice Micaela Ramazzotti, «mi piacerebbe che Felicità alzasse le antenne allo spettatore: l'incuria umana è sempre molto vicino a noi, e bisogna ribellarsi ad essa» (3). Conclusioni. Senza voler rivelare in anticipo il film che vi invito a vedere, ritengo che Felicità coinvolga lo spettatore perché trasmette dolore ma anche vitalità. Qui le

emozioni sono forti, violente. Ci assale la disperazione dei fratelli, protagonisti di una lotta difficile, che pagano le fragilità, gli egoismi, le immaturità dei genitori. Questo film insegna tanto allo spettatore. Fa vedere come i figli diventano degli ostaggi se addossati di enormi responsabilità sin da piccoli. Ci fa vedere come l'unico processo liberatorio prevede il doversi scrollare di dosso l'ingiusto senso di colpa verso la famiglia. Altrimenti si cade in un tunnel senza fine dove il punto di approdo finale è la psicopatologia. In Claudio la psicopatologia è quella depressiva che lo porterà ad un estremo gesto di disperazione. E qui allora Desirè riuscirà a trovare la lucidità per tagliare quel cordone ombelicale tossico. Di assumere decisioni e operare scelte. I fratelli in modo commovente uniranno le loro forze residue riuscendo a dare un barlume di speranza ad entrambi. E apriranno una piccola porta

alla speranza di felicità (5).

Bibliografia e Sitografia

1. <https://luce.lanazione.it/spettacolo/ramazzotti-felicit-venezia/>
2. <https://www.cinematografo.it/recensioni/felicit-cdqsmho-2>
3. <https://www.iodonna.it/spettacoli/cinema/2023/09/02/micaela-ramazzotti-in-felicit-ce-la-fragilita-di-una-donna-che-si-ribella-ai-genitori-mostrosi/>
4. <https://www.esquire.com/it/cultura/film/a45190632/felicit-micaela-ramazzotti-recensione/>
5. <https://quinlan.it/2023/10/03/felicit-micaela-ramazzotti/>

Foto: di Immacolata d'Errico tratta da alcune scene del film Felicità di Micaela Ramazzotti



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

A Sanremo 2024, luci sulla forza della fragilità umana

/ Antonella Litta /

Tra artisti e ospiti sul palco dell'Ariston il fil rouge della fragilità ha tessuto preziosi intrecci di speranza e resilienza.

Sanremo 2024 ha esaltato il valore della fragilità umana e la possibilità di attingere a risorse interiori che permette di trasformare i momenti bui. In passato la fragilità emotiva è sempre stata vista come un limite. Mostrarsi fragili, deboli, in lacrime per lungo tempo è stato considerato sinonimo di poco valore. Le ricerche scientifiche dimostrano che invece è proprio l'esatto contrario. Riconoscere e comunicare le proprie emozioni aiuta a gestirle ed è una forma di autoterapia (Trimble, 2012). Allevi, affetto di recente da mieloma e da un disturbo dello spettro autistico, si è mostrato fragile ed emozionato davanti alle telecamere. L'artista era alla sua prima esibizione sul palco dopo la grave malattia e nella sua autenticità ha mostrato la sua grande forza. Ha evidenziato come il dolore può portare inaspettati doni, come dare meno importanza al giudizio altrui e vivere il presente con maggior consapevolezza e gratitudine. Il musicista ha eseguito il brano «Tomorrow» "perché domani, per noi, ci sia sempre ad attenderci un giorno più bello". Il periodo del Covid ci ha mostrato come momenti di fragilità psicologica possono riguardare tutti e possono essere transitori, spesso reattivi a periodi stressanti. Non dobbiamo sentirci sbagliati perché fragili, ma imparare a ricavare dalle difficoltà il me-

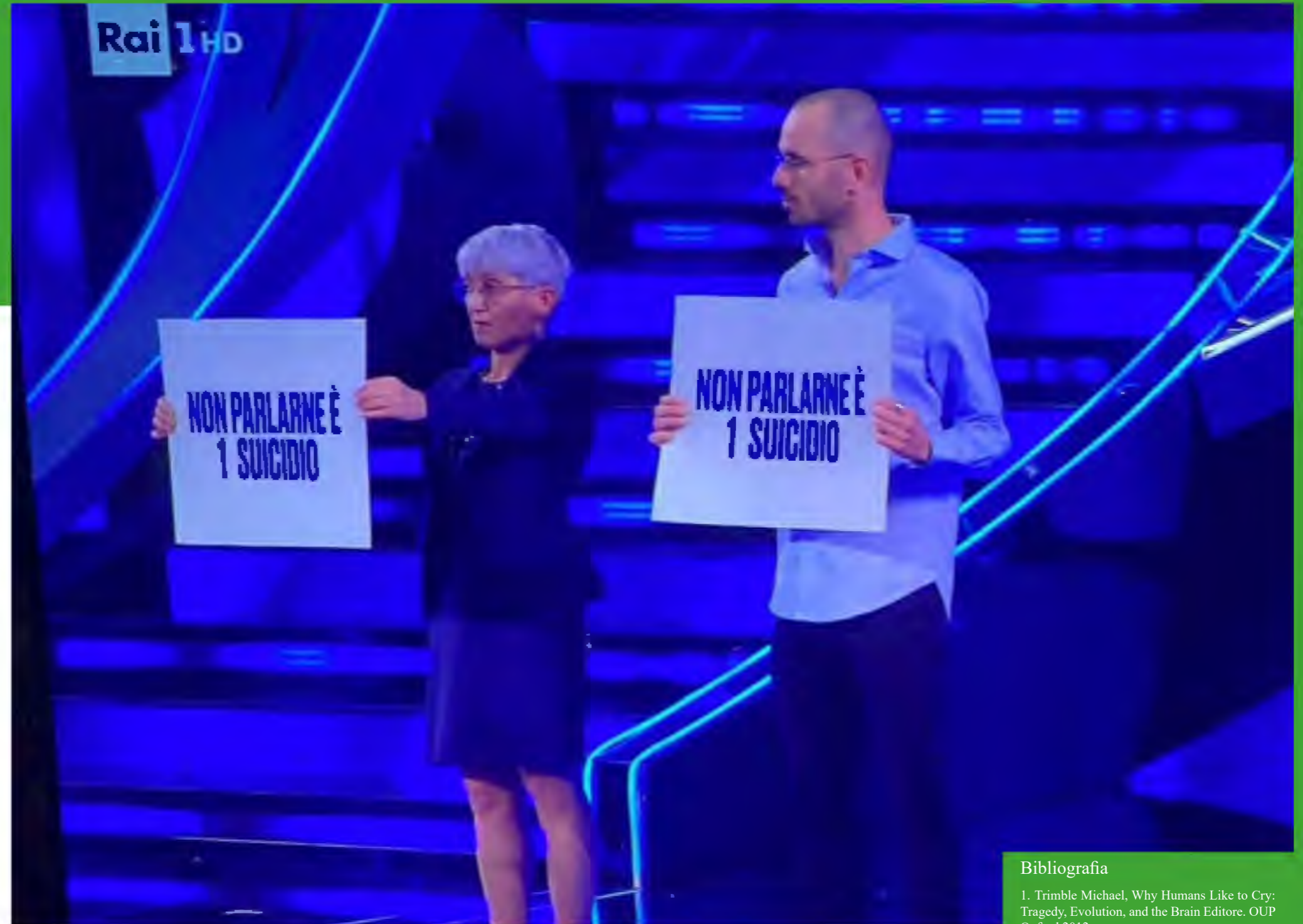
glio. Le nostre crepe e la fragilità fanno risaltare la bellezza come avviene nell'antica arte orientale del Kintsugi, dove con l'oro si riparano vasi rotti facendone risaltare lo splendore. In modo simile questo avviene nel percorso di psicoterapia dove il professionista aiuta il paziente a ricostruire il vaso della propria storia personale. In questo modo sono attivate le sue risorse interiori e potenziate le capacità di resilienza. La resilienza è la capacità individuale di resistere e superare gli effetti di un grave stress che potrebbe altrimenti mettere a repentaglio la salute mentale. Essa è un processo individuale, attivo e adattivo determinato da fattori biologici (genetici e ormonali), psicologici e ambientali (legati al contesto di vita). Nel processo di resilienza la neuroplasticità cerebrale consente di formare nuove connessioni tra neuroni (sinaptogenesi) e modificare quelli esistenti (potatura sinaptica) (Favoretto et al, 2023). Questo processo consente al cervello di riorganizzarsi in risposta ad esperienze e può essere potenziato da interventi di psicoterapia e da adeguati trattamenti psicofarmacologici. È pertanto importante un intervento specialistico precoce, per aiutare la persona che sta vivendo un periodo psichico stressante a recuperare il benessere mentale. Interessanti le collaborazioni di questa

edizione di Sanremo con alcune associazioni che si occupano di salute mentale sul territorio nazionale. Durante i giorni del Festival Guido Senia, in arte il Tre, ha presentato il Civico Il Tre. Un luogo che nasceva come uno spazio di dibattiti e incontri sulla salute mentale in collaborazione con l'associazione sulla salute mentale «Progetto Itaca». Cartelli sul tema del suicidio hanno accompagnato l'esibizione dei SAD, in collaborazione con le associazioni Telefono Amico Italia ODV, La Tazza Blu e Tutto Anno-

dato. «Giulia, 16 anni. Non so perché lo faccio», «Andrea, 18 anni. Non siete voi, sono io», «Alda, 33 anni. Io so solo che non voglio più soffrire», «Non parlarne è un suicidio». Queste le frasi sui cartelli che si riferivano a frasi di giovani con pensieri autolesivi. Il trio punk milanese è nato da un momento di difficoltà psicologica che ha portato gli artisti a trasformare il dolore nel progetto comune della musica. Non solo il Tre e la SAD hanno portato l'attenzione sulla salute mentale ma anche altri artisti. Ad esempio, Big Mama ha parlato del suo passato e

del bullismo di cui è stata vittima in adolescenza. Ma anche Sangiovanni, Marco Mengoni, Alessandra Amoroso, Annalisa hanno parlato dei loro momenti di difficoltà psichica.

Sanremo 2024: una riuscita occasione per comunicare un importante messaggio di promozione del benessere psichico. Non occorre nascondere la fragilità: come ci ha insegnato il maestro Allevi, i momenti bui possono essere preziosi doni, trasformandosi in occasioni di crescita personale.



Bibliografia

1. Trimble Michael, Why Humans Like to Cry: Tragedy, Evolution, and the Brain. Editor. OUP Oxford 2012
2. Favoretto CA, Pagliusi M Jr, Morais-Silva G. Involvement of brain cell phenotypes in stress-vulnerability and resilience. Front Neurosci. 2023 Jul 5;17:1175514

Foto: di Antonella Litta «Luci sulla forza della fragilità, Festival di Sanremo 2024»



Antonella Litta

Medico Psichiatra
Redattrice

«Svegliami a mezzanotte». Cosa c'è al di là del tentato suicidio

/ Flavia Capano /

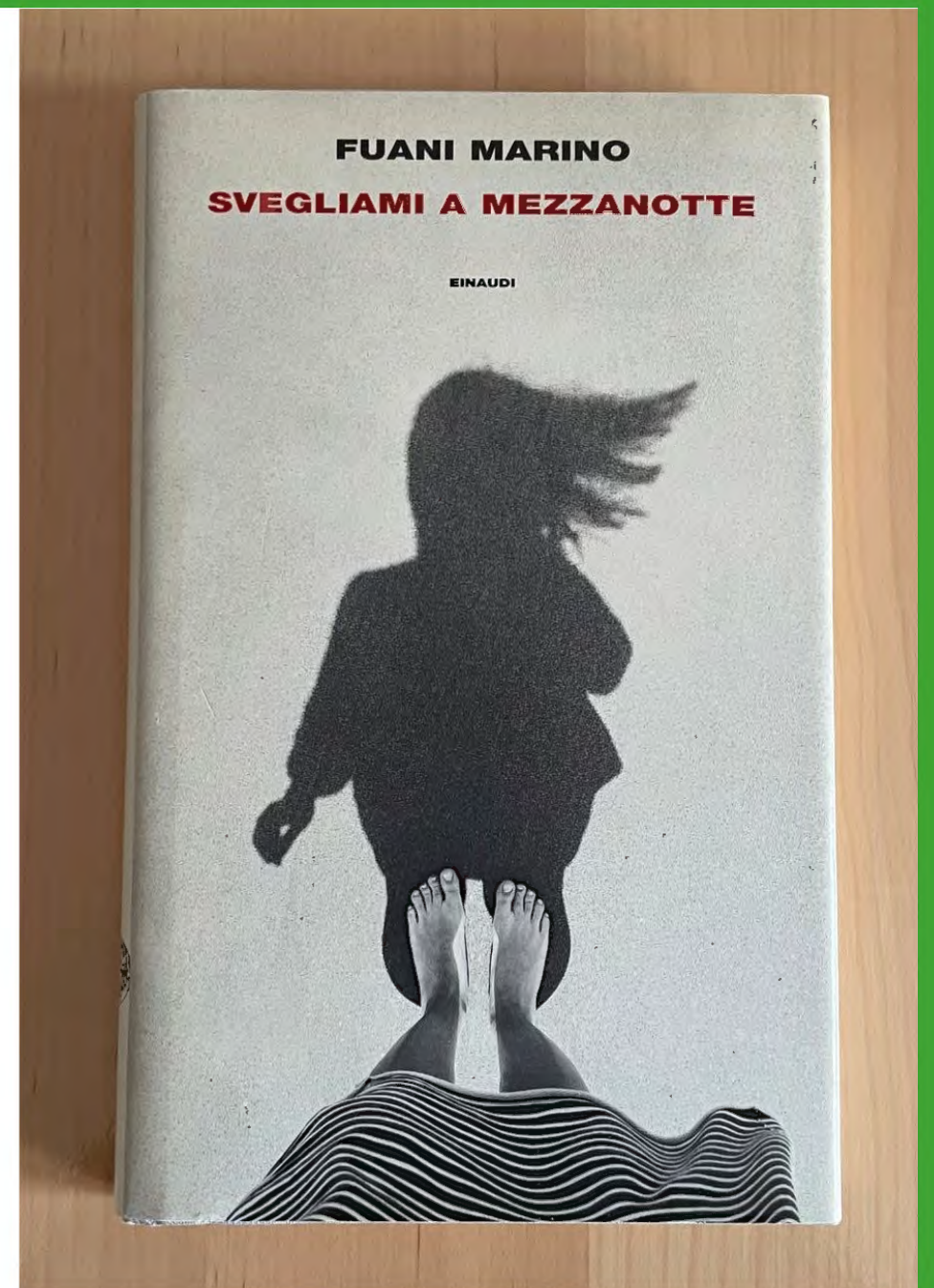
Un libro e una storia che raccontano il tentato suicidio dalla parte di chi rimane in vita, perché non ci è riuscito. Ma anche la storia di chi si è svegliato e ha dovuto ricominciare a vivere, a essere, moglie e mamma e scrivere di sé.

«Svegliami a mezzanotte» di Fuani Marino non è solo un libro che parla di suicidio, bensì è molto altro. È quel suicidio non riuscito, quel racconto postumo che è raro da leggere e vivere, fatto di pensieri messi nero su bianco. Facciamo una piccola premessa: non esiste un'età specifica nella quale il suicidio avviene. Essendo un atto per lo più premeditato, che prevede l'intenzionalità da parte del soggetto, è tuttavia raro che possa avvenire quando si è piccoli. Più si va avanti con la crescita, più le idee prendono forma nella mente dell'individuo. Questo, però, non è mai un evento improvviso che accade a un individuo proveniente da una situazione precedente di benessere. C'è chi dice che è l'epilogo di uno stato perturbato che ha accompagnato il soggetto per un certo tempo e verso il quale non si è intervenuti. Lo studioso Edwin Shneidman, psicologo statunitense specializzato su questo argomento, si è focalizzato sugli interventi volti a salvare la vita degli individui a rischio. Secondo la sua con-

cettualizzazione (1996), il suicidio è il risultato di un dialogo interiore e per prevenirlo è importante che l'operatore conosca bene il proprio impatto con il tema. Per far questo può porsi delle domande quali: ritengo che il suicidio sia un segno di debolezza? Reagisco con ricoveri e precauzioni di ogni genere di fronte a un'ideazione suicidaria? È in questo momento che il paziente coglie il giudizio del terapeuta e capisce che si può ridurre il dolore psicologico e renderlo più accettabile. Così facendo, ci si allontana dall'angoscia e dalle emozioni intollerabili e, invece che avvicinarsi alla morte, egli sceglierà di vivere (Tatarelli, Pompili 2009). «E poi sono caduta, ma non sono morta». Questa frase viene riportata dalla scrittrice più di una volta, e arriva dritta al petto e allo stomaco. I capitoli hanno un titolo loro che non lascia spazio a nessun tipo di immaginazione. «Ritratto della suicida da giovane» e «Anamnesi familiare», per esempio, raccontano l'infanzia e l'adolescenza della scrittrice vissuta nel

caos, in una casa disordinatissima e sempre piena di giornali e libri. Qui i ricordi di pranzi di famiglia o cene di Natale tendono a sbiadire o, addirittura, proprio a pervenire nella sua mente. Racconta che i suoi genitori si odiavano e che la parola malattia è entrata dentro casa senza bussare, fin da quando allo zio è stata assegnata una diagnosi di schizofrenia. In «Esordio», invece, iniziamo a conoscere la sua vita da adulta, fatta di innamoramenti, studi universitari, psicofarmaci da prendere sempre ad un orario preciso e mai fuori tempo. E ancora, visite con psichiatri differenti ed infine, la scoperta di essere incinta. In questo periodo Fuani Marino viene a conoscenza di due suicidi a lei vicini: quello di una ragazza del suo stesso liceo e quello del padre di un suo amico. Iniziamo a chiedere proprio a lei alcuni particolari. In «Svegliami a mezzanotte» dice che questo libro è un tentativo di fornire prove e argomentazioni quando ad ammalarsi è la mente umana. Pensa di essere riuscita a trasmettere quello che voleva? «Per molto tempo a raccontare il disagio psichico sono stati esclusivamente i medici, o comunque osservatori esterni. Le persone che vivevano i sintomi sulla propria pelle erano in una condizione di semi prigionia e perdevano ogni attendibilità. Per fortuna, dalla chiusura dei manicomi le cose sono cambiate e oggi è possibile trovare diverse storie di pazienti in prima persona. Sono trascorsi più di quattro anni dall'uscita di Svegliami a mezzanotte, e il solo fatto che io sia ancora qui a rispondere mi fa pensare di sì, che forse sono riuscita a trasmettere qualcosa». Se dovesse descrivere la depressione con tre parole, quali utilizzereste e perché? «Credo che sceglierei vuoto, assenza e dolore. Solitamente si tende ad associare la depressione alla tristezza, ma invece è molto, molto peggio. Uno stato d'animo difficile da far comprendere a chi non lo ha sperimentato su di sé e che forse sintetizzerei con la perdita totale di senso. Come se ci fosse uno scol-

lamento da tutto ciò che amiamo e che ci dà piacere. Una condizione terribile». Sempre nel suo primo romanzo si incolpa di aver utilizzato alcune espressioni nella sua vita che banalizzano e ridicolizzano il suicidio. Ad oggi, con tutto quello che il mondo sta vivendo, quanto pensa che il suicidio sia qualcosa che venga ancora banalizzato nella nostra società? «Allo stesso modo in cui i disturbi psichici sono spesso sottovalutati e fraintesi, così anche le conseguenze di questi stessi disturbi lo sono e il suicidio è una di queste». Nella postfazione c'è una riflessione di Fuani Marino sulla sua decisione di raccontare questa storia, la sua storia, senza nascondersi. Una riflessione che dovrebbe abbattere stereotipi e pregiudizi e aprire le porte ai tipi di trattamento possibili. Questa inizia con la parola coming out, perché tutti dovrebbero iniziare a fare coming out senza curarsi troppo delle reazioni altrui. Nascondere la testa sotto il cuscino, chiudersi la porta alle spalle a doppia mandata e far finta che tutto questo non sia mai successo, non risolve nessun problema. A far da spalla a Fuani Marino ci sono tanti scrittori, sociologi, artisti e tante persone del mondo culturale che hanno parlato di suicidio, ai quali lei fa ricorso per affrontare questo tema delicato. Alla fine, infatti, sembra quasi di avere una rassegna letteraria di libri e articoli che trattano questo tema. In «Vecchiaccia», secondo romanzo, parla di dolore. Scrive che «ogni dolore non fa che renderci più fragili e impreparati ad affrontare il dolore successivo». Le va di approfondire questo tema? «Solitamente ci raccontiamo che il dolore rafforza, come se fosse una sorta di allenamento emotivo. Credo invece che il più delle volte (e senza un adeguato sostegno psichico) una fragilità psichica pregressa non faccia altro che far emergere nuove fragilità». Che cosa vuol dire essere un malato mentale nella società di oggi? «Di certo qualcosa di diverso rispetto a cinquant'anni fa, quando non c'era pressoché



alcuna possibilità di riprendersi. Sono cambiate le cure, i manicomi non ci sono più. Resta però un atteggiamento pregiudizievole nei confronti di chi soffre di un disturbo. La sensazione è quella di essere sempre sotto la lente e se tutti siamo immersi in una società della performance, chi è più fragile rischia di non sostenere questo peso». Questa storia è una storia di coraggio che supera i limiti e si spinge oltre in una società che, invece, tende sempre a preservare e preservarsi, come se mettersi a nudo fosse disumano. Ma di umano, invece, qui ci sono le parole di una persona che difende la salute mentale perché «purtroppo non esistono manifestazioni per chi

ha disturbi psichici». Se scrivere è il solo mezzo utile per arrivare nelle case, se è la sola forma di espressione che si ha, allora che si scriva e che se ne parli.

Bibliografia

1. Marino F. Svegliami a mezzanotte. Einaudi, 2019
 2. Marino F. Vecchiaccia. Einaudi, 2023
 3. Shneidman ES. Autopsia di una mente suicida. Giovanni Fioriti Editore, 2016
 4. Tatarelli R, Pompili M. La prevenzione del suicidio in adolescenza. Alpes Italia, 2009
- Foto: di Flavia Capano, «Svegliami a mezzanotte, libro di Fuani Marino», 2024

Flavia Capano

Psicologa, ospite di redazione

La depressione e la Bibbia

/Maurilio Tavormina/

Nella Bibbia, anche se non si parla chiaramente di depressione, ci sono molti riferimenti di personaggi che potremmo descrivere come depressi. La Parola di Dio può essere di conforto e speranza per chi ne soffre.

La Bibbia, uno dei testi sacri più antichi e influenti al mondo, affronta temi profondi e universali, tra cui la depressione. In questo articolo, esploreremo le narrazioni bibliche di personaggi che hanno vissuto momenti di sconforto e tristezza, esamineremo i loro insegnamenti e potremo trarre preziosi messaggi di speranza e consolazione. Se stai affrontando la depressione o vuoi semplicemente comprendere meglio questo tema, forse troverai le giuste risposte nella saggezza biblica. Nella Sacra Scrittura ci sono numerosi riferimenti alla depressione. Anche se la Bibbia non usa mai la parola depressione, essa descrive persone che noi oggi potremmo descrivere come depresse. La prima manifestazione di sconforto e tristezza si ebbe già all'inizio del mondo, quando Adamo ed Eva furono cacciati dal Paradiso terrestre. La Bibbia presenta vari personaggi che hanno vissuto momenti di tristezza, scoraggiamento e disperazione. Uno degli esempi più noti è il profeta Elia, il quale, dopo aver sconfitto i profeti di Baal (Signore, dio fenicio) sul monte Carmelo, si ritrovò inseguito dalla regina Gezabele. Spaventato e sopraffatto, Elia cadde in uno stato di depressione profonda. Desiderando la morte, pregò Dio di porre fine alla sua vita

(1 Re 19:1-4). L'incredibile storia di Elia ci insegna come anche i più grandi uomini di Dio possono affrontare momenti di fragilità e scoraggiamento. Questo profeta ha desiderato di morire: «Signore, - disse, - non ne posso più! Togliami la vita, perché non valgo più dei miei padri. Si coricò e si addormentò» (1 Re 19:4-5). Noi tutti possiamo avere dei momenti, dei periodi di profondo sconforto e pensare di essere incapaci di reagire positivamente alle difficoltà o alla depressione. L'esperienza del profeta Elia ci offre anche una preziosa lezione di speranza: Dio rispose alle sue preghiere fornendo nutrimento, riposo e incoraggiamento attraverso un angelo (1 Re 19:5-8). Inoltre, Elia ebbe un'esperienza di incontro con Dio nella quiete e nel silenzio, che gli diede la forza per andare avanti nella sua missione (1 Re 19:11-13). Anche il re Davide, famoso per il Salmo 42, esprimeva apertamente il suo sconforto e cercava conforto in Dio. La storia di Giobbe è un altro esempio, poiché affrontò una serie di tragedie e lottò con il senso di abbandono da parte di Dio. Quando siamo disperati, stanchi e depressi la fede in Dio e nella Divina provvidenza può darci sostegno e conforto. Bisogna ricordarsi che in una giornata grigia e triste

con pesanti nuvole nere, anche se ci sembra tutto scuro il sole splende sempre al di sopra delle nubi. Dopo una buia notte nasce sempre l'alba di un nuovo giorno. La Bibbia fornisce saggezza e consigli pratici per affrontare la depressione e ritrovare la speranza. Innanzitutto, la preghiera e la fede giocano un ruolo fondamentale. Il Salmo 34:18 afferma: «Il Signore è vicino a quelli che hanno il cuore spezzato e salva gli spiriti oppressi». Quando ci sentiamo sopraffatti dalla tristezza, possiamo trovare conforto nel fatto che Dio è presente e attento alle nostre sofferenze. Un altro aspetto importante è la connessione con gli altri. Il libro dei Proverbi 17:17 ci ricorda che «l'amico ama in ogni momento, ed è un fratello nato per l'avversità». Quando affrontiamo momenti difficili il sostegno di amici e familiari può essere un grande aiuto nel superare la solitudine e l'isolamento. La meditazione sulla Parola di Dio è un altro strumento potente per affrontare la depressione. Il Salmo 119:105 afferma: «Lampada per i miei piedi è la tua parola, luce sul mio cammino». Immergersi nella Bibbia ci permette di trovare conforto e ispirazione nei momenti bui, poiché ci ricorda della presenza costante e amorevole di Dio. «La fede smuove le montagne» (Baccelli, 2018). La fede è una forza spirituale molto potente, ci sostiene nei momenti di incertezza, ci fortifica nella disperazione e ci dà il coraggio per affrontare le avversità, vincere le paure e raggiungere l'obiettivo desiderato. Ci fa scalare le montagne più alte e ci aiuta a trovare la giusta pace interiore. Nella Bibbia Gesù disse: «Per la vostra poca fede. In verità vi dico: se avrete fede pari a un granellino di senapa, potrete dire a questo monte: spostati da qui a là, ed esso si sposterà, e niente vi sarà impossibile (Matteo 17:20)». La Bibbia offre un messaggio di speranza e guarigione per coloro che affrontano la depressione. Il Salmo 40:1-3 di Davide esprime un'esperienza personale di colui che è stato tratto fuori da una fossa di distru-

zione e di fango melmoso, metafore della disperazione e della tristezza. Questo Salmo offre un potente annuncio di speranza, in cui il salmista riconosce la fedeltà di Dio nel rispondere alle sue preghiere e nel porlo su una roccia sicura. Un'altra fonte di speranza nella Bibbia è la storia di Giobbe, che affrontò una serie di terribili prove e sofferenze, tali da maledire il giorno in cui nacque. «Andò a vivere tra i rifiuti e la cenere (Giobbe 2:6)». «Maledisse il giorno in cui nacque (Giobbe 2:3)». «Invece di mangiare mi lamento, non posso trattenere le mie grida, perché mi piombano addosso i mali che temo, mi capita proprio quel che mi spaventa. Per me non c'è calma né riposo, conosco solo tormenti (Giobbe 3:24-26)». Giobbe ha subito le disgrazie peggiori ma le ha sopportate e alla fine il Signore gli ha restituito tutto ciò che ha perduto. La sua perseveranza e la sua fiducia in Dio nonostante tutto, lo portarono a sperimentare la restaurazione e la benedizione divina (Libro di Giobbe). Giobbe, con la sua famosa pazienza, ha la capacità di resistere sotto i colpi, di contrastare il male anche con una sfumatura di attesa. Lotta e persevera perché sa che alla fine potrà vincere. Si tratta, perciò, di resistere sotto i colpi del male, attendendo qualcosa di più grande. Non è una resistenza o rassegnazione passiva, ma una forte fede, con energia e resilienza spirituale. Sebbene la Bibbia offra saggezza e speranza, è importante riconoscere che la depressione è una malattia complessa, pluridisciplinare e può richiedere l'aiuto di professionisti della salute mentale. Cercare un terapeuta qualificato e preparato, un consulente pastorale e un personal trainer può dare un supporto aggiuntivo durante il percorso di guarigione. La depressione non si cura solo con psicofarmaci, anche se possono essere necessari ed indispensabili, soprattutto nelle forme medio-gravi della malattia. La preghiera e la meditazione possono essere parte integrante del processo di guarigione, ma non do-



vrebbero sostituire, ovviamente, la necessaria assistenza professionale. Lavorare con un gruppo di professionisti può garantire un approccio olistico alla cura della mente, del corpo e dello spirito. La Bibbia offre una prospettiva unica sulla depressione, fornendo narrazioni di personaggi che hanno sperimentato momenti di sconforto e solitudine. I consigli biblici per affrontare la depressione includono cercare Dio in preghiera, connettersi con gli altri e trovare conforto nella Parola di Dio. La Bibbia offre

anche speranza e guarigione, ma è indispensabile combinare il supporto spirituale con l'aiuto professionale. La depressione è una malattia complessa e non è sufficiente solo la cura dello spirito, è necessario rivolgersi a specialisti del settore. Se stai cercando ispirazione, conforto o supporto per superare la depressione, la saggezza biblica può essere una buona fonte di forza e speranza nella tua strada verso la guarigione.

Bibliografia

1. Baccelli Carlos Antonio. La fede smuove le montagne. Ed. Casa del Nazareno, 2018
2. La Bibbia (Versione CEI - Conferenza Episcopale Italiana)

Foto: di Maurilio Tavormina, "La Bibbia", 2024.



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

Museo della follia a San Servolo

/ Patrizia Amici /

Il museo della follia a San Servolo è un piccolo monumento alla memoria della storia dell'ex manicomio di Venezia. Storia di pazienti, malattia mentale e cure di altri tempi.

L'isola di San Servolo è una piccola isola che fa parte di un cordone di isole davanti a Riva degli Schiavoni a Venezia. San Servolo, deriva dal nome di un giovane morto nel 284 d.C., i cui molti miracoli diedero vita a numerose conversioni al cristianesimo. Conversioni invise all'imperatore Numerano (Imperatore dei romani dal 283 al 284 d.C.) che ne decreta la morte. Attualmente il sarcofago con le spoglie del Santo si trovano presso la Cattedrale di San Giusto (4). L'isoletta ospita un piccolo museo della follia. Le prime tracce documentali si hanno nel 814-819 d.C. quando i monaci Benedettini si insediano sull'isola. L'isola è stata poi casa delle monache, lazzaretto di appestati (1630), ancora monastero, ospedale nel 1714-18 per diventare nel 1725 manicomio. È quella la data in cui l'isola ospita il primo malato di mente. È il 26 ottobre 1725. Lui è Lorenzo Stefani. Vi cito quanto riportato nel Registro dei Malati: «A di 26 ottobre 1725- Ill.mo Signor Lorenzo Stefani fu Sebastiano di anni 32, fu condotto in quest'isola per ordine dell'Eccelso Consiglio dei Dieci come pazzo. Fu levato per ordine del suddetto tribunale il giorno 30 settembre 1762 e portato in sua casa» (1). In quest'epoca l'isola ha una doppia funzione, in linea con le abitudini dell'epoca: è ospedale per i feriti e luogo di custodia dei pazzi. Napoleone (1809)

ne cambia la destinazione riservando l'isola ai soli malati di mente; rimangono i piagati e pertanto la duplice funzione rimane. Nel 1815, sotto la dominazione austriaca viene decretato «Manicomio centrale di entrambi i sessi di tutte le provincie venete, della Dalmazia e del Tirolo». Ma fonti storiche attestano che nel 1848 l'ospedale si riempie di malati e feriti. Pian piano la funzione di custodia manicomiale prende il sopravvento. Il nosocomio fu gestito, dal 1847 al 1877 da padre Prosdocimo Salerio, un vero alienista, laureato a Padova. L'isola nel 1820 ospita, così ci riferisce l'alienista Louis Valentin, 800 malati di cui «110 insensati dei due sessi» (1). Si percorrerà tutto l'Ottocento e si vedrà un vero cambiamento solo nella prima metà del 1900. È di questi anni l'uso di modalità meno coercitive e l'introduzione di tecniche terapeutiche moderne (es: dr. Edoardo Balducci e la sua Terapia di gruppo). Con il 1978 e la Legge Basaglia anche San Servolo chiude (4). L'isoletta attualmente ospita un piccolo ma interessante museo della follia. Il museo permette un breve ma significativo percorso di storia della pratica manicomiale. Le cartelle cliniche esposte ci rimandano alla visione dell'epoca della malattia e delle proposte di cura. Vi ritroviamo i termini usati all'epoca per descrivere i malati. Nomenclature assurde agli occhi dei clinici

moderni ma che ben descrivono l'atteggiamento della cultura dell'epoca. Tra questi: pazzia circolare, mania con furore, frenosi alcolica. Il termine frenosi deriva da *fren*, un termine greco che fa riferimento ad aspetti maggiormente intellettivi che emotivi. Rubiamo le parole di uno studioso del tempo, Carlo Livi (1832-1876). «La parola freniatria ha diritto ad entrare nella scienza e starvi. Starvi a significare quella parte delle discipline mediche che prende a studiare e curare le malattie che sin qui impropriamente si dissero mentali. Dico impropriamente, perché chi vorrebbe oggi sostenere che la mente, l'anima, di per sé può ammalare? Neppure li spiritualisti medesimi, lo potrebbero, perché quest'anima, questo principio, secondo loro, immateriale, semplice, indivisibile, essenza d'unità pura e di pura attività, non può soffrire in sé mutamento che si assomigli a quel che la patologia chiama alterazione, malattia. Se essi volessero (e vi badino bene) questa loro anima soggetta ad ammalare, la farebbero materiale. Parlino di peccato se vogliono, ma no di malattia. Noi, dunque, adottiamo la parola freniatria come quella che meglio di ogni altra chiude il concetto della sede materiale organica in cui si elaborano i sentimenti dell'uomo» (3). Il termine pazzia circolare è stato coniato da Falret che presentò una relazione all'Accademia Imperiale Francese di Medicina nel 1854. Il suo più famoso teorizzatore è Kraepelin che ne delinea le caratteristiche: una forma di malattia dell'umore caratterizzata da alternanza di attacchi melanconici e maniacali (2). Nel 1873 viene introdotta la fotografia nei manicomi. A San Servolo troviamo un diario fotografico operativo dal 1873 al 1887. Esso ci dona uno spaccato di vite, di dolore, di sofferenza e ci catapulta nella nosografia dell'epoca. Fotografie struggenti... sembra di perdersi in quegli occhi e rivivere lo strazio di quelle persone. Nel museo riscopriamo la storia della psichiatria attraverso i suoi metodi di cura. La cura morale



(scuola parigina del Salpêtrière) e Esquirol con il suo trattamento morale che promuove il ricorso all'asculto e alla comprensione ma che non disdegna un apparato di forza e la coercizione. In quell'epoca a San Servolo il direttore era Battanoli (1884), sostituito poi da Camillo Minoretta. Quest'ultimo nei primi anni del secolo verrà incriminato per l'uso di mezzi coercitivi (direttore di San Servolo dal 1889). In questi crogiuoli umani coesistevano e convivevano poveri, malati, pellagrosi, infermi (1). Troviamo nelle stanze del museo della follia gli strumenti usati per l'idroterapia. Tale forma di terapia doveva sedare maniaci e furiosi attraverso docce fredde o bagni per avvolgimento (un lenzuolo freddo avvolto addosso). Presente una doccia con gabbiotto e vasche di contenimento per il bagno. Una ampia gamma di strumenti di contenimento (manette, ferma-caviglie, cinture di contenimento). Presente anche l'ergoterapia fin dal 1868 (Salerio). L'uso dell'attività manuale è stato a lungo difeso dalla classe curante come mezzo per reintegrare socialmente e psichicamente il paziente (1). Nel museo della follia a San Servolo è possibile ammirare anche la farmacia che con i suoi medicinali illustra una buona parte della storia

della farmacoterapia. Rimangono anche alcuni apparecchi di elettroterapia. L'elettroshock" (Cerletti 1887-1963) fu ampiamente utilizzata a San Servolo. Negli anni 90 dell'Ottocento sotto l'influenza Lombrosiana (Lombroso 1835-1909) abbondano dati quantitativi. La visione Lombrosiana dei segni morfologici e funzionali tipici degli stati di devianza ed il suo «determinismo fatale» (3). E qui il museo della follia ci immerge in strumenti di misurazione che oggi paiono simili a torture: craniometri, strumenti per misurare lunghezza dello sterno, diametro toracico. La corrente di pensiero cerca di correlare i sintomi neuropsichiatrici ai dati anatomici patologici: sono le «alterazioni del substrato corporeo della vita mentale» (3). In questo mondo che ci appare oscuro e distante compare a San Servolo una sala musica. Un luogo ove infermieri e pazienti si abbandonano alla musica. A San Servolo nascerà anche una scuola di musica ed una banda. Cesare Vigna (direttore del Manicomio di San Clemente e primario a San Servolo sotto la guida di Salerio) ne è appassionato sostenitore: la musica cura il fisico ed il morale dell'uomo (1). Aver visto l'Isola nel suo splendore invernale, immersa in una densa nebbiolina mi ha fatto

sentire immersa nell'atmosfera settecentesca. Quasi potevo vederli i fantasmi dell'epoca uscire dalla bruma che avvolgeva il parco, immerso nel grigiore di gennaio. Quasi in contrasto la stupenda struttura che si staglia bianca tra il cielo e che figura nel mare.

Bibliografia

- Galzigna M.: Museo del manicomio di San Servolo: la follia reclusa. Editrice Arsenale EBS Editoriale Bertolazzi- Stei srl, San Giovanni Lupatoto (VR), 2007.
- Mondimore FM: Kraepelin and maniac-depressive insanity: an historical perspective IN Int Rev Psychiatry, vol 17, Febbraio 2005, pp 49-52
- Salomone G & Armone R: La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin. Giorn Ital Psicopat 2009; 15: 75-88
- Ruffato F: L'isola di san Servolo- Storia e trasformazioni. Collana Percorsi. Codess Cultura Editore, 2007. ISBN 978-88-89953-05-1.

Foto: di Patrizia Amici e "Esterno del museo della follia, San Servolo", 2024



Patrizia Amici

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Arte digitale, Stigma e malattia mentale: intervista a Luigi Starace

/ Antonella Litta /

Attraverso un'intervista ad uno dei curatori del padiglione #Uaremyproblem della TheWrong Biennial si esplora il rapporto tra arte digitale e stigma.

TheWrong Biennial è un'esposizione internazionale di arte digitale ed è visitabile online da tutto il mondo. Questa mostra è stata fondata nel 2013 dallo spagnolo David Quiles Guilló e si articola in vari padiglioni virtuali. Tra i padiglioni, #Uaremyproblem propone una interessante riflessione culturale sullo stigma e sulla diversità, espressa con l'arte digitale. Abbiamo posto alcune domande a Luigi Starace, presidente dell'associazione di promozione sociale Stigmamente e tra i curatori del padiglione #Uaremyproblem (1). *Da dove nasce l'idea di #Uaremyproblem? L'idea nasce dal desiderio di esplorare una diversa modalità di approccio alla comunicazione sociale. Già nel 2005 Stigmamente Arte Media e Psichiatria aveva lanciato un progetto di mail art. Attraverso lo scambio via e-mail di prodotti artistici venivano coinvolti ad esprimersi sul tema dello stigma circa 200 mail artist da tutto il mondo. Questo progetto è divenuto poi un catalogo, una mostra, un documentario e un modo per parlare agli studenti, la Mail Art Stigma. Nel Festival del Cinema Indipendente di Foggia è stata creata, con i professori di psichiatria Bel-*

lomo e Nardini, la sezione Mente al Cinema/Mind on screen. Attraverso cortometraggi e film d'autore si realizzava prevenzione primaria con informazione sul disagio psicologico. Eravamo l'unico festival italiano di cinema in cui c'era una sezione dedicata alla salute mentale. Inclusi pertanto e non come evento a sé. L'esperienza durò sei anni. Nel Padiglione Digitale #Uaremyproblem abbiamo riproposto i contenuti di queste iniziative. Le narrazioni sulla diversità sono sempre stimolo creativo ed intercettano nuovi fruitori, soprattutto giovani. Essendo un padiglione internazionale abbiamo scelto di chiamarlo #Uaremyproblem ovvero la tua diversità che tu rappresenti è un problema per me. Si lancia una provocazione, aprendo un conflitto. Viene capovolta la posizione pregiudizievole del per me che penso di essere normale rispetto a te diverso.

Secondo il poeta Ferruccio Gammellaro, tra i partecipanti al padiglione, «I poeti, gli scrittori, i pittori, gli artisti in genere avrebbero l'energia di coinvolgere la collettività. Essi potrebbero rassicurare il diverso d'essere nella corretta logica e finalmente condurlo a espri-

mersi in maniera genuina». Cosa ne pensa? Oggi la collettività, anzi, le collettività sono più fragili e vivono processi di trasformazione che solo in parte sono stati studiati, la cosiddetta post-postmodernità. Credo che l'arte digitale generativa, creata attraverso l'intelligenza artificiale, e il cinema, possano catalizzare lo Zeitgeist contemporaneo post-postmodernità, ancora e aggiungerei per fortuna. Grazie alla UICC (Unione Italiana Circoli del Cinema) stiamo proponendo degli streaming gratuiti. Si tratta di documentari legati al mondo contemporaneo, visite guidate in Zoom in musei virtuali e letture di fenomeni sociali che diventano arte digitale e viceversa. All'interno del padiglione #Uaremyproblem abbiamo proiettato due documentari su Banksy, che da 20 anni usa la street art come altri artisti in passato usavano il pennello. Griffith et al. (2021) suggeriscono che gli artisti possono utilizzare strategie comunicative per coinvolgere le comunità online e promuovere la consapevolezza della salute mentale. Secondo lei l'arte digitale può contribuire a ridurre lo stigma verso la diversità e in particolare verso le malattie mentali? Chi si occupa di benessere mentale delle comunità sa bene che oggi i messaggi più efficienti sono quelli non istituzionali. Il visivo è uno dei registri espressivi più potenti e può diventare promotore della diversità. Il documentario di «Paquita y todo lo demás» di David Moncasi racconta la storia di Paquita. Pasquita è una donna di 62 anni con un figlio affetto da schizofrenia. È un video molto toccante. Gli studi hanno evidenziato come interventi video digitali rappresentino strumenti efficaci anti-stigma soprattutto nei giovani (Ito-Jaeger, 2022; Ojio, 2020). Ritiene che si possa pensare di inserire questo tipo di interventi nei programmi scolastici? Nel primo decennio del Duemila il binomio cinema e psiche è stato molto presente nelle attività dei professionisti della salute mentale. Cinerterapia, cinema terapia e simili erano neologismi con cui si ave-

va familiarità anche nei congressi scientifici. Stigmamente con l'Ares Puglia, insieme ai Dipartimenti di prevenzione delle sei Asl e i DSM, ha coinvolto dal 2009 al 2011 ben 60 plessi scolastici pugliesi, quasi 4000 studenti (Altomare, 2010). I percorsi burocratici per l'avvio di tali progetti nelle scuole e la carenza del personale nei Dipartimenti di salute mentale ne ha frenato l'ulteriore sviluppo. Paquita andrebbe proiettato nelle scuole di specializzazione. Commuove e fa riflettere. Emozioni e pensiero laterale sono fondamentali per la formazione dei futuri professionisti della salute mentale.

Tra le opere esposte mi ha colpito molto «Solo» di Marika Grassano, un'artista pugliese trasferitasi a Londra. Sotto l'opera possiamo leggere una sua riflessione sulla diversità che rimanda a parole di Leonardo da Vinci. Grassano scrive: «Col sentirsi diversi si tende ad appartarsi. In molti si sentono soli anche in mezzo a una folla, altri invece si sentono emarginati per le loro capacità. Leonardo da Vinci ha scritto, in un piccolo spazio tra un disegno e l'altro:

«Quando tu uomo sarai solo, sarai tutto tuo»». Sicuramente alludeva al fatto di privarsi dei condizionamenti imposti da chi lo circondava. Nella sua opinione, come i condizionamenti imposti dalla società influenzano lo stigma che abbiamo verso la diversità e le malattie mentali? Purtroppo, siamo costretti a parlare al plurale di stigmati ognuno rivolto a diversità multiple. Credo invece che lo stigma sia unico e parte integrante del tessuto sociale, ma verrebbe da dire non tessuto (Cianconi, 2020). Le società hanno il compito di istruire e formare sia cognitivamente sia emotivamente gli studenti e i cittadini. Ma una parte della responsabilità resta al singolo individuo. Ognuno di noi può formarsi e imparare a navigare dentro le acque spesso agitate e turbolente delle proprie emozioni e pensieri. L'arte indica cammini, il mondo della psiche ne indica altri, le narrazioni altri ancora, così come la scienza. Il menù a disposizione per nutrirsi è molto vario e diversificato. Saremo così pigri da scegliere sempre uno scialbo e standardizzato happy meal?

Bibliografia

1. Cianconi C., Starace L. La psichiatria sociale nelle società postmoderne La Psichiatria Sociale in Italia - Pacini Editore 2020, capitolo 39
2. Griffith FJ, Stein CH, Hoag JE, Gay KN. #MentalHealthArt: How Instagram artists promote mental health awareness online. Public Health. 2021 May; 194:67-74
3. Ito-Jaeger S, Perez Vallejos E, Curran T, Spors V, Long Y, Liguori A, Warwick M, Wilson M, Crawford P. Digital video interventions and mental health literacy among young people: a scoping review. J Ment Health. 2022 Dec;31(6):873-883
4. Ojio, Y., Yamaguchi, S., Ohta, K., Ando, S., & Koike, S. (2020). Effects of biomedical messages and expert-recommended messages on reducing mental health-related stigma: A randomised controlled trial. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e74.
5. Altomare E., Bellomo A., Petito A., Starace L. Stigmamente. Il Cinema nella prevenzione del Pregiudizio verso il Disagio Mentale, AReS Puglia 2010

Foto: The Wrong Biennial. U are my problem pavillion. Arte digitale - Luigi Starace, 2023



Antonella Litta

Medico Psichiatra
Redattrice



Andare in pensione senza cadere in depressione

/ Wilma A.R. Di Napoli /

Il racconto di un'esperienza di vita vera ci ricorda come il segreto di una vita serena resta nelle cose semplici ma fondamentali, come gli affetti. Così, con l'aiuto dei professionisti e del mutuo aiuto, pensione non fa più rima con depressione.

Poco tempo fa, ad una serata informativa organizzata dalle reti trentine sulla salute mentale (Servizio di salute mentale di Trento, Associazione il Cerchio e Associazione Ama) mi è capitato di ritrovare Roberto Cuni. Lui è stato una persona che ha esercitato indubbiamente una grossa influenza sulla realtà sociosanitaria trentina per molti anni ed è in pensione. È stato coordinatore del Centro Studi sui problemi alcol correlati ed altre fragilità. Ha fatto nascere a Trento oltre cento Club di Alcologia territoriale e i Club di Ecologia familiare. Inoltre, in collaborazione con il Servizio di salute mentale di Trento, ha rivestito per anni la carica di presidente della Associazione Cerchio, cui aderiscono utenti, familiari, operatori e cittadini. In questo ruolo ha promosso e sostenuto fortemente nascita e sviluppo di un approccio chiamato del fare assieme. Esso valorizza il sapere esperienziale di utenti e familiari e li rende sempre più protagonisti dei loro percorsi di cura.

Quella sera però Roberto ha portato un'altra storia, quella della sua caduta nelle paludi della depressione, dopo pochi mesi dalla sua pensione.

Roberto ha detto di aver scelto di raccontarla, «per aiutarvi a viverla al meglio, e spero anche per aiutare qualcun altro ad evitare di viverla». È stato un momento molto toccante e profondamente autentico, e gli ho chiesto se avesse voglia di rispondere a qualche domanda per i nostri lettori. Ecco il risultato della nostra chiacchierata.

Roberto come ti sei accorto di essere caduto in depressione, andando in pensione? Sono un anziano di 74 anni. Nella mia vita ho fatto tante scelte di cambiamento, in particolare nell'ambito lavorativo, approdando ad un lavoro a Trento che mi ha dato tantissime soddisfazioni. Il 1° gennaio di quest'anno sono andato in pensione, e qui sono incominciati i guai. Mi sono trovato davanti ad un vuoto di attività e impegni ed un'improvvisa mancanza di relazioni. Delle mille persone che avevo attorno a me sono rimasti pochi amici vicini. Ho iniziato a sentirmi stanco, svogliato, senza idee o progetti. Facevo persino fatica a partecipare alle associazioni di appartenenza. Non ero sereno, però non capivo bene cosa dovessi o potessi fare. Poi forse un po' in ritardo ho incominciato a

pensare che ero caduto in depressione. Posso immaginare lo sconcerto. *Avresti mai pensato di poter soffrire anche tu di depressione?* No, non avrei mai pensato di trovarmi a vivere tale fragilità. Nella mia vita negli ultimi quarant'anni ho attraversato vari mondi della salute mentale, e anche altre fragilità, e questo mi aveva illuso di essere immune a tutto ciò. Anche aver vissuto la storia di mio fratello Giuseppe, che aveva problemi di salute mentale e alcol correlati, non mi aveva preparato o evitato di entrare nella depressione. *Cosa hai fatto quando hai capito che c'era un problema con la tua andata in pensione?* Mi sono rivolto ad una conoscente, che è psichiatra, chiedendo un consulto, e mi ha confermato che ero in depressione. Ho avviato una terapia farmacologica, anche se non ne ero molto convinto all'inizio. Lei mi ha fatto riflettere sul fatto che la pensione mi aveva tolto il piacere del mio lavoro. Avrei dovuto riempire il mio tempo con altre cose che mi dessero piacere. Poi ho iniziato a parlarne, con le persone vicine, ai gruppi, con chi incontro e chiedeva di me. È stato molto utile, anche per non chiudersi nella solitudine. *Pensi che l'esperienza delle reti di auto mutuo aiuto possa aiutare chi soffre di depressione?* Sì, assolutamente. Penso che i gruppi di auto mutuo aiuto siano un'opportunità preziosa per chi soffre di depressione e altre fragilità. Anche durante il periodo più difficile della mia depressione ho frequentato il gruppo dei club, dove partecipo, seppur con difficoltà. Questo ho fatto e sto ancora facendo, anche se a volte con fatica. Cogliendone però la bellezza e l'aiuto che mi stanno dando. La cosa che più mi è servita è avere un gruppo di persone che mi ha ascoltato alla pari, e mi ha offerto il loro sapere esperienziale e il loro sostegno.

Quali consigli daresti a chi dovesse vivere in modo simile la pensione, per sfuggire alla depressione? Quello che mi ha aiutato molto, oltre alla frequenza al gruppo di auto mutuo aiuto e al farmaco, è stato l'affronta-



re diversamente la malattia. Pensare e fare le cose che mi piacciono, magari anche nuove, come fare il nonno-sitter, andare in un circolo per diversamente giovani, e soprattutto evitare le cose che non mi soddisfano. Per me oltre alla cura tradizionale è stato molto importante la nuova vita da nonno. Mio nipote Federico, di 3 anni, è stato importantissimo, trascorro tanti momenti felici con lui. Come dico sempre, lui è il mio miglior antidepressivo, e senza effetti collaterali! Grazie davvero della tua disponibilità Roberto. Grazie a voi dell'occasione che mi avete

dato di poter testimoniare il mio percorso di recovery.

Un altro aspetto che mi sta aiutando difatti è il parlare della mia depressione: parlarne agli amici, ai conoscenti, ma se possibile anche in occasioni pubbliche.

Testimoniare la mia esperienza serve sicuramente a me, ma io spero che possa servire a tutti quelli che prossimamente andranno in pensione. È un augurio che rivolgo a tutti, di poter trovare il proprio percorso, anche nei momenti difficili.

Tanto più il vostro lavoro vi è piaciuto, tanto più potreste trovarvi a

soffrire dopo. Eppure, la pensione è una bellissima fase della vita, da vivere con amore, fiducia e speranza.

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