



Depressione

Stop

I giovani e l'umore inquieto

**Fondazione EBRIS:
progetto OPADE**

Normalità e patologia

L'inquietudine e i disturbi dell'umore

**Esercizio fisico, neurotrasmettitori e
depressione**

Manga e anime contro lo stigma



Progetto

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

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

Direttore Responsabile

Francesco Franza

direttore.responsabile@deprestop.it

Direttore Editoriale

Maurilio G. M. Tavormina

Direttore Artistico

Wilma di Napoli

Caporedattore e Dirigente segreteria

Giuseppe Tavormina

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



Comitato Scientifico

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

Redazione

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

Editore



European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione

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

Stampa: PressUP Tipografia digitale Via Caduti sul lavoro - 01036 Settevene (Viterbo)
Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it Autorizzazione n° 1483 del 06/09/2021 Tribunale di Avellino



Foto di copertina: Envato Elements

Editoriale

EDA Italia, una comunità educante

/ Francesco Franza /

Il tema scelto per la XXI^a edizione della Giornata Europea sulla Depressione “I giovani e l’umore inquieto” è di estrema attualità. L’associazione EDA Italia ONLUS ponendosi come comunità educante ha trattato questo argomento negli articoli presentati nel terzo numero del 2024 di Depressione Stop.

In questo numero i redattori di Depressione Stop descrivono con equilibrio e competenza i numerosi aspetti utili per approfondire l’umore inquieto nei giovani. È questo un problema che non colpisce solo i giovani ma anche le loro famiglie, la scuola e l’intera società. Gli episodi di cronaca raccontano di vite spezzate, martoriate e interrotte. Parlano di disagio, di difficoltà di comunicazione e di condivisione delle esperienze e dei sentimenti provati. I mass media hanno un ruolo fondamentale nella informazione e nella diffusione di queste notizie. La necessità di utilizzare un linguaggio non stigmatizzante è il primo passo fondamentale per modificare e migliorare l’approccio culturale alle problematiche sulla salute mentale (Aldi, 2024). L’EDA Italia ha inondato nei mesi scorsi diverse regioni italiane di eventi in cui sono stati affrontati e approfonditi questi argomenti. Sono state raccolte opinioni, commenti, riflessioni e criticità. Tutto ciò spinge la EDA Italia ad affrontare costantemente questo argomento. È necessario, infatti, continuare su questo percorso intrapreso per non lasciare soli i ragazzi, i loro genitori e i loro educatori. Abbiamo bisogno di una comunità educante che informi e educi (Aldi, 2019). Ciò può avvenire con una informazione e una formazione professionale e chiara. Questo è uno degli obiettivi principali della nostra rivista. Come comunità



Sbalzi d'umore normali e patologici

/ Maurizio Tavormina /

Gli sbalzi d'umore sono dei cambiamenti comuni e repentini dell'umore. In questo articolo si pone l'attenzione tra gli aspetti di normalità e patologia degli stessi.

Gli sbalzi d'umore sono dei rapidi ed intensi cambiamenti dell'umore di fondo, che è quello che caratterizza la nostra emotività quotidiana. Ci sono persone che vivono fin dall'infanzia con una caratteristica emotività di base che li differenzia dagli altri. Sono le persone tendenzialmente tristi o allegre, calme e fredde o focose ed ansiose, ottimiste e impulsive, chiuse o espansive. O anche, persone molto sensibili con una facile reattività emotiva e umore di fondo irritabile. O ancora persone gelide e molto controllate. Ci sono poi persone che mancano di empatia emotiva, insensibili alla sofferenza e

all'emotività altrui. Esse hanno una specie di insensibilità emotiva, ma queste sono persone che sono affette da personalità psicopatica. Manca in loro una risposta emotiva alle espressioni di paura e tristezza. Gli psicopatici possono parlare delle emozioni altrui senza essere toccati emotivamente (Blair, 2007). Sono persone con disturbi psichici che mancando di empatia e compassione non hanno un senso di colpa per le conseguenze delle loro azioni. In loro i famosi neuroni a specchio sono inibiti e sono come se fossero spenti e anestetizzati all'emotività altrui. Gli studi sulla neuroscienza

sociale suggeriscono un legame tra l'empatia e i neuroni a specchio. L'empatia compromessa è una delle principali caratteristiche diagnostiche del disturbo di personalità psicopatica (Fecteau et al, 2008). I neuroni a specchio sono quelle cellule nervose che si attivano quando siamo al cospetto di esseri viventi che esprimono i loro sentimenti, emotività e mondo interiore. Essi ci fanno provare di riflesso le stesse emozioni che osserviamo nell'altro (Goleman, 2018). In condizioni usuali l'essere volubili o lunatici, ed avere sbalzi e cambi d'umore, può essere considerato normale e a volte fisiologico in particolari situazioni di vita. O possono essere semplicemente collegati a una specifica caratteristica della nostra personalità normale o psicopatica. Durante la gravidanza, nel post-parto, nella menopausa, nelle fasi premenstruali o anche nell'infanzia e adolescenza si possono avere momenti di facile irritabilità, sbalzi e cambi d'umore. Essi sono considerati ancora nella norma se non sono molti intensi, invasivi, occasionali e non compromettono la vita quotidiana. Diversamente gli sbalzi e i cambi d'umore e la forte irritabilità possono essere

educante è necessario mantenere un contatto continuo con i protagonisti di questa comunità. Ciò permette la condivisione delle nostre ansie e paure, ma anche la promozione di cultura e di speranze. È una fucina di idee e di conoscenza da condividere e diffondere. L'educazione può avvenire ovunque e in qualsiasi messaggio che dà EDA Italia. Come comunità educante la EDA Italia diventa un luogo sicuro, di confronto, un punto d'incontro scientifico culturale, non solo nelle aule universitarie, ma anche nelle librerie, nei caffè, nelle case, nei luoghi di culto. In questi luoghi le persone si riuniscono per essere ascoltate, accolte e informate (Hooks, 2022). Nulla può impedire a una mente aperta di cercare il sapere e trovare il modo di conoscere. L'obiettivo può essere raggiunto e mantenuto con una adeguata informazione che deve esser costante per trasformare le conoscenze in azioni. La EDA Italia ONLUS ha come programma principale del proprio statuto la formazione di gruppi di Auto Aiuto. Questi gruppi possono essere punti di riferimento dei territori. Possono essere luoghi dove la sofferenza può essere raccolta per trovare conforto, comprensione e condivisione. Il compito della comunità educante, tuttavia, è difficile. Una delle cose più terribili è il sentirsi soli. Non sapere a chi rivolgersi, a chi chiedere aiuto. I soci della EDA Italia sono un punto di riferimento non istituzionale dei territori. Non esiste educazione senza speranza. La comunità educante è un luogo di speranza. «Qualunque sia la prospettiva attraverso la quale apprezziamo la pratica educativa autentica, essa implica la speranza» (Hooks, 2022). Avere speranza ci aiuta a fare il primo passo per avere fiducia nelle nostre possibilità di aiutare l'altro. La EDA Italia si propone come luogo di accoglienza e di conforto nelle persone che hanno la speranza di essere aiutate. La speranza diventa così accoglienza per ricostruire il sentimento di comunità, il sentimento di coesione e di vicinanza con il mondo esterno. La comunità educante ha bisogno di speranza, confronto, di decisioni, di accoglienza e di tenerezza. Può diventare essa stessa uno strumento di cura. Quando trattiamo gli altri con tenerezza smettiamo di mettere noi al centro del rapporto con l'altro che soffre. L'equilibrio si sposta sui bisogni dell'altro. La tenerezza è una comunicazione che ci umanizza, attenua la sofferenza, l'ansia, la rabbia, il dolore (Aragones & Higuera, 2023).



Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Bibliografia

1. Aldi G. La psicoterapia del non-pensiero. Nuovi modelli per nuove emergenze. Telos, 2024; 1:41-56
 2. Aldi G. Costruttori di speranza. Essere genitori in tempi difficili. Edizioni Enea, 2019
 3. Aragones RR, Higuera JC. Tenderness as a therapeutic tool. Nurse Care Open Acces J. 2023;9:41-42
 4. Hooks B. Insegnare comunità. Una pedagogia della speranza. Meltemi, 2022
- Foto: Assemblée EDA Italia, di Francesco Franza, 2024
Foto: Gadget EDA, Wilma Di Napoli, 2024



considerati sintomi di specifiche malattie e devono essere adeguatamente trattati per evitare una concreta psicopatologia. Gli sbalzi d'umore sono frequenti e comuni nelle persone. Da un punto di vista psicologico, possono essere considerati degli aspetti regolari della nostra vita. Essi sono un'opportunità di riequilibrio emotivo che ha il nostro cervello, sofferente per una eccessiva tensione psichica. Questo avviene in quanto l'umore non è stabile, ma è variabile nel tempo in base alle circostanze e agli eventi. Attraverso queste oscillazioni dell'umore, l'eccessivo accumulo di energia psicofisica ha una opportunità di sfogo e un valido canale d'uscita, tanto da non arrecare danno all'interno dell'organismo. La tensione accumulata tende a colpire degli organi bersaglio (cuore, intestino, polmoni, cervello) somatizzando l'ansia e provocando dei sintomi specifici (tachicardia, fiato corto e accelerato ecc.). Quando gli sbalzi d'umore non sono molto intensi, invadenti o sono legati a specifici accadimenti di vita o particolari condizioni fisiologiche ed ormonali, sono considerati normali e comuni. Diversamente, come sopra indicato, se provocano difficoltà nel quotidiano (ad esempio nelle relazioni con gli altri) è bene fare molta attenzione. Sono un campanello

d'allarme per la nostra salute e dovremmo tenerlo in considerazione. Gli sbalzi d'umore possono essere dovuti a cause esterne, interne o far parte della caratteristica di una personalità irritabile ed emotiva. Si possono manifestare per variazioni ormonali fisiologiche o legate a malattie. Ormoni quali il testosterone, androgeni, tiroidei, anabolizzanti, cortisone, cortisolo, adrenalina e neurotrasmettitori quali serotonina, dopamina, noradrenalina, influenzano l'umore e l'emotività. Bisogna riconoscere gli sbalzi d'umore dovuti al carattere, alla condizione di salute o a un momento eccezionale da quelli che invece hanno conseguenze più profonde. Gli sbalzi d'umore prolungati spesso sono segni di insicurezza anche se solitamente sono inerenti alle circostanze che la persona vive in quel momento. Nel caso del disturbo bipolare, questi sbalzi d'umore non si possono prevedere e non sono legati a nessuna circostanza particolare. Essi sono causati dalla patologia dell'umore. Quando l'umore è altalenante e passa da una fase depressiva a quella maniacale e/o mista è un sintomo del disturbo bipolare. L'alternanza dell'umore però in questo caso è stabile e dura mesi. Altre cause di sbalzi d'umore possono essere l'abuso di alcool o sostanze stupefacenti,

malattie neurologiche (Alzheimer, Parkinson, demenza), effetti collaterali di alcuni medicinali (euforizzanti, anabolizzanti, eccitanti, sedativi). Anche una dieta non equilibrata con eccessi di caffeina e zuccheri semplici può portare a picchi e crolli energetici. Essi, a loro volta, possono contribuire a sbalzi d'umore e fatica mentale. Tra i sintomi più comuni si ritrova un umore altalenante e forte nervosismo, caratterizzato da ipersensibilità ed eccessiva risposta comportamentale a stimoli provenienti dall'ambiente circostante. La persona presenta agitazione, irritabilità, forte tensione emotiva, crisi di pianto improvviso, tristezza o risate immotivate, eccessive e anche rabbia senza motivazione. A questo corredo sintomatologico si possono associare con frequenza forte tensione muscolare, disturbi gastrointestinali, acidità di stomaco, notevole aumento dell'appetito o soppressione dello stesso. Il sonno di solito è insufficiente e di non buona qualità. Gli sbalzi d'umore patologici sono veri e propri sintomi presenti in specifiche malattie. Tra queste ricordiamo il disturbo bipolare, sia nella fase maniacale, per un mancato controllo degli impulsi, sia nella fase depressiva. Gli sbalzi d'umore sono presenti in particolare nello stato misto del distur-

bo bipolare, ove sono presenti contemporaneamente depressione ed euforia. Sono presenti pianto e riso nello stesso momento, eccitazione, tensione psichica, irritabilità e labilità emotiva. Questi sintomi sono espressi con modalità immotivate ed indipendenti dalle circostanze della vita. È presente anche rabbia e forte tensione psichica con sbalzi d'umore. «La depressione agitata, la depressione disforica, la disforia mista, la depressione ricorrente, la ciclotimia, il disturbo bipolare II attenuato, il disturbo bipolare a rapida ciclicità. Tutti questi disturbi dell'umore descrivono uno stato di costante rapida o ciclica oscillazione e instabilità dell'umore, che può definirsi nel concetto di stato misto del disturbo bipolare» (Tavormina, 2019 – Tavormina, 2024 – Angst et al, 2003 – Akiskal, 2005 – Akiskal & Benazzi, 2005). Il disturbo ciclotimico è un disturbo psichico caratterizzato da costanti oscillazioni giornaliere dell'umore e forti sbalzi d'umore. Il paziente sperimenta una moderata depressione alternata a momenti di eccitazione ed euforia, detti episodi ipomaniacali. Nel disturbo ossessivo compulsivo l'irritabilità, la labilità emotiva, gli sbalzi d'umore e l'aggressività sono sintomi frequenti, oltre alle compulsioni e ai pensieri ossessivi. Il disturbo di

disregolazione dell'umore dirompente si può presentare nell'infanzia e nell'adolescenza con frequenti ed immotivati scatti di rabbia e aggressività (almeno tre volte a settimana). Tra una crisi e l'altra permane lo stato di notevole irritabilità. L'esordio è tra i 6 e i 10 anni d'età e può evolvere in una depressione maggiore in adolescenza. Chi soffre di sbalzi d'umore deve rendersi conto della diversità e dell'intensità del sintomo e cercare di capirne l'origine. Se, infatti, la causa è in relazione a fatti accaduti, vita sregolata, stress, alimentazione inadeguata dobbiamo cercare di affrontarla e risolverla. Diversamente quando sono molto intensi, dirompenti, senza apparente motivazione e compromettono il quotidiano è necessario rivolgersi a uno specialista. Chi vive a fianco di persone sofferenti di sbalzi d'umore deve sottrarsi al conflitto con esse, evitando diverbi e discussioni ani-

mate per non peggiorare lo stato di tensione emotiva nella relazione.

subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders, and hypomania. *Journal of Affective Disorders* 2003; 73; 133-146.

4. Blair, R. J. R. (2007). Empathic dysfunction in psychopathic individuals. *Empathy in mental illness*, 1, 3-16. ResearchGate, 2007

5. Goleman D (2018) *Intelligenza sociale. Entrare in sintonia con gli altri per costruire relazioni felici*. BUR Rizzoli saggi, Milano, 2018.

6. Sacchi N. (2017) *Steroidi androgeni e altri anabolizzanti: Uso e rilevamento nello sport*. Ed. independently Published, 2017.

7. Fecteau S, Leone A.P, Théoret H (2007). Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample. *Psychiatry Res.* 2008 Aug 15;160(2):137-44 DOI: 10.1016/j.psychres.2007.08.022

8. Tavormina G (2019). Bipolar disorders and bipolarity: the notion of the "mixity" – *Psychiatria Danubina* 2019; 31: suppl 3: 434-37.

9. Tavormina G (2024) Depression, mood disorders and bipolar spectrum: one or different diseases? – *(Psychiatria Danubina, 2024; 36: suppl. 2: 170-5).*

Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Akiskal HS (2005). The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *Journal of Affective Disorders* 2005; 84 (2-3): 107-115.

2. Akiskal HS, Benazzi F (2005). Toward a clinical delineation of dysphoric hypomania – operational and conceptual dilemmas – *Bipolar Disorders* 2005; 7 (5): 456-64.

3. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. (2003). Toward a re-definition of



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>Autonomia differenziata e rapporto GIMBE</i>	50	Gianluca Lisa <i>I giovani e l'umore inquieto: cosa potrebbe aiutarli?</i>
13	Luigi Starace <i>Manga, anime e prevenzione primaria</i>	52	Giuseppe Tavormina <i>La Giornata Europea sulla Depressione, 2024</i>
16	Francesco Franza <i>Neuroinfiammazione e prevenzione della depressione e del suicidio</i>	54	Immacolata d'Errico <i>Depression Day a Bari, 2024: «I giovani e l'umore inquieto»</i>
18	Enza Maierà <i>Inquietudine giovanile e disturbi dell'umore</i>	56	Patrizia Amici <i>Web, social network, sicurezza ed inquietudine</i>
20	Walter Di Munzio <i>Fondazione EBRIS: progetto OPADE e Depressione Maggiore</i>	58	Donatella Costa <i>Genitore di una figlia con disturbo dell'umore nell'adolescenza</i>
23	Antonella Vacca <i>Manga e anime: l'inquietudine giovanile tra narrazione e realtà</i>	60	Luigi Starace <i>Manga e anime contro lo stigma</i>
26	Francesco Franza <i>Normalità e patologia</i>	62	Wilma A.R. Di Napoli <i>Violenza sugli animali e disagio nei giovani</i>
28	Antonio La Daga <i>La depressione dell'anziano tra vecchiaia e senescenza</i>	64	Antonella Litta <i>Genio artistico e disturbo bipolare</i>
31	Giuseppe Tavormina <i>L'inquietudine e i disturbi dell'umore</i>	66	Antonella Litta <i>La playlist dei ricordi: il potere trasformativo della musica</i>
33	Antonio La Daga <i>Depressione e ictus. Tra neurologia e psichiatria</i>	68	Luigi Starace <i>Il video promo del Depression Day 2024 sui social media</i>
36	Francesco Franza <i>Disforia: l'amica sconosciuta</i>	70	Immacolata d'Errico <i>«La Pazza Gioia», un film che illustra il disturbo bipolare</i>
38	Maurilio Tavormina <i>Esercizio fisico, neurotrasmettitori e depressione</i>	72	Luigi Starace <i>Fotografia, medical humanities e psiche</i>
40	Barbara Solomita <i>Depressione prenatale e psicoterapia</i>	74	Dominique Tavormina <i>La gelosia fraterna.</i>
43	Romina Tavormina <i>Il tango come maestro di vita</i>	76	Maurilio Tavormina <i>Socrate non era depresso.</i>
46	Maria Vincenza Minò <i>L'ipersessualità: un vuoto da colmare negli adolescenti</i>	80	Luigi Starace <i>La mente altrove</i>
48	Maria Efisia Meloni <i>Il giovane studente in cattedra</i>	82	Wilma A.R. Di Napoli <i>L'auto mutuo aiuto nelle scuole. Un metodo di prevenzione per il disagio giovanile</i>

Autonomia differenziata e rapporto GIMBE

/ Walter Di Munzio /

Ogni anno la Fondazione GIMBE presenta ai decisori politici un accurato report sui dati di tutte le regioni italiane riferiti al funzionamento dei servizi sanitari. L'ultimo report affronta il problema della ricaduta sulla qualità dei servizi erogati alla luce delle nuove norme sulla Autonomia Differenziata.

La Fondazione GIMBE non ha fini di lucro, ha lo scopo di favorire la diffusione e l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche con attività indipendenti di ricerca, formazione e informazione scientifica. Essa ha il fine di migliorare la salute delle persone e di contribuire alla sostenibilità di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico (www.gimbe.org). Essa da anni registra ed elabora i dati prodotti dal servizio sanitario nazionale per valutarne qualità e funzionamento. Produce report annuali e quest'anno nel suo report ha posto una precisa domanda «che sarà della sanità al sud dopo l'approvazione della legge sull'autonomia differenziata?». Il suo storico presidente, Nino Cartabellotta, ha provato a rispondere alla luce dei dati raccolti. La prima conclusione è stata constatare che il nostro SSN, per poter sopravvivere, dovrebbe riuscire a funzionare con meno medici, meno infermieri, con liste di attesa sempre più lunghe. Dovrebbe far fronte a costi molto alti che, difficilmente, potranno essere sostenuti con le risicate ri-

sorse che il governo generalmente destina alle regioni per la salute dei cittadini. I dati della Fondazione GIMBE dimostrano che l'Autonomia Differenziata (AD) «creerà il collasso del sistema sanitario nelle regioni del Sud» e il suo presidente si sbilancia ulteriormente definendo «autolesionistiche» le posizioni dei governatori meridionali che appoggiano apertamente la riforma (Di Munzio et al, 2008; Cartabellotta, 2023; Report, 2024). Il rapporto illustra i rischi contenuti nella riforma sull'autonomia differenziata, questa consentirebbe ad ogni regione di gestire direttamente tutta la filiera della sanità sul proprio territorio. Il pericolo è tutto nelle enormi differenze che si registrano tra le Regioni del nord e quelle del sud, che potrebbero avere ancora meno risorse. Queste differenze non solo non potranno essere colmate dai fondi di perequazione disponibili, ma dai dati disponibili nel Rapporto risulta che molto probabilmente aumenteranno a dismisura. I dati dicono che il temuto collasso non avverrà solo se il lavoro che si sta organizzando

in commissione riuscirà a definire i LEP, la lista delle prestazioni sociali e sanitarie esigibili da tutti i cittadini ovunque risiedano. Questa lista di prestazioni richiede però ingenti investimenti e sappiamo che le risorse finanziarie attualmente non sono disponibili. La commissione parlamentare comunque sta facendo un lavoro che, come una tela di Penelope, rischia di non avere mai fine. La politica dovrà accontentarsi di quel poco che si potrà fare senza risorse aggiuntive da investire. Si rischierà in questo caso di aumentare il disagio per mancate cure proprio a quella parte del paese che già registra, attualmente, oltre due anni in meno di aspettativa di vita a causa di prestazioni negate, a causa della cronica carenza di strutture e tecnologie. Il presidente della Fondazione GIMBE ha detto, presentando in parlamento il Report 2024, che l'autonomia differenziata «porterà al collasso» la sanità nelle Regioni meridionali. In una recente intervista ha spiegato nel dettaglio cosa intendeva dire ed ha chiarito i pericoli di questa riforma. «[...] con l'autonomia differenziata – le sue testuali parole – le Regioni potranno trattenerne una parte del gettito fiscale che, quindi, non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo le risorse destinate a garantire i servizi nel Mezzogiorno. L'autonomia differenziata quindi congelerà il divario tra Nord e Sud» (Cartabellotta, 2023). Probabilmente aumenterà anche il fenomeno della migrazione sanitaria sulla direttrice sud-nord. Si rischia una ulteriore migrazione sanitaria dei pazienti meridionali e delle relative risorse a causa della legittima ricerca da parte di questi di strutture idonee alla cura delle più gravi patologie. Non pare che, allo stato delle cose, esistano le condizioni per invertire questa tendenza. Anche perché i migliori professionisti continuano a guardare al nord o all'estero per lavorare, alla ricerca di un giusto riconoscimento delle proprie capacità e competenze o, non fosse altro, per ottenere migliori retribuzioni e possibilità di carriere.



Altra grave conseguenza potrebbe risiedere nella considerazione che l'autonomia differenziata potrebbe avere ricadute anche nell'ambito della contrattazione sindacale sulle retribuzioni del personale. Questo conflitto potrà provocare una ulteriore fuga dei migliori professionisti verso le Regioni più ricche, che saranno in grado di offrire condizioni retributive più vantaggiose. Questa disparità di risorse rischierebbe seriamente di produrre anche un numero minore di borse di studio da attribuire alle scuole di specializzazione. In questo caso avremo meno laureati da destinare alla medicina generale e una peggiore formazione degli specialisti e dei medici di famiglia. Tutto ciò potrebbe produrre, in aggiunta, una maggior autonomia sul sistema tariffario, rispetto ai rimborsi ed alla compartecipazione. Ciò contribuirebbe a rendere ancora più diversi i nostri venti sistemi sanitari regionali, che già oggi funzionano ognuno con regole proprie. Si agevolerebbe così ancora una volta l'avanzata della sanità privata. Questo sarebbe messo, in evenienze come

quelle prima indicate, in condizione di sottrarre ulteriori risorse alla sanità pubblica, contribuendo ad impoverire la sua capacità di erogare prestazioni accettabili. Il SSN potrebbe entrare in questo caso in un ulteriore circolo vizioso e potrebbe essere spinto ad inviare sempre più pazienti ad un privato costoso o, peggio, a migrare in altre regioni meglio gestite e capaci di offrire cure migliori (Di Munzio et al 2008; Cartabellotta Presentazione Report, 2024). Quali potrebbero essere allora le possibili conseguenze per i cittadini bisognosi di cure, ma residenti nelle regioni più meridionali? Certamente si troverebbero di fronte a interminabili liste d'attesa, sia per ricevere prestazioni sanitarie che per ricevere una visita specialistica. Forse questi pazienti dovranno doverle pagare di tasca propria. Ciò fino all'impoverimento o alla rinuncia alle cure. Gli stessi pazienti rischierebbero di trovare i Pronto Soccorso ospedalieri del loro territorio affollatissimi, dove incontrerebbero altri utenti sempre più insopportabili e aggressivi. Inoltre, probabilmente, si rischiereb-

be di non trovare medici o pediatri di famiglia disponibili e ciò produrrebbe un ulteriore aumento della migrazione sanitaria. Ma il rischio più grave potrebbe essere in questo caso un altro. Anche le Regioni del Nord si potrebbero trovare in difficoltà. Esse di fronte a una simile quanto imprevista crisi di sostenibilità, non riuscirebbero ad aumentare la loro capacità di erogare prestazioni per far fronte a richieste da sommare a quelle dei residenti.

Ciò potrebbe produrre, oltre ad un ulteriore indebolimento dei servizi sanitari al sud, il rischio di ingolfare i servizi del nord, peggiorando la qualità dell'assistenza per tutti. Nei precedenti report dell'Osservatorio GIMBE sul SSN la regione Lombardia risultava al primo posto per mobilità attiva e si posizionava al secondo per mobilità passiva. Ciò dimostra che un alto numero di cittadini lombardi andava già a farsi curare fuori Regione.

Insistere ora sull'attuazione dell'autonomia differenziata, alla luce dei dati esposti in parlamento dalla relazione sul Rapporto GIMBE, potreb-



be non risolvere i problemi ma produrne altri più gravi. La proposta di escludere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiore autonomia è certamente valida.

Ma, ad oggi, non è stata sostenuta da nessuna forza politica (Di Munzio et

al, 2008; Di Munzio, 2024a; 2024b). Un SSN pubblico, equo e universalistico, e finanziato dalla fiscalità generale, costituisce una importante conquista sociale e un pilastro della democrazia. Ma è anche una leva di sviluppo economico per tutto il Paese. Non intravediamo né la vo-

lontà di rilanciare il finanziamento pubblico, né iniziative in grado di restituire al SSN la pienezza della sua mission originale. Assistiamo, invece, a un lento scivolamento verso venti sistemi sanitari regionali diversi, ma tutti basati sulle regole del libero mercato.

Bibliografia

1. Cartabellotta N. (2023): Presentazione Report GIMBE 2023, Roma. 2023.
2. Di Munzio W., d'Aquino G., Intocchia L., Salomone G (2008): Manuale Pratico di Psichiatria Territoriale. Linee strategiche ed operazionali per il lavoro dei centri di salute mentale, Idelson Ed., Napoli. 2008.
3. Di Munzio W. (a cura di) (2019): Lineamenti di Management in Psichiatria. Riorganizzazione e rilancio dei servizi di salute mentale. Idelson-Gnocchi Editore, Napoli. 2019.
4. Di Munzio W. (2024a): Gli esiti dell'Autonomia

Différenziata, articolo pubblicato su "La Voce delle Voci", Napoli. 2024.

5. Di Munzio W. (2024b): La salute non è una merce, articolo pubblicato su "Le ore di Cronache", Salerno. 2024.

6. Report 2024 dell'Osservatorio GIMBE sul SSN. Bologna. 2024.

Foto: Envato Elements



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

Manga, anime e prevenzione primaria

/ Luigi Starace/

Riflessioni sull'uso dei fumetti manga e anime giapponesi in una prospettiva di lotta allo stigma e sensibilizzazione alla ricchezza della diversità.

I fumetti manga e gli anime (cartoni animati giapponesi) costituiscono la letteratura popolare intergenerazionale e cross-culturale che caratterizza quest'epoca, successiva a quella della postmodernità. Viene proposta una lettura del fenomeno in un'ottica di strumenti per la sensibilizzazione al disagio psicologico e alla inclusione sociale. La capacità di affrontare temi complessi in modo semplice ed accessibile, insieme alla facilità a raggiungere un vasto pubblico internazionale, rende particolarmente efficaci manga e anime nella promozione del cambiamento sociale globale. Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi studi scientifici volti ad esplorare le potenzialità di manga e anime come stimolanti la crescita interiore e la percezione positiva del mondo. Sono di stimolo allo sviluppo dell'identità personale grazie ai personaggi che attraversano un viaggio di scoperta del sé e offrono modelli di crescita e sviluppo personale. I lettori/spettatori possono trovare conforto e ispirazione nell'immedesimarsi con personaggi che affrontano problemi simili ai loro. Vedere rappresentate le proprie esperienze e difficoltà come fulcro di una narrazione e con taglio positivo e propositivo può rafforzare il senso di appartenenza. Si rafforza l'autostima, soprattutto in chi appartiene a gruppi minoritari, emarginati o stigmatizzati. L'emotività, l'immedesimazione e la ricerca del Sé sono

tematiche ubiquitarie nei vari generi narrativi di manga e anime. Occorre, però, specificare che sarebbe opportuno che essi venissero scelti in base alla sensibilità e alla età di chi legge fra le decine di generi e sottogeneri. Questa azione di filtro costringe genitori e tutori a contaminarsi con i mondi dei minori (Starace, in pubblicazione). Forse in futuro, come già avviene con la letteratura e il cinema, manga e anime saranno suggeriti dai professionisti della salute mentale come adiuvanti alle psicoterapie. La mancanza di ricchezza relazionale delle nuove generazioni spesso amplifica il senso di solitudine, la diffidenza verso le diversità e facilita la tendenza a facili pregiudizi. Manga e anime possono essere di grande aiuto nel lavoro interdisciplinare tra istituzione, professionisti e associazioni contro lo stigma. Sinteticamente si possono individuare due ambiti psico-educativi utili: la valorizzazione della diversità e l'importanza dell'empatia che permette la comprensione di chi è diverso da noi. La frequente esposizione dei lettori/spettatori a personaggi diversi, in racconti complessi, può abituare loro a vedere la diversità come una normale variante senza coloriture moralistiche. A volte senza la diversità dei protagonisti non ci sarebbe alcun sviluppo narrativo con effetto noia delle trame. L'empatia viene stimolata grazie all'uso della teoria della mente (Santangelo, 2020): si fa vedere il mondo

attraverso gli occhi dei personaggi emarginati e stigmatizzati. I lettori/spettatori possono sviluppare una comprensione più profonda delle sfide, delle conflittualità ed esperienze traumatiche che i protagonisti delle storie affrontano (Giannalberto, 2019). Le inquietudini legate alle diversità di genere sessuale vengono proposte con leggerezza e delicatezza. In Sailor Moon e Yuri on Ice l'identità di genere, la sessualità e la complessità dei personaggi LGBTQ+ permettono ai lettori di vedere l'umanità dei protagonisti oltre le etichette (Ishikawa, 2020). La disabilità uditiva in A Silent Voice è espressa con una tale profondità emotiva da permettere di comprendere quali sono le sfide sociali e psicologiche affrontate dalle persone sorde. La disabilità non è una caratteristica stereotipata e le sue conseguenze nella trama vengono depotenziata, in modo che i personaggi siano definiti dalle loro azioni e relazioni, piuttosto che dalle loro limitazioni fisiche. Sul tema tristemente attuale del rapporto fra etnie e culture altre in One Piece e Naruto non c'è solo l'inclusione di personaggi di diverse etnie. Sono stati creati mondi immaginari con culture e tradizioni specifiche (completamente inventate o attingenti a culture esistenti) che esplorano narrativamente differenze e scontri culturali. Nelle trame si enfatizzano il rispetto e l'accettazione dei valori altrui come imprescindibili per la risoluzione dei conflitti. I personaggi, eroi e antieroi, costituiscono non solo degli archetipi narrativi ma sono anche messaggeri di richieste sociali e culturali che la maggioranza spesso non vede. One Piece ha venti anni di vita ed è uno dei tre manga/anime più diffusi e letti in tutto il mondo. È uno dei mondi immaginari più complessi, con riferimenti letterari che vanno da Gilgamesh a Don Chisciotte, con una costante dose di umorismo e autoironia. In One Piece, si ha il coraggio di parlare senza addolcimenti, di schiavitù, disparità sociali e genocidio come atti utili a mantenere la pace sociale del potere politico dominante. Siamo sicuri



che si stia parlando ancora di puro svago e intrattenimento? Il bullismo nelle serie My Hero Academia e A Silent Voice è trattato in modo sfumato ma non approssimativo (Sparrow, 2019). Si mostra non solo l'impatto sulle vittime, ma anche le motivazioni e le conseguenze della violenza per i bulli stessi. Ci sono storie di riscatto morale, con sviluppi del racconto nel quale i personaggi crescono e cambiano in bene. In

My Hero Academia il mondo è composto da tanti ragazzi con superpoteri, a volte potenti, a volte bizzarri. Ma questo non basta loro per sentirsi parte della società. È nella vita di gruppo della classe di scuola dei protagonisti che i valori della amicizia e della comprensione diventano nobilitanti. È attraverso la solidarietà fra pari e la comprensione dei limiti altrui senza farli pesare che si ribalta il mito del superuomo accen-

tratore e apocalittico che pervade tutto il manga/anime. Gli adulti giocano in questa narrazione un ruolo educativo e di contenitore molto positivo e edificante. In A Silent Voice il protagonista è un ex bullo che cerca di ricucire ciò che sente aver provocato: l'allontanamento di una compagna di classe per disperazione. La prospettiva del racconto è dalla parte del bullo che mette in discussione le sue azioni e avvia una

severa autocritica. Un prodotto editoriale maturo. Va citato, per il registro completamente diverso, un terzo lavoro che tratta il bullismo con toni grotteschi e paradossali: One Punch Man. È la storia di un ragazzo che con caparbia diventa fortissimo, ma è completamente ignorato dalla società e dagli autorevoli eroi sovraumani. È un antieroe comico, ma tocca sempre a lui salvare la terra dalle catastrofi. Al pari di My Hero Academia una delle trame se-

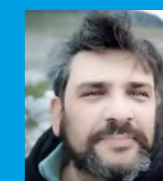
condarie è dedicata alla critica della società contemporanea. Essa è abbagliata dalle apparenze e facilmente seducibile dalle esteriorità che il noto sociologo Baundrillard definirebbe simulacri. A riguardo della salute mentale in Neon Genesis Evangelion e March Comes in Like a Lion vengono mostrati ritratti complessi e realistici del disagio psicologico. Sono narrazioni per palati esigenti. In Neon Genesis Evangelion il peso della sopravvivenza del genere umano, dopo due apocalissi scatenate dagli adulti, è caricato su adolescenti programmati per combattere elementi soprannaturali inevitabili. La storia alterna battaglie spettacolari e concetti metafisici a momenti di forte introspezione sulle paure e insicurezze dei personaggi che spinge i lettori/spettatori a riflettere. Il taglio con cui la scrittura descrive queste situazioni tristi è comparabile alla elaborata sceneggiatura di un film d'essai esistenzialista. Vi sono personaggi che vivono situazioni intense di depressione, ansia, disturbo post traumatico da stress e relative conseguenze sulla qualità di vita e relazioni. Una per tutte: scoprono di essere i piloti non di robot indistruttibili, ma di creature biologiche clonate ogni volta che vengono ferite. Creature che hanno una forma di coscienza e che provano dolore. Pertanto, più che essere nuovi Prometeo, essi scoprono di essere le nuove vittime della follia degli adulti. Di ambientazione più pacifica e metropolitana è la rappresentazione della solitudine e della sofferenza interiore in March Comes in Like a Lion. In essa le vicende girano intorno ad un ragazzo orfano che, diventando un giocatore professionista, inizia a comprendere il mondo con il quale si sente quotidianamente in conflitto (Verzellesi, 2018). La narrazione prevalentemente in prima persona, come nella migliore tradizione del romanzo europeo del Novecento, permette ai lettori/spettatori di provare empatia per i personaggi, comprendendone il disagio esistenziale. Il tema del suicidio è affrontato in modo diretto e sensibi-

le in alcune serie, come Orange e 13 Reasons Why (Tanaka, 2019). Questi anime esplorano le profonde emozioni di disperazione e isolamento che possono portare a considerare il suicidio come opzione. Infine, una cinica riflessione sul potere e le conseguenze morali di togliere la vita è trattata nella serie Death Note, caso editoriale dei primi anni 2000. Gli anime e i manga che pongono l'accento sulla ricchezza della diversità sono di fatto anti-stigma e inclusivi. Se i personaggi possono esprimere liberamente la loro identità, senza essere definiti esclusivamente da essa, allora anche nel mondo reale ciò è ipotizzabile. Quindi si può concretizzare finalmente un mondo più aperto e inclusivo, con meno stereotipi e pregiudizi. Se puoi immaginarlo, allora puoi realizzarlo!

Bibliografia

1. Giannalberto B. (2019). *L'animazione giapponese: Una visione alternativa della realtà*. Edizioni NPE.
2. Ishikawa S. (2020). Representation of LGBTQ+ characters in Anime and its impact on social attitudes. *Journal of Japanese Media Studies*, 15(2), 123-145.
3. Santangelo L. (2020). *La rappresentazione della diversità nei media giapponesi*. Carocci Editore.
4. Sparrow A. (2019). *Anime e manga per la sensibilizzazione sociale: Uno studio critico*. Edizioni Star Comics.
5. Starace L. (2025). *Manga e Anime. Guida per genitori e curiosi (in pubblicazione)*. Idrate Pensate Edizioni.
6. Tanaka H. (2019). Mental Health in Manga: A New Perspective. *International Journal of Comic Studies*, 8(4), 77-89.
7. Verzellesi F. (2018). *Diversità e inclusione nei manga e negli anime: Una prospettiva sociologica*. FrancoAngeli.

Foto di Luigi Starace, 2024



Luigi Starace

*Giornalista pubblicista
Comitato scientifico*

Neuroinfiammazione e prevenzione della depressione e del suicidio

/ Francesco Franza /

Siamo alla ricerca di marcatori biologici capaci di effettuare una diagnosi precoce di depressione. Sarebbe utile anche trovare dei fattori che consentano di prevenire il suicidio. Prevedere e prevenire è possibile? Siamo ancora lontani ma i processi della neuroinfiammazione potrebbero darci una mano.

Numerosi ricercatori lavorano incessantemente per trovare la chiave per aprire la porta della prevenzione e della previsione della depressione e del suicidio. La neuroinfiammazione è diventato un cavallo di battaglia dell'attuale ricerca in questo campo. Recentemente il gruppo di ricerca della Columbia University Irving Medical Center di New York condotto da Sarah Herzog ha riportato interessanti risultati (Herzog et al., 2024). Lo studio è stato pubblicato sulla rivista scientifica JAMA Psychiatry il 06 novembre 2024. Oramai è confermato che la neuroinfiammazione ha un ruolo determinante nella nascita della depressione. Il sistema infiammatorio del sistema nervoso centrale e periferico è un potente marcatore anche per la valutazione del rischio di suicidio. Il sistema infiammatorio attraverso numerose cellule e diversi anticorpi difende l'organismo dall'attacco di agenti esterni dannosi. Questo meccanismo di difesa viene attivato anche in altre situazioni legate allo stress. Nel cervello

di persone decedute per suicidio è stata osservata la presenza di un'alterazione delle cellule coinvolte nel processo infiammatorio. Queste cellule chiamate microglia aumentano di numero e di grandezza durante l'attività infiammatoria. Durante l'attività della neuroinfiammazione queste cellule del cervello producono numerose molecole che sono chiamate citochine, soprattutto le cosiddette interleuchine. Queste molecole sono delle proteine che sono state trovate essere molto numerose in una zona del cervello, la corteccia orbitofrontale, in persone che si sono suicidate. Non sono le uniche molecole coinvolte nel processo della neuroinfiammazione, ma queste sono state trovate in grande numero nel cervello di individui con depressione. Queste molecole sono state trovate in concentrazione molto elevate anche nel cervello di individui che si sono suicidati (Wohleb, 2016). Le persone sottoposte a un forte stress fisico o emotivo possono manifestare una forte attivazione del processo della neuroinfiammazione.

Essa incrementa il rischio di suicidio aumentando le reazioni negative allo stress, così come l'ideazione suicidaria e l'umore negativo. «La neuroinfiammazione attiva una serie di reazioni a cascata come risposta fisiologica ai processi che danneggiano le cellule, così come un trauma o una infezione. Nel cervello le cellule della microglia sono gli attori principali di questa risposta» della neuroinfiammazione (Herzog S et al., 2024). Le cellule della microglia hanno un ruolo fondamentale nella difesa delle cellule del cervello. Si muovono in continuazione all'interno del cervello per cercare, per analizzare ed eventualmente per distruggere corpi estranei presenti nel cervello. Esse hanno un ruolo importante di spazzino delle cellule nervose danneggiate (Woodburn et al., 2021). Le microglia svolgono, inoltre, un ruolo nei cambiamenti dei collegamenti delle cellule nervose associati allo stress cronico. Lo stress gioca un ruolo fondamentale nell'attivazione di queste cellule nel cervello. In seguito alla loro attivazione nel processo della neuroinfiammazione le cellule microgliali iniziano a sparare le citochine. Queste piccole molecole sono veri e propri segnali di comunicazione che fanno da collegamento tra le diverse cellule coinvolte nella neuroinfiammazione. Lanciano l'allarme e facilitano la comunicazione e l'attivazione delle cellule della microglia, invitandole alla rapida azione di difesa. Il gruppo di ricerca della professoressa Herzog ha cercato di andare oltre. I ricercatori si sono posti la domanda se fosse possibile individuare delle molecole specifiche coinvolte nel processo di attivazione della microglia e nella produzione delle citochine. Semmai si riuscisse a trovare queste molecole coinvolte nella neuroinfiammazione si potrebbe avere la possibilità di prevedere la depressione e il suicidio? Il compito è arduo e ricco di insidie. Non scoraggiati dalle numerose difficoltà tecniche ed etiche, il gruppo di ricerca si è buttato a capofitto allo studio di queste molecole. L'atten-



zione è caduta su una molecola, una proteina chiamata proteina translocatrice 18k DA (o semplicemente TSPO). Le cellule dell'organismo, così come le cellule del cervello, sono ricoperte da una membrana costituita per la maggior parte da cellule lipidiche, i cosiddetti fosfolipidi. Per collegare l'esterno all'interno della cellula nelle membrane cellulari sono presenti delle proteine che hanno ruoli diversi. All'interno delle cellule esistono piccoli organelli, i mitocondri, che sono fondamentali per la respirazione e per l'energia delle cellule. Anche essi sono ricoperti da una membrana.

La TSPO è proprio una proteina situata nella membrana dei mitocondri delle cellule della microglia che si attiva durante il processo della neuroinfiammazione. L'aumento di queste molecole si osserva soprattutto nella corteccia cortico-frontale del cervello nelle persone con depressione e in quelle che muoiono per suicidio (De Picker et al., 2023). Attraverso l'utilizzo di immagini del cervello ottenute con la PET, Herzog e i suoi collaboratori hanno trovato risultati importanti per la prevenzione del suicidio e della

depressione. Hanno, infatti, trovato elevati livelli di questa proteina nelle persone che avevano pensieri suicidari e un umore negativo. Ma ancora più interessante è che l'associazione con l'ideazione suicidaria in risposta a eventi stressanti era indipendente dai sintomi dell'umore. Quindi è possibile che sia una molecola che possa far prevedere il comportamento suicidario? Ovviamente non è possibile ancora rispondere a questa domanda. Prevedere un comportamento suicidario è ancora impossibile. I ricercatori sono alla ricerca spasmodica di indicatori biologici che possano far prevedere il suicidio. La neuroinfiammazione con i suoi molteplici meccanismi, cellule e molecole è attualmente un punto di riferimento in questo settore. La proteina TSPO può essere considerata una prima prova di una associazione con la ideazione suicidaria. La strada è ancora lunga, ricca di insidie e di luoghi misteriosi. Ma si è iniziato a percorrerla. In un futuro più o meno lontano saremo pronti a individuare precocemente le persone che vorrebbero mettere fine alla propria esistenza? È la speranza per sconfiggere una tragedia che

attanaglia gli individui, le famiglie, gli amici, la società e i professionisti della salute mentale.

Bibliografia

1. De Picker LJ, Morrens M, Branchi I, et al. TSPO PET brain inflammation imaging: A transdiagnostic systematic review and meta-analysis of 156 case-control studies. *Brain Behav Immun.* 2023;113:415-431.
2. Herzog S, Bartlett EA, Zanderigo F, Galfalvy HC, Burke A, Mintz A et al. Neuroinflammation, Stress-Related Suicidal Ideation, and Negative Mood in Depression. *JAMA Psychiatry.* 2024; 6:e243543.
3. Wohleb ES. Neuron-Microglia Interactions in Mental Health Disorders: "For Better, and For Worse". *Front Immunol.* 2016;7:544.
4. Woodburn SC, Bollinger JL, Wohleb ES. The semantics of microglia activation: neuroinflammation, homeostasis, and stress. *J Neuroinflammation.* 2021;18(1):258.

Foto: Envato Elements.



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Inquietudine giovanile e disturbi dell'umore

/ Enza Maierà /

Il tema del cenacolo culturale, a Villapiana, 13.10.2024, ha affrontato le problematiche dell'inquietudine giovanile e dei disturbi dell'umore. Diventati un'emergenza sanitaria e sociale successiva all'emergenza del Covid. Ma i cui segnali preesistevano alla pandemia.

L'inquietudine giovanile e i disturbi dell'umore sono da ritenersi un'emergenza per la loro gravità e per la loro complessità. In quanto tale, devono allertare tutti, dalle famiglie alla scuola a tutte le organizzazioni istituzionali pubbliche e private. Anche quelle istituzioni che hanno come obiettivi l'insegnamento della tecnica perché essa non prescinde dalla formazione. La tecnica presuppone conoscenze ma anche disciplina, regole ed empatia. Sono tutti elementi che sono alla base di una sana relazione e di un'efficace comunicazione. In questo ambito rientrano le scuole sportive, scuole di danza, scuole di musica, scuole artistiche, estetiche ecc. Sono tutte scuole formative e palestre di vita, così come nel mondo del lavoro. In esso l'uomo ha la sua centralità con il suo sapere che è al contempo conoscenza pratica e relazionale. La prima scuola formativa è la famiglia a cui segue la scuola. Entrambe le istituzioni devono avere tra gli altri obiettivi quello basato sul loro confronto e sul dialogo. Lo scontro tra esse, viceversa, genera nei giovani confusione, disorientamento e perdita dei loro modelli di riferimento. Sull'apprendimento di quei modelli negativi gestiranno poi le loro conflittualità. L'obiettivo che dobbiamo

auspicare è che venga privilegiata la formazione dei giovani a partire dall'infanzia. Ciò comporta che, da adulti, essi devono avere imparato a trovare in sé la forza per non soccombere alle esperienze negative della vita. La resilienza è la forza di non crollare e se si cade si deve imparare a ritrovare la forza psichica per rialzarsi. Essa è la forza che viene dalla motivazione, dal piacere e dal desiderio di andare comunque avanti e dare un senso ed uno scopo alla vita. La motivazione è generata dalle sane relazioni e dai validi esempi che il giovane ha avuto. Dall'apertura alla vita. Esempi di cui i genitori prima e gli insegnanti dopo devono essere stati i principali modelli. Sono esempi che egli cercherà sempre e che saprà riconoscere in altre persone e in contesti diversi. I giovani hanno bisogno di esempi da emulare, li cercano loro stessi con il non detto, coi loro comportamenti spesso mal compresi dagli adulti. Se la vita dei ragazzi è carente di modelli da emulare il giovane li cerca altrove e li trova nella droga, nell'alcol, nel mondo virtuale o nel rifiuto della vita stessa. I disturbi comportamentali dei ragazzi, dai disagi ai disturbi psicologici e psichiatrici, vanno visti in modo

correlato, integrato con i fattori familiari sociali ed ambientali. Il venir meno del supporto di questi fattori, favorisce l'insorgenza di patologie come i disturbi della sfera ansiosa e soprattutto depressiva. I sintomi costituiscono il linguaggio più diretto e manifesto con cui i giovani chiedono aiuto. Sono lo specchio di un'inquietudine giovanile che gli adulti, prima, non hanno colto nella loro essenzialità. In un'epoca di grandi trasformazioni sociali, culturali e tecnologiche come la nostra, questi messaggi vengono spesso rimossi o banalizzati dagli adulti. I giovani diventano pertanto le vittime di questa società immersa nel suo individualismo, competitiva e volta alla cura del denaro e dell'immagine. È una cultura tesa a negare il dolore e la malattia perché si pone in antitesi con l'ideale ambito di immortalità e perfezione. In tale contesto culturale, i giovani spesso rimangono soli nella loro sofferenza. Le loro grida di dolore, quando diventano disperazione, purtroppo, esitano in comportamenti che degenerano in reati. Reati che l'organismo giudiziario, che è un'istituzione di protezione sociale, punisce con provvedimenti di detenzione carceraria o disponendo misure di riabilitazione. Queste le conseguenze, necessarie ma prevenibili. Bisognava ascoltare prima quella disperazione, quel grido di aiuto che i giovani lamentavano. Perché la disperazione nei giovani ha altre modalità espressive. Si rende palese con un altro linguaggio comunicativo che si basa soprattutto sul comportamento e che gli adulti devono saper cogliere ed interpretare. Le nuove melanconie (Recalcati, 2019). Così lo psicanalista Massimo Recalcati definisce le nuove forme depressive. A voler dire che nel nostro tempo soprattutto le nuove generazioni hanno la tendenza a rifugiarsi dalla vita. Ad isolarsi in un mondo in cui si sentono al sicuro. Ciò che in psichiatria è definito come un comportamento di fobia sociale. L'essere a contatto con gli altri, vivere appieno la vita con gli altri, viene da essi vissuto come

una perturbazione insopportabile (ibidem). I ragazzi con inquietudine giovanile percepiscono il mondo ostile nei loro confronti perché non ci si sente compresi e accolti. Se la vita non ha un futuro, ed è un quotidiano tentare di affermare sé stesso in una lotta dichiarata o malcelata contro tutto e tutti. Se le famiglie e il mondo adulto sono affettivamente assenti. A quel ripetuto "se" il giovane decide ed attua il suo distacco, la sua sconnessione, trasforma la sua casa in una sorta di rifugio protetto. La sua protezione è lo smartphone o il computer, il nuovo mondo sono i social. D'altra parte, molti giovani di oggi non hanno scopi perché il futuro è incerto e quindi non hanno desideri e non hanno piaceri. Tutto questo li rende abulici e demotivati. Solo le attività a rischio risultano degne d'attenzione perché li fanno sentire vivi, importanti. In altri casi essi ricorrono all'autolesionismo tramite il quale cercano il dolore fisico per tirare fuori il dolore interiore. Un tragico far da sé in assenza di altre soluzioni. I ragazzi con inquietudine giovanile vivono quindi in una sorta di deserto emozionale, con scarse forme di comunicazione interpersonale che a volte si traducono in manifestazioni di aggressività o forme di violenza. L'aspetto più drammatico è che i ragazzi con inquietudine giovanile non sanno distinguere ciò che è grave da ciò che non lo è. Nessuno glielo ha insegnato sin da piccoli. È un problema che viene spesso da lontano. Il giovane quello disagiato di oggi è come se vivesse in una sorta di deserto etico, deresponsabilizzato e disinserito dalla società. E allora gli adulti hanno il dovere di chiedersi dove sbagliano e in cosa devono radicalmente cambiare. Una soluzione sta nel guardare sempre finalmente in faccia i ragazzi. Penetrare il loro sguardo per arrivare a cogliere i loro pensieri e le loro emozioni e prestare ascolto, molto ascolto. Basterebbe sostituire spesso la domanda «cosa ti sta succedendo?» con «sei felice?». La propensione all'aggressività, l'inquietudine giovanile, l'inca-



pacità di gestire i propri impulsi, l'incapacità a stabilire relazioni affettive, sono presenti in molti adolescenti che vivono il disagio. Queste problematiche possono sfociare in gravi forme psicopatologiche, dai disturbi d'ansia alle più gravi forme depressive. D'altro canto, il tessuto socio-relazionale ed affettivo, in cui stanno crescendo i nostri giovani, può favorire l'emergere di forme di psicopatologia anche genetiche, o temperamentali, o familiari. Tali psicopatologie potrebbero non manifestarsi se non ci fossero fattori di rischio sociali e ambientali. Da quanto detto, emerge la necessità di un forte impegno preventivo nei confronti delle famiglie e del contesto micro e macro-sociale. L'obiettivo è di scongiurare il formarsi di un humus favorevole all'insorgere di queste forme di disagio giovanile. Esso è sempre più responsabile di disturbi mentali di cui l'ansia e i disturbi dello spettro depressivo sono le evidenze più frequenti. Con tali prospettive si rende necessaria un'opera di informazione, attraverso interventi di vario tipo mirati alla conoscenza della depressione, dell'importanza della prevenzione e

della cura. La conoscenza dei disturbi depressivi deve facilitare il ricorso alla richiesta di aiuto e di cure. In tale ottica va pertanto superato lo stigma che penalizza la dignità del sofferente e ne compromette la guarigione. È importante rivolgersi a persone in grado di ascoltare o confidare in diagnosi accurate e/o alla psicofarmacologia fornite da persone competenti quali gli psichiatri/e. Tali percorsi caratterizzano la cura della depressione. Con questi obiettivi lavora da vent'anni l'Eda Italia onlus che attraverso molteplici modalità divulgative e informative trasmette l'importante concetto che «dalla depressione, si può e si deve guarire». Gli eventi cadenzati in tutte le regioni italiane nel mese di ottobre, riconosciuto come il mese del depression day, si arricchiscono di altro materiale divulgativo. Depressione Stop (www.deprestop.it) è una rivista online, scaricabile anche in pdf. Essa è pubblicata dall'associazione l'Eda Italia onlus, a cura di redattori esperti in salute mentale e disturbi dello spettro depressivo. In essa troverete informazioni aggiornate sulla depressione e i disturbi dell'umore.

Bibliografia

1. Massimo Recalcati, *Le nuove Melanconie. Destini del desiderio nel tempo ipermoderno*, 2019, Raffaello Cortina Editore.

Foto: Envato Elements



Enza Maierà

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Fondazione EBRIS: progetto OPADE e Depressione Maggiore

/ Walter Di Munzio /

La Fondazione EBRIS di Salerno ha presentato i dati di uno studio, denominato OPADE, sul trattamento della depressione maggiore curato dal prof. Alessio Fasano, del Massachusetts General Hospital della Harvard University.

La Fondazione EBRIS (**European Biomedical Research Institute of Salerno**) è nata dalla collaborazione iniziata nel 2012 tra una prestigiosa istituzione pubblico-privata, la Fondazione Scuola Medica Salernitana (SMS) e il Massachusetts General Hospital (MGS) di Harvard. Si è trattato di voler dar seguito alla decisione dell'Università di Salerno di far rientrare il prof. Alessio Fasano, uno dei più brillanti ricercatori in campo medico. Il fine era quello di far continuare la sua ricerca presso la Fondazione che già lavorava nello stesso campo con il progetto OPADE. Fasano, di origini salernitane, ha iniziato il suo lavoro ad Harvard, dove dirigeva il reparto di Pediatria, Gastroenterologia e Nutrizione. Da ricercatore ad Harvard aveva già individuato la Zonulina e il ruolo svolto da questa proteina sulla permeabilità intestinale (Fasano, 2001; 2015). OPADE è un progetto europeo rivoluzionario, sviluppato nell'ambito della ricerca condotta da EBRIS sul microbioma (l'insieme del patrimonio genetico e delle interazioni ambientali). Lo studio OPADE ha il compito della progettazione di nuove molecole per la messa a punto di nuove e innovative terapie mirate. Si tratta di affron-

dire il funzionamento dell'immunità in condizioni fisiologiche e patologiche. Di utilizzare strumenti di analisi dei dati con approccio di Big Data Analytics, Machine Learning e Deep Learning. EBRIS si occuperà anche di Biobanca e della raccolta e conservazione di materiali biologici e dei dati clinici correlati. Il Progetto OPADE si pone l'obiettivo di studiare nuovi percorsi per combattere patologie psichiatriche gravi, come la Depressione Maggiore, utilizzando l'intelligenza artificiale. Il coordinatore scientifico è lo psichiatra Giulio Corrivetti (direttore del DSM e vicepresidente della Fondazione). La Fondazione EBRIS sta sviluppando il progetto per approfondire la ricerca multidisciplinare coinvolgendo ricercatori di alto spessore. Essi dovranno cooperare per comprendere le basi molecolari di alcune malattie e tradurre le scoperte di laboratorio in percorsi di cura, terapie e protocolli di somministrazione farmacologica, capaci di migliorare la qualità di vita dei pazienti. Il Progetto OPADE ha recentemente pubblicato il suo primo report annuale. Lo ha presentato nell'ambito di un congresso internazionale che ha coinvolto studiosi internazionali oltre



ai partner del progetto stesso (Atti del convegno, 2024). La Zonulina è una proteina che stabilisce l'indice di permeabilità dell'intestino, ossia controlla la dimensione degli spazi tra le cellule. In caso di valori alti lo studio ha dimostrato che si possono manifestare disturbi che influenzano la comparsa di segni precursori di Depressione Maggiore. Ciò a causa di una minore efficacia nella regolazione della barriera intestinale con conseguente passaggio di sostanze nocive nel sangue per iperperme-

abilità intestinale. O per la compresenza di sindrome da intestino irritabile, gocciolante e di difficoltà nella digestione del glutine, di intolleranze alimentari o di infiammazioni croniche. Il progetto OPADE si propone di ottimizzare l'efficacia degli antidepressivi, avvalendosi sia dell'analisi multi-omica che di strumenti predittivi basati sulla Intelligenza Artificiale (AI). Sono circa 280 milioni le persone nel mondo che soffrono di un Disturbo Depressivo Maggiore (MDD), ma di que-

sti solo tra il 6 e il 7% traggono un beneficio apprezzabile dagli attuali trattamenti con remissione totale (Atti del convegno, 2024). OPADE si propone di identificare biomarcatori, molecolari e non molecolari, con studi clinici condotti su adulti e bambini. L'obiettivo è predire l'efficacia dei trattamenti e sviluppare nuove cure personalizzate contro la depressione. Lo studio ha già coinvolto 350 pazienti tra i 14 e i 50 anni in 6 Paesi per 24 mesi. Il Meeting Annuale ha permesso di condividere

i primi risultati della ricerca, discutere le sfide future e gettare le basi per nuove collaborazioni. I partecipanti hanno evidenziato l'importanza del progetto OPADE e il suo straordinario potenziale nel trattamento della depressione, migliorando significativamente la qualità della vita dei pazienti coinvolti (Atti del convegno, 2024).

«La Commissione europea ha chiesto specifiche iniziative sulla materia, - ha affermato il professore Fasano - perché è noto che nonostante

il gran numero di farmaci antidepressivi, la loro efficacia è bassissima. Solo tra il 6 e il 7 per cento dei pazienti risolvono il loro problema utilizzando questi farmaci e spesso i sintomi aumentano nel tempo, in tutte le fasce d'età, inclusa quella pediatrica. Gli adolescenti, durante il COVID-19, hanno subito un grave danno che si è tradotto in malattie depressive. L'obiettivo di questo progetto è ottimizzare l'efficacia dei farmaci personalizzando l'intervento. I nostri studi dimostrano l'efficacia di un trattamento personalizzato, purché si parta dalla genetica del soggetto, dai suoi standard di vita e si tenga nel dovuto conto i fattori ambientali» (Atti del convegno, 2024). «Il progetto OPADE è uno dei progetti internazionali in cui la Fondazione EBRIS è stata scelta come coordinatrice - ha dichiarato il dr. Giulio Corrivetti responsabile scientifico del Progetto OPADE - nonostante vi siano state più generazioni di farmaci contro la depressione, abbiamo ancora troppi limiti. Con l'intelligenza artificiale e i biomarcatori, stiamo cercando di rendere più efficace il trattamento per ogni singolo paziente. Questo primo Meeting è un passo cruciale per completare l'arruolamento dei pazienti e sviluppare marcatori sensibili per obiettivi terapeutici strategici». Il confronto che si è sviluppato ha segnato un passo importante nel percorso per migliorare le conoscenze per il trattamento della depressione e la competenza farmacologica degli operatori coinvolti. Un'altra funzione chiave dell'intestino è la sua capacità di lavorare come una barriera. È in grado di

regolare il passaggio di macromolecole tra il lume intestinale e la circolazione sanguigna. La parete intestinale è costituita da enterociti capaci di formare una vera e propria barriera protettiva. È questa barriera che impedisce a microrganismi, tossine ed a microscopici residui di alimenti non digeriti di entrare nel circolo sanguigno. Ma si può deteriorare a causa di uno stress fisico prolungato, di una cattiva alimentazione, di un utilizzo improprio di farmaci o di altri fattori ambientali. In questi casi le sue funzioni risultano fortemente alterate. Comportano una iperreattività del sistema immunitario e l'insorgenza di un processo infiammatorio. La Zonulina agisce sulle giunzioni degli enterociti e regola la permeabilità intestinale. Alti livelli di questa proteina sono la causa prima di deterioramento della mucosa intestinale. Questa non svolge solo una funzione protettiva. Il suo malfunzionamento causa una serie di condizioni di infiammazioni croniche, infiammazioni che costituiscono la causa prima di autoimmunità, di malattie metaboliche, di malattie neurodegenerative e la Depressione Maggiore. Possono favorire persino l'insorgenza di un cancro. La Zonulina è una proteina endogena prodotta dalla mucosa intestinale danneggiata, che modula le giunzioni tra gli enterociti, ossia tra le cellule che costituiscono la parete intestinale. La Zonulina si configura, pertanto, come un potente regolatore della permeabilità intestinale e può ripristinare un solido legame fra queste cellule. In un articolo pubblicato sugli Annales of New York Academy of Sciences, il prof. Fasano e i colleghi dell'Uni-

versità di Baltimora, nel Maryland, forniscono la prova di questo collegamento tra permeabilità intestinale e sviluppo di una malattia infiammatoria. I sintomi generati da questo tipo di alterata permeabilità intestinale sono vari e si possono sintetizzare in mal di testa, difficoltà di concentrazione, dolori articolari, dolori addominali, mancanza di energia, allergie e intolleranze alimentari. È necessaria poi far seguire un'attenta valutazione clinica e una serie di esami mirati. Il prof. Fasano ha elencato i principali esami per evidenziare lo stato di alterata funzionalità intestinale. Tra questi: 1) La Zonulina fecale: mediante numerosi studi sono state messe a punto una serie di analisi da effettuare sulle feci. Esse sono in grado di individuare l'esistenza di patologie intestinali e lo stato del tubo digerente. 2) Test sulle intolleranze alimentari: se dipendente da stile di vita o da fattori dietetici. Costituisce una opzione di trattamento sempre più importante. Esso ha evidenziato come, in seguito a una terapia nutrizionale basata su principi di moderazione e di esclusione di alimenti non tollerati, si è rilevato un notevole miglioramento del quadro sintomatologico. Quindi, della qualità di vita dei pazienti con alterata permeabilità intestinale. La ricerca del prof. Fasano ci indica una strada assolutamente nuova da percorrere nella ricerca di cure più efficaci contro la Depressione Maggiore. Soprattutto dimostrando che la loro genesi è correlata non solo a stili di vita, ma anche a carenze proteiche, quali la carenza qui dimostrata di una proteina endogena.



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

mic (CDGEMM) Study Design: Approach to the Future of Personalized Prevention of Celiac Disease, vol. 11, Nutrients, novembre 2015, pp. 9325-9336, PMID 2656929

3. 2024. Atti del Convegno "1st Annual Meeting Progetto Opade", (19-20 giugno 2024), Fondazione Ebris, Salerno.

Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Fasano A (2001): Zonula Occludens Toxin Structure-Function Analysis, identification of the fragment biologically active on tight junctions and of the zonulin receptor binding domain, The Journal of Biological Chemistry, febbraio 2001, pp. 19160-19165, PMID 11278543.

2. Fasano A (2015): Celiac Disease Genomic, Environmental, Microbiome, and Metabolo-

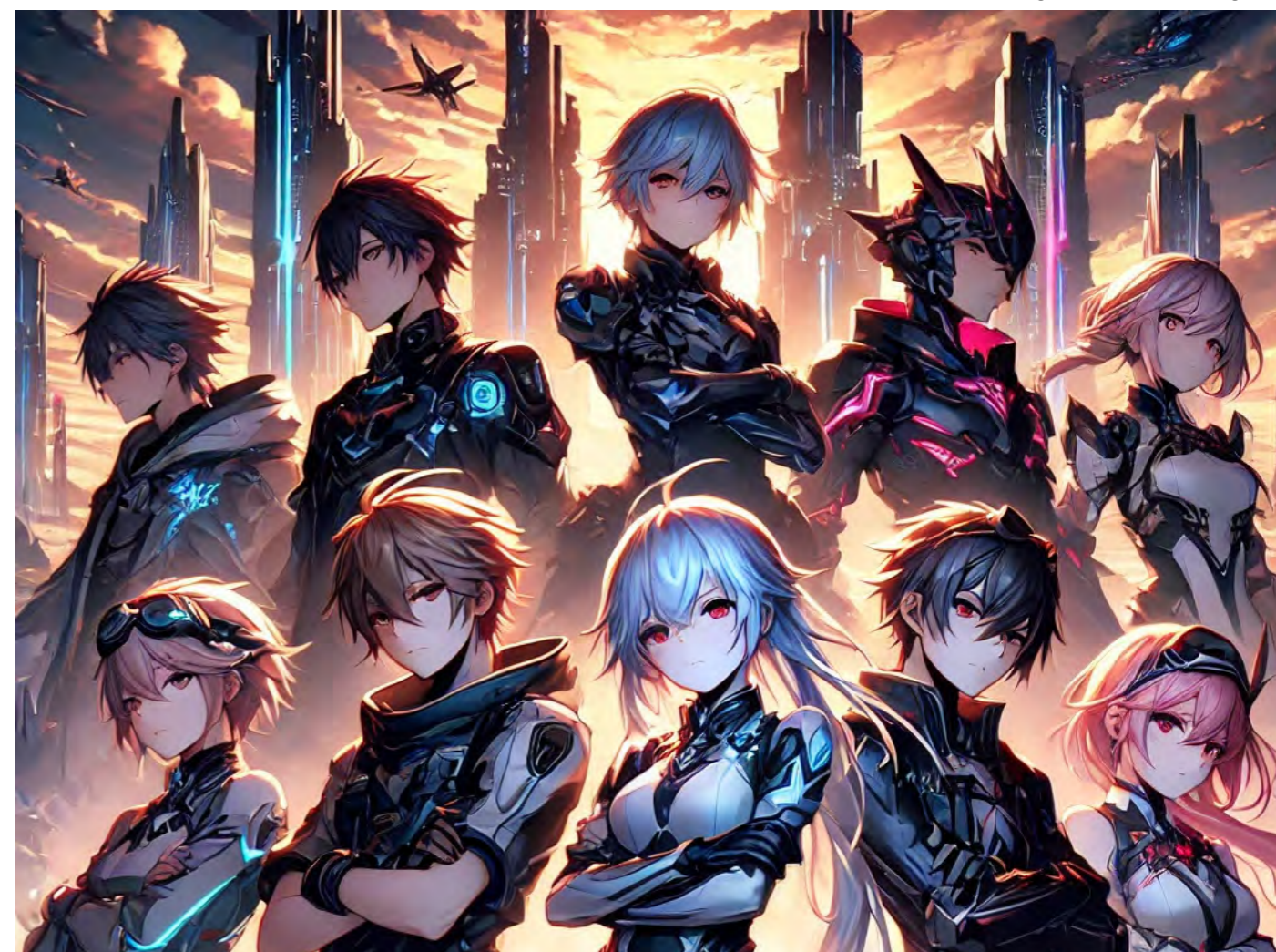
Manga e anime: l'inquietudine giovanile tra narrazione e realtà

/ Antonella Vacca /

Negli ultimi anni, manga e anime giapponesi hanno assunto un ruolo centrale nell'immaginario giovanile. Attraverso storie visivamente intense ed emotive, affrontano temi complessi come la perdita, il sacrificio, l'autolesionismo e il suicidio. Questo linguaggio visivo rappresenta una via potente per esplorare l'inquietudine dell'animo giovanile.

Il manga (letteralmente immagini divertenti o disegni stravaganti) e gli anime (animazioni) hanno iniziato a diffondersi dopo la Seconda Guerra Mondiale. Osamu Tezuka (1928-1989), considerato il padre del manga moderno, ha plasmato il genere creando opere che rispecchiavano le profonde ferite psicologiche lasciate dalla bomba atomica e dalla devastazione del conflitto. La cultura visiva giapponese ha così dato vita a un immaginario unico, dove mostri e paure profonde convivono con eroi che si sacrificano per il bene comune, combattendo avversità come alieni o nemici sovranaturali.

Negli anni '80, emerge il fenomeno degli otaku, giovani appassionati di manga e anime che dedicano intere giornate a questa cultura, talvolta isolandosi dalla realtà sociale. Il termine otaku significa la "propria casa" e descrive ragazzi spesso introversi e riluttanti verso la socialità, che trovano nei manga un rifugio. Questo movimento ha anticipato il fenomeno degli Hikikomori, gio-





vani che si ritirano completamente dalla vita sociale (Righi, 2021). La gioventù giapponese è sottoposta a una pressione sociale e scolastica costante. Fin da piccoli, i ragazzi vivono in un ambiente estremamente competitivo, dove il rendimento scolastico determina il valore personale. Chi non riesce a tenere il passo con gli standard richiesti viene spesso emarginato o diventa vittima di bullismo. Questo crea insicurezza e isolamento, soprattutto nei più sensibili e fragili. Inoltre, la cultura giapponese, storicamente riservata, non incoraggia l'espressione dei sentimenti, aggravando il

senso di solitudine. In questo contesto, manga e anime diventano per molti giovani un'evasione, un luogo immaginario dove eroi e protagonisti affrontano paure e incertezze che riflettono i loro vissuti personali. Manga e anime non sono solo intrattenimento: rappresentano una lente narrativa per esplorare emozioni profonde e temi esistenziali. Opere come *Death Note* (Takeshi Obata, 2003), *Neon Genesis Evangelion* (Hideaki Anno, 1995) o *Attack on Titan* (Hajime Isayama, 2009-2021) affrontano dilemmi morali e conflitti interiori. Esse offrono ai giovani un senso di comprensione e connes-

sione emotiva. Tuttavia, queste storie presentano anche un lato oscuro. Alcuni temi, come l'autolesionismo o il suicidio, rischiano di essere normalizzati o idealizzati, soprattutto per i ragazzi già vulnerabili. Nei manga e negli anime, inoltre, la morte è spesso rappresentata in modo poetico o eroico, diventando un simbolo di sacrificio o di trasformazione (Takahashi, 2022). Uno studio recente condotto in Giappone (Kato & Suzuki, 2023) ha evidenziato che i giovani appassionati di storie legate alla morte o al suicidio mostrano una maggiore predisposizione a pensieri autolesionistici. Sebbene non ci sia

una relazione diretta tra queste opere e comportamenti dannosi, esiste una correlazione che non va ignorata. Secondo gli autori dello studio, molti giovani attratti da questi temi sono già vulnerabili. Le storie che leggono o guardano possono amplificare sentimenti di alienazione, disperazione o inadeguatezza. Tuttavia, gli stessi ricercatori sottolineano che non è il mezzo espressivo in sé a essere dannoso, ma piuttosto il modo in cui viene interpretato e vissuto. Per un adolescente occidentale, infatti, questa prospettiva potrebbe risultare estranea o difficile da elaborare, soprattutto se si tro-

va in una fase di fragilità emotiva. L'identificazione con personaggi che affrontano la morte come una via di fuga dal dolore potrebbe alimentare pensieri disfunzionali, soprattutto in assenza di un supporto emotivo adeguato. Probabilmente in risposta allo studio presentato e per evitare il rischio di fraintendimenti, sono stati creati manga che scelgono di affrontare il disagio psicologico con messaggi positivi e costruttivi. Un esempio recente è il manga *Shirink-VR* di Cleen (2023), in cui il protagonista è uno psichiatra, Konosuke Yowai. Attraverso il suo lavoro, affronta i problemi della salute mentale in Giappone, paese con uno dei tassi di suicidio più alti tra le nazioni sviluppate. Nell'affrontare il suo lavoro, egli utilizza anche la realtà virtuale. Ogni capitolo affronta un disturbo psichico diverso, con l'obiettivo di aiutare, soprattutto i giovani, a riconoscere e curare le proprie sofferenze. Questo manga rompe con il modello dell'eroe tradizionale, proponendo una figura empatica e scientifica che affronta il dolore attraverso la comprensione e la cura. La serie è ancora in corso. L'ultimo capitolo pubblicato risale ad agosto 2024. L'opera rappresenta un modello di come i manga possano diventare strumenti educativi e di sensibilizzazione. Oggi possono aiutare i giovani a normalizzare la richiesta di aiuto e a far loro comprendere che il disagio psichico non è una debolezza. Esso è una condizione di sofferenza da affrontare con il giusto supporto. Il fenomeno dei manga e degli anime non va dunque demonizzato, ma conosciuto meglio e gestito con consapevolezza. Ecco alcune strategie utili: 1. Promuovere il dialogo aperto: creare spazi in cui i giovani possano esprimere le proprie emozioni e discutere delle opere che amano. 2. Educazione mediale: insegnare a interpretare i messaggi e a sviluppare un pensiero critico per evitare l'idealizzazione del dolore. 3. Supporto psicologico: offrire ascolto e aiuto a chi manifesta disagio emotivo, senza giudizi.

4. Incoraggiare alternative creative: attività artistiche e sportive possono aiutare a canalizzare le emozioni in modo positivo.

Manga e anime possono essere strumenti preziosi per esplorare emozioni e costruire una connessione culturale con il mondo giovanile.

Tuttavia, è necessario che genitori, educatori e professionisti supportino i giovani, aiutandoli a trasformare queste passioni in opportunità di crescita piuttosto che in trappole emotive. Il dialogo e l'ascolto rimangono essenziali: ogni giovane merita di sentirsi compreso, libero di esprimere il proprio mondo interiore senza paura di giudizi o solitudine. I manga e le anime, oltre a esprimere l'inquietudine e la sofferenza, possono offrire spunti di aiuto più vicini al linguaggio dei giovani. Modelli positivi come il protagonista di *Shirink-VR* dimostrano che il dolore se ben riconosciuto, può essere affrontato e superato, trasformandosi in un'occasione di crescita e rinascita.

Bibliografia

1. Kato, T., & Suzuki, T. (2023). Manga, Anime and Adolescent Mental Health: A Cross-Cultural Perspective. *Journal of Youth Studies*.
2. Takahashi, M. (2022). *Death in Japanese Popular Culture: Philosophical Reflections in Manga and Anime*. Tokyo University Press.
3. World Health Organization (WHO). (2023). *Preventing Suicide: A Global Imperative*.
4. Righi C. Manga e rivoluzione culturale, 2021 <https://decodethe.art/manga-e-rivoluzione-culturale/>
5. Shirnk: Psychiatrist Yowai da MangaNato: <https://manganato.com>

Foto di Luigi Starace, 2024



Antonella Vacca

*Psicologa Clinica Psicoterapeuta
Redattrice*

Normalità e patologia

/ Francesco Franza /

Che cos'è la normalità? È possibile definirla? La storia di uno psichiatra figlio di una persona affetta da disturbo bipolare potrà aiutarci?

Naeem Dalal è un giovane psichiatra dello Zambia. Le sue origini familiari vengono da lontano, dall'India. Si è nutrito di questa cultura, seppur si senta profondamente zambiano. Avendo vissuto per un lungo periodo in Australia ne ha saputo apprezzare la disponibilità multiculturale. Dalal racconta la sua storia ed il concetto di normalità in psichiatria nella sezione Insight/Profile del numero di settembre 2024 della rivista scientifica *Lancet Psychiatry* (Burki T., 2024). Il disturbo bipolare è per sua natura una malattia complessa e ricca di sfaccettature. Sebbene nelle fasi depressive e maniacali (euforia) possono manifestarsi gravi sintomi, la componente cognitiva rimane sufficientemente conservata. Tale caratteristica consente alle persone affette da questo disturbo di avere una adeguata normalità di vita nelle fasi di stabilità del tono dell'umore (Little, et al. 2024). Questo capì Dalal quando scoprì la malattia del padre. «Come è possibile che lo abbia mai saputo?», chiese Dalal. Il padre rispose: «Lo sai. Sei cresciuto con me». Dalal iniziò a ricordare la propria infanzia, la propria adolescenza. Ricordò i momenti difficili in cui doveva fare da badante a suo padre, le tensioni, le passioni, le delusioni ma anche momenti felici, di allegria, a pensarci bene anche di euforia. Ricordò della madre, sempre alla ricerca di nascondere, di evitare, di coprire e di proteggere. Solo allora capì perché. Lo capì quando tutto ciò ebbe un nome: disturbo bipola-

re. Fu assalito dal pensiero: «Quella era la mia normalità». Naeem Dalal è ora uno psichiatra che lavora presso lo Zambia National Public Health Institute di Lusaka, capitale dello Zambia. Lavora nello stesso ospedale dove il padre è stato curato per più di venti anni. Attualmente lo Zambia è una nazione in profonda crisi economica. La grave siccità ha distrutto raccolti e allevamenti. Il potere economico dei suoi abitanti è crollato. Il disagio individuale e sociale è aumentato. Dalal ritiene che se si facessero test per valutare la depressione e l'ansia in questa popolazione i punteggi ottenuti sarebbero altissimi. Ma la stragrande maggioranza di queste persone non ha un disturbo depressivo, un disturbo bipolare o un disturbo d'ansia. Semplicemente sta reagendo in maniera appropriata a una situazione estremamente difficile. La popolazione sta costruendo un adattamento a questa nuova situazione. Si sta costruendo la attuale normalità di questo momento storico. Uno dei principali obiettivi del lavoro di Dalal è quello di educare i giovani a capire i primi segnali dello sviluppo di disturbi psichiatrici. Li aiuta a differenziare i sintomi dalla normalità. La sintesi del suo pensiero può essere racchiusa in questa affermazione: «Dobbiamo normalizzare i concetti di salute mentale e benessere, e non necessariamente arrivare a diagnosticare una malattia». È compito delle persone che lavorano nel campo della salute mentale cercare di far crescere questo pen-

siero. Bisogna insegnare la normalità ai ragazzi», ribadisce Dalal. In molte culture ai ragazzi è insegnato di nascondere le proprie emozioni. «Piangere, lagnarsi, lamentarsi è da femminucce». Ai ragazzi non è consentito, alle ragazze sì. I ragazzi devono essere forti, decisi, determinati. Secondo Dalal possono sfogare le proprie emozioni attraverso l'uso di abitudini socialmente accettate, così come l'uso di alcool. «Se riuscissimo a far comprendere meglio queste idee alle persone di età compresa tra 15 e 24 anni, allora assisteremo a un cambiamento nella società. Le cose possono cambiare in meglio e sorprendentemente in fretta», conclude Dalal. Dalal è uno psichiatra zambiano, di origine indiana e di fede islamica in una nazione a prevalente culto cristiano. Non esiste una normalità se non nell'ambito della cultura, dei costumi, dei desideri e della storia di quell'individuo. E in questo ambito che deve muoversi l'operatore della salute mentale. I criteri che consentono di effettuare le diagnosi psichiatriche sono fondamentali per orientare gli interventi terapeutici. Ma perdono spesso la visione della individualità della sofferenza in quella persona. La sindrome depressiva, ad esempio, pur presentandosi verosimilmente con le stesse caratteristiche in tutto il mondo viene tuttavia vissuta e viene riferita in modo diverso a seconda delle culture. Spesso vengono riportati sintomi che non sono elencati nelle classificazioni diagnostiche principali o che sono relegati a ruoli secondari per la diagnosi delle malattie. Esistono sintomi che sono, invece, riferiti dalle persone in modo diverso a seconda delle diverse culture (Hazoz EE et al., 2017). Bisogna conoscere questi aspetti per non perdere l'enorme bagaglio di esperienze, di vissuti emotivi e di conoscenze portati dall'individuo all'operatore della salute mentale. Evitando di deragliare dalla normalità delle loro narrazioni. Per far fronte a queste crescenti evidenze si stanno sviluppando nuovi sistemi di valutazione dei disturbi psichiatrici.



Tra questi il più interessante sembra essere il cosiddetto sistema Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). Nato da uno sforzo di esperti di diverse discipline della salute mentale, si pone l'obiettivo di migliorare l'organizzazione, la descrizione e le misurazioni della psicopatologia (KotovR. et al. 2024). L'HiTOP parla di uno spettro, anzi di un superspettro lungo cui si dispongono le malattie, le sindromi e i sintomi. Tutto in relazione alla normalità. Ogni sintomo inizia a trovare la sua posizione. Esso non deve essere per forza inserito in una diagnosi psichiatrica. Inizia ad essere identificato come una possibile conseguenza di una situazione difficile, anche estremamente difficile. Questo ci ha descritto Dalal. Il racconto di Dalal è la narrazione di una persona che ha vissuto in prima persona la

difficoltà di differenziare il concetto di normalità da quello di patologia. Figlio di una persona affetta da disturbo bipolare ha riconosciuto la malattia solo dopo l'ammissione del padre. In più è uno psichiatra, un professionista della salute mentale che dovrebbe avere ben chiaro questo concetto.

Ma non è semplice.

La questione è complessa. Racchiude in sé tante sfaccettature, tante variabili.

Alla ricerca del concetto di normalità, di benessere e di malattia continua la sua opera di cura.

La sua storia, tuttavia, gli ha insegnato a guardare al di là della normalità, a ricordare le sue radici e la sua storia. Gli ha insegnato a incontrare la normalità, le radici e la storia dell'altro.

Bibliografia

1. Burki T. Naeem Dalal: valuing young peoples' mental health. *Lancet Psychiatry* 2024;11(9):682.
2. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med*. 2017;183:151-162.
3. Little B, Flowers C, Blamire A, et al. Multivariate brain-cognition associations in euthymic bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2024 Aug 13
4. Kotov R, Carpenter WT, Cicero DC, Correll CU, Martin EA, Young JW, Zald DH, Jonas KG. Psychosis superspectrum II: neurobiology, treatment, and implications. *Mol Psychiatry* 2024;29(5):1293-1309.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

La depressione dell'anziano tra vecchiaia e senescenza

/ Antonio La Daga /

Occuparsi in concreto della salvaguardia della salute dell'anziano è molto difficile, così come occuparsi della salute dei convalescenti [...] Questi due stati non sono perfetta salute, ma, in qualche modo, condizioni intermedie tra salute e malattia (Galeno, De sanitate tuenda 5, 4).

Spesso si associa la depressione nell'anziano esclusivamente al processo di invecchiamento. La depressione maggiore in età geriatrica è un disturbo dell'umore complesso, caratterizzato da una sintomatologia diversa e da più cause di malattia. La convinzione che la depressione sia una conseguenza inevitabile della senescenza è un pregiudizio che ostacola la diagnosi precoce e il trattamento adeguato. In Platone come in altri autori greci noi troviamo l'elogio della vecchiaia che conduce ad una migliore armonia. La prudenza, la riservatezza, la saggezza sono apprezzati come qualità essenziali dell'età avanzata. «Lodo quella vecchiaia che poggia sulle fondamenta della giovinezza» dice Cicerone. Un giudizio che è simile a quella di Aju-riaguerra (1954): «Si invecchia come si è vissuti». Più pessimisti sono Terenzio (4 A. C.): «Senectus ipsa morbus est (la vecchiaia è una malattia)» e Seneca «Senectus insanabilis morbus (la vecchiaia è una malattia insanabile)». Spesso l'anziano vive nel ricordo più che nella speranza. Infatti, la porzione di vita che gli resta è poca. Gli impeti del suo animo sono vivi, ma deboli. I loro desideri sono affievoliti e vivo-

no più secondo il calcolo che secondo il carattere. Il calcolo è infatti proprio dell'utile, il carattere invece della virtù. È una constatazione comune che l'avanzare dell'età può essere accompagnata più o meno stabilmente dalla depressione, da una flessione dell'autostima, da solitudine e abbandono. Una distinzione può farsi tra vecchiaia e senescenza ascrivendo a quest'ultima una valenza negativa del decadimento senile che avviene inizialmente, con un divorzio delle capacità del corpo da quelle della mente. La depressione nell'anziano è un disturbo complesso che richiede un approccio multidisciplinare, coinvolgendo neurologi, psichiatri, psicoterapeuti e figure socio-sanitarie di supporto. Questa condizione, spesso sottovalutata e misconosciuta, può avere un impatto significativo sulla qualità di vita degli anziani e dei loro familiari. Le cause della depressione nell'anziano sono molteplici e spesso interconnesse. Tra le principali troviamo: Cause biologiche: (Smeraldi & Colombo, 2004). 1. Cambiamenti ormonali legati all'invecchiamento. 2. Alterazioni dei neurotrasmettitori (serotonina, dopamina, noradrenalina) (Canonic

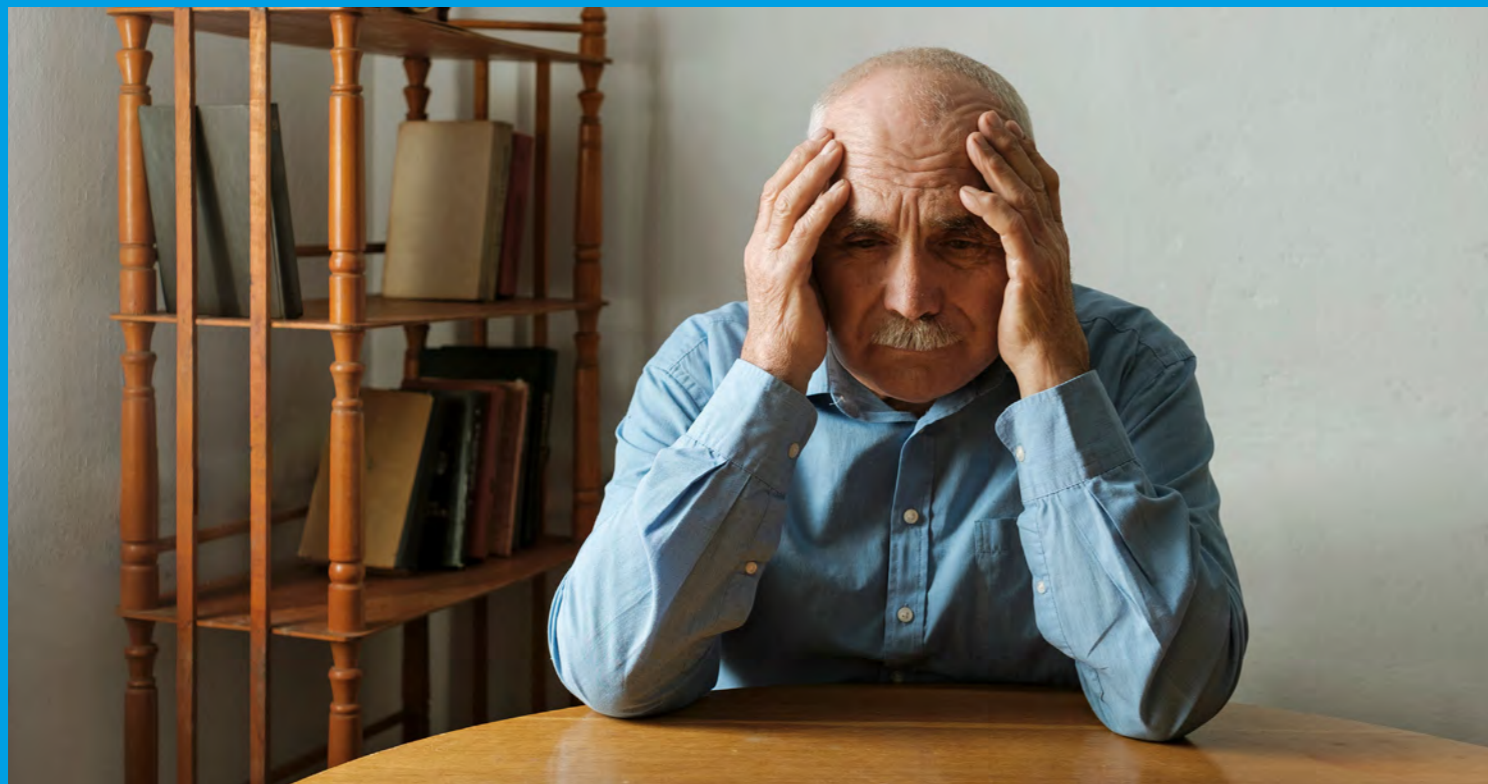
& Scapagnini, 1985). 3. Presenza di malattie croniche (diabete, malattie cardiache). 4. Uso di alcuni farmaci. Fattori psicologici: (Ploton, 2003). 1. Perdita di persone care. 2. Pensionamento e cambiamenti nello stile di vita. 3. Isolamento sociale. 4. Sentimenti di perdita di controllo e di utilità. Fattori sociali: problemi economici, mancanza di supporto sociale. La depressione nell'anziano può manifestarsi con sintomi diversi rispetto ai giovani adulti. Sintomi comuni sono: l'umore depresso, tristezza, apatia, perdita di interesse per le attività precedentemente piacevoli. Alterazioni del sonno: insonnia o sonnolenza. Cambiamenti nell'appetito: poca fame, perdita o aumento di peso. Fatica e stanchezza: mancanza di energia, difficoltà di concentrazione e di memoria. Ansia e irritabilità. Pensieri negativi e ricorrenti. Pensieri di suicidio. Analizziamo il ruolo dei singoli specialisti che concorrono alla presa in carico dell'anziano depresso. Il neurologo: Valuta la presenza, attraverso esami neuro-radiografici, EEG, eventuali patologie neurologiche che potrebbero contribuire alla depressione, come ictus, tumori cerebrali o malattie neurodegenerative. Esegue un dettagliato esame neurologico, in particolare delle funzioni cognitive, affidando il paziente al neuropsicologo per i test necessari. Lo psichiatra: diagnostica la depressione, prescrive farmaci antidepressivi e monitora la risposta al trattamento. Lo psicoterapeuta: offre supporto psicologico attraverso diverse tecniche terapeutiche (cognitivo-comportamentale, psicodinamica, interpersonale, ecc.). Aiuta l'anziano a gestire le emozioni negative, a migliorare le relazioni interpersonali e a sviluppare delle capacità efficaci per la risoluzione dei problemi. Prende in carico il disagio della famiglia, orientando i vari membri a comportamenti che diminuiscono i conflitti e migliorino le relazioni, riducendo il livello di frustrazione dei singoli. La diagnosi differenziale tra depressione e demenza nell'anziano può essere com-



pressa, poiché entrambe le condizioni presentano sintomi cognitivi sovrapposti, come difficoltà di memoria e rallentamento cognitivo. Tuttavia, esistono differenze significative che possono aiutare a distinguere le due condizioni. Una diagnosi accurata è fondamentale per un trattamento appropriato: La depressione e la demenza se non sono presenti insieme, richiedono trattamenti diversi. La prognosi delle due condizioni è infatti diversa. Un trattamento adeguato può migliorare significativamente la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari (Trabucchi, 2002). I sintomi della depressione insorgono più rapidamente e sono spesso correlati a eventi stressanti. Il decorso può essere oscillante, con periodi di miglioramento e peggioramento. I pazienti sono spesso consapevoli dei loro problemi di memoria e di concentrazione e ne sono turbati. Sono presenti sintomi affettivi come tri-

stezza, ansia, perdita di interesse, disturbi del sonno e dell'appetito. I sintomi della demenza insorgono invece più gradualmente e sono maggiormente insidiosi. Il peggioramento delle capacità del pensiero è progressivo e irreversibile. I pazienti spesso non si rendono conto dei loro deficit della mente e possono minimizzarli. Oltre ai disturbi conoscitivi, possono essere presenti disturbi del linguaggio, difficoltà a svolgere attività quotidiane, alterazioni del comportamento e della personalità. Fondamentali per la diagnosi di demenza sono l'esecuzione di test neuropsicologici. Nella depressione gli esami neuropsicologici possono mostrare un rallentamento diffuso delle funzioni cognitive, ma non un deterioramento specifico di alcune aree. Nella demenza i test neuropsicologici evidenziano un deterioramento specifico di alcune funzioni cognitive (memoria, linguaggio, coordinazione motoria automatica, ricono-

scere gli oggetti). Spesso, depressione e demenza, possono coesistere, rendendo la diagnosi ancora più complessa. Un professionista sanitario qualificato, come uno psichiatra o un neurologo o anche un geriatra sono in grado di effettuare una diagnosi accurata e di impostare il trattamento più appropriato (American Journal Psychiatry, 1979). La depressione nell'anziano non è solo un problema individuale, ma incide profondamente sulla vita di tutta la famiglia (Trabucchi, 2000). Le conseguenze possono essere molteplici e complesse, influenzando le dinamiche familiari, le relazioni interpersonali e il benessere generale di ogni membro. Le situazioni di tensione che più comunemente incidono sono: 1. Stress e sovraccarico fisico o mentale. Chi si prende cura di un anziano depresso spesso si trova a gestire un carico emotivo e pratico molto pesante. La preoccupazione per la salute del familiare, la frustra-



L'inquietudine e i disturbi dell'umore

/ Giuseppe Tavormina /

Spesso il clinico incontra notevoli difficoltà nel fare una corretta diagnosi del tipo di disturbo dell'umore, soprattutto se è in presenza dei cosiddetti «stati misti». La Scala di Valutazione G.T. MSRS nasce per aiutare a fare una diagnosi di stato misto di spettro bipolare. Essa mette in evidenza il livello di inquietudine di queste malattie dell'umore.

zione di fronte ai sintomi, la gestione delle attività quotidiane possono portare a stress, ansia e burnout. 2. Alterazione delle dinamiche familiari. La depressione può stravolgere le relazioni familiari. I membri della famiglia possono sentirsi in colpa, impotenti o arrabbiati. Le comunicazioni possono diventare difficili e tese, e l'atmosfera familiare può diventare irritante e negativa. 3. Isolamento sociale. La depressione spesso porta gli anziani a isolarsi, rifiutando le attività sociali e ritirandosi in sé stessi. Questo isolamento può avere una conseguenza negativa anche sui familiari, che possono sentirsi esclusi e soli. 4. Problemi economici. Le cure per la depressione possono comportare costi elevati, sia per i farmaci che per le terapie. Inoltre, la perdita di autonomia dell'anziano può richiedere l'assunzione di badanti o l'adattamento del-

la casa, generando ulteriori spese. 5. Impatto sulla salute dei familiari: Lo stress e la preoccupazione per un familiare depresso possono indebolire il sistema immunitario dei familiari e aumentare il rischio di malattie. Non esitare a chieder l'aiuto di medici, psicologi, assistenti sociali, Gruppi di sostegno ecc. Bisogna sostenere l'anziano nel seguire le terapie prescritte dal medico e incoraggiarlo a partecipare ad attività sociali e riabilitative. Rendere l'anziano consapevole (senza fargliene carico) delle preoccupazioni della famiglia per la sua salute e la necessità di aiutarlo. Il processo di invecchiamento rafforza nel tempo la costruzione della singolarità di ogni uomo e quindi il suo valore. Anche quando la malattia della mente sembra ridurre la capacità della persona di avere una esistenza significativa, la clinica deve identificare la specifi-

cità dei percorsi di vita. Lo specialista deve valutare l'evolversi della malattia per costruire percorsi terapeutici realmente efficaci. Il problema attuale è quello di creare una coscienza sanitaria che consente all'uomo di imparare a vivere la propria senescenza accettandola sul piano psicologico e fisico. Alle istituzioni sanitarie il compito di affrontare l'assistenza tenendo presenti tutte le implicazioni che derivano dalle moderne conoscenze dell'ordine psicologico psicoanalitico geriatrico e psichiatrico. Il vecchio non ha bisogno di politica assistenziale ha bisogno di un ambiente sociale che gli consenta di vivere la sua vecchiaia «in modo - come più volte affermato dal professore Cazzullo - che ogni provvedimento rispetti l'assunto di esigere che gli uomini restino uomini anche durante la loro ultima età».

I disturbi dell'umore e dell'ansia nelle loro varie manifestazioni diagnostiche, incluse le forme non facili da diagnosticare, coinvolgono circa il 20% di tutta la popolazione (Tavormina, 2013 - Akiskal, 2005 - Perugi et al, 2014). La componente comune a tutte queste forme cliniche è la presenza dell'inquietudine, dell'agitazione e tensione interna, dell'iperattività dei pensieri e dell'instabilità dell'umore. Questa instabilità/oscillazione, media o elevata come intensità e frequenza che sia, è sempre presente anche quando l'umore appare stabile nella sua fase depressiva o maniacale.

Ad essa possono associarsi altre aspetti clinici come: manifestazioni di abusi di sostanze stupefacenti e tossiche, disturbi del comportamento alimentare e, come già scritto, con le manifestazioni acute dell'ansia. Tutte queste forme rientrano nel grande spettro dell'umore instabile per la presenza dell'inquietudine, dell'iperattività dei pensieri, della tensione interna e dei disturbi del

sonno (Rihmer & Akiskal, 2010 - McElroy et al, 2005 - Tavormina, 2024).

Anche in presenza e persistenza di forme depressive dell'umore bisogna parlare di umore instabile, in cui l'inquietudine è la sua manifestazione principale. La depressione diventa pertanto solo una fase, non una patologia a sé, di un equilibrio dell'umore che presenta sempre instabilità. Esso per certi periodi può stazionare (più o meno lungamente per settimane o mesi) lungo la componente depressiva, per poi attenuarsi. Può proseguire senza andare in una componente iperattiva o ipomaniacale, o addirittura modificarsi con un incremento della componente "inquietata" o "agitata". Talvolta può presentarsi iperattività del tono dell'umore e/o irritabilità, con presenza quasi costante di iperattività dei pensieri e conseguente difficoltà nella concentrazione. Altri sintomi spesso presenti sono il sonno disturbato, presenza di varie forme somatiche di origine ansiosa

(colite, gastrite, cefalea). Ma anche la frequente associazione con i disturbi del comportamento alimentare, con le malattie dell'ansia (ansia generalizzata, panico, ossessiva, fobica) e con gli abusi di sostanze stupefacenti e tossiche (McElroy et al, 2005 - Tavormina, 2019). L'umore instabile, o l'umore nello «spettro bipolare», diventa quindi la malattia dell'umore che il clinico deve trattare e non «la depressione». Questo termine può trarre in inganno in quanto talvolta i sintomi depressivi possono anche non essere presenti in modo chiaramente evidente e costanti nel paziente. Spesso possiamo trovarci in presenza di forme mascherate per maggiore presenza di prevalenti sintomi ansiosi, impulsivi o comunque connessi con l'inquietudine (Akiskal & Benazzi, 2006 - Tavormina, 2019). La depressione agitata, la depressione disforica, la disforia mista, la depressione ricorrente, la ciclotimia, il disturbo bipolare II attenuato, il disturbo bipolare a rapida ciclicità. Tutti questi disturbi dell'umore descrivono uno stato di costante rapida o ciclica oscillazione e instabilità dell'umore, che può definirsi nel concetto di stato misto del disturbo bipolare (Tavormina, 2019 - Tavormina, 2024 - Angst et al, 2003 - Akiskal, 2005 - Akiskal & Benazzi, 2005). Tutte queste diagnosi sono, per così dire, figlie dell'inquietudine. Il mixity, cioè il livello di malessere, delle fasi depressive (che comprende i sintomi più insidiosi della sovrapposizione di depressione-irrequietezza-irritabilità) può causare un aumento del rischio suicidario (Akiskal, 2005). L'intensità di questi sintomi può essere mostrata utilizzando un test di valutazione per stati misti GT-MSRS, una scala di valutazione facile da usare, composta da undici punti per dimostrare il livello di mixity (punteggio da 2 a 6: livello medio-leggero; punteggio da 7 a 12: livello medio; punteggio da 13 a 19: livello alto) (Tavormina, 2014 - Tavormina et al, 2017). Inoltre, la creazione di un traduttore online in tre lingue (inglese, italiano

Bibliografia

1. American Journal of Psychiatry/PnhjkPsychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.136.7.895, 1979
2. Ajuriaguerra J et al: Trouble mentaux de la senilité. Enciclop. Med-Chir. Paris 1954
3. Aristotele: Opere Universali, Laterza, Bari 1973
4. Canonico, Scapagnini U: Le basi Neurochimiche del trattamento. Chiarugi Edizioni-1985
5. Cicerone M.T: Cato Maior de Senectute. Ed. Avia Peruvia, Sormani Roma 1997
6. De Beauvoir S.: La Vieillesse. Ed. Gallimard. Vol. 2-1985

7. Galeno: La salute (De sanitate tuenda. Libro I), a cura di Sabrina Grimaudo. IRIS. Università di Palermo 2012

8. Ploton L: La persona anziana. Intervento medico e psicologico. Raffaello Cortina Ed. 2003

9. Seneca: Epistulae Morales Ad Lucilium - Liber XVII

10. Terenzio Afro P., nell'a. IV, sc. 1a della commedia Phormio

11. Smeraldi E, Colombo C: I ritmi biologici e la malattia dell'umore. Airon Ed. 2004

12. Trabucchi M, Bianchetti A: La depressione dell'anziano. Quaderni AIP. Critica Publishing Editore. Roma. 2000

Foto: Envato Elements



Antonio La Daga
Medico Neurologo
Redattore



Foto: Envato Elements

e russo) focalizzato su questa scala GT-MSRS (Smirnova et al, 2023), renderà tra poco il test GT ancora più facile da usare (con un link sul web). È fondamentale per il clinico quantificare, se così si può dire, l'intensità del malessere di coloro che soffrono di questi stati misti (cioè, il mixity), per così meglio comprenderne il livello di sofferenza del paziente. Questa scala di valutazione sugli stati misti (GT-MSRS) mette facilmente in evidenza l'intensità del mixity e pertanto dell'inquietudine. Questo indirizzerà rapidamente verso la prescrizione di uno o più regolatori dell'umore (Tavormina et al, 2017 – Cervone et al, 2022). Nel trattamento della malattia bipolare, la nozione di mixity diventa il punto di partenza fondamentale per parlare di stati misti e approcciare l'iter diagnostico. Altrettanto fondamentale è la conoscenza di tutto il corredo sintomatologico da parte del clinico

per un corretto approccio diagnostico-terapeutico. Tutto questo dovrà condurre ad un opportuno utilizzo di farmaci stabilizzatori dell'umore e bassi dosaggi di antidepressivi. Le conseguenze di un mancato riconoscimento diagnostico (e successivo inadeguato trattamento) di un disturbo dell'umore possono portare ad un reale incremento del rischio suicidario. Possono inoltre portare alla riduzione delle aspettative e qualità della vita (sia personale, che familiare e lavorativa). Inoltre, ne sono anche conseguenza l'aumento delle assenze lavorative o del ricorso alle risorse sanitarie quando gli stati misti non sono adeguatamente trattati. La scala di valutazione sugli stati misti (la GT-MSRS) si è dimostrata molto utile per un approccio diagnostico precoce di questi quadri clinici. Questa scala si può scaricare da questo link: www.censtupsi.org/gt-msrs-mixed-states-rating-scale

Bibliografia

1. Akiskal HS – The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions – *Journal of Affective Disorders* 2005; 84 (2-3): 107-115.
2. Akiskal HS, Benazzi F – Toward a clinical delineation of dysphoric hypomania – operational and conceptual dilemmas – *Bipolar Disorders* 2005; 7 (5): 456-64.
3. Akiskal HS, Benazzi F - The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major]depressive and bipolar II disorders: Evidence that they lie on a dimensional spectrum - *Journal of Affective Disorders* 92 (2006); 45-54.
4. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders* 2003; 73: 133-146.
5. Cervone A, D'Ostuni FP, D'Aietti E, Esposito G, Masella M & Tavormina G - Mixed states: diagnosis, assessment and diagnostic stability - *Psichiatria Danubina*, 2022; Vol. 34, Suppl. 8, (pp 38-41).
6. McElroy SL, Kotwal R, Keck Jr PE, Akiskal HS – Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? - *Journal of Affective Disorders* 86 (2005); 107-27.
7. Perugi G, Medda P, Swann AC, Reis J, Rizzato S, Mauri M. Phenomenological subtypes of severe bipolar mixed states: a factor analytic study. *Compr Psychiatry* 2014; 55 (4):799-806.
8. Rihmer Z, Akiskal HS, et al. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23: 12-18.
9. Smirnova D, Vlasov A, Yashikhina A, Astafeva D, Pavlichenko A, Syunyakov T & Tavormina G - G.T.MSRS on-line calculator targeting the early diagnosis of mixed affective states: the multicentre study project design on the approbation and validity of the three language versions of the rating scale – *Psichiatria Danubina* 2023; 35: suppl 2 (86-93).
10. Tavormina G – An introduction to the bipolar spectrum - *The management of bipolar spectrum disorders*, summer 2013, CEPiP; 3-6.
11. Tavormina G - Treating the bipolar spectrum mixed states: a new rating scale to diagnose them - *Psichiatria Danubina* 2014; 26: suppl 1: 6-9.
12. Tavormina G - Clinical utilisation of the "G.T. MSRS", the rating scale for mixed states: 35 cases report - *Psichiatria Danubina* 2015; 27: suppl 1: 155-59.
13. Tavormina G, Franza F, et al.- Clinical utilisation and usefulness of the rating scale of mixed states, ("GT-MSRS"): a multicenter study. *Psichiatria Danubina* 2017; 29: suppl 3: 365-67.
14. Tavormina G – Bipolar disorders and bipolarity: the notion of the "mixity" - *Psichiatria Danubina* 2019; 31: suppl 3: 434-37.

Tavormina G - Depression, mood disorders and bipolar spectrum: one or different diseases? - (*Psichiatria Danubina*, 2024; 36: suppl. 2: 170-5).



Giuseppe Tavormina

Medico Psichiatra
Caporedattore

Depressione e ictus. Tra neurologia e psichiatria

/ Antonio La Daga /

La neurologia e la psichiatria sono due specializzazioni della medicina che prima confluivano nella neuropsichiatria, unica disciplina, e la psichiatria era un po' la sorella minore. La depressione post ictus le riunisce nella clinica e nella ricerca scientifica.

È sempre maggiore il rischio di separazione tra una neurologia intesa come disciplina ad impronta biologica, anatomica e clinica per eccellenza ed una psichiatria sociale, contemplativa e quasi letteraria. A tal proposito un terreno estremamente fertile di incontro e di confronto è valutazione dei disturbi depressivi durante le malattie neurologiche come l'ictus cerebrale. Il diffondersi della depressione come disabilità è argomento di interesse per il superamento di un approccio clinico opposto tra malattie del cervello e della mente. Scienziati come Meynert, Von Monakow e Wernicke, erano convinti che le alterazioni fisiologiche e patologiche del sistema nervoso fossero alla base delle malattie della psiche (Neri, 2002). Lo stesso termine di neuropsichiatria non è più usato negli ultimi anni nel nostro paese. Oggi, invece, è molto utilizzato nel campo della ricerca clinica, sia in Europa che in Nord America. La neuropsichiatria rappresenta un campo in continua evoluzione, che offre nuove prospettive per la diagnosi e il trattamento di molte malattie neurologiche e psichiatriche. L'approccio

integrato di questa disciplina permette di offrire ai pazienti cure più efficaci e personalizzate (Berrios et al. 2002). La depressione post ictus si riferisce alla depressione persistente dopo un ictus ed è il disturbo dell'umore più comune dopo una lesione cerebrovascolare. Essa è presente in circa 85% dei pazienti con ictus e può insorgere in qualsiasi momento fino a 5 anni dopo il danno cerebrale (Ezema et al, 2019). Tale condizione si osserva frequentemente nelle settimane e nei mesi successivi alla fase acuta o subacuta (Ibrahimagic et al, 2019). La depressione e l'ictus presentano un legame complesso. Entrambe le condizioni possono coesistere ed influenzare negativamente la qualità della vita e il benessere generale di un individuo. Una combinazione di vari fattori può essere causa della malattia depressiva post ictus: 1) Danni cerebrali. La riduzione della sostanza bianca del cervello, soprattutto nella regione può indurre disfunzioni del pensiero ed emotive distruggendo alcuni circuiti delle cellule nervose associate alle emozioni (Wang et al, 2018). 2) Cambiamenti nello stile di vita. La perdita di autonomia, le

limitazioni fisiche e i cambiamenti nel ruolo sociale possono contribuire alla depressione. 3) Stress e ansia. L'esperienza dell'ictus e le preoccupazioni per il futuro possono aumentare lo stress e l'ansia. Inoltre, studi scientifici suggeriscono che la depressione può anche aumentare il rischio di sviluppare una malattia cerebrovascolare. I meccanismi alla base di questa associazione non sono ancora del tutto chiari, ma potrebbero includere: a) L'Infiammazione cronica. Anormale produzione di neurotrasmettitori (serotonina, dopamina, ecc.), con conseguente depressione (Wang et.al, 2018). Elevati livelli di infiammazione possono danneggiare i vasi sanguigni. b) Le alterazioni del sistema cardiovascolare. La depressione può influenzare la pressione sanguigna, il ritmo cardiaco e la coagulazione del sangue, aumentando il rischio di ictus. c) Comportamenti non salutari. Le persone depresse possono adottare comportamenti dannosi come fumare, bere alcol o seguire una dieta poco equilibrata. Fattori che a loro volta aumentano il rischio di ictus. d) Sintomi Specifici. La depressione post ictus (PSD) può includere sintomi legati alla disabilità fisica e al declino cognitivo, mentre la depressione maggiore è più legata a fattori biochimici. e) L'andamento. La PSD può avere un andamento variabile e può migliorare con il recupero fisico. Mentre la depressione endogena tende ad essere più persistente e meno influenzata da fattori esterni. Dopo un evento cerebrovascolare, la depressione post-ictus è una delle complicanze più comuni. Numerosi fattori possono aumentare il rischio di sviluppare questo disturbo. Ecco alcuni dei principali: 1) Fattori legati all'ictus stesso. Le lesioni cerebrali, che interessano le regioni frontali associate alla regolazione dell'umore, sono più frequentemente associate alla depressione. Più estesa è la lesione ischemica, più è facile che insorga la depressione. Alcuni tipi di ictus, come quelli emorragici, possono essere associati a un rischio maggiore di depressione. 2) Fatto-



ri psicologici preesistenti. Persone che hanno già sofferto per disturbi dell'umore sono più a rischio. Individui con tratti di personalità con l'ansia o il pessimismo possono essere più vulnerabili. 3) Fattori socio-ambientali. La mancanza di un adeguato supporto sociale può aumentare il rischio di depressione. Stress, lutti o altre esperienze negative possono aggravare la condi-

zione. Povertà, isolamento sociale e limitazioni funzionali possono contribuire alla depressione (Ezema et al, 2019). 4) Fattori fisici. Maggiore è la disabilità conseguente all'ictus, maggiore è il rischio di depressione. Il dolore cronico può aumentare il rischio di sviluppare disturbi dell'umore. La presenza di altre malattie croniche può aggravare la depressione. 5) Fattori farmacologici.

L'uso di corticosteroidi (cortisone, cortisolo) nelle fasi acute dell'ictus può aumentare il rischio di depressione. Pur condividendo molti sintomi con altri disturbi dell'umore, la depressione post ictus presenta alcune caratteristiche distintive legate alla sua origine neurologica. Spesso si manifesta nelle prime settimane o mesi successivi all'ictus, anche se può comparire in fasi più tardive.

È strettamente correlata alla sede e all'estensione della lesione cerebrale causata dall'ictus. Spesso si associa ad altri sintomi neurologici come deficit cognitivi, disturbi del sonno, affaticamento e apatia. L'evento traumatico dell'ictus e le sue conseguenze (disabilità, cambiamenti nello stile di vita) possono agire come fattori scatenanti specifici. **(Vedi Tabella Caratteristiche differenziali)**

La ricerca sulla depressione post-ictus è in costante evoluzione, portando a nuove strategie terapeutiche e una comprensione più profonda dei meccanismi alla base di questa condizione. Grazie all'avanzamento della ricerca nella genetica si stanno sviluppando test per identificare i farmaci antidepressivi più efficaci e geneticamente personalizzati per ciascun paziente. In attesa di farmaci che aumentano la serotonina gli antidepressivi SSRI risultano essere ancora tra i più efficaci strumenti per la cura della depressione post ictus (Pardini & Serrati, 2018). Sono in

corso studi su nuovi composti farmaceutici con meccanismi d'azione innovativi, mirati a specifici circuiti cerebrali coinvolti nella depressione. Si stanno esplorando combinazioni di farmaci antidepressivi con altri agenti terapeutici, come i regolatori della neurogenesi (crescita delle cellule nervose), per potenziare l'efficacia della cura. 1) La stimolazione cerebrale magnetica non invasiva. Tecniche come la (TMS) stanno dimostrando un'efficacia promettente nel trattamento della depressione resistente ai farmaci (Janicak et al, 2008). 2) Terapia cognitivo-comportamentale (TCC). La TCC sembra essere la psicoterapia più adatta ai pazienti con ictus. Si sta rivelando efficace nel migliorare i pensieri e i comportamenti negativi associati alla depressione (Wang et al, 2018). 3) Riabilitazione cognitiva. Programmi di riabilitazione cognitiva mirati a migliorare le abilità mentali compromesse dall'ictus possono contribuire a ridurre i sintomi depressivi. 4) Interventi di gruppo. I gruppi di sostegno, le attività di gruppo e di auto aiuto possono favorire l'integrazione sociale e migliorare indirettamente l'umore dei pazienti. Un approccio integrato resta pur sempre quello più adatto perché combina farmaci, psicoterapia e altre terapie complementari. Si deduce che per favorire un supporto completo al paziente è necessario affidarsi ad un gruppo multidisciplinare, composto da neurologi, psichiatri, psicologi, fisioterapisti ed altri professionisti della riabilitazione che lavorano in sinergia tra di loro (Wang et al, 2018). Tra le nuove aree di ricerca si sta indagando il ruolo del microbioma intestinale nella regolazione dell'umore e nella patogenesi della depressione post-ictus. L'infiammazione cronica, spesso presente dopo un ictus, potrebbe contribuire alla depressione; pertanto, nuove terapie antinfiammatorie potrebbero essere utili. La neurogenetica sta studiando strategie per proteggere le cellule cerebrali danneggiate dall'ictus

e promuovere la loro rigenerazione attraverso tecniche di biologia molecolare. L'accorciamento di una regione associata al gene della serotonina incide sulla depressione post ictus. Avere una storia di depressione in famiglia può rappresentare quindi un fattore di rischio per l'insorgenza di depressione maggiore dopo l'ictus (Andersen et al. 1995). Una diagnosi precoce e un trattamento efficace possono migliorare la qualità di vita del paziente e prevenire il rischio di suicidi. «Quelli tra noi che non espongono facilmente le loro idee al rischio della confutazione non prendono parte al gioco della scienza.» (Karl Popper, 1959). Ascolta che musica! (Edward Elgar - Enigma Variation No. 9) <https://youtu.be/dFZ75vKe3YY?feature=shared>

Tabella Caratteristiche differenziali

Caratteristica differenziali	Depressione post-ictus	Depressione maggiore	Disturbo bipolare
Inizio	Spesso legato a un evento neurologico (ictus)	Può avere un inizio graduale o improvviso	Cicli di mania e depressione
Sintomi fisici	Spesso presenti (fatica, disturbi del sonno, cambiamenti dell'appetito)	Possano essere presenti, ma meno specifici	Possano essere presenti durante la fase depressiva
Relazione con lo stress	L'ictus è un evento stressante significativo	Lo stress può essere un fattore scatenante, ma non è specifico	Lo stress può innescare episodi maniacali o depressivi
Patologie associate	Spesso associata ad altri sintomi neurologici	Può essere associata ad altri disturbi mentali (ansia, disturbi del sonno)	Può essere associata a disturbi d'ansia e psicotici

Bibliografia

- Andersen G., Vestergaard K., et al. (1995) Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatrica Scandinavica. 92:193-8.
- Ezema C, Akusoba PC et al (2019) Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. Ethiopian Journal of Health Science. 29(1):841-846.
- Ibrahimagic O.C., Smajlovic D et al. (2019) Post-stroke depression. Materija Sociomedica. 31(1): 31-34.
- Janicak PG, O'Reardon JP et al. Stimolazione magnetica transcranica nel trattamento del disturbo depressivo maggiore: un riassunto completo dell'esperienza di sicurezza da esposizione acuta, esposizione prolungata e durante il trattamento di reintroduzione. J Clin Psychiatry. 2008;69(2):222-32.
- Pardini M. & Serrati C. (2018) Depressione e malattia cerebrovascolare. Focus on Brain. N° 4, vol.2.
- Neri G. Disturbi depressivi tra neurologia e psichiatria. Airon ed. 20002
- Wang Z., Shi Y., Liu F., Jia N., Gao J., Pang X., Deng F. (2018). Diversiform Etiologies for Post-stroke Depression. Frontiers Psychiatry. 9: 761.
- Karl Popper- La Logica della Scoperta Scientifica, Londra 1959.

Foto: Envato Elements



Antonio La Daga
Medico Neurologo
Redattore

Disforia: l'amica sconosciuta

/ Francesco Franza /

La disforia riguarda l'umore. Questo si conosce. Ma come deve essere inquadrata? Come un disturbo o come un sintomo? Fa parte di altre patologie psichiatriche o ha una storia a sé? Tutti la conoscono ma nessuno la prende! Sembra quasi un personaggio mitologico.

La disforia (o umore disforico) è un concetto psicopatologico che nel corso degli anni è stato associato a un'ampia varietà di fenomeni psichici e di disturbi. È stata descritta, a volte, come depressione mascherata, altre volte come una manifestazione del ciclo mestruale. Oppure è stata associata allo stato misto del disturbo bipolare o a un tipo di personalità (disforia isteroide). Trova una sua dimensione nel disturbo disforico premestruale. Insomma, una confusione diagnostica. Tutti la conoscono, ma nessuno riesce a darle una identità diagnostica ben definita. I curatori del DSM hanno cercato invano di mettere un po' di ordine alla vicenda. Prima descritta nel DSM-IV-TR come «umore sgradevole così come tristezza, ansia o irritabilità», poi nel DSM-5 come umore disforico. Nella sua ultima edizione la disforia è stata indicata «una condizione in cui una persona sperimenta sensazione intensa di depressione, malcontento e indifferenza al loro mondo interiore». Starcevic e i suoi collaboratori ritenevano che tali definizioni fossero così banali che è sconcertante che i curatori del DSM 5 non l'avessero notato (Starcevic et al. 2013). Tuttavia, tutti concordano che la disforia riguarda l'umore. Per il resto c'è confusio-

ne. La disforia probabilmente non ha caratteristiche quantificabili e per questa ragione non si riesce e non può essere inserita nelle tipiche classificazioni diagnostiche categoriali. Il problema afferma Stanghellini (2024) è che «...ai pazienti, ma anche ai medici, spesso mancano le parole per fornire una descrizione dettagliata di questa esperienza, a volte quasi indescrivibile». È necessario cercare altrove. Probabilmente tra le parole dei pazienti. Allora, la disforia è una sindrome o un complesso di sintomi di patologie più complesse? È un disturbo o un sintomo (umore disforico)? È una condizione stabile o fugace? È un tipo di depressione? Comprende tristezza, ansia o irritabilità o soltanto qualcuno di questi sintomi? Queste domande avranno tormentato le notti degli operatori della salute mentale? Ciò che è certo è che la disforia arriva da lontano. Deriva, infatti, dal greco antico *dusjoria* (*dusphoria*) che significa dolore cronico. È composta da due parole: *dus* (*dus* – cattivo) e *jerv* (*phéro* – “io sopporto, porto”). Partendo da qui, forse, si riuscirà a comprendere meglio il destino della disforia. Partendo dal non sopportare, i clinici ne hanno evidenziato una generica insoddisfazione e instabilità affettiva, asso-

ciati ad ansia e malumore, senza caratteristiche precise. Ma dove andarla a cercare? La disforia può essere descritta come un dolore emotivo insopportabile, ambivalente che invade l'esistenza ma che può avere un carattere esplosivo e irritante. Il disforico è irritato, insoddisfatto, irrequieto, inquieto. “È una pila elettrica”, che prende e che dà le scosse: un continuo tormento, insomma. La persona disforica è insopportabile per sé stessa e per gli altri. Potrebbe essere questo un criterio di diagnosi differenziale da inserire nei manuali diagnostici? È un criterio diagnostico che condividerebbe con il disturbo borderline di personalità? (Bachetti MC et al., 2019). L'opprimente e paralizzante tormento interiore spingerebbe la persona con disforia ad agire se soltanto ne avesse la possibilità. Stanghellini (2024) definisce la disforia come una paralisi frenetica. L'inquietudine e il tormento emotivo spinge la persona con disforia a muoversi e a cercare di scrollarsi questo peso da dosso. È in perenne movimento, agitata, ansiosa, incapace di rimanere calma e soprattutto ferma, in una sorta di “artoteca interiorizzata”. Vincenzo De Ritis nel suo vocabolario napoletano ci spiega che la parola artoteca origina da “artrite”. I bambini colpiti dalla artrite reumatoide presentavano una «inquieta agitazione per muoversi». Cosa c'entra con la disforia? La persona con disforia non sopporta questo peso ma nonostante tutti gli sforzi fatti non può riuscirci. Perché? Perché è paralizzata dal peso stesso dell'inquietudine e del malumore. Non riuscendo a risollevarsi emerge il malcontento e il risentimento verso sé stesso e verso gli altri. È una inquietudine che cerca quiete inquietando sé stessa e chi li circonda (il suddetto criterio da inserire in ... etc., etc.). Gli psichiatri si sa come sono. Cercano di dare ordine e significato alla follia. Dato per assodato che la disforia esista, c'è la necessità di inserirla in un contesto clinico e nosografico ben definito. Innanzitutto, per fare questo bisogna vedere

quali sono, talora esistessero, le caratteristiche della disforia. In vena di classificazione, D'Agostino e i suoi collaboratori (2016) individuano tre caratteristiche principali della disforia: 1) Tensione. 2) Irritabilità. 3) Urgenza. Sulla tensione e sulla irritabilità siamo d'accordo. Ne abbiamo parlato a sufficienza. Però è necessario riconfermare alcuni aspetti che potranno tornarci utili. La pressione emotiva causata dalla depressione dell'umore è cronica e tanto persistente da portare il paziente ad arrendersi. Ma l'arrendevolezza porta il malcontento, che porta all'inquietudine e all'irritabilità. E cosa dire dell'irritabilità? Simile a una sensazione di avversità verso il mondo, la disforia porta il soggetto ad assumere un atteggiamento sospettoso, ostile, irritato, irritante e risentito verso l'ambiente e le persone che lo circondano. E da qui nascono i problemi (Moretti et al., 2018). Una caratteristica fondamentale della persona con disforia è l'urgenza nel fare le cose. Diventa impaziente e intollerante. Deve agire, fare in fretta. Non c'è tempo. Stanghellini (2024) afferma che le persone disforiche vivono in modo antistorico. Vivono un continuo susseguirsi di momenti, secondo una modalità di esistenza senza tempo. Passano da un “momento presente” a quello successivo continuamente. Le pesanti esperienze vissute in quel momento appaiono e svaniscono, riappaiono e di nuovo svaniscono in rapida successione in un ciclo continuo. In questo modo ogni istante svanisce ma ripetendosi diventa infinito. “Sarà per sempre così”, “Non guarirò mai!”. “Son depresso, ma anche arrabbiato, inquieto”. “Devo agire, non ho tempo!” Sono stati trovati i sintomi; si iniziano a essere identificate le caratteristiche principali e forse la disforia ha deciso di mostrarsi più disponibile. Sarebbe che tutto sia più chiaro e che finalmente la disforia possa essere inserita in un posticino ben definito nella diagnosi psichiatrica? Errato. Non è ancora giunto il momento. È ancora presto. C'è ancora tanto da



Foto: Envato Elements

lavorare e tanta strada da fare. L'aiuto dei pazienti è fondamentale e bisogna cercare soprattutto di aiutarli a trovare il modo di dichiarare con nuove parole e modalità la sofferenza. I clinici devono imparare a riconoscerla magari utilizzando nuovi strumenti di ricerca, così come scale di valutazione (Tavormina et al. 2015). Nel frattempo, nei manuali diagnostici della psichiatria la disforia continua a chiedere ancora ospitalità nei grandi disturbi psichiatrici. Siede a tavola con i disturbi bipolari e, con il disturbo depressivo. È stata vista in fondo alla sala parlottare con il disturbo post traumatico da stress e con i disturbi dell'alimentazione. Ha uno spazio nei disturbi di genere. Per non parlare dei disturbi di personalità del cluster B, dove il disturbo borderline di personalità occupa sempre la poltrona principale. Gli stati misti restano, tuttavia, i suoi compagni fedeli, con quali condivide un profondo senso di apparenza (Akiskal HS & Akiskal KK, 2007; Benazzi et al., 2004). Il primo amore non si scorda mai. La tanto amata e forse sconosciuta disforia mantiene la sua identità. È un po' misteriosa. Trova spazio in diversi disturbi psichiatrici. Fa capolino nei disturbi di genere. Paradossalmente è come una bestia che porta non solo sofferenza ma anche pulsione e inerzia, attività e passività. La bestia che sta lì ag-

grappata sul groppone con i suoi artigli affondati nella carne. C'è ancora tanta forza ma nel cercare di allontanare la bestia sarà strappata anche la carne. Portare la disforia/bestia a cena e parlare insieme. È questo l'inizio del percorso di risoluzione?

Dysphoria Dimensions: a Preliminary Inpatients Study to Differentiate Borderline Personality and Bipolar Disorder Spectrum. *Psychiatr Danub.* 2019 Sep;31(Suppl 3):490-496.

3. Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *Eur Psychiatry.* 2004;19(2):85-90.

4. D'Agostino A, Manganelli E, Apertone A, Rossi Monti M, Starcevic V. Development, cross-cultural adaptation process and preliminary validation of the Italian version of the Nepean Dysphoria Scale. *J Psychopath.* 2016;22:149-156

5. De Ritis V. Vocabolario napoletano lessigrafico e storico. Stamperia Reale, 1845. <https://books.google.it/>

6. Moretti P, Bachetti MC, Sciarra T, Tortorella A. Dysphoria as a psychiatric syndrome: a preliminary study for a new transnosographic dimensional approach. *Psychiatr Danub.* 2018;30(Suppl 7):582-587.

7. Stanghellini G. Dysphoria as trans-diagnostic mood symptom and as lived experience. Lessons from prose, poetry and philosophy. *J Affect Disord.* 2024;354:673-678.

8. Tavormina G. Clinical utilisation of the “G.T. MSRS”, the rating scale for mixed states: 35 cases report. *Psychiatr Danub.* 2015;27 Suppl 1:S155-S159



Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Bibliografia

1. Akiskal HS, Akiskal KK. A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2007;(433):44-9.

2. Bachetti MC, Brufani F, Spollon G, Moretti P.

Esercizio fisico, neurotrasmettitori e depressione

/ Maurizio Tavormina /

Sin dai tempi di Ippocrate e Galeno è noto il beneficio dell'esercizio fisico per la salute umana e nel quotidiano. La ricerca scientifica focalizza gli studi nell'individuare la modalità di azione e i marcatori biologici.

Fin dai tempi dell'antica Roma si è sempre saputo che l'esercizio fisico fa bene alla salute psicofisica dell'uomo: "mens sana in corpore sano". Tutti noi quando svolgiamo una regolare attività fisica ne godiamo i benefici sia fisici, con un corpo tonico e scattante, sia psichici con generale benessere, sia mentali. L'esercizio fisico ci fa sentire più giovani, il corpo si rivitalizza, migliora la memoria, la concentrazione, l'attenzione, il sonno, l'appetito e l'umore. Tanto che si consiglia un regolare esercizio fisico come terapia per la depressione e l'ansia. Ci sentiamo più forti, più determinati, vitali e sicuri. Oggi la ricerca scientifica mette a fuoco i meccanismi fisici e biologici che ci producono benessere psicofisico e regolano il tono dell'umore e l'ansia. In laboratorio si testano, nelle cavie e nell'uomo, i valori dei neurotrasmettitori (composti chimici fisiologici che mediano e regolano l'impulso nervoso). Un importante studio scientifico di Hamed Alizadeh Pahlav (2024), pubblicato su Science Direct, Elsevier, mette in luce il possibile ruolo della terapia dell'esercizio fisico nella cura della depressione. L'esercizio fisico costante, mediato dai neurotrasmettitori (serotonina, dopamina, noradrenalina, endorfine,

GABA, glutammato, BDNF, irisina, oressina, NPY, triptofano e recettori colinergici) migliora la depressione e l'ansia (Ross, 2022). La depressione è un disturbo mentale comune ed è una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo. A livello globale, circa 300 milioni di persone sono affette da depressione. Le donne sono più colpite rispetto agli uomini. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici (ISS, 2018). Ippocrate (460 – c. 370 a.C.) e Galeno (129 – c. 216 d.C.) furono tra i primi a esaltare le virtù dell'esercizio (o del movimento) (Tipton, 2014). Solo però molti secoli dopo, Robert Burton fece specifico riferimento all'esercizio fisico come una delle diverse cure per la malinconia nell'Anatomia della malinconia (c.1621) (Bate, 2017). Tuttavia, il beneficio dell'esercizio fisico per le condizioni neuropsichiatriche non fu riconosciuto più formalmente fino alla metà del XX secolo (Knudson, 1949). Lo studio sistematico dell'esercizio fisico come potenziale modalità terapeutica per la depressione iniziò solo nel 1968 con il lavoro pionieristico

di William P. Morgan. Da allora, l'interesse nello sviluppo dell'esercizio fisico come trattamento per la depressione è cresciuto in modo esponenziale. In letteratura scientifica ci sono molti studi dell'esercizio fisico come terapia singola o combinata con antidepressivi, psicoterapia e cure standard nella depressione. Gli studi più recenti sono quelli in terapia combinata (Ross, 2022). La salute del cervello (o mentale) è indissolubilmente legata alla salute del corpo (Scott, 2016) e l'esercizio fisico ha una potente capacità di stimolare la comunicazione tra il muscolo scheletrico e il cervello (Pedersen, 2019). La serotonina e la noradrenalina sono dei neurotrasmettitori che svolgono un ruolo importante, integrale e complesso nella depressione. Molti farmaci antidepressivi funzionano aumentando la loro concentrazione nel sistema nervoso e una riduzione di questi neurotrasmettitori, in persone precedentemente depresse, provoca una ricaduta della malattia. L'interruzione del funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA), la riduzione del fattore neurotrofico del cervello (BDNF) e l'immuno-infiammazione sono anch'essi collegati alla malattia depressiva e si normalizzano con gli antidepressivi e l'esercizio fisico. Il fattore neurotrofico (BDNF) è una proteina che facilita la crescita, la sopravvivenza delle cellule nervose, la trasmissione dell'impulso nervoso e attenua i comportamenti depressivi. Esso è prodotto dalle cellule muscolari e sembra sia rilasciato in circolo durante l'attività fisica aerobica (corsa, nuoto ecc.). L'attività muscolare, in risposta all'esercizio fisico, può rilasciare le miochine (proteine): esse hanno un'attività antinfiammatoria e antidepressiva. Lechin e colleghi hanno riportato significativi aumenti di serotonina e di noradrenalina dopo 5 minuti di esercizio fisico sul tapis roulant in soggetti con disturbo depressivo maggiore (MDD). Essi hanno indicato che l'esercizio ha il potenziale di influenzare acutamente l'attività serotoninergica o nora-

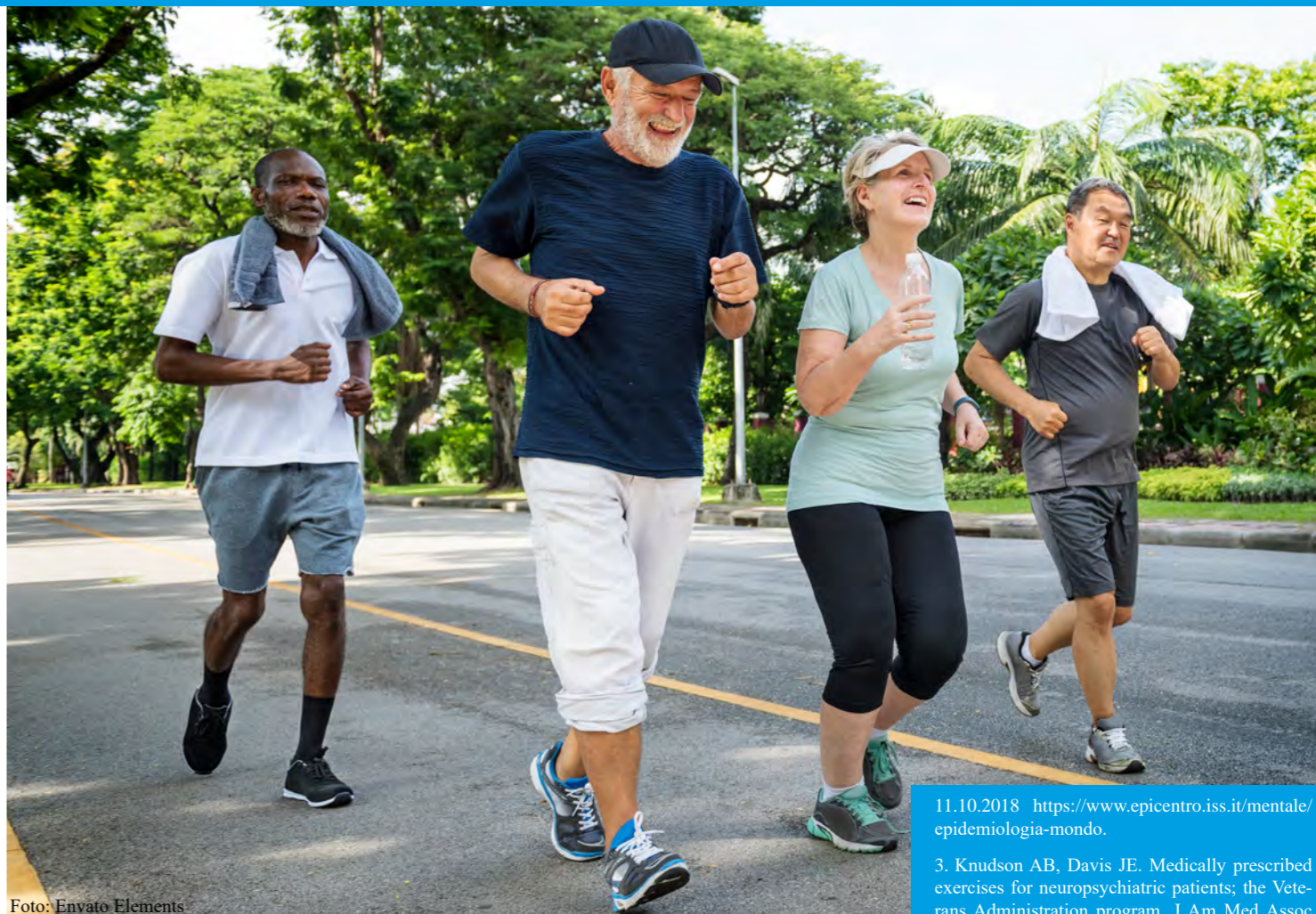


Foto: Envato Elements

drenergica nel depresso. Melancon e colleghi hanno riferito che una sessione di 60 minuti di esercizio fisico aerobico moderato aumenta acutamente il triptofano libero (precursore della serotonina) negli anziani non depressi (Ross, 2022). Anche lo stress prolungato, con gli ormoni ad esso collegati, e l'infiammazione, con la proteina C reattiva, possono influenzare negativamente l'umore, inducendo depressione. L'esercizio fisico aerobico sembra essere un potente stimolatore del sistema immunitario, capace di ridurre l'infiammazione (Ross, 2022). Gli studi attuali indicano che l'esercizio fisico può essere efficace quanto la farmacoterapia nel ridurre i sintomi depressivi, in particolare a mio avviso nelle forme lievi di depressione e/o all'inizio della malattia. Soprattutto l'attività fisica aerobica, più di quella di resistenza, è impiegata nella terapia per la depressione sia come monoterapia che associata ai farmaci e/o alla psicoterapia. Nelle forme cliniche medio-gravi il paziente non

avrebbe la forza d'animo e la volontà necessaria per farla con regolarità. Probabilmente, in questi casi, l'esercizio fisico in associazione terapeutica avrebbe migliore facilità d'impiego. A tutti è noto che una regolare attività fisica è necessaria per il benessere psicofisico. Essa contrasta i danni della vita sedentaria e combatte le malattie cardiovascolari e metaboliche (diabete). L'esercizio fisico ha un costo limitato ed accessibile a tutti, migliora la nostra forma, il tono dell'umore e può essere un valido aiuto terapeutico contro la depressione. Esso se è fatto con gradualità di allenamento e con adeguata moderazione, meglio se aiutati da un istruttore, induce un positivo cambiamento di vita e previene ricadute nella depressione.

Bibliografia

1. Bate J. (2017) The Anatomy of Melancholy revisited. The Lancet 2017; 389 (10081): 1790–1791. [Google Scholar]
2. Istituto Superiore della Sanità (ISS, 2018) "Salute mentale - Aspetti epidemiologici",

11.10.2018 <https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemiologia-mondo>.

3. Knudson AB, Davis JE. Medically prescribed exercises for neuropsychiatric patients; the Veterans Administration program. J Am Med Assoc 1949; 140(13): 1090–1095. [PubMed]

4. Morgan WP. Selected physiological and psychomotor correlates of depression in psychiatric patients. Res Q 1968; 39(4): 1037–1043. [PubMed] [Google Scholar]

5. Pahlavi HA (2024). "Possible role of exercise therapy on depression: Effector neurotransmitters as key players" – ScienceDirect, Behavioural Brain Research, Vol. 459, 29.02.2024

6. Pedersen BK. (2019) Physical activity and muscle-brain crosstalk. Nat Rev Endocrinol 2019; 15(7): 383–392. [PubMed] [Google Scholar]

7. Ross RE, VanDerwerker CJ, Saladin ME, Gregory CM (2022) The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. Molecular Psychiatry, 17.10.2022 Pub Med DOI: 10.1038/s41380-022-01819-w

8. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM et al. (2016) Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. JAMA Psychiatry 2016; 73(2): 150–158. [PMC free article]



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Depressione prenatale e psicoterapia

/ Barbara Solomita /

La gravidanza è caratterizzata da cambiamenti fisici e psicologici nella donna. In molti casi si può osservare la comparsa di sintomi che possono essere associati alla depressione prenatale. Individuare i sintomi per iniziare una cura precoce è fondamentale per il futuro della madre e del bambino.

La maternità rappresenta un periodo critico in cui aumenta il rischio della comparsa di disturbi depressivi, così come la depressione prenatale. La donna subisce numerose trasformazioni dal punto di vista fisico, psicologico e relazionale. I cambiamenti determinano una profonda riorganizzazione non solo della realtà esterna, ma soprattutto del mondo psicologico della madre (Delassus, 2000). Attraverso un graduale processo di elaborazione, la futura madre inizierà a costruire uno spazio psicologico in cui comprenderà di star diventando genitore (Stern et al., 2000). In questo periodo di cambiamenti il rischio di avere la depressione prenatale è elevato. Essa diventa una complicazione sanitaria sia per il decorso della gravidanza, sia per la salute del bambino. Il periodo che anticipa la nascita di un figlio può nascondere diverse insidie nella gestante. Il figlio che nascerà le porta già preoccupazioni e timori, a volte poco riconosciuti e condivisi. Sono presenti variazioni sia a livello del pensiero che del comportamento. La donna inizierà a pensare per due, a sospendere o modificare abitudini di vita consolidate quali quelle alimentari, di coppia, e lavorative. È un periodo caratterizzato

da una profonda riorganizzazione del mondo interno psicologico. Il rapporto con il proprio corpo subisce dei cambiamenti sia agli occhi di sé stessa che del proprio partner. Un evento dichiarato come miracolo della vita, portatore di indiscussa felicità, come può comportare emozioni spiacevoli? Che legame c'è fra le variazioni del tono dell'umore depressivo e la futura nascita? Il 10% - 20% delle neo-madri è colpita da sintomi depressivi in gravidanza (depressione prenatale) e nel post-partum (Gavin NI et al., 2005). Tuttavia, più del 75% delle donne affette da depressione prenatale non riceve un trattamento farmacologico o psicoterapeutico (JAMA 2024). Le madri affette da depressione prenatale hanno maggiore probabilità di partorire pretermine con possibili conseguenze negative sulla salute dei figli. Si evidenzia un legame tra la presenza di sintomi depressivi, un peso corporeo più basso alla nascita e una minore circonferenza cranica del bambino (Sun YF et al., 2021). La presenza di depressione prenatale può determinare alterazioni della qualità della vita della partoriente. È frequente, infatti, una riduzione della cura personale, una riduzione e compromissione dell'al-

imentazione, fattori che possono incidere negativamente sul decorso della gravidanza (Teixeira JM. et al., 1999). Anche il bambino può subire conseguenze negative sullo sviluppo sociale, cognitivo ed emotivo. La causa della depressione prenatale non è del tutto conosciuta. Si ritiene, tuttavia, che sia causata dall'insieme di diversi fattori: biologici, psicologici, ambientali e relazionali.

Diventa indispensabile riconoscere i sintomi della depressione prenatale. I più frequenti sono tristezza, sentimenti di indegnità, ansia, attacchi di panico, paura di allontanarsi da casa, mancato attaccamento o interesse nei confronti del bambino. Sono presenti, inoltre, altri sintomi come la mancanza di energia e di speranza, un umore depresso e una costante irritabilità e preoccupazioni

somatiche. Particolarmente angoscianti sono per la donna affetta da depressione prenatale i pensieri costanti di far del male a sé stesse o al nascituro (Van Niel MS et al., 2020). Gli operatori della salute mentale utilizzano dei manuali internazionali per aiutarsi ad effettuare la diagnosi. Il più utilizzato è il DSM-5-TR (Manuale diagnostico dei disturbi mentali). In questo manuale, giun-

to alla quinta edizione rivisitata, la depressione prenatale e la post-partum fanno parte della diagnosi della depressione maggiore. Viene identificata come «episodio depressivo maggiore con esordio in gravidanza o entro quattro settimane a sei mesi dal parto». La diagnosi della depressione prenatale richiede la presenza di cinque o più sintomi. Incluso l'umore depresso, la perdita di interes-



se e delle attività piacevoli, con la persistenza dei sintomi per almeno tra le donne che sviluppano sintomi depressivi nel periodo successivo

Tabella – Fattori di rischio di depressione prenatale
Pregressa diagnosi di depressione o disturbi di ansia
Gravidanza non programmata o desiderata
Giovane età
Precedente aborto indotto o spontaneo
Bassa autoefficacia
Svantaggio socioeconomico
Appartenenza ad una minoranza etnica
Donne in gravidanza che hanno partner depressi
Essere vittima di violenza domestica
Ricevere scarso sostegno emotivo da una persona significativa

due settimane. Nella tabella sono riportati i possibili fattori di rischio di insorgenza della patologia depressiva nella futura madre.

Il tipo di relazione che si instaura fra il genitore ed il bambino prima della nascita, viene definito prenatal bonding, ovvero attaccamento prenatale. Quanto può influire la presenza della depressione prenatale sullo sviluppo dello stile di attaccamento? Il disturbo depressivo durante la gravidanza rappresenta una fra le cause più comuni per alterare una costruzione sana di un adeguato stile di attaccamento madre-bambino. La depressione prenatale è un fattore che può favorire lo sviluppo di una sintomatologia depressiva nella madre dopo il parto (depressione post partum). Il gruppo di ricerca della Royal Holloway della University of London, coordinato dalla prof.ssa Antonia Bifulco (2004) ha effettuato uno studio sugli stili di attaccamento. In questo studio prospettico ha dimostrato che uno stile di attaccamento di tipo evitante (il contatto con il figlio) è associato alla diagnosi nella madre di depressione prenatale. Uno stile di attaccamento di tipo ansioso, invece, è più frequente

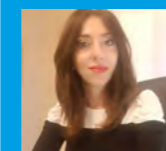
al parto. Una depressione prenatale non diagnosticata e non curata può portare le madri a non prendersi cura di loro stesse, riducendo persino l'aderenza alle cure ostetriche. Nella pratica clinica è utile indagare la possibile presenza di depressione prenatale attraverso specifici strumenti di ricerca. La psicoterapia è il trattamento di prima scelta per le depressioni lievi e moderate. Con il trattamento psicoterapico della depressione prenatale bisogna potenziare i fattori protettivi. Tra questi ci sono un adeguato supporto emotivo e sociale, una vita di coppia soddisfacente e una riduzione dello stress. Durante la psicoterapia della depressione prenatale è necessario incrementare una corretta informazione sulla necessità della cura, lavorando sui pregiudizi, sullo stigma e sui sensi di colpa nella partoriente. Il lavoro del terapeuta dovrebbe concentrarsi sul comportamento evitante, sulla facile distraibilità, sulla ruminazione (pensieri negativi ripetitivi) e sull'impegno espressivo. Un lavoro psicoterapico adeguato deve mirare al problem solving (risoluzione dei problemi), alla ricerca di supporto emotivo, alla rivalutazione cognitiva e alla accettazione della

depressione prenatale. (Verhelst P et al., 2024). Quando la donna precedentemente alla gravidanza era già in terapia farmacologica per disturbo depressivo grave o quando non c'è la volontà di accedere alla psicoterapia l'assunzione di farmaci la psicoterapia diventa indispensabile. La depressione prenatale rappresenta una sfida diagnostica e terapeutica. Spesso sottovalutata può causare gravi conseguenze sulla vita della gestante e sul nascituro. Conoscere i sintomi, individuarli e trattarli precocemente attraverso un adeguato percorso psicoterapico e/o farmacologico è fondamentale. Ciò agirà positivamente sulla qualità della vita della madre, del bambino e dell'intera famiglia.

Bibliografia

1. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeny N et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. Br J Psychiatry Suppl. 2004;46:s31-7.
2. Delassus JM. Il senso della maternità. Roma, Borla, 2000.
3. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005; 106:107-83
4. Stern DN, Bruschweiler-Stern N, Freeland A. La nascita di una madre. Milano: Mondadori 2000
5. Sun YF, Chang Q, Wu QJ, et al.. Association between maternal antenatal depression and neonatal Apgar score: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Affect Disord. 2021;278:264-275.
6. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. BMJ. 1999;318:153-7
7. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. Cleve Clin J Med. 2020 May;87(5):273-277.
8. Verhelst P, Sels L, Lemmens G, Verhofstadt L. The role of emotion regulation in perinatal depression and anxiety: a systematic review. BMC Psychol. 2024;12(1):529.

Foto: Envato Elements



Barbara Solomita
Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Il tango come maestro di vita

/ Romina Tavormina /

Lasciati guidare dal tango alla ricerca del tuo equilibrio emotivo e relazionale. Troverai il piacere di ballare con l'altro scoprendo come l'autonomia e la condivisione hanno lo stesso passo.

In una società instabile come la nostra, caratterizzata da precarietà lavorativa, affettiva è molto più semplice sentirsi smarriti e con l'umore ballerino. Siamo costantemente messi alla prova come un equilibrista che cammina su un filo. Continuamente alla ricerca del nostro equilibrio instabile, accompagnati dalla costante paura di fare un passo sbagliato e precipitare giù. Se anche a te è capitato di sentirsi così traballante sei nel posto giusto! In questo articolo troverai uno spunto su come imparare a trovare il tuo equilibrio personale ballando il tango! Eh, sì il tango può diventare il tuo maestro di vita insegnandoti a ritrovare il tuo equilibrio psicocorporeo divertendoti. Ed ora, al cospetto del nostro saggio maestro Tango, che la nostra danza abbia inizio! Salve, il mio nome è Tango il mio cognome Argentino, nasco nel 1880 sulle sponde del Rio de la Plata tra Buenos Aires e Montevideo dall'incontro di papà immigrante e mamma indigena. Fin da piccolo amavo danzare ascoltando i battiti del mio cuore. Un cuore grande e pieno d'amore che non vedeva l'ora di contagiare con la sua avvolgente passione gli uomini e le donne di tutto il mondo. Difatti, una volta cresciuto, ho iniziato a viaggiare appassionando e coinvolgendo nella mia danza milioni di uomini e donne tra America

ed Europa. Oggi sono famosissimo



e molto amato ovunque vada: sono ancora tante le persone che chiedono di conoscermi e ballare una tanda insieme a me. Chi mi conosce mi definisce gentile ed elegante, imprevedibile e creativo, passionale, ma soprattutto di gran cuore perché io vivo di battiti in connessione. Per questo motivo non ballo mai da solo. La mia danza è sempre in coppia perché mi nutro del calore di un tenero e sentito abbraccio. Non mi basta essere ricordato come il maestro Tango ma voglio essere un maestro di vita. Difatti ciò che voglio insegnare a chiunque io incontri è il potere terapeutico, formativo e conoscitivo che si cela all'interno del mio abbraccio musicalmente danzato. Il tango nel tempo, infatti, ha am-



pliato i suoi orizzonti. Da semplice ballo che coinvolge con la sua passione i danzatori di tutto il mondo è diventato, per la sua specificità strutturale, anche uno strumento terapeutico. Ad un certo punto alcuni maestri di tango, che avevano anche competenze mediche, hanno iniziato a sperimentare i benefici personali derivanti dal praticare questa danza. Hanno pertanto iniziato a studiare il valore terapeutico di questa disciplina. Nasce così la tangoterapia che può essere compresa tra le varie forme di danzamentoterapia. Il primo a parlarne fu lo psichiatra tangerino Federico Trossero che definisce la tangoterapia. Essa è: «un sistema terapeutico integrato che utilizza lo strumento del ballo del tango con la sua musica e la sua po-

esia e grazie all'esperienza emotiva che favorisce, consente la conoscenza dello psichismo profondo, permettendo elaborazioni diagnostiche, terapeutiche e di ricerca» (Trossero, 2006). «È definito come il "ballo dell'anima" e le sue caratteristiche di ballo ne hanno permesso l'uso nella psicoterapia arte mediata, detta tangoterapia» (d'Errico, 2023). Tra gli effetti terapeutici è stato evidenziato soprattutto il suo potenziale antidepressivo. Come afferma lo psichiatra Gianluca Lisa (2003): «Il tango è un ballo che appassiona la vita e con il suo abbraccio sensuale unisce nella danza due corpi liberandoli dal gravame dei pensieri depressivi». «Il tango aiuta anche a crescere psicologicamente aiutandoci ad evitare rapporti simbiotici o di

dipendenza con altre persone. Una tanda del tango dura pochi minuti ed il contatto finisce ed ognuno dei due si ritira» (Lisa, 2023). Dopo questo breve excursus storico-terapeutico sul tango ora esaminerò l'aspetto centrale di questo articolo. Ossia i benefici che potenzialmente può avere, sia a livello personale che relazionale, ogni allievo che frequenta un corso di tango in gruppo o in lezioni private. Ballare il tango può essere molto utile per trovare/ritrovare il nostro equilibrio corporeo, mentale ed emotivo. Per apprendere questa disciplina bisogna necessariamente imparare a percepire il nostro corpo sia nella totalità che nei singoli distretti corporei (testa, torace, bacino, gambe, piedi). È necessario prendere consapevolezza di

come muoviamo ogni singola parte del corpo e come distribuiamo il nostro peso da fermi o in camminata. Bisogna sempre mantenere il nostro asse in equilibrio. Questi sono aspetti fondamentali da imparare per il nostro benessere psicofisico. Trovare il nostro equilibrio vuol dire individuare e mantenere il nostro baricentro corporeo. Senza quest'ultimo risulta difficile mantenere una stabilità sul proprio asse e si tenderà ad aggrapparsi al partner di ballo. Ricercare l'equilibrio implica anche una concentrazione mentale ed uno sforzo emotivo perché ci mette in contatto con l'ansia e paura di non essere abbastanza bravi. È dunque un allenamento ed una sfida con noi stessi che migliora non solo il rapporto col nostro corpo ma anche il nostro stato mentale ed emotivo. A

livello fisico ci migliora in termini di elasticità, flessibilità muscolare e assunzione di una postura corretta. A livello mentale alleniamo memoria e concentrazione, a livello emotivo superiamo le nostre paure, in particolare la paura del giudizio negativo altrui, rinforzando l'autoefficacia e l'autostima. Nello specifico, ballando tango, ogni ballerino prende l'energia dalla terra e la utilizza per spostare il proprio corpo in tutte le direzioni. Pertanto, anche la donna, che dall'esterno sembra essere spinta dall'uomo, si muove in modo attivo ed autonomo. Le gambe sono leggermente flesse, il corpo resta in asse nonostante il torace sia leggermente spostato in avanti, per mantenere una costante connessione col corpo dell'altro. Il tango può essere la nostra bussola che indica come avere una relazione sana con l'altro. «Il tango come Maestro nelle relazioni di Vita» / Un passo io e un passo tu / in connessione / con i nostri cuori ed emozioni, / con le nostre menti sintonizzate sullo stesso obiettivo: danzare insieme / ed i nostri corpi, / in contatto attraverso i nostri petti, / sincronizzati sullo stesso tempo/controttempo, / ballando la stessa melodia, / seguendo lo stesso ritmo! / È così che funziona in / un vero tango ed in una Relazione di successo! (Romina Tavormina, 2024). Come si evince dalla poesia per ballare un buon tango è necessario trovare una connessione mentale ed emotiva tra i partner che nasce nello sviluppo dell'empatia verso l'altro. Essendo un ballo che non segue schemi prestabiliti e nasce dall'improvvisazione entrambi i tangerini devono necessariamente sintonizzarsi per capire quale passo sta facendo l'altro. L'equilibrio e la sintonia di coppia però nasce, come abbiamo visto, in primis dal mantenimento di un equilibrio personale. L'equilibrio di coppia nasce dall'unione ed armonizzazione dei propri equilibri. Ciò permette di sviluppare una relazione sana di interdipendenza e reciprocità dove ognuno mantiene comunque la propria autonoma

personale e non dipende simbioticamente dall'altro. Metaforicamente parlando potremmo dire che: ballando condivido con te il mio cuore, emozioni, parte del mio corpo ma resto sempre con i piedi ben piantati a terra. Senza perdere mai il mio asse/equilibrio personale di modo che, se tu ti allontani io resto sempre in piedi. Questo atteggiamento dal tango può essere riportato anche nella vita relazionale di modo che ogni persona possa mettersi in gioco emotivamente in modo sano. E se la relazione finisce ognuno ne esce sicuramente dispiaciuto ma psicologicamente intero. Se la vita ci chiede di metterci in ballo in diverse situazioni lavorative, affettive ed il terreno sul quale dobbiamo muoverci non è sempre stabile non ci resta che imparare a ballare anche in condizioni di instabilità. In questo il tango, per le sue caratteristiche strutturali, ci può insegnare ad acquisire equilibrio, flessibilità fisica, mentale ed emotiva. Tutte doti necessarie ai nostri giorni per affrontare le sfide quotidiane.

Bibliografia

1. Trossero F. "TangoTerapia «Fundamentos, Metodologia, Teoria e Pratica»" 2006

Sitografia

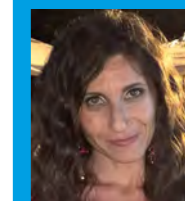
2. <https://www.clandestinetangoclub.it/la-storia-del-tango/#:~:text=Il%20Tango%20nasce%20nell%27ultimo,tra%20Buenos%20Aires%20e%20Montevideo>

3. <https://deprestop.it/tangoterapia-una-danza-terapeutica/>

4. <https://deprestop.it/il-tango-e-la-depressione/>

Foto: Envato Elements

Foto: Tango-foto-gratuita-Sabrina-Ibarra
<https://www.pexels.com/it-it/foto/uomo-donna-danzando-ballando-13543306/>



Romina Tavormina

Psicologa Clinica
Redattrice

L'ipersessualità: un vuoto da colmare negli adolescenti

/ Maria Vincenza Minò /

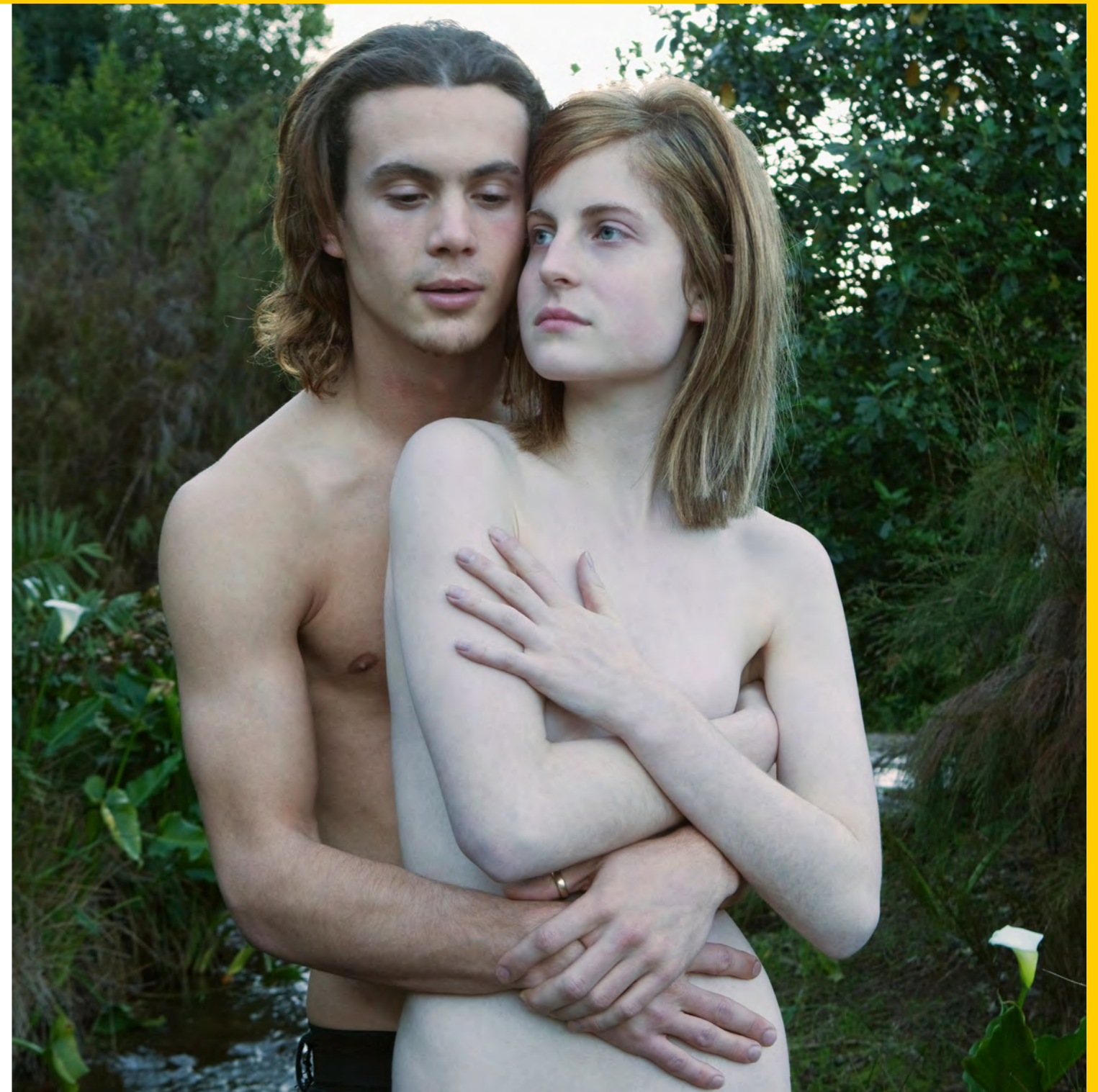
L'ipersessualità rappresenta una modalità immediata e disfunzionale attraverso la quale alcuni adolescenti cercano di colmare il vuoto esistenziale. Questo vuoto può derivare da fattori personali, familiari, sociali e spesso sfocia in un umore inquieto. La ricerca incessante di stimoli esterni diventa il modo per alleviare il senso di solitudine, la frustrazione o la mancanza di significato nella propria vita.

L'ipersessualità è un comportamento sessuale eccessivo, compulsivo e disfunzionale, che si manifesta come una risposta ad un disagio emotivo e psicologico profondo.

Essa può includere: 1- Pensieri ossessivi legati al sesso. 2- Comportamenti sessuali compulsivi (autoerotismo, uso eccessivo di pornografia, rapporti sessuali multipli e non protetti o ricerca ossessiva di partner sessuali online). 3- Difficoltà nel regolare il desiderio e gli impulsi sessuali nonostante le conseguenze negative. L'ipersessualità negli adolescenti è spesso radicata in una difficoltà nel riconoscere e gestire le proprie emozioni e si inserisce in un quadro di inquietudine emotiva. La sessualità diventa un rifugio per chi non riesce a trovare altre modalità di espressione e di confronto con il proprio disagio emotivo. Il comportamento sessuale eccessivo rappresenta una risposta automatica al malessere psicologico, alimentando un circolo vizioso che non risolve mai il problema sottostante. L'iperses-

sualità è anche legata alla difficoltà nella costruzione dell'identità durante l'adolescenza. L'adolescente, che sta cercando di definire il proprio ruolo nel mondo, può sentirsi spaesato e vulnerabile. Esso può ricercare gratificazione e conferma attraverso il corpo e la sessualità. Gli individui che si rifugiano in questi comportamenti tendono a basare la loro autostima e il loro valore personale su conferme esterne. Il corpo e la sessualità diventano strumenti per colmare una fragilità interiore (Arciero & Bondolfi, 2009). Questa ricerca di conferme esterne può essere vista come una modalità per gestire il vuoto esistenziale. L'adolescente, incapace di stabilire una connessione profonda con sé stesso, cerca nel corpo e nella sessualità una temporanea sensazione di completezza. Gli adolescenti che sviluppano comportamenti ipersessuali tendono a: 1- Cercare validazione esterna. Il comportamento sessuale diventa un mezzo per ottenere conferme sul proprio valore personale, spesso

percepito come fragile. 2- Sostituire l'intimità emotiva con l'intimità fisica. Incapaci di costruire relazioni autentiche, gli adolescenti si rifugiano in interazioni superficiali che offrono un senso momentaneo di connessione con l'altro. 3- Evitare le emozioni negative. L'ipersessualità viene utilizzata come meccanismo per sfuggire al senso di vuoto, all'ansia e all'incertezza identitaria (Arciero & Mazzola, 2013). Tali strategie aggravano il problema. Dopo l'esperienza sessuale, il vuoto riemerge amplificato, spesso accompagnato da sensi di colpa e vergogna che alimentano il ciclo disfunzionale. L'umore inquieto e la depressione sono strettamente interconnessi durante l'adolescenza. L'umore inquieto rappresenta un vissuto emotivo costante di instabilità, che può degenerare in depressione se non affrontato adeguatamente. La depressione adolescenziale è spesso caratterizzata da disperazione, apatia e bassa autostima e può manifestarsi come ritiro sociale o disconnessione emotiva. L'adolescente, incapace di trovare significato nella propria vita, si rifugia in comportamenti distruttivi come l'ipersessualità. Esso cerca, inoltre, di alleviare il proprio malessere attraverso gratificazioni immediate che non riescono a colmare il vuoto interiore. L'ipersessualità si inserisce in un contesto più ampio di disorientamento psicologico, in cui la depressione agisce come una causa sottostante. L'umore inquieto funge da amplificatore di tale stato emotivo. Il disagio interiore non viene risolto dal comportamento sessuale, ma piuttosto alimentato dallo stesso. Si crea così un ciclo, in cui la tristezza e la frustrazione provate dall'adolescente determinano la ricerca di ulteriori esperienze senza alcuna risoluzione duratura. Il trattamento dell'ipersessualità negli adolescenti deve andare oltre il controllo del comportamento. Le strategie includono: 1- Esplorazione dell'identità personale. Aiutare l'adolescente a costruire un senso di sé autentico e stabile, lontano dalle conferme esterne. 2- Educazione



emotiva. Insegnare a riconoscere, accettare e gestire le emozioni, evitando meccanismi di evitamento disfunzionali. 3- Promozione di relazioni autentiche. Favorire la costruzione di legami significativi basati sulla fiducia, empatia e non solo sull'intimità fisica. (Arciero & Mazzola, 2013). L'ipersessualità negli adolescenti rappresenta una risposta disfunzionale a problematiche profonde legate al vuoto, alla crisi della propria identità e all'umore inquieto. Comprendere il significato di tali

comportamenti nel contesto più ampio della costruzione del Sé e delle relazioni permette di intervenire in modo efficace. L'adolescente potrà

così sviluppare strategie più sane di fronteggiamento delle situazioni ed una maggiore stabilità emotiva.

Bibliografia

1. Arciero G, Bondolfi G. *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Oxford: Wiley – Blackwell. 2009.
2. Arciero G, Mazzola, V. *Sulle tracce di sé: Identità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore. 2013.

Foto: Envato Elements



Maria Vincenza Minò

*Psicologa-Psicoterapeuta
Redattrice*

Il giovane studente in cattedra

/ Maria Efsia Meloni /

Il giovane studente nella scelta di un ruolo nella vita inizia il suo progetto del futuro. Talvolta la scelta è costellata da dubbi e incertezze, che caratterizzano la vita stessa. E sicuramente tale scelta è influenzata da una prevalente motivazione ed emozione.

Il giovane studente così vicino alla realtà quotidiana, e alla moda dei social, ne viene sicuramente influenzato nella scelta di alcune modalità di comportamento. Tale influenza è correlata al tipo di personalità, all'autostima, alla famiglia, nonostante l'età del giovane studente. Il fenomeno di Instagram face, letteralmente il volto alla Instagram (studenti Ipia), ne è una evidente forma di influenza sul comportamento di molti giovani. Esso incide anche sulla scelta delle loro regole di bellezza. Nella Giornata Europea della Depressione, il 21 ottobre del 2024 presso la biblioteca Sempliciana di Olbia, gli studenti dell'Istituto IPIA e Agraria sono stati i veri protagonisti dell'evento. Ogni giovane studente si è impegnato a presentare la scelta dei contenuti discussi con le insegnanti rispetto a un argomento di tematica attuale. Alcuni studenti hanno disegnato l'albero delle emozioni. E, esso simboleggia i vari aspetti della vita e delle emozioni del giovane in relazione alla depressione e all'umore instabile. In senso metaforico sono stati rappresentati: i traumi, le pressioni sociali, la mancanza di supporto familiare o le difficoltà personali. Simbolicamente hanno utilizzato delle metafore per presentare emozioni come: la rabbia, la tristezza,

ma anche la gioia. Con l'utilizzo simbolico delle metafore, e dei colori si sono cimentati nell'esprimere il concetto di resilienza, la speranza, la capacità di coping, la terapia. Infine, hanno sottolineato l'importanza dell'amore e della amicizia. Le immagini sull'emozione provata vengono rappresentate nell'albero dell'emozione nella vita. In un breve video caratterizzato da dei contenuti importanti, come il percorso della depressione in due casi clinici da loro presentati, si illustra come si siano risolti in modo positivo grazie ad un percorso psicoterapeutico. Secondo Jung il simbolo correlato all'albero è «la crescita, la vita, l'estrinsecarsi della forma in senso fisico e spirituale, lo sviluppo, l'aspetto materno, la personalità, la morte e la rinascita» (Verardi, 2009). Lo stesso albero può rappresentare chi lo disegna, pertanto c'è il test cosiddetto dell'albero di Karl Koch (Bresadola, 2017). Nella sua rappresentazione grafica esso ci permette di esaminare i tratti di personalità di chi si cimenta nel disegno. L'adolescenza è un periodo fondamentale, con la trasformazione del proprio corpo, la fuoriuscita dalla famiglia e l'impatto con la scuola. Soprattutto si sviluppano i primi rapporti di gruppo o amicali. Un ruolo determinante è svolto dal significato di un'emozio-

ne e di come essa si manifesta. È importante valutare la sua funzione adattiva principale quando si perde l'emozione e si accompagna al dolore psichico, alla frustrazione, alla rabbia. Basilare è la sua identificazione all'interno di un gruppo: quello sano. Dal punto di vista scientifico e anatomico a livello cerebrale, nell'adolescenza c'è una potatura dei neuroni (cellule nervose) e delle sinapsi (collegamenti tra i neuroni). Le aree del cervello limbico, o sono il cosiddetto cervello emotivo, con sede nell'amigdala. Inoltre, la corteccia prefrontale che ha la funzione di regolare gli impulsi nervosi non è ancora matura per modulare alcune emozioni irruenti. Ecco perché negli adolescenti le emozioni diventano così pervasive, quasi esplosive. La scelta degli studenti dell'Agraria ricade sul vitigno. Nell'iter delle origini dell'uomo, dopo il Diluvio universale, Noè tra le piante a cui si dedicò vi era la vigna descritta nella Genesi (Genesi 9:40-41, 2016). Il vino venne prodotto da Noè che ne abusò e si ubriacò. Il vino nella religione cattolica rappresenta vita, gioia, festa ed amore. E, in particolare rappresenta la trasfigurazione simbolica di Cristo. Ed è proprio nel meraviglioso dipinto dell'ultima cena, realizzato magistralmente da Leonardo Da Vinci (1494-1498) il vino incarna un'immagine magica e suggestiva (Carloni, 2018). Gli studenti dell'Agraria di Olbia, durante la Giornata Europea della depressione, ne descrivono l'aspetto gioioso, ma anche gli effetti negativi sull'umore, tali da indurre depressione e dipendenza alcolica. Il vino, a seconda della quantità bevuta può dare gioia, ma anche tristezza e impulsività, in quanto interferisce su dei neurotrasmettitori come la dopamina e la serotonina. La loro carenza può indurre depressione e la dipendenza alcolica, quando persiste l'abuso per diverso tempo. L'evento formativo si è concluso con una discussione tra studenti ed insegnanti sui contenuti trattati. Gli studenti rappresentano i valori della, società e soprattutto sono la nostra speranza



di realizzare dei progetti futuri per il bene collettivo. Lo studente in cattedra si rende responsabile dei temi importanti ed attuali che sono stati esposti durante la Giornata Europea sulla Depressione. Questi ultimi sono: 1- Il fenomeno di Instagram face, la società attuale con le sue dimensionali sfaccettature e gravi problematiche che l'affliggono. 2- L'albero delle emozioni e della vita. 3- Il rapporto con la vegetazione e coltivazione delle piante, che sono essenziali nella vita dell'individuo. Sicuramente la scuola e gli insegnanti, principalmente quelli che si mettono in discussione, hanno un ruolo determinante nella scelta futura di un giovane studente. Essi possono influire sia nella scelta del loro futuro lavoro che nel percorso di studi. Come pure sono importanti nella responsabilità correlata al ruolo

con le tematiche attuali, la discussione e soprattutto sulle emozioni. Quelle prevalenti sono la tristezza e la rabbia, inoltre, è necessario educare la tolleranza alla frustrazione che è fondamentale nella vita del giovane studente. Il gruppo di lavoro

organizzato da insegnanti e studenti ha una valenza importante da condividere nel lavoro di gruppo. E, soprattutto è l'insegnante a cooperare nella scelta degli argomenti essenziali per portare a degli obiettivi educativi.

Bibliografia

1. Bresadola E: Baumtest-Test dell'albero di Karl Koch. <https://www.amisi.it/wp-content/uploads/2015/02/Test-albero-dispensa-2017.pdf>
2. Bibbia, Genesi 9: 40-41. La Bibbia di Gerusalemme E.D.B. L.E.GO Spa, Trento 2016.
3. Carloni S: Il vino è un valore reale che ci dà l'irreale. Arte e vino. Febbraio 2018 <http://www.enocode.com/articoli/il-vino-e-un-valore-reale-che-ci-da-l-irreale-arte-e-vino-un-connu-bio-forte-piu-del-tempo>
4. Paoletti P: Le emozioni dirompenti dell'adolescenza. Cosa accade nel cervello dei ragazzi. Marzo 2023, <https://fondazionepatriziopaoletti.org/blog/adolescenza/le-emozioni-dirompenti-delladolescenza/>

5. Verardi D: L'albero filosofico.CG. Jung e il simbolismo alchemico rinascimentale. <https://core.ac.uk/download/pdf/41165213.pdf>, 2009.

Foto: Envato Elements



Maria Efsia Meloni
Medico Psichiatra
Redattrice

I giovani e l'umore inquieto: cosa potrebbe aiutarli?

/ Gianluca Lisa /

I tempi moderni sono preoccupanti e ad essere oggetti di ansie sono soprattutto gli adolescenti ed i giovani. Le certezze che avevano caratterizzato le generazioni degli Italiani dagli anni del boom sono svanite.

I giovani di oggi si confrontano con incertezze, guerre, degrado culturale e sociale. Essi reagiscono molto spesso con abuso di droghe, comportamenti antisociali ed auto annichilimento sui cosiddetti social. Credo sia utile anche valutare in che cosa si è mancato verso i giovani in questi anni. Il disagio dell'adolescenza e della giovane età è un problema ormai insito nelle ultime generazioni. Esso oggi è spesso osservato dai genitori con un misto di impotenza e preoccupazione.

Dall'adolescenza alla giovane età si declina un periodo complesso della vita caratterizzato da profonde trasformazioni biologiche e psicosociali (Spettini, 2016). Fino agli anni '60 a tutela dei giovani vi era la famiglia che dava regole certe. La scuola supportava l'eventuale inappropriata della famiglia, infondendo educazione e disciplina. Tra l'adolescenza e la giovinezza vi era poi il servizio militare di leva. Esso li indirizzava alle professioni e soprattutto poneva i giovani di fronte alle loro responsabilità e facendo pagare le conseguenze dei loro errori. Inoltre, mescolava provenienze regionali e classi sociali diverse, abituando i giovani al conforto reciproco ed alla solidarietà. Le fasi della vita tra adolescenza e giovinezza portano a ricreare un modello del Sé e ricreare una nuova identità, con

nuove priorità e valori. È un percorso difficile, in cui intervengono fattori interni ed esterni spesso in contraddizione. Nella mente adolescente abitano allo stesso tempo pulsioni ed emozioni opposte (Danieli, 2024). Dall'entusiasmo alla depressione, da sensazioni di onnipotenza all'autosvalutazione. Un tempo la famiglia quasi sempre gestiva tali conflitti con polso fermo e regole certe. Oggi non è così anche per le dinamiche economiche che portano spesso i genitori fare ancora più lavori, delegando ai media ed alla televisione le funzioni educative. Le punizioni ed i divieti nei quali sono cresciute le precedenti generazioni sono state spesso sostituite da un permissivismo e da una incapacità ad affrontare le responsabilità educative. Spesso i media propinano violenza e spettacoli dove sparare un colpo in testa ad una persona è gesto normale come soffiarsi il naso. Gli stessi media ipocritamente poi si sorprendono quando un giovane stermina la famiglia a coltellate, o un altro accoltella una donna per provare l'effetto che fa. L'assenza di regole ed il permissivismo da parte dei genitori sono vissuti dai figli come mancanza di attenzione ed interesse verso di loro. Il disagio conseguente porta ad una sofferenza psicologica che spesso non viene evasa. Questo significa che soffrono

nel loro intimo, anche profondamente. Un disagio che assume caratteristiche di sofferenza psicologica che può sfociare, se non è trattato in patologia psichiatrica (Spinetti et al., 1996). Come si potrebbe aiutare i giovani nel nucleo familiare? 1- Maggiore ascolto congiunto da parte dei genitori. I genitori devono essere compatti verso i figli, anche se sfiniti dal lavoro, devono avere la pazienza di dare risposte certe, regole ed essere disposti ad ascoltare. 2- Non bisogna girarsi dall'altra parte per paura delle reazioni. Se un adolescente passa ore sul telefonino o davanti al pc, se ha atteggiamenti equivoci oppositivi od offensivi, bisogna intervenire col dialogo. Bisogna dare, inoltre, anche indicazioni severe di contrasto a detti fenomeni comportamentali. La generazione del boom economico ha vissuto una scuola che era formativa fin dalle elementari; personalmente non posso che ricordare il mio maestro delle scuole elementari, Antonio Cascone, scuola elementare Vittorio Alfieri di Roma. Eravamo 32 in classe, di cui uno con disagio psichico, uno con disagio motorio e due con disturbi dell'apprendimento. Non vi erano insegnanti di sostegno, discalculie o disgrafie; se si fosse sbagliato qualcosa sarebbe arrivato uno scappelotto carico di affetto e spronante a far meglio. Il caro maestro ci portò tutti alla licenza elementare come un gruppo affiatato e solidale e ci diede una infarinatura di latino per prepararci alle scuole medie. Tutti i componenti di quella classe ma anche la società intera ha un debito di riconoscenza verso il maestro Cascone. La disciplina era ferrea, l'alzarsi sempre in piedi all'ingresso del maestro e le regole ci portavano a combattere per avere la sufficienza, preparandoci alla durezza della vita (Lisa, 2013). Oggi abbiamo ferrei propugnatori dell'assenza a scuola di regole e delle valutazioni legate al voto, di più vediamo insegnanti minacciati se assegnano una insufficienza. È difficile dire cosa fare per riportare la scuola ai livelli precedenti, ma le Istituzioni dovrebbero



fare qualcosa per riportare la scuola a quella capacità educativa e di supporto alla famiglia che aveva una volta. Altro supporto che esisteva in passato e che oggi è evaporato è il servizio di leva militare, dove si era obbligati a vivere con persone di diversa estrazione sociale, credo politico e religioso. Ci si responsabilizzava in quanto gli errori si pagavano e si correva sempre in aiuto dei propri commilitoni. Era un servizio di pronto intervento di fronte alle calamità naturali. Ricordiamo interventi militari nell'alluvione di Firenze e nei terremoti in Friuli-Venezia Giulia ed Irpinia. Era un posto dove regole e le conseguenze qualora non venissero rispettate ha formato milioni di italiani. Si parla oggi di reintrodurlo, anche per i timori che evoca lo scenario internazionale. Vi è un dibattito in merito. Sarebbe comunque utile e sufficiente un servizio civile a sostegno di anziani, disabili e sofferenti psichici, purché abbia le stesse regole del servizio militare. Nella società odierna in re-

gresso, dove nel giro di pochi anni si sono persi valori e certezze sociali e risorse economiche consolidate ed aumenta la paura del futuro, i giovani sono l'elemento fragile. Una società dove valori come educazione e rispetto diventano aleatori, le prime vittime sono ancora i giovani. Fatti sempre più agghiaccianti di cronaca nera vedono oggi protagonisti adolescenti e giovani che si trovano sperduti verso un futuro denso di incognite. All'orizzonte

ci sono povertà, e guerre e sistemi di protezione sociale senza risorse. Sicuramente l'attenzione va posta a quei criteri di intervento psicologico e talvolta psichiatrico, che possono essere d'aiuto alla famiglia. Non bisogna dimenticare che, se la famiglia è un architrave sociale, la scuola e lo Stato sono i due pilastri che la sorreggono. Tali interventi verso adolescenti e giovani aiuterebbero non solo loro ma tutta la società.

Bibliografia

1. Speltini G. (2016) L'età giovanile, disagio e risorse psicosociali. Feltrinelli
2. Danieli K. (2024) Il disagio degli adolescenti. Feltrinelli
3. Lisa G. (2013) Riflessioni sulla Situazione Sanitaria Italiana -Edizioni Grafiche Amadeo, Imperia
4. Spinetti G, Bongioanni M, Netti A. (1996) La Malattia depressiva: Aspetti psicologici e socio-culturali -La Psichiatria del terzo millennio- Ed. Istituto Internazionale di Psichiatria e Psicoterapia- 1996, 117
5. Spinetti G, Bongioanni M. (1999) La psichiatria di consultazione -Manuale di Psichiatria per

operatori sociosanitari -Grafiche Amadeo, Imperia 1999, 209

Foto: Envato Elements



Gianluca Lisa

Primario Psichiatra

Redattore

La Giornata Europea sulla Depressione, 2024

/ Giuseppe Tavormina /

La Giornata Europea sulla Depressione si svolge in ottobre tutti gli anni, sin dal 2004. Con essa l'associazione EDA Italia Onlus fa formazione e informazione scientifica sulle tematiche della depressione e dei disturbi dell'umore. Il tema di quest'anno è: «I giovani e l'umore inquieto».

La Giornata Europea sulla Depressione del 2024 è giunta quest'anno alla sua XXIa edizione (la prima si è tenuta nel 2004). Si è svolta il terzo sabato di ottobre e nei giorni vicini, con un totale di 30 eventi (www.edaitalia.org) in tutta Italia. Il tema dell'anno è stato: «I giovani e l'umore inquieto». Sono sotto gli occhi di tutti le tragedie che frequentemente si sviluppano con abusi di sostanze, femmicidi, talvolta anche suicidi, e che vedono protagonisti le giovani generazioni.

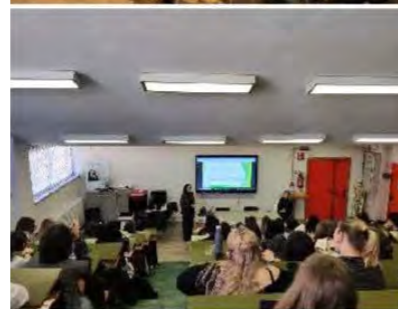
Sintomi quali impulsività, sbalzi di umore, interpretazioni deliranti, abusi di sostanze (alcoliche o stupefacenti), sono la base portante di questi quadri dell'umore instabile. Oltre a ciò, spesso si aggiunge l'assenza delle famiglie con la funzione di guida. Il tema della Giornata sulla Depressione di questo anno 2024 è stato: «I giovani e l'umore inquieto». Questo tema dell'anno è stato lo stesso in varie nazioni europee (Young Persons with Restless Moods, www.europeandepressionday.eu). Durante i nostri eventi italiani abbiamo approfondito questi aspetti tramite classiche conferenze (diverse fra esse svolte presso Scuole Su-

periori italiane e rivolte agli studenti maturandi). Abbiamo anche organizzato eventi scientifico-artistici (brevi conferenze inframmezzate da concerti o brevi rappresentazioni teatrali) che hanno avuto il merito di coinvolgere ancor più il pubblico. «I giovani e l'umore inquieto» nasce per evidenziare la necessità di cogliere precocemente ogni forma di disturbo dell'umore in un periodo complesso come quello dell'età giovanile. Il nostro obiettivo è stato quello di sensibilizzare tutti, i giovani, le famiglie, gli insegnanti, come ogni forma di disturbo dell'umore sia sempre un problema curabile. Ogni forma di disturbo dell'umore può avere o meno fasi depressive, ma ha sempre l'inquietudine interna, il sintomo perno dell'umore instabile. Queste problematiche si possono e si devono affrontare e curare: ne va della qualità della vita delle persone. Abbiamo sottolineato durante la Giornata Europea sulla Depressione che i disturbi dell'umore sono delle malattie molto diffuse, poco riconosciute, mal diagnosticate, spesso poco o mal curate. Esse sono patologie subdole che si infiltrano nella vita quotidiana di chi ne

soffre senza farsi riconoscere. Compito del medico psichiatra è quello di curare i pazienti che ci contattano quando stanno male, ma è anche quello di fare prevenzione facendo un'adeguata informazione su queste tematiche. Tramite la Giornata Europea sulla Depressione, che si svolge in ottobre tutti gli anni sin dal 2004 (Tavormina & Costigliola, 2004), l'EDA Italia ONLUS fa for-

mazione e informazione scientifica rivolta alla popolazione generale (Tavormina, 2007). L'inquietudine può portare a quadri di umore instabile anche importanti: è pertanto essenziale informare la popolazione. È questa la vera prevenzione: obiettivo finale della nostra associazione resta sempre quello di fare luce sul male oscuro.

Immagini dalla Giornata sulla Depressione in Italia - 2024



Bibliografia

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

Foto collage: Depression Day 2024, di Giuseppe Tavormina



Giuseppe Tavormina
Medico Psichiatra
Caporedattore

Depression Day a Bari, 2024: «I giovani e l'umore inquieto»

/ Immacolata d'Errico /

Nella Giornata Europea sulla Depressione 2024, dal tema «I giovani e l'umore inquieto», a Bari, un confronto e una condivisione di esperienze e saperi.

Quest'evento è stato realizzato in ottobre dalla sezione di Bari dell'EDA Italia Onlus, Associazione Italiana sulla depressione. I lavori si sono svolti con il supporto e la collaborazione dell'Istituto paritario Preziosissimo Sangue (IPS). L'umore inquieto dei giovani è un tema molto sentito dall'IPS che ha messo a disposizione il teatro per farci incontrare con famiglie e ragazzi. L'ingresso era libero e aperto alla cittadinanza. Il format dell'evento ha previsto, nella parte iniziale, la pièce teatrale di Anna Garofalo, Colibrì. Anna Garofalo è attrice e docente del laboratorio teatrale dell'IPS, i cui giovani studenti/attori ne sono stati i protagonisti. Colibrì: «Un disagio, il corpo. È un incomodo fastidioso se non siamo allineati. Troppi modelli da seguire, troppe statue di plastica che ammaestrano come vivere. Il malessere dei giovani nasce da una mancanza inspiegabile, da un bug. Questa pièce sboccia dai non detti, dagli sguardi che ridono e feriscono come spade. Ma forte è la volontà di volare e credere di raccontare ancora il vento. Sulle ali di un colibrì». Alla pièce teatrale ha fatto seguito uno spazio di discussione tra ospiti e pubblico, con la mia moderazione. Ogni ospite rappresentava un'istituzione ed era portatore di un punto di vista, un sapere, una cultura, un'esperienza sull'umore inquieto giovanile. Il presidente dell'EDA,

lo psichiatra Francesco Franza. La psicologa e psicoterapeuta Marina Mancini, del Centro GIPPSI di Bari (Gestione interdisciplinare delle psicosi giovanili). Padre Davide Abbascià, dell'Arcidiocesi di Trani-Barletta-Bisceglie e incaricato dai vescovi di Puglia per il Servizio Pastorale Giovanile. Zoraida Cappabianca, dirigente scolastico Istituto Comprensivo Don Lorenzo Milani di Bari. Domenico Diacono, presidente dell'associazione Antopaninabella. Federica Garofalo, studentessa barese di 18 anni e co-autrice della pièce teatrale Colibrì. Prezioso intervento conclusivo di Suor Francesca Palamà, coordinatrice delle Attività Educative e Didattiche della Scuola Secondaria di I grado dell'IPS. E padrona di casa dell'evento. Siamo in uno stato di emergenza? Esiste effettivamente un incremento di angoscia, panico, anoressie-bulimie, violenze, suicidi e para-suicidi nelle ultime generazioni? E ancora... dietro le intossicazioni chimiche e da internet e social, che umore inquieto c'è? Da cosa dipende? I drammatici eventi di quest'anno ci danno il senso di esistenze che attraversano la vita in una sorta di anestesia della coscienza. Con una perdita del contatto con le emozioni e con il senso dell'agire. Molto si è discusso sul privilegiare e coltivare l'ascolto di sé, ma questo appare in contrasto e in controsenso



con la nostra società post-moderna. Una società in cui si osserva una spasmodica corsa all'azione e alla performance. Una società in cui l'uomo è indotto a scollegarsi da sé. Nel dibattito con gli ospiti e l'uditorio ci siamo interrogati sulla matrice di questo disagio, di questo umore inquieto che pervade il nostro secolo. Io provocatoriamente ho chiesto: «è esito del Covid? È legato al carattere molle dei nuovi genitori?», sempre più in difficoltà ad assolvere il loro ruolo educativo. Su queste mie domande si sono scontrati i nostalgici del passato, auspicanti il ripristino di vecchi valori perduti e i nuovi genitori in posizione autodifensiva! Abbiamo concordato su una eccessiva preoccupazione dei nuovi genitori a soddisfare il proprio figlio. Preoccupati di risparmiare al figlio l'impatto con una realtà sempre più precaria. Una relazione genitore/figlio non più verticale, ma orizzontale; una parificazione tra le due figure. Un genitore il cui obiet-

tivo non è educare il figlio, ma soddisfarne i bisogni determinandone così l'estrema fragilità. Il genitore che progetta ogni passo della crescita del figlio (sport, musica, danza, ecc.). Il genitore che gli risolve i conflitti, che non lo esercita a trovare soluzioni. Che non gli permette di accedere alle frustrazioni. Questo genitore rende arduo l'accesso alle esperienze. Ed è l'elaborazione delle esperienze che temprano la regolazione emotiva. I bambini, pertanto, crescono schiacciati tra l'impossibilità ad accedere alle esperienze, e contemporaneamente alle proprie emozioni spontanee, e la necessità di rispondere alle aspettative. Ecco perché i ragazzi con questo carico sulle spalle, quando entrano in adolescenza, inevitabilmente sono impreparati al peso del confronto con la vita. Il distacco dalla famiglia, il confronto con i pari, il confronto con il mondo adulto delle responsabilità. Se non si è adeguatamente equipaggiati, le fragilità possono

esitare in vere e proprie crisi comportamentali e in patologie psichiche. Una chat-bot è un software che dialoga ed interagisce con l'utente come se fosse una persona reale. Ci siamo chiesti: possono avere un uso come supporto mentale positivo? Esistono chat-bot progettate per fornire supporto psicologico, offrendo uno spazio alternativo in cui poter esprimere sentimenti senza metterci la faccia! Un fenomeno, questo, che sta prendendo molto piede tra i giovani. Ci siamo chiesti: queste interazioni virtuali riempiono il vuoto esistenziale? Le chat-bot sono la causa o la conseguenza dell'assenza di relazioni umane? A nostro parere le chat-bot non possono fornire quella connessione umana necessaria per affrontare problemi emotivi complessi in cui la regolazione emotiva non è adeguata. I nostri giovani hanno una grande libertà in un mondo che offre in modo sempre più incalzante e frenetico, nuove sensazioni. Un mondo, il nostro,

che è, al contempo, però, difficile! Frequentemente, infatti, i ragazzi riportano la drammatica difficoltà di prospettive di questa realtà. E questa contraddizione fa sì che si accumulino sensazioni che non riescano ad essere trasformate in esperienze. Che i vissuti non vengano integrati e incanalati nella fluidità di essere sé. Queste mie considerazioni in questo articolo sono la risultante di un evento che ha visto ragazzi, esperti, insegnanti e genitori a confronto.

Foto: I giovani e l'umore inquieto. DDay 2024 a Bari, di Immacolata d'Errico.



Immacolata d'Errico
Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Web, social network, sicurezza ed inquietudine

/ Patrizia Amici /

Può il web.2.0 scacciare l'inquietudine? Questo brevissimo articolo propone l'idea di un rapporto positivo tra web e percezione della sicurezza. La rete può diventare un mezzo per alimentare tale percezione e combattere l'inquietudine legata a determinati avvenimenti della nostra vita.

Cavallari ci dice: «Non dobbiamo vederla la sicurezza, per poterla sentire». Tale affermazione è assai interessante: avvertiamo sicurezza quando non ne siamo esposti. Chi di noi si sentirebbe sicuro in un luogo massicciamente presidiato da polizia? Nessuno. Se tante forze destinate alla protezione del cittadino sono presenti... allora abbiamo ben motivo di temere. Potremmo definire l'inquietudine come quell'emozione che nasce dalla percezione dell'ambiguità. La percezione di un pericolo non definito, che potrebbe arrivare a noi da qualunque luogo o direzione ci suscita inquietudine. Per ambiguità si intende qualcosa che non riusciamo a capire e definire chiaramente. Ciò ci procura incertezza e quindi un'ansia poco direzionata che definiamo inquietudine. L'inquietudine, infatti, appartiene ai colori dell'ansia. La nostra società è composta da innumerevoli reti di relazioni. Tra queste rientrano a pieno titolo i social network. Reti reali e reti della rete sono contemporanee nella nostra società. Ormai è impossibile non considerare le reti sociali

create nel web alla pari con le reti sociali della vita quotidiana. Infatti, entrambe sono caratterizzate da valori comuni e organizzazione sociale (Castells, 2006). Entrambe propongono una cultura partecipativa (Jenkins, 2006) e possono creare e mantenere coesione sociale (Elster, 1993). Che siano blog, forum, applicazioni o le grandi e note Fb e Instagram esse offrono un luogo ove partecipare informazioni e relazioni. La rete, negli ultimi anni ha funzionato come le reti reali: ha calamitato compassione, coagulato le emozioni delle persone, ampliato la portata dell'aiuto reciproco. Un nuovo modo di sostenersi a vicenda a distanza. Nel tempo si sono viste diverse forme di aggregazione e mutuo aiuto tra gli argonauti della rete (Tessarolo, 2012). I grandi eventi drammatici degli ultimi anni sono stati, infatti, teatro di questo grande cambiamento. Il sostegno, l'aiuto, la condivisione e la co-partecipazione viaggiano nel virtuale. Ne sono esempi la partecipazione della rete nell'aiutare a ritrovare gli scomparsi, nel promuovere campagne di solidità,

nel segnalare abusi, catastrofi, ruberie o altro. In alcune occasioni vedi le recenti catastrofi naturali o i grandi eventi drammatici degli ultimi anni (attacchi alle torri gemelle e Bataclan- Cavallari, 2006) la rete ha funzionato da grancassa. Messaggi rivolti a familiari e amici che rassicuravano di aver visto qualcuno o messaggi di allerta e ricerca. La funzione Safety Check attivata da FB in occasione dell'attentato del Bataclan ne è un esempio. La rete diventa un enorme gruppo diffuso che amplia e fa risuonare messaggi di sostegno. Ciò può aiutare a promuovere una sensazione di sicurezza. Tale nuova ipotesi di sicurezza che corre in rete è interessante: i soggetti sono creatori e fruitori contemporaneamente. Ciò permette a tutti noi di essere

attivatori di sicurezza e fruitori. Un avanzamento interessante. Una nuova forma di partecipazione consapevole ed attiva che può affiancare le modalità tradizionali. Certi social network possono fare la differenza perché sono sempre con noi. Ci entriamo ogni giorno magari più volte al giorno. In essi possiamo trovare il modo di impegnarci nel sostenere e proteggere. Che sia un cane smarrito o bisogno di attenzione o un allarme per qualche situazione, possono essere utili a farci sentire più protetti. Il governo italiano ha ideato un sistema di alert messaggistico: It-Alert. Si tratta di un messaggio di testo che arriva sullo smartphone del cittadino. Il messaggio, inviato della protezione civile, informa tutti coloro che sono in una determinata

zona di possibili pericoli: terremoti, incendi, collassi di dighe, maremoti, incidenti in stabilimenti industriali, ecc. L'identità di chi lo riceve non viene raccolta. Un sistema di protezione che può essere utile in determinate situazioni e contribuire a salvare vite. La rete infinita delle

relazioni benché virtuali può aiutare a infonderci una sensazione di sicurezza impalpabile ma reale (Cavallari, 2006). La rete e la tecnologia possono diventare mezzi per proteggere e custodire le persone.

Bibliografia

1. Castells M. Galassia internet, Feltrinelli, Milano, 2006.
2. Cavallari B. Safety Check: social network e sentimento di sicurezza. 2024, Sens public: <https://doi.org/10.7202/1043646ar>
3. Elster J. Come si studia la società. Il mulino, Bologna, 1993.
4. Tessarolo M. Il web 2.0 e la socialità virtuale. Comunicazione Sociale, 2012, 2, 371-385
5. Jenkins H. Consequence culture: Where old and New media, Collide University Press, New York 2006 Foto: Envato Elements.

Foto: Envato Elements.



Patrizia Amici

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Genitore di una figlia con disturbo dell'umore nell'adolescenza

/ Donatella Costa /

Quali sono i segnali di malessere nei giovani? Come si manifesta la depressione e l'umore depresso nell'adolescenza? Cosa può fare il genitore?

L'adolescenza è un cambiamento globale, rapido e intenso che si verifica in un'età indicativamente compresa fra 12 e 24 anni. Il suo scopo biologico è la maturazione di tutti i sistemi necessari ad affrontare la vita adulta e raggiungere le mete biologiche funzionali alla sopravvivenza della specie (Siegel, 2014). È una fase di grandi opportunità, è un momento importante per il cambiamento. L'adolescenza è anche fonte di disorientamento e di potenziali rischi con messa in atto di comportamenti sfidanti e provocatori. I cambiamenti avvengono sul piano intrapsichico, relazionale e sociale. L'adolescente vive nel presente e ricerca il soddisfacimento immediato. Non tollera il limite, la frustrazione, l'attesa. Qualsiasi situazione, in adolescenza, è vissuta in modo intenso. I cambiamenti d'umore sono rapidi e veloci: ad esempio la rabbia può diventare esplosiva, la tristezza diviene in un attimo disperazione. L'umore è soggetto a repentini sbalzi d'umore, i quali rientrano in un normale sviluppo evolutivo. Altre volte quando gli sbalzi d'umore sono intensi e persistenti, si manifestano i sintomi psicopatologici. Secondo i dati di una ricerca internazionale (Studio HBSC 2022) in cui sono stati coinvolti 50 paesi europei

e il Nord America emerge un quadro preoccupante, in adolescenza, anche per l'Italia. Ciò che emerge, è che la pandemia ha esacerbato una serie di disturbi psicopatologici. Essi sono: Disturbo del comportamento alimentare, Self Cutting, Tentati suicidi e Disturbi dell'umore, Fobie sociali, ritiri e abbandoni scolastici. Nella fascia adolescenziale 11-13 anni si è notato inoltre un aumento del cyberbullismo, il bullismo d'altra parte continua ad essere diffuso e stabile a scuola. I Disturbi dell'Umore sono un fenomeno in continua crescita negli adolescenti e nei giovani, ormai da tempo. Secondo il Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, (DSM-V) i disturbi dell'umore sono caratterizzati da tristezza grave, umore instabile, diminuzione di interesse nelle normali attività quotidiane. Questo malessere perdura per almeno due settimane con ulteriori problematiche inerenti al sonno, l'alimentazione, agitazione psicomotoria o apatia, incapacità di concentrarsi, pensiero negativo anche sulla propria vita. Il disagio psichico si può esprimere anche attraverso comportamenti rischiosi come l'abuso di alcool o di sostanze, aggressività e rabbia agita. Da diversi studi scientifici emerge che gli adolescenti sembrano aver identificato

come simbolo per la loro sofferenza psichica il corpo. Il corpo è al centro di tutto. È un elemento da mostrare, da scolpire, da tagliuzzare o addirittura annientare. In adolescenza, il corpo è sempre più immagine, esposizione, iperconnessione. Alcuni adolescenti non sanno utilizzare le parole per esprimere la sofferenza e il dolore. Hanno poca capacità di riflettere e comprendere il proprio stato d'animo, le emozioni che vivono, cioè mentalizzano poco. Sentono l'umore altalenante, faticano a riconoscere i propri sentimenti ed emozioni. Per Fonagy mentalizzare è una funzione decisiva della psiche, implica pensare il proprio pensiero e quello degli altri, comprendere i propri stati mentali e quelli altrui (Fonagy, 2010). L'adolescente fatica a mentalizzare il corpo, si ritrova in breve tempo in un corpo che cambia rapidamente a cui non sa dare un significato. Alcuni adolescenti si autocurano dal dolore emotivo con abuso di cibo, sostanze e alcol. Quando un adolescente si ammalia di un disturbo dell'umore, per il genitore è un momento difficile e faticoso. Come caregiver il genitore fornisce continue cure e attenzioni, la sofferenza è intensa, il genitore si sente impotente. Subentra sovente stanchezza fisica e mentale, lo stress diventa elevato. L'adolescente si chiude, appare distante e conflittuale. Il clima è spesso teso in famiglia, è prioritario mantenere il dialogo, attraverso l'ascolto e l'empatia possiamo accogliere e comprendere le difficoltà. Il caregiver è messo a dura prova, si richiede uno sforzo notevole. D'altra parte, l'adulto ben strutturato mantiene una posizione di comprensione e di ascolto. Mia figlia fin da piccola è sempre stata ribelle e irascibile; durante l'inizio dell'adolescenza le cose sono peggiorate. Gli scoppi di rabbia erano all'ordine del giorno, c'erano forti litigi e urla. Il rapporto di mia figlia con il proprio corpo era pessimo, il cibo era un grande problema. Per diverso tempo ha avuto episodi di abbuffate frequenti. Ho chiesto consiglio al medico di base anche per

gli sbalzi d'umore troppo intensi... mi diceva: «Lasci correre è l'adolescenza, passerà» ma non è stato così. Mia figlia ha sofferto di depressione per parecchio tempo, poi per fortuna è riuscita a stare meglio, ma non è stato facile...per sopravvivere, è stato vitale per me prendermi cura di me stessa. Come caregiver è importante conoscere tali problematiche inerenti i disturbi dell'umore per poter essere di supporto. Il genitore dovrà prendersi cura altresì di sé stesso in quanto è esposto durante la malattia a notevole stress, nel tempo

anche il caregiver potrebbe star male

ed aver bisogno di aiuto.

Bibliografia

1. Liverta Sempio O, Marchetti A, Lecciso F.; 2005 "Teoria della mente - tra normalità e patologia". Ed. Raffaello Cortina
2. Siegel J. Daniel, 2014; "La mente adolescente" Ed. Raffaello Cortina
3. Fonagy P., Bateman A., 2010 "Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione, Ed. Raffaello Cortina
4. Cirillo L. 2024 "Soffrire di adolescenza, il dolore muto di una generazione" Ed. Raffaello Cortina Editore

Sitografia

5. www.promozionesalute.regione.lombardia.it

6. https://it.wikipedia.org/wiki/Manuale_diagnostico_e_statistico_dei_disturbi_mentali

Foto Envato Elements



Donatella Costa

Psicologa Clinica
Redattrice

Manga e anime contro lo stigma

/ Luigi Starace /

Riflessioni sull'uso dei fumetti manga e degli anime giapponesi in una prospettiva di lotta allo stigma e sensibilizzazione alla ricchezza della diversità. Manga e anime sono da decenni un fenomeno globale che insieme ai videogiochi hanno influenzato l'immaginario collettivo della generazione Y e Z. Potrebbero diventare in futuro un medium di massa utile alla prevenzione primaria in salute mentale.

Chiariamo subito per i non addetti (tanti) ai lavori: i manga sono i fumetti, gli anime le animazioni, film o serie TV animate giapponesi. Di solito viene prodotto prima il manga, poi di seguito viene animato in un film singolo o in una serie, a seconda del successo di pubblico. Guardare ad essi solo come un prodotto culturale o subculturale esotico è un grave errore di valutazione. Errore che spesso gli adulti e la generazione dei boomer e degli X, compiono, ossia tutti quelli che hanno dai 50 anni in su oggi. La realtà è che i manga e gli anime costituiscono la letteratura popolare globalizzata e cross culturale che influenza pesantemente le culture del Terzo Millennio. I manga e gli anime possono essere usati come strumenti influenti per la sensibilizzazione al disagio psicologico, alla inclusione sociale e contro i vari stigma. Negli ultimi anni sono diversi gli studi scientifici volti ad esplorare queste potenzialità. Chissà se in futuro, come già avviene con la letteratura

e il cinema, manga e anime saranno suggeriti dai professionisti della salute mentale come adiuvanti alle psicoterapie. Nei manga e negli anime si riesce ad affrontare temi complessi in modo efficace che viene recepito dalle nuove generazioni. La facilità data dalla rete di raggiungere un vasto pubblico internazionale, li rende efficienti e non solo efficaci nella promozione del cambiamento sociale. (Ferretti, Starace, 2020). I manga nacquero in Giappone per un pubblico adulto e si diffusero nel secondo dopoguerra svolgendo una funzione sociale analoga a quella che in Italia svolse il cinema popolare: intrattenere, e offrire svago. Dopo il '68 e con la diffusione internazionale del prodotto, le strategie di marketing individuarono un target molto proficuo di lettori: i giovani. La produzione giapponese conservò di base uno stile narrativo complesso e maturo, anche se i protagonisti erano giovani e preadolescenti. Al contrario, quello di Walt Disney fu pensato per riproporre le fiabe e le

favole ad un pubblico prevalentemente infantile. La differenza di genere non fu mai un problema, con una folta presenza di protagoniste femminili o personaggi fluidi (sic!) specchio dei tempi. Un esempio per tutti: il noto robot gigante Jeeg ha bisogno per assemblarsi e combattere dell'aiuto di Milva, la pilota del jet futuristico di supporto. Milva lancia i componenti! urla Hiroshi dalla sua moto ... E Jeeg Robot si assembla! Senza Milva, l'uomo d'acciaio non può comporsi. Il cartone animato è degli anni 70. Manga e anime hanno decine e decine di sottogeneri che sono molto diversi fra loro ed è bene specificare che non tutti adatti ad un pubblico sensibile e minorenne. Ci sono manga e anime con prevalenza di narrazioni aggressive e violente. Ci sono quelli sessualmente espliciti, quelli con forte componente di cinismo. Infine, esistono sottogeneri horror per tutti i gusti, a volte così eccessivi da provocare un senso di nausea. Ma vendono, sono richiesti e quindi interpretano lo spirito dei tempi. Questo è già un fatto che genitori, formatori e terapeuti devono tener presente. Tuttavia, ogni manga riporta la dicitura del genere di appartenenza. Per cui un genitore può facilmente informarsi sul tipo di storie e contenuti. Poi in base alle sensibilità e gusti dei giovani lettori si può scegliere cosa far leggere. I manga seguono le regole del marketing: il prodotto è ben identificato ed è pensato per pubblici specifici. Sul web inoltre sono tanti i siti sui quali è possibile informarsi prima dell'acquisto. Come in tutti gli ambiti del sapere, occorre evitare gli stereotipi e scegliere ciò che è efficace. Negare la lettura dei manga o la visione degli anime significherebbe privarsi di uno strumento formativo formidabile. L'influenza dei manga e degli anime sulla percezione sociale e sui comportamenti degli individui è significativa e complessa. Si ritrova un intento formativo già nel primo manga/anime del dopoguerra, 1949 circa, è stato Kimba, il leone bianco. Una storia di autoaffermazione sociale e accettazione della propria



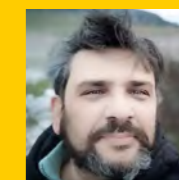
diversità da parte di un leone albino, diverso quindi da tutti gli altri leoni della savana. Il leoncino, un cucciolo, impara a conoscersi e a criticare la mentalità alfa del branco, spesso bullizzante e discriminante nei suoi confronti. Un bianco che è debole in Africa in sintesi. Ma Kimba non è solo, cerca e crea alleanze con altri animali che si rifiuta di mangiare. Con un gruppo di amici trova la sua via nella spietata savana. È il gruppo misto di predatori e prede che aiuta tutti a sopravvivere. Un gruppo di pari nel bisogno, ma non nella identità. Una dinamica orizzontale, ben diversa da quella verticale, sciamanica, ancestrale che Simba, il Re Leone della Disney ha proposto negli anni 2000. Simba è anch'egli un cucciolo, esposto ad un forte trauma, che rigetta e nega, fuggendo. Quando poi scopre la propria sessualità comincia a risentirsi predatore e da senso alla sua vita grazie al lascito dell'eredità paterna. Simba cambia

da irresponsabile a eletto in meno di una notte insonne. Riprenderà il suo posto nella società della savana, naturalmente come capo branco illuminato, ma a cui è dovuto la riverenza del nuovo status sociale. Gli amici non predatori, mai fuori dal ruolo comico, rimangono al suo fianco. Quante volte in clinica si deve lavorare contro gli stereotipi del ruolo sociale? Ancora convinti che la narrazione patinata alla Disney sia il miglior intrattenimento per l'infanzia? Quasi tutte le narrazioni nei manga e negli anime hanno un modello orizzontale di interazione, avendo in comune con gli altri gioie, dolori e frustrazioni. La condivisione collettiva dei drammi e difficoltà personali sono oggi più che mai fiorenti e articolate. E questo è uno dei motivi per cui agli occhi di un pubblico giovanile, ma ormai smalzato, manga e anime risultano molto più attraenti della concorrenza.

Bibliografia

1. Ferretti M, Starace L 2019. Social impact of infohybrids and effects the mythopoesis processes in the Covid19 Occidental Society. <http://www.psychiatryonline.it/node/9317>
2. Marcello Ghilardi, Filosofia nei manga. Estetica e immaginario nel Giappone contemporaneo. Con un saggio di Marco Pellitteri, Mimesis, 2010
3. Raffaelli L. Le anime disegnate. Il pensiero nei cartoon da Disney ai giapponesi e oltre, Tunuè, 2018.

Foto: "Manga guerriero" di Luigi Starace, 2024



Luigi Starace

Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

Violenza sugli animali e disagio nei giovani

/ Wilma A.R. Di Napoli/

La violenza sugli animali è spesso il sintomo di un disagio più profondo, che riguarda le giovani generazioni. Unendo violenza, depressione e difficoltà psicosociali, è possibile tracciare un quadro allarmante delle sfide che i giovani affrontano oggi.

Nella società contemporanea, il tema della violenza, declinata in diverse forme, emerge come uno dei principali segnali di disagio, specialmente tra i giovani. Tra queste forme, la violenza sugli animali è sempre più frequente nelle cronache contemporanee. Essa rappresenta un fenomeno che va ben oltre il semplice atto di crudeltà. In letteratura scientifica viene considerata anche un indicatore di malessere psicologico, depressione e marginalità sociale. Comprendere le dinamiche che legano questi fenomeni è fondamentale per affrontare le radici del problema e intervenire efficacemente. Numerosi studi scientifici hanno evidenziato che atti di violenza sugli animali sono spesso associati a situazioni di disagio psicosociale, in particolare tra i giovani. Ricerche recenti hanno dimostrato che i giovani che maltrattano gli animali spesso vivono situazioni familiari difficili di violenza domestica, abuso emotivo o trascuratezza. Questi atti non sono solo una forma di sfogo, ma probabilmente un tentativo di esercitare controllo in un contesto percepito come opprimente o privo di sicurezza. Si può arrivare ad affermare che si tratti di una risposta di

adattamento a contesti evolutivi problematici e carenti. Come tale è frequente rilevare una connessione tra violenza sugli animali e forme di disagio psichico nei giovani, che vanno da disturbi dell'umore a disturbi di personalità. Secondo uno studio di Ascione (1998), la violenza sugli animali è spesso presente nei bambini e adolescenti con disturbi della condotta. Tale comportamento può rappresentare un sintomo precoce di disturbi antisociali della personalità. Questi giovani mostrano una ridotta capacità di provare empatia e un'incapacità di riconoscere il valore intrinseco della vita altrui, siano esseri umani o animali. La violenza sugli animali è stata identificata come una forma di esercizio del potere da parte di bambini e adolescenti. Essi si sentono impotenti in altri contesti, come in famiglie abusive o ambienti scolastici ostili. Nei casi più estremi, la crudeltà sugli animali può essere utilizzata come una forma di pratica per la violenza su esseri umani. Ciò è stato rilevato nei profili di alcuni individui coinvolti successivamente in crimini gravi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la depressione rappresenta una delle principali cause di disa-

bilità tra gli adolescenti e i giovani adulti. Questo disturbo, spesso invisibile, può manifestarsi attraverso atteggiamenti autodistruttivi o etero distruttivi, come atti di violenza contro sé stessi, gli altri o gli animali. Un'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità italiano nel 2023 ha rivelato che circa il 20% degli adolescenti italiani presenta sintomi riconducibili a depressione o ansia. Tra le cause principali figurano il cyberbullismo, l'isolamento sociale (accentuato dalla pandemia di COVID-19), la pressione scolastica e la mancanza di prospettive future. In questo contesto, la violenza sugli animali può essere vista come un sintomo di questa sofferenza: un grido di aiuto non riconosciuto. Il legame tra depressione, bassa autostima e comportamenti violenti è stato ampiamente studiato nella letteratura scientifica. Ad esempio, uno studio pubblicato su Child Abuse & Neglect ha dimostrato che i giovani che hanno subito abusi o trascuratezza sono fino a tre volte più propensi a mostrare comportamenti violenti rispetto ai loro coetanei. La violenza giovanile, in senso più ampio, rappresenta una crisi profonda che coinvolge individui e società. Fattori economici, culturali e tecnologici nell'attualità contribuiscono a creare spesso un ambiente tossico. In questa prospettiva la frustrazione e il senso di impotenza possono trasformarsi in rabbia e aggressività. L'uso massiccio dei social media, ad esempio, ha intensificato fenomeni come il bullismo online, che amplificano il disagio psicologico dei giovani. Parallelamente, la perdita di legami comunitari e familiari solidi ha ridotto le reti di supporto che tradizionalmente aiutavano i ragazzi ad affrontare le difficoltà emotive. Non si può ignorare l'influenza che la cultura ha nel modellare il rapporto dei giovani con gli animali. Ambienti in cui la violenza è tollerata o incoraggiata, ad esempio in contesti in cui gli animali sono visti solo come strumenti, possono normalizzare la crudeltà. Affrontare il fenomeno della violenza giovani-



le richiede interventi su più livelli. A livello individuale, è fondamentale il riconoscimento precoce dei segnali di disagio, come comportamenti aggressivi verso gli animali o atteggiamenti autodistruttivi. Le scuole e le famiglie devono essere sensibilizzate a identificare questi segnali e a rivolgersi a professionisti della salute mentale. A livello sociale, è necessario promuovere programmi che favoriscano il benessere emotivo dei giovani. L'educazione al rispetto degli animali, ad esempio, può rappresentare un potente strumento per sviluppare empatia e senso di responsabilità. In alcuni paesi, progetti come The Link negli Stati Uniti hanno dimostrato che educare i giovani a prendersi cura degli animali può ridurre i tassi di violenza e migliorare il benessere psicologico. Uno studio pubblicato su Aggression and Violent Behavior sottolinea l'impor-

tanza di programmi educativi basati sull'empatia e sul riconoscimento delle emozioni, che possano insegnare ai giovani a gestire il conflitto in modo non violento. Infine, è essenziale intervenire sulle radici strutturali del disagio giovanile, agendo sui molteplici fattori che lo innescano. Solo affrontando questi fattori potremo costruire una società più inclusiva e meno incline alla violenza. La violenza sugli animali non è mai un fenomeno isolato, ma un indicatore di un disagio più profondo. Considerarla come un campanello d'allarme può permettere di intervenire tempestivamente, prevenendo comportamenti violenti futuri. Investire nell'educazione emotiva e nella sensibilizzazione al rispetto della vita animale non è solo un dovere etico. Costituisce soprattutto una strategia cruciale per costruire una società più empatica e meno incline alla violenza.

Bibliografia

1. Ascione, F. R. (1998). "The abuse of animals and domestic violence: A national survey of shelters for women who are battered." *Society & Animals*.
2. Twenge, J. M., et al. (2017). "Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time." *Clinical Psychological Science*.
3. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*.

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra
Direttore Artistico

Genio artistico e disturbo bipolare

/ Antonella Litta /

Forme lievi e moderate di disturbo bipolare insieme a personali capacità artistiche possono diventare un potente crogiolo per la creatività.

Sin dall'antichità, la creatività straordinaria è associata a disturbi mentali, instabilità emotiva e malinconia. La relazione tra creatività e psicopatologia è profondamente radicata nella memoria culturale, nella prospettiva storica del disturbo bipolare. Già Aristotele si chiedeva "Perché tutti gli uomini eccezionali, nell'attività filosofica o politica, artistica o letteraria, hanno un temperamento melanconico?". "Coloro che eccellono nelle arti possono essere benedetti da ... un effetto umorale ... non troppo caldo ... non troppo freddo, ma giusto (eukraton)" affermava. Il concetto si inserisce nella sua teoria della "melanconia" espressa nell'opera Problema XXX.1. Aristotele si interrogava sul perché molte persone illustri nelle arti e nella filosofia sembrassero inclini alla malinconia, un termine correlato all'antica teoria degli umori. Nella tradizione antica, la teoria degli umori spiegava le malattie attraverso quattro umori corporei: sangue, bile gialla, bile nera (melanconia) e flegma. Secondo questa teoria, ogni persona aveva un umore predominante che influenzava il carattere e il comportamento. Aristotele ipotizza che le persone di grande talento artistico o intellettuale potessero avere un effetto umorale non troppo caldo né troppo freddo. In altre parole, una sorta di melanconia temperata. In questa condizione l'umore predominante non era né eccessivamen-

te alterato né stabile, ma fluttuava entro certi limiti. Questo concezione di equilibrio instabile anticipa le attuali ricerche secondo cui una giusta quantità di instabilità emotiva stimola l'immaginazione e permette al talento di manifestarsi. Oggi sappiamo che molti artisti creativi mostrano tratti ciclotimici o di disturbo bipolare che possono favorire il pensiero divergente e la produzione artistica. Il disturbo bipolare è un disturbo dell'umore che interessa circa il 2-3% della popolazione mondiale. Una persona con questo disturbo alterna periodi di euforia e iperattività a periodi di depressione, intervallati da periodi di benessere psichico. Questi cambiamenti durano giorni o settimane, mesi e interferiscono con la vita quotidiana, il lavoro e le relazioni. Si distingue in due principali sottotipi: disturbo bipolare I e disturbo bipolare II. Il disturbo bipolare I è caratterizzato da episodi maniacali completi, spesso alternati a episodi depressivi. Il disturbo bipolare II è caratterizzato da episodi ipomaniacali e depressivi. La cura di questo disturbo comprende una terapia psicofarmacologica a base di stabilizzanti dell'umore, neurolettici, antidepressivi e psicoterapia. Molti pazienti con disturbo bipolare temono che i farmaci stabilizzatori dell'umore, come il litio e gli anticonvulsivanti, possano influire negativamente sulla loro creatività. Tuttavia, studi clinici hanno dimo-

strato che un trattamento efficace migliora la qualità della vita e permette una più stabile espressione creativa (Murray & Johnson, 2010). Nel libro Toccato dal fuoco la psicologa americana Kay Jamison (2004) ha evidenziato come molti artisti presentavano segni di disturbo bipolare. Secondo la Jamison artisti e scrittori hanno tassi più alti di disturbi dell'umore rispetto alla popolazione generale, suggerendo una correlazione significativa. Molti sono gli artisti che hanno sofferto di disturbo bipolare. A partire da artisti famosi come Van Gogh, Munch, Boudin, Gorky, Rothko. Molti di questi artisti hanno usato la pittura come un modo per elaborare le proprie emozioni e per riordinare il loro caos interiore. Per questi artisti l'opera d'arte è una forma di auto-terapia che permette di esprimere emozioni e canalizzare energie. Le opere di questi pittori dimostrano come, nonostante le difficoltà causate dal disturbo bipolare, sia possibile trovare un modo di convivere. In alcuni casi si può utilizzare la malattia come fonte di ispirazione per creare opere d'arte potenti e durature. In particolare, entrambe le fasi del disturbo bipolare contribuiscono alla creazione dell'opera artistica. Gli stati euforici (mania ed ipomania) producono idee ed associazioni, inducono a stabilire contatti con gli altri e suscitano energie frenetiche. La melanconia tende a imporre un ritmo più lento e a rivalutare criticamente pensieri e osservazioni sorti nei periodi maniacali e ipomaniacali. Le opere ispirate da uno stato maniacale possono essere rielaborate nei periodi di depressione per essere portate a termine quando l'artista è rientrato nella normalità. Come afferma la Jamison (2004) la depressione diventa un elemento equilibrante e di domanda critica che induce a rivedere il lavoro svolto in stati più febbrili. Contano l'interazione e il passaggio tra stati d'animo instabili con la disciplina e le regole che si hanno dai periodi di salute. La trasformazione dell'instabilità emoti-



va in arte rappresenta una strategia di coping, un modo per dare significato a esperienze che altrimenti sarebbero frammentate e caotiche. Durante le fasi maniacali o ipomaniacali, gli artisti producono opere con una rapidità e intensità che riflettono il loro stato di iperattività. Al contrario, nei periodi depressivi, l'atto di creare può aiutare l'artista a trovare un senso di stabilità e controllo. Disturbi lievi e moderati possono ispirare e motivare il lavoro

creativo, ma portano a opere d'arte solo se gestiti in modo coerente e organizzato

. Jackson Pollock, pittore con disturbo bipolare, utilizza il metodo dell'action painting. Questo metodo, caotico a prima vista, in realtà segue un ritmo specifico. Pollock riesce a trasformare in questo modo i movimenti casuali e le emozioni esplosive in un'opera d'arte stabile e visivamente coerente. Comprendere il legame tra creatività e distur-

bo bipolare può ridurre lo stigma nei confronti delle malattie mentali e valorizzare l'espressione artistica come forma di resilienza.

Il legame tra creatività e disturbo bipolare offre infatti spunti interessanti sulle potenzialità e sui limiti della mente umana.

Un soggetto dotato di talento, anche malato, può produrre meravigliose opere grazie alla capacità di gestire attraverso l'arte la propria sofferenza.

Bibliografia

1. Aristotele a cura di Bruno Centrone, Problema XXX.1 Perché tutti gli uomini straordinari sono malinconici, Edizioni ETS, 2018
2. Murray, G., & Johnson, S. L. (2010). The clinical significance of creativity in bipolar disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 721-732.
3. Kay Redfield Jamison *Toccato dal fuoco*, Tea editore, 2004

4. Holm-Hadulla RM, Hofmann FH, Speth M, Mayer CH. Creativity and Psychopathology: An Interdisciplinary View. *Psychopathology*. 2021;54(1):39-46

Foto: Envato Elements



Antonella Litta

Medico Psichiatra
Redattrice

La playlist dei ricordi: il potere trasformativo della musica

/ Antonella Litta /

Come la musica può modificare il cervello, migliorando la memoria e riattivando i ricordi. L'ippocampo stimolato dalla musica associa i ricordi con le emozioni e fa rivivere lo stato d'animo del tempo.

Alcune canzoni sono così speciali che ogni volta che si ascoltano ci riportano indietro nel tempo, a ricordi che credevamo ormai nel cassetto. Quel ritornello, quella melodia sono capaci di riaprire quel cassetto e farci rivivere emozioni perdute. Come mai accade questo? La musica è un linguaggio universale in grado di riattivare ricordi e suscitare profonde risposte emotive e cognitive. Secondo Jean-Noel Breuzen, psichiatra e musicista, la musica fin dall'antichità ha accompagnato le emozioni umane perché l'uomo si è espresso con melodie prima di parlare. «*L'emozione musicale è engrammata nel nostro cervello arcaico*» afferma Breuzen. La musica, come qualsiasi stimolo uditivo, viene trasmessa da una vibrazione dell'aria e trasformata in impulsi elettrici nella coclea, una cavità a spirale nell'orecchio interno. Dalla coclea, gli impulsi nervosi arrivano al tronco encefalico (parte inferiore del cervello) e alla corteccia uditiva. In particolare, vi è una zona del cervello fondamentale nell'elaborazione dell'esperienza musicale: l'ippocampo. Nel libro *The Cognitive Neuroscience of Music*, Robert Zatorre (2003) sottolinea il ruolo dell'ippocampo nel ricordare le melodie e collegarle a specifici ricordi emotivi. L'ippocampo è

fondamentale sia per ricordare vecchie canzoni, che per memorizzare nuove melodie, collaborando con la corteccia prefrontale per ricordare la sequenza delle note. I collegamenti delle cellule nervose tra ippocampo e amigdala (una struttura cerebrale legata alle emozioni) permettono, inoltre, di associare quella musica a dei ricordi specifici. Ad esempio, se una canzone ci ricorda un momento felice con una persona cara, è l'ippocampo che richiama quel ricordo e intensifica la risposta emotiva. L'ippocampo è una struttura cerebrale nota per la sua neuroplasticità, ovvero è particolarmente sensibile alle esperienze e agli stimoli ambientali. La ricerca suggerisce come l'esposizione alla musica durante la gravidanza faciliti lo sviluppo di nuovi collegamenti tra le cellule nervose nell'ippocampo del feto. Alcuni studi suggeriscono dei cambiamenti a lungo termine sullo sviluppo del pensiero e sulla memoria del bambino. Il potere neuroplastico della musica dall'epoca prenatale si estende per tutto il corso della vita e sembra rallentare l'invecchiamento cerebrale. Gli effetti positivi della musica sul funzionamento del cervello comprendono miglioramento di memoria, attenzione e apprendimento. Uno studio riporta che sessantenni

che hanno seguito un programma di formazione musicale della durata di sei mesi hanno mostrato un miglioramento delle predette attività del cervello (Bugos et al., 2007). La musica ha un impatto significativo sulle persone affette da demenza, poiché può risvegliare ricordi, migliorare l'umore e facilitare la connessione emotiva. Ciò avviene per la capacità della musica di attivare aree cerebrali associate all'emozione e alla memoria. I risultati migliori per i pazienti con Demenza di Alzheimer sono stati ottenuti quando venivano fatti ascoltare musiche e canzoni che amavano da giovani. L'ascolto di questi brani attiverebbe l'ippocampo e altre regioni della memoria, che a loro volta attivano linguaggio e ricordi. Ascoltare canzoni significative, legate a momenti specifici, può stimolare ricordi e creare un ponte verso il passato, con la propria identità e storia personale. Diversi programmi di musicoterapia hanno dimostrato di poter migliorare la qualità della vita dei pazienti con Demenza di Alzheimer e altre forme di demenza. Una di queste è l'iniziativa *Music & Memory*, fondata da Dan Cohen, che si concentra sull'uso di playlist musicali personalizzate. L'approccio mira a usare musica familiare per risvegliare ricordi e migliorare la vita dei pazienti. Il documentario *Alive inside: a story of music and memory* ha portato l'attenzione a questo tipo di terapia, mostrando come la musica possa essere un potente strumento di cura non farmacologica. Il protagonista del documentario è proprio il fondatore di *Music & Memory*. Nel video Cohen porta iPad con playlist (liste musicali) personalizzate nelle case di cura per offrire agli anziani l'esperienza della musica che amavano. Emozionante è l'incontro con Henry, un uomo anziano affetto da demenza avanzata. Prima di ascoltare la musica, Henry appare spento, con uno sguardo assente, quasi completamente disconnesso dal mondo esterno. Quando gli viene messa una cuffia e ascolta le sue canzoni



preferite (soprattutto musica gospel), si anima, canta e riferisce entusiasta ciò che sente. L'ascolto di playlist musicali può essere facilitato non solo da musicoterapisti esperti, ma anche dai caregiver dei pazienti con demenza. Garrido et al (2020), ad esempio, riportano la sperimentazione di una guida per l'uso della musica con pazienti con demenza e i loro caregiver (familiari curanti). La musica ha un potere trasformativo sul cervello poiché promuove la neuroplasticità in aree cerebrali connesse a ricordi e emozioni. Come sostiene Sacks, celebre neurologo e autore di *Musicofilia*, la musica ha il potere di attivare centri cerebrali legati all'emozione e alla memoria. Questo avviene anche quando altre funzioni cognitive sono compromesse, come nel caso di forme avanzate di demenza. La gioiosa risposta emotiva di Henry, il paziente del documentario *Alive*,

dimostra gli effetti della musica anche in condizioni di degenerazione cognitiva avanzata. Il suo cervello, infatti, aveva conservato la capacità di reagire e di attivarsi in risposta a stimoli musicali. La musica può diventare quindi un alleato prezioso nel trattamento di malattie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer. La capacità presente in

una melodia di riaccendere i ricordi può creare momenti di connessione emotiva in ambienti di cura, spesso caratterizzati da isolamento e apatia.

2010

5. Peretz I & Zatorre R J *The Cognitive Neuroscience of Music* (Oxford, 2003)

Sitografia

6. <https://www.youtube.com/watch?v=x9IHU-PamCB4>

Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Bugos J. A., Perlstein W. M., McCrae C. S., Brophy T. S., Bedenbaugh P. H. (2007). Individualized piano instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. *Aging Ment. Health* 11, 464-471
2. Garrido S, Dunne L, Stevens CJ, Chang E. Music Playlists for People with Dementia: Trialing A Guide for Caregivers. *J Alzheimers Dis.* 2020;77(1):219-226. doi: 10.3233/JAD-200457.
3. Rochon M Il cervello e la musica. Un'odissea fantastica tra arte e scienza. Edizioni Lindau, 2024
4. Oliver Sachs *Musicofilia* Adelphi Editore,



Antonella Litta
Medico Psichiatra
Redattrice

Il video promo del Depression Day 2024 sui social media

/ Luigi Starace /

Il video realizzato dalla associazione Stigmamente Arte Media e Psichiatria svolge una funzione informativa e psico-preventiva sulla depressione. Stigmamente opera da vent'anni nella sensibilizzazione sulla salute mentale con video e contenuti creativi.

Il video promosso dall'associazione Stigmamente Arte Media e Psichiatria è uno strumento informativo e psico-preventivo sulla depressione. Stigmamente opera da oltre vent'anni per sensibilizzare sulla salute mentale attraverso video e contenuti creativi. Gli esordi della depressione sono spesso trascurati o fraintesi. Quest'anno, la EDA (European Depression Association) invita a riconoscere i segnali silenziosi del disagio, specialmente tra i giovani. Il messaggio della giornata viene diffuso tramite il video DDay 2024. Il video realizzato da Stigmamente Arte Media e Psichiatria mira a sensibilizzare il pubblico sulla salute mentale e a promuovere la prevenzione. Il tema della XXI Giornata Europea sulla Depressione, I giovani e l'umore inquieto, affronta le fragilità emotive nei giovani. Da vent'anni, Stigmamente si dedica alla promozione sociale, creando video per informare e prevenire i disturbi dell'umore. Questo progetto rappresenta un contributo cruciale per rompere il silenzio sulla depressione e incoraggiare la diagnosi precoce. Il benessere mentale è un concetto positivo che abbraccia

il benessere emotivo, psicologico e sociale. Permette di esprimere il potenziale interiore, gestire lo stress e costruire relazioni sane. Inoltre, si vive la socialità con spirito costruttivo e colloquiale. La depressione può minacciare questo equilibrio e richiede trattamenti adeguati. Riconoscere i primi segnali di disagio mentale è essenziale per intervenire. Progetti come il video del Depression Day 2024 aiutano a diffondere consapevolezza, riducendo lo stigma e incoraggiando chi soffre a cercare aiuto professionale. Il tema I giovani e l'umore inquieto evidenzia l'importanza di comprendere i segnali di disagio emotivo nei giovani. Ignorare i sintomi può portare a conseguenze gravi, spesso segnalate dai fatti di cronaca. Il video DDay 2024 sensibilizza su questi aspetti. Tra i segnali da monitorare ci sono: ansia interna, apatia, insonnia, pensieri ossessivi e comportamenti antisociali. Il video mette in luce l'importanza di riconoscerli per prevenire l'aggravarsi della depressione e offrire supporto ai giovani in difficoltà. Riconoscere i sintomi della depressione in fase iniziale è essenziale per evitarne il

peggioramento. Il messaggio della giornata è chiaro: «Se ti prendi cura del tuo cuore, perché non della tua mente?». Il video aiuta a diffondere questo concetto. Una diagnosi precoce consente interventi tempestivi e migliora notevolmente la qualità della vita. Progetti come il video DDay 2024 forniscono strumenti utili per sensibilizzare e promuovere una cultura del benessere mentale più inclusiva e consapevole. Se hai sperimentato alcune di queste sensazioni: disturbi del sonno o dell'appetito, perdita di energia o incapacità di concentrarti, oppure se vivi sensazioni di paura, confusione o isolamento, infine se ti accorgi di fare pensieri irrazionali o senti voci immaginarie: chiedi aiuto! Parlare con un professionista può fare la differenza. Il video promosso dalla EDA sottolinea questa necessità. La European Depression Association (EDA) è impegnata da anni nella diffusione di consapevolezza sui disturbi dell'umore. Il video DDay 2024 è uno strumento chiave per aiutare le persone a comprendere che la depressione è curabile e che cercare supporto è fondamentale. Il video DDay 2024 è un potente mezzo di prevenzione e sensibilizzazione. Condividerlo su Facebook, Instagram, WhatsApp e Telegram consente di raggiungere più persone e di rompere il silenzio sulla depressione, incoraggiando chi soffre a cercare aiuto. Diffondere il video è un gesto semplice ma significativo. Aiutiamo chi soffre di depressione a comprendere che non è solo e che chiedere aiuto è il primo passo verso una vita migliore. Insieme possiamo contribuire a promuovere la salute mentale e a combattere lo stigma.

Foto e video: «DDay 2024» di Stigmamente Arte Media e Psichiatria

Video: <https://youtu.be/D2C8F3FqaL0?si=VNwBgG5fcKpPxWO>

XXI Depression Day2024



Quest'anno abbiamo voluto sottolineare l'importanza della depressione nei giovani.

Molto spesso i disturbi dell'umore e le malattie depressive hanno un esordio giovanile.

European Depression Day 2024



Giornata Europea Depressione 2024



Visualizza il video su Youtube

Scansiona il QrCode



Luigi Starace

Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

«La Pazza Gioia», un film che illustra il disturbo bipolare

/ Immacolata d'Errico /

«La Pazza Gioia» è una «grande esplorazione del disagio mentale», due ritratti di donne agli antipodi, Beatrice e Donatella. Due figure di follia, gioia e disperazione.

Beatrice: Abbiamo anche una macchina! Ci diamo alla pazza gioia!
Donatella: Siamo due pazze!

Beatrice: Tecnicamente sì. Due donne alla ricerca di una gioia che sembra per loro inarrivabile. La Pazza Gioia è un film di Paolo Virzi e sceneggiato dal regista con Francesca Archibugi. È ambientato in una comunità terapeutica, Villa Biondi, per donne con disturbi mentali e sottoposte a misure di sicurezza. Qui nasce una imprevedibile amicizia tra Beatrice Morandini Valdirana (Valeria Bruni Tedeschi) e Donatella Morelli (Micaela Ramazzotti). Villa Biondi, sulle colline pistoiesi, è un vecchio palazzo nobiliare donato dalla famiglia di Beatrice. Beatrice è una contessa snob, istrionica, chiacchierona, esuberante, bugiarda, presuntuosa, mitomane, sedicente amica dei potenti della Terra, di cui ha i cellulari. Ha da ridire sempre su tutto. Ha contribuito a sperperare il patrimonio di famiglia con i suoi colpi di testa, i suoi innamoramenti e una passione verso un criminale che l'ha sfruttata. Non ha il minimo senso e rispetto per le norme: «Sempre 'sti slanci vitali imprigionati dai regolamenti...». Si sente superiore agli altri. È incontenibile, ma crede ciecamente in quello che fa con una leggerezza che rende il personaggio estrema-

mente accattivante. Si finge anche psichiatra e tenta di somministrare terapie alla nuova arrivata, Donatella Morelli. Donatella, fragile e introversa, è magrissima, rasenta l'anoressia. È tutta tatuata e indossa un unico vestito. Estremamente silenziosa, ha un grande segreto e un lacerante dolore. Ragazza madre, le hanno tolto il figlioletto dopo il gesto sconsiderato di lanciarsi dal ponte in mare con il bimbo in braccio. Donatella per tutta la vita ha cercato sempre disperatamente l'amore di suo padre. Nel suo passato, una storia fatta di tribolazioni e abusi. E un'infinita tristezza. «Loro lo sapevano, sapevano tutto. Che piangevo, che ho sempre pianto, che piangevo per la scuola, che piangevo per i compiti. Ho sempre pianto. Sono nata triste. Depressione maggiore, hanno detto». Nate all'opposto della scala sociale, tra loro nascerà una strampalata amicizia e decideranno di fuggire assieme dal centro per darsi alla pazza gioia. E per cercare il figlio di Donatella. Saliranno sull'autobus senza biglietto, ruberanno un'auto, scapperanno da un ristorante gourmet senza pagare! S'inventeranno un'allegria sopra le righe, una pazza gioia! Una fuga piena di colpi di scena dove incontreranno madri anaffettive, padri inesistenti, uomi-

ni egoisti. Sono «due donne che si prendono (in) cura l'una dell'altra». «La pazza gioia», un film per illustrare il disturbo bipolare, in cui l'aspetto depressivo può alternarsi con l'aspetto maniacale. Ci sono vari tipi di disturbo bipolare, varie sotto-specificazioni in base alla durata nel tempo e alla gravità della malattia. Vorrei però non entrare in dettagli diagnostici, che sono di pertinenza specialistica. Mi piace, invece, dare il senso della differenza tra l'essenza dello stato maniacale e di quello depressivo. Riporto, pertanto, la descrizione fenomenologica e letteraria che il prof. Reda ha riportato nel suo trattato (1993). «Possiamo dunque paragonare il tono dell'umore ad un torrente di montagna. Quando esso è a regime di acqua normale, scorre veloce, rallenta e si dilata in piccole pozze o laghetti ove indugia un poco per riprendere il suo viaggio. Si incunea tra le rocce, supera sassi e altri ostacoli in cascatelle spumeggianti e sonore, rimuove foglie, rami e oggetti che trascina a valle o spinge sulle rive.» Questa, dice Reda, è la descrizione di un tono dell'umore normale. Una persona che affronta e supera le difficoltà quotidiane. Partecipa al mondo circostante e procede avanti nel vivere, rallentando quando opportuno, riflettendo o accelerando le sue attività e i suoi pensieri se occorre.

«Osserviamo ora quando il torrente è in secca ... e non riceve più acqua dai ghiacciai. ... L'acqua si ritira nell'alveo, si raccoglie in piccole pozze. Circola in lenti mulinelli, si dilata e si arresta quando un ramo d'albero, ... un ostacolo anche piccolo si oppongono al suo cammino, ristagna. ... I prati, gli alberi, gli orti ingialliscono, inaridiscono e, ancora, dal fondo emergono oggetti vecchi ... e stanno lì come rimorsi e il corso d'acqua non riesce a tenerli nel fondo ... ripulendosi. Diventa melmoso, sporco.» Così è per l'uomo quando si abbassa il tono dell'umore. Non ha spinte vitali né riesce a superare gli ostacoli. Il pensiero rallenta e si arena



in mulinelli di pensieri tristi. Non vive la vita che lo circonda. Gli affetti si riducono sempre di più. Il passato pesa come un macigno e il futuro non viene visto. Si rinchiude sempre di più in sé stesso. «Immaginiamo ora il torrente in piena: lo scioglimento delle nevi, le piogge lo hanno reso impetuoso e gonfio. Non più pozzi, cascatelle, laghetti. Una massa d'acqua che scorre violenta allagando le rive, abbattendo alberi, che trascina pericolosamente a valle, superando o distruggendo ripari e dighe, provocando a valle danni per campagne, industrie e paesi.» Così è per l'uomo che vive uno stato di eccitamento del tono dell'umore, detto stato ipomaniacale/maniacale. Ipomania nelle fasi di minore entità. Elevata autostima, un senso di grandiosità di sé stessi, un Io gigantesco, un eloquio veloce, parlare tanto, ricco di parole. Sino all'insalata di parole. Accelerazione del pensiero, fuga delle idee, facile distraibilità. Una persona non è in grado di seguire più le singole cose per il tempo necessario, perché poi passa ad un'altra rapidamente, fino ad avere comportamenti di tipo rischioso per sé e altri. Il senso critico viene meno. «Sciupa, rovina, distrugge». La metafora del torrente ci aiuta a capire meglio la variabilità

del tono dell'umore. Normalmente il tono dell'umore oscilla tra buon e cattivo umore, con cambiamenti in relazione ad eventi ed accadimenti che ci accadono. E così si è in grado di mantenere un equilibrio, la personalità è funzionante, anzi può essere creativa. La metafora, però, rende abbastanza bene anche la violenza della mania e la profondità della depressione. Nel momento in cui ci si scompensa, per fattori esterni (fattori del mondo) od interni (fattori interni), la sofferenza può evolvere in disturbo dell'umore. Mi sembra interessante concludere l'articolo con le parole del regista de «La pazza gioia». «[...] avevo tra le mani una dozzina di pagine di soggetto con protagoniste due pazienti psichiatriche dai caratteri opposti che si ritrovano [...] a scappar via dalla struttura clinica che le ospita. Una fuga dalle regole, dalle misure di sicurezza, dalle costrizioni della cura che diventa un girovagare sconclusionato ed euforico nel mondo fuori. Che disturbo ha? Che malattia ha? Cos'è, una bipolare? Una depressa? Una borderline? Ma interessandosi alle vicende di ciascuna [...] ci siamo appassionati proprio nel non definire l'identità di quelle persone con un referto medico. [...] Volevamo soprattutto

stare dalla loro parte. E stare dalla parte di Beatrice e di Donatella, con tutti i loro pasticci e le loro cazzate, significava riaffermare invece l'importanza, la totale preminenza della loro storia, fatta di tribolazioni, abusi, subiti e perpetrati, ma in tanti lati anche buffa, delirante, comica, scomiccherata».

Bibliografia

1. Reda G C: Psichiatria, Problemi fenomeni ipotesi interventi. II ED. Utet. Torino. 1993

Sitografia

2. <https://www.filmtv.it/film/78838/la-pazza-gioia/>

3. <https://www.stateofmind.it/2016/04/la-pazza-gioia-virzi-recensione/>

4. <https://www.comingsoon.it/film/la-pazza-gioia/52584/recensione/>

5. https://www.repubblica.it/spettacoli/cinema/2016/05/06/news/_la_pazza_gioia_-139217084/

Foto: Foto di Immacolata d'Errico, 2024, "Una sera al televisore di casa con il film La Pazza Gioia, di Paolo Virzi".



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Fotografia, medical humanities e psiche

/ Luigi Starace /

La fotografia, come strumento nelle medical humanities, è un mezzo potente per esplorare e comprendere la psiche umana.

Le medical humanities si occupano dell'integrazione di discipline umanistiche per analizzare le esperienze di malattia, salute e sofferenza attraverso una prospettiva che va oltre l'aspetto clinico. La fotografia ha la capacità di catturare emozioni complesse che a volte sono difficili da esprimere a parole. La depressione, ad esempio, è un disturbo che implica una profonda tristezza e una perdita di contatto con la realtà. La fotografia sa rappresentare quelle emozioni che sono spesso difficili da verbalizzare. La fotografia è pertanto una forma di espressione emotiva che supera le barriere linguistiche e visualizza l'inconscio. Secondo il lavoro di Hiroshi Watanabe e Linda R. Smith (2018), le immagini fotografiche possono esprimere emozioni come l'ansia, la solitudine o la speranza. Sono spesso utilizzate in contesti terapeutici per esplorare e documentare lo stato psicologico di un individuo. Le fotografie che descrivono eventi significativi nella vita di una persona possono essere un vero e proprio medium per comprendersi: passato, identità, sentimenti rimossi. In contesti clinici, la fotografia è utilizzata per esplorare l'identità e la memoria. Kirsten Neuschäfer (2020) afferma che le immagini fotografiche possono servire come strumenti terapeutici per recuperare memorie recondite o traumatiche. Attraverso ritratti e narrazioni visive, la

fotografia di documentazione può cambiare la percezione sociale dei disturbi psicologici, promuovendo una maggiore comprensione ed empatia nei confronti di chi vive con tali condizioni. Per Joan Fagot-Largeault (2008) e altri studiosi la fotografia è l'opportunità per comunicare la realtà della malattia mentale. Le immagini mostrano quella umanità spesso non percepita in chi vive un disagio psichico, riducendo le opinioni pregiudizievole, frutto frequentemente di fatti ed eventi solo riferiti. La fotografia è anche utilizzata nel trattamento psicologico per esplorare il mondo interno del paziente. Lorna Trefethen (2019) descrive come tecniche fotografiche siano impiegate nelle terapie basate sull'arte per permettere ai pazienti di esternare emozioni complesse. Ad esempio, la fotografia può aiutare a tracciare l'evoluzione emotiva del paziente nel tempo, attraverso un processo di narrazione visiva, in cui le immagini scattate dal paziente riflettono il suo stato d'animo, facilitando la comunicazione e la riflessione. La fotografia concettuale, che utilizza simboli e metafore visive, è uno strumento potente per esplorare temi complessi come la sofferenza psicologica o il trauma. Attraverso l'uso di concetti astratti e visioni metaforiche, si può rappresentare l'invisibile (non necessariamente inconscio) e creare un collegamento con l'esperienza psi-



cologica difficilmente descrivibile con le parole e il mondo visibile. Victor Burgin (2005) sottolinea che l'uso simbolico delle immagini fotografiche permette di trattare aspetti profondi e intangibili della psiche umana, come la depressione, l'ansia e l'identità. La fotografia può considerarsi anche come strumento di indagine di frontiera in una delle tematiche meno studiate della psicologia: l'inconscio collettivo. Filosofi e psicologi in passato hanno elaborato diverse intuizioni sui vari stati di proto-informazione (ciò che è una informazione non ancora decodificabile dall'intelletto). Esse sono connesse allo psichismo non cognitivo, come ad esempio le concezioni che riguardano la griglia della conoscenza proposta da W.R. Bion. Da ricordare anche le consi-

derazioni sulla conoscenza diffusa attraverso mezzi di comunicazione e non esperienze dirette nel villaggio globale di M. McLuhan. Oggi con la quantità di immagini prodotte volontariamente e con un nuovo interesse interdisciplinare dalla antropologia alla neuroestetica è possibile ipotizzare che anche queste ultime colonne d'Ercole delle scienze della psiche legate all'in-

conscio collettivo saranno esplorabili. La fotografia svolge un ruolo primario nelle medical humanities perché offre prospettive altre e uniche sulle complessità della psiche umana. Essa fa emergere emozioni e vissuti che sfuggono a un'espressione verbale. Ciò arricchisce l'esperienza sia dei pazienti sia dei professionisti della salute, spesso dediti molto ai tecnicismi della ma-

teria e poco all'approccio complessivo, a 360 gradi. La fotografia ha dunque una valenza bio psico sociale perché facilita la connessione tra pazienti, terapeuti e società. La sua applicazione, che spazia dalla documentazione alla terapia, continua a rivelarsi fondamentale nel processo di esplorazione e cura della psiche.

Bibliografia

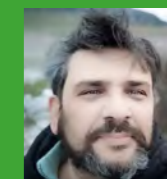
- Burgin, V. (2005). Photography, Memory and Trauma: The Conceptualization of Mental Suffering Through Image Making. *Visual Studies*, 21(1), 5-17.
- Fagot-Largeault, J. (2008). The Art of Healing: Photography as a Tool for Psychological Understanding. *Medical Humanities*, 34(3), 89-101.
- Neuschäfer, K. (2020). Memory, Identity, and Trauma: The Role of Photography in Therapeutic Settings. *Psychological Studies*, 65(2), 127-139.
- Trefethen, L. (2019). Narrating the Self: Photography in Psychological Practice. *Journal of Arts The-*

rapy, 41(1), 20-33.

5. Starace, L., Ferretti, M. (2020) Social impact of infohybrids and effects the mythopoiesis processes in the Covid19 Occidental Society. *Psychiatry Online*.

6. Watanabe, H., & Smith, L. R. (2018). The Healing Power of Images: Photography and the Exploration of Emotional Landscapes. *Journal of Visual Culture*, 17(4), 423-438

Foto: di Luigi Starace, dal portfolio "Alone without phone" anno 2024



Luigi Starace

Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

La gelosia fraterna

/ Dominique Tavormina /

La gelosia fraterna rappresenta senz'altro uno degli aspetti più comuni all'interno della vita familiare. Essa è una reazione naturale dovuta al profondo bisogno d'amore presente in ogni bambino. Tuttavia, può essere vissuta in modo sereno grazie all'aiuto dei genitori, divenendo un'importante opportunità di crescita.

Quando si parla di rivalità tra fratelli e di gelosia verso i nuovi arrivati, non si può fare a meno di riferirsi a Caino, il noto personaggio della Bibbia. Nel racconto della Genesi, nel Vecchio Testamento, Caino è il primogenito di Adamo ed Eva. Di carattere impetuoso e istintivo, Caino praticava l'agricoltura e Abele, il secondogenito, di animo buono e mansueto, la pastorizia. Caino invidiava molto Abele in quanto sentiva che Dio gli preferiva il fratello e iniziò a vivere ogni istante del proprio lavoro come una competizione, persino il momento quotidiano dell'offerta a Dio dei frutti della sua attività. Sempre più convinto della predilezione del fratello, Caino non riusciva a sentirsi gradito e benvoluto e ne fu molto irritato. A tal punto che «egli disse al fratello Abele: Andiamo in campagna!». Mentre erano in campagna, Caino alzò la mano contro il fratello Abele e lo uccise» (Genesi, 4,8). Lo psicoanalista francese Charles Baudouin, vissuto a cavallo fra il XIX e il XX secolo, coniò l'espressione complessa di Caino proprio con esplicito richiamo al racconto biblico. Egli voleva, in tal modo, descrivere efficacemente quell'insieme di sentimenti che ogni primogenito

vive quando si trova a fare i conti con l'arrivo di uno o più fratelli o sorelle. L'espressione ebbe molto successo e nel tempo fu adottata anche in campo psicologico, appunto per indicare quello stato emotivo caratterizzato da forte competizione e rivalità. Esattamente come nel racconto biblico, in cui Caino percepisce di essere rifiutato e non accettato, ma ciò non è realmente rilevabile dall'atteggiamento di Dio, tutti i primogeniti soffrono a prescindere dal comportamento errato dei genitori. Il solo fatto di non essere più gli unici a ricevere il loro amore costituisce un problema. Con l'arrivo di un secondo figlio, infatti, avviene un cambiamento nella struttura e nelle abitudini familiari che ha un forte impatto, sia positivo che negativo. Ogni situazione conseguente potrà rappresentare l'inizio di tensioni e irritabilità, in cui il primogenito, che si percepisce escluso, sarà impegnato a mantenere la propria posizione privilegiata e a non perderla per nessun motivo. Messo di fronte al fatto compiuto e costretto ad accettare il nuovo arrivato, sentirà spesso il bisogno di dimostrare di essere il fratello migliore per non restare privo dell'affetto degli altri membri della famiglia.

La gelosia nei confronti del nuovo nato è reazione molto comune e del tutto naturale ed è la risposta a una perdita, reale o temuta, dell'oggetto amato. Essa è dovuta all'affetto che il bambino prova nei confronti dei genitori, al suo forte senso di dipendenza e al bisogno che essi si occupino di lui. Naturalmente la gelosia sarà tanto più forte quanto maggiori sono il suo affetto e il suo bisogno di attenzioni esclusive. Una tipica manifestazione di ciò può essere l'aggressività fisica, ovvero la ricerca di uno scontro diretto con il rivale o anche con la madre, ritenuta colpevole di aver portato in casa un estraneo. Il conflitto può avvenire tramite un attacco mirato a fare concretamente del male oppure verbalmente con l'offesa, lo scherno e l'improprio. La gelosia infantile può, però, anche manifestarsi attraverso attacchi indiretti, ovvero tramite bugie, false accuse o malignità per screditare l'altro fratello. Bisogna dire che un'aggressività moderata rientra nella norma e non è preoccupante, in quanto contribuisce alla maturazione del bambino e alla sua capacità di superare i conflitti esteriorizzandoli. Essa, infatti, può costituire una grande prova che il bambino dovrà superare, una sorta di rodaggio indispensabile per il successivo formarsi di armonici rapporti fra pari, in cui si riprodurranno situazioni analoghe a quelle vissute in ambito familiare. Un'altra tipica manifestazione consiste nella regressione. In questo caso il figlio maggiore tende a comportarsi in maniera molto infantile per ricevere più attenzioni da parte dei genitori. I suoi modi di fare risulteranno contraddittori e torneranno a uno stadio evolutivo precedente in cui il fratello minore non era ancora presente. Ciò in quanto quel periodo di tempo viene associato a sentimenti positivi e a una vita felice. Infine, vi è un'ultima tipologia di manifestazione, quella che sembra dimostrare una presenza maggiore di disagio interno. Essa si esprime attraverso un esteriore disinteresse e insensibilità verso il fratello mi-



nore, distacco emotivo e chiusura, come una sorta di reazione depressiva. Il bambino può generalizzare tale atteggiamento e iniziare a sentirsi triste e disinteressato verso quanto lo circonda, ma non riesce a spiegare ciò che prova. Informare e preparare per tempo i bambini all'arrivo di fratellini o sorelline può senz'altro essere di aiuto, ma spesso non è sufficiente a prevenire gli atteggiamenti negativi verso i nuovi arrivati. Infatti, sarà inevitabile che il neonato dovrà assorbire dalla mamma cure, tempo e attenzioni. Una strategia efficace potrebbe essere quella di responsabilizzare il figlio maggiore affidandogli alcuni piccoli compiti di cura, ma senza forzature, aiutandolo a sentirsi importante e necessario. Un altro suggerimento potrebbe essere quello di raccomandare ai genitori di non trascurare il loro figlio maggiore e di cercare di ritagliare del tempo esclusivamente per lui, nonostante l'impegno di un neonato, Si può organizzare il suo gioco preferito, o uscire per una passeggiata, o chiacchierare occupandosi

dei suoi problemi. L'importante è non privarlo di attenzioni e soprattutto fugare in lui la paura di essere messo da parte e di aver perso il loro amore. Secondo Louis Corman (1970), infatti, autore del famoso Test sulla famiglia, la gelosia fraterna diventa pericolosa solo a causa degli errori educativi dei genitori. Un errore da evitare assolutamente, ad esempio, è quello di intervenire con eccessiva severità sui comportamenti errati dettati da gelosia. Infatti, gettare acqua sul fuoco, come si suol dire, non farebbe che peggiorare la situazione, creando nel bambino rabbia repressa, ansia e sensi di colpa. Sentirsi compresi, accettati e amati sarà molto efficace per prevenire pericolosi atti di

violenza o per evitare che il senso di gelosia possa rimanere irrisolto e addirittura estendersi fino all'età adulta. La psicoanalista inglese Susan Isaacs (1989) afferma che: «potremo aiutare il bambino solo se riusciremo a fargli capire che gli vogliamo sempre lo stesso bene e che non facciamo alcuna distinzione fra lui e il fratellino. Non è però sufficiente pensare questo dentro di noi, dobbiamo saperlo manifestare in un modo che sia comprensibile al bambino». La rivalità fraterna potrà, pertanto, risolversi in modo naturale in un ambiente familiare sereno e privo di tensioni, vale a dire ricco di amore e di armonia, tale da compensare affettivamente ogni preoccupazione e paura.

Bibliografia

1. Corman Louis: Il disegno della famiglia – Test per bambini. Bollati Boringhieri, Torino 1970.
2. Farnè Mario: Psicologia del bambino e dell'adolescente. Signorelli, Milano 1973.
3. Isaacs Susan: L'osservazione diretta del bambino. Bollati Boringhieri, Torino 1989.

Foto: Envato Elements



Dominique Tavormina

*Pedagogista Clinica
Redattrice*

Socrate non era depresso

/Maurilio Tavormina /

Il suicidio di Socrate, il suo trascurare i beni materiali, la vita semplice e la divina voce interiore che lo indirizza nelle scelte potrebbero far pensare che soffrisse di depressione. Vedremo insieme quanto la sua vita sia stata un esempio di virtù, serenità ed equilibrio psichico.

Non ci sono prove dirette e chiare che Socrate, il famoso filosofo greco, soffrisse di depressione nel senso clinico della parola. Il concetto di depressione come disturbo mentale nell'antica Grecia era molto diverso da quello attuale, oltre a non essere chiaramente definito. Si possono fare alcune considerazioni basate sui testi storici e filosofici sull'argomento, quali l'atteggiamento umano verso la morte. Socrate è spesso descritto come sereno, tranquillo e accettante riguardo alla propria fine.

Il suo discorso sulla morte, soprattutto nel Fedone di Platone, evidenzia una concezione molto filosofica e distaccata dell'esistenza e della fine della vita. La sua accettazione della condanna e il suo atteggiamento verso il suicidio imposto dimostrano che Socrate era disposto a morire per le proprie convinzioni. Esse non sembrano derivare da un desiderio di morte per sofferenza personale o per un'apatia emotiva e taedium vitae. Bensì dimostrano la coerenza e un profondo impegno verso la propria filosofia e il bene della propria anima, intrappolata dal peso del corpo. La vita di Socrate ci offre un'interessante via di conoscenza psicologica e filosofica su

come nell'antichità si viveva lo stato d'animo, la sofferenza interiore e la salute mentale. Ecco altri aspetti importanti per comprendere la complessità della personalità di Socrate. Si valuta se davvero esistano indizi che possano suggerire nel filosofo la presenza di una forma di sofferenza psicologica simile al concetto attuale di depressione. Socrate non dava peso e rifiutava le ricchezze e i beni materiali, scegliendo di vivere senza agi e in povertà. Questa rinuncia non era motivata da una semplice mancanza di interesse al benessere fisico, ma da una precisa convinzione filosofica. Socrate credeva che l'attaccamento alle cose materiali potesse distogliere l'uomo dall'essenziale, seguendo il superfluo e l'effimero. Dava sostanzialmente molta importanza alla cura dell'anima e alla ricerca della virtù. Per lui, infatti, la vera felicità non si trovava nel possesso di oggetti, potere o ricchezze, ma nella saggezza e nell'autoconoscenza. Socrate sosteneva che solo attraverso la filosofia e la riflessione critica si poteva raggiungere uno stato di equilibrio e serenità, senza dipendere dagli aspetti materiali della vita. La sua può essere considerata un'esistenza ascetica, auste-

ra ed essenziale, senza inutili pesi. Il suo non era un comportamento da barbone, o di chi non cura la sua persona afflitto da pensieri tristi e da depressione, ma una scelta spirituale di vita. Socrate parlava spesso di una voce interiore, che lui chiamava daimònion. Si tratta del celebre demone per il quale egli venne accusato di introdurre nuove divinità. Socrate allude, infatti, a una sorta di voce interiore, derivante direttamente dalla divinità, che lo mette in guardia dal compiere determinate azioni. Platone nell'Apologia di Socrate faceva dire al filosofo: «[...] in me, in più volte e in più circostanze, si verifica qualcosa di divino e demoniaco [...]; è come una voce che si fa sentire dentro, fin da quando ero fanciullo, e che, allorché si fa sentire mi trattiene dal fare che io sono sul punto di fare, mentre non mi spinge mai a fare». Daimònion era "come una voce", non "la voce divina" che vietava il

filosofo di attuare determinate cose. Daimònion distolse Socrate a partecipare alla vita politica di Atene. «Se io mi fossi messo ad occuparmi di affari dello Stato, da un pezzo sarei morto e non avrei fatto nessuna cosa utile né a voi, né a me» (Platone, Apologia). Essa potrebbe essere valutata come qualcosa di simile alla voce della nostra coscienza morale. La voce divina potrebbe essere valutata, a mio avviso, non come una forma di pensiero delirante religioso con pseudo-allucinazioni uditive. Penso invece che sia come una forma di autogoverno etico e guida morale. Una specie di Super Io freudiano che disciplina la sua vita al bene e alla virtù. Una voce divina interiore che lo guida nel suo cammino alla ricerca della verità e lo protegge dai pericoli. Divina per lui e pertanto affidabile. Socrate visse in un'epoca d'incertezza politica, caratterizzata dalla

guerra del Peloponneso e dal conflitto interno tra diverse fazioni politiche. Ciò nonostante, evitò di impegnarsi attivamente nella politica, dedicandosi invece alla filosofia e al miglioramento morale degli ateniesi. Questo suo disinteresse per la politica potrebbe sembrare un segno di delusione o rifiuto del governo politico. In realtà potrebbe essere considerato come un profondo scetticismo verso il potere, la corruzione e i compromessi della politica. Socrate era convinto che il vero cambiamento e miglioramento umano non potesse avvenire con la politica, ma solo a livello individuale, tramite un'autentica trasformazione morale. Riteneva che l'impegno politico potesse compromettere e distoglierlo dalla purezza per ricerca della verità. Scelse di restare fedele al suo fine filosofico senza essere distratto e farsi coinvolgere dalle lotte di pote-

re. La serenità con cui Socrate affrontò la condanna a morte è eccezionale ed è uno degli aspetti più straordinari della sua filosofia. Come racconta Platone nel dialogo del Critone, Socrate, pur sapendo di essere stato ingiustamente condannato, rifiutò le proposte di fuga dal carcere dei suoi discepoli. Essi avevano organizzato la sua evasione corrompendo i carcerieri. Socrate non fuggì dalla sua condanna perché «è meglio subire ingiustizia piuttosto che commetterla» (Platone, Gorgia). Egli accetterà serenamente la morte in quanto non è un male. Essa è un sonno senza sogni oppure darà la possibilità di visitare un mondo migliore. «Ma è ormai venuta l'ora di andare: io a morire, e voi, invece, a vivere. Ma chi di noi vada verso ciò che è meglio, è oscuro a tutti, tranne che al dio.» (Platone, Apologia di Socrate). L'andare incontro alla morte non è





la ricerca della stessa come nella persona affetta da grave depressione, tanto che si difende nel suo processo ad Atene. Per Socrate la morte è un liberarsi della gravosità del corpo e un totale distacco dalla materia, con sublimazione dell'anima. Aristotele (Problema XXX), discepolo di Platone, scrisse che gli uomini di grande intelligenza e talento erano spesso inclini alla melanconia (termine greco, malinconia). Egli attribuiva la malinconia alla tendenza degli individui eccezionali a riflettere profondamente su sé stessi e sul mondo, portandoli a esperire momenti di tristezza o introspezione. Tuttavia, a mio avviso, questa osservazione non si applica direttamente a Socrate. Anche se

potrebbe farci pensare che alcune personalità filosofiche abbiano una maggiore tendenza alla riflessione e stati d'animo più complessi. Non abbiamo, però, informazioni sufficienti per affermare che Socrate avesse questa malinconia così come intesa da Aristotele. Al contrario, la sua personalità appare improntata a un continuo equilibrio tra riflessione e serenità interiore. Il dolore e la sofferenza, sia fisica sia emotiva, non sono, per Socrate, necessariamente dei mali in sé. Egli insegnava che è possibile affrontare il dolore senza esserne oppressi, perché il vero male, per lui, era l'ignoranza e non la sofferenza stessa. Egli riteneva che solo un individuo ignorante si lasciasse dominare dalle emozio-

ni negative e dagli istinti. Invece il filosofo era capace di mantenere il controllo su di esse tramite la razionalità e la conoscenza. Questo atteggiamento è un segno di grande resilienza, autocontrollo e volontà di non farsi sopraffare dal dolore. Tale aspetto manifesta come Socrate vedesse la sofferenza come un'occasione per esercitare la virtù e rafforzare la propria anima, invece che una condanna insopportabile. Non è una ricerca masochistica del dolore. Non è una passiva sopportazione o una tenace resistenza, né un sofferente abbandono al dolore psichico, così come si manifesta nelle persone depresse. Nei dialoghi platonici, Socrate appare sempre calmo e riflessivo, anche di

fronte alle provocazioni o alla sofferenza. In conclusione, la personalità di Socrate, così come descritta dai suoi discepoli, non mostra alcun segno di malattia simile alla depressione. Invece, egli manifesta una serenità interiore non comune ed è capace di affrontare le difficoltà

della vita e la sua morte con accettazione e coraggio. Lontano dall'essere depresso Socrate, uomo eccezionale, sembra aver trovato nella filosofia una fonte di pace e di stabilità psichica. Essa permetteva al grande filosofo di vivere ed affrontare le prove più difficili, con equi-

librio e lucidità. La sua vita e il suo pensiero suggeriscono un modello di resilienza psicologica basato sull'auto-conoscenza, la ricerca della virtù e la fede in una verità superiore. Invece che una visione scoraggiata, disillusa o depressa dell'esistenza.

Bibliografia

1. Aristotele. Problema XXX (conosciuto come Problemi di Aristotele). Traduzione e commento a cura di Claudio Moreschini, Roma: Laterza, 2001.
2. Platone. Apologia di Socrate, Fedone, e altri dialoghi socratici. Dialoghi, a cura di Giovanni Reale, Milano: Bompiani, 2008.
3. Platone, Fedone, Garzanti, Milano 2005, 117 a-118 a, pp. 151-55.
4. Reale, G. Storia della filosofia antica, vol. I: Dalle origini a Socrate. Milano: Vita e Pensiero, 2004.

5. Platone, Gorgia. Editori Laterza, 1997

Foto: Socrate, foto di Anne O'Sullivan, ad uso gratuito, <https://www.pexels.com/it-it/foto/uomo-arte-seduto-statua-26887007/>

Foto: La morte di Socrate - Di Jacques-Louis David - <https://www.metmuseum.org/collection/the-collection-online/search/436105>
 Pubbl. codominio, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=28552>. Wikipedia.



Maurilio Tavormina

*Medico Psichiatra
Direttore Editoriale*

La mente altrove

/ Luigi Starace /

La mente altrove è un saggio che raccoglie scritti molto eterogenei sul rapporto fra cinema e psiche. La mente altrove offre contributi provenienti da diverse aree del sapere: medicina, psicologia, filosofia e critica cinematografica. Nella mente altrove si ritrovano anche diverse sensibilità terapeutiche che offrono nuove prospettive sul rapporto fra immagini in movimento e vissuto personale.

Hanno cercato in tanti di descrivere cosa succede, quando si guarda un film. Altri ne hanno descritto le relazioni fra mente del regista e quella dello spettatore, rifoderando la psico-dinamica di qualunque matrice col vellutino da cinema d'essai (cinema d'autore, non commerciale). Una rondine dello psicoanalista Cesare Musatti (Cinema e psicoanalisi, 1950) non fa tendenza, si diceva... E in Italia non c'è stato alcuno a raccogliere il testimone per decenni. Eppure, Fellini, Antonioni, Ferreri, Bellocchio, Bertolucci e Moretti (non sono gli unici) hanno fornito materiale per critica e psicoanalisi per lustri. Occorre arrivare al termine del millennio per veder fiorire l'interesse nel Belpaese. Tornando al ricco saggio *La mente altrove*. La mente altrove è un saggio collettivo che esplora il complesso rapporto tra cinema, psiche e psicoanalisi, raccogliendo contributi interdisciplinari provenienti da psicologia, medicina, filosofia e critica cinematografica. Il libro rappresenta un importante passo avanti nella riflessione italiana su come le immagini in movimento influenzino il vissuto personale e

collettivo. Esso ha raccolto la sfida di produrre materiale significativo italiano sul rapporto fra mente e cinema, riuscendo a sondare grazie al cinema alcune dimensioni della profondità dell'animo umano. La mente altrove, se fosse un film, sarebbe uno di quelli in cui il prologo suggerisce il finale, lasciando al lettore il piacere di scoprire il percorso. La struttura non obbliga a una lettura lineare: ogni contributo è un tassello che collega discipline, esperienze terapeutiche e l'arte cinematografica. Tra gli autori, Luigi Pavan riflette su opere come *Diario di una schizofrenica* e *Manhunter*, affrontando il tema del suicidio. Massimo De Mari offre una panoramica sull'intersezione tra psicoanalisi e cinema, con un focus sul lavoro di Gabbard, rendendo il testo accessibile anche ai non esperti. Simona Argentieri analizza le nevrosi belliche nei film di guerra, mentre Riccardo Dalle Luche esplora il delirio attraverso il linguaggio cinematografico. Alberto Sacchetto indaga il disturbo dissociativo con uno studio approfondito di *Psyco*, mentre Stefano Marino analizza l'esistenzialismo nel cinema di Nanni

Moretti. Il risultato è una riflessione corale, capace di offrire nuove prospettive sul potere delle immagini. Il libro è diviso in tre sezioni: 1- *Dolly*: una panoramica storica e concettuale che collega gli studi precedenti al presente. 2- *Zoom*: saggi a carattere clinico che analizzano il cinema come strumento terapeutico e sociale. 3- *Close-up*: approfondimenti sulla memoria, con uno sguardo alla funzione della psiche nel processo creativo e narrativo. Questa struttura richiama una sequenza cinematografica che si avvicina progressivamente al nucleo emotivo, invitando il lettore a immergersi in un'analisi a più livelli. Nell'insieme, infine, i saggi propongono, in meta-lettura, un *modus indagandi* cibernetico con quattro dimensioni proposte. Nessuna novità, ma l'averle sapute avvicinare e l'averle lette così una dopo l'altra, mi spingono a riassumerle così: dalla tridimensionalità al linguaggio espressivo, il senso

del tempo nell'esperienza visiva, le emozioni dello spettatore, vivere in gruppo l'esperienza visiva. Vittorio Volterra esplora il montaggio cinematografico come specchio della mente umana, analizzando il rapporto tra trauma e linguaggio visivo. Elena Grassi e Massimo De Mari approfondiscono la rappresentazione del "doppio" nei film, confermando il potenziale del cinema per stimolare la riflessione psicoanalitica. Ignazio Senatore traccia una linea storica tra la memoria e l'innovazione nel montaggio, mentre Alberto Spadoni esplora le radici psicologiche nel cinema di Fellini. Pietro Roberto Goisis offre una riflessione sull'introspezione dello spettatore, mentre Maria Vittoria Costantini e Paola Golinelli intrecciano neuroscienze e psicoanalisi in un'analisi di *Strange Days* e *Betrayal*. Infine, Gian Piero Brunetta esplora il cinema come macchina mitopoietica e Luciano Arcuri analizza l'impatto del cinema

sui mass media, riflettendo sul suo potere trasformativo e la sua capacità di plasmare identità collettive. *La mente altrove* offre agli amanti del cinema uno sguardo nuovo su come le immagini in movimento possano diventare un veicolo per esplorare le profondità dell'animo umano. La varietà di film analizzati e la ricchezza dei contributi interdisciplinari lo rendono una lettura imprescindibile per chi ama il cinema che fa riflettere. Questo saggio rappresenta un'opportunità unica per i professionisti della psicoanalisi

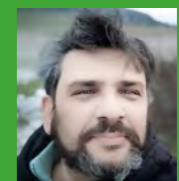
e della psicoterapia di ampliare il proprio orizzonte, scoprendo come il cinema possa essere utilizzato come strumento terapeutico e come specchio per comprendere meglio le dinamiche della psiche e delle emozioni. Anche chi non è esperto di cinema o psicoanalisi troverà in *La mente altrove* una fonte di ispirazione. Il libro invita il lettore a riflettere sulla propria esperienza di spettatore e su come i film possano influenzare la percezione di sé e del mondo, offrendo uno stimolante viaggio nel dialogo tra arte e mente.



Dettagli editoriali del saggio

1. De Mari M, Marchiori E, Pavan L. (a cura di) *La mente altrove*. Franco Angeli Editore. Collana psicoanalisi e psicoterapia analitica, 2004

Fotocomposizione: "La mente altrove" di Luigi Starace, 2024, con la copertina del libro omonimo sopra indicato.



Luigi Starace

Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

L'auto mutuo aiuto nelle scuole. Un metodo di prevenzione per il disagio giovanile

/ Wilma A.R. Di Napoli /

Ansia, depressione, bullismo, isolamento, difficoltà scolastiche o familiari, autolesionismo, rischio suicidario. Sono molte i pericoli che i giovani oggi si trovano ad affrontare. L'auto mutuo aiuto nelle scuole può rivelarsi una strategia preziosa di sollievo e di supporto. Valida per gli alunni e per il personale scolastico.

Le scuole sono molto più che semplici luoghi di apprendimento. Sono ambienti di crescita, di relazioni e, spesso, il primo spazio in cui si manifestano segnali di disagio psicologico nei giovani. Tra le strategie di prevenzione, l'auto mutuo aiuto nelle scuole può rivelarsi uno strumento particolarmente potente, capace di coinvolgere direttamente gli studenti nella costruzione del loro benessere emotivo e relazionale. L'auto mutuo aiuto è un approccio basato sul principio della condivisione tra pari. Nei gruppi di auto mutuo aiuto nelle scuole, gli studenti con esperienze di difficoltà emotiva o sociale si incontrano in uno spazio sicuro per confrontarsi e sostenersi reciprocamente. Questi gruppi, guidati da facilitatori esperti, non sono semplicemente luoghi di sfogo, ma veri e propri laboratori in cui si costruiscono competenze

emotive e relazionali.

L'elemento chiave è l'assenza di giudizio: ogni partecipante è visto non come problema da risolvere, ma come una persona che porta la propria esperienza per arricchire quella degli altri. Questo approccio valorizza la dimensione orizzontale del confronto tra pari, che spesso risulta più efficace dell'intervento diretto di un adulto, percepito come autorità. Le potenzialità preventive dell'auto mutuo aiuto nelle scuole. 1- Riconoscere e affrontare il disagio prima che si aggravi. I gruppi di auto mutuo aiuto nelle scuole creano uno spazio in cui i giovani possono parlare apertamente delle proprie difficoltà. Questo è cruciale, perché il disagio psicologico, se non intercettato in tempo, può evolvere in disturbi più gravi come la depressione o il ritiro sociale. Grazie al confronto con i coetanei,

molti ragazzi riescono a identificare precocemente le proprie emozioni, dando loro un nome e, soprattutto, trovando modi per gestirle. 2- Rompere l'isolamento emotivo. Uno degli effetti più nocivi del disagio giovanile è il senso di solitudine, che spesso porta i ragazzi a pensare di essere gli unici a vivere certe difficoltà. Nei gruppi di auto mutuo aiuto, invece, scoprono che non sono soli: altre persone vivono esperienze simili, e insieme è possibile trovare soluzioni o, semplicemente, sentirsi compresi. Questo senso di appartenenza è una potente arma contro l'isolamento. 3- Promuovere l'autoefficacia. L'auto mutuo aiuto nelle scuole non si limita a offrire supporto emotivo: incoraggia i ragazzi a diventare parte attiva nel loro processo di benessere. Essere ascoltati e ascoltare gli altri aiuta a sviluppare fiducia in sé stessi e la consapevolezza di poter affrontare le sfide. Questo aumenta il senso di autoefficacia, un fattore protettivo contro ansia e depressione. 4- Prevenire comportamenti a rischio. Molti comportamenti problematici tra i giovani, come l'uso di sostanze, il bullismo o l'autolesionismo, sono legati a un disagio che non trova altri modi di esprimersi. Nei gruppi di auto mutuo aiuto i ragazzi imparano a canalizzare le loro emozioni in modi più costruttivi, riducendo la probabilità che ricorrono a comportamenti disfunzionali. Perché i gruppi di auto mutuo aiuto siano efficaci nel contesto scolastico, è necessario favorire e promuovere attentamente il loro inserimento. 1- Formazione dei facilitatori. I gruppi di auto mutuo aiuto necessitano di un facilitatore formato, che sappia creare un ambiente sicuro, stimolare la partecipazione e guidare il confronto. Questo ruolo può essere ricoperto da psicologi scolastici, educatori o anche insegnanti con una formazione specifica. In alcuni programmi di prevenzione viene anche sottolineato l'enorme potenziale di formare alunni come facilitatori, in un meccanismo di supporto tra pari



(peer to peer) estremamente virtuoso ed efficace. 2- Coinvolgimento degli studenti. È fondamentale che i gruppi non siano percepiti come un'imposizione, ma come un'opportunità. Il coinvolgimento attivo degli studenti nella progettazione e gestione dei gruppi (ad esempio, attraverso il contributo di rappresentanti di classe) può favorire un maggiore senso di appartenenza. 3- Integrazione con il contesto scolastico. L'auto mutuo aiuto dovrebbe far parte di un approccio più ampio al benessere scolastico. Dovrebbe essere integrato con altre iniziative di prevenzione, come programmi di educazione emotiva, sportelli psicologici e campagne di sensibilizzazione sul benessere mentale. 4- Monitoraggio e valutazione. Per garantirne l'efficacia, è corretto monitorare regolarmente il funzionamento dei gruppi auto mutuo aiuto nelle scuole e raccogliere feedback dai partecipanti. Questo permette di adattare gli interventi alle esigenze specifiche degli studenti. Quando i gruppi di auto mutuo aiuto vengono introdotti con successo nelle scuole

i benefici non riguardano solo i singoli partecipanti, ma l'intera comunità scolastica. Il confronto tra pari favorisce una cultura di ascolto e rispetto. Ciò può contribuire a ridurre fenomeni come il bullismo e aumentare il senso di coesione tra gli studenti e col personale scolastico. Docenti e alunni imparano anche a dialogare in modo più autentico e rispettoso, in uno scambio reciproco. La scuola diventa così un luogo in cui i ragazzi si sentono accolti non solo come studenti, ma come persone, con le loro emozioni e difficoltà. L'auto mutuo aiuto non è solo una risposta al disagio giovanile, ma un potente strumento di prevenzione che può essere integrato con successo nelle scuole. Fornire

ai giovani uno spazio per condividere e affrontare insieme le difficoltà li aiuta a sviluppare competenze fondamentali per la vita: empatia, resilienza e capacità di gestire le sfide. Investire su questo tipo di interventi non significa solo prevenire il disagio. Consente di crescere una generazione più consapevole e solidale, capace di affrontare con forza le complessità del mondo di oggi.

King M, Cuijpers P, Bruffaerts R, Auerbach RP, Kessler RC, Ebert DD. Efficacy and cost-effectiveness of an unguided, internet-based self-help intervention for social anxiety disorder in university students: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019 Jun 25;19(1):197.

Foto: Envato Elements

Bibliografia

1. Calear AL, McCallum SM, Christensen H, Mackinnon AJ, Nicolopoulos A, Brewer JL, Werner-Seidler A, Morse AR, Kazan D, Farrer LM, Kappel L, Batterham PJ. The Sources of Strength Australia project: A cluster randomised controlled trial of a peer-connectedness school-based program to promote help-seeking in adolescents. *J Affect Disord*. 2022 Feb 15;299:435-443.

2. Kählke F, Berger T, Schulz A, Baumeister H, Ber-



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