Periodico dell' EDA Italia Onlus, associazione italiana sulla depressione - Anno IV , Numero 1 - aprile 2025 - Autorizzazione n° 1483 del 06/09/2021 Tribunale di Avellino

Depressione Stop

Vincere la depressione: i giovani e la vita

Battere la depressione maggiore

Il perdono fa bene alla salute

La consapevolezza del disturbo dell'umore

Gratificazioni e dopamina nei giovani

Il dolore emotivo nei giovani

Il digiuno, una strana storia

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

Editore

Foto di copertina: Envato Elements

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

Editoriale
I giovani e maestri di vita

/ Francesco Franza /

Il primo numero di Depressione Stop del 2025 continua il discorso iniziato con il numero precedente del 2024. Mai come in questo periodo storico è importante focalizzare l'attenzione sui giovani e il loro disagio da parte degli operatori della salute mentale. Cercare di intercettare i primi sintomi e porvi rimedio condiziona definitivamente la vita futura dei giovani.

Durante l'abituale riunione redazionale della rivista Depressione Stop è stato stabilito all'unanimità di continuare ad affrontare il disagio giovanile. I mass media sono continuamente fonte tempestiva e inesauribile di informazioni riguardanti la vita dei giovani. I giovani sono descritti come inquieti. Pagine di stampa e di social sono invase dal concetto di fluidità, di senso di vuoto e di grave disagio giovanile nella vita attuale. È, tuttavia, sempre un disagio e/o una inquietudine naturale? Essi saranno, invece, pur sempre necessari? L'adolescenza e la gioventù sono periodi della vita carichi di profondi cambiamenti fisici e psicologici. I giovani si preparano ad affrontare la vita e le sfide future. È un periodo di trasformazione e di turbamenti, non potrebbe che essere altrimenti. Quando si cerca di affrontare il tema della vita dei giovani ci si trova di fronte ad un universo fatto di stelle diverse per dimensione, colore e lontananza. Ci si confronta con un flusso di energia vitale, un universo vitale. Ogni adolescente ha la sua vita, la sua storia, seppur ancora breve, e con aspettative e speranze. Ogni giovane è alla ricerca del proprio percorso di vita, per trasformare e migliorare ciò che è stato lasciato loro. Esamina con uno sguardo oltre la vita che lo circonda. È compito delle madri e dei padri non spegnere questa energia di vita, ricca di speranza e di aspettativa. Non è, tuttavia, facile. Sopraffatti dai riti quotidiani e dalle proprie aspettative di vita gli adulti, spesso, non riescono

a vedere i propri ragazzi. O forse non hanno gli strumenti per vederli. Spaventati dall'inevitabile divario, a volte gli adulti cercano di sostituirsi a loro per dare un senso alla propria vita. Fanno di tutto per "mantenersi giovani". Pensano come i giovani, si vestono come i giovani, mostrandosi come modelli da seguire. Sono gli "adulti giovani" che imperversano nella nostra vita e nei nostri social. La figura del modello genitoriale rischia di essere distrutta lasciando spazio alla sostituzione della "vera gioventù". I giovani sanno, i giovani conoscono, i giovani insegnano. È stato sempre così. Lo scontro generazionale è la normale evoluzione della crescita della umanità. I giovani fanno semplicemente i giovani. Ciò che probabilmente è vacillato è l'oggetto verso il quale gli adolescenti si rivolgono nella lotta contro la trasformazione. Possono scontrarsi i giovani veri verso gli adulti giovani? Ansiosi ma pronti a combattere spesso contro con un vuoto sono avvolti da un silenzio assordante. Tale vuoto, pertanto, non è quello degli adolescenti ma è quello della assenza del ruolo dei maestri adulti. Il giovane vive una tendenza della società che Massimo Recalcati (2017) ha descritto come un «processo di evaporazione» delle figure maestre di vita. Spinti verso il futuro della propria vita, i giovani rischiano di non trovare più dei punti di riferimento, ma spesso scoprono il vuoto. Questo vuoto può creare angoscia e portare al disagio mentale. Ultimamente c'è la tendenza, forse la moda, a parlare del cosiddetto vuoto dei giovani. Ma il vuoto è l'antitesi della gioventù. La gioventù è ricca, è travolgente, è piena di energia. Probabilmente il vuoto che trovano è il mondo e la vita che li circonda. Sono divertenti gli "adulti o i vecchi giovani" ma solo se mantengono il ruolo di maestri di vita. «Viviamo ormai in una società senza più madri né padri» (Paglia, 2025), perché hanno paura del vuoto. Noi come comunità educante dobbiamo sostenere gli adulti e farli crescere. Probabilmente si, se la paragoniamo alla vita che abbiamo conosciuto. Sarebbe meglio, tuttavia, riformulare la domanda. Stiamo assistendo a un cambiamento naturale della evoluzione dell'umanità? La risposta è certa. È sì. È il naturale cambiamento che è stato da sempre il motore dell'umanità. I giovani ne sono, come sempre, il motore. Ma gli adulti, non gli adulti giovani, hanno il compito di modulare, raccogliere, sostenere e nutrire questo motore. Devono essere presenti, valutare e intervenire se necessario. Facendo rinascere il ruolo della comunità educante possono fungere da guida (Aldi, 2019). Devono anche intervenire quando il motore dà segnali di disagio per evitare la rottura. L'intervento guida può essere fatto solo con l'acquisizione di competenze e il consolidamento di una cultura del sapere. I maestri di vita non possono improvvisare. Possono sbagliare, ovviamente. Riconoscendo i limiti delle proprie competenze. I maestri di vita hanno la capacità di osservare e di osservarsi, di riconoscere gli errori dei giovani, ma anche i propri errori e correggerli (Carofiglio, 2024).

Bibliografia

Aldi G. Riscoprire l'autorità. Come educare alla libertà. Enea Edizioni; 2° ed, 2019

Carofiglio G. Elogio dell'ignoranza e dell'errore. Giulio Einaudi editore, 2024

Paglia V. Il primo giorno di un mondo nuovo. Raffaello Cortina editore, 2025

Recalcati M. Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna. Raffaello Cortina editore; 2° edizione, 2017

Foto: Envato Elements

Francesco Franza

Medico Psichiatra

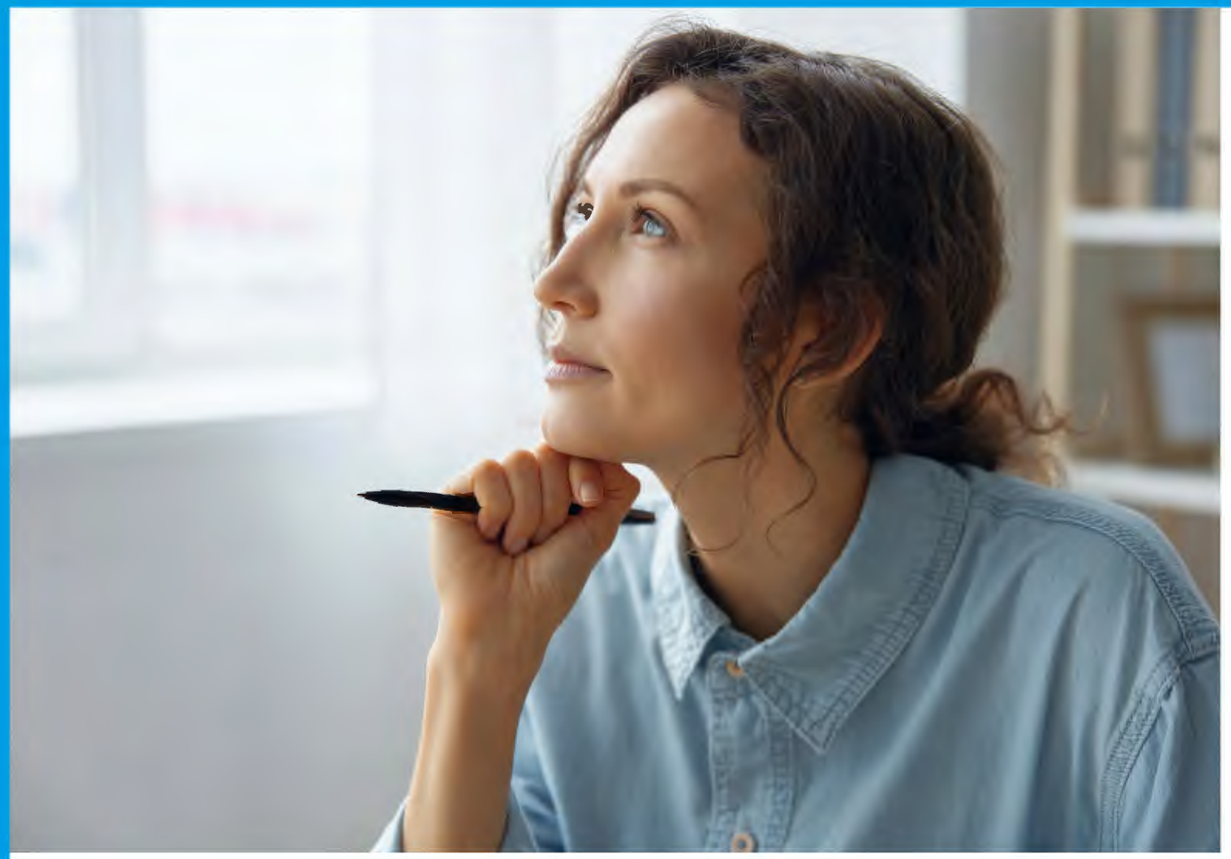
Direttore Responsabile

Battere la depressione maggiore. Un obiettivo raggiungibile

/ Maurilio Tavormina /

La ricerca scientifica sulla depressione maggiore è in continua attività. La genetica, le cause infiammatorie croniche, le alterazioni ormonali, il coinvolgimento di nuovi neurotrasmettitori nella malattia e l'aiuto dell'intelligenza artificiale facilitano la diagnosi e la terapia.

La depressione maggiore è un disturbo mentale in progressivo aumento, in particolare dopo la recente pandemia di COVID-19 con incremento del 25% insieme ai casi di ansia (OMS, 2022). È una malattia frequente caratterizzata da un grave depressione dell'umore con perdita di piacere e interesse nel quotidiano, per almeno due settimane. Sono presenti pensieri negativi, disistima, colpa, apatia, disturbi neurovegetativi, alterazioni del sonno, dell'appetito, compromissione della vita relazionale e lavorativa (DSM-5 TR). La depressione maggiore è diversa e più grave della depressione reattiva e conseguente ad episodi o eventi negativi. Soprattutto va distinta dalla semplice e normale tristezza causata dalle avversità della vita. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità circa 280 milioni di persone nel mondo soffrono di depressione (il 3,8% della popolazione). Tra cui il 5% degli adulti (4% uomini e 6% donne) e il 5,7% degli adulti di età superiore ai 60 anni. La depressione è più frequente tra le donne e oltre il 10% delle donne incinte, o che hanno appena partorito, soffre di depressione. Ogni anno più di 700.000 persone muoiono a causa del suicidio. Il suicidio è la quarta causa di morte nella fascia di età compresa tra i 15 e i 29 anni. Il 75% delle persone nei paesi a basso e medio reddito non riceve alcun trattamento (WHO, 2023). Leggendo questi dati potremmo scoraggiarci e pensare in negativo. Ci sono comunque trattamenti terapeutici noti ed efficaci per vincere la depressione maggiore, anche se alcuni pazienti non rispondono positivamente alla terapia farmacologica. In questo articolo parlerò di recenti scoperte scientifiche sulla genetica, diagnosi con l'aiuto dell'intelligenza artificiale e sulla terapia. La causa della depressione maggiore è complessa e multifattoriale e ancora oggi non è nota e precisamente individuata. Concorrono spiegazioni biologiche, psicologiche e sociali. Tra gli squilibri neurochimici è spesso associata una carenza di neurotrasmettitori come la serotonina, dopamina e noradrenalina. Questi composti chimici sono fondamentali per la comunicazione tra le cellule nervose e influenzano il tono dell'umore (Morgese, 2018). Secondo un recentissimo studio di Valeria Mondelli (2025) del King's College di Londra, pubblicato su Biological Psichiatry nelle adolescenti depresse è modificata la "via della chinurenina". Uno squilibrio nella metabolizzazione del triptofano (precursore della serotonina) può portare a un aumento di sostanze neurotossiche (l'acido chinolinico) e a una riduzione di sostanze neuroprotettive (l'acido chinurenico). Questo fenomeno è particolarmente evidente nelle ragazze e spiega in parte la maggiore incidenza della depressione nelle donne (ANSA, 2025). Gli estrogeni ed il testosterone hanno una importante azione antidepressiva naturale. La caduta dei livelli estrogenici è correlata



anche a gravi depressioni, come nel post partum (State of Mind, 2018). Recentemente in uno studio di Harrington et al (2025) vengono messi in relazione la probabilità di sperimentare episodi depressivi pre/post partum con una predisposizione genetica a fluttuazioni ormonali. Queste fluttuazioni a loro volta sono associate ad alterazioni dei gangli della base, aree cerebrali evolutivamente molto antiche, coinvolte nella regolazione delle emozioni e della motivazione. Altri studi evidenziano l'importanza dello stress prolungato nel causare la depressione, insieme ad altri fattori predisponenti, sociali e psicologici. L'iperattività dell'asse HPA (ipofisi ipotalamo, surrene) è alla base della risposta dell'organismo al superlavoro e allo stress. Si ha un notevole incremento dell'ormone cortisolo, oltre all'aumento delle dimensioni dell'ipofisi e delle ghiandole surrenali. L'eccesiva attivazione dell'asse HPA è presente nel 50% delle persone depresse. Gli antidepressivi ne attenuano iperattività e i livelli di cortisolo (Shadrina et al, 2018). Gli studi sulla famiglia e sui gemelli hanno fornito una forte evidenza del contributo dei fattori genetici al rischio di depressione. La possibilità di ammalarsi nei gemelli omozigoti è del 37%. I dati degli studi sui familiari mostrano un aumento da due a tre volte del rischio di depressione nei figli di pazienti depressi. Allo stato sono stati analizzati più di cento geni candidati ad identificare le possibili associazioni tra loro e il rischio di depressione o dei suoi sintomi. Tra i geni interessati è stato analizzato l'SLC6A4 che definisce il trasportatore della serotonina. Esso ha un ruolo attivo nel mantenimento del livello di serotonina nello spazio presinaptico (Shadrina et al, 2018).

Anche la dopamina e la noradrenalina (neurotrasmettitori cerebrali) svolgono un ruolo importante nella depressione e sono regolati dall'azione di più geni nel coinvolgimento dell'umore. La dopamina ha un'azione importante nei meccanismi della motivazione all'azione, del piacere e della ricompensa. La noradrenalina ha un ruolo sull'umore e la risposta allo stress. Sono importanti anche i geni che controllano lo sviluppo e la funzione di specifiche aree del cervello (l'amigdala e corteccia prefrontale) coinvolte nelle emozioni e nella depressione. La mancata individuazione del gene responsabile della malattia in modo diretto e trasmissibile ereditariamente indica che vi è un'interazione di più geni per una predisposizione familiare ad ammalarsi. La depressione maggiore per manifestarsi comunque necessita di un concorso di più cause: biologiche, psicologiche e sociali. La predisposizione potrebbe solo favorirne l'insorgenza. La depressione coinvolge l'intero corpo, non è una malattia solo del cervello. Gli studi scientifici negli ultimi 15 anni hanno evidenziato che essa, in alcuni casi, potrebbe essere legata a un malfunzionamento del sistema immunitario, che invecchia precocemente. Tale invecchiamento delle cellule immunitarie comporterebbe una modifica del tipo e della qualità delle citochine prodotte. Esse sono delle molecole mediatrici della risposta infiammatoria. Lo stato infiammatorio persistente indebolisce il corpo e nel cervello comporta una ridotta produzione di serotonina ed altri neurotrasmettitori, necessari al controllo emotivo e cognitivo. Il 30-50% delle persone con disturbi dell'umore presenta uno stato infiammatorio clinicamente identificabile. La depressione, in particolare quella resistente alle terapie antidepressive tradizionali, è accompagnata da uno stato infiammatorio dell'intero organismo (Benedetti, 2024). La cura non si giova dell'uso di antinfiammatori per la guarigione, ma del trattamento con modulatori della risposta infiammatoria. È utile ristabilire l'equilibrio funzionale delle nostre difese immunitarie con l'interleuchina 2. Essa è una molecola, normalmente presente nell'organismo, che ha la funzione di modulare la risposta immunitaria e l'infiammazione, influenzando l'attività dei linfociti T. Lo studio scientifico pubblicato nel 2024 sulla rivista Brain Behawior, and Immunity ha mostrato che basse dosi di interleuchina 2 (citochina) aveva migliorato la risposta dei pazienti agli antidepressivi e aumentava i linfociti circolanti (specifiche cellule immunitarie) (Poletti et al. 2024). La ricerca scientifica mira ad individuare il profilo della depressione nei singoli pazienti per personalizzare la strategia terapeutica più idonea. La depressione maggiore è un disturbo mentale comune e ha molte manifestazioni cliniche e varie cause di malattia. L'uso dell'intelligenza artificiale potrebbe aiutare i medici nell'esame del paziente e nella diagnosi, oltre facilitare il loro compito nel prevedere gli esiti della malattia. Bisogna considerare e valutare un numero elevato di variabili e interazioni complesse tra sintomi, aspetti clinici, dati di neuroimaging, genetica e biomarcatori (Ricci et al, 2025). Nella diagnosi è importante individuare la depressione maggiore resistente a due e più interventi farmacologici a dosi adeguate e per un tempo sufficiente. In quanto è necessario modificare la cura e personalizzarla al paziente. Come abbiamo visto le cause che agiscono sulla depressione possono essere varie e gli interventi terapeutici sono specifici nell'indirizzo della cura biologica, psicologica, fisica e sociale. Uno dei principali limiti degli antidepressivi tradizionali è la lentezza dell'azione terapeutica nel vedere l'efficacia curativa (2-3 mesi), con il paziente esposto al rischio di peggioramento dei sintomi. Oltre ovviamente agli effetti collaterali dei farmaci. La ricerca scientifica ha individuato nuovi neurotrasmettitori come il GABA e l'acido glutammico implicati nella depressione. Ciò ha portato all'impiego di nuovi farmaci che modulano il sistema del glutammato, quali la ketamina e l'esketamina. Essi hanno un'azione antidepressiva rapida. L'esketamina, somministrata come spray, è approvata anche in Italia nella depressione maggiore resistente agli antidepressivi. Un'altra novità sono i farmaci che modulano il GABA come il brexanolone e lo zuranolone, approvati in America nella depressione post partum (Fagiolini, 2025). La depressione maggiore è causata da più fattori che interagiscono tra loro, quali una variante di combinazione genetica, fisica, ambientale e psicologica. La predisposizione familiare ad ammalarsi ha un ruolo importante nel determinare la malattia. Nonostante non ci sia un singolo gene della depressione, le varianti genetiche possono aumentare il rischio di ammalarsi. Soprattutto quando si interagisce con fattori infiammatori cronici e cause ambientali come lo stress e il trauma. È comunque determinante un approccio terapeutico integrato farmacologico, psicologico e sociale, oltre ad un corretto stile di vita, benefici dell'attività fisica e una corretta alimentazione. Ad esempio, il consumo di agrumi (ricchi di vitamina C) per migliorare il microbioma intestinale e le difese immunitarie. La ricerca scientifica continua su ques ti fronti. Essa ci aiuterà a comprendere meglio le cause della depressione e come sviluppare efficaci trattamenti mirati e personalizzati.

Bibliografia

1. ANSA/Salute e benessere. Sostanze neurotossiche legate alla depressione nelle adolescenti. 2025

2. Benedetti F. Depressione: una malattia di tutto il corpo. I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele 2024

3. Fagiolini A. Depressione: come si cura? Le novità della ricerca. Fondazione Veronesi, 2025

4. DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore. 2023

5. Harrington Y A, Benedetti F et al. History of Peripartum Depression Moderates the Association Between Estradiol Polygenic Risk Scores and Basal Ganglia Volumes in Major Depressive Disorder. Biolg. Psichiatry. Science Direct 2025. doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.09.011

6. Morgese M. Nel tunnel della depressione: uno sguardo alle principali spiegazioni biologiche e psicologiche. State of Mind. 2018

7. OMS Covid-19 aumenta del 25% i casi di ansia e depressione

8. Poletti S, Benedetti F et al. Low-dose interleukin 2 antidepressant potentiation in unipolar and bipolar depression: Safety, efficacy, and immunological biomarkers. Brain, Behavior, and Immunity. 2024. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.02.019

9. Ricci F, Giallanella D, Gaggiano C et al. Artificial intelligence in the detection and treatment of depressive disorders: a narrative review of literature. Int Rev Psychiatry. 2025. doi: 10.1080/09540261.2024.2384727

10. Shadrina M, Bondarenko E, Slominsky PA Genetics Factors in Major Depression Disease. Front. Psychiatry, 2018

11. WHO (World Health Organization - Depressive disorder (depression)2023.

Foto: Envato Elements

Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Foto: Envato Elements

Indice

MACRO AREE:
CONOSCERE E CURARE
SOCIETÀ

10 **Walter Di Munzio**
La cattiveria umana

12 **Giuseppe Tavormina**
La consapevolezza del disturbo dell'umore

14 **Maria Efisia Meloni**
Il gruppo e l'uomo

16 **Francesco Franza**
Memoria autobiografica e depressione

18 **Francesco Franza**
Spine dendritiche e cervello "calvo" nella depressione

20 **Enza Maierà**
Gratificazioni e dopamina nei giovani

23 **Antonio La Daga**
La teologia della forza e i disturbi mentali

26 **Antonella Vacca**
Identità e depressione nell'era dei social media

28 **Immacolata d'Errico**
Il digiuno: dalla pratica religiosa all'anoressia

31 **Enza Maierà**
Alla ricerca della nostalgia

34 **Dominique Tavormina**
Il disegno infantile

36 **Maurilio Tavormina**
Yoga riscaldato e depressione

39 **Antonio La Daga**
Il dialogo e l'ascolto empatico di Eugenio Borgna

42 **Barbara Solomita**
Musicoterapia e depressione

44 **Antonio La Daga**
La stimolazione magnetica transcranica (TMS)

46 **Maria Vincenza Minò**
Le F.A.S.O. Adolescenti autrici di abuso sessuale

ARTE E CULTURA
RUBRICHE

48 **Francesco Franza**
Il perdono fa bene alla salute

50 **Donatella Costa**
L'adolescenza e le sfumature del dolore

52 **Patrizia Amici**
Solitudine e social media

54 **Wilma A.R. Di Napoli**
Dubbi e dolore emotivo nei giovani

56 **Antonella Litta**
Arte e prevenzione del suicidio

58 **Enza Maierà**
Arte ed emozioni nel Caravaggio

62 **Antonella Litta**
Luci sulla fragilità, Sanremo 2025

64 **Luigi Starace**
La fotografia di paesaggio come specchio della depressione

67 **Alba Cervone**
Gli adolescenti in balia del sonno

70 **Gianluca Lisa**
Innamoramento e depressione in una visione classica.

72 **Maurilio Tavormina**
Bellerofonte, un malinconico ed antico eroe greco

75 **Immacolata d'Errico**
Il digiuno, una strana storia

78 **Antonio La Daga**
Il disagio mentale nella letteratura. Dal "conosci te stesso" al "cogito ergo sum"

82 **Maria Rosaria Juli**
I disturbi alimentari: dalla parte di chi soffre

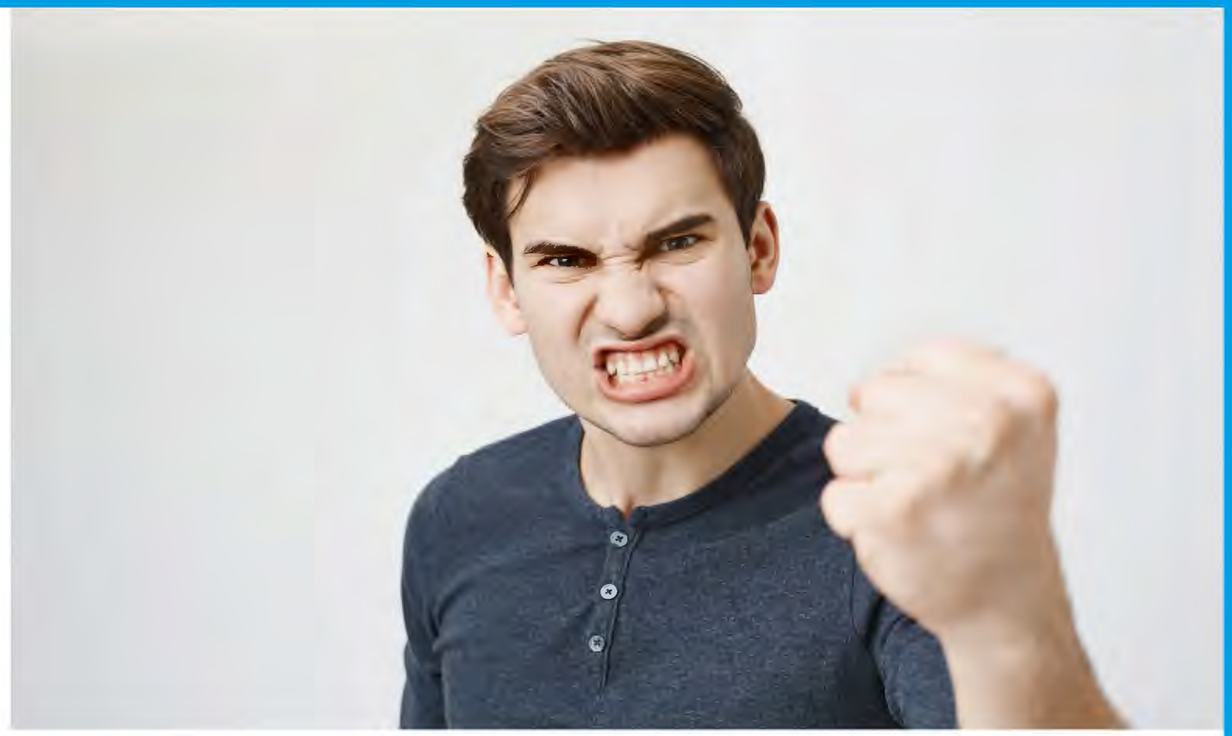
85 **Wilma A.R. Di Napoli**
Peer education e auto mutuo aiuto per affrontare il disagio giovanile

La cattiveria umana

/ Walter Di Munzio /

Dopo alcuni terribili episodi di criminalità commessi da gruppi di adolescenti si è avviata nella comunità scientifica una riflessione sulla natura strutturale della cattiveria umana. Essa potrebbe essere una possibile causa della violenza. La cattiveria sarebbe così una delle possibili cause di comportamenti aggressivi e origine della violenza nei casi di giovani criminali.

Philip Zimbardo, uno dei più influenti studiosi di psicologia sociale scomparso nel 2024, divenne celebre nel 1971 con l'esperimento carcerario organizzato presso l'università di Stanford. L'esperimento si propose di studiare le modificazioni del comportamento delle persone all'interno di un particolare gruppo sociale in un ambiente carcerario simulato (Zimbardo, 2008). Zimbardo, per realizzare il suo esperimento si riferì alla teoria del comportamento sociale di Gustave Le Bon, nota come la Teoria della deindividuazione. Secondo questa teoria gli individui di un gruppo coeso tendono a perdere l'identità personale, la consapevolezza, il senso di responsabilità e manifestano comportamenti antisociali. Zimbardo per il suo esperimento utilizzò gli studenti volontari del suo corso di laurea e assegnò loro in modo assolutamente casuale il ruolo di guardie o di prigionieri. Il gruppo delle guardie sviluppò in poche settimane comportamenti sadici e abusivi, mentre i componenti di quello dei prigionieri divennero rapidamente sottomessi e stressati. L'esperimento dimostrò come il potere della situazione e l'assunzione di ruoli sociali punitivi potessero portare a comportamenti crudeli e disumani. Questo studio è considerato un esempio importante per comprendere il potere della situazione nel determinare il comportamento umano e continua a essere ampiamente discusso nell'ambito dei corsi di psicologia. Ma dimostrò anche che l'uomo non nasce con buoni sentimenti, come comunemente si ritiene, anzi nasce tendenzialmente cattivo perché può rapidamente cambiare il suo stile comportamentale sulla base del contesto di riferimento (Zimbardo, 2008). Abbiamo voluto ricordare quella ricerca perché spiega alcuni comportamenti violenti agiti da gruppi di adolescenti dopo la crisi pandemica. Evento certamente stressante e pertanto capace di incidere sul comportamento di giovani adolescenti dalla struttura psicologica immatura e in fase di formazione. Al punto da giustificare comportamenti difformi da quelli pre-pandemici. Molti degli episodi di violenza commessi dagli adolescenti sono infatti seguiti ai lunghi periodi di lockdown. Parliamo di bande giovanili, di aggressioni di tipo mafioso e, a volte, persino di alcuni efferati omicidi. Ricordiamo qui il brutale omicidio, a Pescara, del 23 giugno 2024 di Thomas Luciani. Esso avviò sulla stampa un ampio dibattito sulla cattiveria umana, a causa di quel tipo di delitto. Si era trattato infatti di un omicidio tanto feroce quanto inutile. Era stato commesso infliggendo oltre 25 coltellate per la miseria di 200 euro di debito da recuperare. Quell'omicidio, commesso da un minorenne con un gruppo di giovani amici. Erano tutti affiliati ad un noto clan malavitoso. Era stato commesso per punire platealmente un giovane debitore e per poter poi essere accettati quali membri del clan. Poco importava a quei giovani criminali che quel debitore era solo un ragazzino di diciassette anni, o che gli assassini ne avessero solo pochi in più. Così giovani, già così feroci. Parlavano di rispetto e di onore, utilizzando l'intero armamentario linguistico dei criminali adulti a cui facevano riferimento. Quella stessa criminalità di cui riproducevano i comportamenti per farli propri senza filtri. Molto è stato scritto su quel delitto nel tentativo di spiegarne i motivi. Si parlò allora, come al solito, di famiglie assenti e di miseria … poi si dovette ammettere che non si trattava di questo. Si era trattato, invece, di violenza pura agita nell'ambito di normalissime famiglie, di quelle un tempo definite piccolo borghesi. Una si rivelò addirittura essere la famiglia di un carabiniere e un'altra di una avvocatessa del luogo molto stimata dalla comunità di riferimento. La verità è che forse dovremmo accettare l'idea di base che aveva ispirato l'esperimento di Zimbardo. L'essere umano è per sua natura feroce, egoista e capace di uccidere senza motivo. Egli è l'unico essere vivente capace di uccidere e poi andare tranquillamente al mare. Quello di Thomas non è stato il primo caso di omicidio senza motivo e non sarà di certo l'ultimo. Potrebbe, invece, insegnarci a fare i conti con un'impietosa realtà: l'uomo è, per sua natura, cattivo. Lo dimostrano oggi anche le tante violenze che agisce verso altri esseri umani … per il solo fatto di essere diversi. È forse il momento di fare i conti con quest'aspetto cupo della nostra psicologia collettiva e con i valori che la sostengono (Zimbardo, 2008). Dopo il primo interrogatorio i ragazzi arrestati mostrarono allora un'assenza totale di pentimento e di empatia. Così come hanno scritto all'epoca i giudici del Tribunale di Pescara nelle motivazioni allegate alla richiesta di rinvio a giudizio. I due giovani assassini, infatti, andarono, dopo aver commesso il delitto, a fare un bagno a mare per divertirsi un poco e per disfarsi del coltello con il quale avevano infierito sul corpo della vittima. Da notare che, quella volta, a uccidere erano stati i figli di famiglie insospettabili e Thomas era stato aggredito e ucciso a tradimento senza alcuna possibilità di difendersi e, pare, senza nemmeno capire cosa gli stesse capitando. Gli uomini sembrano essere soli, invidiosi, narcisisti, gelosi, ambiziosi, affamati di potere, di soldi e di roba, tanto da avvertire forte il bisogno di sottrarli agli altri. Questo tipo di umanità può essere capace di uccidere, e non in preda al cosiddetto raptus. Questo il più delle volte si riduce a essere un'invenzione o solo uno stratagemma difensivo. Un'umanità capace di uccidere, senza perdere la consapevolezza di ciò che fa, al più senza sapere perché lo fa, però lo fa e continuerà a farlo. Forse perché è nel suo istinto ed ha sempre fatto così. Esiste un solo modo per affrontare questo problema alla radice. Quello di fare i conti con la nostra psiche collettiva, senza fuggire o negarla, senza parlare di valori, ma esplorando ciò che siamo dentro senza finzioni. Sarebbe questo però solo un inizio per la comprensione della natura umana. La violenza non si evita predicando la non violenza. La malvagità si affronta guardandola negli occhi, tentando di comprenderne il senso pieno e accettando l'idea che è dentro di noi. Il male può avere numerosi volti. Philip Zimbardo ha sottolineato che alla base della cattiveria non c'è solo un desiderio di sminuire, umiliare, controllare e fare del male ai propri simili. Ma c'è qualcosa in più … forse di strutturale e genetico. Nel corso della storia non sono mancate personalità incomprensibilmente oscure, come sono state quelle di Ted Brundy e di Andrej Chikatilo. O feroci serial killer come lo sono stati anche Hitler e Stalin o personaggi della cronaca come Charles Manson. Tutti costoro hanno commesso azioni atroci con notevole cattiveria o hanno spinto altri esseri umani a commettere crimini odiosi (Gerring et al, 2023).



Bibliografia

1. Gerring R.J, Zimbardo P.G., Anolli L., Baldi L (a cura di): Psicologia generale, III edizione, Pearson Edizioni, Roma 2023.

2. Zimbardo P.G.: L' effetto Lucifero. Cattivi si diventa, Ed. Cortina Raffaello, Milano. 2008.

Foto: Envato Elements

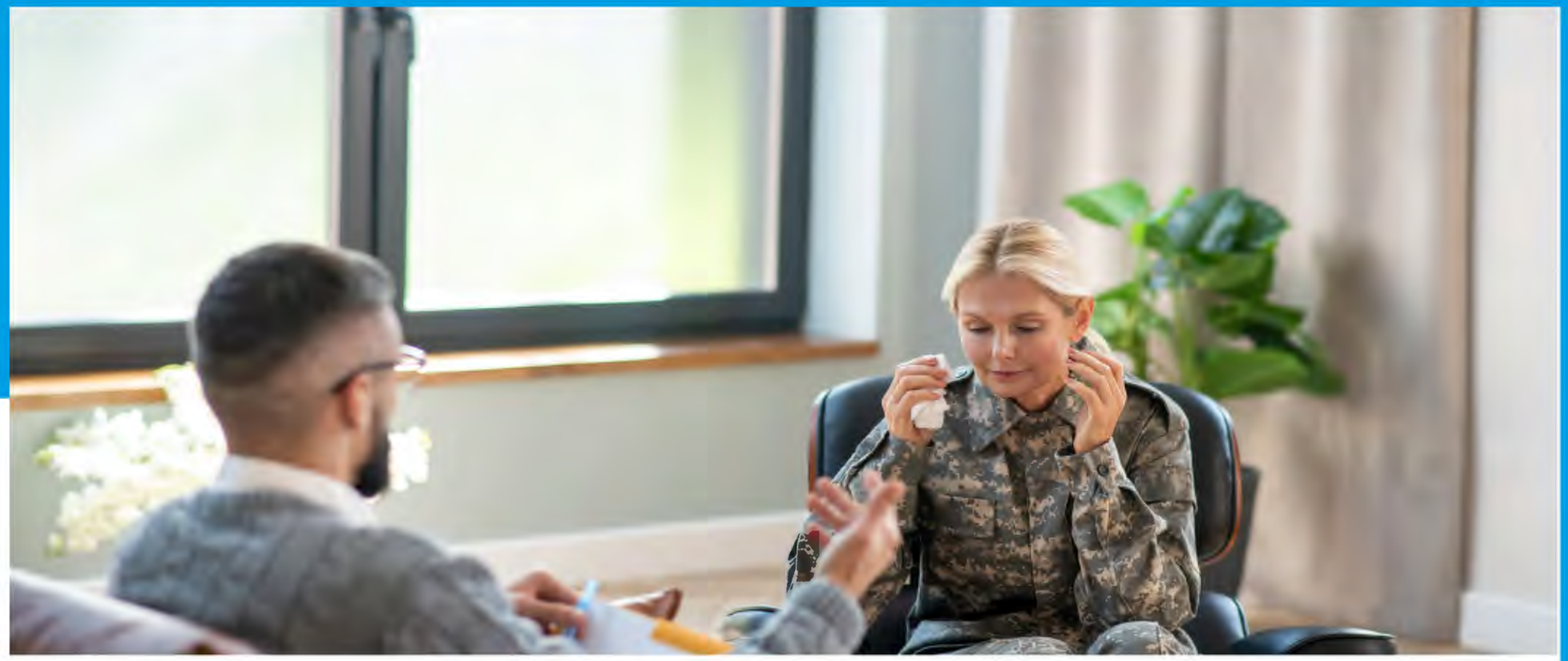
Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

Conoscere e Curare / Prevenzione

La consapevolezza del disturbo dell'umore

/ Giuseppe Tavormina /



I disturbi dell'umore possono essere patologie subdole e molto spesso mascherate nella nostra quotidianità. La conoscenza e la consapevolezza di esse sono la base per la migliore prevenzione.

I femminicidi e le stragi familiari, che si concludono frequentemente con un suicidio dello stesso autore delle stragi, sottolineano un aspetto estremamente importante nell'approccio diagnostico-terapeutico delle patologie dell'umore. Questo aspetto è ben noto ai clinici, è il concetto della coscienza e consapevolezza di malattia del paziente depresso e nello stesso tempo della necessità della terapia. Molto spesso maggiore è la gravità della patologia depressiva da curare, più alto è il coinvolgimento del paziente stesso e dei familiari. Lo psichiatra oltre la diagnosi e la prescrizione terapeutica deve far sì che vi sia una completa aderenza alle cure e una presa d'atto diagnostica. Ha il compito e deve assicurarsi che la malattia sia ben compresa e la terapia ben effettuata. Una malattia depressiva invece meno grave e poco interferente nella vita quotidiana spesso viene sottovalutata dal paziente. Talvolta è minimizzata anche dallo stesso psichiatra nell'approccio diagnostico e terapeutico, almeno fino a quanto la serietà della malattia evolve da diventare più "coinvolgente" (Akiskal 1996, 1999). Dietro queste considerazioni vi sono spesso alcuni errori e considerazioni da fare. La prima riguarda la gravità della malattia depressiva. Uno stato di notevole gravità porta paradossalmente ad un rifiuto del paziente stesso a curarsi e ad una non comprensione della serietà della patologia. Vi è talvolta anche presenza di atteggiamenti manipolatori del paziente nei confronti dello stesso psichiatra, al fine di non assumere adeguatamente le cure. Vi è una mancanza di coscienza e consapevolezza di malattia. La seconda considerazione riguarda un frequente errore diagnostico di fondo e di conseguenza anche terapeutico, soprattutto da parte di diversi psichiatri. Alcuni di loro non valutano le patologie dell'umore come facenti parte del grande "spettro bipolare", che tutte le comprende, incluse le forme sottosoglia. In passato esse erano considerate come patologie minori: sono invece forme d'esordio di patologie poi evolventi anche a quadri seri. Tale errore diagnostico porta ad un errore terapeutico, sia farmacologico (mancanza di uso dei regolatori dell'umore, laddove invece dovrebbero essere prioritari) che di gestione della malattia. Non si dà l'adeguata attenzione, in tali casi, ai familiari e non si fa attenzione all'evoluzione delle patologie dello spettro bipolare. I disturbi dello spettro bipolare (in tutti i suoi dieci sottotipi diagnostici) sono malattie molto più diffuse di quanto comunemente si ritenga (coinvolgono il 20% di tutta la popolazione). Sono spesso sottovalutati, non diagnosticati o mal curati. Una situazione che può portare a serie conseguenze: abusi di sostanze psicoattive o alcoliche, crisi lavorative, rischi suicidari, stupri. Le malattie depressive, inserite all'interno di un contesto di umore instabile (spettro bipolare), trascinano spesso la mente dentro il gorgo dell'impulsività violenta auto ed etero-diretta. Si può avere il pensiero ossessivo della vendetta violenta nei confronti del partner e l'irrazionalità impulsiva accecata dall'odio. Acre ostilità che porta a perdere l'istinto di vita presente nel genere umano per acquisire quello di morte, mai presente nell'uomo se non solo in condizioni di patologia grave. La foga dei pensieri frullanti a mille dell'uomo ammalato non riesce a farlo mai soffermare su alcuno degli aspetti sopra citati. Lui vi scorre sopra a gran velocità con la rabbia interna che la accelera e ne brucia ogni residuo di sentimento (Tavormina, 2012). Eppure, basterebbe una valida terapia, dopo un'attenta diagnosi, per rinormalizzare la velocità eccessiva di questa mente ammalata. Una terapia per placare questa impulsività e per ridare quiete ad una persona che non ce l'ha e non per colpa sua. Una terapia da assumere regolarmente: la malattia non è una colpa.

Tab. I principali segnali di disturbi dell'umore da cogliere precocemente (Tavormina, 2007-2010).

I disturbi depressivi, e dell'umore in genere, sono attualmente uno dei principali problemi di salute pubblica. In uno studio prospettico l'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che entro il 2030 i disturbi depressivi appaiono destinati a divenire una delle maggiori cause di disabilità lavorativa. Precedute solamente dalle malattie cardiovascolari.

Si può concludere che sarebbe meglio sottolineare come frequenti errori diagnostici, terapeutici e gestionali dell'entità "paziente-malattia dell'umore", porta a strade inadeguate per la cura di queste patologie. Facciamo "Luce sul male oscuro"! È la nostra guida sui disturbi dell'umore, tradotta in 13 lingue e scaricabile gratuitamente dal sito dell'associazione EDA Italia onlus (www.edaitalia.org).

1	Presenza di iperattività (euforia) alternata a periodi di serio rallentamento psicomotorio dell'attività sia fisica che mentale (apatia)
2	Alternanza nel tempo di umore depresso e/o irritabile
3	Ridotta capacità di concentrazione e iperattività dei pensieri protratta
4	Disturbi della condotta alimentare
5	Iper/ipo-attività sessuale,
6	Insonnia/ipersonnia,
7	Disturbi gastrointestinali, cefalee e somatizzazioni varie,
8	Comorbidità ansiosa (ansia generalizzata; panico; ossessioni; fobia sociale),
9	Abuso di sostanze e comportamento antisociale,
10	Deliri e allucinazioni.

Bibliografia

1. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol 1996; 16 (suppl 1): 4-14.

2. Akiskal HS, Pinto O: The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, IV. Psychiatr Clin North Am. 1999; 22:517-534.

3. Tavormina G, Agius M. A study of the incidence of bipolar spectrum disorders in a private psychiatric practice. Psychiatria Danubina, 2007; 19: 4: 370-74.

4. Tavormina G - The temperaments and their role in early diagnosis of bipolar spectrum disorders. Psychiatria Danubina, 2010; 22, suppl 1: 15-17.

5. Tavormina G – An approach to diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, indentifying temperaments. Psychiatria Danubina, 2012; 24, suppl 1: 25-27.

Foto::Envato Elements.

Giuseppe Tavormina

Medico Psichiatra

Caporedattore

Conoscere e Curare / Prevenzione

Il gruppo e l'uomo

/ Maria Efisia Meloni /

Il gruppo etnico nella scelta di un ruolo o, meglio, l'uomo nella vita inizia a riunirsi per la sopravvivenza. Talvolta la scelta è obbligata perché è influenzata dalla necessità di condividere nel gruppo gli obiettivi della vita stessa.

L'uomo è stato rappresentato nella storia della sua creazione, nella narrazione biblica che mette in luce l'importanza del gruppo. E, nella Bibbia Dio afferma «non è bene che l'uomo sia solo», dalla sua costola creò Eva (Genesi: 2:18, pag.26-30). Ecco che nacque la prima famiglia, e in seguito la comunità. È proprio nell'evoluzione dell'uomo che emergono le dinamiche di gruppo. Il conflitto lo ritroviamo nella storia di Caino e Abele (Genesi 4). Il potere ha radici lontane, e l'uomo ha la necessità del suo controllo, questo viene descritto nell'episodio della Torre di Babele (Genesi: 2:18, pag 43). Le emozioni che ritroviamo nelle origini dell'uomo variano dalla vergogna, alla tristezza, al senso di colpa, esse sono state descritte magistralmente nella Bibbia. Nelle dodici tribù d'Israele non mancano i conflitti interni, nonostante fossero unite nella stessa fede. Le stesse comunità nomadi nel periodo storico di Davide e Salomone richiamano la necessità di organizzazione. Inoltre, non viene meno la difficoltà di coesione e le sue innumerevoli problematiche di una società che diviene sempre più complessa. L'Homo Sapiens circa 300.000 anni fa nasceva come cacciatore e usava il fuoco, si sviluppò con il linguaggio, i simboli, la cultura. Gli uomini si riunivano in gruppo, e creavano forza, sicurezza nella caccia e difesa del territorio per la sopravvivenza. Dalla comunità per la caccia, per proseguire nelle piccole organizzazioni agricole e di pastori, nei diversi secoli fino alle organizzazioni delle rivoluzioni del lavoro. Dal lavoro rurale alla prima rivoluzione industriale, che è collocata nella seconda metà del XVIII secolo. La seconda rivoluzione industriale è rappresentata nella seconda metà del XIX secolo (Meloni & Rudas, 2019). L'uomo è sempre stato un essere sociale, Freud nel 1929 scriveva: «dopo che l'uomo delle origini ebbe scoperto che dipendeva dalle sue mani la propria sorte sulla terra col lavoro, non poté più essere indifferente se l'altro lavorasse con lui o contro di lui. L'altro acquistò il valore di un compagno di lavoro, con cui era utile vivere insieme». Ma lo stesso Freud affermava che la pulsione di morte scava con i conflitti e porta all'odio e alla guerra (Glucksmann, 2020). Freud nel 1921 scriveva Psicologia delle masse e analisi dell'Io identità individuale e quella sociale. «L'odio non si riduce ad una mancata manifestazione dell'Eros, ma è un profondo desiderio di distruggere, non è dietro di noi, ma è in noi» (Glucksmann, 2020). Queste ultime affermazioni ci dovrebbero far riflettere su quanto incide l'odio nell'uomo e nelle numerose guerre nella storia dell'umanità, nonché su quelle attuali. Un altro psicanalista, Jung, descrisse il simbolo correlato agli archetipi dell'inconscio collettivo, l'uomo è rappresentato dal gruppo dal punto di vista biologico, culturale e anche pratico o organizzativo. Secondo Durkheim la società è preesistente all'uomo. Nel contesto sociale si manifesta una coscienza collettiva ed una individuale, sia nel bene che nel male. La coesione e la coscienza collettiva aumentano quando diminuisce quella individuale. La stessa coscienza morale può essere determinante nella condotta tanto da sottrarla all'arbitrio individuale. Durkheim come sociologo nel 1897 rappresenta una pietra miliare nello studio dei suicidi nella popolazione generale in relazione alle mutazioni economiche della società. Il concetto di anomia tratto dal suo famoso saggio (Daniele, 2013) mette in luce il fenomeno del suicidio nella crisi economica sociale del 2007-2008 in Italia, Grecia e altri Paesi Europei. L'ipotesi sociologica formulata nel 1897 da Durkheim sui suicidi si basa sulle motivazioni del contesto sociale e la sua crisi economica. I gruppi si sviluppano nei primi anni di vita, sono i primi rapporti di gruppo o amicali. Un ruolo determinante è svolto dal significato di identificarsi in un gruppo. Esso avviene attraverso alcune emozioni, sia positive che negative che derivano dal linguaggio o dalla loro coesione e dalla comune creatività. Un altro psicanalista che fu un esperto di gruppi durante la Seconda guerra mondiale fu Bion. Egli si occupava prevalentemente della riabilitazione degli uomini dell'esercito. Secondo Bion ci sono due stati mentali nel gruppo, uno cosciente e razionale e l'altro composto da contenuti non coscienti e pulsionali. Le dinamiche che poi possono svilupparsi sono tre: 1-dipendenza, nel senso di dipendere dal gruppo. 2 -Attacco e fuga, dinamiche incoscienti portano ad aggressioni e alla fuga dal gruppo. 3 -Accoppiamento, due individui del gruppo porteranno alla nascita di soluzioni nuove. Gli scritti e le esperienze psicoterapiche dei gruppi di Bion furono all'avanguardia negli anni a venire, cioè, dal 1961, che diedero origine allo sviluppo di diverse teorie. Nella storia dell'uomo e nel suo iter nei secoli per svariate motivazioni si sono formati i gruppi, più o meno numerosi. Se ne analizziamo le dinamiche, tutti hanno in comune la condivisione di ideali, cultura, e religioni. I leader nei gruppi potevano essere spontanei o nei gruppi di lavoro vi era proprio una modalità e metodo organizzativo di chi dirige un gruppo. L'efficienza di un gruppo di lavoro è dovuta ad un buona comunicazione, alla capacità di delegare, all'empatia, all' abilità organizzativa. E, infine ad un'attitudine al problem solving. L'uomo nonostante possa richiedere dei periodi di solitudine o per scelta o in altri casi, una solitudine subita, necessita di un confronto nel gruppo. Nel periodo della recente pandemia, nonostante l'isolamento forzato, si sono creati dei gruppi alternativi. Sia di professionisti per condividere i saperi scientifici o il confronto, sia della gente comune. Basti pensare ai social, oppure anche alle adunate presso i balconi dove si intonavano canzoni e si suonavano i vari strumenti musicali. L'uomo è un animale sociale ed è impossibile sottrarsi al confronto con un gruppo.

Bibliografia

1. La Bibbia di Gerusalemme E.D.B. L.E.G.O. Spa, Trento, 2016

2. Freud S.: Il disagio della civiltà, in Opere, Vol.X, Bolllati Boringheri, 1078, pag555-630

3. Glucksmann A.: Disullusione freudiana. Il discorso dell'odio. Mondadori libri S.p.A 2020, pag17-18

4. Meloni M.E & Rudas N.: Nl lavoro Negato. Mimesis Edizioni, Milano 2019.

Sitografia

5. Martins Y.: Il segreto per avere ottime dinamiche di gruppo. 29 gennaio 2025 https://asana.com

6. Vitale I.: Psicoanalisi dei gruppi secondo Bion: gli assunti di base. 23 marzo 2015 https://www.igorvitale.org

7. Galli L.: Il gruppo in teoria e pratica-Lewin e Bion. 7 aprile 2014 http://www.corpusinfabula.it

Foto: Envato Elements

Maria Efisia Meloni

Medico Psichiatra

Redattrice

Memoria autobiografica e depressione

/ Francesco Franza /

La memoria autobiografia ha un ruolo importante. I ricordi del passato colorano la nostra vita presente. Ma sono sempre attendibili i nostri ricordi? O risentono dello stato dell'umore attuale? Le neuroscienze ci possono aiutare a dipanare la matassa.

La memoria autobiografica ci permette di immagazzinare gli eventi della nostra vita e a recuperarli quando ci servono. Questi ricordi costituiscono la nostra identità personale attuale. La memoria autobiografica ci consente di risolvere i problemi della vita quotidiana e di progettare il futuro. Sembrerebbe tutto facile. Ci accorgiamo che non è così quando iniziamo ad aver dubbi sull'esattezza dei nostri ricordi. Quando la consorte alla rievocazione del nostro matrimonio sbotta con un: «ma non ricordi neppure come mi ha trattato tua madre!». A quel punto la memoria autobiografica rievocando situazioni simili ci consente di assecondare, seppur dubbiosi, per affrontare con serenità il nostro futuro. A questo ci serve la memoria autobiografica: a sopravvivere.

Il problema diventa ancora più complesso quando dobbiamo ricordare con precisione gli eventi e le emozioni provate in quel momento. Ricordiamo con precisione cosa ci è successo? Quali emozioni e quali significati abbiamo dato in quel momento a quell'evento? Tutto inizia a diventare confuso. Quando iniziamo a temere che le emozioni provate siano solo il frutto dello stato emotivo attuale la colpa non è nostra ma è della "overgeneral memory» (Baddeley et al., 2021). È una forma generalizzata della memoria autobiografia. È una tendenza a inserire i ricordi di un evento in categoria; insomma, a generalizzare. Questa memoria rende difficile il recupero di ricordi specifici di eventi specifici. Ancora di più; questo tipo di memoria autobiografica agisce sul recupero dei vissuti emotivi provati in quel momento. Diventa una sorta di cortina fumogena annebbiando i nostri ricordi. Questo fenomeno è stato studiato in diversi disturbi psichiatrici, tra cui nella depressione e nel disturbo da stress post-traumatico. Nella depressione la memoria autobiografica "overgeneral (ipergeneralizzata)" trova terreno fertile. I pazienti affetti da depressione hanno la tendenza a dare risposte categoriali, a generalizzare i ricordi. Cosa vuol dire? Quando ricordano un evento lo inseriscono in un contesto più ampio. Ad esempio: «quando viene chiesto di rievocare un ricordo specifico del periodo dell'università, rispondono con un categorico: "Dovevo sostenere gli esami"» (Sorenson, 2015). Nella depressione esistono processi cognitivi alterati e anche la memoria autobiografica «overgeneral» lo è. La memoria autobiografica «overgeneral» può essere associata a due tipi di memoria, la memoria episodica e la memoria semantica. Qual è il loro ruolo nella depressione? La memoria episodica è la memoria di un evento. Contiene i dettagli di come, quanto e dove si è verificato. I dettagli possono essere ricchi o poveri, scarni o complessi. Viene anche descritta come una «sorta di viaggio mentale nel tempo». La memoria semantica è, invece, la memoria di un fatto, di una informazione senza i dettagli contenuti in quella esperienza. È la memoria dei nomi, di luoghi e degli oggetti di quell'evento vissuto. Nei pazienti depressi è la memoria episodica a essere quella maggiormente compromessa. Nella depressione non funziona bene né la memoria semantica né la memoria episodica. Tutto ciò è dovuto alla aberrazione di circuiti neuronali cerebrali specifici. Nella depressione c'è il fallimento della memoria autobiografica "overgeneral". Le prestazioni dei pazienti affetti da depressione sono spesso un fallimento. In parole più semplici, la persona affetta da depressione ha difficoltà a selezionare ricordi specifici da un sottofondo in quanto li insereiscono in un complesso più ampio (Hallford et al., 2021). I ricordi diventano" un minestrone in una zuppa". La persona con depressione non solo produce i ricordi in maniera meno specifica, ma li colora tutti in un colore grigio. È lo stesso colore attuale e futuro. Però i depressi ricordano altro. Ricordano i nomi, i luoghi, gli oggetti in quanto la loro memoria semantica è meglio conservata. Tutto sempre colorato di "cinquanta sfumature di grigio". Oramai è accertato che la rievocazione dei ricordi dipende da aree specifiche del cervello. La memoria autobiografica "risiede" soprattutto nell'ippocampo e nella corteccia del lobo temporale medio (MTL). Cosa succede nelle persone affette da depressione? Senza rischiare di fare "di ogni erba un fascio" possiamo affermare che nella persona con depressione, spesso, succedono "memorie...strane". Le persone affette da depressione hanno un volume dell'ippocampo più piccolo. Quando viene attivato l'ippocampo sembra andare in difficoltà. Questa funzione alterata è associata direttamente con delle alterazioni del recupero dei ricordi causate dalla memoria autobiografica «overgeneral». Ovviamente non è tutto così semplice in quanto nel malfunzionamento della memoria autobiografica entrano in scena altri attori. I principali sono il paraippocampo, la corteccia del cingolo latero-parietale e del cingolo posteriore. Ma questa è un'altra storia, anche perché l'atto di ricordare è molto più complesso di quanto sintetizzato finora (Kredlow et al. 2024). Nel ricordare sono coinvolte diverse aree cerebrali. Quando si ricorda la memoria attraversa le aree delle emozioni, delle percezioni, del dolore. Si manifesta ciò che Danker e Anderson (2010) chiamano "reintegrazione corticale". Durante le rievocazioni si attivano infatti diverse regioni cerebrali. Sono quelle responsabili della vista, degli odori e dei sapori, dei suoni, delle emozioni, ma anche dei ritmi fisiologici. La reintegrazione corticale durante la rievocazione di un ricordo riflette una esperienza vissuta nella sua complessità. Ma se queste strutture corticali hanno una funzione alterata così come succede nella depressione il risultato della rievocazione della memoria autobiografica può essere "un disastro". L'ippocampo durante la decodifica di un ricordo riceve input dalla corteccia cerebrale superiore che sono alterati dal tono dell'umore presente. Il ricordo dell'esperienza vissuta elaborata nell'ippocampo viene reinviata alla corteccia cerebrale che attiva lo schema dell'attività cerebrale vissute in quel momento. L'intero circuito corticale si posiziona in «modalità depressione». La memoria autobiografica delle persone con depressione è alterata. Risente della integrazione delle diverse attività dei circuiti del cervello responsabili del mantenimento di un equilibrio che è alterato nella depressione. Il tono dell'umore attuale colora anche gli eventi passati che non fanno altro che rinforzare negativamente il presente. La diagnosi e la cura diventano l'unica strategia possibile per diradare la nebbia della sofferenza attraverso una rimodulazione dell'equilibrio delle attività cerebrali e psicologiche. Sto meglio, penso meglio e ricordo meglio. Per lo meno così mi sembra di ricordare !

Bibliografia

1. Baddeley A, Eysenck MW, Anderson MC. La memoria. Il Mulino; 2° edizione, 2021

2. Danker JF, Anderson JR. The ghosts of brain states past: remembering reactivates the brain regions engaged during encoding. Psychol Bull. 2010;136(1):87-102.

3. Hallford DJ, Rusanov D, Yeow JJE, Barry TJ. Overgeneral and specific autobiographical memory predict the course of depression: an updated meta-analysis. Psychol Med. 2021;51(6):909-926.

4. Kredlow MA, Fitzgerald HE, Carpenter JK, et al. Recurrent negative autobiographical memories and mental health. J Mood Anxiety Disord. 2024:8:100074.

5. Sorenson JE. Overgeneral autobiographical memory in major depressive disorder is associated with abnormal neural activity during retrieval. Stanford University, 2015

Foto: Envato Elements

Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

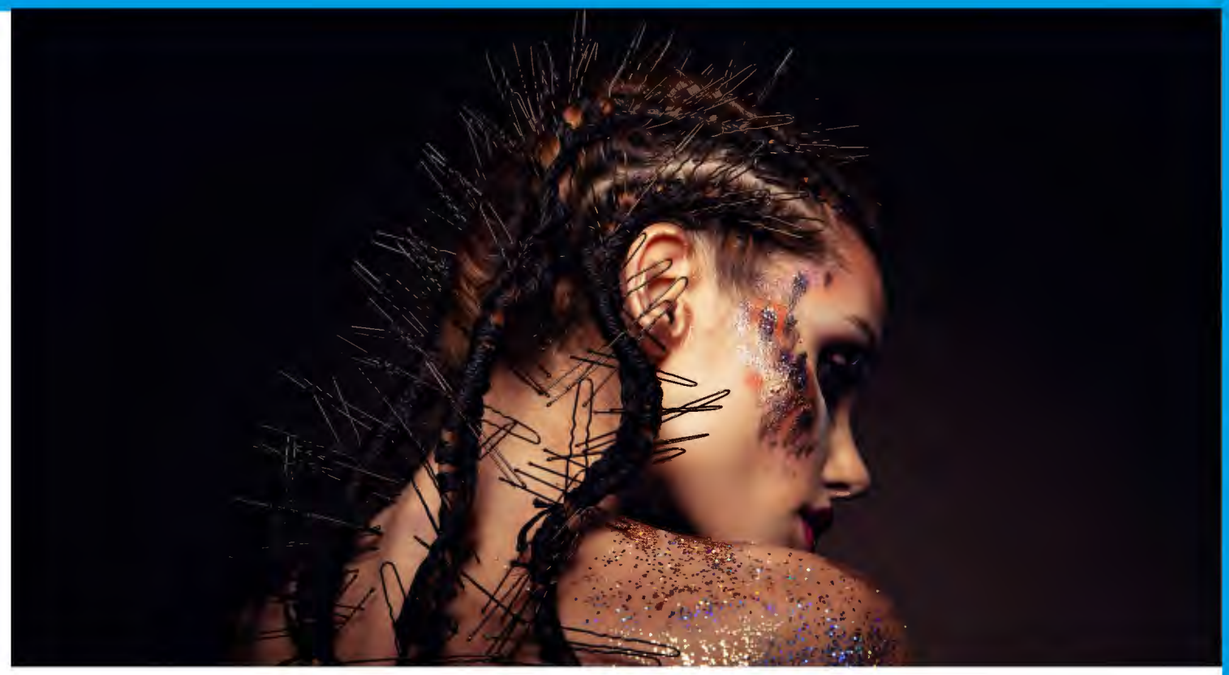
Spine dendritiche e cervello “calvo” nella depressione

/ Francesco Franza /

Le conquiste delle neuroscienze portano continue conoscenze sui meccanismi biologici della depressione. Un filone di ricerca ha iniziato a individuare la presenza di un assottigliamento di alcune aree del cervello associate alla depressione. Ciò potrebbe essere causato dalla riduzione della grandezza e del numero delle spine dendritiche delle cellule nervose?

Il disturbo depressivo maggiore si presenta sotto diverse forme. Esistono forme leggere, moderate e gravi. La maggior parte di queste forme risponde bene alle psicoterapie e alla terapia farmacologia. Esistono, tuttavia, delle forme depressive cosiddette resistenti che non rispondono alle terapie classiche. Il gruppo di ricerca condotto da Clara Liao della Cornell University di Ithaca negli USA ha studiato il ruolo delle spine dendritiche nella depressione resistente (Liao et al., 2025). Il neurone, la cellula principale del sistema nervoso, è costituito da un corpo, da un assone e dalle spine dendritiche. Queste ultime rassomigliano a una capigliatura più o meno folta situata intorno al corpo della cellula nervosa. Le spine dendritiche si presentano come una chioma al vento che si diffonde in maniera apparentemente casuale. Esse muovendosi nello spazio circostante cercano di acciuffare i filamenti di altre chiome per creare nuove connessioni con altre cellule nervose. Particolarmente interessanti sono le spine dendritiche di un gruppo di neuroni: i cosiddetti neuroni piramidali. Questi neuroni sono presenti negli strati principali della neocorteccia cerebrale. Da questi neuroni piramidali partono gli assoni (le gambe lunghe dei neuroni) che dopo un viaggio più o meno lungo terminano nelle sinapsi. Attraverso le sinapsi si collegano, generalmente, a neuroni vicini. Le spine dendritiche hanno un ruolo fondamentale nella plasticità cellulare. Creano nuove connessioni quando stimolate. L’azione eccitatoria stimola e attiva le cellule neuronali che hanno la ventura di associarsi a queste spine dendritiche. La plasticità neuronale può essere definita come l’aumento del numero (densità) e della grandezza delle spine dendritiche e delle loro connessioni. L’aspetto interessante è che molte sostanze psicoattive possono indurre la plasticità neuronale agendo sul numero e sulla grandezza delle spine dendritiche. Esistono tante forme di depressione e tra queste le forme resistenti sono quelle che preoccupano di più i clinici. Sono quelle forme di depressione che non rispondono a trattamenti psicoterapeutici e farmacologici sebbene somministrati in maniera adeguata. Negli ultimi anni sono stati utilizzati alcuni farmaci che sembrano agire bene su queste forme resistenti. Tra questi la ketamina e alcune sostanze psichedeliche che agiscono sulla serotonina sembrano essere le più interessanti e promettenti. Questi farmaci hanno una azione molto rapida attivando le spine dendritiche eccitatorie che aumentano di numero e di grandezza. Ricordando che il disturbo depressivo maggiore è associato a un deficit delle sinapsi eccitatorie anche delle spine dendritiche il gioco sembra fatto. Ma non è tutto così semplice. La corteccia cerebrale è formata da diversi strati costituiti dalle cellule nervose e da loro parti. Alcuni studi hanno individuato una povertà di spine dendritiche delle cellule in strati specifici della corteccia prefrontale in persone affette da disturbo depressivo maggiore (MDD).

Il corpo nella cellula nervosa sembra essere con pochi capelli, quasi calvo in questi casi. Le spine dendritiche sono mingherline e con poche connessioni. Queste alterazioni sono state individuate anche in altre regioni del cervello, così come nel cingolato anteriore e nell’ippocampo. Queste zone sono coinvolte nel processo della depressione. È stata osservata, inoltre, in individui con MDD una più bassa concentrazione di spine dendritiche. Probabilmente il meccanismo di base vede coinvolto il glutammato la cui ridotta azione è indicativa del deficit sinaptico. Alcune alterazioni genetiche possano contribuire alla comparsa della depressione. Tra queste modificazioni molto significative sono quelle che riguardano proprio i geni coinvolti nell’assemblamento, nella organizzazione, nella formazione delle spine dendritiche (Dahl et al., 2023). Altri studi effettuati con la risonanza magnetica in persone affette da MDD hanno evidenziato un assottigliamento della corteccia cerebrale nelle zone cerebrali dove sono presenti i neuroni piramidali.



Ciò sarebbe dovuto alla riduzione delle spine dendritiche. I maggiori assottigliamenti si sono osservati proprio nelle aree del cervello coinvolte nella depressione: ippocampo, corteccia prefrontale e del cingolo anteriore, nell’amigdala e in altre zone (Qiao et al, 2016). Questi studi affermano che la perdita del volume cerebrale è accompagnata da alterazioni della grandezza e della densità dei neuroni e delle cellule gliali. La maggior parte delle sinapsi eccitatorie è localizzata nelle spine dendritiche delle cellule nervose piramidali. Sono stati valutati negli individui affetti da depressione maggiore gli effetti sul numero delle spine dendritiche dei neuroni piramidali da parte di alcune sostanze. Farmaci come la ketamina, la 5-meO-DMT e la psilocibina stimolano l’azione eccitatoria delle spine dendritiche. È stato osservato che una singola dose di ketamina, di 5-MeO-DMT e psilocibina incrementa del 12-20% nelle cavie la densità numerica delle spine dendritiche dei neuroni cerebrali corticali piramidali. Dopo una singola somministrazione di ketamina il numero delle spine dendritiche inizia a ridursi dopo due settimane. Non è ancora ben chiaro il meccanismo di azione che sta alla base della interazione stress cronico e plasticità neuronale. Lo stress cronico è un forte fattore di rischio in individui vulnerabili e potenziali candidati alla depressione. Nella corteccia prefrontale mediale negli animali di laboratorio lo stress cronico causa atrofia e retrazione delle spine dendritiche. C’è una eliminazione delle spine dendritiche in seguito allo stress prolungato (Scotton et al., 2024).

Gli effetti della ketamina dipendono anche dallo stato dell’architettura delle spine dendritiche nel periodo precedente alla somministrazione. Se venisse somministrata a scopo profilattico allo stress, la ketamina proteggerebbe l’eliminazione delle spine dendritiche ma non aumenterebbe il loro numero nel tempo. La crescita delle spine dendritiche si manifesta dopo una somministrazione acuta di ketamina mediante l’attivazione del flusso di calcio nelle spine dendritiche. Migliora la sincronizzazione dei neuroni nella corteccia prefrontale mediale e tutto ciò porta a un incremento della plasticità neuronale. Le spine dendritiche sono i siti delle connessioni sinaptiche eccitatorie nei neuroni piramidali corticali. I deficit delle sinapsi eccitatorie sono presenti nella depressione. Farmaci con effetti antidepressivi a rapidità di azione (ad es., ketamina, psilocibina, etc) migliorano la formazione dinamica e morfologica delle spine dendritiche nella corteccia prefrontale. La possibilità di misurare questi cambiamenti potrebbe aiutare i clinici e i ricercatori a sviluppare terapie efficaci e durature nel tempo.

Bibliografia

1. Dahl A, Thompson M, An U, et al. Phenotype integration improves power and preserves specificity in biobank-based genetic studies of major depressive disorder. Nat Genet. 2023;55(12):2082-2093.

2. Liao C, Dua AN, Wojtasiewicz C, Liston C, Kwan AC. Structural neural plasticity evoked by rapid-acting antidepressant interventions. Nat Rev Neurosci. 2025 Feb;26(2):135.

3. Qiao H, Li MX, Xu C, Chen HB, An SC, Ma XM. Dendritic Spines in Depression: What We Learned from Animal Mode. Neural

4. Scotton E, Ziani PR, Wilges RLB, et al. Molecular signature underlying (R)-ketamine rapid antidepressant response on anhedonic-like behavior induced by sustained exposure to stress. Pharmacol Biochem

Foto: Envato Elements

Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Gratificazioni e dopamina nei giovani

/ Enza Maierà/

L'adolescenza è l'epoca delle grandi crisi, della ricerca impulsiva di gratificazioni che sono alimentate e sostenute da un mediatore neurologico: la dopamina.

L'organismo dell'adolescente, accanto alle variazioni ormonali, va incontro ad importanti modifiche dello sviluppo cerebrale. Tali modifiche influenzano la mente, i comportamenti e le relazioni. In particolare, nel cervello adolescenziale avviene una riorganizzazione delle reti neurali coinvolte nella regolazione delle emozioni, delle figure di attaccamento e nello sviluppo cognitivo. Ma l'adolescenza è anche l'epoca delle grandi crisi, della ricerca impulsiva di gratificazioni che sono alimentate e sostenute da un mediatore neurologico: la dopamina. L'adolescenza è il periodo del cambiamento del corpo e della nascita di nuove emozioni. È il periodo del distacco dai genitori e della ricerca di nuovi legami, quelli coi coetanei. Si ha il bisogno-desiderio di fare nuove esperienze e vivere la vita esplorandola in tutti gli aspetti. È il periodo degli eccessi, delle scoperte impavide ed eccitanti. L'adolescente va alla ricerca continua di gratificazioni che riesce a soddisfare rapidamente tramite la dopamina, una sostanza chimica a portata di cervello. Conoscere le dinamiche di quest'ultimo meccanismo è determinante ai fini della comprensione del perché comportamenti nuovi e imprevedibili dominano la scena esistenziale degli adolescenti. Una risposta ad oggi convincente ci perviene dunque dallo studio e dalla conoscenza di quella sostanza chimica che è la dopamina. Essa è prodotta dal sistema dopaminergico centrale e periferico ed ha una funzione regolatrice di molteplici attività comprese quelle umorali. Il livello di dopamina durante l'adolescenza è basso. Al contrario viene rilasciata in misura eccessiva, dal sistema limbico, soprattutto in risposta a stimoli piacevoli. Essa è responsabile di quella forte tensione motivazionale volta alla ricerca di gratificazioni immediate. Il cervello è formato da miliardi di cellule, chiamate neuroni. Questi sono organizzati in reti neurali che si intersecano tra loro e si integrano nello svolgimento di svariate funzioni cerebrali. I neuroni e le reti neurali sono in comunicazione tra loro tramite sostanze chimiche, chiamate appunto neurotrasmettitori, rilasciate in piccoli spazi definite sinapsi. Oltre alle reti neurali, queste sostanze hanno una influenza molto potente sui comportamenti, le emozioni, il pensiero, le relazioni e le varie tipologie di legami (Cozolino, 2021).

Il sistema dopaminergico svolge ruoli importanti nella neuromodulazione, come il controllo motorio, la motivazione, la ricompensa, la funzione cognitiva, i comportamenti materni e riproduttivi (Klein et al., 2019). La dopamina è un neurotrasmettitore, sintetizzato sia nel sistema nervoso centrale che nella periferia, ed esercita le sue azioni legandosi ai recettori cellulari.

Negli ultimi decenni, la ricerca nel campo del sistema dopaminergico e dei neuroni è aumentata. Gli studi hanno dimostrato che il sistema dopaminergico e i neuroni sono coinvolti nello sviluppo di molte malattie neurologiche. Tra queste, ma non solo, il morbo di Parkinson, la schizofrenia, la depressione, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, ecc. Si è visto inoltre che una disfunzione dei sistemi dei neuroni dopaminergici può portare a diverse malattie (Chen et al., 2024).

La dopamina genera sensazioni di appagamento, di eccitazione ma anche di esaltazione. Questo spiega, nei giovani, la ricerca continua di quegli stati euforici e gratificanti in risposta ad una vita simil-avventurosa. In essa, essi ne colgono solo gli aspetti positivi mentre sfidano o sottovalutano le conseguenze negative talora molto rischiose. La tendenza a reiterare comportamenti eccessivi appare, a volte, come una difesa dalla noia e dall'apatia o da una condizione di incomunicabilità e di incomprensione. Si chiama depressione quel disturbo che nei giovani, oltre all'isolamento, riconosce nel comportamento opposto una via di fuga da emozioni di sofferenza e di rabbia. Emerge l'impulsività del vivere il qui ed ora senza sconti, scatenata dalla ricerca degli effetti della scarica salvifica della dopamina. Definito sistema della ricompensa. La caratteristica della dopamina, che sostiene molti comportamenti adolescenziali, è altrettanto spesso, quella di creare una forte tensione emotiva volta alla ricerca di esperienze nuove. Esperienze rischiose ma finalizzate a soddisfare impulsi spesso irrefrenabili. A volte al limite con gli eccessi. I giovani, spesso, non ignorano le conseguenze negative delle loro azioni ma prevale in essi la motivazione a condividere le esperienze di divertimento e la sfida ad infrangere le regole. In questa epoca della vita, l'influenza dei pari è determinante. Nel gruppo si strutturano altri legami, si creano alleanze in cui si condividono esperienze esplorative fino ad allora inaccessibili o ignote. La mente creativa dell'adolescente funge da stimolo e da guida in un mondo che le si propone con tutti i suoi misteri, i suoi perché e le sue recondite meraviglie. Nel gruppo, l'adolescente si identifica totalmente in un unico corpo sociale, forte ed imbattibile. Il gruppo crea vissuti di protezione, sicurezza, innalzamento dell'autostima e sentimenti di potenza. Al di fuori di esso subentra il crollo emotivo e l'isolamento. L'uscita dal gruppo blocca anche il per-

corso di crescita, di individuazione e di maturazione dell'adolescente. Da qui la necessità da parte del mondo degli adulti di intraprendere percorsi di aiuto. Nell'ottica di promuovere una sana coesione del gruppo e favorire nei giovani la consapevolezza dell'importanza di comportamenti riflessivi e responsabili. In questa fase della vita il controllo cognitivo autoregolato è ancora in fase di maturazione. Esso ha sede nella corteccia prefrontale. La regione prefrontale coordina le informazioni di importanti aree del cervello come la corteccia cerebrale, l'area limbica, il tronco cerebrale. Ad essa giungono anche i segnali provenienti da altre parti del corpo ed elabora informazioni provenienti dal mondo sociale. Al contrario l'area limbica che è deputata al controllo delle emozioni, in questa fase è iperattiva. Questo spiega il libero fluire di forti emozioni e di comportamenti impulsivi che non vengono controllati da quella parte del cervello ancora immatura. La corteccia prefrontale. Un ulteriore conseguenza derivante dall'incremento nel rilascio di dopamina è la tendenza allo sviluppo di dipendenze (Siegel, 2014). A causa dei processi maturativi ancora in atto, e della neuroplasticità, il cervello dell'adolescente è molto fragile, ricettivo e vulnerabile. Questa condizione lo predispone allo sviluppo di dipendenze che sfuggono a controlli razionali. Le dipendenze si instaurano sia nei confronti di quei comportamenti autoesaltanti sia nel ricorso all'uso di sostanze o droghe che, al pari dei primi, comportano rilascio di dopamina. La regione prefrontale è l'ultima area del cervello a maturare infatti raggiunge la maturazione definitiva intorno ai 30 anni di età. Ad essa spetta la funzione di raccogliere ed integrare tutte le informazioni esterne ed interne alla persona. Questa è un'attività complessa di analisi e di supervisione critica che è fondamentale per la crescita e lo sviluppo maturativo personale e sociale. Comprende funzioni vitali come la riflessione, l'autoconsapevolezza, il giudizio critico, il controllo degli impulsi, la pianificazione di azioni mature e volte al bene sociale. Non ultimo l'empatia ovvero la capacità di comprendere ed essere in sintonia con le emozioni dell'altro. Funzioni legate da sempre all'istinto di conservazione e di sopravvivenza della specie. Infine, siamo a conoscenza che il contesto socioculturale ed emotivo condiziona il modellamento del cervello e della mente di ogni individuo a qualsiasi età. Ciò è riscontrabile particolarmente in questa fascia di età. Durante l'adolescenza, il processo di rimodellamento e maturazione coinvolge diverse parti del cervello.

Esso, ora, è molto plastico e modellabile a tutte le situazioni di vita individuale e sociale. anche a quelle negative.

Dall'attività di ricerca è emerso che, nei giovani, i comportamenti rischiosi non sono da imputare esclusivamente alla loro impulsività e alle variazioni ormonali che l'accompagnano. Un ruolo importante è svolto soprattutto dai cambiamenti che avvengono a livello di alcune aree cerebrali in cui la dopamina viene rilasciata in quantità maggiore. Fondamentale causa è ancora il mancato completamento dello sviluppo della corteccia prefrontale.

Bibliografia

1. Chen H, Li J, Huang et al. (2024) Dopaminergic system and neurons: Role in multiple neurological diseases DOI: 10.1016/j.neuropharm.2024.110133

2. Cozolino L (2021) Neuroscienze per i clinici, Raffaello Cortina Editore, 2021

3. Klein MO, Battagello D S, Cardoso AR, et al. (2019) Dopamine: Functions, Signaling, and Association with Neurological Diseases DOI: 10.1007/s10571-018-0632-3

4. Siegel J. Daniel, La mente adolescente, Raffaello Cortina Editore, 2014

Foto: Envato Elements

Enza Maierà

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

La teologia della forza e i disturbi mentali

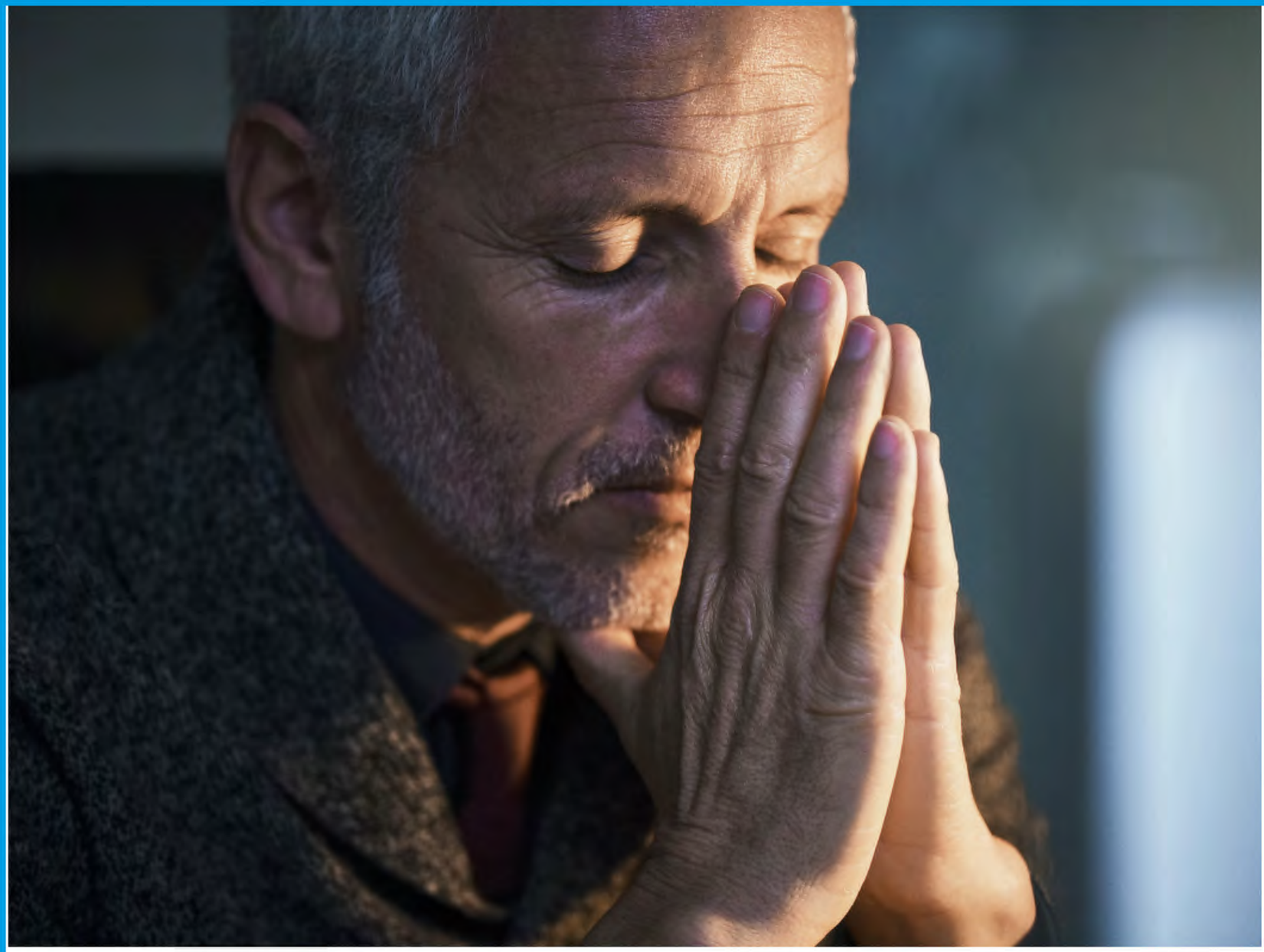
/ Antonio La Daga /

L'articolo riflette sulla "teologia della forza", esplorandola attraverso filosofia, religione e impatti sociali. Discute il potere divino e umano, evidenziando il paradosso cristiano della forza nella debolezza. Analizza connessioni con la delinquenza minorile e i disturbi mentali, proponendo prevenzione attraverso educazione e spiritualità come risorsa di guarigione. «Quando sono debole, è allora che sono forte» (San Paolo, 2 Cor 12, 10).

In filosofia, la teologia della forza può assumere diverse interpretazioni a seconda del contesto e del pensiero filosofico. La parola teologia deriva dal greco teo (dio) logos (discorso, divinizzazione).

Friedrich Nietzsche (2006) ha sviluppato il concetto di "volontà di potenza", che può essere visto come una forza fondamentale che guida il comportamento umano e la vita in generale. Per Nietzsche, la volontà di potenza è una forza creativa e dinamica che spinge gli individui a superare sé stessi e a realizzare il proprio potenziale. Thomas Hobbes nella sua opera "Leviatano" (2024) descrive la forza come un elemento centrale in natura, dove gli individui sono in costante competizione per il potere e la sicurezza. La forza, in questo contesto, è vista come un mezzo per garantire la sopravvivenza e l'ordine sociale. Michel Foucault ha esplorato il concetto di forza in termini di potere e controllo sociale. Secondo Foucault, le forze sociali e politiche modellano il comportamento umano attraverso pratiche disciplinari e discorsi che definiscono ciò che è accettabile o deviante. In molte tradizioni religiose Dio è visto come onnipotente, la fonte ultima di ogni forza. Questo può portare a interpretazioni in cui la forza è vista come un attributo divino o come un dono di Dio. Tuttavia, questo può anche portare a interpretazioni distorte in cui la forza viene usata per giustificare l'oppressione o la violenza. Si sostiene così che tali azioni sono in linea con la volontà divina. La teologia della forza può anche riferirsi al modo in cui gli esseri umani usano il potere, sia individualmente che collettivamente. Questo può includere questioni come il ruolo dell'autorità religiosa, il rapporto tra chiesa e stato, e l'uso della forza per promuovere o difendere credenze religiose. Molti teologi e filosofi hanno criticato l'uso della forza in nome della religione, sostenendo che è incompatibile con i principi di amore, compassione e non violenza. Essi sottolineano che la vera forza risiede nella debolezza,

Conoscere e Curare / Cause



nell'umiltà e nel servizio agli altri, come dimostrato dalla vita e dagli insegnamenti di figure come Gesù Cristo (Mondini, 1969). Un concetto importante presente nella teologia cristiana, in particolare nelle lettere di san Paolo, è l'idea che la forza di Dio si manifesta nella debolezza umana. Questo paradosso sottolinea che la vera potenza non risiede nella dominazione o nella violenza, ma nella capacità di superare le avversità attraverso la fede e la grazia divina. In sintesi, la teologia della forza è un argomento delicato che richiede un'attenta riflessione e un'analisi critica. È importante distinguere tra l'uso legittimo del potere per promuovere il bene e l'abuso del potere per fini egoistici o violenti. In un contesto teologico, la forza potrebbe essere interpretata simbolicamente come una manifestazione della presenza divina o come una potenza universale che collega tutte le cose. Esplorando il concetto da un punto di vista spirituale, la forza potrebbe rappresentare la potenza di Dio, la Sua volontà, o l'energia spirituale che sostiene l'ordine cosmico. In un'interpretazione più filosofica, la teologia della forza potrebbe trattare di come le persone, in quanto esseri dotati di libero arbitrio, possono scegliere come utilizzarla. Potrebbero agire sia per il bene che per il male (Morrone, 2022). Nell'ambito dei comportamenti devianti degli adolescenti e dei giovani oggi frequenti e oramai strutturati, la teologia della forza si riferisce a una mentalità che glorifica la violenza. Essa valorizza il dominio e la sopraffazione come mezzi per ottenere potere e status. Questa teologia (divinizzazione) del potere può manifestarsi in vari modi, dall'ammirazione per figure criminali alla partecipazione a gang o gruppi violenti. Gli adolescenti, in particolare, possono essere vulnerabili a questa ideologia a causa della loro ricerca di identità. Essi hanno desiderio di appartenenza e tendenza a mettere alla prova i propri limiti (Sangermano, 2022). La delinquenza minorile è un fenomeno complesso e con molteplici cause. Tra esse vi sono fattori individuali (come problemi di salute mentale), familiari (come abusi o negligenza) e sociali (come povertà o mancanza di opportunità). L'esposizione alla violenza, sia come vittima che come testimone, è un fattore di rischio significativo. Questa dottrina può esacerbare i comportamenti delinquenziali, fornendo una giustificazione ideologica per la violenza e l'aggressione. I giovani che abbracciano questa mentalità possono essere più inclini a commettere crimini violenti, come aggressioni, rapine o atti di vandalismo (Sangermano, 2022). È fondamentale contrastare la "teologia della forza" attraverso programmi educativi che promuovano valori come il rispetto, l'empatia e la risoluzione pacifica dei conflitti. Interventi precoci con giovani a rischio possono aiutare a prevenire l'aumento della violenza. I programmi di riabilitazione per giovani che delinquono devono affrontare le cause profonde del loro comportamento, inclusa la "teologia della forza". È importante fornire ai giovani alternative positive alla violenza, come attività sportive, artistiche o di volontariato. In definitiva, la teologia della forza è un fattore di rischio significativo per la delinquenza minorile. Comprendere questa connessione è essenziale per sviluppare strategie efficaci di prevenzione e intervento (Sangermano, 2022). Il collegamento tra teologia della forza e disturbi mentali è spesso evidente nel modo in cui la fede viene vista come una risorsa per affrontare e superare le difficoltà psichiche. Per esempio: 1- La forza interiore derivante dalla fede potrebbe essere un mezzo per combattere l'ansia, la depressione o la tristezza, dando alle persone uno scopo e una speranza in mezzo alla sofferenza. 2- La grazia divina e la forza spirituale potrebbero essere viste come risorse per trovare la pace interiore, la guarigione emotiva e una nuova prospettiva sulle difficoltà psicologiche. L'accettazione della sofferenza mentale come parte del cammino di fede può aiutare a ridurre la vergogna e lo stigma. Essa permette a chi soffre di disturbi mentali di avvicinarsi alla propria fede in modo più autentico. In sintesi, la teologia della forza e i disturbi mentali sono due ambiti che possono essere esplorati insieme in contesti spirituali, con la fede come potenziale fonte di resilienza e di guarigione. Tuttavia, è fondamentale che tali riflessioni siano anche sensibili e rispettose delle conoscenze psicologiche moderne, evitando interpretazioni che possano danneggiare chi soffre di problemi mentali (Cencini & Manenti, 2015). La teologia della forza offre una prospettiva unica sull'energia spirituale, la delinquenza e i disturbi mentali. La forza spirituale aiuta a superare le sfide della vita, mentre la teologia della redenzione offre speranza e possibilità di cambiamento per i delinquenti. Inoltre, una spiritualità sana può migliorare la salute mentale, fornendo un senso di scopo e comunità. Questi temi interconnessi mostrano come la fede e la spiritualità influenzino profondamente la vita umana.

Bibliografia

1. Cencini A.& Manenti A. "Psicologia e teologia" EDB, Bologna 2015.
2. Hobbes T. "Leviatano" Ed. Laterza- 2024
3. Mondini B. "Il Pensiero filosofico di Paul Tillich" Rivista di Filosofia Neo-Scolastica Vol. 61, No. 2/3 (1969), pp. 298-307
4. Morrone F. "Nella debolezza la forza, una riflessione teologica dal pensiero paolino". Bioetica News Torino. 2022.
5. Nietzsche F. "La volontà di potenza" Collana: Volti- 2006
6. Sangermano A. "Devianze giovanili: la teologia della forza" - Studi sulla Formazione: 25, 179-184, 2022-2 DOI: 10.36253/ssf-14208 | ISSN 2036-6981

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga

Medico Neurologo

Redattore

Identità e depressione nell'era dei social media

/ Antonella Vacca /

I social media hanno trasformato il modo in cui costruiamo e raccontiamo la nostra identità. Oggi siamo costantemente connessi, ma questa iperconnessione ci rende davvero più vicini agli altri?

Dopo la pandemia, i disturbi d'ansia e depressione sono aumentati in modo significativo. L'uso eccessivo dei social media sembra essere un fattore chiave. La psicologia fenomenologica e costruttivista offre strumenti utili per comprendere come l'identità si costruisce (o si smarrisce) nel mondo digitale e per ritrovare un equilibrio tra il Sé reale e il Sé online. Uno studio recente ha mostrato che il 42% dei giovani trascorre più tempo sui social di quanto vorrebbe, mentre il 55% ha subito commenti negativi che hanno influenzato la propria autostima (Castillo-Gualda & Ramos-Cejudo, 2024). Ma perché siamo così attratti dal mondo digitale, anche quando ci fa stare male?

Secondo la psicologia fenomenologica, la qualità delle relazioni è fondamentale per il nostro benessere. Heidegger (1927) parlava di Mitsein (essere-con-gli-altri) come condizione essenziale dell'esistenza umana. Tuttavia, le interazioni virtuali spesso sono superficiali e prive di autenticità, causando un senso di vuoto e disconnessione emotiva. L'identità digitale si costruisce attraverso immagini, post e interazioni filtrate. Ma questa rappresentazione online riflette davvero chi siamo? Oppure crea un divario tra il Sé vissuto (ciò che siamo realmente) e il Sé narrato (l'immagine che mostriamo agli altri)? Durante il COVID-19, i social media sono diventati il principale mezzo di comunicazione. Facebook ha registrato un aumento del 50% nell'uso della messaggistica (Keles et al, 2020). Tuttavia, questo non ha portato a un maggior benessere, anzi: più tempo online è stato associato a livelli più alti di ansia e depressione. Uno studio ha rilevato che tra il 2019 e il 2021 il tasso di depressione tra i giovani è aumentato del 30%, con una forte correlazione tra il tempo trascorso sui social media e il peggioramento della salute mentale (Twenge & Campbell, 2021). Un fenomeno particolarmente dannoso è il doomscrolling: leggere compulsivamente notizie negative, aumentando stress e angoscia. L'iperconnessione ci spinge a confrontarci costantemente con gli altri, alimentando il senso di inadeguatezza e la paura di non essere abbastanza. La psicologia costruttivista descrive l'identità come una narrazione in continua evoluzione, plasmata dalle esperienze e dalle relazioni (Arciero, 2002). Nell'era digitale, questa costruzione è sempre più influenzata dai social media, con il rischio di perdere autenticità. Festinger (1954) ha descritto il fenomeno del confronto sociale: vedere costantemente vite idealizzate sui social media può farci percepire la nostra come insufficiente, alimentando ansia e insicurezza.

I segnali di una crisi dell'identità digitale possono includere: sensazione di vuoto nonostante le tante interazioni online, dipendenza dai like e dai commenti per sentirsi validi. Si può avere difficoltà a riconoscere la propria identità al di fuori dei social e nutrire sentimento di inautenticità rispetto a come ci si mostra online. Per prevenire la disconnessione emotiva e il disagio psicologico legato ai social media, è utile adottare alcune strategie. 1- Vivere esperienze autentiche (Husserl, 1936). Ridurre il tempo online e riscoprire attività reali, come leggere, passeggiare nella natura e parlare faccia a faccia. 2- Ristrutturare il "Sé narrativo" (Arciero, 2002). Riflettere su come costruiamo la nostra identità, senza basarla esclusivamente sul riconoscimento digitale. 3- Praticare la consapevolezza esistenziale (Heidegger, 1927). Stare nel presente, senza essere ossessionati dall'immagine che proiettiamo online. 4- Limitare il confronto sociale digitale. Ricordare che i social media mostrano solo versioni filtrate della realtà. 5- Coltivare relazioni autentiche. Dare valore ai rapporti reali, costruiti su esperienze condivise e non su like e commenti. L'iperconnessione digitale può dare l'illusione di essere sempre in contatto con gli altri, ma spesso porta a una perdita di autenticità e a una maggiore solitudine. La psicologia fenomenologica e costruttivista ci aiuta a comprendere come la nostra identità venga influenzata dal mondo digitale e come possiamo proteggerci da un uso eccessivo dei social media.

Riconnettersi con il proprio Sé autentico e coltivare relazioni reali sono passi fondamentali per ritrovare benessere e sicurezza in sé stessi.

Bibliografia

1. Arciero G. (2002). Storia e identità personale: La prospettiva ermeneutica in psicoterapia. Torino: Bollati Boringhieri.

2. Castillo-Gualda R & Ramos-Cejudo J (2024). The impact of social media on youth mental health. Journal of Psychology, 45(3), 120-135.

3. Festinger L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. Human Relations, 7(2), 117-140.

4. Heidegger M. (1927). Essere e tempo. Milano: Longanesi.

5. Husserl E. (1936). La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Milano: Il Saggiatore.

6. Keles B, McCrae N, Grealish A. (2020). Social Media and Adolescent Mental Health: A Systematic Review. Clinical Child and Family Psychology Review, 23(4), 547-579.

7. Twenge J M, & Campbell WK (2021). The Social Media Trap: Anxiety, Depression, and the Digital Age.

Foto: "Identità e depressione nell'era digitale", generata con A.I., 2025

Antonella Vacca

Psicologa Clinica Psicoterapeuta

Redattrice

Conoscere e Curare / Diagnosi

Il digiuno: dalla pratica religiosa all'anoressia

/Immacolata d'Errico /

In tutte le principali pratiche religiose il digiuno ha assunto un ruolo chiave. Spesso è pratica spirituale per aiutare a rafforzare la fede. O associato alla penitenza e alla redenzione dei peccati. O altre forme di autocontrollo.

In ogni pratica religiosa la penitenza è legata alle pratiche di digiuno e alla redenzione dai peccati terreni, a parte lo Zoroastrismo che lo proibisce. Nel primo cristianesimo il digiuno era un modo di pregare. La sofferenza legata alla deprivazione del piacere del cibo permetteva di liberarsi dal peccato e di rafforzare lo spirito, riconciliandosi con Dio. Un famoso digiuno, quello del Ramadan, che nel calendario islamico ricorre il nono mese dell'anno, viene considerato un precetto religioso. Consiste nell'astensione dal cibo e dal sesso, dall'alba al tramonto. A differenza dal Cristianesimo, qui il significato del digiuno è diverso. Nel Corano il digiuno viene visto come un atto di lode e ringraziamento, mentre nel cristianesimo come purificazione dal peccato. Nell'ambito del Cristianesimo, dal XII secolo in poi alcune figure storiche o religiose, spesso donne, hanno vissuto esperienze di digiuno estremo. La privazione alimentare era parte della loro spiritualità e della ricerca di una connessione più profonda con il divino. Alcune donne sono state venerate come sante, simboli di sacrificio e dedizione: le sante digiunanti. Altre furono oggetto di sospetto da parte della chiesa cattolica che perseguiva le eresie per i comportamenti eccentrici sfidanti le norme sociali (sito1). Digiunanti come segno di devozione. Le più famose: Santa Vilgeforte, S. Chiara d'Assisi, S. Teresa d'Avila, S. Caterina da Siena. Dacia Maraini considera il rifiuto del cibo come una delle ribellioni di Santa Chiara, «la quale, quando non digiunava, consumava un'oncia di pane al giorno». Il digiuno delle sante nel cattolicissimo Medioevo è stato interpretato come una risposta alla struttura sociale e patriarcale imperante (Maraini, 2013). Vandereycken e Van Deth hanno attribuito a molti dei casi di sante digiunanti o di padri del deserto il significato antesignano delle moderne forme di anoressia restrittiva. In "Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche" si possono riscontrare svariati aspetti caratteristici presenti in tale patologia (Vandereycken & van Deth, 1995). Rudolph Bell in La santa anoressia scrive: «[…] mi parve chiaro che alcune sante del tardo medioevo venivano descritte in termini molto prossimi alle descrizioni cliniche dei moderni ammalati di anoressia nervosa». E ancora si chiede «Che cosa potevano avere in comune Twiggy e Karen Carpenter con Chiara d'Assisi e Caterina da Siena?» Consiglio vivamente la lettura di questo libro per chi volesse approfondire questo tema. Nel primo capitolo esamina come l'anoressia nervosa sia stata definita e trattata nel corso dei vari secoli. Tenta di dimostrare come non si tratti di una malattia nuova iniziata con le modelle e con la mania delle diete. Bensì di una patologia che ha un senso e un significato profondo. Nella prima parte del libro ci parla di Caterina da Siena morta come diretta conseguenza del digiuno estremo e prolungato, complicato infine dalla sua decisione di non bere. Non bevendo dopo un mese morì, disidratata. Raimondo da Capua, il suo confessore, descrive il nuovo stile di vita di Caterina, di all'incirca 27 anni: «[…]il suo stomaco non poteva digerire niente […] per cui quanto aveva ingerito, bisognava che riuscisse per la stessa via per la quale era entrato, altrimenti le causava acutissimi dolori ed enfiature in quasi tutto il corpo. La santa vergine nulla inghiottiva delle erbe o altro che masticava […] beveva volentieri acqua fresca per mitigare l'arsione […]. Questo genere di vita lo tenne fino alla morte che avvenne circa sei anni dopo per causa dei mormoratori e particolarmente di quelli che si scandalizzavano del suo digiuno».
Successivamente, osserva Bell, il fenomeno dei santi digiunatori andò scemando. L'astinenza dal cibo non venne considerata più la via preferenziale per raggiungere la santità. La devozione a Dio non era più legata alle pratiche ascetiche, ma alla carità e all'assistenza (Bell, 1992). L'anoressia nervosa sembra essere la patologia del rifiuto. Il rifiuto del cibo. E attraverso esso il rifiuto del corpo. Il rifiuto per demarcarsi, il rifiuto come un appello, come una difesa. Insorge spesso in adolescenza dove già di per sé ci si contrappone; è la fase dei "no"! La contrapposizione dell'adolescente esprime il bisogno di demarcazione e differenziazione. L'adolescente, infatti, viene angosciato non dall'assenza dei genitori ma dalla loro presenza! Il "no" è esigenza di separazione.
Il rifiuto del cibo nell'anoressia nervosa è esigenza di separazione. È una difesa che permette di sganciarsi dall'Altro e dal Mondo. L'anoressico dice no al cibo perché necessita di differenziarsi dall'Altro e centrarsi su di sé. Il rifiuto è anche un appello. Appello che può prendere anche la forma del ricatto. Il corpo viene sequestrato per ricattare l'Altro. E quando l'Altro cede è probabile che la persona che soffre di anoressia riprenda a mangiare. Ma anche no! Dovevi farlo prima! E il ricatto continua. Possono divenire spietati. Il rifiuto del corpo come luogo dove si esprime il potere. Attraverso l'anoressia si tenta di asservire il corpo alla forza di volontà. Il che vuol dire giudicare il proprio valore principalmente o esclusivamente in base alla forma del corpo, al peso e al controllo. E riporre il valore personale solo sulla base di questo. Possiamo ipotizzare che il corpo rappresenti nei disturbi alimentari un centro di gravità permanente e sia il suo cuore psicopatologico. «Cerco un centro di gravità permanente che non mi faccia mai cambiare idea sulle cose e sulla gente» recita la famosa canzone di Franco Battiato. Quando i rapporti con l'Altro e il Mondo sono

difficili e falliscono, quando non si riesce a reggere l'Altro, il ragazzo si ritira. Si centra solo sul corpo tagliando completamente il mondo fuori. Affamandolo. Il corpo diventa l'unico suo interlocutore. In questo modo viene mantenuto un senso di autonomia senza sprofondare in un senso di vuoto. E inizia la battaglia contro un corpo, il proprio, che urla per fame e per stanchezza. Il corpo che viene usato, pertanto, come contesto fisso e si affranca così dalla definizione dell'Altro. Non avverte più il senso di vuoto, perché un corpo affamato si fa sentire. Il riuscire ad affamare il corpo dà valore. Il controllare il senso di fame dà valore. Inizia così una indipendenza da tutto, ma che diventa estenuante, una prigione. Il mondo dell'anoressia nervosa si chiude così tra il frigo e la bilancia. Il "no" di Caterina da Siena inizia in adolescenza. La madre è una donna forte che vorrebbe un matrimonio ricco per Caterina. Il padre è una figura periferica e non supportiva per la figlia. Pertanto, è una figura deludente per Caterina. Anche se infine fu l'unico a darle l'approvazione, intimando alla moglie e ai figli di non tormentarla più. Sembra, pertanto, che la scelta anoressica sia l'unico modo per definirsi e differenziarsi in una società dove il suo destino è segnato. Una ribellione. Una esigenza di separazione. Caterina nella sua vita fu sempre in lotta per farsi capire oscillando tra illusioni e delusioni. E si centrò su Dio, il che le diede la forza e la costanza di affrontare il mondo e il confronto con i suoi diffamatori. «Rafforzata da un patto personale con Dio, Caterina sortì in battaglia contro la famiglia». Dio solo non la può deludere e abbandonare, così le possibili disconferme vengono evitate. Si centra sul corpo dove unicamente lei ha il potere, con la costante necessità di controllarlo totalmente. Cedere al cibo è come cedere al peccato. È deludere Dio, perdendo il potere faticosamente guadagnato. È annullare il senso di identità conquistato. E Caterina vince tutte le sue battaglie confermando il proprio senso d'identità. Tranne l'ultima, il fallimento della riforma della Chiesa. Qui cedette la voglia di vivere di Caterina (Bell R., 1992) (sito 2). Sante e mistiche medioevali hanno vissuto spesso un rapporto complesso con il cibo. Come abbiamo visto sopra alcuni studiosi hanno utilizzato la chiave di lettura dell'anoressia per leggere questo fenomeno. È lecito, quindi, chiederci se siamo di fronte a una modalità tipica medioevale per glorificare Dio o a una patologia psichiatrica! (sito 3).

Queste sante sono vissute in un'epoca storica in cui la relazione con il cibo e il corpo era influenzata da fattori culturali e sociali. Una lente contemporanea può, invece, interpretare queste manifestazioni alla luce della moderna psicopatologia. Io credo che le manifestazioni del misticismo e della santità non debbano essere ridotte a delle pure categorie psichiatriche. Trovo, però, intrigante cercare di coglierne sensi e significati profondi sottesi, attraverso gli studi fenomenologici. Effettivamente un argomento complesso.

Bibliografia

1. Bell R.: La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo ad oggi. Oscar Mondadori. 1992.

2. Maraini D.: Chiara d'Assisi. Elogio della disobbedienza. Rizzoli ed. 2013.

3. Vandereycken W., van Deth R.: Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia. Raffaello Cortina ed. 1995

Sitografia

4. https://frida.unito.it/480_mangiare-%28da%29-dio%3F-cibo-e-salute-spirituale-tra-medio-evo-e-contemporaneit%C3%A0#:~:text=Nelle%20sue%20opere%2C%20Dacia%20Maraini,di%20un%20-%E2%80%9Ccorpo%20felice%E2%80%9D.

5. https://psicolibra.it/wp-content/uploads/2020/06/Anoressia-e-santit%C3%A0-in-S.pdf

6. https://frida.unito.it/480_mangiare-%28da%29-dio%3F-cibo-e-salute-spirituale-tra-medio-evo-e-contemporaneit%C3%A0.

Foto: Envato Elements

Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Alla ricerca della nostalgia

/Enza Maierà /

La parola nostalgia prima di assumere il significato contemporaneo, è stata inserita nei testi di medicina e di psichiatria, per definire una patologia. Oggi questo termine connota uno stato emozionale dai risvolti positivi anche quando a produrla è uno stato depressivo.

La nostalgia è un'emozione complessa che accompagna, in maniera latente o manifesta, tutte le fasi della vita dell'uomo. Di tutti gli uomini, di tutte le culture. È una componente di quella intelligenza emotiva che è matrice e regolatrice delle nostre emozioni. Essa nasce e si collega con quell'altro tipo di intelligenza, razionale, che si forma coi numeri, le immagini, il linguaggio, la logica, il calcolo. Ma da essa si discosta perché è intelligenza di vita vissuta. La nostalgia assume forme e tematiche diverse a seconda delle molte emozioni che possono accompagnarla negli svariati momenti o stagioni della vita. Sono emozioni di gioia o di malinconia, di dolore dell'anima o di felicità, di tristezza o di serenità. È la nostalgia di un tempo andato, come l'infanzia, l'adolescenza e anche nostalgia di piacevoli sensazioni, ormai smarrite. È la nostalgia di sguardi profondi, di carezze rassicuranti, dei dialoghi silenziosi con la natura, delle grandi assenze di persone care.

Andare alla ricerca di queste emozioni, e soprattutto riviverle, dare loro un significato o una nuova interpretazione, equivale a cogliere il senso della nostra vita. Equivale a conoscere noi stessi in profondità, a conoscere gli altri, le loro emozioni e i loro stati d'animo. Diventa, pertanto, un'esperienza di conoscenza della nostra identità e dell'Altro che è in relazione con noi. Nei ricordi evocati dalla nostalgia non siamo mai soli. La presenza di altri ci fornisce il senso di appartenenza, di connessione sociale. Nei momenti tristi, rievocare questi aspetti dà sollievo a quel sé svuotato e demotivato dalla depressione. Ma ci sono diverse forme di nostalgia e tra queste ce n'è qualcuna più sofferta e dolorosa. Sebbene sia stato scoperto che input sensoriali piacevoli, come profumi familiari (Reid et al., 2015) o musica (Routledge et al., 2011) inducono nostalgia, le persone spesso si rivolgono ad essa in situazioni in cui si sentono angosciate. È la nostalgia

Conoscere e Curare / Diagnosi

che porta alla depressione più acuta, al male di vivere che, in questi casi, si accompagna a diversi altri sentimenti che prevalgono. Il rimpianto e il senso di colpa. Essi vanificano l'effetto benefico della nostalgia e provocano tristezza ed angoscia. Nel rimpianto riemerge continuo, il doloroso ricordo di qualcosa o di qualcuno che non c'è più. La sensazione è quella di una insanabile perdita che lascia un vuoto incolmabile. Il senso di colpa pervade l'animo di chi si ritiene responsabile di tale perdita.

Il passato, con ciò che racchiudeva, è perduto per sempre. Il presente ha la forma di un male di vivere che priva di senso la propria vita. Nella nostalgia, dove non ci sono rimpianti e sensi di colpa ciò che è perduto rivive nel cuore e nella memoria. Continua a dare un senso al passato e al presente e proietta nel futuro le speranze (Borgna, 2018). Le persone si rivolgono alla nostalgia in risposta alla sofferenza. Una serie di ricerche indica che l'esperienza nostalgica ha una serie di benefici psicologici (Routledge et al., 2013). Si è visto che essa aumenta l'affetto positivo, promuove una visione positiva di sé (Vess et al., 2012) e rafforza l'autostima (Wildschut et al., 2006). Si è visto inoltre che produce benefici esistenziali perché rafforza il senso della vita (Routledge et al., 2011). Essa, inoltre, regola una varietà di vissuti minacciosi come il pensiero della mortalità (Routledge et al., 2008). L'esperienza nostalgica è simile ad un viaggio alla ricerca di noi stessi in cui ritroviamo anche i nostri errori, le nostre mancanze, le nostre delusioni. Nulla deve cadere nell'oblio. Annullare quei ricordi del passato che hanno dato un senso al nostro vivere, equivale ad annientare sé stessi. Significa svilire il significato di ciò che siamo stati e di ciò che siamo diventati. Marcel Proust nel suo capolavoro "Alla ricerca del tempo perduto", trova nella nostalgia del passato la figura salvifica che lo risolleva da un presente angoscioso di depressione. È nell'atto di riassaporare una madeleine che, all'improvviso, riemerge il passato, la sua infanzia e la sua prima giovinezza, felice. «Un piacere delizioso m'aveva invaso [...] M'aveva subito rese indifferenti le vicissitudini della vita, le sue calamità inoffensive, la sua brevità illusoria, nel modo stesso che agisce l'amore, colmandomi d'un'essenza preziosa […] Avevo cessato di sentirmi mediocre, contingente, mortale» (Proust, 1961). «Nella ricerca proustiana del tempo perduto, la morte di chi ti è caro o lo svanire del passato, tra i dolori che arreca, dona però un piacere: quel che resta nella memoria degli affetti è un ricordo selettivo, il meglio che merita di essere salvato, la sintesi gloriosa o squisita di quel che fu. Non il suo lato noioso, banale o negativo» (Veneziani, 2022). Essere venuti al mondo ha, per sua natura un passato, un presente ed un futuro. La matrice comune a queste tre fasi è che esse portano con sé un senso della vita che è la forza motrice propulsiva del nostro vivere. La nostalgia è uno stato d'animo legato alla memoria. Da essa viene alimentato coi ricordi del proprio passato che giacciono, custoditi, nei bagagli ideali dell'anima e della mente. Le componenti della memoria diversificate sono di natura olfattiva, gustativa, visiva o legati a luoghi, persone, esperienze di vita ecc. Esse sono selezionate e immagazzinate in diverse aree del cervello collegate tra loro e possono fungere da stimoli sensoriali scatenanti la nostalgia. La memoria è pertanto lo stimolo e la fonte a cui attinge la nostalgia nei vari momenti della vita. La nostalgia è un'amica inseparabile nei momenti di solitudine perché dà voce ai nostri silenzi e ci soccorre a sentirci meno soli. Vivere la nostalgia ci permette di accedere liberamente all'archivio dei ricordi del nostro cuore ed anche riscoprire quella parte di sé dimenticata o dolorosamente accantonata. Con essa si risvegliano ricordi di esperienze felici, di volti a noi cari, di sorrisi, di paesaggi e di colori che hanno illuminato la nostra vita e ne hanno fatto parte. Luci sfavillanti della nostra esistenza che vivono ancora nella memoria e negli occhi dell'anima. Niente è perduto. La nostalgia recupera questo immenso tesoro per cancellare i momenti bui del presente, ridare senso alla vita e riaccendere la speranza di un futuro migliore.

Il ricorso al passato dà un senso di continuità all'esistenza e ci proietta in avanti, verso il futuro con ottimismo e con entusiasmo. La solitudine e la nostalgia diventano quindi archeologhe alleate e restauratrici delle nostre emozioni perdute o sfrangiate. La solitudine è un potente fattore scatenante della nostalgia (Wildschut et al., 2006). La nostalgia è un percorso emotivo che si svolge a ritroso verso trascorsi momenti o stagioni della vita. In essi i ricordi vengono rievocati rivissuti a volte reinterpretati. Il passato riappare nelle sue speranze, nelle sue illusioni, nei suoi sogni, a volte nelle sue amarezze e nelle sue cocenti delusioni. Le lontane esperienze vissute si rivivono nel presente e ci proiettano nel futuro. «Non c'è futuro, non ci sono orizzonti aperti alla speranza, che non si nutrano di passato, delle speranze sognate che hanno lasciato qualche traccia di sé nel presente e nel futuro. La nostalgia, insomma, come matrice di speranza» (Borgna, 2018). La nostalgia ci conduce alla ricerca e alla conoscenza della nostra vita interiore, fatta di ricordi carichi di emozioni, di attese e di sogni. La tematica da cui essa trae origine, è vasta e diversificata.

I ricordi della propria infanzia e adolescenza, delle persone amate o perdute, dei luoghi cari e delle esperienze vissute riemergono alla memoria con grandi carichi emotivi spesso positivi.

Bibliografia

1. Borgna E. La nostalgia ferita, G. Einaudi, 2018

2. Proust M. Alla ricerca del tempo perduto, a cura di P. Serini, Einaudi,1961

Sitografia

3. Reid CA, Green JD, et al. (2015). Nostalgia evocata dal profumo.Memory 23, 157–166. doi: 10.1080/09658211.2013.876048

4. Routledge C, Arndt J et al. (2008). Un tuffo nel passato: la funzione di gestione del terrore della nostalgia. J. Exp. Soc. Psychol. 44, 132–140. doi:10.1016/j.jesp.2006.11.001

5. Routledge C, Arndt J et al. (2011). Il passato rende significativo il presente: la nostalgia come risorsa esistenziale. J. Pers. Soc. Psychol.101, 638–652. doi: 10.1037/a0024292

6. Routledge C., Wildschut T, et al. (2013). La nostalgia come risorsa per la salute psicologica e il benessere. Soc. Pers. Psychol. Comp. 7, 808–818. Doi:10.1111/spc3.12070

7. Routledge C, Juhl J et al. (2014). Usare il passato per promuovere un futuro pacifico: la propensione alla nostalgia mitiga la minaccia esistenziale indotta dal sacrificio di sé nazionalistico e religioso. Soc. Psychol. 45, 339–346. doi: 10.1027/1864-9335/a000172

8. Veneziani M. Proust, in retromarcia nel Novecento. 18 novembre 2022

9. Vess M, Arndt J. et al. (2012). La nostalgia come risorsa per il sé. Self Identity 11, 273–284. doi: 10.1080/15298868.2010.521452

10. Wildschut T, Sedikides C. et al. (2006). Nostalgia: contenuto, fattori scatenanti, funzioni. J. Pers. Soc. Psychol. 91, 975–993. doi: 10.1037/0022-3514.91.5.975

Foto: Envato Elements

Enza Maierà

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Il disegno infantile

/Dominique Tavormina /

Il disegno è un efficace mezzo per approfondire la conoscenza dei nostri piccoli. Non è soltanto, per ogni bambino, uno strumento di espressione piacevole e divertente. Nel corso del tempo, esso si è rivelato essere anche uno dei più utili modi per individuare le problematiche infantili.

Il disegno è un naturale mezzo di espressione del bambino, attraverso cui egli proietta la sua visione del mondo e anche il suo stato emotivo. Nel disegno il bambino racconta ciò che per lui è importante: le sue fantasie, i suoi desideri e bisogni. «Il disegno è la proiezione del mondo interiore del bambino, delle sue attrazioni e dei suoi rifiuti, dei suoi desideri e dei suoi timori» (Corman, 1970). Esso progredisce nel tempo grazie alla maturazione, alle abilità acquisite e alle esperienze personali. Molti studiosi considerano un'evoluzione del disegno attraverso vere e proprie fasi.

La prima, quella primordiale dello scarabocchio, va dai 2 ai 3 anni: vengono lasciate le prime tracce grafiche e si crea una prima rappresentazione della realtà. Non vi è una precisa intenzione di indicare un aspetto concreto della realtà, ma può esservi una somiglianza casuale o fortuita.

In seguito, fino all'età di 5 anni, si inizia a parlare di "realismo mancato". Il piccolo è completamente teso alla rappresentazione realistica ma non riesce a raffigurare quanto desidera. Infatti, ha difficoltà a controllare il suo andamento motorio, a fare sintesi e, allo stesso tempo, ad avere una visione d'insieme. Ne derivano inevitabili sproporzioni.

Il bambino inizia, ad esempio, a rappresentare la figura umana in un unico schema, con una testa molto grande da cui si dipartono braccia e gambe. Vi è grande difficoltà a organizzare, disporre e orientare i diversi elementi all'interno del disegno. I colori vengono utilizzati sotto la spinta di risposte esclusivamente emotive. Fra i 5 e gli 8 anni il bambino inizia a disegnare tutto ciò che per lui è reale e di cui è fortemente convinto, influenzato dall'egocentrismo tipico di questa età. Il disegno gli permette di rappresentare tutto ciò che esiste nella sua mente, anche se non visibile. Da qui si comprende il perché di case con mura trasparenti con gli interni in bella vista e di alberi sdraiati lungo prospettive surreali. Si parla di "realismo intellettuale ". Infine, a partire dagli 8-9 anni fino alla pubertà inizia l'ultima fase, quella del "realismo visivo". In questa fase il bambino migliora la capacità d'attenzione e di osservazione e affina il controllo motorio nei movimenti gestuali, insieme alle tecniche grafico-pittoriche. La preferenza per un determinato colore, così come la combinazione dei vari colori o la totale assenza di essi sono importanti. Essi possono essere uno strumento molto utile per conoscere gli stati d'animo dei bambini. Lo spettro della luce, che include tutti i colori visibili e percepibili dall'occhio umano, presenta colori che vanno dal rosso al violetto. Fu lo scienziato Isaac Newton, nel corso dei suoi esperimenti di ottica, il primo a utilizzare il termine "spettro" e a suddividerlo in sette diversi colori. Essi sono visibili, ad esempio, nell'arcobaleno: rosso, arancione, giallo, verde, blu, indaco e violetto. Le lunghezze d'onda più lunghe corrispondono ai cosiddetti colori caldi (rossi, arancioni e gialli) e quelle più corte ai colori freddi (blu, azzurri, verdi e violetti). Grazie al celebre esperimento con un prisma di vetro, Newton notò che questi sette colori potevano essere raggruppati in tre bande di colori predominanti. Essi corrispondono al rosso, giallo, blu, e sono definiti colori primari della luce perché non scomponibili in un secondo passaggio attraverso un prisma. I colori primari potevano essere mescolati fra loro dando vita ad una vastissima gamma di tonalità. Nella prima fase della vita, tra i 3 e 5 anni, in genere, i bambini preferiscono proprio i colori primari. Essi comunicano emozioni in modo immediato ed istintivo. Secondo l'interpretazione del celeberrimo psicologo svizzero Max Lüscher la vita dell'uomo, sin dalle origini, era regolata da due fattori naturali al di fuori del suo controllo: la notte e il dì. La notte determinava un ambiente in cui le azioni dovevano cessare, in attesa dell'alba. La notte portava a un rallentamento delle attività, alla passività, all'immobilità. Il dì, invece, induceva l'essere umano a rimettersi in moto: era il momento dell'azione, dell'energia e degli stimoli. I colori associati ai due originari ambienti di vita degli esseri umani sono il blu scuro del cielo e il giallo lucente del sole. Il blu è, pertanto, il colore della quiete e della calma e il giallo il colore della vitalità e dell'energia. Il blu è preferito e utilizzato soprattutto da bambini introversi, profondi, sereni e autocontrollati, così come l'azzurro e gli altri colori freddi. Il giallo, insieme al rosso e all'arancio, caratterizza, invece, chi possiede passionalità, produttività,

Conoscere e Curare / Diagnosi

irruenza, emotività e gioia di vivere, voglia di sperimentare e di ottenere successo. Il nero, assenza di luce visibile, è la negazione del colore e indica un senso di rinuncia; è il nulla, l'estinzione. Al contrario il bianco, somma e origine di tutti i colori dello spettro, viene associato a una totale sensazione di libertà e indica la luce, la purezza (Lüscher, 1976).

I test più utilizzati dagli studiosi per comprendere gli aspetti nascosti della psiche infantile e scoprire eventuali disagi si basano su semplici disegni colorati. Si tratta di test proiettivi, in quanto favoriscono, nonostante l'apparente semplicità, l'espressione delle tendenze inconsce. I più usati sono il disegno della figura umana, della casa, della famiglia e dell'albero e possono essere somministrati a partire dai 4/5 anni. Il test della figura umana, ideato dalla psicologa statunitense Karen Machover nel 1949, è un proiettivo grafico ampiamente utilizzato in ambito clinico. Consente di raccogliere informazioni diagnostiche rilevanti a livello della rappresentazione di sé (immagine personale). In quanto il bambino proietta nel disegno il proprio vissuto corporeo, l'immagine del suo Io e del suo mondo affettivo. Il test del disegno della casa fu, invece, introdotto da Francoise Minkowska, psichiatra francese, nel 1948. Viene utilizzato per ottenere indicazioni sull'ambiente di vita del bambino e sulla sua situazione familiare. La casa è, infatti, il luogo in cui egli nasce e cresce e in cui instaura le prime relazioni. Il test della famiglia è molto conosciuto grazie al medico francese Louis Corman che ne elaborò la versione definitiva. Consiste nel far disegnare una famiglia qualunque, anche immaginaria, e non la propria, in modo da lasciare il bambino completamente libero di esprimersi. In tal modo emergeranno con più evidenza e senza censure i sentimenti reali che egli prova. Questo test permette di «conoscere la famiglia del fanciullo come se la rappresenta lui stesso, il che è più importante del sapere com'è esattamente» (Corman, 1970). Infine, il test dell'albero, utilizzato a tutte le età, che è considerato l'autoritratto interiore della persona che disegna. Sistematizzato da Karl Koch nel 1949, consiste nel disegnare un albero da frutto con chioma. Esso rappresenta l'intera personalità nella sua tripartizione: le radici – la materia, l'inconscio; il tronco – la parte razionale, l'io; la chioma – la parte ideale, intellettuale.

Bibliografia

1. Corman L: Il disegno della famiglia – Test per bambini. Bollati Boringhieri, Torino 1970.
2. Farnè M: Psicologia del bambino e dell'adolescente. Signorelli, Milano 1973.
3. Koch K: Il reattivo dell'albero. Giunti O. S., Firenze 2007.
4. Lüscher M: Il test dei colori. Astrolabio, Roma 1976.

Foto: Envato Elements

Dominique Tavormina
Pedagogista Clinica
Redattrice

Conoscere e Curare / Terapia

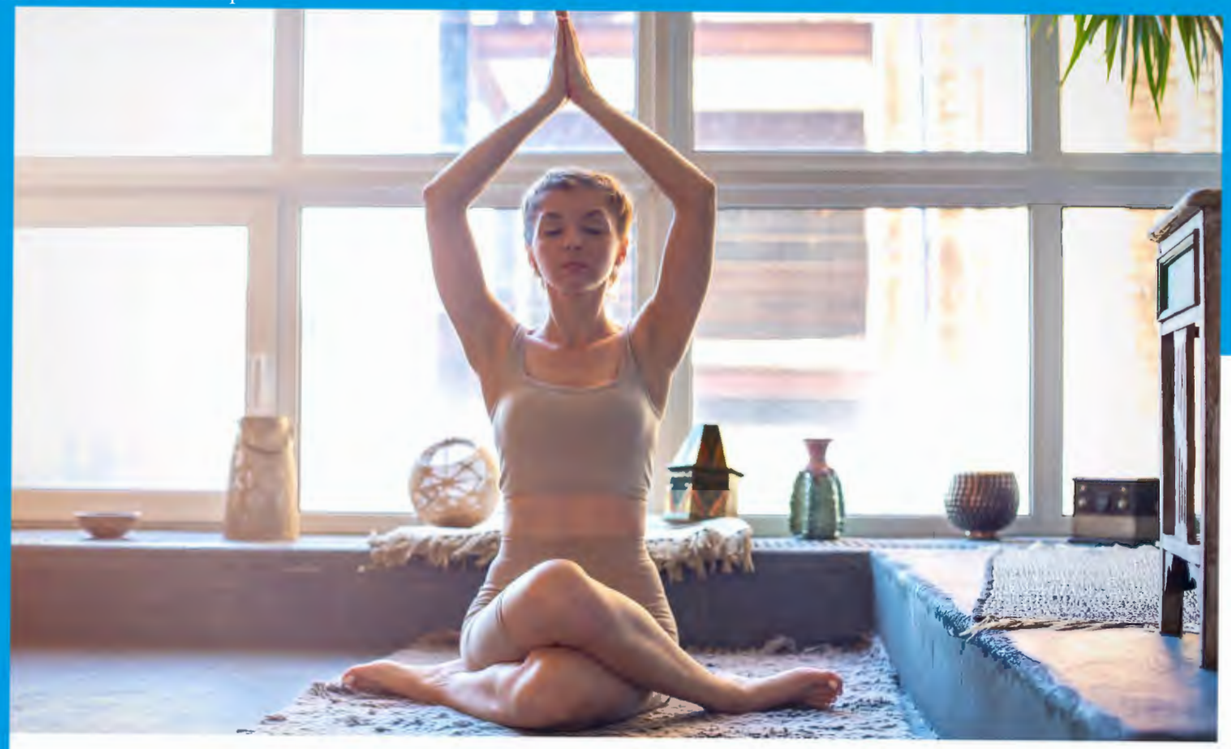
Yoga riscaldato e depressione

/Maurilio Tavormina /

Lo yoga riscaldato è una variante dell'Hatha yoga. Viene praticato in una stanza riscaldata e si giova dei benefici psicofisici di tale disciplina, potenziati dall'effetto del calore sul corpo. Studi scientifici ne evidenziano i benevoli effetti sulla depressione maggiore, con remissione sintomatologica anche nelle forme severe e resistenti a idonee terapie farmacologiche.

Lo yoga riscaldato (hot yoga) è una versione dello yoga divenuta piuttosto popolare negli ultimi anni, soprattutto in America. Consiste principalmente, ma non solo, nel praticare le posizioni tradizionali della disciplina in un ambiente riscaldato. Questa variante termica allena ancora maggiore intensità muscoli, cuore e polmoni, oltre ad offrire i molti vantaggi della forma tradizionale. Lo yoga ha avuto origine in India più di 5000 anni fa come disciplina di vita completa, nata per armonizzare il corpo, la mente e lo spirito. Esso dona benessere psicofisico, facilita il controllo, la gestione delle emozioni e migliora l'umore. In uno studio scientifico, con gruppo di controllo, lo Hatha yoga si è dimostrato efficace nel migliorare la depressione maggiore di gravità lieve e moderata. «[…] ha determinato riduzioni statisticamente e clinicamente significative della gravità della depressione» (Prathikanti et al, 2017). Questa disciplina prevede che nella stanza ove ci si alleni l'ambiente sia riscaldato con una temperatura compresa tra 27 e 38° centigradi e con il 40% di umidità. Non ci sono posture ginniche ed esercizi specifici di yoga da praticare, né tempi di esecuzione precisi da rispettare e spesso si svolge con l'ausilio di musica rilassante. Si pratica in compagnia e prevede interazioni tra i partecipanti con la guida dell'istruttore esperto. Una variante moderna di questa disciplina è lo Bikram yoga, creato da Bikram Choudhury dalle tradizionali tecniche di hatha yoga. Esso è diventato popolare all'inizio degli anni '70. I corsi per principianti durano 90 minuti e consistono nella ripetizione di 26 pose, tra cui due esercizi di respirazione. Lo Bikram yoga è praticato in una stanza riscaldata a 35–42 °C con un'umidità del 40%. Tutte le lezioni ufficiali di Bikram sono tenute da insegnanti certificati, che hanno completato nove settimane di formazione, approvate da Choudhury B (Wikipedia). Lo yoga riscaldato, se è svolto correttamente e in persone con idoneità fisica all'esercizio, offre molti benefici grazie all'ambiente caldo, all'energia e alla fatica per l'esecuzione ginnica. La calda temperatura ambientale sollecita e riscalda maggiormente i muscoli, come quando si pratica lo stretching e fa bruciare più calorie rispetto allo yoga tradizionale. Riduce i livelli di circolazione di glucosio nel sangue ed è particolarmente utile per le persone a rischio di diabete di tipo 2. Facilita la sudorazione, aumenta l'attività cardiovascolare e può aiutare la densità ossea, sostenendo il proprio peso durante la postura ginnica. Diminuisce significativamente lo stress e migliora le capacità relazionali.

Recenti ricerche scientifiche sullo yoga riscaldato hanno evidenziato un concreto miglioramento del tono dell'umore e dei sintomi depressivi in persone affette da depressione maggiore. Lo yoga riscaldato è un'attività sportiva sicura se si è in buona salute. È raccomandabile bere acqua prima, durante e dopo l'allenamento per evitare disidratazione e aiutare il ripristino di elettroliti. Per le persone con diabete, malattie cardiache, ipotensione arteriosa, ipoglicemia, anoressia nervosa, sindrome vertiginosa e in gravidanza è utile consultare il medico per l'idoneità alla pratica. Secondo la ricerca scientifica pubblicata sul Journal of Clinical Psychiatry (2023), lo yoga riscaldato ha prodotto notevoli miglioramenti sintomatologici in pazienti con depressione maggiore da moderata a grave. Lo studio, condotto da ricercatori del Massachusetts General Hospital indica che l'hot yoga potrebbe essere una valida alternativa nella cura delle persone affette da depressione. La ricerca scientifica è durata per otto settimane. 65 adulti affetti da depressione sono stati divisi in due gruppi. 33 pazienti del primo gruppo hanno partecipato a due sessioni di 90 minuti di yoga riscaldato a settimana, con una media di 10,3 lezioni a settimana. Il secondo gruppo di controllo era composto da 32 partecipanti in lista di attesa. Coloro che hanno praticato lo yoga riscaldato hanno avuto una diminuzione significativa dei sintomi depressivi rispetto ai pazienti del gruppo di controllo. Il miglioramento sintomatologico è stato esaminato con la scala IDS-CR (inventario della sintomatologia depressiva clinicamente valutata). Il 59,3% dei partecipanti allo yoga riscaldato ha avuto una diminuzione dei sintomi depressivi pari o superiori del 50% rispetto al 6,3% di quelli in lista d'attesa. I punteggi positivi dei pazienti del primo gruppo sono stati così bassi che la loro depressione è stata considerata in remissione. Anche coloro che hanno partecipato solo alla metà della "dose" prescritta (2 volte a settimana) hanno lo stesso beneficiato di una significativa riduzione sintomatologica. Tutti i pazienti che hanno praticato lo yoga riscaldato hanno valutato positivo il trattamento e non hanno manifestato effetti negativi gravi associati all'intervento (Maren B Nyer, 2023). Le persone affette da depressione resistente al trattamento non rispondono a due o più terapie farmacologiche antidepressive idonee, sia per il dosaggio che per la durata. Il recente studio scientifico di Sakurai H segnala il caso di una donna di 28 anni ammalata di depressione resistente. La paziente aveva avuto una man-



cata risposta terapeutica a diversi e adeguati studi di antidepressivi. Inserita in una ricerca scientifica di yoga riscaldato ha ottenuto una remissione sintomatica completa. I pazienti depressi, incluso la donna in esame, hanno praticato yoga con pose standardizzate per 8 settimane (2 sedute a settimana) in una stanza riscaldata a 40,5° C. La donna, testata con le scale di Hamilton e IDS-C per la valutazione della depressione, ha avuto considerevoli miglioramenti clinici e sintomatologici. Tanto da essere considerata in remissione dalla malattia alla fine delle otto settimane di studio. Al controllo di efficacia del trattamento, ad un mese dalla fine del trattamento, i punteggi della paziente sono rimasti stabili e duraturi (Sakurai et al, 2021). «L'ipertermia in total-body è una promettente modalità antidepressiva sicura e ad azione rapida, con un beneficio terapeutico prolungato». Sono le conclusioni di Clemens W Janssen e altri autori di una ricerca scientifica, eseguita con gruppo di controllo e pubblicata nel 2016 sulla rivista JAMA Psychiatry. Lo studio ha evidenziato come una singola sessione di ipertermia total-body (WBH) riduceva i sintomi depressivi. La ricerca è stata svolta per sei settimane su 338 individui sottoposti a indagine clinica. Dei quali 34 sono stati scelti casualmente, 30 hanno ricevuto l'intervento di studio e sono stati valutati con un'analisi di efficacia terapeutica. I pazienti, tra i 18 e 65 anni, affetti da depressione maggiore, non assumevano psicofarmaci e avevano alla scala di Hamilton un punteggio basale di 16 /o superiore. Questo gruppo rispetto a quello di controllo ha avuto considerevoli e stabili miglioramenti sintomatologici della depressione, con lievi eventi avversi in entrambi i gruppi (Janssen, 2016). I benefici dello yoga sono conosciuti da millenni e l'ambiente caldo nel quale si pratica la variante riscaldata potenzia il risultato positivo sulla salute dei praticanti. Recenti ricerche scientifiche ne studiano l'efficacia terapeutica anche in disturbi psichici moderati e gravi di depressione maggiore, compresa quella resistente alla terapia farmacologica. I risultati sono incoraggianti e necessitano, a mio avviso, conferme nel tempo con ulteriori studi su un vasto campione di pazienti. La depressione è una malattia complessa ad eziologia biologica, psicologica e sociale, la cui terapia si giova di cure integrate.

Bibliografia

1. Bell R.: La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal MeJanssen C.W.; Lowry C. A.; Mehl M R.et al (2016). Whole-Body Hyperthermia for the Treatment of Major Depressive Disorder. A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2016;73(8):789-795. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1031.

2. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960 Feb;23(1):56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56

3. Maren B. Nyer; Lindsey B. Hopkins, Megha Nagaswami, Richard Norton et al (2023). A Randomized Controlled Trial of Community-Delivered Heated Hatha Yoga for Moderate-to-Severe Depression.

4. Prathikanti S, Rivera R, Cochran A, et al (2017). Treating major depression with yoga: A prospective, randomized, controlled pilot trial. Plos One, 2017 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173869

5. Sakurai H; Nagaswami MV; Tan EK; Meyer A K, et al. A Patient with Treatment-resistant Depression Who Achieved Remission with Heated Yoga: A Case Report. Clin. Neuropsych. and Therap., 2021, doi.org/10.5234/cnpt.12.12

Foto: Envato Elements

Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Il dialogo e l'ascolto empatico di Eugenio Borgna

/ Antonio La Daga /

In questo articolo, esploro il pensiero di Eugenio Borgna e come abbia rivoluzionato la psichiatria in Italia, promuovendo la chiusura dei manicomi e un approccio umano basato sull'ascolto empatico. Borgna ha integrato la psichiatria con filosofia, letteratura e arte, arricchendo la comprensione delle malattie mentali. Ha trattato la depressione come un'esperienza esistenziale e ha sottolineato l'importanza di un linguaggio caldo e poetico nella cura.

Borgna è stato un pioniere della psichiatria fenomenologica, un approccio che si concentra sull'esperienza soggettiva del paziente. Questo metodo ha contribuito a umanizzare la psichiatria, ponendo l'accento sull'ascolto empatico e sulla comprensione delle esperienze interiori del paziente. Ha sostenuto il movimento che ha portato alla Legge Basaglia del 1978, chiudendo i manicomi in Italia. Eugenio Borgna (22 luglio 1930 – 4 dicembre 2024) è stato un influente psichiatra e saggista italiano (Wikipedia). Nato a Borgomanero, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Torino nel 1954 specializzandosi in clinica delle malattie nervose e mentali all'Università Statale di Milano nel 1957. Noto per aver rivoluzionato la psichiatria in Italia, adottando un approccio basato sul dialogo e l'ascolto empatico dei pazienti, rifiutando qualsiasi idea coercitiva in psichiatria. Fu un sostenitore della psichiatria fenomenologica e della psicologia esistenziale, ponendo al centro della sua attenzione il paziente piuttosto che la malattia. Durante la sua carriera ha pubblicato numerosi libri. La sua visione di una psichiatria senza coercizione ha influenzato profondamente questa riforma, promuovendo un'assistenza psichiatrica basata sul rispetto e la dignità del paziente. Da sempre ha integrato la psichiatria con altre discipline come la filosofia, la letteratura e l'arte. Questo approccio interdisciplinare ha arricchito la comprensione delle malattie mentali e ha offerto nuovi strumenti per il trattamento e la cura. Uno degli ultimi contributi di Borgna è stato il concetto di mitezza (2004) come virtù

Conoscere e Curare / Terapia

terapeutica concetto che tratta nei libri: “La Mitezza” e “La fragilità che è in noi”. “La fragilità è visibile solo agli occhi bagnati di lacrime”, egli scrive. Questa è una bellissima immagine dello scrittore Hermann Broch, espressione del resto usata anche da Simon Weil. Mitezza e fragilità erano proprie del carattere di Eugenio Borgna ed alla base del suo agire professionale. La gentilezza, la pazienza nell’ascolto attento dei pazienti, ha promosso un approccio più umano e compassionevole alla psichiatria. Borgna elogia la fragilità nel libro “La fragilità che è in noi”. Le persone fragili sono quelle che sono infinitamente più sensibili nel cogliere lo strapotere delle certezze. In una intervista rilasciata al Messaggero di Sant’Antonio nel novembre 2014 (pag. 74-76) dice: «Le persone fragili sono quelle che sono infinitamente più sensibili accogliere lo strapotere delle certezze. E quindi la fragilità è anche indice della coscienza del limite del confine. Se ho consapevolezza di che cos’è la fragilità, cercherò di essere cosciente delle cose che possono mettere in pericolo la mia condizione e soprattutto del rischio mortale che hanno le sicurezze. Le certezze in psichiatria, come nella vita, sono pericolosissime. Paradossalmente essere fragili non significa essere debole, ma avere un’acuta coscienza della relativizzazione delle certezze apparenti. Essere fragile significa avere rispetto per gli altri se mi ritengo portatore di verità mai valuterò le mie fragilità e soprattutto quelle degli altri. Valutare le fragilità nei pazienti psichiatrici significa non fare nulla che possa ferire questa fragilità». Eugenio Borgna ha affrontato la depressione con una profondità e una sensibilità uniche nei suoi scritti (2011) Ha descritto la depressione non solo come una malattia, ma come un’esperienza esistenziale che coinvolge l’intera persona. Egli ha evidenziato come ciascuna di queste forme abbia radici fenomenologiche e antropologiche comuni, ma manifestazioni e implicazioni diverse. Ha enfatizzato l’importanza del linguaggio nella cura della depressione. Ha sostenuto che il linguaggio della psichiatria e della psicoterapia deve essere caldo, poetico e capace di aprire al significato e alla speranza, piuttosto che freddo e classificatorio. Spesso ha parlato della fragilità umana e della mitezza come virtù terapeutiche, oltre che come modello da usare nella relazione terapeutica. Borgna ha sottolineato come la comprensione e l’accettazione della propria fragilità possano essere un passo importante nel percorso di guarigione dalla depressione. Eugenio Borgna ha esplorato profondamente la relazione tra arte e depressione nei suoi scritti, sottolineando come l’arte possa essere un potente strumento di comprensione e cura. Ecco alcuni punti chiave del suo pensiero. Ha visto l’arte come un mezzo per esprimere le emozioni e le esperienze interiori che spesso accompagnano la depressione. Ha sostenuto che l’arte può dare voce a sentimenti che altrimenti sarebbero difficili da comunicare. Un ruolo speciale è stato attribuito alla poesia (Tralk, 1979) considerandola uno strumento di conoscenza e riflessione interiore. Ha spesso citato poeti come Emily Dickinson, Rainer Maria Rilke e Antonia Pozzi nei suoi scritti, evidenziando come la poesia possa aiutare a esplorare e comprendere la sofferenza psichica. Borgna ha sottolineato come l’arte possa aprire alla speranza e al significato, offrendo una via di uscita dal vortice del non senso che spesso caratterizza la depressione. Ha parlato dell’importanza di un linguaggio caldo e poetico, capace di curare e di aprire nuove prospettive. Borgna credeva fermamente nell’importanza dell’ascolto empatico. Sosteneva che il terapeuta doveva ascoltare il paziente con attenzione e sensibilità, cercando di comprendere le sue emozioni e il suo vissuto interiore. Questo approccio permetteva di andare oltre la superficie e di comprendere le radici profonde della sofferenza. Criticava la tendenza della psichiatria tradizionale a ridurre le malattie mentali a mere disfunzioni biologiche. Egli sosteneva che la terapia psicologica doveva considerare la persona nella sua totalità, includendo le dimensioni esistenziali e spirituali. Borgna attribuiva grande importanza alla narrazione nella terapia. Credeva che raccontare la propria storia potesse aiutare i pazienti a dare un senso alle loro esperienze e a trovare un percorso di guarigione (L’Agonia della Psichiatria- Cap1- “Le Intermittenze del cuore”). Alla fine, Borgna cosa ci insegna? Partendo dal pericolo di usare troppe parole, dove la ridondanza può rendere la comunicazione meno efficace, elogia il silenzio (Borgna, 2024). Il silenzio può avere un effetto curativo. Di solito la mancanza di dialogo ci spaventa e ci spinge a cercare di colmare il divario che sembra esistere tra noi e i nostri interlocutori. Niente di più sbagliato, perché la comunicazione può avvenire anche nel silenzio. Dovremmo invece concentrare i nostri sforzi sulla comprensione dei significati nascosti dietro gli sguardi timidi, le pause, le parole non dette. Proprio come la scelta sbagliata delle parole può farti sembrare molto distante, un silenzio prolungato può farti sembrare molto vicino al paziente che stai curando. In questo swing è fondamentale il tema dei confini. I professionisti devono essere in grado di mantenere una distanza adeguata dai loro pazienti e di costruire un legame che non sia invasivo ma che al tempo stesso fornisca una base sicura per costruire una relazione terapeutica. Ci vogliono tempo, pazienza, ascolto e umiltà. Vale a dire parole che non fanno male, ma aiutano chi soffre e si trova nella disperazione. Non li troveremo mai se non empatizzeremo con i loro sentimenti e non li ricreeremo dentro di noi nel miglior modo possibile (2019). Borgna non era solo uno psichiatra, ma un vero e proprio artista dell’anima. Con la sua prosa elegante e poetica, ha saputo dare voce al dolore silenzioso di chi soffre di disturbi mentali, aprendo squarci di luce sulla complessità dell’esperienza umana. Ci ha insegnato che la fragilità non è una debolezza, ma una condizione umana universale, un terreno fertile per la crescita e la compassione. Ci ha mostrato come l’arte possa essere un ponte verso la guarigione, un modo per dare forma al caos delle emozioni. Oggi, in un mondo che sembra aver smarrito la bussola dell’umanità, il suo messaggio è più attuale che mai. Abbiamo bisogno di medici che siano anche poeti, di sguardi capaci di vedere oltre la malattia, di cuori disposti ad accogliere la fragilità dell’altro.

Bibliografia

1. Eugenio Borgna- Biografia- Wikipedia
2. Borgna (2024) “La Mitezza” Ed. Einaudi
3. Messaggero di Sant’Antonio (novembre 2014) - Intervista di Laura Pisanello a Eugenio Borgna -Elogio della fragilità- pag.74-76-
4. Borgna (2011) “Elogio alla depressione. ED. Einaudi
5. Borgna (2024) “In ascolto del Silenzio” Ed Einaudi
6. Borgna (2019) “Le intermittenze del cuore” Ed. Feltrinelli
7. Borgna (2014) “La fragilità che è in noi” Ed. Einaudi
8. Tralk G. “Poesie” Ed. Torino 1979

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga

Medico Neurologo

Redattore

Musicoterapia e depressione

/ Barbara Solomita /

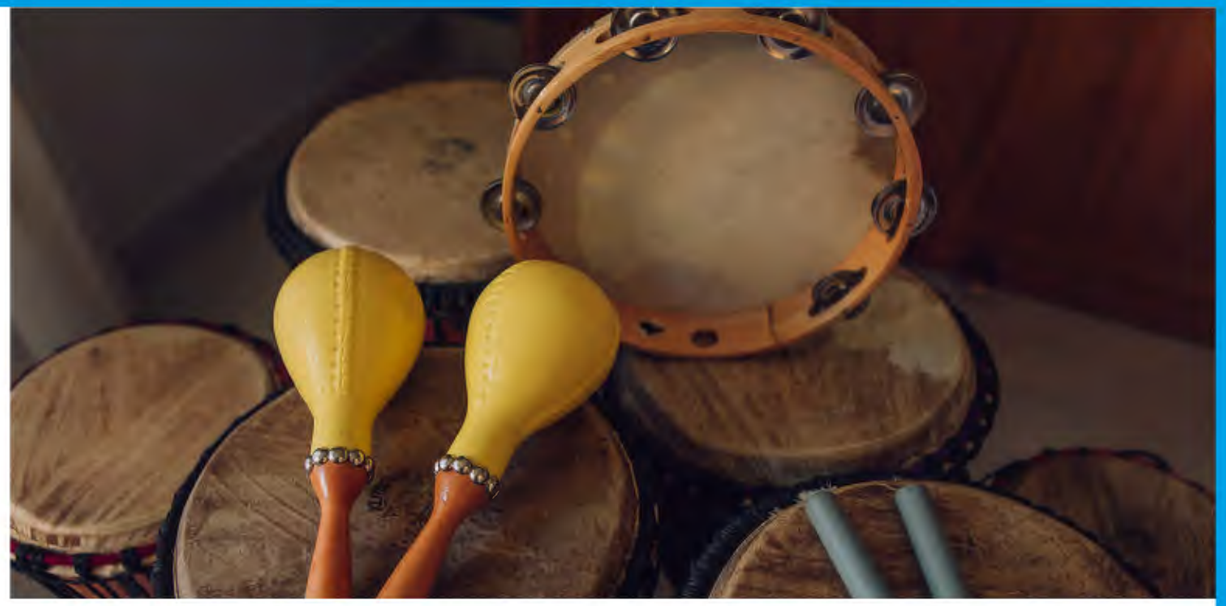
Il ruolo della musicoterapia a supporto del trattamento della depressione è consolidato. Sono stati effettuati degli incontri di musicoterapia in ospiti di una struttura riabilitativa. Quali sono stati i risultati? Un'intervista con due musicoterapeute ce lo dirà.

In una struttura riabilitativa psichiatrica sono stati effettuati incontri di musicoterapia in un gruppo di ospiti affetti da grave forma di disturbo depressivo maggiore. In qualità di psicoterapeuta e tutor del progetto ho supervisionato il tirocinio delle dott.sse Maria Grazia Famiglietti e Bianca Stile, due musiciste specializzande in musicoterapia presso il Conservatorio "Cimarosa" di Avellino. Attraverso un'intervista sono riportati i principali aspetti della musicoterapia e i risultati dell'intervento stesso. D: *Cosa si intende per musicoterapia?* R: La musicoterapia è l'uso della musica che utilizza il suono (ritmo, melodia e armonia) per migliorare il benessere emotivo, fisico, cognitivo e sociale delle persone. La seduta viene condotta da parte di uno o più musicoterapeuti.
D: *Quali sono i modelli e le tecniche utilizzate nella musicoterapia?* La Federazione mondiale della musicoterapia (W.F.M.T. - World Federation of Music Therapy) riconosce sei modelli e le corrispettive tecniche di ognuno. Vengono applicati due approcci principali. Il primo è la musicoterapia attiva in cui il paziente canta, suona strumenti o compone musica per esprimersi. Il secondo approccio è la musicoterapia recettiva dove l'ascolto di musica selezionata può stimolare le emozioni o il rilassamento.

Tabella – Modelli di musicoterapia riconosciuti dalla W.F.M.T. (Edwards J, 2017)

1 Modello Nordoff-Robins, sviluppato da Paul Nordoff e Clive Robbins
2 Musicoterapia Analitica (Analytical Muci Therapy – AMT), sviluppato da Mary Priestley
3 Modello Benenzoniano, sviluppato da Rolando Benenzon
4 Metodo GIM (Guided Imagery and Music), sviluppato da Helen Bonny
5 Modello Comportamentale (Behavioral Music Therapy – BMT), sviluppato da Cliff Madsen
6 Modello Neurologico (Neurologic Music Therapy – NMT) sviluppato da Michel Thaut

D: *A chi è rivolta la musicoterapia?* R: La musicoterapia è rivolta a coloro che intendono migliorare le abilità cognitive, motorie, emotive e soprattutto relazionali. Essa è particolarmente efficace nel prevenire, affrontare e supportare le difficoltà di ciascun individuo. Può essere utile in ambito preventivo nella scuola o in ambito clinico in ambiente riabilitativo (Benenzon, 1983).
D: *Quale l'interazione tra musica e terapia?* R: Tramite l'interazione verbale e non verbale il musicoterapeuta si avvale di diversi canali. I principali sono l'empatia, la rimozione, la connessione, l'espressione e la comunicazione. Importanti, inoltre, sono anche l'interazione, l'esplorazione, l'influenza, la motivazione e la validazione. L'emergere di tali fattori serve a creare la relazione tra ospite e musicoterapeuta, basandosi sulla capacità del suono di influenzare il corpo e la mente. La musicoterapia, inoltre, può favorire il benessere e il recupero in diversi ambiti clinici e psicologici.
D: *Nelle persone affette da disturbo depressivo maggiore quale può essere l'effetto benefico della musicoterapia?* R: La musica attiva la produzione di trasmettitori come la serotonina e la dopamina, che sono coinvolti nella regolazione dell'umore e delle emozioni. Per tale motivo la musicoterapia può influenzare direttamente le emozioni. L'ascolto o la pratica musicale può migliorare il tono dell'umore e ridurre i sintomi depressivi. La musicoterapia è un trattamento attraverso cui la persona affetta da depressione maggiore può esprimere emozioni complesse da comunicare a parole (Manarolo, 2009). Ciò allevia le tensioni emotive e favorisce una diminuzione dell'ansia e dello stress. La musicoterapia contribuisce anche ad aumentare l'autostima e la fiducia in sé stessi, evitando l'isolamento e favorendo la socializzazione. *D: Avete effettuato gruppi di musicoterapia per pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore. Cosa avete riscontrato?* R: Abbiamo riscontrato una partecipazione attiva alle sedute di gruppo di musicoterapia. Abbiamo osservato anche miglioramenti nella interazione tra gli ospiti e le conduttrici dell'intervento con incremento dell'autostima. Durante le sessioni di musicoterapia, gli ospiti hanno mostrato una notevole capacità di esprimere le emozioni superando le difficoltà comunicative attraverso il suono. Abbiamo riscontrato un generale senso di soddisfazione e di entusiasmo come emerso



dai continui riscontri positivi degli ospiti. Ecco alcune frasi degli ospiti: «Il mio umore è migliorato!». «Non ci sono parole per descriverlo!». «La musicoterapia vuol dire vita». «Dottoresse, la musica funziona».
D: *A quale strumento e a quale suono corrisponde il maggior benessere dei pazienti affetti dal disturbo depressivo maggiore?* R: Abbiamo constatato con la nostra esperienza di musicoterapia che le persone affette da disturbo depressivo maggiore prediligono alcuni strumenti. Il set tibetano (campane e piatti a dita) unito all'ocean drum sono gli strumenti che hanno indotto il maggiore benessere psicofisico negli ospiti della struttura riabilitativa. Abbiamo riscontrato una riduzione dell'ansia e un rilassamento muscolare e psicologico. D: *Come è stato strutturato il gruppo di lavoro della musicoterapia?* R: È stato creato un setting accogliente per favorire l'ascolto e la comunicazione musicale. La durata e la frequenza delle sedute di musicoterapia sono state definite in base agli obiettivi terapeutici con i medici e la psicoterapeuta che li aveva in cura. Gli incontri di musicoterapia hanno avuto una cadenza bisettimanale (Bruscia, 1993). La regolarità degli incontri è importante per creare un senso di continuità e sicurezza. Essendo due musicoterapeute abbiamo condotto le sedute di musicoterapia invitando l'ospite a partecipare attivamente alla esperienza musicale. Fondamentale è creare una adeguata alleanza terapeutica in un clima di fiducia, rispetto e collaborazione. Il setting delle sedute di musicoterapia è stato caratterizzato dall'uso di una serie di strumenti selezionati. Tra questi ci sono idiofoni, membranofoni, aerofoni e cordofoni. Con questi strumenti si è lavorato con gli ospiti favorendo il riconoscimento della scelta dello strumento come oggetto intermediario di comunicazione. Il setting della musicoterapia ha fornito una struttura spazio-temporale che ha aiutato l'ospite a orientarsi e a sentirsi in una zona confortevole. Ciò ha consentito all'ospite di esprimere le proprie emozioni e i propri vissuti emotivi. D: *Per quale motivo consiglieresti la musicoterapia alle persone affette da disturbo depressivo maggiore?* R: Consigliamo la musicoterapia alle persone affette da disturbo depressivo maggiore perché è capace di offrire diversi benefici. Attraverso l'utilizzo di strumenti corpo-sonoro-non verbali la musicoterapia ricrea e sviluppa all'interno del rapporto musicoterapeuta-ospite la ripetizione, la riformulazione e la ristrutturazione dei comportamenti e delle emozioni vissute. Nella nostra esperienza delle sedute di musicoterapia abbiamo osservato un miglioramento dell'umore e del benessere emotivo. La musicoterapia presenta una risorsa preziosa, offrendo un approccio creativo e centrato sulla persona per affrontare il disturbo depressivo maggiore. Il suo obiettivo sulle emozioni, sulla regolazione affettiva e sul potenziamento delle risorse personali, la rende un valido strumento per promuovere il benessere psicologico e la crescita personale.

Bibliografia

1. Benenzon RO. Manuale di musicoterapia. Borla Editore, Roma, 1983
2. Bruscia K. Definire la musicoterapia. Ismez, Roma, 1993
3. Edwards J. The Oxford Handbook of Music Therapy. OUP, 2017
4. Manarolo G. Psicologia della musica e musicoterapia. Edizioni Comsopolis, Torino, 2009

Sitografia

5. World Federation of Music Therapy. https://www.wfmt.info/

Foto: " Setting di musicoterapia ", di Barbara Solomita, 2025

Barbara Solomita
Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

La stimolazione magnetica transcranica (TMS)

/Antonio La Daga /

La TMS è una tecnica non invasiva e indolore che utilizza impulsi magnetici per stimolare specifiche aree del cervello. Un dispositivo genera un campo magnetico che attraverso il cranio arriva alle aree cerebrali individuate, raggiungendo le regioni cerebrali target e modificandone l'attività neuronale.

Tutto ha inizio con le scoperte di Michael Faraday (1831) fisico chimico e divulgatore scientifico britannico del XVIII secolo. Faraday dimostrò che un campo magnetico variabile nel tempo induce una corrente elettrica in un conduttore posto nelle sue vicinanze: induzione elettromagnetica. Questo principio è alla base del funzionamento della TMS. Prima del suo avvento si utilizzava la Stimolazione Elettrica Transcranica. Questa tecnica però presentava diversi limiti, tra cui l'invasività e la necessità di posizionare elettrodi direttamente sul cuoio capelluto. Negli anni 80 (Barker,1987) viene sviluppato il primo stimolatore magnetico non invasivo. Grazie a questo dispositivo divenne possibile indurre correnti elettriche nel cervello senza la necessità di elettrodi. Barker ed il suo gruppo di ricercatori dell'Università di Shield hanno il merito di aver messo a punto il primo prototipo di Stimolatore Magnetico Transcranico. Inizialmente la TMS venne utilizzata principalmente come strumento di ricerca per studiare la fisiologia del cervello ben presto però si comprese il suo potenziale terapeutico. A differenza della terapia elettroconvulsiva (ECT) che applica elettricità direttamente al cervello per indurre convulsioni, la TMS è un trattamento non farmacologico e non invasivo. Questa tecnica utilizza impulsi magnetici per stimolare aree del cervello che, è stato visto, risultano ipoattive nella depressione, in particolare la corteccia prefrontale. I pazienti sono svegli durante il trattamento e possono tornare alle attività quotidiane, inclusa la guida, subito dopo la sessione. Durante la prima sessione di trattamento, i medici identificano la soglia motoria di un paziente, che verrà somministrata durante il corso del trattamento. La quantità di intensità del campo magnetico varia per ogni paziente ed a secondo della patologia trattata. Durante una sessione di TMS viene posizionata una bobina elettromagnetica sul cuoio capelluto vicino alla fronte, oppure in altre posizioni della testa secondo la patologia trattata. Il dispositivo invia per qualche minuto brevissimi impulsi magnetici sul cranio, stimolando le cellule nervose nella regione del cervello correlata alla patologia che si vuole trattare. Si tratta di una procedura indolore.

Esistono circa 19.000 articoli sulla TMS dal 1985 ad oggi. La letteratura scientifica attuale (Walsh, 2000; Welberg, 2007) suggerisce che la TMS esercita la sua azione attraverso la capacità di stimolare la plasticità cerebrale. Da essa scaturisce la formazione di nuove connessioni cerebrali ed il rilascio di sostanze chimiche cerebrali quali ad esempio la dopamina e la serotonina. Queste molecole legate alla infiammazione cerebrale aumentano la circolazione e ossigenazione cerebrale (Bolognini et al. 2010). Spesso la TMS viene utilizzata quando le opzioni di trattamento precedenti hanno fallito, quando i farmaci causano effetti collaterali e/o non sono tollerati dal paziente. I trattamenti sono della durata di 3-20 minuti, con frequenza di alcune settimane a seconda della patologia. Durante il trattamento il paziente è seduto comodamente in poltrona e durante la seduta il paziente può addormentarsi oppure guardare il proprio telefonino, leggere e così via. In psichiatria "La TMS è indicata per il trattamento di pazienti adulti con depressione maggiore che non hanno risposto ad almeno un antidepressivo. Non deve essere utilizzato con pazienti che hanno impianti metallici conduttivi non rimovibili o stimolatori nella testa, impianti cocleari o stimolatori del nervo vago. È particolarmente efficace nel trattamento dei disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione maggiore resistente ai farmaci, dipendenze da gioco d'azzardo. In neurologia viene utilizzata per disturbi del movimento, Morbo di Parkinson, distonia, Sindrome di Tourette. In riabilitazione neurologica può aiutare a recuperare le funzioni motorie e cognitive in seguito a ictus su altri danni cerebrali. Il prof. Luigi Galimberti, psichiatra, già direttore del Servizio di tossicologia clinica del Sert dell'Università di Padova, ha curato Lapo Elkann per la dipendenza da cocaina. La TMS si afferma come terapia in Italia nel 2016, quando il Prof. Luigi Galimberti pubblica un articolo (2016), che spiega come è stata ottenuta la remissione della dipendenza da cocaina nei ratti attraverso fasci di luce. Lo psichiatra decide di tentare l'applicazione dello stesso principio sulle persone, usando però le onde magnetiche emesse dalla TMS. Allo scopo mette a punto un protocollo insieme al prof. Antonello Bonci, direttore scientifico del National Institute for Drug Abuse (Nida) di Washington. Anche l'Istituto Superiore di Sanità sta valutando in maniera scientifica l'efficacia del trattamento con TMS (Bonci, 2016). Numerosi studi supportano l'efficacia della TMS per la depressione. Uno studio randomizzato controllato su 199 pazienti ha scoperto che la TMS ha quadruplicato le probabilità di remissione dopo sei settimane rispetto a una procedura fittizia. Lo studio condotto ha scoperto che il 58 % dei pazienti ha risposto in modo significativo al trattamento. Il 37 % ha raggiunto la remissione completa dei sintomi della depressione (Trojano, 2022). La risposta dei pazienti al trattamento varia ed alcuni pazienti segnalano effetti positivi entro le prime due settimane. Circa il 65 % dei pazienti risponde al trattamento e il 35% raggiunge la remissione dei sintomi. In media, questi pazienti non avevano avuto beneficio terapeutico con più di nove antidepressivi. La durata media del loro episodio depressivo è stata di tre-cinque anni. Sul sito Asl Napoli 2 nord di Pozzuoli tra le Terapie Innovative del Dipartimento Dipendenze Patologiche https://www.aslnapoli2nord.it/servizio/prestazioni-sanitarie-innovative/ è riportata la TMS. «È un trattamento di eccellenza presente in poche Asl e in pochi centri privati. Essa permette insieme al trattamento farmacologico ed al sostegno sociale, di curare il soggetto affetto da dipendenza legate all'alcool, cocaina e gioco d'azzardo. Il ciclo di trattamento prevede dalle 12 alle 20 applicazioni di stimolazione magnetica, una al giorno. Ogni applicazione dura non più di 5 minuti non ha effetti collaterali. Alla fine del trattamento il soggetto non prova più attrazione verso l'alcool, la cocaina o il gioco d'azzardo. Non comporta scosse elettriche ma semplici onde magnetiche. Questa assenza di craving, cioè questo disinteresse verso la sostanza o il gioco d'azzardo durano almeno per sei mesi. In tal modo, nel centro crisi attraverso la TMS, il soggetto si libera dalle catene ed ha disposizione per un periodo di sei mesi di astensione. Successivamente inizierà al Sert un programma di riabilitazione attraverso trattamenti farmacologici o soprattutto educativi e psicoterapici» (DD P-Asl Na2 Nord). Il Gruppo di Consenso sulla sicurezza della TMS, della Federazione Internazionale di Neurofisiologia Clinica (Rossi ed al, 2009) ha delineato i rischi associati alla tecnica e le linee guida di sicurezza per il suo impiego. Gli effetti collaterali riportati più spesso sono mal di testa e dolore al collo, dovuti alle ripetute contrazioni di gruppi muscolari ed alla postura assunta dal partecipante durante la procedura. Generalmente, il dolore si risolve spontaneamente nel giro di minuti o ore. Molto più raramente può verificarsi una crisi epilettica come effetto avverso della stimolazione (Burke et al, 2019). In ogni caso il rispetto delle linee guida internazionali riduce al minimo sia il rischio di effetti comuni che di quelli rari. La stimolazione magnetica transcranica è una tecnica non invasiva ed efficace con potenziali usi diagnostici e terapeutici. Nel corso degli anni è diventata uno strumento essenziale per lo studio delle relazioni tra cervello e comportamento. Essa consente di ottenere informazioni volte all'adozione di nuovi trattamenti clinici, come quelli per depressione o ictus. Col suo impiego si può associare una determinata area cerebrale ad uno specifico compito cognitivo, oppure motorio. Nonostante l'opinione di esperti riveli un consenso generale sull'efficacia della TMS nei vari trattamenti, saranno necessari ulteriori studi volti ad approfondire la tecnica.

Bibliografia

1. Barker A et al. "Magnetic stimulation of the human brain and peripheral nervous system: an introduction and the results of an initial clinical evaluation". Neurosurgery (1987) 100-109.

2. Bonci A, Galimberti L, "Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: A pilot study" in European Neuropsychopharmacology, vol. 1, n° 26, 2016, pp. 37-44.

3. Bolognini N et al. "Stimolazione magnetica transcranica: interruzione dell'attività neurale per modificare e valutare la funzione cerebrale" Rivista di Neuroscienze (2010)

4. Dipartimento Dipendenze Patologiche – Prestazioni Sanitarie Innovative – "Stimolazione Magnetica Transcranica" https://www.aslnapoli2nord.it/servizio/prestazioni-sanitarie-innovative/

5. Rossi et al. "Sicurezza, considerazioni etiche e linee guida applicative per l'uso della stimolazione magnetica transcranica nella pratica clinica e nella ricerca" Clinica Neurofisiologica, dicembre 2009;120(12):2008-2039.

6. Trojano L. "TOPIC - Temi di Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Campania" V. 1 N. 1 (2022)

7. Walsh V et al. "Transcranial magnetic stimulation and cognitive neuroscience" Nature review neuroscience, (2000) 1, 73-80.

8. Welberg L. et al. "TMS reveals its workings". Nature Reviews Neuroscience, (2007), 8, 813

9. Wikipedia - Michael Faraday - Wikipedia

10. ASL 2 Nord: https://www.aslnapoli2nord.it/servizio/prestazioni-sanitarie-innovative/

Foto: Envato Elements.

Antonio La Daga

Medico Neurologo

Redattore

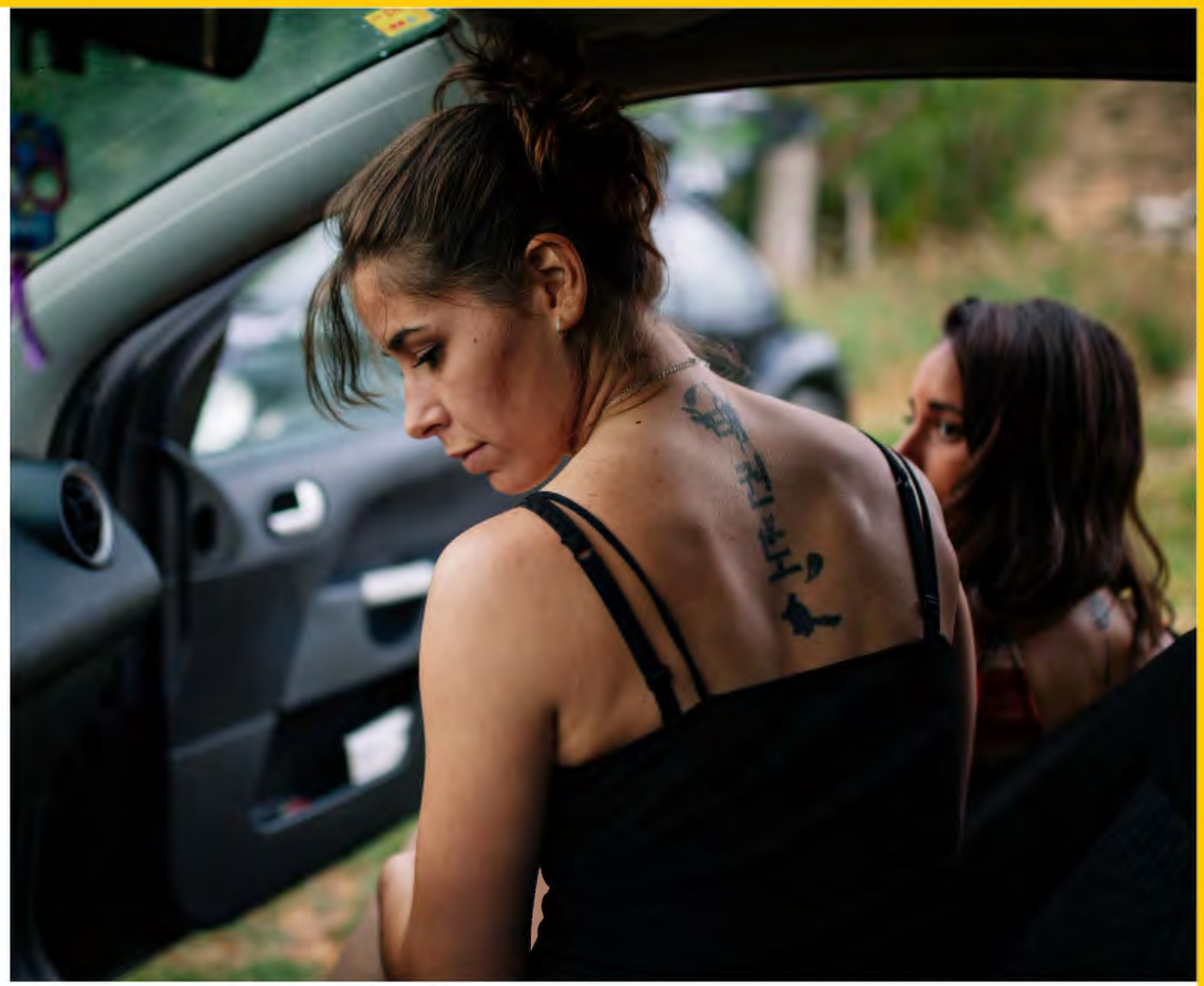
Società / Sessualità

Le F.A.S.O. Adolescenti autrici di abuso sessuale

/ Maria Vincenza Minò /

La conoscenza scientifica delle F.A.S.O. inizia a diffondersi solo a partire dagli anni ’80. L’abuso sessuale nella popolazione adolescenziale vede la donna non solo vittima ma in alcuni casi anche autrice dell’atto.

Le adolescenti autrici di abuso sessuale sono note in letteratura con l’acronimo F.A.S.O. (Female Adolescent Sexual Offender). F.A.S.O. sta ad indicare “qualsiasi ragazza di età compresa tra i 12 e i 17 anni che abbia commesso atti sessuali. Essi devono essere agiti con una persona di qualsiasi età senza il suo consenso e contro la sua volontà. Le modalità dell’agito si configurano come aggressive, con sfruttamento o attraverso la minaccia” (Ryan &Lane,1991; Shaw, 2002). I principali fattori che influenzano l’insorgere del comportamento abusante sono: 1- Individuali. Le F.A.S.O. possono presentare una storia pregressa di abusi sessuali. Tali agiti sono stati perpetrati in età precoce da un adulto significativo e/o da diversi abusanti. Nei fattori individuali rientrano anche i maltrattamenti fisici e psicologici, isolamento sociale, condotta impulsiva, ridotte abilità cognitive. 2- Familiari: genitore/i abusante/i; stile di funzionamento familiare promiscuo; genitori con personalità rifiutante. 3- Sociali: ambienti degradati che rafforzano le condotte di coercizione sessuale, gruppi di pari antisociali. Le adolescenti F.A.S.O. presentano difficoltà nel controllo degli impulsi, senso di svalutazione di sé, ridotta autostima. Presentano inoltre, senso di impotenza, un alto livello di ritiro e isolamento sociale. Esse hanno difficoltà nella comprensione del dolore della vittima e nelle conseguenze delle proprie azioni dato che nessuno ha mai ascoltato la loro sofferenza. Non riescono a stabilire relazioni intime valide. Sono inabili nella gestione delle relazioni interpersonali. I deficit nelle abilità relazionali vanno a costituire specifici fattori predisponenti per i crimini sessuali, soprattutto verso i più piccoli. Presentano solitamente problemi di identità sessuale ed hanno difficoltà ad instaurare relazioni adeguate con i coetanei. Esse non riescono a mantenere relazioni interpersonali sane. Soffrono di ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Le F.A.S.O. fanno uso frequente di alcol e droghe illegali. Aderiscono a delle bande e mettono in atto comportamenti autolesivi (Petrone, 2017). Dal 1986 si sono succedute diverse classificazioni delle F.A.S.O. Una tra queste è quella di Barbaree H.E. e collaboratori (2008) che individuano tre gruppi di femmine adolescenti sex offenders: 1- Ingenua/sperimentatrice. È il tipo di F.A.S.O. che non usa la forza o violenza psicologica. Normalmente l’abuso si svolge in contesti casalinghi e di babysitting. È solitamente spinta dalla curiosità a fare questo tipo di esperienze sessuali, non evidenzia comportamenti antisociali. 2- Giovane abusante che ha un’intensa condotta sessuale con uno o più bambini. In molti casi la ragazza ha avuto precedentemente esperienze di vittimizzazione e proviene da una famiglia multiproblematica. Tale F.A.S.O. generalmente presenta disturbi psicopatologici moderati ed esperienze sessuali inappropriate per l’età, disturbi depressivi e disturbi dell’identità. 3- Giovane abusante con disturbi psicopatologici più gravi. La condotta abusante è generalmente persistente nel tempo e coinvolge più vittime. Per questa tipologia di F.A.S.O. vengono evidenziati traumi subiti in giovanissima età. Vi è una maggiore predisposizione all’insorgenza di un PTSD. La ragazza adolescente manifesta, un’elevata impulsività ed il rischio di suicidio elevato. Gli studi sulle F.A.S.O. mostrano come nella quasi totalità dei casi siano state vittime, sin dalla più tenere età, di abusi sessuali fisici. Le bambine abusate, ora adolescenti commettono a loro volta abusi sessuali per ridurre gli effetti e le sensazioni dolorose, superare il senso di impotenza. A ciò si aggiunge la perdita di fiducia negli altri, il timore di sentirsi sempre in pericolo e non accettare un’immagine di sé negativa. Una delle conseguenze importanti del trauma non risolto (abbandono, perdita, esperienza di abuso) è la coazione a ripeterlo. Tale aspetto si verifica soprattutto quando gli eventi traumatici non vengono elaborati in modo adeguato. È possibile definirlo “principio del controllo e del padroneggiamento del trauma”. Le adolescenti sex offenders possono ricreare il proprio trauma con un minore. Esse si ricollocano nella situazione di abuso, ma con la differenza fondamentale di pensare di averne il controllo. Le adolescenti F.A.S.O. abusano da sole e lo scopo è il soddisfacimento del bisogno di tenerezza, di sopperire alla mancanza di relazione con i pari, di regolazione emotiva (Faller, 1987). Inoltre,



le giovani vittime vengono utilizzate per scaricare la propria rabbia e per sperimentazioni di tipo sessuale. Chi opera con adolescenti sessualmente abusanti deve considerare che la decisione di intraprendere una terapia non è volontaria, ma spesso l’invio avviene tramite il Giudice Tutelare. Nel trattamento ambulatoriale o residenziale è fondamentale la promozione della salute dell’adolescente. Le adolescenti devono acquisire la consapevolezza del proprio stato emotivo che precede l’agito sessuale, devono essere accompagnate ed aiutate a strutturare alternativi pattern di comportamento utili alla gestione del proprio malessere.

Sarà possibile così incrementare la loro autostima e il senso di autoefficacia personale.

L’aumento degli studi sulle adolescenti e donne autrici di abuso sessuale ha permesso una lettura più chiara delle caratteristiche e dei fattori che determinano l’agito.

Il ruolo della prevenzione è fondamentale come anche l’adozione di trattamenti specifici che sappiano accogliere, supportare e affiancare l’adolescente nel percorso di cura. Occorre proseguire con la ricerca in tale campo al fine di incrementare la conoscenza sui casi che spesso rimangono silenti.

Bibliografia

1. Barbaree HE, Marshall WL. Il minore autore di reati sessuali. Seconda Edizione. Giovanni Fiorito Editore 2024.

2. Faller KC. Characteristics of a clinical sample of sexually abused children. How boys and girl victims differ. Child Abuse and Neglet 1989, 13, 281-291.

3. Petrone L. Le adolescenti autrici di abuso sessuale. Alpes Italia Srl 2017.

4. Ryan G, Lane S. Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences and Correction. Lexington Books 1991, Massachussetts.

5. Shaw JA. Sexually aggressive youth. In D.H. Schetky e E. P. Benedek. Principles and practise of child and Adolescent Forensic Psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Publishing Inc 2002.

Foto: Envato Elements

Maria Vincenza Minò

Psicologa-Psicoterapeuta

Redattrice

Sociale/Familiari

Il perdono fa bene alla salute

/ Francesco Franza /

Il perdono può diventare una strategia utile per cancellare il malumore, i sensi di colpa. Quando perdoniamo ci proiettiamo verso un futuro più sereno e tranquillo. Il perdono migliora le relazioni e il benessere dell'individuo. Fa bene alla salute? Anche nei pazienti affetti da depressione?

Il perdono è una strategia comportamentale che consente agli individui di ripristinare e di mantenere le relazioni in maniera stabile e positiva. Porta guadagno e utilità a chi perdona e permette di ristabilire le relazioni distrutte e di ricostruire il benessere e la salute personale (Fourie et al., 2020). Il perdono è una sorta di tranquillante personale e sociale e nei conflitti personali, familiari e sociali diventa un potente rigeneratore del benessere. Non è facile, tuttavia, perdonare. Richiede un notevole impegno emotivo, una predisposizione d'animo e un po' di coraggio. Anche perché dal punto di vista evolutivo probabilmente l'uomo è più propenso alla vendetta. Allora, perché l'umo ha iniziato a perdonare? Dal punto di vista evolutivo, il perdono potrebbe essere stato inventato come strumento di adattamento alternativo alla vendetta. Quest'ultima richiede un dispendio di risorse, di energie e di tempo. Un conflitto all'interno di un gruppo o del proprio clan scatena reazioni violente che possono compromettere la qualità della vita e la sopravvivenza dei loro stessi membri.

Chi ha inventato il perdono, secondo il pensiero evolutivo, avrà pensato: «Ora sto qui al calduccio del mio fuoco. Gli uomini o le donne le tengo. Il cibo non mi manca. Gli uomini vanno a cacciare. Io, semmai, dovrò sopportare le urla dei bambini (se l'inventrice fosse stata donna). In alcuni periodi di scarsa disponibilità di selvaggina dovrò stringere gli ossicini della mia cintura. Già è difficile cacciare (se uomo). Che ci guadagno in questo conflitto? A tenere la rabbia? E se nello scontro ci rimanessi stecchito? Perdono, faccio pace e continuo a vivere sereno». A questo pensavano i nostri antenati? Il perdono, come invenzione riparatrice sociale, avrebbe consentito la costruzione o la ri-costruzione di nuove e vecchie amicizie. «Che bella invenzione il perdono: i miei nemici diventano degli ex! Se diventa ex non lo tradisco e non rischio una clavata in testa» (pensieri di donne e uomini preistorici). Fino a nuovi conflitti e a nuovi perdoni il perdono porta pace. Prima o poi si ricomincia a dover chiedere scusa e a dire grazie, presupposti del perdono. E anche questo non è facile. Fonzie di Happy Days ne era un esempio. Il perdono richiederebbe una capacità intellettiva elevata, forse. Le cose però si complicano perché nonostante la presunta superiorità della nostra specie il perdono esiste anche nei nostri cugini lontani. Alcune specie di primati non umani hanno sviluppato, infatti, lo strumento del perdono prima di noi per fermare i conflitti all'interno del gruppo (Tinberger, 1995). Allora perdonare è più semplice di quel che sembra. Il perdono diventa socialmente utile. In quanto potente arma di pacificazione consente la riduzione dello spreco di risorse. Contrapposto al perdono c'è la vendetta. Ritenuta essere una componente tipicamente umana rappresenta un'altra invenzione, malefica. Non ci sono evidenti prove di comportamenti vendicativi tra gli altri animali o tra le piante. Pertanto, diventa di diritto una invenzione umana. È parte integrale dell'animo umano. Abele ne sapeva qualcosa. Siamo, forse, tutti figli di Caino? La vendetta può indubbiamente portare dei vantaggi ma più frequentemente è distruttiva. Semina rovine, fa vittime, stragi, Il perdono, invece, no. È un'altra cosa. È elegante, confortante. Il perdonatore è superiore. Sarà difficile, faticoso perdonare, ma ne vale la pena (Billingsley & Losin, 2017). Il perdono sociale e individuale si muove sul terreno della propria cultura di origine. La struttura culturale di ogni gruppo sociale può giocare un ruolo fondamentale nei processi che portano l'individuo a perdonare (Sandage & Williamson, 2005). Il perdono è il figlio del tipo di società in cui si sviluppa. Determinati fattori culturali influenzano in maniera significativa i processi di ogni singolo individuo che lo portano al perdono o alla vendetta. Esistono culture collettivistiche e individualistiche (Hofstede, 2010). Le culture che favoriscono una maggiore capacità di inclusione sociale hanno una predisposizione al perdono. Il guadagno finale non è solo un minore spreco di energie ma anche l'acquisizione di nuove energie sociali (Toussaint et al., 2023). Il perdono è conveniente. Nella depressione la ruminazione è spesso presente. La persona affetta da depressione si concentra continuamente e in maniera passiva sui propri sintomi e sui motivi che

hanno causato la propria sofferenza (Nolen-Hoeksema et al., 2028). E non si dà pace; rimugina sulle proprie colpe e non si dà perdono. E rimugina, e si angoscia, si dà colpe e non si perdona e così via, in un circuito vorticoso senza fine. Cosa c'entrerà il perdono con questo? Il perdono è fortemente associato alla ruminazione che a sua volta è fortemente associata alla depressione. La costante ruminazione dei sensi di colpa, dei pensieri negativi blocca l'individuo, crea angoscia, le ruba energie. Il perdono potrebbe portare sollievo a tale sofferenza? Probabilmente si, aiutando le persone con depressione a bloccare il costante, continuo, doloroso circuito autorigenerante della ruminazione. Le culture in cui prevale il pensiero collettivo sono più inclini a valorizzare la riconciliazione e sono le culture che perdonano di più. Il perdono diventa la loro arma potente. Le società collettivistiche aiutano a perdonare e a far comprendere i motivi in cui si sono sviluppati gli eventi dolorosi. Consolano la sofferenza con il perdono. «Errare è umano, perdonare è divino» (Upenieks et al., 2025). Contrapponendosi all'evitamento e alla vendetta queste società stimolano la risoluzione dei conflitti e la riparazione delle relazioni personali e sociali. Le società collettivistiche, madri del perdono, sono quelle che muovono l'umanità. Il perdono migliora le capacità dei propri membri ad accogliere le idee dell'altro. Tipico delle culture con elevato livello empatico diventa uno strumento per migliorare il benessere della collettività. Il pensiero collettivo favorendo la risoluzione dei conflitti potenzia la capacità di migliorare sé stessi e gli altri. Migliora l'umanità e il benessere dei propri membri. Sono queste le culture del buonumore, delle arti, dell'empatia, della solidarietà e della integrazione. Il perdono, invece, è uno strumento poco utilizzato nelle culture individualistiche in cui il desiderio di vendetta rappresenta l'elemento predominante. Questo desiderio implica un annientamento delle proprie risorse emotive e cognitive impoverendo e limitando il progresso evolutivo di questo gruppo sociale. Il perdono è una caratteristica tipica delle culture che favoriscono la collettività e non quelle individualistiche. Nelle prime il contatto sociale, il miglioramento dei rapporti personali e delle relazioni sociali favoriscono l'apertura verso nuove esperienze. Il perdono dà speranza. Possiamo dire che le persone e i gruppi sociali che perdonano di più stanno meglio? Che sono più felici? Ci sarà un fondo di verità in tutto questo? Certo è che le culture collettivistiche che favoriscono il perdono sono orientate verso un benessere sociale e sono capaci di affrontare meglio gli affanni della vita. In definitiva sono più serene. Stanno meglio! «Il perdono è fatto per menti superiori così come l'ironia. A volte, non perdonare è divertente».

Bibliografia

1. Billingsley J, Losin EAR. The Neural Systems of Forgiveness: An Evolutionary Psychological Perspective. Front Psychol. 2017;8:737.

2. Fourie MM et al. Parsing the components of forgiveness: Psychological and neural mechanisms. Neurosci Biobehav Rev. 2020;112:437-451.

3. Hofstede G. Cultures and Organ.: Software of the Mind, Third Edition. McGraw Hill; 3° ed., 2010

4. Nolen-Hoeksema S, et al. Rethinking rumination. Perspect. Psychol. Sci 2008; 3: 400-424

5. Sandage SJ, Williamson I. Forgiveness in cultural context. In Worthington EL Jr. (Ed.), Handbook of forgiveness. Routledge 2020

6. Tinberger N. Il comportamento sociale degli animali. Einaudi editore.1995.

7. Toussaint L et al. Forgiveness, rumination, and depression in the United States and Korea: A cross-cultural mediation study. J Clin Psychol. 2023;79:143-157.

8. Upenieks L et al. "To Err is Human, to Forgive, Divine" J Relig Spiritual Aging. 2025

Foto: Envato Elements

Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Società/Stigma

L'adolescenza e le sfumature del dolore

/ Donatella Costa /

Nell'adolescenza i giovani faticano ad esprimere il dolore psichico: dall'ansia all'aggressività rivolta a sé stessi sino ai disturbi alimentari. Il sintomo racconta ciò che la parola non dice.

Da sempre, l'adolescenza è un periodo fondamentale per lo sviluppo dell'identità, normalmente gli adolescenti esplorano sé stessi. È un momento di grande scoperta di sé, in cui si formano le basi per il futuro. I giovani affrontano tuttavia numerose sfide, come la pressione sociale, le aspettative scolastiche, conflittualità personali e sociali. Spesso chiedono ai genitori di essere visti e riconosciuti nelle loro emozioni. Preferiscono essere ascoltati prima di ricevere consigli e raccomandazioni. L'adolescente in genere teme di non avere un valore e fatica ad accettare il proprio corpo che percepisce come brutto o imperfetto. Tutti questi fattori possono influenzare il benessere mentale e la percezione del futuro dell'adolescente. Inoltre, da uno studio recente emerge che i giovani di oggi sono concentrati sul presente, faticano ad immaginare il futuro. La crescente instabilità del mercato del lavoro, le difficoltà economiche, la crisi globale disseminata da guerre e pandemie rendono difficile immaginare una vita autonoma e indipendente (Ag. Gov. Gioventù, 2024). La crisi nell'adolescenza può manifestarsi con svariate forme di dolore, a volte esso appare silenzioso e mascherato, in altri casi violento ed esplosivo. L'adolescenza è per sua natura collegata a sentimenti depressivi se entra in situazione di crisi (Cahn, 1991). Le manifestazioni del dolore possono essere differenti; ad esempio, nell'autolesionismo l'adolescente ferisce il corpo per lenire il dolore interno.

Nei disturbi alimentari il pensiero ossessivo del cibo domina gran parte della giornata. Per uscire dalla depressione l'adolescente deve simbolicamente separarsi dalle figure genitoriali, questo implica un certo grado di sofferenza. D'altra parte, l'adolescenza rappresenta una seconda possibilità per risolvere nodi evolutivi e conflittualità irrisolte (Blos, 1962). I giovani sono sempre più consapevoli dell'importanza di prendersi cura del proprio benessere psicologico e cercano spesso supporto per affrontare le loro difficoltà. *Al mattino quando devo andare a scuola mi viene l'angoscia, non ho voglia di alzarmi dal letto. Comincio a sentirmi agitata, mi sento vuota. Non ho voglia di fare niente, tutto mi pesa. È un malessere profondo, difficile da sopportare. Nella mia testa ci sono tanti pensieri, ho paura di vivere e mi sento un fallimento. Temo di deludere i miei genitori. È come se la mia vita non avesse senso. Per sentirmi viva mi taglio, così non sento il dolore dentro. Fatico a dormire, rifiuto il cibo, la mia vita è un incubo.* Queste parole descrivano i sentimenti e le emozioni di un adolescente che racconta la propria storia di dolore. È un esperienza condivisa da tanti giovani che vivono il dramma del disagio psichico. L'ansia, la difficoltà alimentare, l'autolesionismo fino al pensiero suicidario, sono sintomi che esprimono una grande senso di vuoto, altresì un'opportunità di grande cambiamento (Cirillo, 2024). Il sentimento di vuoto rappresenta un allontanamento da sé stessi e dalla propria storia. L'adolescente narciso teme di deludere i propri genitori e di non riuscire ad affrontare le sfide della vita. In genere, l'adolescente si sente ferito dalle critiche, dal giudizio negativo dell'adulto sia esso genitore che insegnante. È sempre in tensione a scuola, non è mai all'altezza del compito. Affrontare una nuova giornata è un ostacolo immenso, si vorrebbe solo scomparire. Trovare le parole per descrivere il proprio vissuto diventa complicato, a volte, si esprime con un silenzio persistente denso di significato. In questi momenti essere genitore è un fardello pesante, a malapena si riconosce il proprio figlio; egli appare diverso dal docile bambino a cui si era abituati in passato. Si perde il proprio oggetto d'amore e tutto ciò che era condiviso. Il genitore si sente triste e scoraggiato, la perdita è reale. L'adolescente è apatico, nervoso e svogliato. A scuola gli insegnanti si lamentano: non si concentra, è distratto, ha la testa sulle nuvole; a casa risponde male. L'attenzione del genitore è fondamentale per cogliere i primi segnali della crisi. In effetti, gli adulti presenti possono notare un improvviso mutismo, una chiusura marcata al dialogo, un rifiuto ad affrontare le difficoltà della vita. Nell'adolescenza il giovane può apparire provocatorio, oppositivo, pieno di rabbia: nulla sembra destare interesse, la noia e l'apatia sono prevalenti. Per il genitore prendersi cura di un figlio con questi atteggiamenti è fonte di notevole sofferenza. La situazione si complica maggiormente quando si ha un figlio disabile. In questo caso la cura e l'accudimento sono costanti e durano una vita intera. Gli addetti ai lavori parlano di caregiver burden (Recanatini, 2021). Trattasi del peso appunto dell'accudimento continuo del figlio dalla nascita sino oltre l'età adulta. Il genitore di un figlio diversamente-abile, vive di frequente stati di ansia e depressione. Sperimenta solitudine e un dolore continuo. La stanchezza psicofisica amplifica sovente le emozioni negative come la rabbia, la vergogna, il senso di colpa. Il genitore potrebbe ritenersi responsabile per aver generato un figlio diverso. Queste emozioni possono perdurare a lungo e provocare dolore nel genitore. Il caregiver o familiare curante vive di conseguenza uno stress cronico. Inoltre, il genitore, non sempre accetta la malattia del figlio mettendo in atto meccanismi difensivi. Questo limita le potenzialità e l'autonomia del figlio diversamente abile, che vorrebbe essere trattato come tutti gli altri adolescenti. Quando il genitore è in difficoltà, è sintonizzato con le proprie ansie e angosce, fatica a vedere il figlio con i suoi bisogni. È importante gestire gli stati emotivi negativi e mostrare empatia verso i vissuti del figlio, soprattutto nei cambiamenti umorali dell'adolescenza. I giovani sono una forza dinamica e vitale nella società. Le loro esperienze, idee e desideri determinano la vita e rappresentano il futuro.

L'ascolto e il supporto emotivo facilitano la crescita.

Bibliografia

1. Blos P. (1962), L'Adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica Ed. Franco Angeli

2. Cirillo L. (2024), Soffrire di Adolescenza. Ed. Raffaello Cortina

3. Rossi S. (2024) Lezioni d'amore per un figlio – Accompagnare i ragazzi nei labirinti dell'adolescenza. Ed. Feltrinelli.

4. Sitografia

5. Agenziagioventu.gov.it/Giovani2024 https://agenziagioventu.gov.it/giovani-2024-il-bilancio-di-una-generazione-pubblicato-il-rapporto-eures-per-il-consiglio-nazionale-dei-giovani-e-lagenzia-italiana-per-la-gioventu/

6. Albanesi, A. (2021). La sindrome del burnout genitoriale nelle disabilità. State of Mind.

7. Recanatini, R. (2021). Caregiver burden: lo stress dei genitori con i figli disabili. State of Mind..

Foto: Envato Elements

Donatella Costa

Psicologa Clinica

Redattrice

Società/Mass media

Solitudine e social media

/ Patrizia Amici /

In un mondo governato dal virtuale, ove social sembra la parola dominante, scopriamo una rete infinita di relazioni e solitudine. Oggigiorno sembra che il modo per curare la malattia sia la connessione virtuale; attraverso uno schermo, a distanza, in uno spazio irreale. La solitudine, male incurabile del nostro tempo, non trova nell'appartenenza ai social media il suo medico, la sua cura.

In un mondo di App (Applicazioni) che promettono di connetterci agli altri, permangono solitudine e isolamento. Incontrarsi nella rete rischia di impigliarci in una impossibilità, in un disapprendimento della capacità di far relazione. Questo mondo fruibile a distanza, spegnibile quando si voglia, manipolabile a poco a che spartire con il mondo reale, dal quale rischia di allontanarci sempre di più. Il termine solitudine deriva dal latino solus (solo), sebbene alcune fonti ne indichino l'origine in sollus (intero), ovvero qualcosa che non abbisogna di altro per completarsi. Il termine, nell'uso comune, viene rappresentato dall'immagine di una mancanza, di un segno meno. Possiamo distinguere tre dimensioni dell'essere soli: un dato oggettivo indica la mera mancanza di contatti, un dato quantitativo. Dall'altro lato una dimensione soggettiva che trae spunto dal proprio sentirsi soli. Tale solitudine è uno stato relativo al mondo interno della persona ed al suo rapporto con il mondo esterno (Bronfenbrenner, 2002). Questo rapporto interiore può essere vissuto sia come isolamento doloroso che come momento di crescita. Al di là delle definizioni, il problema solitudine è considerato assai seriamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tale organo, ha istituito per il triennio 2024-2026 una commissione specifica, la Commission on Social Connection, per affrontare il rischio di isolamento sociale e solitudine nella popolazione. Il tema della solitudine, esacerbato dalla pandemia da Covid-19 appare oggi un tema centrale per la salute psicofisica della popolazione. La scienza attribuisce alla solitudine una valenza negativa. Essa, infatti, sembra correlata ad uno stato di stress che influenzerebbe le difese immunitarie (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Inoltre, la solitudine, aumenta il rischio di sviluppare disturbi depressivi e disturbi d'ansia, o di peggiorare sintomi ansiosi-depressivi già in essere (Loades et al. 2020). Tra stigma sociale e pressioni della scienza alla solitudine è assegnata la maglia nera. Le persone tendono ad evitare tale condizione con tutte le proprie forze e preoccuparsi fortemente dell'immagine data all'esterno. Il timore rimanda alla preoccupazione di essere giudicati poco amabili, interessanti, attraenti etc. Poche sono le persone che fanno cose da sole e perseguono interessi ed attività in solitudine. La maggior parte o rinuncia a fare alcunché, o si piega a perseguire scopi non personali pur di guadagnare la compagnia altrui. In questo modo di scelte al ribasso e timore del giudizio si è inserito il mondo dei social media. È l'epoca della connessione virtuale, ove gli amici sono immagini su uno schermo e dove la parola amico ha perso il suo senso originale. Che si sia amici d'infanzia o conoscenti che mai si incontreranno poco importa. In questo modo di immagini di carta la solitudine è una regola. La relazione via social allontana, però, la capacità di connettersi realmente. La fatica del contatto vero è stemperata da connessioni virtuali, accese e spente a piacimento e nelle quali l'intimità è un miraggio. Ma più si è connessi più si fa fatica a incontrarsi. Le paure dell'incontro faccia a faccia non sono risolvibili con una foto modificata, una conversazione scritta e riscritta, una sparizione che spegne lo schermo. Ed ecco nascere negli anni molteplici App che permettono la conoscenza di altre persone. Ve ne sono per tutti gusti e le esigenze. Alcune permettono l'incontro nel modo tridimensionale attraverso offerte disparate. Dai classici Instagram e Facebook il mondo delle Applicazioni diventa sempre più variegato. Esistono App per trovare l'amore come Tinder, Badoo, Lovoo, MeteMe o CercoSingle (più chiaro di così). Esistono App che permettono di parlare e incontrare persone- non per forza a scopo amoroso - come Telegram, Chatous, Whispear etc. Alcune ad esempio solo per certe categorie di persone, come Hey Vina che connette solo donne. Vi sono App che permettono di connettersi nel modo reale offrendo occasioni di incontrare persone nuove condividendo esperienze, come ComeHome; viaggiare come Gite in Lombardia, incontrarsi seduti intorno ad un tavolo come Tabloo. Esistono poi esperimenti interessanti come l'App che consente di scrivere una lettera a qualcuno come Slowly e addirittura quelle per chattare con personaggi immaginari creati da altri utenti, come Botify Al. Insomma, vi sono in internet un mondo di occasioni che da virtuali possono diventare reali, concrete. Un mondo virtuale dove è difficile distinguersi e farsi vedere, fatto spesso di interazioni brevi, non personalizzate, ove il colpo d'occhio conta più di tutto. Anche le applicazioni che consentono di incontrare veramente qualcuno possono generare una sensazione di ansia, un bisogno insaziabile di esserci, nemico della vera condivisione personale.

Si vive in un mondo virtuale che sembra fagocitarci e che a volte è avvertito come soffocante.

Un mondo virtuale che offre l'illusione di potersi sostituire alla relazione tradizionale e spesso prosciuga tempo ed energia.

E mentre inseguiamo l'immagine sullo schermo, la vera vita scorre accanto a noi, con le sue relazioni e le sue occasioni.

Bibliografia

1. Bronfenbrenner U. Ecologia dello sviluppo umano. Il Mulino, 2002

2. Cacioppo JT & Cacioppo S. The growing Problem of Loneliness. Lancet, 391

3. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020 ;59(11):1218-1239

4. World Health Organization. www.WHO Commission on Social Connection

Foto: Envato Elements

Patrizia Amici

Psicologa Psicoterapeuta

Redattrice

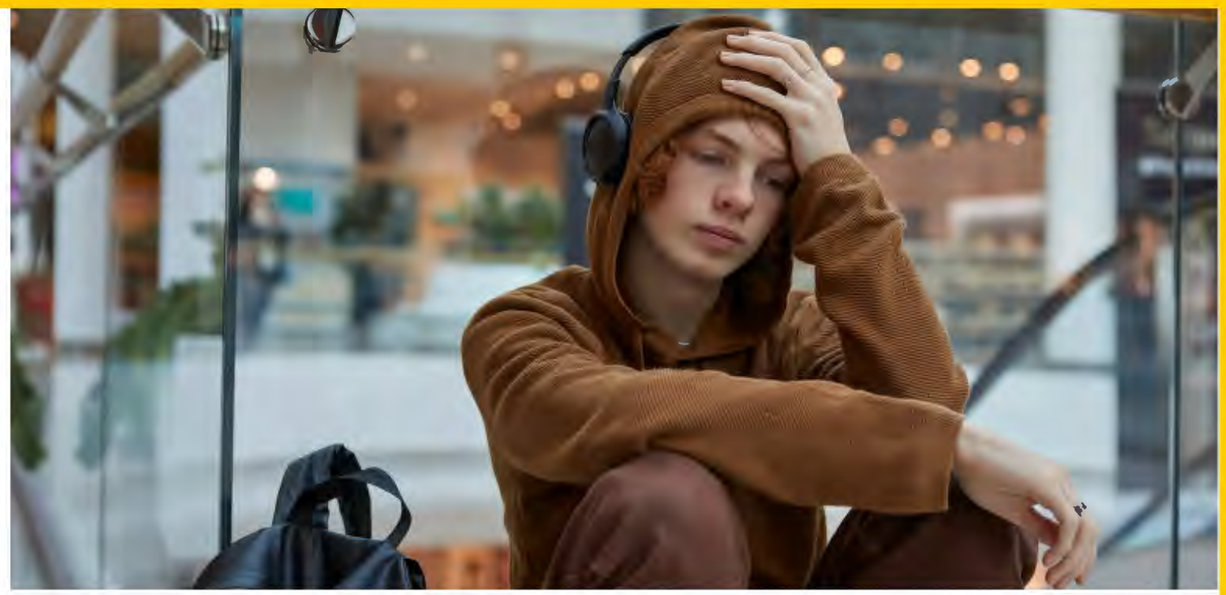
Sociale/Aggressività

Dubbi e dolore emotivo nei giovani

/ Wilma A.R. Di Napoli /

L'adolescenza è un periodo particolarmente delicato, caratterizzato da sfide e dilemmi peculiari di questa età. Esse possono rendere i giovani più vulnerabili e predisposti a provare un profondo dolore emotivo.

Il dolore emotivo tra i giovani è una realtà complessa che può manifestarsi in diverse forme, tra cui ansia, depressione, isolamento sociale e comportamenti autolesionistici. L'età giovanile è un periodo di sfide complesse e faticose. L'approcciarsi all'identità adulta carichi di insicurezze, precoci timori, nuove domande e prove faticose sono un carico notevole per i giovani. I profondi cambiamenti fisici, emotivi e sociali che caratterizzano questa fase della vita possono rendere i giovani più vulnerabili a esprimere una sofferenza personale. In questo divenire è possibile che il giovane, in difficoltà nell'affrontare lo sforzo di crescita, sviluppi un dolore emotivo che può avere diversi risvolti (Di Napoli et al). Il dolore emotivo nei giovani ha molte facce. Esse possono presentarsi anche in contemporanea o in maniera fluttuante nell'arco della vita, e ricorrere nei periodi di maggiore stress (Wey et al). Nell'ultimo decennio abbiamo assistito ad un aumento di manifestazioni diverse di questo disagio. - Difficoltà nella regolazione emotiva. Alcuni adolescenti mostrano una carenza nel linguaggio emotivo, rendendo difficile per loro identificare e comunicare le proprie emozioni. Questa limitazione può creare difficoltà nella gestione delle emozioni negative e contribuire a comportamenti inadeguati. - Disturbi psichici. Abuso di sostanze, disturbi alimentari, sintomi d'ansia e dell'umore possono avere terreno fertile dove svilupparsi in uno stato di dolore emotivo e insicurezza. Anche come strategie negative di reazione al dolore emotivo. - Autolesionismo. Molti giovani ricorrono all'autolesionismo come a un mezzo per gestire o esprimere il dolore emotivo. Questo comportamento può includere il tagliarsi, bruciarsi o infliggersi altre forme di danno fisico. Spesso, tali atti sono una risposta a sentimenti di angoscia, senso di colpa o vuoto emotivo. - Il senso di vuoto negli adolescenti e nei giovani adulti è un'esperienza psicologica complessa, spesso intrecciata con riflessioni sulla vita e la morte. Può manifestarsi come un sentimento di insoddisfazione profonda, perdita di senso, isolamento sociale o una difficoltà a trovare uno scopo nella propria esistenza. - Il rischio suicidario è un ulteriore pericolo legato ai sentimenti di disperazione, solitudine, perdita di senso e vergogna. Possono comparire pensieri e piani di morte (Wey et al). La società attuale, così complessa e multitasking, mostra sempre nuove sfide ed elementi che possono agire in modo nocivo e dirompente sul benessere psicologico della comunità. Specie nei confronti dei giovani e delle fasce più vulnerabili. Di cosa parliamo? - Pressione alla competizione, pregiudizi, aspettative elevate in ambito scolastico e sociale possono generare stress significativo, contribuendo a stati d'ansia e depressione. Lo stigma rivolto a molti ambiti di espressione individuale contribuisce ad aumentare l'esperienza di sofferenza emotiva nel giovane. La percezione di un ambiente scolastico non sicuro è legata ad un aumento del dolore emotivo. - L'esposizione al bullismo fisico o online può intensificare il dolore emotivo nei giovani, portando a sentimenti di isolamento, vergogna e disperazione. – Conflitti familiari, separazioni o mancanza di supporto emotivo a casa possono aumentare la vulnerabilità degli adolescenti al dolore emotivo. - L'uso di droghe e il consumo di sigarette sono stati identificati come fattori di rischio significativi di disagio giovanile. - Avere rapporti sessuali prima dei 15 anni è stato collegato ad un aumento del rischio di tentativi di suicidio. - I dubbi emotivi. Sono delle domande comuni nelle fasi evolutive dell'adolescenza e giovinezza (chi sono? cosa voglio? che senso ha la vita?). Le caratteristiche della società attuale e gli stili di vita disfunzionali possono amplificare il dolore emotivo presente nello sforzo di affrontare tali dilemmi (Sharma et al). Nonostante questo quadro di vulnerabilità così complesso esistono numerose fonti di supporto, sia individuale sia sociale, che possono aprirsi ai giovani. È importante che la comunità intera ne sia consapevole, informata e formata a garantirne la presenza costante nei vari contesti di vita. Non si tratta esclusivamente di aiuti tecnici e sanitari, ma di abilità relazionali e comunicative che tutti possono (dovrebbero?) potenziare. Tra queste ricordiamo (Hall et al). - Ascolto e dialogo aperto. Offrire spazi sicuri dove parlare di questi temi senza timore di giudizio e di conseguenze negative è un esigenza primaria. - Educazione emotiva e resilienza. Aiutare i giovani a riconoscere e gestire le emozioni difficili è un imperativo in un'epoca dove lo sguardo interiore pare essersi inaridito, a fronte di un'esasperazione dell'apparire. - Riconoscere i segnali d'allarme. Cambiamenti drastici nell'umore, isolamento, espressioni di disperazione non devono essere sottovalutati ma accolti. Il dialogo autentico può risultare un mezzo potente ed efficace per affrontarli insieme. - Gruppi di auto mutuo aiuto, facilitati magari da coetanei esperti e peer education (educazione tra pari) possono fungere da valido sostegno nei vari contesti giovanili. Ma non solo. Anche l'adesione ad attività e gruppi nei contesti sportivi potrebbe essere un altrettanto valido aiuto nel disagio giovanile. - Ridurre lo stigma sulla salute mentale. Parlare apertamente di forme di dolore emotivo e disagio psicologico, come depressione, ansia e disturbi alimentari, può favorire la richiesta di aiuto senza vergogna. Le strategie di sensibilizzazione e di psico educazione sono azioni fondamentali da diffondere nei vari contesti giovanili. – Educazione all'uso consapevole dei social media. Insegnare un utilizzo equilibrato delle piattaforme digitali può limitare gli effetti negativi associati alla FOMO, al cyberbullismo e promuovere una percezione più realistica delle interazioni sociali. -L'accesso a consulenze psicologiche e terapie può offrire uno spazio sicuro per affrontare ed elaborare le proprie emozioni. Dovremmo consolidare la presenza dello psicologo scolastico. Interventi terapeutici mirati possono aiutare gli adolescenti a sviluppare strumenti per gestire emozioni negative e costruire una solida identità personale. Affrontare il senso di vuoto negli adolescenti richiede un approccio integrato che coinvolga famiglie, scuola, società e professionisti della salute mentale. È necessario promuovere un ambiente di supporto e comprensione (Sharma et al). Riconoscere e affrontare il dolore emotivo negli adolescenti è fondamentale per promuovere il loro benessere e prevenire conseguenze più gravi. È essenziale che genitori, educatori e professionisti della salute lavorino insieme per creare ambienti sicuri e di supporto, dove i giovani possano esprimere liberamente le proprie emozioni e ricevere l'aiuto necessario. Attivare programmi basati su interventi di psicoeducazione, educazione tra pari (peer education), interventi psicologici di supporto, possono avere un impatto significativamente positivo sul dolore emotivo nei giovani. Questi interventi non solo promuovono la consapevolezza e la gestione delle proprie emozioni, ma favoriscono anche empatia, relazioni positive e benessere generale nei vari contesti giovanili. Infine, per essere davvero incisivi, l'intervento va allargato al contesto sociale. Sono necessari interventi di sensibilizzazione e informazione rivolti a tutta la collettività su temi quali intelligenza emotiva, dialogo aperto, stili di vita e strategie di prevenzione del disagio mentale.



La salute mentale è un bene di tutti, e quella dei giovani in particolare è un imperativo che va difeso con un'azione collettiva e condivisa.

Bibliografia

1. Di Napoli W. Depression, Self-Harm, Suicide. A Longitudinal Descriptive Study after the COVID 19 Pandemic in the Province of Trento. Psychiatr Danub. 2022 Sep;34

2. Hall M, Fullerton L, Green D, Fitzgerald CA. Positive Relationships with Adults and Resilience to Suicide Attempt among New Mexico Hispanic Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2021 Oct 4;18(19):10430.

3. Sharma V, Marshall D, Fortune S, et al. Prevention of self-harm and suicide in young people up to the age of 25 in education settings. Cochrane Database Syst Rev. 2024

4. Wei, Z., & Mukherjee, S. (2021). Health-behaviors associated with the growing risk of adolescent suicide attempts: A data-driven cross-sectional study. American journal of health promotion, 35(5), 688-693

Foto: Envato Elements.

Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra

Direttore Artistico

Arte e prevenzione del suicidio

/ Antonella Litta /

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

Il suicidio rappresenta una delle principali cause di morte a livello globale. Secondo recenti dati, negli ultimi 30 anni il numero di suicidi è diminuito, con un calo della mortalità da 15 a 9 decessi ogni 100.000 persone. Tuttavia, si registrano ancora circa 740.000 suicidi all'anno, equivalenti a una persona che muore per suicidio ogni 43 secondi. Identificare le popolazioni più a rischio è una componente essenziale di una strategia completa e sempre più personalizzata di prevenzione del suicidio (GBD 2021 Suicide Collaborators, 2025). L'eziologia del suicidio è multifattoriale: fattori ambientali, sociali e biologici sono alla base dei gesti autolesivi. Il suicidio non è solo un dramma personale, ma un fenomeno che interroga la società. Gli artisti hanno da sempre rappresentato la sofferenza psichica legata al porre fine alla vita. Pensiamo alla rappresentazione eroica dell'autolesionismo in "Cleopatra" di Guido Cagnacci (1660) o alla disperazione romantica di Ophelia nel dipinto di Millais (1851). L'arte contemporanea affronta invece il tema con una prospettiva critica, mettendo in luce le cause psicologiche e sociali alla base del gesto autolesivo. Questa evoluzione riflette un cambiamento culturale: il suicidio è riconosciuto come una questione di salute pubblica e non più solo come un tabù. Opere iconiche come "L'Urlo" di Munch o "Il suicidio di Dorothy Hale" di Frida Kahlo trasmettono il tormento interiore e la solitudine che possono portare a gesti estremi. Kahlo, nel suo controverso dipinto del 1938, rappresenta la tragica fine di Dorothy Hale con una narrazione visiva che ricorda gli ex-voto messicani. La sequenza della caduta mostra il suicidio come un evento drammatico, ma anche come un segnale della sofferenza nascosta. Un altro esempio significativo è il lavoro di Francesca Woodman, fotografa americana morta suicida a soli 22 anni. Le sue immagini evocano un senso di dissolvenza e fragilità, quasi una premonizione della sua fine. Le sue fotografie non sono solo arte, ma un grido di dolore e un tentativo di essere vista nella sua sofferenza psichica. Molti artisti che hanno trattato il suicidio nelle loro opere hanno vissuto in prima persona la fragilità della salute mentale. Frida Kahlo ha sublimato il suo dolore in arte, mentre lo scrittore e drammaturgo Yukio Mishima ha teatralizzato il proprio suicidio come gesto estremo di ribellione. Questo legame tra creatività e sofferenza mentale è da sempre analizzato. L'arte è sia un mezzo di espressione che di resistenza alla disperazione (Jamison, 2004). Oggi l'arte non si limita a rappresentare il suicidio, ma diventa anche uno strumento attivo di sensibilizzazione e prevenzione. Tra le iniziative più impattanti troviamo:

- Project 84 (2018) è un'installazione dello street artist Mark Jenkins a Londra. 84 figure incappucciate sono state collocate sui tetti per ricordare il numero di suicidi settimanali nel Regno Unito. L'opera ha acceso il dibattito pubblico sulla necessità di azioni concrete per la prevenzione del suicidio. - The Last Photo (2024) è una campagna fotografica dell'organizzazione CALM. Essa ha mostrato immagini di persone pochi giorni prima del suicidio, sottolineando come il dolore psichico possa non essere visibile in superficie. - Tree Knitting (2018) è un progetto italiano promosso dal Comune di Padova e dall'Associazione De Leo Fund Onlus. Gli alberi sono stati trasformati in installazioni colorate per sensibilizzare sulla prevenzione del suicidio e offrire supporto ai sopravvissuti al lutto. - Disagio Dentro, mostra allestita nel 2022 al Palazzo di Giustizia di Milano, ha denunciato l'alto numero di suicidi nelle carceri italiane. Un crescente corpo di ricerca collega le arti a risultati positivi sulla salute. Una recente revisione sistematica ha esaminato come differenti forme di espressione artistica sono state utilizzate per affrontare la prevenzione del suicidio e la sopravvivenza in differenti contesti in Australia, Canada, Regno Unito e Stati Uniti (Sonke et al., 2021). Numerosi studi scientifici dimostrano che le esperienze artistiche possono favorire la resilienza emotiva e la consapevolezza. Poiché la creatività può essere curativa, le persone con disturbi dell'umore possono rivolgersi istintivamente all'arte per aiutarsi. Alcuni potenziali benefici della creatività artistica per la salute mentale includono: riduzione dello stress, migliori capacità di adattamento, riduzione della depressione e dell'ansia (Regev et al., 2018). L'arte non solo racconta il suicidio, ma lo trasforma in una conversazione collettiva. Installazioni, fotografie e performance stimolano il dibattito, aiutano a combattere il pregiudizio e promuovono la salute mentale.

Bibliografia

1. GBD 2021 Suicide Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Public Health. 2025 Mar;10(3):e189-e202. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00006-4. Epub 2025 Feb 19.

2. CALM (2023). The Last Photo: Understanding Suicide through Photograph. London: Mental Health Foundation.

3. Regev D, Cohen-Yatziv L. Effectiveness of art therapy with adult clients in 2018—what progress has been made?. Front Psychol. 2018;9:1531. doi:10.3389/fpsyg.2018.01531

4. Sonke J, Sams K, Morgan-Daniel J, Pumariega A, Mallick F, Pesata V, Olsen N. Systematic Review of Arts-Based Interventions to Address Suicide Prevention and Survivorship in Australia, Canada, the United Kingdom, and the United States of America. Health Promot Pract. 2021 May;22(1_suppl):53S-63S. doi: 10.1177/1524839921996350. PMID: 33942639.

5. Kay Redfield Jamison Toccato dal fuoco. Editore Tea, 2004.

Foto: Envato Elements

Antonella Litta

Medico Psichiatra

Redattrice

Arte / Pittura

Arte ed emozioni nel Caravaggio

/ Enza Maierà /

L'evoluzione umana ha approdato a sublimi forme di comunicazione che appartengono ad una realtà universale che è l'arte. Essa è depositaria di messaggi ancestrali. Ogni epoca si è avvalsa della rappresentazione artistica per parlare, comunicare, commuovere, curare. Il simbolismo nell'arte è la fonte di ispirazione per chi la produce ed il nutrimento per chi la fruisce. L'illuminata arte del Caravaggio ne è una viva testimonianza.

La rappresentazione artistica, in qualsiasi forma venga esperita è uno strumento comunicativo di idee e concetti ed è, altresì, profondamente evocativa di stati di animo e di riflessioni. L'elemento che veicola questi messaggi sono le emozioni, che prorompono dalle opere e suscitano memorie, sensazioni, percezioni. Sono queste a dare vita e senso a quel linguaggio interiore che mette in relazione le due sensibilità, dell'artista e del fruitore. In un tale contesto di analisi-interpretativa vogliamo prendere come modello di riferimento un genio della pittura del 500-600: Michelangelo Merisi, detto Il Caravaggio. Definito da più voci il pittore maledetto. Le caratteristiche della sua personalità sono ancora discusse e controverse. Della vita di Caravaggio siamo a conoscenza, di certo, di una infanzia travagliata e sofferta per l'epidemia della peste e per la morte improvvisa del padre. La perdita di questa figura di riferimento nella vita infantile e adolescenziale ha influito negativamente sullo sviluppo, sulla maturazione emotiva-cognitiva e sul comportamento dell'artista. Il vuoto affettivo non gli ha permesso di conoscere il valore e il significato dei sentimenti rendendolo altresì incapace di un regolare controllo delle emozioni. Questo aspetto ha condizionato gravemente la sua vita e quella di relazione rendendola imprevedibile e soprattutto istintiva, ribelle e spesso violenta. La perdita della madre segue di alcuni anni quella del padre. Anche con lei i rapporti hanno risentito di una distanza affettiva dovuta al ripiegamento della donna sul proprio dolore esistenziale. Ancora una volta si amplia nell'artista quel vuoto interiore preesistente reso più doloroso da un rapporto distante e non protettivo. Quello con la figura materna. All'età di tredici anni viene mandato dalla madre a Milano a bottega da un pittore per imparare il mestiere. In questo periodo di tempo, durato forse quattro anni, il Caravaggio apprende la tecnica pittorica. Ora si sente pronto al grande salto nella città eterna. Ha ventuno anni.

A Roma gode della protezione dei Borromei, e dei nobili Sforza-Colonna come di altri aristocratici, nobili e prelati. Durante il soggiorno nella capitale compone le prime opere importanti. Il suo stile pittorico si rivela presto innovativo e personale mentre suscita le lodi e l'ammirazione di tutti. Ma anche tanta invidia. Caravaggio impegna le sue risorse creative e il suo talento consapevole della sua bravura. Vuole avere successo forse anche primeggiare e rendere unica la sua arte. Sembra emergere nell'artista un bisogno di rivalsa e di centralità nella scena pubblica come a riscattarsi da una vita che era stata ingiusta e crudele nei suoi confronti. La rabbia sembra prendere il sopravvento e dominare le sue azioni. Non declina gli inviti e i soggiorni negli ambienti alti ma non accetta condizionamenti e regole. La sua libertà lo rimanda a vivere senza regole e assecondando solo il suo istinto.

Arte / Pittura

Un coacervo di emozioni sembra dominare l'artista che non riesce a regolare e gestire in maniera adattiva. Il pennello diventa l'arma di difesa più efficace a soddisfare i suoi bisogni volti a consolidare il suo narcisismo. La genialità artistica è il frutto della sua formazione, ma soprattutto esprime la forza dirompente e propulsiva delle sue emozioni. Le opere di Caravaggio sono di suggestivo effetto scenico tanto da creare la sensazione di essere di fronte ad un "teatro degli affetti" (D'Orazio, 2014). Anche Leonardo da Vinci, un secolo prima, aveva dedicato una parte della sua vasta ricerca in pittura alla necessaria modalità di sapere rappresentare le emozioni. "Farai le figure in tale atto, il quale sia sufficiente a dimostrare quello che la figura ha nell'animo; altrimenti la tua arte non sarà laudabile" (Wikisource). Caravaggio non nasconde la sua irruenza e il suo carattere fumantino e si presta ad ogni situazione di sfida e di risse. Le denunce nei suoi confronti sono diverse, compresa una grave accusa di omicidio. Frequenta ambienti malfamati, bordelli e osterie. In ogni situazione sembra voler emergere e distinguersi dagli altri. In effetti ci riesce anche se più volte costretto a fughe rocambolesche di cui l'ultima fatale. Caravaggio sembra impostare la sua esistenza ponendosi in lotta contro la società. Nella sua pittura emerge la realtà drammatica in cui vive l'uomo; i protagonisti delle sue opere sono gente umile, amici di bettole e compagni di litigi e discussioni anche violente. Amori di una notte e prostitute. Il tema espresso utilizza un linguaggio coerente di cui luce e ombra sono i protagonisti assoluti (Guasti et al., 2016)

La sua pittura risente del naturalismo lombardo ma fa un uso proprio dei colori da essere definito il pittore della luce, dell'ombra. L'uso di questi due contrasti mira a dare pieno risalto alle scene, ai personaggi e alle cose cui conferisce, attributi e significati mistici. Essi traspaiano dai molti elementi gestuali, espressivi, di composizione scenica che compongono l'opera. Si ritiene che il verismo e la naturalezza delle sue tele mirino a qualcosa di trascendente (De Plato, 2023). Cogliere le emozioni e i suoi correlati in un'opera d'arte significa andare oltre le apparenze. Significa andare oltre la complessiva rappresentazione delle forme, delle linee, dei colori, degli spazi e degli effetti immediati. Significa cogliere l'artista nel suo stile pittorico, nel contenuto dell'opera, nell'espressività dei volti, nell'intensità e nell'uso dei colori, nella costruzione della realtà ecc.

La creatività del Caravaggio è pienamente compresa se è anche riferita alla sua formazione artistica e alla sua esperienza di vita. Fondamentali sono il contesto storico e sociale in cui vive, interagisce e si struttura. È dalla interrelazione di questi elementi, che si struttura la personalità, la soggettività, il carattere e il vissuto dell'artista. Una completa e approfondita analisi permette di comprendere, alla fine, il senso emotivo veicolato dall'opera e le intenzioni di Caravaggio. L'apprezzamento di un'opera d'arte può diventare un'esperienza sociale che ci mette in relazione con l'altro Il messaggio artistico a volte si traduce in un'esperienza estetica intensa, catartica, di liberazione emotiva. Altre volte arreca emozioni contrastanti e talora disturbanti. Ma non è mai inespressivo o neutrale. Da un lato è una esperienza conoscitiva in cui si entra nel tempo e nel luogo dell'altro superando i confini abituali del nostro vivere. Dall'altro l'opera d'arte è un veicolo di messaggi emozionali che scova il fondo della nostra interiorità e suscita una serie di riflessioni e di sensazioni. Vivere l'opera realizza un momento di piena condivisione con l'artista e favorisce l'uscita da momenti di solitudine e disconnessione sociale. L'esperienza estetica diventa pertanto il momento del dialogo e della conoscenza. L'arte ha un linguaggio universale che noi interpretiamo e valutiamo alla luce della nostra esperienza e della nostra cultura. Da questa interrelazione comunicativa si modifica il senso di sé stessi e della vita. Così come avviene per le importanti impressioni di cui è piena la nostra esistenza. Questo modello interpretativo permette di cogliere la similitudine con un setting terapeutico o di consulenza. Laddove l'incontro medico-paziente avviene in un contesto basato sull'ascolto, sulla trasmissione-ricezione di emozioni senza trascurare la globalità della persona nei suoi aspetti intra e intersoggettivi. È in questa dualità multifattoriale e multidimensionale che si struttura la conoscenza e prende l'avvio la cura. Anche l'arte può essere una terapia bidirezionale per l'autore e il fruitore. L'arteterapia si è dimostrata uno strumento sicuro e affidabile per il trattamento non solo della depressione ma anche di altri disturbi mentali (Brandao Viegas et al., 2019). Alla base della esperienza estetica entrano in azione aree e funzioni cerebrali cognitive ed emotive. Le esperienze estetiche sono dovute ad un sistema di connessioni cerebrali tra corteccia, aree visive, aree orbito-frontali e centri emozionali del sistema limbico. Da questi meccanismi interattivi neurobiologici deriva un senso di gratificazione e di piacere in cui il sistema dopaminergico ha un ruolo essenziale.

Bibliografia

1. Brandão Viégas FM, Ventura Silva C, Kleber R et al. Art as a Therapeutic Tool in Depressive Disorders: a Systematic Review of the Literature Psychiatr. Q, 2019 Dec; 90(4):871-882. doi: 10.1007/s11126-019-09672-x.

2. De Plato G, Caravaggio, la luce e l buio della mente, Libri Scheiwiller, 2023

3. D'Orazio C. Caravaggio segreto, ed. Pickwick, 2014

4. Guasti A, Neri F. L'opera pittorica completa. Caravaggio Rusconi libri S.P.A. 2016

5. Wikisource Trattato della pittura di Leonardo da Vinci, (Primo volume parte terza, n.290), Unione Cooperative editrice, Roma,1890.

Foto: "Il riposo durante la fuga in Egitto", Caravaggio, 1594-1595 circa. Roma, Galleria Doria Pamphilj - Wikipedia immagini, pubblico dominio.
Foto: "Bacco", Caravaggio, 1595-97 circa. Galleria degli Uffizi. Firenze. Wikipedia immagini, pubblico dominio.

Enza Maierà

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Arte / Musica

Luci sulla fragilità, Sanremo 2025

/ Antonella Litta/

La canzone “Volevo essere un duro” di Lucio Corsi, presentata a Sanremo 2025, racconta come la fragilità possa essere una risorsa per la crescita personale. Accettarla aiuta a vivere relazioni autentiche e migliorare la qualità della vita.

Viviamo in una società che premia forza e sicurezza, mentre la fragilità viene spesso considerata un difetto da correggere o un aspetto da nascondere. Riconoscere le proprie vulnerabilità e accettarle può trasformarsi in un’opportunità di crescita personale, permettendo di affrontare le sfide con maggiore consapevolezza e autenticità. “Volevo essere un duro / Che non gli importa del futuro / Un robot / Un lottatore di sumo”. Le parole della canzone evidenziano il desiderio di mostrarsi invincibili, negando spesso la complessità e la sensibilità che caratterizzano ogni individuo. La fragilità viene spesso associata alla debolezza, un concetto che la cultura moderna tende a stigmatizzare, imponendo modelli di successo e controllo emotivo difficili da sostenere. Saper riconoscere e accettare insicurezze permette di instaurare relazioni più profonde e autentiche, migliorando la capacità di comprendere sé stessi senza timore di giudizi. “Però non sono nessuno / Non sono nato con la faccia da duro / Ho anche paura del buio”. Il testo suggerisce che dietro la maschera dell’invulnerabilità si nasconde la paura di non essere accettati per quello che si è realmente. Accettare la fragilità non solo aiuta a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé, ma è anche fondamentale per la salute mentale. Le teorie psicologiche, come quella dell’attaccamento di Bowlby, dimostrano che la condivisione delle proprie vulnerabilità favorisce la costruzione di legami sicuri. In questo modo viene incrementato il senso di appartenenza e protezione all’interno delle relazioni interpersonali (Bowlby, 1996). “Vivere la vita è un gioco da ragazzi / Me lo diceva mamma ed io / Cadevo giù dagli alberi”. Durante l’infanzia la fragilità non viene percepita come una colpa, ma come parte naturale dell’apprendimento e della crescita personale. La resilienza non si manifesta nella capacità di evitare la sofferenza, ma nella volontà di accoglierla e trasformarla in una risorsa. Un tipo di psicoterapia che aiuta ad accettare la propria fragilità è l’’Acceptance and Commitment Therapy, conosciuta anche come ACT. Essa è un tipo di psicoterapia di terza generazione che integra strategie di accettazione mindfulness e di impegno nell’azione. Essa agisce migliorando la capacità di gestire lo stress e le difficoltà della vita (Harris, 2012). “Quanto è duro il mondo / Per quelli normali / Che hanno poco amore intorno / O troppo sole negli occhiali”. Le difficoltà della vita possono essere amplificate dal senso di inadeguatezza, imparare ad accettarsi aiuta a superarle. Ignorare o reprimere la fragilità può avere conseguenze negative sulla salute mentale, favorendo lo sviluppo di ansia, depressione e burnout. Strategie terapeutiche come l’Acceptance and Committment Therapy incoraggiano un atteggiamento di accettazione di sé, riducendo il rischio di sviluppare sintomi psicologici legati a stress e difficoltà emotive. “I girasoli con gli occhiali mi hanno detto / Stai attento alla luce / E che le lune senza buche / Sono fregature”. Cercare di apparire sempre forti e perfetti può risultare controproducente, perché la vera forza risiede nella capacità di accettare le proprie imperfezioni. La fragilità è una componente essenziale dell’essere umano e non va combattuta, ma accolta come parte integrante della vita. Accettarla può migliorare la salute mentale, rafforzare le relazioni e favorire una società più empatica e consapevole, capace di accogliere le diversità senza giudizi. “Però non sono nessuno / Non sono altro che Lucio”. Accettarsi per quello che si è rappresenta il primo passo verso un benessere autentico e duraturo. Eugenio Borgna, psichiatra e studioso della fragilità umana, recentemente scomparso, sottolineava come essa non fosse un limite, bensì una dimensione fondamentale dell’esperienza umana. Secondo Borgna, la fragilità è profondamente intrecciata all’empatia, consentendo una comprensione reciproca più autentica e favorendo relazioni basate sulla condivisione sincera delle emozioni e delle esperienze. Nel suo libro “La fragilità che è in noi”, sottolinea come accogliere la propria vulnerabilità favorisca l’empatia e la sensibilità verso le sofferenze altrui (Borgna, 2014). La società moderna, orientata alla performance e alla perfezione, spesso tende a occultare le debolezze, negando il valore trasformativo dell’accettazione della propria fragilità interiore. Riconoscere la propria vulnerabilità non significa arrendersi, ma compiere un atto di coraggio che apre alla crescita personale e al rafforzamento delle relazioni umane autentiche. La canzone di Lucio Corsi offre uno spunto prezioso per riflettere sul ruolo della fragilità nella nostra esistenza. La canzone si conclude con un pensiero sull’accettazione di sé: “Vivere la vita è un gioco da ragazzi, me lo diceva mamma ed io cadevo giù dagli alberi”. Questa immagine suggerisce che, nonostante le cadute e le difficoltà, l’accettazione delle proprie fragilità è fondamentale per una vita autentica e soddisfacente. Lontano dall’essere un ostacolo, la vulnerabilità rappresenta una dimensione essenziale della condizione umana, capace di favorire la crescita personale e il benessere mentale.

Bibliografia

1. Bowlby John Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento editore Raffaello Cortina Editore, 1996

2. Harris Russ Se il mondo ti crolla addosso. Imparare a veleggiare tra le ondate della vita edizioni Erickson 2012

3. Eugenio Borgna La fragilità che è in noi Einaudi editore, 2014

4. https://www.youtube.com/watch?v=vkWEv-DK45p

Foto: Envato Elements

Antonella Litta

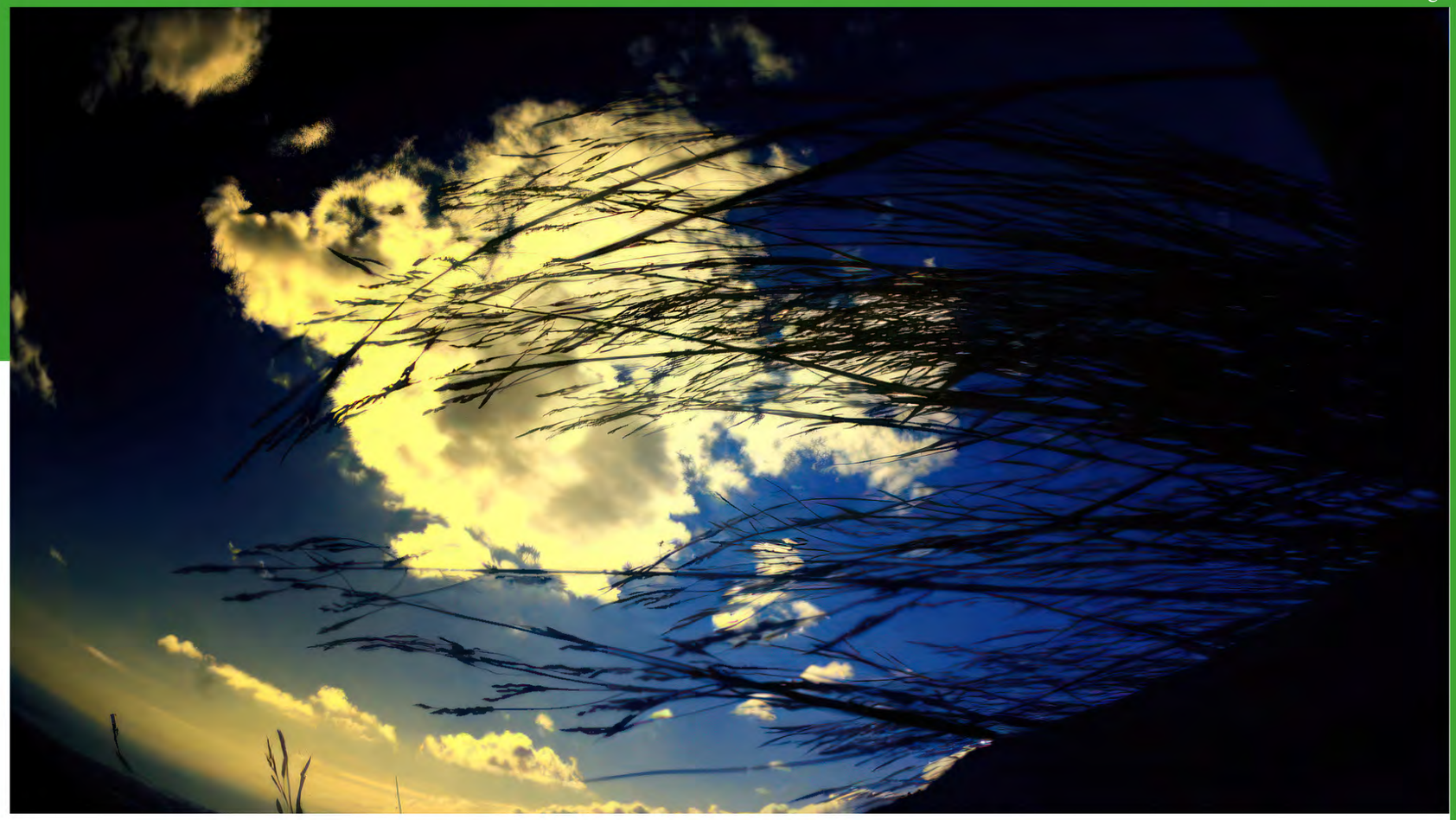
Medico Psichiatra

Redattrice

Arte / Fotografia

La fotografia di paesaggio come specchio della depressione

/Luigi Starace/



Come i fotografi attraverso le foto di paesaggio raccontano e descrivono la depressione. Paesaggi desolati esprimono il disagio mentale.

Nel corso della storia, molti fotografi hanno utilizzato il paesaggio per esplorare e rappresentare stati emotivi complessi come la depressione. Attraverso l'uso di luce, composizione, colori e soggetti specifici, questi artisti hanno creato immagini che risuonano con chi sperimenta il disagio mentale.

La depressione può essere raccontata attraverso immagini di paesaggi desolati, cieli cupi e ambienti abbandonati. La fotografia di paesaggio diventa un mezzo per esprimere visivamente la depressione, trasformandola in un racconto palpabile e in cui potersi immedesimare. In particolare si concentra sui paesaggi che evocano solitudine, isolamento e desolazione, temi frequentemente legati alla depressione.

In questo articolo analizzeremo come i fotografi abbiano usato il paesaggio per rappresentare la depressione e il disagio interiore.

La fotografia è un modo per comprendere la realtà

La fotografia di paesaggio, insieme al ritratto è storicamente fra i primi generi di uso. Essa ha sempre cercato di raccontare la relazione tra l'individuo e il mondo circostante da diverse prospettive. Come osserva Susan Sontag (2003) nel suo libro "Sulla Fotografia" «la fotografia non è soltanto un modo di rappresentare la realtà, ma anche un modo di comprenderla e di trasmettere un certo stato d'animo». Sontag descrive pertanto la fotografia come un potente strumento per comunicare emozioni e stati d'animo complessi, anche medicalizzati.

I fotografi che utilizzano il paesaggio come mezzo per esplorare la depressione spesso catturano scene che rivelano la fragilità dell'individuo e la sua lotta con il vuoto emotivo. In questo contesto, la natura diventa un riflesso delle battaglie interiori, e il paesaggio offre uno spazio per esplorare la solitudine, l'alienazione e la perdita di sé. Il paesaggio fotografato può, così, diventare la metafora visiva di una mente che si sente vuota e disconnessa. La figura umana si riflette, assorbe e restituisce il paesaggio ritratto che essa abita. Gli elementi paesaggistici dello spoglio, del desolato, della location estraniante diventano luoghi della psiche.

La fotografia di paesaggio e la depressione: un linguaggio visivo

La fotografia di paesaggio non è solo una finestra sul mondo esterno, ma spesso diventa uno specchio dell'interiorità del fotografo. Attraverso l'uso di determinati elementi visivi, è possibile evocare sentimenti di tristezza, isolamento e malinconia. L'assenza di figure umane, l'uso di atmosfere cupe, la scelta di ambienti abbandonati o desolati sono alcune delle strategie utilizzate per trasmettere il senso di vuoto e perdita tipico della depressione.

L'uso della luce e del colore nella fotografia di paesaggio possono comunicare la sofferenza psichica e trasmettere le emozioni recondite, a volte indicibili. Ad esempio le tonalità fredde, come il blu e il grigio, sono spesso associate alla malinconia e alla tristezza. La luce diffusa o fioca può evocare un senso di oppressione o nostalgia. Le fotografie di paesaggi immersi nella nebbia, all'alba o al tramonto, accentuano il senso di transitorietà e vulnerabilità, elementi chiave della depressione.

La fotografia di paesaggio come racconto della depressione

Attraverso l'uso del paesaggio, molti fotografi hanno saputo raccontare la depressione in modo visivamente potente e universale. La solitudine degli spazi, il gioco di luci e ombre, l'assenza di figure umane e la scelta di ambientazioni desolate sono solo alcuni degli strumenti con cui questi artisti hanno dato forma all'invisibile. Osservando le loro immagini, possiamo riconoscere e comprendere meglio il peso emotivo della depressione, trasformando il paesaggio in una narrazione intima e universale al tempo stesso. Ve ne proponiamo di seguito alcuni esempi.

Luigi Ghirri e la depressione nell'assenza

Luigi Ghirri è uno dei pochi fotografi italiani esposto permanentemente al MOMA di New York. Egli ha trasformato il paesaggio italiano in una narrazione poetica, dove l'assenza e la memoria si fondono. Le sue fotografie sono caratterizzate da colori pastello e prospettive sospese, che evocano una sensazione di assenza antropica mista a nostalgia. Le immagini mostrano spazi apparentemente familiari ma al tempo stesso distanti, suggerendo un senso di vuoto e inaccessibilità tipico della depressione. Un qualcosa che c'era e ora non c'e più.

Michael Kenna e la solitudine eterea come metafora della depressione

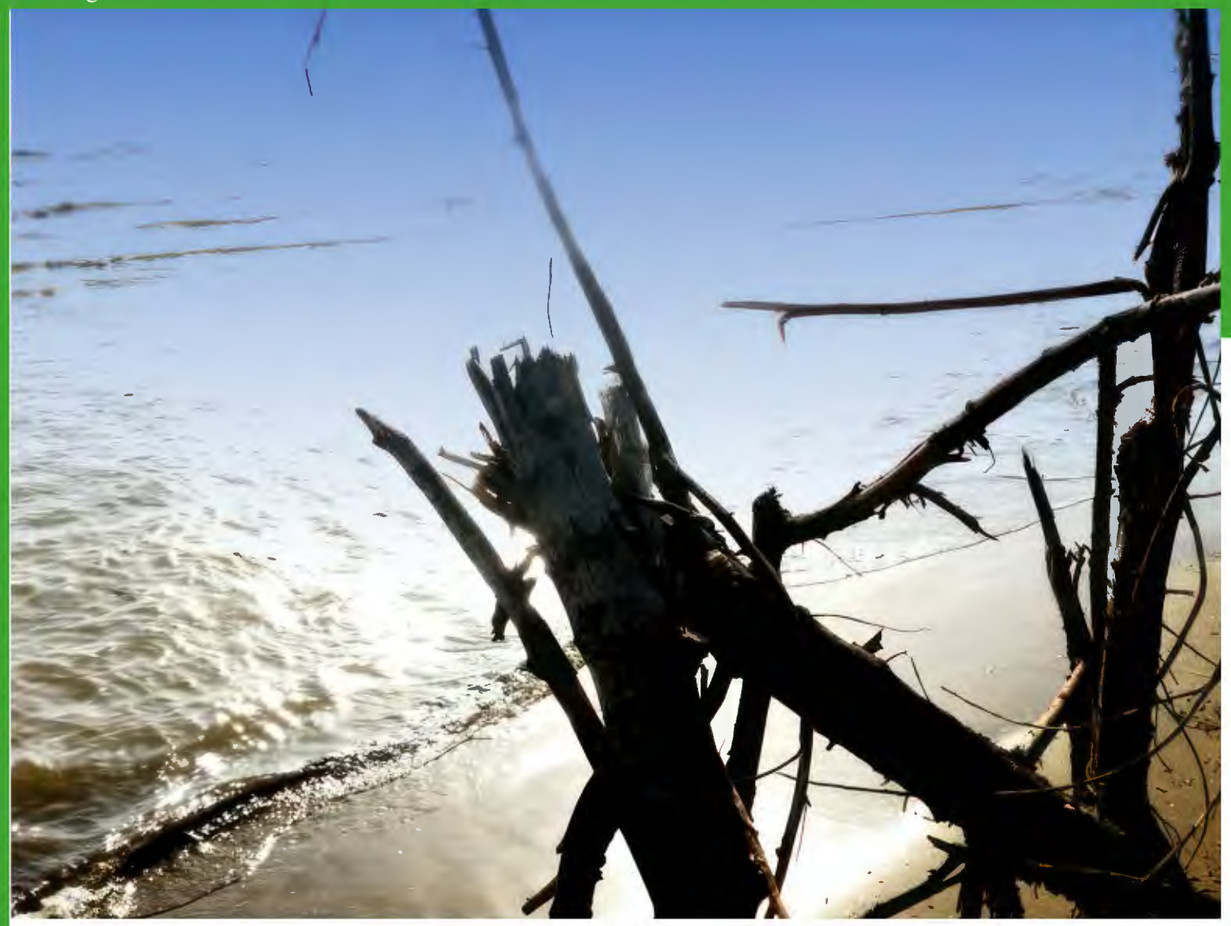
L'artista è noto per le sue fotografie in bianco e nero di paesaggi minimalisti e avvolti dalla nebbia. Le sue immagini trasmettono una profonda solitudine, con elementi naturali immersi in un silenzio quasi irreale. Le lunghe esposizioni fotografiche contribuiscono a creare un senso di sospensione nel tempo. Esse evocano la sensazione di essere intrappolati in uno stato di introspezione senza fine, che è una caratteristica tipica della depressione.

La malinconia della fotografia di periferia nella depressione

Todd Hido fotografa paesaggi urbani e periferie americane deserte, spesso di notte. Le case illuminate da una luce fioca emergono dal buio, suggerendo storie di solitudine e isolamento. Le immagini sembrano fermi immagine di vite invisibili: la presenza umana è suggerita ma mai mostrata direttamente, rafforzando la sensazione di abbandono tipica della depressione.

L'alienazione dell'esilio nella fotografia di paesaggio

Il progetto Exiles di Josef Koudelka esplora il tema dell'alienazione attraverso paesaggi spogli e desolati. Le sue fotografie catturano il senso di smarrimento e distanza, riflettendo l'esperienza dell'essere straniero



non solo in un luogo fisico, ma anche nella propria esistenza interiore. Questo senso di disconnessione è spesso associato alla depressione.

Il deserto come metafora del vuoto nella depressione

Richard Misrach ha dedicato anni a fotografare il deserto americano, un luogo di vastità e silenzio. Il deserto diventa simbolo dell'abbandono e della solitudine, un paesaggio in cui l'assenza diventa il protagonista assoluto. Le sue immagini trasmettono un senso di disorientamento e perdita, evocando l'esperienza di chi affronta la depressione.

Sally Mann e il paesaggio della memoria e della depressione

L'artista utilizza il paesaggio per esplorare il tema della memoria e della perdita. I suoi scatti in bianco e nero, spesso caratterizzati da un'estetica onirica (arte che richiama l'irrealtà del sogno) e sfocata, evocano un senso di malinconia e nostalgia. Il paesaggio diventa il teatro di emozioni interiori, dove la bellezza e il dolore coesistono, riflettendo la depressione.

La contemplazione dell'infinito nella depressione

Hiroshi Sugimoto ha creato una serie di fotografie di orizzonti marini in cui il cielo e l'acqua si fondono in un'unica linea sottile. Questa ripetizione ossessiva del paesaggio suggerisce l'infinito e il tempo che scorre, evocando un senso di incertezza e sospensione che riflette lo stato mentale della depressione.

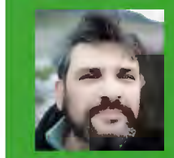
La fotografia come strumento di consapevolezza sulla depressione e la salute mentale

Le immagini di questi fotografi non solo raccontano l'esperienza della depressione, ma offrono anche uno spazio di riflessione per chi osserva. Il riconoscimento del dolore attraverso l'arte può essere un primo passo verso la consapevolezza e il dialogo sulla salute mentale. La fotografia, quindi, non è solo un mezzo di espressione individuale, ma un ponte per la comprensione collettiva della depressione.

Bibliografia

1. Cvetkovich A. La depressione: un sentimento pubblico. 2012
2. Koudelka J. La vita fotografica. 2009
3. Sontag S. Sulla fotografia. 2003
4. Shore S. La natura delle fotografie .2008
5. Ulrich D. Il fotografo consapevole. 2015

Foto: : Fotografia di paesaggio, di Luigi Starace, 2025



Luigi Starace

Giornalista pubblicista

Comitato scientifico

Gli adolescenti in balia del sonno

/ Alba Cervone /

"E anche stanotte si dorme domani". Il sonno è uno stato di coscienza contrapposto alla veglia, in cui si riducono gli stimoli ed il sistema nervoso può riposare e riorganizzare ciò che è accaduto durante la vigilanza attiva. Poeti, romanzieri, filosofi e studiosi si sono interessati al tema complesso e affascinante del sonno.

Il sonno è fondamentale nella nostra vita quotidiana perché garantisce il riposo, il recupero delle energie mentali e fisiche e il consolidamento della memoria. Durante questa funzione vitale, il soggetto è risvegliabile e ciò che vede rappresenta ciò che è contenuto nella sua mente. Le alterazioni nel ritmo sonno-veglia influiscono negativamente su tutte le funzioni vitali come appetito, umore e attenzione. La privazione di sonno è ad esempio responsabile di una disregolazione dell'umore (maggiore aggressività). Può indurre alterazioni della coscienza fino ad allucinazioni e deliri, come nel celebre film: "L'uomo senza sonno". Nella mitologia greca, Hypnos era il dio del sonno, figlio di Erebro, dio dell'oscurità e di Nyx, dea della notte e fratello gemello di Tanatos, la morte. Hypnos attraverso il sonno ristoratore era capace di rasserenare gli animi, sollevando gli uomini dalle tribolazioni della vita quotidiana. Il potere di Hypnos si esercitava anche sugli dei. Nel canto XVI dell'Iliade si legge, infatti, di un incontro fra Era e lo stesso Hypnos, durante il quale la dea gli chiede di addormentare Zeus per permettere a Poseidone di aiutare gli Achei durante la guerra contro i troiani. Hypnos ha avuto molti figli, fra cui Morfeo, Fobetore e Fantaso, ognuno dei quali rappresenta una diversa tipologia di sonno. Morfeo, ovvero plasmatore dei sogni è il più conosciuto. Egli appare sotto sembianze umane nei sogni degli uomini. Fobetore, il padre degli incubi, ha il compito di far apparire figure di animali, bestie feroci e mostri spaventosi. Fantaso (da cui deriva il termine fantasia) è colui che, onnipresente in ogni sogno, crea le ambientazioni e oggetti inanimati. Hypnos poteva contare sull'aiuto di suo figlio Morfeo che, prendendo le sembianze di persone o situazioni sognate, faceva in modo che quelle illusioni risultassero reali. Morfeo, con le sue ali, vola sugli uomini e gli si avvicina silenzioso per poi accarezzargli delicatamente gli occhi con un fiore di papavero. Così facendo popola il loro riposo di sogni. Da qui il famoso detto: "Cadere tra le braccia di Morfeo" e il temine morfina per indicare la sostanza soporifera contenuta nel papavero dell'oppio. Nel pantheon egizio, il dio Bes, solitamente associato alla protezione della casa e dei bambini, era anche considerato un protettore del sonno. Era raffigurato come un nano dalla faccia leonina, che scacciava gli spiriti maligni e gli incubi, garantendo sogni tranquilli ai dormienti. Nella mitologia norrena, il dio della caccia, degli archi e degli sci, Ullr era considerato anche un protettore dei sogni e ad egli si rivolgevano per un sonno ristoratore. Nella religione Yoruba dell'Africa occidentale, gli Orisha sono spiriti venerati per vari aspetti della vita. Oshun, Dea dell'amore e della fertilità, è anche associata alla serenità e al sonno tranquillo. Gli Yoruba credono che Oshun possa portare pace e sogni dolci ai suoi devoti (Allende, 2009). Gli adolescenti hanno bisogno di dormire dalle 10 alle 12 ore al giorno, ma potrebbero presentare difficoltà a raggiungere tale obiettivo (Militerni,2021). Lo stress (ansia, difficoltà a rilassarsi, perfezionismo) cambiamenti biologici, abuso di sostanze stimolanti (energy drink, cocaina e cannabinoidi) e abitudini scorrette possono compromettere il sonno. Le alterazioni in uno di questi fattori possono determinare un cambiamento nel ritmo sonno-veglia (circadiano) e nelle funzioni vitali. I sintomi dell'insonnia negli adolescenti (giovani tra i 13 e i 18 anni) sono: sentirsi stanchi, svegliarsi dopo essere andati a letto e avere difficoltà ad addormentarsi. Svegliarsi frequentemente durante la notte e avere difficoltà a riaddormentarsi; trovare scuse per ritardare il momento di addormentarsi; difficoltà a svegliarsi al mattino. Voler fare spesso un pisolino durante il giorno; avere difficoltà a concentrarsi e a ricordare le cose. Quali sono le cause più comuni di insonnia negli adolescenti? Secondo recenti studi clinici tra le cause più comuni c'è un'eccessiva stimolazione cerebrale che determina alterazioni del ritmo sonno-veglia. Ad esempio, eccesso

Cultura

di dispositivi elettronici (tablet, cellulari e videogames), più raramente cause organiche (apnee notturne per obesità, problemi alla tiroide o surrene). Altra causa comune sono fattori esterni stressanti come problemi a scuola, ansia, tensioni familiari. Affrontare repentinamente la problematica dell'insonnia, consente di evitare lo sviluppo di problematiche più serie e la stabilizzazione nell'irregolarità del sonno non ristoratore. Molti adolescenti trascorrono tanto tempo sui loro telefoni, guardando la televisione o utilizzando altre tecnologie. Questi comportamenti possono anche rendere difficile addormentarsi per eccessiva stimolazione visiva (troppi input al sistema nervoso). In particolare, l'uso di videogames con piattaforme online è stato associato ad insonnia. Secondo una recente ricerca americana, la maggior parte degli adolescenti analizzata (67,0%) trascorre giocando online almeno un'ora al giorno (Suriah, 2017). Diversi studi concordano che giocare a videogiochi (VG) per lunghi periodi, in particolare la sera, è una causa significativa, comune e probabile di problemi di sonno. L'esposizione serale ai VG, infatti, può portare a un sonno insufficiente e di bassa qualità, con possibili effetti sulla attenzione, memoria e capacità critiche durante il giorno (Pernacchia, 2018). La prima cura nell'insonnia consiste nel riconoscere il problema e ripristinare una corretta igiene del sonno. Bisogna pianificare le attività quotidiane, evitare stimoli visivi eccessivi a ridosso del sonno ed elaborare una routine personalizzata per l'addormentamento. Quando queste accortezze non sono sufficienti, è opportuno contattare uno specialista per inquadramento diagnostico e terapeutico. Nell'adolescenza le modifiche ormonali e la variazione nella secrezione di melatonina determinano un'alterazione del ritmo circadiano. La melatonina, infatti, è un ormone che regola il sonno ed il ritmo sonno-veglia. Viene prodotto quasi esclusivamente dalla ghiandola pineale o epifisi, presente nel cervello. I livelli di melatonina nel sangue variano nel corso della giornata. In particolare, risultano bassi durante il giorno mentre iniziano ad aumentare circa 1-3 ore prima dell'orario abituale in cui ci si corica. Essi rimangono alti per tutta la durata del sonno per poi ridursi circa un'ora prima dell'orario di risveglio. In alcuni casi e su indicazione specialistica la prescrizione di melatonina suppletiva è utile per il ripristino del ritmo circadiano con induzione e mantenimento del sonno. Esistono diverse formulazioni e non tutte approvate per correlato effetto farmacologico, motivo per cui devono essere prescritte da uno specialista, che saprà indicarne il dosaggio e valutarne l'efficacia. Dormire è una funzione fisiologica e vitale fondamentale a tutte le età per vivere bene ed in particolare in una fase formativa della vita come l'adolescenza. La presenza di alterazioni nel ritmo sonno-veglia influisce negativamente sul benessere in termini di irritabilità, disturbi cognitivi, deficit della memoria ed interazioni con gli altri. I giovani adolescenti posso apparire distratti, poco interessati o eccessivamente irritabili. L'insonnia può essere la spia per un malessere nascosto ed affidarsi ad uno specialista è l'inizio per la cura. Ricorrere a rimedi da passaparola potrebbe spegnere solo momentaneamente il segnale di allarme che si potrebbe presentare in maniera dirompente.

Bibliografia

1. Allende I., L'isola sotto il mare, Feltrinelli ed, 2009

2. AAVV. (1997). Antiche saghe nordiche. Classici Bompiani

3. Cassano GB, Tundo A (2006) Psicopatologia e clinica psichiatrica, Edra Ed.

4. Militerni, Manuale di Neuropsichiatria Infantile, Idelson Gnocchi, 2021

5. Pernacchia S, Curcio G, Exposure to video games: effects on sleep and on post-sleep cognitive abilities. A sistematic review of experimental evidences, Sleep Sci. 2018 Jul-Aug;11(4):302–314. doi: 10.5935/1984-0063.20180046

6. Recalcati M: L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica, Raffaello Cortina Editore, 2009

7. Suriah et al, The Instances of Insomnia among Adolescents in High School Addicted to Online Games, https://doi.org/10.32388/OQH064

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

Alba Cervone

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Innamoramento e depressione in una visione classica

/ Gianluca Lisa /

L'innamoramento è una dolce e folle malattia, Sigmund Freud lo definiva una sorta di psicosi. Una malinconia che ammala il cuore dell'innamorato, soprattutto se non corrisposto. Una visione classica dell'amore folle e sofferente.

L'essere umano ha, come ci insegnano i Classici dell'ellenismo, una parentela con gli dei. Le nozze di Cadmio ed Armonia furono l'ultima volta che mortali ed immortali sedettero allo stesso tavolo.
Gli dei donarono ai mortali la possibilità di vivere passioni, emozioni ed anche l'innamoramento.
Ma presto furono invidiosi dell'intensità e passionalità con la quale gli umani le vivevano e le resero ancor più brevi. I mortali vivono ogni esperienza con la consapevolezza della morte, privi della serenità degli dei, padroni dell'immortalità (Calasso, 2004). Emozioni e passioni possono incidere sull'umore del depresso ma il terapeuta deve essere vigile per la loro natura effimera e per i contraccolpi sul paziente. «Tu non sai cosa ho fatto quel giorno quando io la incontrai» (Celentano, 1969). Non ci soffermiamo qui a discutere inutilmente sull'enorme differenza tra innamoramento ed amore. È ben nota e su di essa sono stati già versati fiumi di inchiostro. L'innamoramento e le passioni sono quelle situazioni, rare, che vivendole esonerano temporaneamente l'essere umano dalla depressione. In particolare, chi attraversa un innamoramento percepisce sé stesso quale padrone dell'universo. Se il soggetto è sofferente di depressione dimentica la tristezza e qualora fosse in trattamento, anche di assumere le terapia. Allora tutto risolto, tonnellate di studi clinici e farmacologici, migliaia di libri e testi sacri gettati alle ortiche? Non proprio. L'innamoramento per la sua natura effimera può essere di grave danno per un paziente depresso. Il soggetto depresso se non corrisposto dalla persona amata esaurisce il serbatoio di vitalità donato dal sentimento. Ne segue una spirale di depressione ancor più marcata di quanto lo fosse prima; sarà compito del professionista curante d'interrompere il buio ripiombato sul malcapitato. «Mi prese del costui piacer si forte che, come vedi ancor non m'abbandona» (Dante Inf. Canto X). L' innamoramento corrisposto forse, come celebrato dal Poeta, è ancora peggio di quello sopra descritto. Gli dei come detto sono padroni dell'eternità ma schiavi della noia di ciò che sarà per sempre. Pertanto, sono invidiosi della intensità con la quale due umani vivono la passione consapevoli della loro caducità e si divertono a trasformarla in sofferenza e dolore. Nell' innamoramento l'euforia, l'entusiasmo, il potenziamento delle capacità cognitive, il miglioramento di ogni tipo di performance esalta il paziente. Si sente libero dalla depressione, ma, ahimè, l'attenzione degli dei è su di esso. Gli dei spiano dal buco della serratura le vittime di Cupido. Invidiano sentimenti cosi passionali vissuti dai mortali con quello stato di ambivalente felicità. Ambivalente in quanto se da un lato i due percepiscono un esperienza quasi mistica, sono allo stesso tempo tristemente consapevoli, che questo stato finirà presto o tardi (Brasi, 1987). Gli dei usano la condizione mortale per trasformare l'improvvisa felicità di un innamoramento in sofferenza a causa della presenza di legami d'amore preesistenti, la lontananza, la situazione economica, lavorativa e motivazioni etiche. L'idillio tra Paolo e Francesca (Dante) è spezzato brutalmente dal di lei marito, paradigma di tanti amori storici spezzati dalla furia del destino. Ricordiamo il disperato urlo d'amore contro il fato in "Amami Alfredo" di Violetta prossima alla morte nella Traviata di Giuseppe Verdi. Il gioco dei veleni che separa con la morte Romeo e Giulietta. "La sventurata rispose" nella Gertrude del Manzoni. Gli stessi uomini ricordano attraverso le opere, l'arte, la letteratura ed i film, come l'innamoramento sia una serena brezza che anticipa una tempesta di tregenda. Sinteticamente "Les fueilles mortes" di Prevert meno crudamente dei passi citati, a sintesi, ricorda che la vita (gli dei, ndr) separa silenziosamente chi si ama. Come aiutare i pazienti depressi vittime dell'innamoramento? L'eclissarsi della nutrita speranza che l'innamoramento possa cancellare la depressione, riporterà il depresso verso il terapeuta, sia esso uno psicoterapeuta o uno psichiatra. La depressione del paziente si somma alla lacerante nostalgia della dolce esperienza perduta e ritenuta irripetibile. È come la delusione di un bambino al quale è stato donato un anelato giocattolo e subito dopo gli è stato sottratto con la forza. È compito del terapeuta dare la certezza della propria forza a contenere il flusso di emozioni del paziente. Certo un terapeuta non può cambiare la condizione umana, ma può essere una presenza continua e famigliare; quindi, la migliore risposta al cinismo degli dei. Lavora con un ascolto continuo atto a rinforzare i legami veri e non soggetti alle passioni, quelli che chiamiamo amore e non innamoramento. E comunque ricordare al paziente che, per quanto dolorosi siano i distacchi, gli innamoramenti ci riportano mentalmente alle nozze di Cadmio ed Armonia. Quel banchetto nel quale noi umani ci sentimmo nell'umore degli dei e mai così vicini all' immortalità (Calasso, 2004). Freud definiva l'innamoramento come una sorta di psicosi, quindi uno stato di malattia. Unica malattia dalla quale tutti paradossalmente vorrebbero essere affetti una volta nella vita (Gazzillo, 2013). Come ogni malattia, se si sopravvive, il paziente avrà bisogno di una convalescenza. La tempesta emotiva di un innamoramento illude il paziente depresso ed è di ancor più complicata risoluzione per il terapeuta rispetto ad un soggetto sano.

Bibliografia

1. Alberoni F. Innamoramento ed amore. Ed. Garzanti. 1979
2. Alighieri D. Divina Commedia Inferno V canto, https://divinacommedia.weebly.com/inferno-canto-v.html
3. Brasi A. Dialoghi romani. Editore Amadeo. 1987
4. Calasso R. Le nozze di Cadmio ed Armonia, Gli Adelphi. 2004
5. Celentano A. Storia d'amore. Ed. Clan. 1969
6. Gazzillo F, Ortu F. Sigmund Freud, la costruzione di un sapere- Carrocci editore. 2013
7. Prevert J. Les fueilles mortes https://www.sololibri.net/Le-foglie-morte-di-Jacques-Prevert-testo-analisi-commento.html
8. Manzoni G. I Promessi Sposi cap. X° https://promessisposi.weebly.com/capitolo-x.html
9. Verdi G. La Traviata. F.M. Piave. 201

Disegno: "La notte". Gianluca Lisa, 2025

Gianluca Lisa
Primario Psichiatra
Redattore

Bellerofonte, un malinconico ed antico eroe greco

/Maurilio Tavormina /

Bellerofonte è un mitico eroe greco, descritto come un bel giovane coraggioso, che doma il cavallo alato Pegaso, sconfigge la Chimera, vince i Solimi e le Amazzoni. Sposa la figlia di Preto, re della Licia e ne eredita il regno. Ma dopo tante vittorie cade in disgrazia per aver sfidato gli dèi. Vaga in solitudine per i campi, malinconico, con una profonda tristezza e la disperazione nel cuore

La depressione dell'umore si presenta già agli albori della civiltà con lo scoraggiamento, la tristezza, la malinconia. È presente l'apatia, il taedium vitae e l'incapacità di reagire positivamente alle avversità della vita. Si può dire che la depressione nasca con l'uomo. Molte culture antiche riportano cambiamenti dello stato d'animo e del comportamento delle persone che oggi potrebbero essere diagnosticati come una patologia depressiva. Omero nell'Iliade descrive con molta cura la malinconia di Bellerofonte, la profonda angoscia e la sua disperazione. "[…] ma quando viene in odio agli Dei, Bellerofonte solo e consunto di tristezza errava pel campo acheo l'infelice e l'orme dei viventi fuggìa […]" (Omero). Con l'abbandono della benevolenza degli dèi l'antico eroe greco perde il coraggio, la forza di combattere e di vivere. Vaga per i campi affranto, sconsolato e si isola dal contatto umano con un vuoto interiore assoluto e una tristezza devastante. Questa immagine dell'eroe caduto, emarginato e incompreso, rappresenta uno dei ritratti più umani e struggenti della mitologia greca (Graves, 1955). In questo articolo metto in risalto non solo le imprese di Bellerofonte, ma anche la sua profonda malinconia e depressione, così come può essere intesa nei tempi moderni. Bellerofonte è una figura affascinante, di bell'aspetto e complessa. Secondo la tradizione mitologica era figlio del re di Corinto e di Eurimede e discendente della stirpe di Sisifo (Apollodoro, II). Questo antico eroe greco ha vissuto una vita avventurosa e tragica, ricca di successi, ma anche di grandi sofferenze. Fin dalle sue origini l'eroe è segnato da un evento tragico e da un senso di colpa che lo accompagnerà per tutta la vita. Questo dettaglio conferisce alla sua figura una profonda vena malinconica, che lo distingue da altri eroi mossi da pura sete di gloria e di potere. Bellerofonte uccise involontariamente suo fratello Bellero e pertanto fuggì alla corte del re Preto, ad Argo. La moglie di quest'ultimo si innamorò di lui e non assecondata nel suo amore, accusò Bellerofonte presso Preto di cattive intenzioni e violenza alla sua persona. Il re, obbedendo alla Xenia (l'ospitalità sacra dei Greci) non si vendicò e lo mandò con una lettera al padre di sua moglie, Giobate, re di Licia. Gli chiese di giustiziare Bellerofonte. Giobate si rifiutò di ucciderlo, perché suo ospite, ma lo espose ai pericoli di un'impresa impossibile e di cui avrebbe potuto essere vittima. Gli chiese di uccidere la terribile Chimera, delegando così le sorti dell'ospite al volere degli dèi. Le divinità furono benevole per la sua innocenza e gli inviarono il cavallo alato Pegaso. Con il suo aiuto uccise la Chimera, un mostro dal corpo di leone, con la coda di serpente e sul dorso aveva la testa di una capra fiammeggiante. Vinse e sottomise il crudele popolo dei Solimi, brutali guerrieri che abitavano l'Asia Minore, e le forti e valorose Amazzoni. Giobate ne fu così preso che si scusò con l'eroe, diede a Bellerofonte sua figlia Filonoe in moglie e lo nominò suo successore. La fine del valoroso non fu così felice come la sua vita. Le divinità, per invidia, cominciarono a odiarlo per la sua arroganza e lo fecero cadere dal cavallo alato Pegaso. Bellerofonte zoppo, vagava solitario e triste, con grande angoscia nel cuore e fuggiva i sentieri degli uomini. La moglie Filonoe gli diede tre figli: Isandro, Ippoloco e una figlia Laodamia. Marte uccise Isandro in battaglia, la dea Diana gli rubò la figlia, ma Ippoloco ereditò il regno di suo padre (sito 1). La storia di Bellerofonte rappresenta un esempio perfetto della visione greca della condizione umana. Eroi come lui sono figure di confine che hanno la capacità di compiere imprese straordinarie. Ma inevitabilmente sono destinati a confrontarsi con la propria mortalità e con la volontà divina. La depressione di Bellerofonte emerge chiaramente nella seconda parte della sua vita. Dopo aver raggiunto grandi traguardi, l'eroe si trova improvvisamente solo e incompreso. Il desiderio di raggiungere gli dèi dell'Olimpo, spinto dall'arroganza e dalla disperazione, lo porta a tentare un'impresa impossibile. Bellerofonte, accecato dalla forza delle sue imprese e credendo di essere meritevole dello status di divinità, tenta una folle scalata all'Olimpo in groppa a Pegaso. Ma gli dèi non possono tollerare il suo desiderio di oltrepassare i limiti imposti alla conoscenza umana. Il superbo eroe fu punito da Zeus con la rovinosa caduta dal cavallo alato. La fine di Bellerofonte viene presentata come l'inevitabile conseguenza di un atto di hybris (arroganza), colpa tipicamente degli eroi e di chi superbamente crede in sé. La sua storia, tramandata da autori come Omero, Pindaro ed Euripide, rimane ancora oggi un simbolo della fragilità umana. Un confronto interessante si può fare con la figura di Icaro, un altro eroe della mitologia greca che, come Bellerofonte, cercò di superare i limiti umani. Icaro volò troppo vicino al sole con ali di cera e piume, che si sciolsero facendolo cadere in mare. Entrambi gli eroi condividono una sorte tragica, causata dal loro desiderio di oltrepassare i confini imposti dagli dèi (Ovidio, Metamorfosi, Libro VIII). Il tema della melancolia viene affrontato nel primo capitolo del Problema XXX.1. Un testo di scuola aristotelica attribuito allo stesso Aristotele, in cui Bellerofonte viene citato, insieme ad Aiace ed Eracle, come eroe afflitto da umor nero. La melancolia intesa come patologia e aspetto caratteriale è suscettibile, secondo l'autore, di provocare

prestazioni fuori dal comune in vari ambiti del sapere. Si associa così il genio alla sofferenza e alla follia. In Bellerofonte l'inizio della malinconia compare con la morte dei figli e invalida la certezza del protagonista di essere benvoluto dagli dèi. Nel testo di Preller (1861), la versione di Euripide del mito di Bellerofonte presentava la scomparsa dei figli come importante elemento nello sviluppo tragico della vicenda.

La depressione di Bellerofonte potrebbe essere messa in relazione oltre alla morte dei figli, anche l'esaurimento della forza dello spirito eroico dell'uomo, logorato dallo scorrere del tempo.

Una forma di moderno burnout per le profuse e stressanti imprese eroiche.

Ma è anche un potente monito sui pericoli dell'arroganza e della solitudine dell'uomo che sfida gli dèi, la natura e l'ordine costituito delle cose.

La sua vita, segnata da grandi successi e profonde sofferenze, ci ricorda la fragilità umana e i limiti dei mortali.

La figura di Bellerofonte rimane un simbolo eterno della lotta tra l'ambizione e la caducità della vita.

Bibliografia

1. Apollodoro, Biblioteca, traduzione di James George Frazer, Harvard University Press, 1921.

2. Aristotele (2018), Problema XXX, 1. Perché tutti gli uomini straordinari sono melancolici, a cura di Centrone B., Pisa, ETS.

3. Graves R, The Greek Myths, Penguin Books, 1955.

4. Omero, Iliade, Libro VI, versi 155-202, traduzione di Richmond Lattimore, University of Chicago Press, 1951.

5. Ovidio, Metamorfosi, traduzione di A.D. Melville, Oxford University Press, 1986.

6. Preller L (1861), Griechische Mythologie. Zweiter Band. Die Heroen, Berlin, Weidmannsche Buchhandlung

Sitografia

7. McClintock e Strong Biblical Cyclopedia: https://www.biblicalcyclopedia.com/B/bellerophon-(or-bellerophontes).html

8. Braccini M. Ascesa e caduta di un eroe: Bellerofonte - https://inerba.fileli.unipi.it/articoli/inerba-3-2022-2023-braccini/

Foto: Envato Elements
Foto: "La Chimera di Arezzo", statua etrusca in bronzo, c. 400 a.C. Museo Archeologico Nazionale, Firenze. Wikipedia immagini, GNU Free Documentation License.
.

Maurilio Tavormina
Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

Il digiuno, una strana storia

/ Immacolata d'Errico /

Quella del digiuno è una strana storia. Nei secoli ha assunto diversi significati ed è stato interprete dei più diversi fenomeni. Purificazione, rinascita, ascesi, penitenza, ma anche pratica demoniaca, malattia.

Nelle varie epoche storiche l'astensione volontaria dal cibo è stata vista assumere diversi significati e ha dato luogo a diversi comportamenti. Nel mondo del sacro come pratica purificatrice: Il digiuno delle sante medioevali, l'ascetismo dei Padri del deserto, i mistici del tardo medioevo. Liberarsi dai condizionamenti del cibo riconduceva al divino, sottraendosi al corpo. Digiuno, però, anche come segno di possessione e stregoneria, inquietante segno di onnipotenza legata a forze demoniache.

Dalla fine del medioevo molte sante digiunatrici subirono processi per stregoneria da parte dell'Inquisizione. Analogo destino il digiuno dei melanconici e delle isteriche. L'astensione volontaria dal cibo, altresì, fu utilizzata come fonte di lucro nell'esibizione degli scheletri viventi e degli artisti della fame. L'inedia autoindotta come spettacolo. Nel XIX secolo la storia del digiuno culminerà con la definizione di anoressia "isterica" (Lasègue, 1873) o "nervosa" (Gull, 1874). Annettendo così al campo della medicina questo comportamento straordinariamente inquietante. (Vandereycken & van Deth,1995). Il glucosio è la fonte energetica dell'organismo. Quando il digiuno si prolunga per più di 24 ore, le riserve di glucosio tendono a calare. I processi metabolici dell'organismo ne risentono. Il cervello, poiché è circondato da una struttura protettiva detta barriera ematoencefalica, ne risente molto. Questa barriera è permeabile, in condizioni normali, al glucosio ma non ai grassi. Durante il digiuno, per ricavare energia sotto forma di glucosio, interviene un meccanismo di emergenza che spezzetta i grassi in composti più piccoli, detti corpi chetonici. Questi possono attraversare la barriera ematoencefalica e arrivare al cervello e fornire l'energia necessaria. Durante la deprivazione di cibo possiamo osservare tre fasi. 1a fase: vengono utilizzati i nutrienti provenienti dall'ultimo pasto. Dapprima il glucosio circolante fornito dal pasto, in seguito quello derivato dal glicogeno e poi ancora quello ricavato dai grassi. Questa fase avviene nelle prime ore di digiuno. 2a fase: si iniziano a utilizzare gli aminoacidi ricavati dalle proteine per fornire glucosio e il fegato comincia a produrre i corpi chetonici a partire dai grassi. E questo permette di risparmiare le proteine per alcuni giorni. Questa fase può durare più o meno a lungo. Qui si perde peso. 3a fase: questa fase è molto pericolosa perché è la fase finale. Non c'è più il grasso da consumare, è bloccata la produzione di corpi chetonici e restano da utilizzare le proteine corporee. Il tessuto muscolare ma anche altri tessuti del corpo vengono attaccati per fornire glucosio. Ultimo disperato tentativo che il corpo utilizza per ricercare cibo. Se l'alimentazione non viene ripresa, si può morire (Viola & Paoli, 2023). La pratica del digiuno ha radici nella storia più remota dell'uomo. La storia ebraica e cristiana nei momenti cruciali è contraddistinta dall'astensione dal cibo. Mosè digiunò quaranta giorni prima di ricevere la Legge di Dio sul Sinai. Analogamente Gesù nel deserto dopo aver ricevuto il Battesimo. Parrebbe che il digiuno fosse noto sin dai tempi dei Fenici, degli Assiri, dei Babilonesi. Gli Egizi sono stati descritti da Erodoto come un popolo sano. Praticavano l'astensione dal cibo per almeno tre giorni al mese per conservare buona salute e vitalità giovanile. I sacerdoti digiunavano nei culti funerari di Iside e Osiride. Preghiere, astensione sessuale e digiuno consentivano ai sacerdoti e agli iniziati di prendere parte ai divini riti. I re digiunavano prima dell'insediamento o prima di prendere una decisione importante. La "non purezza" avrebbe potuto compromettere il potere o addirittura essere presagio di futuro nefasto. Il digiuno era comune pratica anche nei rituali di iniziazione che prevedevano una procedura di "pulizia". Il digiuno era usato anche dagli antichi Greci prima della consultazione degli oracoli e per celebrare le divinità. Le feste dei misteri eleusini e delle Tesmoforie in onore di Demetra prevedevano pratiche di astensione dal cibo. Ogni culto pagano esigeva similmente un digiuno da parte dei sacerdoti e delle sacerdotesse e dei frequentatori dei templi. Gli Spartani, sobri nei costumi, erano devoti alle pratiche del digiuno. I loro banchetti erano modesti. Il cibo che veniva servito era scarso. I giovani dovevano abituarsi a sopportare il digiuno per avere corpi più sani, essere temprati e sobri. I grandi filosofi greci praticavano l'astensione volontaria dal cibo per una maggiore lucidità mentale. Pitagora (cir-

Cultura / Storia

ca 580-495 a.C.) digiunò 40 giorni come preparazione psico-fisica ad un esame che doveva sostenere presso l'Accademia di Alessandria. Lo imponeva inoltre ai suoi studenti come condizione per essere accettati nella sua scuola. Socrate e l'allievo Platone facevano regolarmente digiuni di 10 giorni per rendere più profondo il ragionamento filosofico e raggiungere il massimo dell'efficienza mentale. Platone riteneva che l'anima fosse prigioniera del corpo e che tramite l'astensione volontaria dal cibo poteva ricongiungersi al divino.

Nella storia della medicina il digiuno ha una posizione di rilievo: Ippocrate, Aulo Gellio, la Scuola Salernitana, Avicenna lo studiano e lo fanno praticare. Indicano nell'astensione dal cibo un grande rimedio. Ippocrate (circa 460-370 a.C.), fu il primo medico di cui si trovano testimonianze di prescrizioni di digiuno come pratica terapeutica. Sconsigliava di mangiare durante la malattia affermando che così facendo «si nutriva il male». E Plutarco (circa 45- 127 d.C.) scrisse: «Invece di usare medicine, digiuniamo un giorno». Il digiuno a scopo terapeutico era praticato anche nel mondo arabo dal medico e filosofo Avicenna (980-1037), sostenitore delle teorie di Ippocrate. Nel '200 il digiuno terapeutico trova come sostenitore il filosofo Ruggero Bacone (sito 1). Il digiuno terapeutico nei secoli continua ad avere sostenitori, tra cui il medico e alchimista svizzero Paracelso (1493-1541). E ancora nel '700 Friedrich Hoffmann, medico e chimico tedesco (sito 1). Nel 1769 il russo Peter Veniaminov coglie un peculiare aspetto della pratica del digiuno: digiuno come medicina preventiva. Infatti, scrive presso l'Università di Mosca un trattato dal titolo "Rapporto sul digiuno come prevenzione delle malattie" (sito 2). Nell'800 il digiuno inizia ad acquisire una rilevanza medico scientifica. Il fisiologo francese Chossat scoperse che durante il digiuno estremo, vengono sacrificati dapprima i tessuti meno importanti e vitali, a protezione estrema. Il cuore e cervello si preservano il più possibile, perdendo solo un minimo di peso. L'organismo, pertanto, cerca di preservare gli organi nobili del corpo (sito 2). In Italia Luigi Luciani (1840-1919), importante fisiologo sperimentale, a Firenze concluse lo studio sull'inanizione e sulla fisiologia del digiuno. In seguito a indagini sperimentali su animali e su un volontario che digiunò 30 giorni (Giovanni Succi) poté disporre di una serie di dati scientifici. Vennero indagate modificazioni delle funzioni circolatoria e respiratoria, della termoregolazione, del consumo dei tessuti e della cenestesi, conseguenti a un prolungato periodo di inedia. Formulò, quindi, una dottrina generale dell'inanizione ma asserì anche che un individuo sano potesse trovare benefici da un digiuno regolamentato e seguito (sito 4). Infine, il prof. Veronesi vide nel digiuno terapeutico la rinuncia volontaria ai cibi solidi per un periodo specifico e limitato nel tempo. Le prime 24-48 ore della terapia prevedono il digiuno completo con la sola assunzione di acqua. Veronesi riteneva che questa dieta mima-digiuno dovesse essere in grado di affamare il tumore (sito 5)! La storia del digiuno non si conclude. Si scrive giorno per giorno. Abbiamo digiuni a scopi di protesta, digiuni per povertà e fame, digiuni per riprendere il controllo del proprio corpo. Digiuni per affamare il corpo e vincere sul proprio corpo. Nella società attuale praticare il digiuno può variare da atto di rinuncia a atto purificatorio per favorire la crescita spirituale. O atto purificatore da qualsiasi forma di dipendenza con la liberazione dalle pulsioni del corpo per offrire spazio e leggerezza all'anima. O come forma di drammatizzazione del conflitto. Indipendentemente dal credo di ciascuno e dalla storia plurimillenaria di questa pratica, il digiuno non cessa nella contemporaneità di essere praticato, con i più svariati significati.

Bibliografia

1. Vandereycken W., van Deth R.: Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia. Raffaello Cortina ed. 1995

2. Viola A., Paoli A.: Il digiuno intermittente. Gribaudo. 2023.

Sitografia

3. https://www.taccuinigastrosofici.it/ita/news/contemporanea/antropologia-alimentare/Il-digiuno.html

4. https://www.psicoterapiaolisticaroma.it/il-digiuno-nella-storia-dellumanita-e-nella-mia-storia/

5. https://www.agingproject.uniupo.it/il-digiuno-tra-spiritualita-e-salute/

6. https://www.treccani.it/enciclopedia/luigi-luciani_(Dizionario-Biografico)/#google_vignette

7. https://filinf.it/digiuno-intermittente/#:~:text=proposto%20dal%20Dott.-,Veronesi,la%20sola%20assunzione%20di%20acqua.

Foto di Immacolata d'Errico "L'astensione dal cibo", 2025

Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Cultura / Libri

Il disagio mentale nella letteratura. Dal “conosci te stesso” al “cogito ergo sum”

/ Antonio La Daga /

In questo articolo esploro l’evoluzione del pensiero filosofico riguardo al disagio mentale, partendo dalle riflessioni di Socrate e René Descartes, fino alla psichiatria moderna. È importante un approccio integrato che unisca scienza e filosofia, considerando il disagio mentale non solo come una questione diagnostica. Esso può essere un’opportunità di esplorazione dell’intera esperienza umana.

La filosofia occidentale, fin dalle sue origini, ha cercato di definire l’essenza dell’uomo, come soggetto cosciente e consapevole. Un passo fondamentale in questo cammino è rappresentato dalla celebre affermazione “Cogito, ergo sum” (Penso, dunque sono) di René Descartes. Questi ha considerato l’individuo come fondamento del sapere. Tuttavia, la comprensione della psiche umana non si è fermata alla filosofia ma con l’avvento della psichiatria, ha aperto nuovi orizzonti alla comprensione del disagio mentale. In questo articolo, accennerò all’evoluzione del pensiero da Socrate a Descartes, per arrivare alla concezione moderna del disagio mentale. Nel mondo antico, Socrate (469-399 a.C.) rappresenta una delle figure fondamentali della filosofia occidentale. La sua ricerca non era tanto rivolta alla formulazione di teorie astratte, quanto alla ricerca della verità interiore, partendo dal principio dell’auto-conoscenza. Il celebre motto “Conosci te stesso”, inscritto nel tempio di Apollo a Delfi, era il fulcro del suo pensiero. Socrate credeva che il bene e la felicità derivassero dalla conoscenza di sé e che l’uomo dovesse riflettere costantemente sulla propria vita. Il concetto di disagio mentale nel pensiero socratico era sostanzialmente estraneo a quello che oggi intendiamo con questo termine. Il malessere derivante da un disturbo mentale veniva visto come una disarmonia tra l’anima e la ragione. Se l’individuo non riuscisse a riflettere su sé stesso per raggiungere una visione chiara della propria esistenza, questo stato d’animo sarebbe definito, oggi, come disagio psicologico. Il celebre “Cogito ergo sum” di René Descartes, o Cartesio, rappresenta una pietra miliare nella storia della filosofia. Questo principio, che significa “Penso, dunque sono”, è stato formulato da Cartesio nelle sue “Meditazioni metafisiche” (1641). In realtà in latino Cartesio scrive “Ego cogito, ergo sum, sive existo “, che, tradotto dal latino, suona come: “Io penso, dunque sono, ossia esisto”. René Descartes (1596-1650) con la sua affermazione “Cogito, ergo sum” segnò una svolta nella filosofia, separando la mente dal corpo. L’individuo era il punto di partenza per la conoscenza. Descartes, attraverso il metodo del dubbio sistematico, arrivò alla certezza che il fatto di dubitare implicava l’esistenza di un pensatore, e quindi l’esistenza stessa. Questo pensiero rappresenta il fondamento della filosofia moderna, dove la coscienza di sé diventa il centro del sapere. Nella visione cartesiana, la mente è separata dal corpo e la salute mentale è strettamente legata alla razionalità dell’individuo. Il disagio mentale, da un punto di vista cartesiano, sarebbe la manifestazione di una distorsione della ragione. Se la mente fosse in uno stato di equilibrio e chiarezza, l’individuo non avrebbe problemi di natura psichica. Il disagio mentale, pertanto, potrebbe essere interpretato come una perdita della capacità di pensare razionalmente. Il Cogito non è solo un’affermazione che si concentra sulla manifestazione filosofica dell’esistenza, ma è alla base dei fondamenti scientifici della coscienza. Esso sancisce la possibilità di una conoscenza certa, fondata sull’auto-consapevolezza. Questo primato della soggettività ha profonde implicazioni anche in ambito letterario. Pensiamo al romanzo psicologico del XIX secolo, dove l’analisi introspettiva dei personaggi diviene elemento cardine della narrazione. Autori come Fëdor Dostoevskij, in opere come “Delitto e castigo” e “Memorie dal sottosuolo”, esplorano le profondità dell’animo umano. Con esse mettono in scena tormenti interiori, conflitti morali e stati di alienazione che anticipano alcune delle tematiche centrali della psichiatria moderna. Se il pensiero è fondamento dell’essere, cosa accade quando il pensiero stesso è turbato, offuscato dal dubbio o dall’angoscia? La letteratura esistenzialista del XX secolo, con au-

Cultura / Libri

tori come Jean-Paul Sartre e Albert Camus, mette in luce la fragilità del Cogito. Essa evidenzia la precarietà dell'esistenza e il senso di assurdo che può derivare all'essere umano dalla consapevolezza della propria mortalità. In opere come "La nausea" di Sartre, il protagonista Roquentin sperimenta un profondo senso di disgusto per l'esistenza, una sorta di malattia metafisica che lo isola dal mondo. Questo senso di estraneità e di alienazione anticipa alcune delle manifestazioni cliniche della depressione e di altri disturbi psichici. La letteratura, con la sua capacità di esplorare le profondità dell'animo umano, può offrire un contributo prezioso alla comprensione del disagio mentale. Le opere letterarie ci permettono di entrare in contatto con le esperienze interiori dei personaggi, di comprenderne le sofferenze e le fragilità. Questo approccio empatico può arricchire la prospettiva clinica, offrendo una visione più umana e complessa del disagio mentale. Il tema del dubbio e della ricerca della verità interiore è stato esplorato da molti autori. Ad esempio, in "La coscienza di Zeno" (1923) di Italo Svevo, il protagonista Zeno Cosini con la scrittura analizza le proprie angosce. Svevo, influenzato dalle teorie psicoanalitiche di Sigmund Freüd, mostra come la riflessione su sé stessi possa portare a una maggiore consapevolezza e, eventualmente, alla guarigione. Un altro esempio significativo è "L'uomo senza qualità" (1930-1943) di Robert Musil, dove il protagonista Ulrich vive in uno stato di costante dubbio e introspezione. Musil esplora la complessità della mente umana e la difficoltà di trovare un senso di identità stabile in un mondo in rapido cambiamento. Il percorso dal Cogito alla diagnosi del disagio mentale non è lineare, ma complesso e articolato. Se il pensiero è il fondamento dell'essere, allora le alterazioni del pensiero possono essere considerate come manifestazioni di una sofferenza interiore. A partire dal XIX secolo Philippe Pinel, introduce il concetto di liberazione dei malati mentali dalle catene fisiche e morali. Egli inizia a considerare il disagio mentale come un disturbo che richiede una diagnosi e un trattamento specifico. La psichiatria ha cominciato a classificare i disturbi mentali in categorie precise, basandosi su osservazioni cliniche e, più tardi, su criteri diagnostici definiti come il DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). Tuttavia, la riduzione del disagio mentale a una mera categoria diagnostica rischia di appiattire la complessità dell'esperienza umana. Come sottolineato da alcuni studiosi, la diagnosi psichiatrica può diventare un destino, etichettando l'individuo e limitandone la possibilità di esprimere la propria individualità. L'introduzione di tecniche terapeutiche, come la psicoterapia e la farmacoterapia, ha dato nuovi strumenti per trattare il disagio mentale. Nel contesto attuale, i disturbi mentali vengono studiati attraverso approcci multidisciplinari che comprendono la biologia, la psicologia e la sociologia. Dalle riflessioni socratiche passando per la razionalità cartesiana, fino alla diagnostica moderna del disagio mentale, il percorso della filosofia e della scienza ha cercato di comprendere la complessità dell'essere umano. Oggi, sebbene la diagnosi dei disturbi mentali sia basata su criteri scientifici e clinici, il tema del "conosci te stesso" di Socrate e del "cogito ergo sum" di Cartesio, rimane centrale anche nel trattamento e nella comprensione del disagio mentale. In un'epoca in cui la consapevolezza del disagio mentale è crescente, è essenziale un approccio integrato che consideri sia le scoperte scientifiche quanto la dimensione esistenziale e filosofica dell'individuo. La diagnosi del disagio mentale non deve solo essere una questione di etichetta ma un'opportunità per approfondire la conoscenza dell'essere umano in tutte le sue sfaccettature, integrando mente, corpo e spirito.

Bibliografia

1. Bulletin Cartésien Centro Interdipartimentale di Studi su Descartes e il Seicento dal 2007 e in Archives de Philosophie.

2. Dostoevskij F Memorie del sottosuolo - Ed. Einaudi, 2014

3. Dostoevskij F Delitto e castigo - Ed. Sotto la Quercia, (a cura di), Marco Rispoli, 2024

4. Musil R. L'uomo senza qualità. Ed. Mondadori, 2021

5. Pinel P. Liberazione e nuovo assoggettamento. Analisi della pratica medica negli hospices des aliéné Novaro Celeste 2023/2024.

6. Reale G, Socrate. Alla scoperta della sapienza umana, Milano, Rizzoli, 2001, ISBN 8817126772.

7. Cerqueiro D, Psellos M. La Escuela de Atenas y el sentido de "conócete a ti mismo". Buenos Aires, 2011. ISBN 978-987-9239-21-6.

8. Sebba G, Bibliographia Cartesiana. A Critical Guide to the Descartes Literature, 1800-1960, The Hague, Martinus Nijhoff, 1964.

9. Svevo I. La coscienza di Zeno -. Ed. Mondadori, 2016

10. Sartre JP. La Nausea –Ed. Mondadori, 1964

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga

Medico Neurologo

Redattore

Rubrica / Interviste

I disturbi alimentari: dalla parte di chi soffre

/ Maria Rosaria Juli /

Intervista alla dr.ssa Laura Dalla Ragione. In Italia oggi soffrono circa 3 milioni di persone di disturbi alimentari. Non tutte le regioni d'Italia hanno luoghi di cura.

Secondo il Ministero della Salute, in Italia sono circa 3 milioni di giovani che soffrono di disturbo alimentare. La letteratura ha evidenziato un incremento di questa patologia del 30% a seguito della pandemia (Santomauro et al., 2021). Purtroppo, non tutte le Regioni d'Italia hanno un luogo di cura dedicato. La professoressa Laura Dalla Ragione, psichiatra e psicoterapeuta, docente presso il Campus Biomedico di Roma da molti anni si occupa di disturbi alimentari. Ha istituito il numero verde nazionale SOS disturbi alimentari e in Umbria è il Direttore Scientifico dei Centri per la cura di queste patologie. L'ho incontrata per capire più da vicino queste patologie. *Dottoressa, in merito alla sua esperienza si guarisce dai disturbi alimentari, e come?* L.DR.: Oggi dai disturbi della nutrizione ed alimentazione si può guarire. Le probabilità di guarigione sono molto alte nel caso della anoressia intorno al 93%, nel caso della bulimia intorno al 87%. Sottolineo sempre che non si muore di anoressia e bulimia, ma si muore per assenza di cure. L'intervento deve essere interdisciplinare e integrato, includendo l'approccio nutrizionale, l'approccio psicologico e il lavoro con la famiglia. È necessaria la presenza di internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi, dietisti, privilegiando, il versante somatico o psichico a seconda delle fasi della malattia. A seconda della gravità, sono necessari livelli di assistenza diversi. In Umbria dal 2003 è attiva una rete completa di assistenza completamente pubblica e interamente dedicata al trattamento di queste patologie. Sono due centri a Todi dedicati alla Anoressia e Bulimia, un centro a Città della Pieve per l'obesità, un Centro a Umbertide dedicato ai disturbi selettivi. *Quali sono i risultati terapeutici dei disturbi alimentari?* L.D.R.: I risultati dei trattamenti sono molto buoni e la percentuale di guarigione dei pazienti è molto alta soprattutto se l'intervento è precoce. Il messaggio di speranza da dare, è che oggi da queste patologie si può guarire. È molto importante intercettare precocemente il disturbo e intervenire prima possibile. Esiste un numero verde nazionale della Presidenza del Consiglio 800180969. Ci si può rivolgere per avere informazioni sul centro più vicino. *Si ammalano di disturbi alimentari più i maschi o le femmine?* L.D.R.: Secondo la Survey nazionale i disturbi alimentari sono prevalentemente al femminile ma il numero dei maschi sta aumentando. Prevale la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, l'Anoressia nervosa è circa un 30%. I maschi, in questo momento, sono il 20%, ma più si abbassa l'età e più aumentano i casi. In particolare, le patologie maschili più diffuse sono la Bigoressia (ossessione del corpo muscoloso) l'ortoressia e il Disturbo selettivo. Il motivo di questo interessamento del mondo maschile è collegato al cambiamento del rapporto con il corpo, che è diventato un teatro del disagio. *A quale età ci si ammala di più?* L.D.R.: La fascia più colpita rimane quella tra i 12 e i 25 anni. Ma negli ultimi anni abbiamo assistito ad esordi precoci di bambini di 8-9 anni. O di persone adulte di 40 -50 anni che si ammalano per la prima volta. Piu è precoce l'esordio e più la patologia è severa. Per questo è molto importante la formazione dei medici e dei pediatri, che possono intercettare precocemente la patologia. *Quali sono i sentimenti ed i pensieri che questi giovani provano?* L.D.R.: Essenzialmente alla base dei disturbi alimentari c'è un grande deficit dell'autostima, una incapacità di abitare il mondo. I disturbi alimentari, possono colpire tutti, sono patologie globalizzate, cioè si diffondono a macchia d'olio. L'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono la causa dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere più profondo, grave, si esprime e cerca una sua risoluzione. Solitamente provano una grande paura di vivere. Spesso sono pervasi dalla sensazione di non essere adatti a questo mondo. *Se un ragazzo/a decide di non curarsi cosa si può fare?* L.D.R.: I Disturbi alimentari sono patologie in cui il paziente non si rende conto della gravità. Ecco perché è necessario fare un lavoro che chiamiamo della motivazione, ciò portare il paziente alla consapevolezza di malattia. In casi estremi dove c'è il rischio di vita può rendersi necessario anche un Trattamento Sanitario Obbligatorio, ma sono casi rari. *Ci dica qualcosa dei genitori che hanno figli/e con disturbi alimentari.* L.D.R.: Non è possibile curare questi disturbi senza coinvolgere nel trattamento le famiglie. Negli anni '70 la famiglia era stata fortemente colpevolizzata, considerata come causa principale dei disturbi. Oggi fortunatamente queste teorie sono state abbandonate e la famiglia è considerata una risorsa importante alla buona riuscita del trattamento. Il 70% delle ragazze nella fascia di età tra 12 e 19 anni ha fatto almeno una volta una dieta nella sua vita. Questo può essere un terreno fertile per i disturbi alimentari. Ci dobbiamo preoccupare quando accanto a comportamenti ripetuti di eliminazione di grandi categorie di cibo, si associano l'iperattività fisica e il vomito autoindotto. O ancora assistiamo a un vistoso cambiamento di carattere. Ragazze e ragazzi che erano allegri, socievoli, solari diventano tristi, introversi, irritabili. I disturbi alimentari sono alla fine patologie psichiatriche, nuove forme di depressioni moderne. *Come comportarsi con un figlio/a anoressico? Come aiutarlo, oltre a cercare un centro di riferimento?* L.D.R.: Non è semplice. Chi soffre di disturbo alimentare non ha consapevolezza del problema. Con molta pazienza i genitori, o gli adulti di riferimento devono suggerire ai figli di farsi aiutare, senza esprimere giudizi di valore o aggressività. Bisogna tenere presente che questo comportamento è una malattia e non un capriccio. Può essere utile per i genitori andare a fare colloqui preliminari con i terapeuti, anche pri-

ma dei figli. Per farsi aiutare nella comprensione e nella condotta da tenere. Qualche tempo fa, in un suo intervento ha definito i disturbi alimentari come nuove forme depressive. *Ci spiega cosa intende?* L.D.R.: Mai come in questo nostro tempo l'identità si ancora all'immagine corporea. È proprio sul corpo che si gioca oggi una battaglia estrema, per costruire confini, delimitare falle dell'Io, affamarsi e attaccarsi per ferirsi e sopravvivere. Per molti adolescenti il luogo della vita è confinato nel corpo, che diventa l'unica terra che abitano e con cui sono in contatto. Il tema depressivo si esprime sia sulla ricerca di un annullamento fisico, sia dall'isolamento dell'anima a cui corrisponde un estraniarsi del corpo. In questa solitudine il corpo non è vissuto come proprio. La dimensione di essere il proprio corpo ed incontrare altri corpi nel mondo è compromessa. Quello che si vuole evitare è il confronto con l'esistenza. Mantenendo intatta la dimensione ideale per cui il mio corpo, non abitando il mondo, non ne resterà sconfitto. *Qual è la situazione in Italia per curarsi?* L.D.R.: Purtroppo i disturbi alimentari sono diffusi in tutta Italia, ma i centri per la cura sono a macchia di leopardo. Ci sono regioni come l'Umbria, il Veneto, la Lombardia dove sono garantiti servizi e dove la patologia viene intercettata precocemente. Secondo il censimento dell'Istituto Superiore di Sanità (www.piattaformadisturbialimentari.iss.it) in questo momento ci sono 150 centri, ma la metà delle Regioni non ha una rete completa di assistenza. *Esistono farmaci per curare i disturbi alimentari e guarire più in fretta?* L.D.R.: Purtroppo il trattamento psicofarmacologico è sempre un trattamento cosiddetto ancillare, cioè secondario alle altre terapie (psicologico e nutrizionale). L'unica patologia alimentare che risponde al trattamento farmacologico è il disturbo da alimentazione incontrollata. Questa patologia accompagnandosi spesso alla depressione, se trattata con antidepressivi risulta molto efficace. *Nei suoi lunghi anni di esperienza, cosa si prova quando una ragazza/o guarisce dai disturbi alimentari?* L.D.R.: La remissione della patologia è la fine di un incubo. I ragazzi escono da una terribile prigione non solo del corpo, ma anche delle emozioni, coartate dal disturbo.

Finalmente si rendono conto delle ossessioni che imprigionavano la loro vita e riconoscono i terribili effetti che prima non riuscivano a vedere.

Ringrazio la dottoressa Laura Dalla Ragione per avermi concesso questa intervista. Con grande professionalità e dedizione si dedica ogni giorno alla cura dei disturbi alimentari accogliendo nei centri che dirige tutte le anime fragili che vivono la battaglia più grande con la loro vita. Grazie al suo lavoro oggi possiamo dire che dai disturbi alimentari si può guarire.

Bibliografia

1. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. (2019). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 4, 320-328. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00040-7.

2. Istituto Superiore di Sanità www.piattaformadisturbialimentari.iss.it

Foto:: Prof.ssa dr.ssa Laura della Ragione. Foto concessa con gentile liberatoria della stessa docente

Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Peer education e auto mutuo aiuto per affrontare il disagio giovanile

/ Wilma A.R. Di Napoli /

L'età giovanile da sempre racchiude contraddizioni profonde, oscillando tra grandi fragilità ed enormi potenzialità. La peer education e l'auto mutuo aiuto possono dare un contributo importante, grazie alla capacità dei giovani stessi di dare supporto ai propri pari

Di fronte al malessere psicologico dilagante dei giovani si può pensare che la generazione z (i nati tra il 1997 e il 2012) sia fragile ed insicura. I ragazzi ci appaiono caratterizzati da fragilità di tipo narcisistico e da abitudini di vita insalubri. È evidente, per altro, l'aumento di diverse forme di disagio giovanile, dai disturbi alimentari a quelli depressivo-ansiosi alle nuove dipendenze. Per non parlare dell'autoisolamento, dell'abbandono scolastico e del bullismo, fino al doloroso tema del suicidio giovanile. Nel rapporto con la vita i giovani affrontano sfide enormi con una grande variabilità di aspetti. Se da un altro ci appaiano giganti dai piedi di argilla, dall'altra spesso mostrano possedere una forza ed energie straordinarie. Quella stessa forza che può renderli competenti nel fornire sostegno ai proprio coetanei più sofferenti in un'ottica di auto aiuto e peer education (educazione tra pari). L'auto mutuo aiuto e la peer education rappresentano strumenti fondamentali per affrontare il disagio psicologico e sociale giovanile. Essi si basano sull'idea che il supporto tra pari, cioè tra persone che condividono esperienze simili, possa favorire il benessere emotivo e lo sviluppo di strategie di coping più efficaci. L'auto mutuo aiuto consiste in gruppi in cui i giovani si riuniscono liberamente per condividere le proprie esperienze di disagio (ansia, depressione, dipendenze, ecc.), offrendo supporto reciproco. Non c'è una gerarchia né un approccio specialistico. Eppure, è un metodo estremamente valido

Rubrica / Auto-Mutuo-Aiuto

e potente (Croce et al, 2011). I benefici includono: • Riduzione dello stigma: i giovani si sentono meno soli e giudicati, aumentando la consapevolezza e l'accettazione di sé. • Empowerment: rafforzano la propria autostima e sviluppano capacità di problem-solving (soluzione dei problemi). • Prevenzione: il confronto con altri aiuta a riconoscere precocemente segnali di malessere e a cercare aiuto professionale. La peer education è un metodo educativo in cui giovani formati (peer educators) trasmettono conoscenze e competenze ai coetanei su temi di salute mentale, bullismo, dipendenze, sessualità e gestione delle emozioni. I vantaggi sono: • Maggiore credibilità: i giovani tendono ad ascoltare più facilmente i coetanei rispetto agli adulti. • Miglioramento delle competenze sociali: sia nei peer educators, sia nei partecipanti. • Promozione della resilienza: aiuta a sviluppare strategie adattive per affrontare il disagio. Il ruolo del facilitatore nei gruppi di auto aiuto per giovani è fondamentale per creare un ambiente sicuro, rispettoso e accogliente. A differenza di uno psicoterapeuta, il facilitatore non ha un ruolo direttivo né interpreta i vissuti dei partecipanti. Bensì aiuta a mantenere la concentrazione del gruppo sul tema, promuove la condivisione e garantisce il rispetto delle regole concordate (Pellai et al, 2002). I compiti principali del facilitatore: 1. Creare uno spazio sicuro: Accogliere ogni partecipante senza giudizio, promuovendo un clima di fiducia. 2. Favorire la comunicazione: Aiutare i membri a esprimersi e a sentirsi ascoltati, evitando interruzioni o dinamiche distruttive. 3. Gestire i conflitti: Intervenire in modo neutrale per prevenire o gestire tensioni all'interno del gruppo. 4- Rispettare la riservatezza: Ricordare e garantire che ciò che viene condiviso resti nel gruppo. 5. Mantenere il focus: Evitare che il gruppo si disperda su argomenti lontani dal tema principale. 6. Stimolare la partecipazione: Incoraggiare anche i membri più silenziosi a esprimersi, rispettando i loro tempi. 7. Dare il buon esempio: Mostrare empatia, rispetto e capacità di ascolto attivo. Qualità di un buon facilitatore: • Empatia: Saper comprendere il vissuto degli altri senza giudicare. • Ascolto attivo: Dimostrare attenzione e interesse per ciò che viene detto. • Neutralità: Evitare di schierarsi o di favorire alcuni partecipanti rispetto ad altri. • Gestione del gruppo: Saper bilanciare i tempi di parola e mantenere un clima positivo. Per sviluppare un modalità efficace di peer education nei giovani è fondamentale la formazione dei peer educators stessi. Questa richiede diversi passaggi chiave (Di Cesare et al, 2011). Bisogna selezionare giovani (peer educators) motivati, con buone capacità comunicative ed empatiche. Non è necessario che abbiano esperienza pregressa, ma devono essere disposti a mettersi in gioco e a seguire una formazione. Possono essere scelti tra studenti, membri di associazioni giovanili o gruppi informali. La formazione deve includere competenze relazionali: ascolto attivo, empatia, gestione dei conflitti. È necessario avere conoscenze specifiche: a seconda dell'ambito (salute mentale, dipendenze, bullismo, violenza di genere, ecc.). Bisogna saper gestire le emozioni, riconoscere e affrontare il proprio stress senza scoraggiarsi. Devono inoltre saper comprendere quando è necessario indirizzare i coetanei a professionisti. Metodologia attiva e interattiva. Role playing e simulazioni: per esercitare le competenze comunicative. Il gioco di ruolo è una tecnica che prevede la simulazione di situazioni o interazioni, in cui i partecipanti assumono ruoli specifici. Discussioni di gruppo: per favorire il confronto e la crescita personale. Studio di casi reali: per imparare a gestire situazioni concrete. Per l'applicazione sul campo e la valutazione dell'operato è organizzare incontri con i coetanei nelle scuole, nei centri giovanili o online. Monitorare l'impatto dell'intervento chiedendo ai partecipanti cosa ne pensano di quanto si è parlato. Adattare il programma in base alle necessità emerse. Studi scientifici dimostrano che questi approcci possono migliorare il benessere psicologico e la prevenzione del disagio giovanile. Il loro successo dipende dalla qualità della formazione dei facilitatori e peer educators e dal supporto di professionisti (psicologi, educatori). La supervisione degli operatori garantisce loro, attraverso incontri periodici, di poter discutere le difficoltà individuate e aggiornare le proprie conoscenze. La formazione dei peer educators /facilitatori è un processo che richiede una metodologia ben strutturata per garantire l'efficacia dell'intervento. L'obiettivo è far sì che i giovani acquisiscano competenze per supportare i coetanei in situazioni di disagio, promuovendo benessere e prevenzione (Croce et al, 2011). Infine, è opportuno lavorare per la creazione di una rete di supporto tra peer educators /facilitatori. Si sviluppa così una specie di mutuo aiuto tra queste figure, che si avvalga periodicamente della supervisione di esperti (Pellai et al, 2002). L'auto-muto-aiuto e peer education possono essere metodi estremamente efficaci e vantaggiosi di intervento per offrire supporto ai giovani in varie forme di disagio e fragilità psicologiche. Hanno anche sicuramente il pregio di aver costi di realizzazione e soprattutto mantenimento sostenibili. Possono essere realizzati in vari contesti, dalle scuole ai luoghi di aggregazione giovanile e persino sui social (Rivoltella, 2001). È fondamentale integrare questi interventi in rete, con le figure di supporto già presenti (es. psicologi scolastici, educatori, docenti) e in un'ottica di intervento coordinata, tra istituzioni e associazioni, per promuoverne lo sviluppo e il sostegno nel tempo (Croce et al, 2011).

Bibliografia

1. Croce M, Lavanco G, Vassura M a cura, (2011), Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione. FrancoAngeli, Milano.

2. Di Cesare G & Giammetta R (2011). L'adolescenza come risorsa. Una guida operativa alla peer education Carocci. Roma.

3. Pellai, A., Rinaldin, V. & Tamborini, B. (2002). Educazione tra pari. Manuale teorico- pratico di empowered peer education. Erickson, Trento.

4. Rivoltella (2001). Media Education. Carocci, Roma.

Foto: Envato Elements

Wilma A.R. Di Napoli

Medico Psichiatra

Direttore Artistico

European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione

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