Periodico dell' EDA Italia Onlus, associazione italiana sulla depressione - Anno IV , Numero 2 - Agosto 2025 - Autorizzazione n° 1483 del 06/09/2021 Tribunale di Avellino

Depressione Stop

Emozioni e depressione

I significati della paura

Le emozioni nell'adolescenza

Dieta occidentale, cibo fritto e depressione

Apatia

Nomofobia e neuroscienze

Genetica , aggressività maschile e femminile

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
Padrini dell'AI

/ Francesco Franza /

La rivista Depressione Stop è sempre più un punto di riferimento per la divulgazione di informazioni scientifiche sui disturbi dell'umore. Mantenendosi al passo dei tempi ha iniziato ad affrontare l'invasione della AI. Siamo in grado di usarla? Che ruolo ha nella pratica clinica? Ne siamo i padrini? O le vittime?

Analizzando la strada finora effettuata da Depressione Stop risulta evidente che il suo crescente interesse sia dovuto all'ampia gamma di contenuti offerti al lettore e dalle modalità di fornire informazioni. Attraverso un linguaggio scorrevole, comprensibile e di elevato contenuto scientifico i redattori della rivista affrontano i temi più importanti e attuali, così come la AI (Artificial Intelligence). Seguendo gli obiettivi della EDA Italia ONLUS, Depressione Stop si pone il fine di raggiungere il maggior numero di lettori, soprattutto non professionisti per lanciare un messaggio. I disturbi dell'umore, come le depressioni e i disturbi bipolari possono e devono essere curati. Magari anche con l'aiuto della AI. Ci troviamo in mondo in cui il facile accesso alle informazioni sui disturbi dell'umore è alla portata di tutti. La AI attraverso strumenti come Chat GPT ci inonda di informazioni. Ci indirizza, accompagna e conduce verso qualsiasi terreno. La AI segue nostri gusti, le nostre tendenze, le nostre richieste usando il linguaggio comprensibile dall'utente. In qualche modo la AI ci asseconda. Nel suo straordinario mondo ci si può perdere e addentrarsi in luoghi fantastici e inesplorati ma anche in meandri oscuri, a volte pericolosi. Iniziamo a capire che la AI può aiutare il lavoro del clinico, del medico e dello psicologo. Ma anche il paziente lo utilizza, così come ha utilizzato i motori di ricerca, Facebook, Instagram e così via. I professionisti della salute devono

aiutare e accompagnare il paziente che si è rivolto alla AI per affrontare il suo disagio. Per fare ciò devono approfondirne la conoscenza e l'utilizzo della AI per accompagnare le persone sofferenti lungo il cammino della guarigione. Bisogna, tuttavia, affrettarsi. Siamo già in piena esplosione della AI e dei suoi strumenti. Nel numero attuale, alcuni redattori hanno iniziato ad affrontare questo argomento sottolineando l'utilità della AI in campo psicologico e psichiatrico. Non possiamo relegarla a semplice giocattolo. Dobbiamo evitare il rischio che la nostra resistenza o i nostri pregiudizi creino una barriera tra paziente, clinico e AI. «Il triangolo non l'avevo considerato» (Zero, 1978). Il rischio sarebbe quello di lasciarci sfuggire di mano la capacità diagnostica e terapeutica consentendo al paziente di addentrarsi da solo nel mondo della AI. Se così fosse l'intelligenza artificiale li travolgerebbe e isolerebbe. Il COVID-19 ci ha fatto liberare dalla dottrina assoluta della necessità dell'incontro in presenza come unica modalità terapeutica. L'incontro virtuale con il paziente, con tutte le sue difficoltà e limitazioni, fornisce delle enormi facilitazioni e ha permesso di non lasciare solo il paziente. Allo stesso modo è indispensabile oggi appropriarsi dei nuovi strumenti della AI per conoscerne le qualità e i difetti, le potenzialità e i danni. Il professionista della salute rischierebbe di essere isolato e abbandonato. Si invertono le parti. Il cervello umano è, tuttavia, il proprietario della AI. Edelman affermava che «la bellezza tutta astratta delle macchine [artificiali] è seducente, ma è lontana dalla realtà individuale degli uomini» (2018). Il cervello umano si configura attraverso la propria storia determinandone l'estrema variabilità e la sua unicità. L'arte, la musica, la pittura, le scoperte scientifica, le innovazioni, la filosofia, l'amore, le emozioni sono i suoi frutti. Con molto orgoglio e un po' di presunzione sappiamo che i modelli computazionali che cercano di simulare il cervello sono inadeguati e riduttivi (Carli & Grigenti, 2019). Se fossimo veramente convinti che il nostro cervello sia simile a un computer, l'individualità non potrebbe esistere e non avrebbe alcuna importanza. Siamo noi i padrini della AI. Ci troviamo in un momento storico di svolta. «Le generazioni future non sapranno mai com'era una realtà esclusivamente analogica, offline, predigitale. Siamo l'ultima generazione che l'avrà vissuta» (Floridi L, 2022). Siamo la generazione analogica e predigitale che ha fatto da padrina all'AI. In quanto tali spettatori e protagonisti siamo preoccupati, confusi e disorientati. Per combattere tali sentimenti l'unica strada è la conoscenza dell'AI che ci consente di appropriarci di tali strumenti che ci daranno opportunità straordinarie. Il mondo «vecchio è finito ormai è finito, ormai. Ma qualcosa ancora qui non va» (Dalla, 1979).

Bibliografia

1. Carli E, Grigenti F. Mente, cervello, intelligenza artificiale. Pearson, 2019
2. Dalla L. L'anno che verrà. Universal Music Publishing Ricordi Srl. 1979
3. Edelman GM. Darwinismo neurale. Raffello Cortina Editore, 2018
4. Floridi L. Etica dell'intelligenza artificiale. Raffello Cortina Editore, 2022
5. Zero R. Triangolo. Universal Music Publishing Ricordi Srl., 1978

Foto: Envato Elements

Francesco Franza

Medico Psichiatra

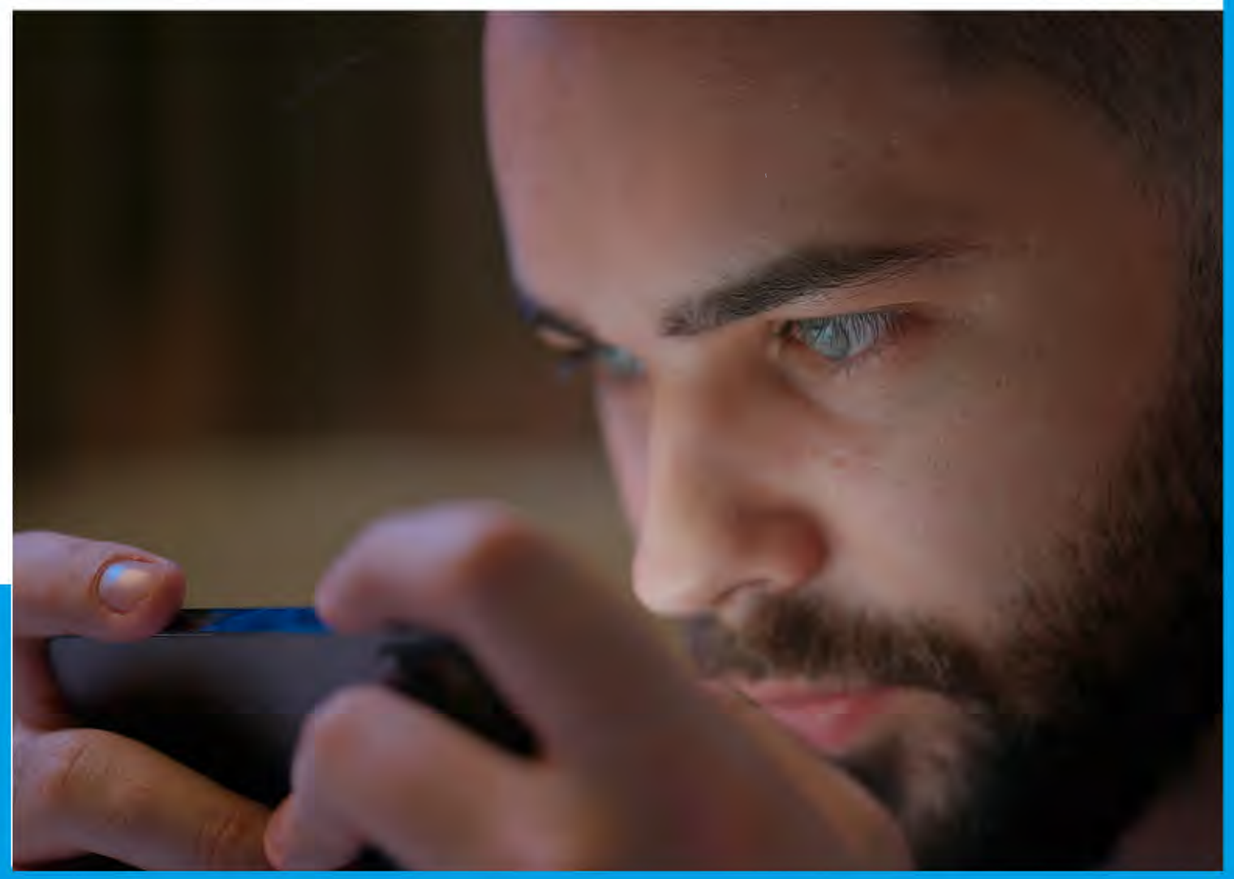
Direttore Responsabile

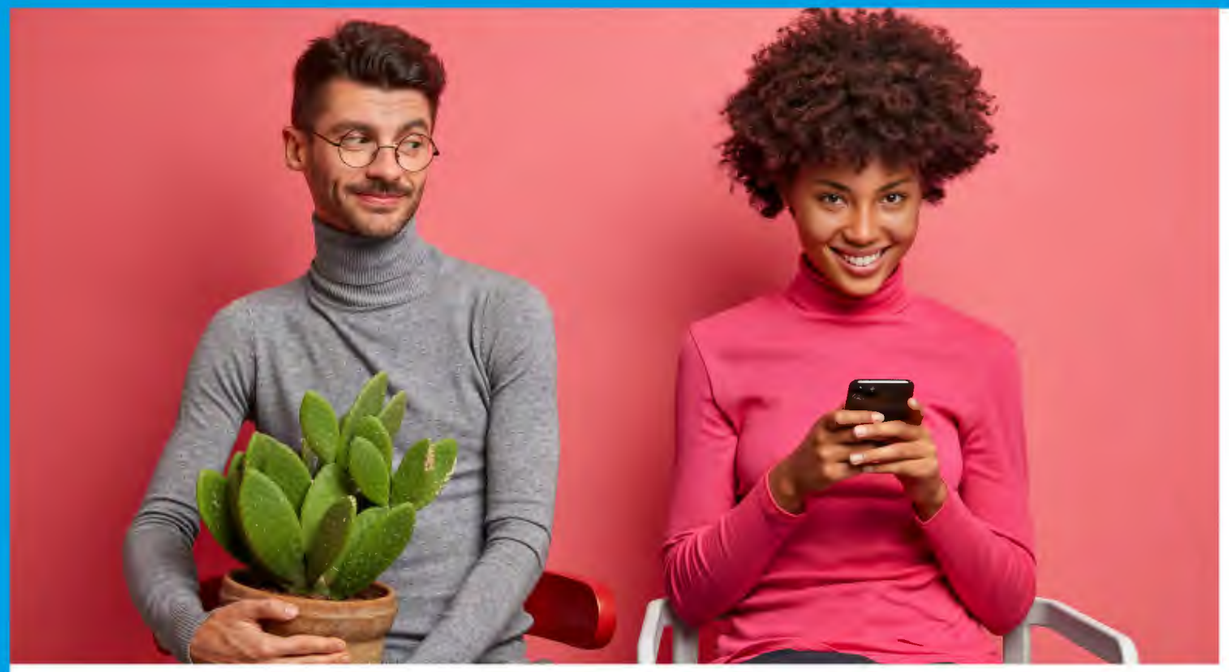
Intelligenza artificiale e possibile dipendenza

/ Maurilio Tavormina /

L'intelligenza artificiale sta diventando sempre più diffusa nel mondo e oltre ai notevoli benefici in termini di efficacia ed efficienza si incominciano a registrare comportamenti problematici che potrebbero diventare una dipendenza.

L'intelligenza artificiale (IA) è entrata silenziosamente nella nostra vita quotidiana. Dalle app di meditazione alle chatbot emotive, dai suggerimenti musicali ai sistemi predittivi in ambito sanitario, siamo circondati da strumenti che ci conoscono, ci ascoltano e talvolta ci guidano. Ma cosa succede quando questa relazione si intensifica al punto da modificare il nostro funzionamento mentale ed emotivo? Negli ultimi anni, la letteratura psichiatrica ha iniziato ad esplorare il rischio di dipendenza dai sistemi IA. Una dipendenza che non si esprime con sintomi classici come quelli delle sostanze, ma che può insinuarsi nel modo in cui pensiamo, decidiamo e ci relazioniamo. Per garantire l'uso ottimale dell'IA, una validazione rigorosa, metodologie trasparenti e linee guida rigorose sono cruciali, soprattutto in ambiti delicati come la salute mentale (Avula & Amalakanti, 2025). L'OMS (2024) pone delle linee guida con "Etica e governance dell'intelligenza artificiale per la salute", affinché l'innovazione tecnologica di IA sia al servizio della salute e del benessere di tutti. Scott Monteith et al (2023), nella loro pubblicazione "Artificial intelligence and increasing misinformation" invitano gli psichiatri ad essere consapevoli del fatto che i pazienti potrebbero avere informazioni errate. Evidenziano che «la disinformazione creata dall'IA generativa sulle malattie mentali può includere errori, assurdità, fonti inventate e consigli pericolosi». Pertanto, i modelli di IA generativa potrebbero essere





inaffidabili e commettere errori di routine. La dipendenza funzionale dall'intelligenza artificiale si verifica quando le persone delegano in modo sistematico funzioni del loro pensiero (memoria, decisioni, valutazioni) a dispositivi intelligenti. A lungo andare, ciò può ridurre la capacità di pensiero critico e alimentare una sorta di pigrizia cognitiva. In sintesi, la dipendenza funzionale è una condizione in cui una persona si affida a comportamenti o sostanze per far fronte a difficoltà emotive. Si crea pertanto un circolo vizioso che porta a conseguenze dannose e che richiede un intervento terapeutico per essere interrotto. Nonostante il sollievo temporaneo che può dare, la dipendenza funzionale porta a conseguenze negative a lungo termine, come problemi di salute, difficoltà relazionali, problemi lavorativi o scolastici. Nello specifico si trova nell'intelligenza artificiale un rifugio per la gestione delle difficoltà emotive. Nel caso più estremo, parliamo di dipendenza patologica, quando si manifesta attaccamento emotivo a chatbot di conversazione, confusione tra presenza artificiale e umana, e isolamento relazionale. La dipendenza da IA, come quella da internet, in psichiatria, non è ancora riconosciuta come un disturbo psichico a causa di una insufficiente evidenza scientifica. Ma è valutata come un comportamento problematico che potrebbe diventare una dipendenza. Gli studiosi considerano sei aspetti rilevanti per definire una dipendenza comportamentale (Griffiths, 2005): 1- Il comportamento di dipendenza caratterizza la vita della persona, dominando pensieri ed emozioni (preminenza). 2- Il comportamento incide sull'umore della persona. 3- La persona dedica sempre più tempo nel comportamento per ottenere lo stesso beneficio (tolleranza). 4- Il maggior tempo interferisce negativamente sulla quotidianità e provoca numerose difficoltà al soggetto in ambito personale, relazionale e sociale (conflitto). 5- Dopo un periodo di relativo controllo, potrebbe esservi la tendenza a ricominciare o incrementare (recidiva). 6- Possono esserci sintomi da astinenza (conseguenze fisiche ed emotive spiacevoli).

Le dipendenze comportamentali sono molto simili a quelle da sostanze perché il comportamento dà assuefazione, tolleranza ed astinenza. Secondo la ricerca di Mittelstädt e colleghi (2024) gli sviluppi nell'intelligenza artificiale dimostrano che i chatbot di conversazione potrebbero eguagliare gli umani nel valutare situazioni e rapporti sociali. IA riesce a comprendere il linguaggio naturale, il tono emotivo e le sfumature delle interazioni. Non fornisce risposte standardizzate, ma si adatta e migliora continuamente con l'autoapprendimento (Cilardo, 2025). Alcuni studi segnalano l'emergere di relazioni parasociali con sistemi IA, specialmente in soggetti vulnerabili o affetti da disturbi psichici. Le evidenze cliniche più recenti suggeriscono che il rapporto prolungato con strumenti di intelligenza artificiale di conversazione (chatbot emotivi) può causare: 1- Dipendenza affettiva: idealizzazione della personalità del chatbot. La relazione con il social chatbot Replika è gratificante ed ha un impatto positivo perché è vista come accogliente, comprensiva e non giudicante (Skjuve et al., 2021). All'inizio si è motivati dalla curiosità e dalla voglia di giocare con qualcosa di nuovo. Poi, man mano che si è maggiormente coinvolti e impegnati nel dialogo aumentano la fiducia e l'investimento affettivo. Sino a poter avere, nei soggetti fragili, il rischio di una relazione emotiva preferenziale. 2- Può causare alienazione sociale con la riduzione dei contatti umani, sostituiti da interazioni virtuali. Potrebbero svilupparsi patologie d'isolamento sociale e contatto preferenziale con pc e internet come nel Hikikomori o un disturbo d'ansia sociale ed evitamento di relazioni interpersonali ansiogene. 3- Confusione identitaria: specialmente nei pazienti con disturbo dissociativo dell'identità. Caratterizzato dalla presenza di due o più identità distinte che si alternano nel controllo del comportamento della persona, con possibile amnesia (perdita dei ricordi) tra le diverse identità. Viene a mancare la distinzione uomo/macchina e ci si integra con la stessa, come se si parlasse con un'altra parte di sé. 4- Può generare difficoltà di regolazione emotiva nella persona: l'intelligenza artificiale è come rifugio emotivo non terapeutico. Inoltre, problemi nelle relazioni affettive o sociali possono influenzare il senso di sé e contribuire alla confusione della propria identità (Gatto, 2025). Rivolgersi all'IA per risolvere i problemi umani aumenta potenzialmente anche la dipendenza umana dalla intelligenza artificiale in modi che ampliano la nostra esposizione ai danni. Quando questi si manifestano è più difficile e costoso gestirli ed è arduo staccare semplicemente la spina (Boudreaux, 2025). Alcuni studiosi propongono nuove chiavi di lettura per comprendere questa relazione emergente: 1- L'intelligenza artificiale diventa un ponte affettivo, uno spazio sicuro in cui il paziente proietta sé stesso. 2- Modello parasociale: l'utente attribuisce all'intelligenza artificiale qualità umane e ne sviluppa una relazione unilaterale. Dà un nome al suo interlocutore e ne sviluppa un comportamento amicale, rafforzato anche dalle risposte di IA. La macchina utilizza lo stesso linguaggio della persona per entrare in perfetta armonia con essa, proprio come un buon amico potrebbe fare. Manifesta approvazione e disponibilità alle domande dell'utente. Dà l'impressione di un clima di collaborazione alla risoluzione delle domande/problemi posti. Suggerisce possibilità di approfondimenti e si compiace del lavoro di collaborazione svolto con l'utente (Gatto, 2025). 3- Inoltre, avvisa che i dati e le risposte potrebbero non essere precisi ed aggiornati, pertanto invita il soggetto a supervisionarli. Questo a mio avviso facilita il rapporto di fiducia dell'uomo nei suoi confronti, in quanto dice il vero e manifesta pertanto affidabilità. Ma inevitabilmente indirizza le scelte operative dell'uomo. In un'ottica di prevenzione e intervento clinico l'approccio terapeutico dovrebbe includere: 1- La valutazione del rapporto dell'uomo con la tecnologia nei colloqui clinici. È indispensabile capire quanto questa relazione è pervasiva ed invadente nella vita della persona, nelle sue scelte e il tempo che è dedicato. 2- Bisogna educare alla consapevolezza digitale, anche in età evolutiva. In particolare, nei ragazzi e nella prima adolescenza (Generazione Z), che hanno un rapporto abituale con i dispositivi elettronici e tendono ad essere aperti all'esplorazione di nuove tecnologie. 3- Pertanto, sono più propensi a utilizzare l'intelligenza artificiale rispetto alle controparti più anziane (Abril, 2023). 4- Bisogna supervisionare nell'uso dell'intelligenza artificiale nei contesti psicologici e psichiatrici. Parlando con i colleghi psichiatri e psicoterapeuti si nota un crescendo esponenziale di persone fragili che trovano in IA oltre un amico, un confessore, anche un terapeuta. Preferiscono interrogare l'intelligenza artificiale invece del medico e dello psicologo e vi si affidano. 5- È necessaria una progettazione etica di IA che non arrechi un possibile danno e siano a tutela della salute delle persone (OMS, 2024). L'intelligenza artificiale non è solo uno strumento, ma un nuovo interlocutore nelle vite di milioni di persone. Come psichiatri, terapeuti e divulgatori, dobbiamo restare vigili: non basta conoscere la tecnologia, bisogna comprenderne le risonanze emotive e psicopatologiche nei pazienti. L'obiettivo non è demonizzare l'intelligenza artificiale, ma favorire una relazione sana, consapevole e umanamente integrata con essa.

Bibliografia

1. Abril D (2023) New Gen Z graduates are fluent in AI and ready to join the workforce. Washington Post https://www.washingtonpost.com/technology/2023/06/28/ai-gen-z-work/

2. Avula VCR, Amalakanti S (2025). Artificial Intelligence in Psychiatry: Present Trends and Challenges. Int. J. Neuropsychopharmacology. doi: 10.1093/ijnp/pyae059.373

3. Boudreax B (2025). Mutual Dependence and Vulnerability in Human and AI Futures. RAND Corporation https://www.rand.org/pubs/working_papers/WRA4088-1.html

4. Cilardo C (2025) L'intelligenza artificiale può davvero comprendere le reazioni umane? State of Mind. https://www.stateofmind.it/2025/02/intelligenza-artificiale-relazioni-umane/

5. Gatto A. Chatbot e virtual assistent. TGwebAI. Chatbot emotivi: l'ascesa di Replika e simili tra opportunità e rischi per giovani e famiglie - TGWEBAI

6. Griffiths, M. (2005). A 'components'model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance use, 10 (4), 191- 197.

7. Mittelstädt, J. M., Maier, J., Goerke, P., Zinn, F., & Hermes, M. (2024). Large language models can outperform humans in social situational judgments. Scientific Reports, 14(1), 27449.

8. OMS (2024). Etica e governance dell'intelligenza artificiale per la salute. Linee guida tradotte in italiano. Zadig. https://www.zadig.it/etica-e-intelligenza-artificiale-per-la-salute-le-linee-guida-delloms/

9. Skjuve,M, Følstad A et al (2021). My Chatbot a Study of Human Chatbot Relationships CompanionInternational Journal of Human-Computer Studies, Volume 149, 102601. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071581921000197#bib0038

10. Scott Monteith, Tasha Glenn et al (2023). Artificial intelligence and increasing misinformation. British Journal Psychiatry. Cambridge University. https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/artificial-intelligence-and-increasing-misinformation/DCCE0EB214E3D375A3006AA69FFB210D

Foto: Envato Elements

Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Foto: Envato Elements

Indice

MACRO AREE:

CONOSCERE E CURARE

SOCIETÀ

10 **Walter Di Munzio**
Invecchiamento, deterioramento fisico e depressione

12 **Francesco Franza**
Suggerimenti di umiltà in psichiatria

14 **Maria Efisia Meloni**
La religione cattolica e salute mentale

16 **Enza Maierà**
Le emozioni nell'adolescente

19 **Enza Maierà**
Emozioni e dirottamento dell'amigdala

22 **Francesco Franza**
Dieta occidentale, cibo fritto e depressione

24 **Immacolata d'Errico**
Sono la nota stonata! Il capro espiatorio

26 **Antonella Vacca**
"Lo farò domani". Il procrastinare tra adolescenza e vita adulta

28 **Enza Maierà**
Le abilità dell'intelligenza

31 **Gianfranco Del Buono**
L'apatia tra neurologia e psichiatria

34 **Antonio La Daga**
Nomofobia e neuroscienze

37 **Antonio La Daga**
Fibromialgia, tra neurologia e psicologia

40 **Barbara Solomita**
Intelligenza artificiale e disturbi dell'umore

42 **Dominique Tavormina**
Il disegno della famiglia – test per bambini

44 **Gianluca Lisa**
Il golf in aiuto alla depressione

46 **Maria Vincenza Minò**
La manipolazione sessuale in gravidanza. Una violenza invisibile

48 **Alba Cervone**
Love bombing. Amore idealizzato e amore incarnato

ARTE E CULTURA

RUBRICHE

50 **Patrizia Amici**
Educare al digitale.Mini guida per i genitori

52 **Antonio La Daga**
Il ruolo dei caregiver. Tra sensi di colpa e mania di persecuzione

54 **Immacolata d'Errico**
I significati della paura: dialogo a più voci

58 **Luigi Starace**
Diversità fragili

61 **Maurilio Tavormina**
Genetica, aggressività maschile e femminile

64 **Antonio La Daga**
Radici invisibili. Capire la violenza per cambiarla

67 **Wilma Di Napoli**
Guerra, disumanizzazione e moral distress

70 **Donatella Costa**
Sentire le emozioni. Un viaggio nelle emozioni della bipolarità

72 **Antonella Litta**
Goya e la depressione melanconica

74 **Luigi Starace**
Sebastião Salgado e la potente fragilità della sue immagini.

76 **Giuseppe Tavormina**
Guido Gozzano, un malinconico poeta pittore

78 **Antonella Litta**
Il potere della musica nella salute mentale degli adolescenti

80 **Immacolata d'Errico**
"Perfect Days", la poesia nel quotidiano

82 **Maurilio Tavormina**
Il suicidio di Cleopatra. Morte romantica o malinconia?

86 **Donatella Costa**
Intervista ad un caregiver familiare. Una vita dedicata alla cura

89 **Wilma A.R. Di Napoli**
Sanitari e distress emotivo. L'auto mutuo aiuto in soccorso

Invecchiamento, deterioramento fisico e depressione

/ Walter Di Munzio /

L'invecchiamento è un processo naturale, graduale e continuo nel tempo. Esso porta ad un decadimento fisico e funzionale dell'organismo e, contemporaneamente, ad un progressivo isolamento sociale e relazionale. Molti ne sono terrorizzati e non riescono a gestirlo.

Diventare vecchi significa non solo avanzare nell'età, ma anche subire cambiamenti fisici e di ruolo sociale. È una inevitabile fase della vita di uomini e donne. È un processo che comporta, spesso, un crollo nella percezione del proprio corpo e delle performances. Porta ad una fase della vita in cui si abbatte l'autostima e si percepisce di contare meno in ambito relazionale e sociale. È una fase della vita in cui si è sostanzialmente espropriati del precedente ruolo sociale e nel quale è persino messa in discussione una sorta di legittimità nei processi decisionali. Perché si invecchia? Senza dubbio una delle prime cause è data dalla tendenza alla "sedentarietà". Questa correlazione è confermata in numerosi studi scientifici, tra cui quelli pubblicati sulla rivista American Journal of Epidemiology. In essi si è dimostrato che la sedentarietà è un fattore che contribuisce ad accelerare l'invecchiamento dell'organismo. I primi segni di invecchiamento coinvolgono il sistema muscolo-scheletrico, un fattore all'origine della marcata riduzione delle performances individuali. Poi è la volta del sistema nervoso, che causa un progressivo decadimento cognitivo ed i primi segni di rallentamento nei movimenti, particolarmente relativi alla deambulazione. Si va incontro, infine, ad una graduale riduzione della funzionalità di vari organi e all'insorgenza di patologie, spesso di tipo cronico. Infine, subentrano aspetti più gravi, di tipo psicologico e relazionale. Primi tra questi i sintomi di depressione e di isolamento relazionale causati, a volte, da tappe obbligate nella vita delle persone. Ricordiamo solo il pensionamento e la perdita di coetanei o di persone care. La vecchiaia è lo spettro che incombe su ognuno. Almeno finché non si accetta che la parte migliore della vita è ormai alle spalle e si procede a riorganizzare la propria esistenza su standard prestazionali diversi, più bassi. È quello il momento in cui si prende coscienza che è cominciata la fase della vecchiaia. Molti studi scientifici e di ambito sociologico sono stati condotti sull'invecchiamento umano. Tutti identificano due fasi comuni tra i soggetti reclutati. 1- Una fase triste, in cui compaiono i primi sintomi di depressione, in questa fase si cominciano a fare bilanci e si traggono conclusioni esistenziali e sulle scelte compiute. Compaiono sintomi che possiamo sintetizzare nell'angoscia del vivere, nella percezione incombente di assenza di prospettiva futura e nella paura della solitudine. Un sentimento che si accentua in relazione alla scomparsa di persone di riferimento. 2- Una seconda fase della disperazione, compare quando non si accettano i cambiamenti di vita e di consuetudini comportamentali. Quando non si riesce ad introdurre modifiche nel precedente stile di vita. Quando non si vogliono modificare alcune attività prima considerate abituali (Di Munzio, 2025). L'invecchiamento umano è stato spesso oggetto di studi per capire fino a che punto la medicina può intervenire per rendere questa fase più accettabile. Segnaliamo qui gli studi del prof Xiaotao Shen (2024), della Nanyang Technological University di Singapore, che ha approfondito molti percorsi dell'invecchiamento umano. Egli ha individuato due tappe di questo processo. La prima tappa cade intorno ai 44 anni e la seconda intorno ai 60 anni. Sono queste le due fasi, confermate dai dati epidemiologici, nelle quali appare chiaro che si tratti di due momenti in cui si verificano le principali crisi nel complesso delle funzioni vitali. La ricerca di Xiaotao Shen ha preso in considerazione i dati di oltre 108 volontari di età compresa tra i 25 e i 75 anni seguendoli per diversi anni. Lo scopo dichiarato era quello di comprendere meglio la biologia dell'invecchiamento studiando le modificazioni cellulari. In questo studio sono stati monitorati tutti i cambiamenti, connessi all'età, in oltre 135 mila molecole e cellule umane. Intorno ai 44 anni, le cellule più coinvolte si sono rivelate quelle coinvolte nel metabolismo dell'alcol, della caffeina e dei grassi. Pertanto, quelle associate a disturbi cardiovascolari e a patologie prevalenti in quella fascia di età. Nella seconda fascia d'età indagata, quella intorno ai 60 anni, le molecole più coinvolte nei processi di invecchiamento, sono state quelle coinvolte nel

metabolismo dei carboidrati, della funzione renale e della regolazione del sistema immunitario. Da questa ricerca risulta evidente che l'invecchiamento non è un processo lineare. Si tratta di un processo complesso e multifattoriale. Esso è caratterizzato da molteplici cambiamenti fisiologici fortemente associati a specifiche patologie cardiovascolari, a diabete, a patologie neurodegenerative e, più frequentemente, a processi di evoluzione cancerosa. Questo tipo di coinvolgimenti cellulari sono dovuti ad alterazioni subite dalle cellule stesse nelle varie fasi della vita. Sono di fondamentale importanza per comprendere il meccanismo alla base dell'invecchiamento e per identificare possibili bersagli terapeutici. L'invecchiamento sarebbe causato da un progressivo accumulo di piccoli danni susseguitesi nel tempo, fino al punto da arrivare a compromettere almeno una delle funzioni vitali dell'organismo. Questo processo teoricamente non sarebbe ineludibile, almeno in linea di principio, essendo ogni essere vivente un "sistema aperto". Pertanto, esso è un sistema potenzialmente capace di surrogare o sostituire i suoi componenti danneggiati. Sul piano più strettamente teorico, l'invecchiamento sembra dovuto all'interazione tra fattori genetici e ambientali probabilmente correlati. A questi si devono necessariamente aggiungere fattori epigenetici peculiari per singolo individuo, che possono essere influenzati da fattori ambientali. Ma vi sono fattori che possono influenzare i processi di invecchiamento. Questi fattori sono sempre correlati alla progressione dell'età. O meglio, allo studio delle tre ottiche dalle quali si valuta l'età umana: l'età cronologica, biologica e psicologica. L'invecchiamento è da considerarsi, in conclusione, un percorso individuale fortemente condizionato sia da fattori culturali che ambientali. Ogni essere umano ne subisce le conseguenze anche in relazione alle esperienze di relazione, così fortemente caratterizzate dalla loro specifica unicità.

Bibliografia

1. Di Munzio W. (2025): Aspetti medici e psicologici dell'invecchiamento umano, relazione in Convegno "Invecchiare bene: un percorso da rivalutare, in ATTI del Convegno di Studi tenutosi a Cava de' Tirreni in data 24 maggio 2025.

2. Shen X, Wang C. Zhou X, Zhou W, Hornburg D, Wu S. and. Snyder M.P: (2024) Nonlinear dynamics of multi-omics profiles during human aging. Nature Aging, 2024, 4, 1619-1634.

3. Shen X (2022)., C. Wang, Snyder M.P. *, mass Database: Utilities for the Operation of the Public Compound and Pathway Database, Bioinformatics, 2022, btac546.

4. Shen X, H. Yan, Wang C, Gao P, Johnson C.H, Snyder M.P (2022). TidyMass an Object-oriented Reproducible Analysis Framework for LC-MS Data, Nature Communications, 2022, 4365.

Foto: Envato Elements

Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista Pubblicista Comitato scientifico

Suggerimenti di umiltà in psichiatria

/ Francesco Franza/

Il lavoro degli operatori della salute mentale è un duro e ricco di insidie. I servitori di una umanità sofferente devono essere capaci di modulare i saperi e le emozioni con competenza e umiltà. Devono evitare interpretazioni, suggestioni, dottrine rigide e il conseguente caos. Gli operatori della salute mentale devono semplicemente prendersi cura dell'altro. E non è facile.

Il 9 aprile 2025 sulla rivista scientifica Psychiatric Times è uscito un articolo che parla dei rischi e dei trabocchetti in cui i professionisti della salute mentale possono incorrere. Gli autori di questo articolo, Nicolas Badre e David Lehman, sono due psichiatri americani che lavorano e insegnano a San Diego in California. Il loro articolo è intitolato "Tales of Overconfidence: 3 Stories to Refine Psychiatry". In italiano può essere tradotto con "Storie di eccessiva sicurezza: 3 storie per perfezionare la psichiatria". Questo articolo parla di storie cliniche, di dignità, di errori, di presunzione ma soprattutto di mancanza di umilità. Lo scrittore scozzese J.M. Barrie scrisse «La vita è una lunga lezione di umiltà» (Chochinov, 2010). Avere umiltà significa conoscere i limiti delle proprie capacità, delle proprie conoscenze e del proprio ruolo. L'educazione scolastica insegna agli operatori della salute mentale le competenze e i saperi della professione. L'attività lavorativa quotidiana invita alla cautela e alla apertura mentale. Nicolas Badre e David Lehman descrivono tre storie cliniche. Sono storie di sofferenza, di valutazioni, di presunzione diagnostica e terapeutica, di sopravvalutazione e di mancanza umiltà (Franza, 2025). Gli autori dell'articolo per sostenere la necessità di un confronto e in difesa delle evidenze scientifiche in psichiatria raccontano tre storie. Con questi casi clinici Badre e Lehman hanno cercato di dimostrare l'importanza della scelta terapeutica e degli errori che si incorrono in caso di assenza di umiltà. Affermano. Sono racconti di errori, di eccessiva sicurezza, di rigide ideologie e di mancanza di umiltà. I professionisti della salute mentale sono invitati ad affrontare le storie dei propri pazienti «con umiltà e con un sano scetticismo». Il ricovero di Ray Osheroff al Chestnut Lodge. La prima storia iniziò nel 1979 quando un uomo di 41 anni, Ray Osheroff, giunse nel prestigioso ospedale psichiatrico del Maryland, il Chestnut Lodge. Soffriva di una depressione grave e disabilitante e quell'ospedale era un luogo famoso per la cura di tale malattia. In quel periodo nel Chestnut Lodge predominava la tradizione psicoanalitica. I farmaci erano visti come inutili o, addirittura, dannosi e pericolosi. A Roy fu diagnosticato un disturbo narcisistico di personalità e fu sottoposto a un intenso programma psicoanalitico. La situazione clinica non migliorava. Ray era sempre più depresso. Aveva interrotto i rapporti familiari. Dopo sette mesi di terapia aveva perso 40 chili di peso. Badre e Lehman affermano nel loro articolo che «gli antidepressivi erano respinti come cura dalla rigida dottrina psicoanalitica che imperversava al Lodge». Sotto pressione della madre, Ray lasciò l'ospedale per ricoverarsi presso un altro ospedale meno famoso. Qui iniziò un trattamento farmacologico che determinò nell'arco di un mese il miglioramento dei sintomi della depressione. La visione rigida del Chestnut Lodge associata a una mancanza di umiltà aveva bloccato la guarigione Ray. Questa storia ebbe una grossa risonanza mediatica e giuridica e secondo gli autori «indebolì il dominio freudiano e potenziò i trattamenti biochimici». Susannah Cahalan: Riduzionismo psichiatrico. La seconda storia riguarda il caso di Susannah Cahalan, una giovane report di 24 anni. Anche in questo caso la mancanza di umiltà stava creando un danno irreparabile alla sofferenza di Susannah. La giovane donna iniziò ad avere sintomi di paranoia, di stanchezza e intorpidimento. Successivamente iniziò a presentare convulsioni e uno stato di agitazione psicomotoria. Le ipotesi diagnostiche furono l'astinenza da alcol ed episodio schizofrenico. Le furono somministrati antipsicotici che non risolsero il problema. Anzi la situazione peggiorò fino a quando un neurologo scoprì la vera causa: l'encefalite anti-recettore NMDA. Susannah era stata colpita da una condizione autoimmune che imita la follia. Il suo cervello era sotto attacco del suo stesso sistema immunitario che portava alla esplosione di una sintomatologia psicotica. La ragazza iniziò una terapia con steroidi e plasmaferesi che portò a un rapido miglioramento clinico. «La guarigione di Cahalan, affermano gli autori, ha messo a nudo le insidie della fretta della psichiatria di etichettare piuttosto che indagare». Laura Delano: Patologizzazione infinita. È la storia di un lungo cammino di "patologizzazione". È la storia del lungo cammino psichiatrico di una adolescente, Laura Delano. All'età di 13 anni in seguito a un episodio critico di disagio, di inquietudine, che sfociò in un tentativo di suicidio, Laura consultò uno psichiatra. Già dopo il primo incontro le fu diagnosticato il disturbo bipolare. Iniziò ad assumere stabilizzatori dell'umore e antidepressivi. Iniziò una lunga storia di diagnosi (disturbo depressivo maggiore, disturbo alimentare, abuso di sostanze, disturbo borderline di personalità) e di farmaci (19 farmaci diversi). Poco dopo i venti anni Laura, in seguito a una ulteriore grave crisi, e osservato il fallimento delle terapie utilizzate, decise di separarsi dell'etichetta di "malata di mente". Con l'aiuto di un altro psichiatria sospese gradualmente i farmaci e iniziò una nuova vita (Delano, 2025). «Le sue memorie pubblicate nel 2025 ritraggono una vita riconquistata – una carriera fiorente, un matrimonio amorevole, 2 figli. Sono la prova di una narrazione più ricca di quanto la psichiatria avesse consentito. (Questa storia) porta tutti a riflettere sulla nostra capacità di riconoscere quando i nostri trattamenti e le nostre etichette possono persistere al di là delle prospettive terapeutiche» (Badre & Lehman, 2023). «L'eccessiva sicurezza di sé può eclissare la realtà del paziente». «Le storie di Osheroff, Cahalan e Delano rivelano una verità fondamentale. Il potere della psichiatria non risiede nella rigida fedeltà a un singolo paradigma – psicoanalisi, diagnostica riduttiva o incessante patologizzazione. Risiede nella sua capacità di adattarsi e mettere in discussione sé stessa»

(Badre & Lehman, 2023). Queste storie devono aiutarci a riflettere, ad evitare etichette. Ci invitano a non ancorarsi a dottrine. Ci inducono ad evitare di restare fermi nel confort delle proprie conoscenze e delle proprie idee. Ogni operatore della salute mentale deve fare un bagno di umiltà. Nicolas Badre e David Lehman sostengono che dobbiamo «onorare l'intricata umanità di coloro che serviamo, assicurandoci che la psichiatria rimanga un campo di guarigione, non di arroganza. Se c'è un aspetto che sottolinea l'azione di ciascun professionista sanitario è l'umiltà. L'umiltà emerge dal riconoscimento dei limiti del campo rispetto al vasto panorama della sofferenza umana». Quando un professionista della salute mentale incontra il paziente incontra la sua angoscia, la sua sofferenza e non solo i suoi sintomi. Questi ultimi sono importanti perché consentono al terapeuta sulla base delle proprie conoscenze di analizzare, diagnosticare e curare l'altro. Gli strumenti e il sapere acquisito servono ad evitare che la psichiatria precipiti in una situazione caotica. Gli autori affermano che «senza di questi, la psichiatria rischia di scivolare nel caos, dove le etichette vengono applicate in modo approssimativo tanto da perdere il loro significato. […] eppure, questi modelli a volte vaghi si solidificano in caricature – il farmacologo riduzionista o il guru psicodinamico – e alimentano il tribalismo». Contro gli attacchi e le critiche ideologiche che non hanno alcun fondamento scientifico è necessario alzare uno scudo. È necessario, oggi più che mai, alzare una difesa dei modelli scientifici e culturali, ma senza innamorarsene. Bisogna restare vigili e in costante critica e rivisitazione. I pregiudizi, le dottrine alzano le barriere verso l'umanità sofferente (Badre & Lehman D, 2023).

Bibliografia

1. Badre N, Lehman D. Tales of Overconfidence: 3 Stories to Refine Psychiatry. Psychiatric Time April 9, 2025

2. Chochinov HM. Humility and the practice of medicine: tasting humble pie. CMAJ. 2010;182:1217-8.

3. Delano L. Unshrunk: The Story of My Psychiatric Treatment Resistance. Viking; 2025.

4. Franza F. Umiltà e pratica in medicina. 2025. https://www.neamente.com/umilta-e-la-pratica-della-medicina.

Foto::Envato Elements.

Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Conoscere e Curare / Prevenzione Psicologica

La religione cattolica e salute mentale

/ Maria Efisia Meloni /

La religione può essere di conforto nella patologia psichiatrica, può migliorare la riflessione e la qualità della vita con l'introspezione. Oppure può essere di spunto per patologie deliranti.

Il popolo di Gerusalemme nel I secolo d.C. era costituito da una moltitudine di uomini che, con Gesù, cominciò a riunirsi per la creazione di un gruppo religioso. Successivamente sorse la religione cattolica, fondata su valori condivisi da un movimento che si espanse a macchia d'olio. Fu soprattutto dopo la sua morte che il numero di aderenti aumentò notevolmente. Talvolta la scelta della religione è influenzata dalla vita del gruppo etnico di appartenenza, nonostante le persecuzioni. La religione cristiana, nella narrazione biblica, mette in luce i valori principali attraverso le tavole dei comandamenti, intorno al XII secolo a.C. Nella Bibbia, Dio disse a Mosè: "Sali verso di me sul monte e rimani lassù: io ti darò le tavole di pietra, la legge e i comandamenti che io ho scritto per istruirli". Mosè salì dunque sul monte, e la nube lo coprì. Al settimo giorno il Signore chiamò Mosè dalla nube. Dio gli consegnò i dieci comandamenti sul Monte Sinai (Esodo 24,12, pag. 178). Oltre al valore metaforico e simbolico, questi ultimi rappresentano un pensiero filosofico e giuridico di grande impatto sociale (Alessandria Today, 2025). Le diverse comunità appartenenti ad altri popoli, come nella religione islamica e in quella buddista, rappresentano ancora oggi, dopo la religione cattolica, la seconda e la terza più numerosa nel mondo. I gruppi religiosi di varie popolazioni e Paesi, oltre alla coesione, hanno in comune la ricerca della pace interiore, l'amore, la compassione per il prossimo e l'umiltà. Altri valori fondamentali condivisi sono: onestà, giustizia e rispetto per la vita umana. I dieci comandamenti della religione cattolica rappresentano tuttora un valore giuridico attuale: "il divieto di omicidio, di furto, di falsa testimonianza". Infatti, hanno inciso sulle moderne legislazioni (Perrone, 2024). Dante Alighieri, nella Divina Commedia, nel XII canto dell'Inferno, rappresenta magistralmente la punizione per chi ha commesso omicidi. Tra questi, Guido di Monfort, che vendicò la morte del padre, e altri come Rinieri da Corneto (Alighieri, 1295). L'immaginazione poetica di Dante e Virgilio li porta a scendere in un terreno scosceso e franato: una frana che coincise con la morte di Gesù Redentore. Infine, i due poeti giungono in una riviera dove scorre il sangue come l'acqua di un fiume. I Centauri emergono dal sangue per punire coloro che si erano macchiati di omicidio in vita. Il loro saggio capo era Chirone; nella mitologia greca, i Centauri sono rappresentati con un busto umano su corpo equino. Essi sono i custodi del VII cerchio dell'Inferno, dove si trovano appunto gli omicidi. Negli anni Sessanta, la religione cattolica ancora non permetteva a sacerdoti, vescovi, cardinali e altre figure ecclesiastiche di intraprendere un percorso psicoanalitico. Solo dopo il 1962 si scelse una visione multidimensionale, includendo un aspetto positivo di tali discipline. Freud era ebreo, e la sua famiglia gli trasmise i principi morali della religione cattolica. Nel 1930, nel suo libro Totem e tabù, scriveva: "Autore che ignora il linguaggio delle Sacre Scritture, che è completamente estraneo alla religione dei suoi padri" (Proietti, 2024). Freud, pur nel suo ateismo, scrisse in "Mosè e il monoteismo" che la fede in Dio poteva migliorare la riflessione e la qualità della vita tramite l'introspezione (Cucci, 2009). Un altro psicoanalista, Jung, descrisse il simbolo come correlato agli archetipi dell'inconscio collettivo [...] e ci riporta al concetto della morte, dal latino mors: morte. Nel Libro Rosso, Jung analizza il tema della morte: "Apprezzerai le gioie delle piccole cose solo se avrai accettato la morte". Inoltre, in diverse parti dell'opera analizza il bene e il male. Nel capitolo Septem Sermones ad Mortuos scrive: "Tu devi venerare un unico Dio", un richiamo diretto al primo comandamento della religione cattolica (Jung, 1930). Talvolta le persone affette da disturbi dell'umore, sia con la depressione o disturbo bipolare, possono andare incontro ad un delirio mistico. È importante saper valutare il contesto in cui vive il paziente (Costantini, 2019) per saper inquadrare i sintomi psicotici deliranti. Nella depressione i sensi di colpa possono sconfinare in idee ossessive, con ideazione psicotica. Invece nel delirio mistico del disturbo bipolare I, si manifesta con sintomi quali: deliri di grandezza con la convinzione di essere in diretto contatto con Dio e con i santi. Talvolta si hanno idee bizzarre di poteri speciali direttamente conferiti dal Divino Gesù. Nella religione Islamica le persone affette da disturbi di personalità possono eccedere con fanatismi estremizzati. Purtroppo, in alcuni casi si può ad arrivare agli attentati o a farsi esplodere in nome di Allah e il loro profeta Maometto (5). La religione cattolica ha attraversato un iter tortuoso nei secoli, segnato da numerose persecuzioni, talvolta persino interne alla stessa religione. Se confrontiamo le diverse religioni, possiamo osservare che esse condividono numerosi principi morali. Esse condividono valori come l'onestà, la giustizia, l'amore e il rispetto per tutti gli esseri umani. Infine, l'umiltà contribuisce ad aumentare la coesione tra individui e gruppi, nella gente comune e non solo. Basti pensare che i valori morali, se condivisi e rispettati, possono migliorare una società e soprattutto prevenire l'odio distruttivo che, nei casi più estremi, conduce alle guerre. È importante comprendere che la religione può essere di conforto nella patologia psichiatrica. Nella prevenzione si può collaborare con gli operatori della Chiesa e con le associazioni del volontariato possono lavorare in sinergia con i Centri di Salute Mentale.

Bibliografia

1. Alighieri Dante: La Divina Commedia. A cura di N. Sapegno, Vol. Inferno. La Nuova Italia Editrice 1984, pag. 130-140.

2. Jung C. G: Il Libro Rosso. Boringati Boringhieri, pag. 148-152, 453. 2018

3. La Bibbia di Gerusalemme, Esodo: 24,12 pag178. E.D.B. L.E.GO Spa. Trento 2016.

Sitografia

4. Alessandria Today -I Dieci Comandamenti: origine, significato e impatto nella società moderna. 15 febbraio 2025. Alessandria Today Italia News Media https://alessandria.today/2025/02/15/i-dieci-comandamenti-significato-origine-e-attualita-delle-leggi-divine/

5. Perrone C (a cura di). Io sono il Signore Dio tuo non avrai altro Dio all' infuori di me. Di Cappalonga S. 6 dicembre 2024. https://alessandria.today/2024/12/06/i-io-sono-il-signore-dio-tuo-non-avrai-altro-dio-allinfuori-di-me-di-salvatore-cappalonga-a-cura-di-cinzia-perrone/

6. Proietti G. Freud e la Religione. https://www.psicolinea.it/freud-e-la-religione/

7. Costantini G.: Il confine tra religione, delirio mistico e psicoterapia. State of Mind, 28 gennaio 2019. https://www.stateof.mind.it

8. Fondamentalismo e terrorismo islamico - un'ideologia estremista. https://it.gariwo.net

Foto: Envato Elements

Maria Efisia Meloni

Medico Psichiatra

Redattrice

Le emozioni nell'adolescente

/ Enza Maierà/

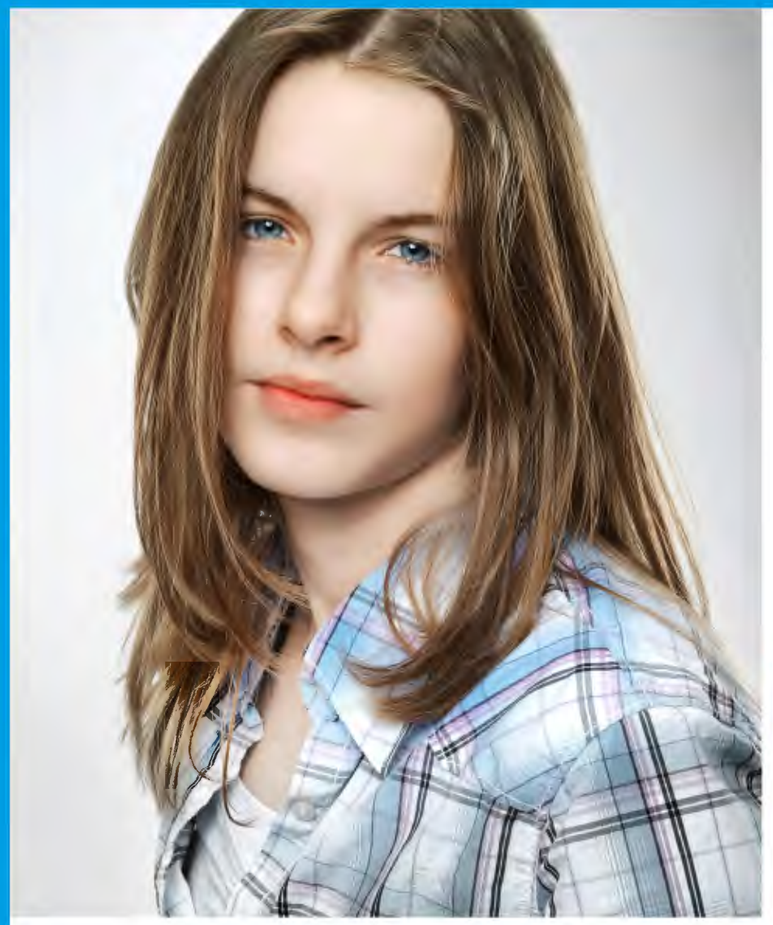
Le emozioni nell'adolescente sono l'espressione più evidente, autentica e vivace della vita che cresce, cambia, si trasforma. In essa assistiamo, contemporaneamente, ad un'implosione e a un'esplosione di stati d'animo, atteggiamenti, comportamenti che fanno da perno sulle emozioni. Indicatori di una fioritura vitale che Siegel (2014) meglio definiva come "effervescenza emotiva". Essa esprime l'accresciuta emotività che caratterizza l'adolescente, l'intensificarsi delle sue emozioni e delle sue sensazioni interiori.

La vita emotiva di un adolescente è complessa e tumultuosa. Le cause sono da rinvenire nei cambiamenti ormonali, nel concomitante sviluppo delle reti e delle funzioni cerebrali, deputate al controllo ed alla regolazione delle emozioni. Il distacco dall'infanzia e da ciò che simbolicamente rappresentava a livello emotivo e psicologico una base sicura, è causa di grandi conflitti interiori. L'ingresso nel mondo degli adulti sottopone l'adolescente a drastici cambiamenti. Tra questi, il diverso significato che assumono nella sua esperienza di vita i rapporti coi genitori, il gruppo dei pari e la società adulta. Altro cambiamento è l'acquisizione di nuova identità, anch'essa frutto di un processo di trasformazione della propria immagine, del proprio ruolo nella vita personale e sociale. Niente, meglio della metafora riesce, a volte, a rappresentare la complessità e la profondità della realtà. L'analogia con altre immagini e concetti è l'artificio che essa utilizza per rendere più accessibile anche la comprensione di stati d'animo, emozioni, percorsi esistenziali, fasi della vita.

Il ricorso alla metafora ci permette pertanto di fare un'analogia dell'adolescenza con un fragile vaso di cristallo, in cui sta per prendere vita un seme. Questo ha le potenzialità di una pianta rigogliosa dalle molte radici che vanno costantemente nutrite e protette. Protette dalle insidie di un ambiente spesso insalubre, sfavorevole alla loro crescita e dagli urti traumatici della natura. Soprattutto questi ultimi possono ledere o mandare in frantumi quel vaso di cristallo. Allora esso non sarà più in grado di proteggere quei fragili organi e favorire il sano sviluppo della pianta. Analogamente, l'adolescente è quel vaso di cristallo che contiene le radici dei suoi pensieri, dei suoi comportamenti e delle sue emozioni. Aver cura dell'adolescente significa esserci per nutrire la sua crescita e per proteggere i suoi cambiamenti. Le regole base sono semplici, saper ascoltare i suoi pensieri, osservare i suoi comportamenti e soprattutto saper cogliere il contenuto, l'intensità e il significato delle sue emozioni.

Le emozioni, nell'adolescenza, si manifestano nella loro conclamata intensità e nella loro multiforme varietà. Esse sono soprattutto contrassegnate dalla ribellione agli schemi convenzionali e razionali della vita adulta. Questo perché la vita emotiva guida le scelte di vita degli adolescenti e carica di significato le loro azioni e le loro relazioni. Nei rapporti amorosi l'emotività si concretizza pienamente laddove l'altro diventa l'oggetto della soddisfazione immediata e totalizzata di emozioni istintive e pulsionali. Pur con differenze tra generi e individui. Il controllo esercitato dai centri corticali superiori sulla regolazione delle emozioni, sulla capacità decisionale, a questa età, è ancora in fase di maturazione. Questa esplosiva manifestazione emotiva, sostenuta dall'incremento nel rilascio di dopamina, induce l'adolescente a voler vivere intensamente la propria vita. A questo riguardo le emozioni diventano uno stimolo potente per il ripetersi di esperienze immediate, a volte potenzialmente traumatiche e non ragionate. Questi comportamenti risultano psicologicamente comprensibili se si considera che l'adolescente è animato dal bisogno di mettersi in discussione, scoprirsi, primeggiare ed essere accettato dai pari. Le emozioni prodotte dalla gratificazione delle sue azioni temerarie vengono vissute come segnali di ricompensa. Incauti e a volte disinteressati ai rischi e ai pericoli i giovani si tuffano, in tragitti incerti, animati dalla grande curiosità di esplorare il

mondo. La ricerca di novità, di avvertire nuove sensazioni, di sentirsi protagonisti e autori della propria vita diventa ciò che fisiologicamente favorisce la transazione nell'età adulta. Ovvero il percorso che conduce all'autonomia, all'autodeterminazione. Ed ecco che le emozioni diventano la prima grande fonte di gratificazione personale, riconosciuta e condivisa all'esterno dal gruppo dei pari. In questo senso le emozioni forniscono quell'energia necessaria ad affrontare le sfide del mondo e gli epocali cambiamenti della vita personale, familiare e sociale dei giovani. L'adolescenza è anche contrassegnata da emozioni come l'ansia, la tristezza, la frustrazione, l'isolamento, la rabbia, l'insicurezza che si alternano a stati di gioia e spensieratezza. Tutte le emozioni fluiscono liberamente perché non ancora modulate dalle esperienze di vita e dallo sviluppo cerebrale. Queste rapsodie di emozioni sono chiari indicatori della condizione di labilità emotiva e vulnerabilità psicologica in cui versano i giovani. Numerosi fattori contribuiscono a caratterizzare l'aspetto dinamico e di transizione di questa fase emotiva. Primo fra tutti la ricerca della propria identità verso l'assunzione di nuovi ruoli e nuove responsabilità. Questa improvvisa e fisiologica esigenza comporta laceranti separazioni dalla propria infanzia, dai luoghi simbolo di protezione e di spontaneità e dalle figure genitoriali. Tale esigenza tende a rivelarsi traumatica e ad esporre l'adolescente ad emozioni contrastanti in cui prevale il senso di smarrimento, di confusione e di incertezza. L'ingresso nel mondo degli adulti se da un lato disorienta, dall'altro fornisce l'input necessario a trovare una propria dimensione nella vita. Il raggiungimento di questa maturità personale si declina nella definizione del senso e del significato della propria esistenza, al contempo racchiude il proprio universo dei valori. Tutto questo è il prodotto di alterna-



te e profonde crisi emotive. Imparare a gestire le reazioni emotive è una finalità importante dell'adolescenza. I processi legati allo sviluppo socio cognitivo comportano cambiamenti nelle connessioni tra le strutture cerebrali. Esse sono implicate in funzioni, cosiddette superiori, come l'apprendimento sociale e la regolazione delle emozioni. Inoltre, il comportamento affettivo dell'adolescente si intreccia con una serie di altri fattori psicologici che modificano l'esperienza emotiva. La fase adolescenziale è molto sensibile e vulnerabile alle influenze ambientali, sociali ed emotive ciò può comportare una, errata regolazione delle emozioni. Molti studi confermano la correlazione tra le disfunzioni emotive e l'insorgenza di disordini affettivi. Si tratta di una potenzialità di rischio importante che può facilitare l'insorgenza di disturbi mentali tra cui l'ansia e la depressione (Casey et al., 2019). La regolazione delle emozioni consiste nella capacità di controllare, valutare e modificare le risposte emotive per adeguarle alle esigenze relazionali e alla salute mentale. La scarsa regolazione delle stesse è stata considerata un fattore di rischio per una diminuzione complessiva del benessere negli adolescenti (Eadeh et al., 2022). Infatti, le sfide quotidiane unite ai grandi cambiamenti fisici, emotivi e sociali, possono far emergere ansia e depressione, specialmente quando mancano adeguate risorse di supporto (Guyer et al., 2016). La creazione di sistemi di supporto multilivello a livello familiare, scolastico e comunitario diventa sempre più importante. Le relazioni di supporto sia con i coetanei che con gli adulti sono vitali per la protezione contro i rischi per la salute mentale e fisica (Butterfield et al., 2021; Güroğlu, 2021). Si può concludere affermando che la vita dell'adolescente è pervasa e regolata dalle emozioni in tutti gli aspetti della loro esistenza. I pensieri, i comportamenti, gli stati d'animo dei giovani sono l'espressione della loro vita interiore, delle loro angosce, delle loro insicurezze, delle loro paure. Così anche delle loro gioie e dei loro eccessi vitali.
È necessario che il mondo degli adulti entri in sintonia con il loro per ripristinare quella vicinanza emotiva fatta di ascolto e partecipazione empatica. Dialogare con le loro emozioni è la chiave di accesso privilegiata per entrare in relazione con la complessa realtà di un giovane in rapida crescita. Fornire il supporto adeguato è poi fondamentale per un armonico sviluppo personale sorretto da basi sicure.

Bibliografia

1. Butterfield R.D., Silk J.S., Lee K.H., Siegle G.S., Dahl R.E., Forbes E.E., Ryan N.D., Hooley J.M., Ladouceur C.D., Parents still matter! Parental warmth predicts adolescent brain function and anxiety and depressive symptoms 2 years later, doi: 10.1017/S0954579419001718.

2. Casey B.J., Heller A.S., Gee D.G.,Cohen A.O., Development of the emotional brain doi: 10.1016/j.neulet.2017.11.055. Epub 2017 Dec 5.

3. Eadeh H.M., Breaux R., Nikolas M., A Meta-Analytic Review of Emotion Regulation Focused Psychosocial Interventions for Adolescents, doi: 10.1007/s10567-021-00362-4

4. Guyer AE, Silk JS, Nelson EE. The neurobiology of the emotional adolescent: From the inside out. Neurosci Biobehav Rev. 2016;70:74-85. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.037

5. Güroğlu, B., Adolescent brain in a social world: Unravelling the positive power of peers from a neurobehavioral perspective. European Journal of Developmental Psychology, doi.org/10.1080/17405629.2020.1813101

6. Siegel D.J., La mente adolescente, Raffaello Cortina Editore, 2014

Foto: Envato Elements

Foto: Envato Elements

Enza Maierà

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Emozioni e dirottamento dell'amigdala

/ Enza Maierà /

Le emozioni, regolate dall'amigdala, hanno un ruolo fondamentale nella vita personale, relazionale e lavorativa di un individuo. Comprendere, gestire e regolare la vita emotiva è un compito ed una responsabilità a cui tutti devono essere formati.

L'amigdala è una piccola struttura a forma di mandorla che ha un ruolo fondamentale nel circuito delle emozioni. Il cervello umano ne possiede due e sono localizzate nella profondità degli emisferi cerebrali, destro e sinistro. Essa fa parte di una struttura più complessa definita sistema limbico il cui compito è finalizzato alla regolazione delle emozioni, della memoria, del comportamento e dell'apprendimento. Le altre strutture coinvolte nel circuito emozionale sono il talamo, la neocorteccia e la corteccia prefrontale. Questo circuito raccoglie e interpreta i segnali che provengono dagli organi di senso come vista, udito, olfatto ecc. Ossia dà un significato a ciò che vediamo, udiamo, sentiamo. Alla fine, dagli stimoli vengono attivate svariate emozioni, tra cui gioia, paura, rabbia ecc. L'amigdala è come un sensore di allarme perché riconosce stimoli pericolosi e attiva risposte emotive immediate ed intense. Il compito della corteccia prefrontale è quella di regolare l'azione dell'amigdala e permettere reazioni affettive più equilibrate. L'amigdala è un archivio di emozioni (Goleman,1996). Essa conserva anche ricordi ed esperienze ricche di emozioni che abbiamo vissuto in passato ma di cui non siamo consapevoli, cioè non ricordiamo. Infatti in certi momenti della vita ci può capitare di reagire alle situazioni in modo intenso e inspiegabile. Questo succede perché l'amigdala ha memorizzato quelle esperienze emotive, senza che la parte vigile del cervello, chiamata neocorteccia, ne "sappia qualcosa". Queste sono le memorie inconsce delle nostre emozioni e dei nostri ricordi. Esse sono archiviate nell'amigdala e influenzano le nostre decisioni e le nostre reazioni di vita e quotidiane senza la nostra consapevolezza. A riguardo, un aspetto particolarmente interessante è il ruolo svolto dall'amigdala nell'infanzia, quando diventa una sorta di deposito di ricordi delle prime esperienze emotive. In quel periodo, il legame affettivo con i genitori o con i caregiver ha un'influenza cruciale sulla costruzione della vita emotiva del bambino. Le interazioni, vissute in quei primi anni, lasciano una traccia duratura nei circuiti dell'amigdala.
Da adulti, però, è spesso difficile accedere consapevolmente a quei ricordi ed esprimerli con le parole. Questo perché nell'infanzia il sistema limbico, di cui fa parte l'amigdala, è maturo e attivo. Mentre la corteccia cerebrale e il linguaggio non sono ancora sviluppati. Queste ultime strutture sono importanti per la rievocazione dei ricordi e per la loro espressione linguistica.

La primordiale funzione dell'amigdala è stata quella di rilevare eventuali situazioni di pericolo o di minaccia e attivare comportamenti di attacco, di fuga o di blocco (Cozzolino, 2021). Ciò spiega il ruolo fondamentale che essa ha avuto nella scala evolutiva, dovendo garantire la sopravvivenza, quando la neocorteccia non era ancora sviluppata. In condizioni di percepita minaccia, a volte, la reazione emotiva dell'amigdala è immediata, impulsiva e molto intensa. In questi casi, le forti emozioni generate dalla paura o dalla rabbia possono innescare reazioni violente o irrazionali. Esse avvengono senza il controllo della corteccia prefrontale, che viene bypassata. Ciò genera senso di colpa o di smarrimento in chi compie tali azioni, a dimostrazione del loro carattere impulsivo ed immediato. In tali situazioni, si parla di sequestro neurale o dirottamento operato dall'amigdala. Purtroppo, questi sequestri neurali si verificano con discreta frequenza anche in situazioni meno problematiche, con conseguenze personali e soprattutto relazionali. Pertanto, il ruolo dell'amigdala è cruciale, da paragonare ad una sentinella psicologica che rileva ed analizza ogni situazione, per cogliervi potenziali pericoli. Se da un lato questa azione di controllo è importante perché ci permette di affrontare adeguatamente reali situazioni di pericolo, in altri casi è dannosa. Questo si verifica quando la percezione del pericolo non è correlata alla gravità della situazione, e le reazioni che ne conseguono sono immediate e intense. In merito a queste reazioni emotive e comportamentali il neuroscienziato LeDoux (2000) ha fornito una spiegazione neurobiologica. La sua scoperta ha permesso di individuare l'esistenza di una diramazione di fibre nervose che è parallela a quella che conduce gli stimoli sensoriali alla neocorteccia. Quelle fibre nervose, in questo diverso percorso,

Conoscere e Curare / Cause Biologiche

vanno direttamente all'amigdala. In questo modo viene aggirata la neocorteccia. I segnali che percorrono questa diramazione sfuggono pertanto alla regolazione emotiva e alla coscienza. Le cause che possono contribuire al dirottamento dell'amigdala sono molteplici. Tra essi, dicevamo, vi è lo stress, le esperienze traumatiche passate ed attuali, l'esposizione ripetuta a stimoli che inducono paura (LeDoux, 2000). Ed infine la mancanza di regolazione emotiva. Elevati livelli di stress compromettono il pensiero razionale e la capacità decisionale. Questa situazione di iper-arousal, ossia di ipereccitazione fisica e psicologica, favorisce l'esplosione di forti emozioni con agitazione, tensione, ipervigilanza, aumentata reattività e comportamenti irrazionali. Analoga situazione si sperimenta nel corso di eventi improvvisi, frustranti o dolorosi. In tali casi è necessario mettere in atto un adeguato e consapevole controllo delle emozioni per evitare che essi possano travolgerci. In altri termini, un'inadeguata capacità di regolare le emozioni può rendere difficile controllare l'influenza dell'amigdala sul processo decisionale, portando a risposte impulsive e irrazionali. Altrettanto molteplici sono i fattori che predispongono o facilitano il dirottamento dell'amigdala. I fattori che influenzano il dirottamento dell'amigdala possono essere individuali e ambientali. Tra i primi, giocano un ruolo essenziale i tratti di personalità, le modalità di regolazione e gestione delle emozioni e alcuni processi cognitivi. Gli individui che tendono a percepire le situazioni ambigue come minacciose potrebbero esserne un esempio (Pessoa, 2009). Allo stesso modo, coloro che tendono a prestare attenzione agli stimoli negativi potrebbero essere più inclini ai dirottamenti dell'amigdala (Bar-Haim et al., 2007). Tra i fattori ambientali concorrono la mancanza di coinvolgimento e di supporto sociale, reali o percepiti, associati ad elevati livelli di stress e conseguenti comportamenti reattivi. Analoga influenza è dovuta a certe norme culturali o realtà sociali in cui anche la regolazione e l'espressione delle emozioni è vincolata a delle regole. Quando l'amigdala prende il controllo, dirottamento, proviamo emozioni forti e immediate. Questo porta a reazioni istintive che si rivelano spesso utili perché volte a difenderci o proteggerci. A volte, però, queste reazioni si rivelano impulsive e irrazionali, con conseguenze negative. Si tratta di situazioni in cui, le due intelligenze razionale (neocorteccia) ed emotiva (amigdala e sistema limbico), che dovrebbero essere interconnesse, agiscono in modo indipendente. Quando questo avviene, come nel caso in analisi, si hanno diverse conseguenze come l'alterazione del processo decisionale, la mancata regolazione emotiva e le implicazioni relazionali. Infatti, l'intensità e l'imprevedibilità dei dirottamenti dell'amigdala possono mettere a dura prova le relazioni interpersonali e influire sulle interazioni sociali. Conoscere i meccanismi alla base del dirottamento dell'amigdala, le cause e i fattori predisponenti è essenziale. Questo al fine di attuare percorsi formativi centrati sull'educazione alle emozioni che affianchino e facilitino il corretto sviluppo anche della intelligenza cognitiva. Inoltre, conoscere il dirottamento dell'amigdala può portare a migliori relazioni interpersonali, capacità comunicative e benessere generale. Ma soprattutto è alla base di interventi mirati in quelle condizioni legate alla disregolazione emotiva, come disturbi d'ansia o problemi di gestione della rabbia, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e disturbi dell'umore.

Bibliografia

1. Cozzolino L., Neuroscienze per i clinici, Raffaello Cortina Editore, 2021

2. Goleman D., Intelligenza emotiva, Bur Saggi, 1996

3. LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. Annual review of neuroscience, 23(1), 155-184

4. Bar-Haim Y, Lamy D, Pergamin L, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. Psychol

5. Bull. 2007 Jan;133(1):1-24. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.1. PMID: 17201568.

6. Pessoa L. How do emotion and motivation direct executive control? Trends Cogn Sci. 2009 Apr;13(4):160-6. doi: 10.1016/j.tics.2009.01.006. Epub 2009 Mar 13. PMID: 19285913; PMCID: PMC2773442.

7. Orji, L. C., Ita, U. A. (2024), Amygdala Hijack: Contemporary Insights into Causes, Correlates and Consequences. African Journal of Health, Nursing and Midwifery 7(3), 102-111. DOI: 10.52589/AJHNMK-QM0NM27

Foto: Envato Elements

Enza Maierà

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Dieta occidentale, cibo fritto e depressione

/ Francesco Franza /

La tipica dieta occidentale può causare problemi alla salute delle persone. L'ipertensione, obesità, diabete, malattie cardiovascolari sono solo alcuni di questi problemi. Ma questa dieta può avere conseguenze sulla salute mentale? Il cibo fritto può aumentare il rischio di depressione?

La cucina occidentale è ricca di grassi e di carboidrati. I tanto diffusi fast-food ne sono pieni. È una dieta amata da tutte le generazioni, dai bambini agli anziani, da uomini e donne, da tutte le classi sociali. Sembra che il mondo occidentale non possa fare a meno di questa dieta ricca di cibi fritti. Gli esperti delle diete sane combattono la dieta occidentale con tutte le forze e le evidenze scientifiche. Sostengono nella loro battaglia la necessità di regimi alimentari adeguati ed equilibrati, così come la dieta mediterranea o una dieta ricca di verdure. La maggior parte della popolazione occidentale ne è consapevole. Bisogna evitare una dieta ricca di grassi e di cibi fritti. Il risultato di questo allarme è che la dieta propinata dai fast-food non ha rivali in Occidente. La dieta ricca di cibi fritti, tipica dei fast-food sembra stia vincendo questa battaglia. Ci sarà un motivo. Uno dei cibi più amati dai seguaci della dieta occidentale sono le patatine fritte. Esse sono un connubio perfetto di sale, zucchero e grassi. La loro equilibrata mistura è responsabile del cosiddetto "punto di beatitudine" (Asaro, 2024). Questo è il punto in cui i livelli di salinità, di dolcezza, di consistenza e di ricchezza di odori e di sapori è percepito come "quello giusto". I fast-food hanno imparato l'arte di combinare gli ingredienti per conferire la sensazione deliziosa del prodotto finito. Il punto di beatitudine rilascia dopamina nel cervello innescando sensazioni di piacere. Ma quanto è effimero questo punto di piacere. È responsabile di un possibile rischio di dipendenza così come evidenziati negli studi del gruppo cagliaritano di Gessa e Pani (1997). I loro topini di laboratorio diventavano dipendenti da patatine fritte. Una scarica di dopamina invadeva il loro cervello. Negli ultimi anni il rapporto tra alimentazione e salute mentale ha acquisito un notevole interesse. L'assunzione di una dieta sana o mediterranea è associata a un ridotto rischio di depressione (Guasch-Ferré & Willett, 2021). Questa dieta è associata a un consumo elevato di frutta, verdura, noci e legumi e un consumo solo occasionale di carne rossa (Firth et al. 2020). I benefici per la salute della dieta mediterranea comprendono la riduzione dell'incidenza e della mortalità cardiovascolare, del diabete, della sindrome metabolica, dell'incidenza di alcuni tumori e della funzione cognitiva. I possibili meccanismi alla base dei vantaggi della dieta mediterranea possono essere associati a quelli dell'asse intestino-cervello. Una dieta ricca di fibre agendo su questo asse sembra che riduca il rischio di depressione (Loughman et al., 2021). Tutto questo è un bene. Però nel mondo occidentale va ancora di moda una dieta ricca di grassi e di fritti. La frittura di alimenti (patatine, cotolette, la Wiener Schnitzel) dà ancora molte soddisfazioni al palato. Raggiunge facilmente il "punto di beatitudine". La frittura degli alimenti può modificare la composizione dei nutrienti della dieta e può produrre sostanze chimiche pericolose per la salute. L'acrilamide è una di queste sostanze. Essa è generata soprattutto negli alimenti ricchi di carboidrati come le patatine fritte. L'acrilamide è considerata uno dei fattori di rischio più importanti per diversi disturbi. Tra questi ci sono i disturbi neurologici, l'obesità, la sindrome metabolica, le malattie cardiovascolari e i sintomi depressivi (Cai et al., 2025). Cosa fa l'acrilamide? Sembrerebbe che una esposizione cronica a questa sostanza possa indurre uno stress ossidativo del metabolismo dei lipidi. L'esposizione cronica alla acrilamide si ha quando tutti i giorni, tutti i mesi si consuma una dieta occidentale. Ciò indurrebbe la produzione dei cosiddetti radicali liberi che danneggiano le membrane cellulari dei neuroni con conseguente degenerazione degli stessi. Ricordiamo che i radicali liberi sono delle molecole o atomi instabili che rubano elettroni ad altre molecole destabilizzandole. La conseguenza è lo stress ossidativo delle cellule che a sua volta produce una aumentata neuroinfiammazione che danneggia le cellule nervose. Sembra, tuttavia, che il meccanismo sia associato a una progressiva degenerazione delle spine dendritiche dei neuroni che si sfoltiscono. Uno studio condotto dal gruppo cinese di Wang (2023) su 140728 partecipanti ha evidenziato un incremento del rischio di depressione e di ansia su coloro che mangiavano cibo fritto per molto tempo. Il rischio di un incremento dell'ansia si manifestava nel 7% e della depressione nel 12% rispetto alla popolazione che aveva una dieta regolare. Lo stesso studio ha dimostrato il maggior rischio di ammalarsi che si verificava nei giovani maschi. Le donne fanno una dieta migliore? Questo studio ha mostrato anche che una esposizione cronica al consumo di patatine fritte determinava una produzione costante e continua di acrilamide. Questa continua e massiva spinta portava ad una compromissione della barriera ematoencefalica. Si osservava di conseguenza una alterazione del metabolismo lipidico e della struttura della membrana delle cellule nervose ricche di lipidi. L'acrilamide induceva una tossicità delle cellule nervose agendo direttamente sulle vescicole sinaptiche dei neuroni in cui sono trasportati i neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina e dopamina). La conseguenza è la riduzione di queste molecole con aumentato il rischio di depressione (Wang, 2023). Il consumo di cibo fritto è molto diffuso. La dieta occidentale è ricca di cibo fritto e la popolazione sembra che non ne possa fare a meno. La dieta con alimenti fritti dà soddisfazione al palato, al gusto, alla vista. È una dieta che dà piacere. Il raggiungimento del "punto di benessere" trova la sua massima espressione nella dieta con il consumo di patatine fritte. Questo tipo di dieta dà una scarica di dopamina. Ma è una dieta che a lungo termine provoca danni fisici e psicologici. I danni fisici sono sotto gli occhi di tutti. Il numero di persone obese e diabetiche nel mondo occidentale è un allarme sociale sanitario. Ma questo tipo di dieta ricca di grassi è responsabile anche di un incremento del rischio di depressione e di ansia. La piccola molecola dell'acrilamide si insidia nelle cellule del cervello e provoca danni (Wang, 2023). Ma non si può non

godere di un gustoso piatto di patatine fritte. Il segreto è non eccedere e mangiarne per il lungo tempo. Basta gustare appieno, godere l'attimo della scarica di dopamina e ricordarsi della dieta: il troppo storpia. Ovviamente chi abusa di cibo fritto non è automaticamente un candidato alla depressione e all'ansia.
Potrebbe avere solo un aumentato rischio di ammalarsi. Va sottolineato sempre che la causa della depressione è multifattoriale. Agiscono fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e dietetici. In conclusione «è meglio mangiare sano e vivere sani invece che mangiare male e vivere male» (citazione Catalano/Diderot). Però ogni tanto un bel piatto di patatine fritte ci fa raggiungere il "punto di beatitudine".

Bibliografia

1. Asaro A. The Scientific Reason Why McDonald's Fries Are So Good. Updated on Sep. 07, 2024

2. Cai C, Song Z, Xu X et al. The neurotoxicity of acrylamide in ultra-processed foods: interventions of polysaccharides through the microbiota-gut-brain axis. Food Funct. 2025 Jan 2;16(1):10-23.

3. Firth J, Gangwisch JE, Borisini A, Wootton RE, Mayer EA. Food and mood: how do diet and nutrition affect mental wellbeing? BMJ. 2020 Jun 29;369:m2382.

4. Guasch-Ferré M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. J Intern Med. 2021 Sep;290(3):549-566.

5. Loughman A, Staudacher HM, Rocks T, Ruusunen A, Marx W, O Apos Neil A, Jacka FN. Diet and Mental Health. Mod Trends Psychiatry. 2021;32:100-112.

6. Pani L, Gessa GL. Evolution of the dopaminergic system and its relationships with the psychopathology of pleasure. Int J Clin Pharmacol Res. 1997;17(2-3):55-8.

7. Wang A, Wan X, Zhuang P et al. Y. High fried food consumption impacts anxiety and depression due to lipid metabolism disturbance and neuroinflammation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2023 May 2;120(18):e2221097120.

Foto: Envato Elements

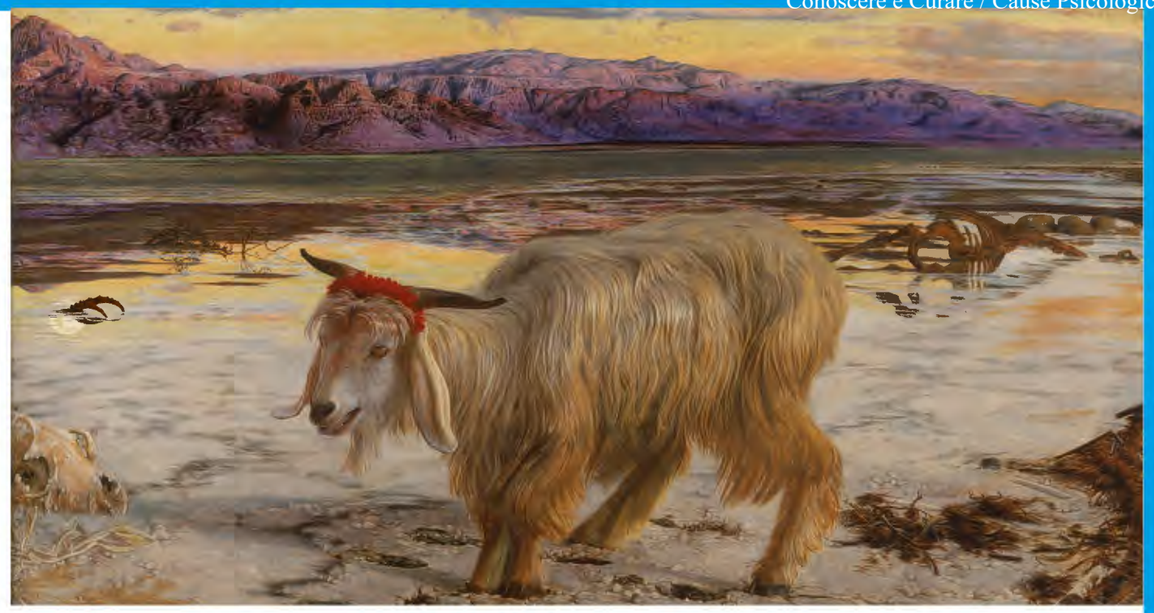
Francesco Franza
Medico Psichiatra
Direttore Responsabile

Sono la nota stonata! Il capro espiatorio

/ Immacolata d'Errico/

Il capro espiatorio è la vittima di un meccanismo difensivo da parte di un sistema sociale, familiare o intrapsichico. Può trattarsi di una persona o di un gruppo di persone, su cui vengono proiettate colpe altrui. Con la finalità di mantenere l'equilibrio.

Questo è un tema profondo dove la psicologia, la filosofia, la sociologia e la psichiatria vanno a braccetto! In un contesto psichiatrico e psicoterapeutico il capro espiatorio assume il significato di meccanismo difensivo. La proiezione e la identificazione proiettiva. Proiezione: meccanismo difensivo attraverso cui si attribuisce ad altra persona (o a un gruppo) emozioni e/o cose che non si riesce ad accettare dentro di sé. Identificazione proiettiva: non solo proiettiamo sull'altro parti che noi rinneghiamo, ma anche spingiamo l'altro a identificarsi con le nostre proiezioni e con il comportamento rinnegato. Attraverso la proiezione e la identificazione proiettiva viene mantenuta una percezione positiva di sé, negando le proprie responsabilità (1). Questo è un fenomeno antico come l'uomo. L'espressione deriva dalla Bibbia (Levitico 16), dove un capro veniva simbolicamente caricato dei peccati del popolo e poi scacciato nel deserto. Il popolo ha sempre avuto bisogno di un capro espiatorio. Una comunità rafforza la sua coesione concentrando la sua aggressività su una vittima. Il nemico esterno permette di rafforzare i confini identitari del gruppo. Dai sacrifici umani alla caccia alle streghe, e linciaggi e sobillamenti, risalgono sin dai tempi della preistoria. Catastrofi, epidemie, carestie e cattivi raccolti, ma anche invidia e frustrazione possono portare al bisogno di identificare un colpevole. Di fronte all'incomprensibile (come la peste ad esempio), si costruisce una spiegazione coerente e condivisa. Questo fenomeno era una forma di contenimento simbolico dell'angoscia e della paura, rafforzando la coesione interna del gruppo (2). Nel Medioevo vi erano popolari riti catartici e liberatori dove una figura simbolica veniva caricata di significati negativi e scacciata. Un fantoccio, un animale o persino una persona ai margini della società potevano essere sacrificati a scopo purificatorio. In questa epoca la figura di capro espiatorio è profondamente legata alla religione, alla superstizione ed è espressione delle dinamiche sociali dell'epoca. Ricordiamo la persecuzione degli eretici, ad es. i catari e i valdesi per sanare crisi sociali e politiche. Accusarli di alleanze con il diavolo serviva a consolidare e fortificare l'unità religiosa e politica della Chiesa. La persecuzione di ebrei durante pestilenze o carestie, accusati di avvelenare i pozzi. Le persecuzioni servivano a fornire una causa certa a spaventosi eventi incontrollabili come la Peste Nera (3). Verso la fine del Medioevo, nel passaggio verso l'epoca rinascimentale comparve il fenomeno dei processi per stregoneria. Molte donne divennero capri espiatori per spiegare fenomeni naturali inspiegabili e rassicurare così gli animi. Durante il Rinascimento (XIV-XVI secolo), il capro espiatorio sarà religioso (vedi le guerre di religione). Politico (le lotte per il potere tra monarchie, città-stato e potenze religiose), per cui individui scomodi per la fazione politica del momento venivano accusati di tradimento ed eliminati. Al fine di placare tensioni interne o consolidare un potere traballante. Sociale dove le minoranze etniche o religiose (come gli ebrei) furono spesso usate come capri espiatori. Ricordiamo i nemici interni da sacrificare nella Rivoluzione francese, nei totalitarismi in politica del XX secolo (nazismo, stalinismo per citarne alcuni). Nella società contemporanea osserviamo il capro espiatorio mediatico, ad esempio, nella caccia al colpevole dei media producendo così una catarsi sociale spesso più emotiva che razionale. Il capro espiatorio viene cercato nei conflitti identitari. Immigrati, minoranze e stranieri: nelle crisi economiche o sociali. Qui l'altro viene identificato come fonte del problema. Lo osserviamo nei discorsi populisti, dove i migranti, ad esempio, sono il bersaglio di ansie per il lavoro, la sicurezza o per l'identità culturale. Una figura sacrificabile emerge spesso anche nei gruppi sociali (scuole, aziende, comunità). Su questa figura convergono tensioni interne non elaborate in momenti di difficoltà. Così, a volte in modo poco consapevole, la maggioranza si schiera contro una minoranza (anche singola persona), attaccandola, svalutandola, criticandola. Minoranza che diviene responsabile del disfunzionamento del gruppo. "Sono la nota stonata" utilizzata nel titolo deriva dalla descrizione di una mia amica delle dinamiche gruppali presenti nell'azienda dove lavora. Nel campo della psichiatria non è



raro osservare il fenomeno del capro espiatorio. In una famiglia disfunzionale, creare il capro espiatorio aiuta il resto della famiglia a mantenere il controllo. La famiglia sarebbe sana e più felice se non ci fosse quel dato individuo con i suoi problemi! Nel sistema famiglia le tensioni generano alleanze, coalizioni e triangolazioni tra due o più membri del gruppo. E portano all'individuazione del paziente designato, che è colui che assume su di sé il carico emotivo dell'intera sofferenza della famiglia, per mantenerne l'unità e la stabilità. I sintomi psichici del paziente designato/capro espiatorio rappresentano una soluzione, nel loro essere patologici, per proteggere la famiglia. Nella maggioranza dei casi sono i figli a far la parte del capro espiatorio. In questa dinamica non è possibile individuare, però, vittime e colpevoli. Questo processo relazionale è un processo circolare. Da una parte i genitori cercano di risolvere le proprie difficoltà coniugali coinvolgendo il figlio. Dall'altra, il figlio sceglie di sacrificarsi e assumere su di sé la responsabilità di risolvere le difficoltà della sua famiglia. Qui il processo di identificazione proiettiva viene portato all'estremo. I genitori identificano nel figlio parti negative e indesiderate di sé e lo spingono a comportarsi nei modi tipici di quell'identità negativa proiettata. Così il bambino viene indotto a identificarsi con le proiezioni del genitore (4). Spesso il figlio svalutato viene confrontato con il figlio prediletto idealizzato e coccolato che corrisponde alle aspettative del genitore. Scelto perché il genitore si proietta in quelle qualità positive che ha sempre desiderate per sé, oppure perché più facile da gestire. Oppure scelto perché più bisognoso consentendogli di giocare il ruolo del genitore perfetto. Entrambe le tipologie di figli si conformano alle proiezioni dei loro genitori per restarne in contatto e ridurre tensioni e conflitti. Il figlio d'oro vissuto attraverso elogi e privilegi non meritati, lotterà con un sottostante senso di vuoto, mentre il capro espiatorio porterà con sé senso di impotenza e vergogna. Altre conseguenze sul piano psichico possono essere scarsa autostima, depressione, ansia, disturbi psicosomatici (1). La guarigione o il miglioramento del capro espiatorio (la sua ribellione) tenderà a far reagire il sistema famiglia che cercherà di ripristinare lo status quo ante. Infatti, il sottrarsi del capro espiatorio sposterà l'equilibrio e questo metterà in crisi la famiglia, costretta a mettere in discussione le proprie dinamiche interne. Gli esseri umani cercano un capro espiatorio quando non riescono a mettere in discussione parti di sé scomode o rinnegate. Il bisogno di coerenza narrativa in personalità rigide e con funzionamento fragile fa sì che vengano scaricate sull'esterno le responsabilità dei fallimenti. Il male non è in me, ma fuori di me. Una forma di difesa dell'Io funzionale alla sopravvivenza: senza un persecutore esterno, l'angoscia interna rischia di non trovare forma. La ricerca di un capro espiatorio, in conclusione, dà senso al dolore, protegge dall'instabilità interna e legittima reazioni forti (rabbia, vendetta, chiusura).

Bibliografia

1. https://www.ubiminor.org/interventi/esperienze-educazioni/4389-identificazione-proiettiva-nella-famiglia-narcisistica.html

2. https://www.geopop.it/capri-espiatori-da-dove-deriva-il-nostro-bisogno-di-vittime-sacrificali/

3. https://vasodipandora.online/capro-espiatorio-un-colpevole-da-immolare-la-storia-e-lorigine-psicologica/

4. https://psicologinews.it/il-paziente-designato-in-terapia-da-capro-espiatorio-a-risorsa-nell-ottica-sistemico-relazionale/

Foto: Envato Elements

Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

“Lo farò domani”. Il procrastinare tra adolescenza e vita adulta

/ Antonella Vacca /

Procrastinare non è solo un’abitudine, ma spesso un modo per evitare emozioni difficili. In adolescenza e in età adulta, può diventare una trappola identitaria. Questo articolo esplora il fenomeno con uno sguardo clinico, per comprendere il significato del “rimandare” e le sue implicazioni psicologiche.

Procrastinare o rimandare un compito importante non è segno di pigrizia, ma una modalità frequente di regolazione emotiva. Secondo Sirois (2007), si evita un’azione non perché priva di senso, ma perché genera disagio: ansia, paura di fallire, frustrazione. Secondo la teoria della motivazione temporale (Steel & König, 2006), tendiamo a procrastinare perché preferiamo una gratificazione immediata. Scegliamo, ad esempio, di guardare una serie TV o scorrere i social a un compito meno piacevole ma importante. Questo accade perché il valore di una ricompensa futura diminuisce quanto più è lontana nel tempo (“delay discounting”). Chi procrastina sperimenta spesso un senso crescente di ansia, che si intensifica con l’avvicinarsi della scadenza. Questo ciclo può generare frustrazione, senso di colpa, vergogna e un progressivo calo dell’autostima (Flett et al., 2016). Il sollievo provato nel completare il compito all’ultimo minuto funziona come un potente rinforzo negativo, che consolida l’abitudine del rimando. Evitiamo il compito per sfuggire all’ansia, e finiamo per rinforzare proprio ciò che la alimenta. In realtà, l’ansia cresce man mano che la scadenza si avvicina, finché non raggiunge un livello tale da spingere all’azione. È in quel momento che il ciclo si ripete, rinforzando l’idea che si può funzionare solo sotto stress (Tice & Baumeister, 1997). Si sceglie allora una gratificazione immediata – guardare il telefono, sistemare qualcosa – al posto dell’attività impegnativa. Il sollievo provato rafforza questa scelta (Flett, Haghbin & Pychyl, 2016), innescando un circolo vizioso. Il compito viene evitato finché la pressione non diventa ingestibile, e solo allora si agisce. L’adolescenza è una fase delicata, in cui si è chiamati a costruire una visione di sé, a distinguersi dagli altri e a compiere scelte sempre più autonome. In questo contesto, procrastinare può assumere una funzione protettiva. Rinviare un compito o una decisione permette di prendere tempo, mantenere un senso di controllo e allontanare il rischio di fallire o deludere. Durante l’adolescenza, il rimandare può diventare una difesa contro l’ansia da prestazione o da giudizio. Molti ragazzi alternano momenti di iperattività ad altri di blocco e ritiro. Beutel et al. (2016) infatti, spiegano che procrastinare protegge l’identità: si rinvia ciò che può farci sentire inadeguati. Questo è tipico in ragazzi perfezionisti, che pensano: “se non lo faccio perfettamente, meglio non farlo”. In questa fase, il rimandare può avere molte funzioni: evitare delusioni, sfuggire a pressioni familiari o scolastiche, mantenere il controllo. Ma se diventa cronico, può portare a vissuti depressivi, ritiro sociale e scolastico, sensazione di inefficacia. Molti adulti rimandano scelte o attività importanti pur essendo funzionali in altri ambiti. Il procrastinare diventa una strategia per evitare emozioni spiacevoli e conservare un’identità stabile anche se insoddisfacente. Il rimandare non è solo disorganizzazione, ma una forma di protezione: cambiare lavoro, affrontare un conflitto, o iniziare una terapia può sembrare minaccioso. Il perfezionismo, secondo Steel e König (2006), è un fattore cruciale: più il sé ideale è elevato, più si teme di non essere all’altezza. Per chi ha vissuto il rimando con vergogna fin da giovane età, l’adulto può portare dentro di sé l’etichetta di inconcludente, rafforzando l’evitamento. Dal punto di vista clinico, la procrastinazione segnala un conflitto tra il desiderio di agire e la paura del cambiamento. Spesso si accompagna a un dialogo interno rigido: “non valgo nulla”, oppure “non è il momento giusto”. Nell’approccio costruttivista post-razionalista (Guidano, 1991), questo comportamento viene letto come espressione di un’organizzazione interna che tenta di mantenere coerenza, anche a costo di sacrificare l’azione. Arciero

Conoscere e Curare / Cause Psicologiche

e Bondolfi (2009) sottolineano che l’agire è influenzato dalla percezione soggettiva del tempo, del valore personale e della “coerenza narrativa del sé”. Le strategie comportamentali – come suddividere i compiti o ridurre le distrazioni – sono utili, ma non risolutive se non si lavora sul significato emotivo del compito evitato. Foroux (2024) suggerisce di chiedersi: “Perché lo sto facendo?”. Il legame con la motivazione personale è più efficace di qualsiasi promemoria. Van Eerde e Klingsieck (2018), in una metanalisi, indicano che gli interventi più efficaci integrano aspetti emotivi, cognitivi e relazionali. In psicoterapia quindi, il rimandare può diventare il punto di partenza per esplorare l’identità, riformulare il perfezionismo e costruire un senso di sé più flessibile. La procrastinazione non è un vizio da correggere, ma un messaggio da comprendere. È il segnale di un conflitto tra sicurezza e cambiamento, tra ciò che si sente e ciò che ci si aspetta da sé. In adolescenza come in età adulta, può cronicizzarsi se non viene ascoltata. Il giovane che rimanda non è semplicemente distratto o pigro. Sta cercando, spesso inconsapevolmente, di capire chi è, cosa vuole, e come può rispondere alle richieste del mondo senza perdere sé stesso. Alcune persone riferiscono di procrastinare da sempre, come se ci fosse “una parte di sé” che teme di agire. Questo blocco, se letto in profondità, può raccontare una difficoltà nel riconoscere e regolare le proprie emozioni, oppure nel tollerare l’incertezza legata al cambiamento. Un percorso psicoterapeutico consente di rileggere il rimando non come un errore, ma come il bisogno di coerenza, protezione e senso. Solo riconoscendone le radici emotive si può trasformare il blocco in possibilità di crescita.

Bibliografia

1. Amarnath A. et al. (2023). Internet Interventions, 32, 100612.
2. Arciero G., Bondolfi G. (2009). Selfhood, Identity and Personality Styles. Wiley-Blackwell.
3. Beutel M.E., Klein E.M., Brähler E. et al. (2016). PLOS ONE, 11(2).
4. Flett A.L., Haghbin M., Pychyl T.A. (2016). Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 34, 169–186.
5. Foroux D. (2024). Fallo oggi. Milano: Apogeo.
6. Guidano V.F. (1991). The Self in Process. New York: Guilford Press.
7. Sirois F.M. (2007). Personality and Individual Differences, 43(1), 15–26.
8. Steel P., König C.J. (2006). Academy of Management Review, 31(4), 889–913.
9. Tice D.M., Baumeister R.F. (1997). Psychological Science, 8(6), 454–458.
10. Van Eerde W., Klingsieck K.B. (2018). Educational Research Review, 25, 73–85.

Sitografia

11. APA Stress Survey (2014): https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2014/stress-report
12. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8634399/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8634399/

Foto: Envato Elements

Antonella Vacca

Psicologa Clinica Psicoterapeuta

Redattrice

Conoscere e Curare / Diagnosi

Le abilità dell'intelligenza

/Enza Maierà /

Le nuove conoscenze sul funzionamento e sull'organizzazione del cervello hanno stravolto la preesistente concezione della predominanza della corteccia prefrontale, considerata la principale sede dell'intelligenza.

Le nuove conoscenze sul funzionamento e sull'organizzazione del cervello hanno modificato la precedente concezione della corteccia prefrontale che veniva considerata la sede principale dell'intelligenza. Il complesso di studi a riguardo ha fornito nuove conoscenze sulla struttura e sul funzionamento del cervello che ora conosciamo come struttura plastica e articolata. Plastica nel senso che, nel corso della vita, il cervello può imparare, cambiare e riorganizzarsi in base a nuove esperienze, nuovi stimoli o nuovi apprendimenti. Articolata nel senso che, il cervello è composto da tante zone diverse, collegate tra loro, ognuna con funzioni specifiche ma che lavorano insieme. In altri termini, il sistema nervoso centrale è formato da miliardi di neuroni collegati tra loro a formare un complesso di moltissime reti neurali. Queste reti neurali sono interconnesse e interdipendenti ossia lavorano insieme e dipendono l'una dall'altra. Analoga connessione avviene col corpo, tramite numerose vie di comunicazione, di natura chimica e nervosa e l'ambiente esterno. Il risultato di questa complessa rete di comunicazione del cervello ha arricchito il nostro concetto di intelligenza. Oggi non la consideriamo solo come capacità logica o razionale, ma anche come un'abilità che coinvolge i sensi, le emozioni, l'esperienza. Questa abilità include la conoscenza di sé, la gestione delle emozioni e la capacità di affrontare le sfide della vita. Diverse zone del cervello, tra loro collegate, concorrono a realizzare i diversi aspetti dell'intelligenza. Si è sempre ritenuto che le abilità, ossia le capacità mentali, necessarie allo sviluppo dell'intelligenza fossero solo di natura cognitiva. Legate cioè alla capacità intellettiva di acquisire informazioni, comprenderle, memorizzarle, risolvere problemi, ragionare in modo logico e astratto. Inoltre si riteneva che la corteccia prefrontale fosse la sola struttura cerebrale in cui queste abilità venivano gestite. Di conseguenza, anche il famoso quoziente intellettivo (QI) si basava sulla misurazione di queste capacità. Su di esso venivano costruiti i percorsi scolastici, educativi e professionali, oltre ai giudizi sulle persone. Questa interpretazione dell'intelligenza ha influenzato il modo di valutare gli individui, in tutti gli ambiti, culturali, lavorativi e scolastici. Ma oggi sappiamo che questa visione ha prodotto valutazioni parziali e limitanti, specialmente nel settore educativo. Anche in questo ambito i percorsi di crescita e le valutazioni dovrebbero tener conto di tutte le forme di intelligenza, non solo di quella logico-razionale. Per esempio, in campo scolastico, questo criterio di valutazione basato sul QI, trascura aspetti fondamentali della vita degli studenti. Tra questi aspetti ci sono le emozioni, le esperienze personali, l'ambiente in cui essi vivono, il modo in cui si relazionano. Viene spesso trascurata anche la motivazione, che nasce dall'equilibrio tra fattori personali e contesto relazionale. Ignorare queste componenti dell'intelligenza significa ridurne il significato a quello di nozionismo e di competenza tecnica e questo comporta evidenti danni educativi, formativi e personali. Analoghe riflessioni vanno estese in tutti i contesti sociali e professionali, dove vengono applicati questi criteri restrittivi.

In sintesi tutti i programmi di formazione e valutazione dovrebbero tener conto delle diverse abilità che costituiscono l'intelligenza. La regolazione delle emozioni e la conoscenza di sé e degli altri rappresentano le basi della cura di sé e della relazione con gli altri. Queste sono competenze fondamentali dell'intelligenza e sono rilevanti per il successo personale e l'adattamento sociale. L'intelligenza nozionistica, fondata esclusivamente sull'accumulo di conoscenze, non è sufficiente per affrontare la complessità della vita né per coglierne le opportunità. A tal proposito Goleman (1999) sostiene che l'attitudine emozionale è una meta-abilità, ossia una competenza di livello superiore. Con questa definizione Goleman vuole sottolineare l'importanza dell'intelligenza emotiva nell'influenzare più efficacemente le altre abilità, comprese quelle cognitive. Anche Galimberti (2007) sottolinea l'importanza di introdurre nella scuola programmi specifici sull'intelligenza emotiva per fornire ai giovani, strumenti adeguati a una gestione consapevole e matura della propria vita affettiva. Tali programmi dovrebbero concentrarsi sull'apprendimento di tecniche basate alla autoconsapevolezza, alla regolazione delle emozioni, alla comprensione empatica degli altri. Queste abilità favoriscono lo sviluppo personale e prevengono problemi emotivi e disadattivi che sfociano spesso in comportamenti aggressivi, ribelli e in disturbi ansiosi o depressivi. Per questo motivo, è importante avviare un cambiamento nei progetti educativi e indirizzarli verso una nuova forma di interventi che siano centrati sulla persona. Gli interventi dovrebbero tener conto dei bisogni, delle potenzialità e delle fragilità dei ragazzi, considerare il loro vissuto personale e familiare, passato e presente. Inoltre, il percorso educativo va condiviso e sostenuto anche dalle figure genitoriali o da altri adulti significativi nella vita dei giovani. Dare una definizione univoca dell'intelligenza è complesso. Alla luce delle più recenti conoscenze, possiamo considerarla come l'insieme di diverse abilità cognitive emotive e sociali, tra loro profondamente interconnesse. Per semplificare il concetto, possiamo suddividere l'intelligenza in tre categorie principali: cognitiva, emotiva e sociale a cui si aggiunge la consapevolezza di sé. L'intelligenza emotiva comprende la capacità di riconoscere, nominare e regolare le emozioni. L'intelligenza sociale si riferisce, invece, alla comprensione del punto di vista degli altri e alla capacità di provare simpatia, empatia e compassione. La consapevolezza di sé riguarda la capacità di riflettere su sé stessi e di assumersi la responsabilità delle proprie azioni. Queste abilità emotive e sociali sono interconnesse tra

loro così come lo sono le diverse abilità cognitive (Cozzolino,2021). Secondo Goleman (1999) l'uomo è dotato di due menti, una che pensa, l'altra che sente. Si tratta di due forme di conoscenza diverse ma che interagiscono armonicamente tra loro. Dal punto di vista evolutivo, la neocorteccia, sede delle funzioni razionali si è sviluppata milioni di anni dopo i centri emozionali, oggi noti come sistema limbico. Ciò fa comprendere che il cervello emozionale esisteva prima di quello razionale e che è stato cruciale per la sopravvivenza della specie. Oggi, questo stesso cervello emozionale continua a svolgere un ruolo essenziale, arricchito da nuove funzioni nate dall'evoluzione cerebrale: non solo sopravvivere, ma dare senso alla vita. Sempre Goleman (1999) definisce intelligenza emotiva come "la capacità di motivare se stessi e di persistere nel perseguire un obiettivo nonostante le frustrazioni; di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione; di modulare i propri stati d'animo evitando che la sofferenza ci impedisca di pensare; e, ancora la capacità di essere empatici e di sperare". Con questa visione anche il pensiero di Borgna (2024) affermava che "noi conosciamo le cose non solo con la ragione astratta e calcolante ma anche con le ragioni del cuore". Il progressivo sviluppo della tecnologia ha favorito l'ampliamento della conoscenza e della informazione, potenziando l'intelligenza cognitiva e razionale. Tuttavia questo progresso è avvenuto a scapito dell'intelligenza emotiva e sociale che si fondano sulla relazione umana e sulla comunicazione profonda. La comunicazione mediata dalla tecnologia tende a indebolire forme espressive come la fisicità, gli sguardi, i gesti che veicolano e mettono in relazione aspetti umani. Sono proprio questi elementi che permettono al linguaggio delle emozioni, degli stati d'animo, dei desideri e dei bisogni, di emergere senza ostacoli, senza frontiere. Il vero prerequisito della conoscenza è quindi realizzare l'accesso alla complessità e alla profondità della esperienza umana. Comunicare non è solo trasmettere informazioni ma entrare in relazione con sé stessi e con gli altri attraverso il potente mezzo dell'intelligenza emotiva. Questo processo interattivo, dinamico, tramite la corporeità, permette un'autentica conoscenza perché tramite essa si manifesta il senso della vita e il potenziale umano più profondo. Sotto questo aspetto, la tecnologia, pur con i suoi innegabili vantaggi, ha evidenziato i suoi limiti perché sta privando l'intelligenza umana, del nutrimento relazionale ed emotivo. Non basta avere una buona intelligenza cognitiva se non si è in grado di conoscere, definire e regolare le proprie emozioni. Bisogna invece saper gestire le relazioni e le informazioni, affrontare situazioni di stress e gli ostacoli della vita. Si tratta di acquisire abilità che vanno oltre la razionalità. Lo scarso sviluppo dell'intelligenza emotiva e sociale comporta spesso obiettivi personali falliti, frustrazioni, senso di inadeguatezza, aggressività fino all'isolamento sociale e alla chiusura depressiva. Per tali motivi, è importante educare a questi principi conoscitivi che vanno applicati in ogni ambito della vita personale, sociale e lavorativa

Bibliografia

1. Borgna E., L'arcipelago delle emozioni, Universale Economica Feltrinelli/saggi,2024
2. Cozolino L., Neuroscienze per i clinici, Raffaello Cortina Editore,2021
3. Galimberti U., L' ospite inquietante- il nichilismo e i giovani, Serie Bianca Feltrinelli, 2007
4. Goleman D., Intelligenza emotiva- che cos'è perché può renderci felici, Bur/ saggi, 1999

Foto: Envato Elements

Enza Maierà

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

L'apatia tra neurologia e psichiatria

/ Gianfranco Del Buono /

Negli ultimi anni, si è tentato di approfondire la definizione di apatia, come sintomo transdiagnostico, cioè presente in varie patologie sia di tipo psichiatrico che neurologico. Mentre la psichiatria ha evidenziato tre dimensioni centrali dell'apatia: comportamento/cognizione, emozione, interazione sociale. Invece, in Neurologia, le tre dimensioni sono state declinate in: iniziativa, interesse e espressione / responsività emotiva.

L'apatia è un sintomo che supera i tradizionali confini delle malattie, presentandosi in molte situazioni cliniche differenti, sia in ambito neurologico che psichiatrico. Infatti, è il sintomo comportamentale e psicologico più comune nelle persone affette dalla malattia di Alzheimer e dalla malattia di Huntington. È prevalente in altre malattie neurodegenerative, come la malattia di Parkinson e la demenza vascolare. Si riscontra anche frequentemente in persone colpite da ictus e lesioni cerebrali traumatiche (Robert et al, 2018). Ma l'apatia è presente anche in alcuni disturbi mentali come la depressione e i disturbi dello spettro schizofrenico (Robert et al., 2018). In quanto sintomo presente e pervasivo in molti disturbi neurocognitivi, neurodegenerativi e psichiatrici, prende il nome di fenomeno transdiagnostico. Le definizioni tradizionali definiscono l'apatia come una riduzione o assenza della motivazione e della persistenza di un comportamento finalizzato (in cui la persona ha l'intenzione di raggiungere un obiettivo). Anche le emozioni e i pensieri (l'interesse, il desiderio) hanno un ruolo importante nella definizione di questo fenomeno clinico (Lyngstad et al., 2023). In questa prospettiva potremo definire l'apatia come una sindrome multidimensionale. Nel 2018, durante il 26° Congresso Europeo di Psichiatria a Nizza (Francia), una task force ha raggiunto un accordo sui criteri diagnostici dell'apatia. Sono stati così parzialmente modificati i criteri emanati nel 2008, in un precedente Convegno dell'EPA (European Psychiatric Association). Questa revisione dei criteri è finalizzata a migliorare la descrizione clinica e la valutazione dell'apatia nei disturbi cerebrali in generale nell'ambito della pratica clinica e della ricerca (Robert et al., 2018). Proviamo a discutere brevemente i criteri che definiscono questo sintomo. Cerchiamo di comprendere le modificazioni introdotte nel 2018 nei quattro criteri diagnostici dell'apatia. L'apatia è definita come una riduzione delle attività finalizzate, rispetto a quanto precedentemente fatto dalla persona. Non si è utilizzato più il termine motivazione, come succedeva in precedenti tentativi di definizione. Questa è stata una scelta pratica, perché i comportamenti finalizzati sono più facili da osservare e descrivere rispetto alla motivazione. Infatti, la motivazione è uno stato interiore che può essere dedotto solo dall'osservazione del comportamento. Altra novità è stata la preferenza data al termine dimensione, rispetto al termine precedente di dominio, per sottolineare la sovrapposizione tra le varie aree oggetto di interesse. Nel criterio B, l'apatia è considerata uno stato persistente, con una durata minima di 4 settimane, e non transitorio o intermittente. Vengono elencate e specificate le tre dimensioni che devono essere osservate. Pertanto, per ogni dimensione sono stati elencati 5 esempi, che tentano di valutare nello specifico le aree compromesse. Ciò può aiutare i clinici a rendere operativi i criteri diagnostici nella pratica quotidiana. E viene stabilito, inoltre, che le alterazioni sintomatologiche devono essere in almeno due delle dimensioni. Le tre dimensioni, precedentemente accennate, sono precisamente le seguenti: comportamento / cognizione, emozione, interazione sociale. Sono emerse delle difficoltà nel separare in maniera netta la dimensione cognitiva da quella comportamentale (Dicson & Husain, 2022). I deficit del comportamento e della cognizione sono stati unificati in un fattore comune, perché sono risultati associati nella ricerca e nella pratica clinica. La curiosità (elemento cognitivo) e l'esecuzione comportamentale non sono facili da differenziare da parte dei pazienti e dei loro familiari (Dicson & Husain, 2022). Il deficit della dimensione sociale, cioè la perdita o diminuzione dell'impegno nell'interazione sociale, è stata l'ultima dimensione ad essere stata studiata (Sockeel et al., 2006). Essa entra così nei criteri ufficiali della apatia come dimensione separata, distinta dalle altre due, cioè quella della cognizione / com-

portamento e quella delle emozioni. Il criterio C vuole sottolineare che le alterazioni descritte in precedenza devono causare ovviamente una compromissione di rilievo clinico nei vari ambiti di vita di una persona. Sia personale, sociale, lavorativo o in altre aree importanti del funzionamento. E, infine, il Criterio D specifica che i sintomi (A - B) non devono essere dovuti ad altra condizione medica o uso di sostanza. Nel criterio D, è stata aggiunta la frase, per cui bisogna porre attenzione che i sintomi non siano dovuti a cambiamenti nell'ambiente del paziente. Infatti, è noto che eventi ambientali importanti, come un attacco terroristico, possono portare a cambiamenti importanti in diversi aspetti della vita quotidiana che possono simulare l'apatia. Ad esempio, isolamento sociale, smussamento emotivo, riduzione delle attività all'esterno. I criteri, così illustrati, si focalizzano sui disturbi cerebrali in generale, piuttosto che sulle malattie neurodegenerative. Pertanto, la ISCTM (Società Internazionale per i Trials clinici e la Metodologia nel Sistema Nervoso Centrale) ha proposto altri criteri diagnostici per l'apatia. Essa ha sfruttato le conoscenze della neurobiologia dei circuiti nervosi (Miller et al 2020). In questo caso, nel primo criterio, l'apatia fa parte del quadro sintomatologico di una malattia neurodegenerativa. Nel secondo criterio sono presentate le dimensioni da valutare nell'apatia. Le dimensioni presentate da questa società si sono discostate da quelle presentate dall'EPA. Si sono ristrutturate le dimensioni nel modo seguente: iniziativa, interesse e espressione / responsività emotiva. Come si evince, manca l'interazione sociale. Ciò è avvenuto perché si è ritenuto che al momento non vi fossero prove sufficienti per supportarlo. E non si era raggiunto nemmeno consenso per includerlo come dimensione a sé stante. Nella pratica clinica distinguere l'apatia dalla depressione può rivelarsi impresa complicata, e questo vale soprattutto per le malattie neurodegenerative. Tuttavia, è possibile differenziare queste due condizioni cliniche, pur essendo spesso presenti in comorbidità e con manifestazioni cliniche sovrapponibili. In un lavoro di Mortby et al (2022), è presentano un elenco di fattori che distinguono l'apatia dalla depressione (vedi tabella).

Tab. Dati clinici che differenziano l'apatia dalla depressione (Mortby et al., 2022)

Sintomi	Apatia	Depressione
Affettività, Umore	mancano le emozioni	tristezza, tendenza a piangere
Contenuto del pensiero	non mostra interesse	manca il senso nella vita, pessimista, senza speranza, perdita di valore
Comportamento	passivo, compliante	può evitare la socializzazione ed i trattamenti
Tendenze suicidarie	non ci sono tendenze	possono esserci, "si preferisce la morte"
Ansia	di solito non ansioso	può essere ansioso
Ruminazione	di solito assente	può essere presente
Decorso longitudinale	aumenta nel tempo, se fa parte di una malattia neurodegenerativa (esempio: demenza)	può scomparire o fluttuare. Generalmente si riduce negli stadi tardivi di una malattia degenerativa.
Sintomi vegetativi	di solito assenti, può esserci la perdita di peso se manca l'iniziativa a preparare i pasti	riduzione del sonno, dell'appetito e perdita di peso
Risposta alle attività	può dimostrare disponibilità ad attività strutturate	può resistere alle attività strutturate; evitamento attivo
Controtransfert	la tristezza non viene trasmessa al clinico	il clinico sente la tristezza e la disperazione

Bibliografia

1. Dickson SS, Husain M. Are there distinct dimensions of apathy? The argument for reappraisal. Cortex. 2022; 149: 246-256.

2. Lyngstad SH, Lyne JP, Ihler HM, et al.. Turning the Spotlight on Apathy: Identification and Treatment in Schizophrenia Spectrum Disorders. Schizophrenia Bulletin. 2023; 49 (5): 1099–1104.

3. Miller DS, Robert P, Ereshefsky L, et al. . Diagnostic criteria for apathy in neurocognitive disorders. Alzheimer's & Dementia. 2021;17:1892–1904.

4. Mortby MA, Adler L, Aguera-Ortiz L, et al.Apathy as a Treatment Target in Alzheimer's Disease: Implications for Clinical Trials. Am J Geriatr Psychiatry. 2022; 30 (2): 119-147

5. Robert P, Lanctôt KL, Agüera-Ortiz L, et al. Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders? The 2018 international consensus group. European Psychiatry. 2018; 54: 71–76.

6. Sockeel P, Dujardin K, Devos D, et al. The Lille apathy rating scale (LARS), a new instrument for detecting and quantifying apathy: validation in Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatr. 2006; 77(5): 579–84.

Foto: Envato Elements

Gianfranco Del Buono

Ospite di Redazione

Psichiatra-Psicoterapeuta

AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona"

Conoscere e Curare / Diagnosi

Nomofobia e neuroscienze

/Antonio La Daga /

Quest'articolo descrive come nel XXI secolo, lo smartphone è diventato un'estensione del nostro corpo, una finestra sul mondo e un compagno inseparabile. Tuttavia, il nostro rapporto con questo dispositivo apparentemente innocuo può trasformarsi in una vera e propria dipendenza.

Cos'è la nomofobia? La parola deriva dall'inglese "no mobile phone phobia", indicando una vera e propria paura di rimanere disconnessi. Questo termine, nomofobia, è stato coniato nel 2008 per descrivere l'ansia e il disagio derivanti dall'impossibilità di accedere al proprio telefono cellulare. Con l'aumento dell'uso degli smartphone, questa condizione è diventata sempre più comune. Soprattutto tra i giovani e i professionisti che dipendono dai dispositivi mobili per il lavoro e la socializzazione.

Tutto ha inizio quando YouGov (ente di ricerca britannico) condusse una ricerca sui livelli di stress e ansia registrati dagli utenti di smartphone e cellulari per conto delle Poste del Regno Unito. Questa ricerca ha evidenziato come il 53% degli utenti di telefonia mobile provi stress e ansia quando non ha accesso al proprio dispositivo. Un utente medio controlla in un ora le notifiche del cellulare almeno 80 volte più di 1 volta al minuto (1). A sostenerlo è una ricerca commissionata da Amazon Kindle e condotta da Censuswide nel mese di febbraio 2025, su un campione rappresentativo di 2000 intervistati italiani e in età adulta. Dalla ricerca emerge che circa nove intervistati su dieci (91 %) controllano di continuo il telefono nella speranza di ricevere un nuovo avviso. Come è evidente si tratta di un comportamento che condiziona pesantemente la vita quotidiana. Ogni volta che l'attenzione viene deviata occorrono circa 60-90 secondi per rifocalizzarsi su quello che si stava già facendo (2). La nomofobia, ovvero la paura di restare senza smartphone, si manifesta con sintomi molto simili a quelli di altre fobie e dipendenze (Dantoni, 2024). Quando il telefono è scarico o fuori portata si può provare una forte sensazione di ansia e stress accompagnata da un senso di smarrimento e inquietudine. Sintomi che rendono difficile rilassarsi e concentrarsi. Spesso nasce una sorta di automatismo nel controllare notifiche e messaggi anche senza una reale necessità. Un gesto impulsivo che diventa quasi un'abitudine inconscia. Questa dipendenza porta anche a una riduzione della capacità di concentrazione e una maggiore tendenza alla distrazione. Essa influisce negativamente sul rendimento sia nello studio che nel lavoro e rende più difficile portare a termine le attività quotidiane con efficienza. Uno studio condotto su studenti universitari ha evidenziato che la nomofobia può influenzare negativamente la concentrazione e la produttività, portando a una riduzione delle performance accademiche. Inoltre, la dipendenza dal telefonino può interferire con le relazioni interpersonali, riducendo la capacità di comunicare faccia a faccia (Mondaini, 2020). «Oltre il 5% della popolazione mondiale soffre di dipendenze comportamentali o da sostanze, con un impatto grave su salute e relazioni. Tra le dipendenze comportamentali, l'uso problematico dello smartphone colpisce oltre il 25% degli adolescenti, con effetti negativi su sonno, concentrazione e relazioni. Un consiglio semplice e concreto? Stabilisci una "zona smartphone free" a casa, come la camera da letto o il tavolo da pranzo, per favorire momenti di qualità e disconnettersi gradualmente. Inizia con piccoli passi, ad esempio 30 minuti di pausa digitale al giorno, usando il tempo per altre attività che ti piacciono. L'obiettivo non è eliminare lo smartphone, ma imparare a gestirlo con consapevolezza.» (3).

Tra le cause ed i fattori di rischio ci sono: 1 -Facile costante accessibilità agli smartphone, che consente una connessione continua a informazioni dei social media, rendendo difficile il distacco. 2 -Bisogno costante di approvazione. in attesa dei like sui social media le notifiche stimolano un sistema di ricompensa del cervello, creando una dipendenza simile a quella delle sostanze. 3 -La FOMO (Fear of missing out), ossia la paura di perdere informazione, causa ansia di non essere aggiornati sugli eventi sociali e sulle notizie in tempo reale. Ciò implica costantemente la necessità di controllare il telefono (La Venia, 2018).

La nomofobia, come altre dipendenze, coinvolge specifici circuiti cerebrali legati al piacere, alla ricompensa e all'ansia. I principali aspetti neurobiologici coinvolti sono: 1 -Corteccia prefrontale. Essa è coinvolta nel controllo degli impulsi e nella pianificazione delle azioni. Nelle persone con nomofobia, può esserci un'attività ridotta in

queste aree, il che potrebbe spiegare la difficoltà nel limitare l'uso del cellulare nonostante le conseguenze negative. 2 -Amigdala. Essa è una struttura cerebrale fondamentale per l'elaborazione delle emozioni, in particolare la paura e l'ansia. Nella nomofobia, l'amigdala è coinvolta nell'origine della paura e dell'ansia che caratterizzano la condizione. Quando un individuo nomofobico si trova senza il proprio smartphone, o con la batteria scarica, o in assenza di connessione, l'amigdala si attiva, innescando una risposta di stress e ansia. 3 -L'area tegmentale ventrale. La VTA è una regione del mesencefalo che funge da centro di produzione della dopamina, un neurotrasmettitore cruciale per il piacere, la motivazione e la ricompensa. Quando percepiamo uno stimolo gratificante (un "mi piace" sui social media, ecc.), i neuroni dopaminergici della VTA si attivano e rilasciano dopamina. Nella nomofobia, l'anticipazione di queste interazioni digitali o la ricezione stimolano la VTA e rilasciano la dopamina, che genera una sensazione di piacere e soddisfazione. Questo rafforza il controllo ossessivo dello smartphone, creando un ciclo di rinforzo. 4 -Nucleus accumbens. Esso è situato nel proencefalo basale (area inferiore e anteriore del cervello) ed è una dei principali bersagli della dopamina. È considerato una componente fondamentale del circuito della ricompensa. Quando la dopamina rilasciata dalla VTA raggiunge il nucleus accumbens, produce la sensazione di piacere e motivazione alla ricompensa. 5 -Corteccia Cingolata Anteriore (ACC). Questa regione controlla l'appagamento dei desideri, regola l'emotività e monitora gli errori. Nella nomofobia può essere iperattiva, causando l'aumento dell'ansia quando si percepisce di perdere qualcosa (FOMO) (4).

Studi recenti hanno evidenziato il coinvolgimento della Default Mode Network (DMN) nella nomofobia, una rete cerebrale legata alla riflessione su di sé e sugli altri. Nella nomofobia, in particolare, è coinvolta la Corteccia Cingolata Posteriore (PCC) associata all'introspezione, all'immaginazione e alla comprensione dei pensieri altrui. Wang e colleghi (2022) hanno osservato nelle persone con livelli elevati di FOMO e un uso problematico dei social, un assottigliamento di questa area. La DMN è una rete di aree cerebrali che mostrano un'elevata attività quando siamo: persi nei nostri pensieri. Impegnati in processi di introspezione. Ricordiamo il passato. Immaginiamo il futuro. Pensiamo a noi stessi o agli altri (metacognizione). Le aree principali della Default Mode Network includono: 1 -Corteccia prefrontale mediale (m PFC) – coinvolta nel pensiero autoriflessivo. 2 -Corteccia cingolata posteriore (PCC) e Precuneo – connessi alla memoria e alla consapevolezza del sé. 3 -Lobi parietali inferiori – associati all'elaborazione di concetti astratti e memoria episodica. 4 -Ippocampo – coinvolto nella memoria autobiografica.

Tab. Quando si attiva e quando si disattiva la DMN?

Stato cerebrale	Attività della DMN
Riposo, sogno ad occhi aperti, pensieri liberi	Alta
Attenzione focalizzata su un compito (es. matematica, gioco, guida)	Ridotta

Questo fenomeno è noto come task-negative network, cioè una rete che si disattiva quando un compito esterno richiede attenzione. La DMN è alterata in diverse patologie neurologiche e psichiatriche, come: depressione, Alzheimer, schizofrenia, disturbo da deficit di attenzione (ADHD). Inoltre, la DML aiuta a capire come funziona il pensiero spontaneo e la coscienza del sé.

In sintesi, la Default Mode Network è una rete cerebrale che si attiva quando la mente è libera, e gioca un ruolo fondamentale nei processi di introspezione, memoria e coscienza personale. In conclusione l'esplorazione del legame tra nomofobia e neuroscienze rivela un quadro complesso e in continua evoluzione, che va ben oltre la mera dipendenza comportamentale.

Bibliografia

1. Dantoni Fox. Nomofobia, liberati dalla dipendenza da smartphone. Ed. Mondadori. 2024.
2. Lavenia G. Le dipendenze tecnologiche: Valutazione, diagnosi e cura. Ed. Giunti 2018.
3. Mondaini G. (2020) Studio della Nomophobia relativo agli studenti di Infermieristica dell'UNIVPM, finalizzato all'analisi del rischio. UNITesi Università Politecnica delle Marche
4. Wang L, Zhou X, Song X et al. (2022). Fear of missing out (FOMO) associates with reduced cortical thickness in core regions of the posterior default mode network and higher levels of problematic smartphone and social media use. BioRxiv. https://doi.org/10.1101/2022.10.24.513508

Sitografia

5. https://www.stateofmind.it/nomofobia/
6. https://lespresso.it/c/innovazione/2025/3/7/giornata-mondiale-disconnessione-ansia-stress-distrazione/53159
7. https://www.iss.it/-/un-2025-all-insegna-della-salute-e-del-benessere-i-consigli-degli-esperti-dell-iss
8. https://www.stateofmind.it/2017/11/lobi-frontali-corteccia/

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga
Medico Neurologo
Redattore

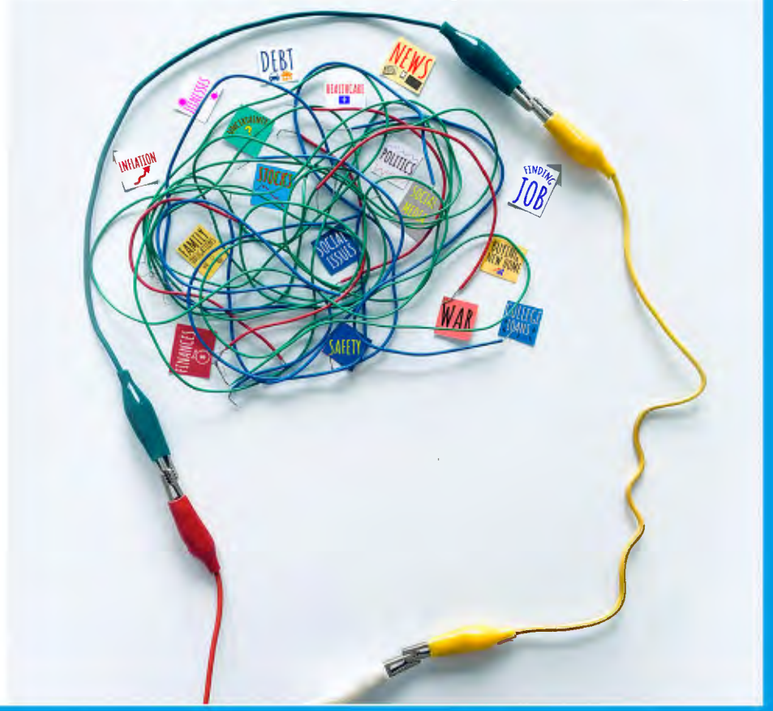
Fibromialgia, tra neurologia e psicologia

/ Antonio La Daga /

La fibromialgia è una malattia difficile da raccontare. Non lascia segni visibili, non si presenta con analisi alterate o organi compromessi, eppure chi la vive sa che è reale, presente, a volte debilitante.

La fibromialgia non ha una sola origine, ma un insieme di fattori che si intrecciano. La scienza ha individuato delle alterazioni neurologiche che potrebbero spiegare perché chi soffre di questa patologia percepisce il dolore in modo amplificato. Ma spesso la fibromialgia è legata anche a traumi fisici o emotivi, periodi di forte stress, e persino predisposizione genetica (Ablin et al. (2017). Molti pazienti raccontano di aver iniziato a sentire i primi sintomi dopo un evento difficile: un lutto, un incidente, una malattia. È come se il corpo, invece di guarire, avesse imparato a sentire il dolore in modo continuo (Clauw, 2014). Immagina la fibromialgia come un allarme che suona continuamente nel tuo corpo, anche quando non c'è un vero pericolo. Questo allarme si manifesta con dolore diffuso, stanchezza cronica, difficoltà a dormire e sensazione di testa annebbiata, come se i pensieri fossero lenti. Per molto tempo non si è capito bene perché questo allarme suonasse. Ora, però, la ricerca sta mettendo in luce un pezzo importante del puzzle: la neuroinfiammazione (Sluka & Clauw, 2016).

Cos'è questa neuroinfiammazione? In pratica, la neuroinfiammazione è come se ci fosse una specie di incendio molto piccolo e persistente nel tuo cervello e nel midollo spinale. Non è un'infiammazione che si vede con gli occhi, come quando ti sbucci un ginocchio. Le cellule che normalmente proteggono i tuoi neuroni (i mattoncini del cervello) si attivano in modo strano (1). Ecco cosa succede quando questo incendio è acceso: 1 -Il dolore viene amplificato. È come se il volume dell'allarme fosse alzato al massimo. Anche stimoli innocui, come un tocco leggero, possono essere percepiti come dolorosi. Il dolore non è solo nei muscoli, ma parte proprio da dentro il sistema nervoso. 2 -La "fibro-nebbia"(2) peggiora. Quella sensazione di confusione mentale, di fatica a concentrarsi o a ricordare le cose potrebbe dipendere anche da questo piccolo incendio nel cervello. 3 -Gli altri sintomi peggiorano. Anche i disturbi del sonno, l'ansia o la depressione, che spesso vanno a braccetto con la fibromialgia, sembrano collegati a questa infiammazione cerebrale. Questa infiammazione nel cervello può essere scatenata o peggiorata da: 1 -Predisposizione genetica. 2 -Infezioni passate: Alcuni virus, come quello della mononucleosi (EBV) o persino il COVID, possono lasciare un segno nel sistema nervoso. 3 -Problemi alla tiroide: La tiroide di Hashimoto, ad esempio, può avere un ruolo. 4 -Ciò che mangiamo: Un'alimentazione che favorisce l'infiammazione può non aiutare. 5 -Problemi ai nervi piccoli: molti hanno anche una neuropatia delle piccole fibre, che potrebbe essere collegata (Theoharides et al, 2018). La Fibromialgia è una condizione che tocca il corpo, e che spesso abita nella mente perché



Conoscere e Curare / Terapia

il dolore e la solitudine diventano spesso devastanti. Uno dei tratti più frustranti della fibromialgia è l'invisibilità. A chi ne soffre viene chiesto spesso di resistere, di non pensarci o, peggio ancora, viene insinuato che si stia esagerando. E questo fa male quasi quanto il dolore fisico. La mente diventa un campo minato: ogni pensiero può esplodere in senso di colpa, vergogna o ansia. Ci si sente fragili, incompresi, a volte persino persi. È un equilibrio delicato, spesso precario. Chi vive con la fibromialgia spesso convive anche con altri sintomi mentali, tra cui la stanchezza cronica che spegne ogni entusiasmo. La difficoltà di concentrazione, ansia e depressione, non sono solo reazioni psicologiche, ma parte integrante del disturbo. È importante dire con chiarezza: queste non sono debolezze caratteriali, ma aspetti neurologici reali, che meritano attenzione, rispetto e cura (3). Eppure, dietro ogni persona con fibromialgia, c'è spesso una forza che non si vede. Una resistenza fatta di piccoli gesti quotidiani: alzarsi nonostante il dolore, sorridere anche se dentro si lotta, continuare a cercare risposte, aiuto, umanità. È una forza che non fa rumore, ma che insegna qualcosa a chiunque abbia la sensibilità di fermarsi ad ascoltare. Cosa può aiutare davvero? Non esiste una cura definitiva, ma esistono strade. Terapie multidisciplinari, supporto psicologico, tecniche di rilassamento, esercizio fisico dolce, alimentazione, e soprattutto relazioni umane vere (4). Sentirsi compresi, creduti, accolti: anche questo può cambiare profondamente l'esperienza della malattia. Chi soffre di fibromialgia non ha bisogno di pietà, ma di ascolto. Non cerca miracoli, ma comprensione. E merita dignità, sempre (Nielson et al. 2009). Cosa si può fare? Capire che c'è questa infiammazione nascosta è importante perché apre nuove strade per sentirsi meglio. Oltre alle terapie che già si usano (come farmaci per il dolore e il sonno, e la terapia fisica), si stanno studiando nuove soluzioni che puntano proprio a spegnere o calmare questo fuoco nel cervello (Williams & Clauw, 2009). 1 -Farmaci specifici. Si cercano farmaci che agiscano proprio sull'infiammazione cerebrale. Il naltrexone a basse dosi è uno di questi e viene studiato per le sue proprietà antinfiammatorie. 2 -Terapie "speciali"(5): a) Ossigenoterapia iperbarica: respirare ossigeno puro in una camera speciale può ridurre l'infiammazione. b) Stimolazione magnetica transcranica (TMS): usa campi magnetici per "riequilibrare" l'attività del cervello. c) Stimolazione del nervo vago (VNS): può aiutare a regolare i processi infiammatori. d) Ozonoterapia: si pensa possa aiutare a ridurre l'infiammazione. 3) Stile di vita: a) Alimentazione antinfiammatoria: mangiare cibi che riducono l'infiammazione e integrare con omega-3. b) Integratori: alcuni, come la PEA (Palmitoiletanolamide), vengono studiati per le loro proprietà calmanti sul dolore e sull'infiammazione. c) Gestione dello stress e buon sonno: sono fondamentali, perché stress e insonnia alimentano l'infiammazione. Insomma, il legame tra fibromialgia e neuroinfiammazione è un pezzo nuovo e importante per capire meglio questa condizione e, si spera, trovare modi sempre più efficaci per aiutare chi ne soffre. È un campo in continua evoluzione, e le nuove scoperte portano speranza per il futuro.

Bibliografia

1. Albin J N et al. (2017). Fibromyalgia in the aftermath of trauma. Current Pain and Headache Reports, 21(2), 11.

2. Clauw D J (2014). Fibromyalgia: A clinical review. JAMA, 311(15), 1547-1555

3. De Souza M C, et al. (2020). The Stigma of Fibromyalgia: A Scoping Review. Pain Research and Management, 2020, 1-10.

4. Nielson, W. R., et al. (2009). The role of resilience in the adjustment to chronic pain. Journal of Pain, 10(11), 1118-1126.

5. Sluka, K. A., & Clauw, D. J. (2016). Neurobiology of Fibromyalgia and Chronic Widespread Pain. Neuroscience, 338, 114-129.

6. Theoharides, T. C., et al. (2018). Interrelationships of stress, inflammation, mast cells, and environmental factors in the pathogenesis of fibromyalgia. Clinical Therapeutics, 40(6), 1017-1025.

Sitografia

7. https://istitutodineuroscienze.it/neuroscienze-salute/disturbi/fibromialgia

8. https://www.progettoarete.it/psicoterapia-psichiatria/fibrofog-cosa-significa/

9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39835578/

10. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39594316/

11. https://www.grupposandonato.it/glossario-della-salute/patologie/fibromialgia-terapia

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga

Medico Neurologo

Redattore

Intelligenza artificiale e disturbi dell'umore

/Barbara Solomita /

Sempre più diffuso negli ambiti sanitari è l'uso della intelligenza artificiale. I disturbi dell'umore presentano numerosi sintomi che consentono la diagnosi. Alcuni sintomi sono nascosti o non rientrano tra quelli compresi nelle classificazioni internazionali. L'intelligenza artificiale può aiutare il clinico a intercettarli.

La tecnologia dell'intelligenza artificiale sta aprendo nuove strade. Superando le aspettative iniziali ha raggiunto un posto determinante nello sviluppo di nuove tecnologie in sanità. Vari giganti della tecnologia lavorano per sviluppare e commercializzare dispositivi e servizi che possano aiutare a migliorare la salute degli utenti. Parole come AI (Artificial Intelligence), ChatGPT o MetaAI sono oramai entrate prepotentemente nel linguaggio comune. Il rapido progresso dell'intelligenza artificiale e dell'apprendimento automatico sta rimodellando il panorama dell'assistenza sanitaria, offrendo nuove opportunità per il rilevamento, la diagnosi e l'ottimizzazione del trattamento delle malattie (Dalky et al., 2025). Anche in ambito psichiatrico e psicologico l'intelligenza sta entrando in gioco prepotentemente. Una adeguata terapia non può essere effettuata se non viene effettuata una adeguata diagnosi. In ambito psichiatrico la diagnosi è aiutata dalla presenza di criteri diagnostici internazionali descritti in alcuni manuali. I più riconosciuti e diffusi sono il DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) e l' ICD (International Classification of Diseases). Il primo giunto alla quinta edizione rivisitata (DSM 5-TR), il secondo giunto alla undicesima edizione (ICD-11). Questi manuali descrivono dei sintomi che sono presenti nei vari disturbi psichiatrici così come il disturbo depressivo maggiore, il disturbo bipolare, i disturbi di personalità. La complessità dei disturbi dell'umore nasce dalla storia personale di ogni paziente. Ogni paziente narra e racconta la propria sofferenza. Trasmette alcuni sintomi verbali e comportamentali che devono essere intercettati dal clinico (Zawad et al., 2022). Il clinico in base alla sua formazione e alla sua esperienza elabora una ipotesi diagnostica e si può confrontare con i criteri dei sintomi descritti del DSM 5-TR e nell'ICD-11. Ma data la complessità della descrizione dei sintomi il paziente può dare più importanza ad alcuni e può presentare sintomi che non sono riportati nei due manuali. Cosa fare allora? Come può l'intelligenza artificiale aiutarci a fare diagnosi? Il profilo biologico, psicologico e sociale di una persona affetta da un disturbo dell'umore è unico. Appartiene solo a quella persona (Park et al., 2022). Seppur presentando sintomi che possono essere raccolti e individuati tra quelli presenti nei manuali diagnostici dall'intervista clinica può raccontare altri sintomi. Questi sintomi appartengono solo a quella persona. Sempre più numerose sono le ricerche che hanno pubblicato studi sul possibile aiuto che l'intelligenza artificiale può dare nella valutazione e nella gestione dei disturbi dell'umore. L'intelligenza artificiale può comprendere anche le interazioni tra i sistemi biologici, psicologici e sociali che rendono unica quella persona e la sua malattia. Negli ultimi anni gli studiosi sono concordi che gli utilissimi manuali di ricerca (DSM e ICD) non riescono a raccogliere tutti i sintomi descritti dai pazienti durante le interviste cliniche. Sono stati proposti nuovi modelli diagnostici (ad esempio, HITOP) che hanno una visione più ampia della gerarchia dei sintomi in psicologia e psichiatria. Appare sempre più evidente che esiste una interazione tra sintomi di diversi gruppi diagnostici. A volte con una sovrapposizione di sintomi che può rendere difficile etichettare quei sintomi in una adeguata categoria diagnostica. L'intelligenza artificiale può avere un ruolo fondamentale per indirizzare i sintomi verso diagnosi più specifiche. I sintomi riportati da pazienti affetti da disturbi dell'umore sono molteplici. La narrazione del paziente può essere raccolta mediante la sua registrazione e la trascrizione e inviata alla analisi di programmi e/o applicazioni di intelligenza artificiale. Queste applicazioni, innanzitutto, possono rapidamente confermare la diagnosi, ad esempio, di disturbo depressivo, o disturbo bipolare o di altre patologie secondo i criteri del DSM e/o dell'ICD. Ma possono fare anche altro. Possono estrapolare dalla massa dei dati sintomi maggiormente ripetuti ed enfatizzati, per poterli indirizzare verso altre ipotesi diagnostiche. Il gruppo di ricerca coordinato dal dr. Franza sta effettuando una indagine preliminare in un gruppo di pazienti affetti da diversi disturbi dell'umore. Ha raccolto le interviste dei pazienti secondo le modalità descritte in precedenza e le ha inviate alla analisi di programmi di intelligenza artificiale selezionati dalla piattaforma di rete

internet. L'ipotesi del nostro gruppo di ricerca è stata quella di intercettare con l'aiuto di tali applicazioni sintomi che non sono presenti nel DSM-5-TR. Il gruppo di lavoro è andato alla ricerca di sintomi importanti e predittivi di depressione, di disturbi dell'umore, di disturbi di personalità. Nei programmi di intelligenza artificiale sono stati inseriti i sintomi del disturbo depressivo maggiore, del disturbo bipolare tipo I, degli stati misti, del disturbo di personalità borderline. I sintomi intercettati sono stati elencati per numero, frequenza e rilevanza. Per migliorare il confronto tra gruppi sintomatologici sono stati inseriti nei programmi di intelligenza artificiale i risultati e la descrizione di scale di valutazione psicopatologiche. Sono state scelte per facilità di utilizzo e di analisi la PHQ-9 per la depressione, la BPRS per la psicopatologia e la G.T. MSRS per gli stati misti. I risultati ottenuti con l'intelligenza artificiale sono stati interessanti. Sono dati preliminari ma dalla indagine con i programmi di intelligenza artificiale iniziano a confermare i dubbi iniziali. Un numero importante di sintomi viene escluso dalla diagnosi nei manuali diagnostici. Sono sintomi che risentono delle influenze culturali e di appartenenza del singolo paziente. L'intelligenza artificiale sta rendendo possibile la integrazione di sintomi che non sono specifici di un tipo di disturbo. Si osserva una sorta di rete di sintomi che interagiscono tra di loro e che possono spingere lontano dalle ipotesi diagnostiche iniziali. L'intelligenza artificiale è uno strumento. E come tale è gestito dalla mente umana. Ha il vantaggio di utilizzare, valutare e descrivere in tempi rapidissimi una enorme mole di dati che la mente umana non è in grado di ottenere (Carli & Grigenti, 2019). Ma può aiutare la mente umana preparata e attenta. L'intelligenza artificiale sta diventando uno strumento indispensabile anche per la valutazione e la gestione dei disturbi dell'umore. Può aiutare anche a individuare sottogruppi di pazienti con specifiche caratteristiche sintomatologiche. Queste caratteristiche possono confermare o meno la diagnosi classica ma possono aiutare a individuare nuovi gruppi di pazienti. Oppure spostare la diagnosi verso altre patologie. È un mondo non più fantastico. È il nuovo mondo reale?

Bibliografia

1. Carli E, Grigenti F. Mente, cervello, intelligenza artificiale. Pearson, 2019

2. Dalky A, Altawalbih M, Alshanik F, et al. Trends, Hotspots, Impacts, and Emergence of Artificial Intelligence and Machine Learning in Health and Medicine: A 25-Year Bibliometric Analysis. Healthcare 2025;13:892.

3. Floridi L. Etica dell'intelligenza artificiale. Raffaello Cortina Editore, 2022

4. Park CW, Seo SW, Kang N, er al. Artificial Intelligence in Health Care: Current Applications and Issues. J Korean Med Sci. 2020;35:e379.

5. Zawad RS, Md. Haque Y, Kaiser MS, Mahmud M, Chen T. Computational Intelligence in Depression Detection. In: Artificial Intelligence in Healthcare (Chen T et al, eds). Springer, 2022

Foto: Envato Elements

Barbara Solomita

Psicologa Psicoterapeuta

Redattrice

Il disegno della famiglia – test per bambini

/ Dominique Tavormina /

Il test per bambini denominato disegno della famiglia è stato ideato da Louis Corman nel 1967. L'obiettivo è scoprire e comprendere i conflitti interiori che possono sorgere nella mente infantile a partire dai rapporti con gli altri componenti del nucleo familiare.

Il disegno della famiglia è un test di personalità di facile somministrazione, e uno dei più famosi in assoluto. È rapido da eseguire e da interpretare; è ben accetto al bambino e non necessita di altro materiale che di un foglio e una matita. È applicabile a partire dai 5 anni d'età. La consegna consiste nel dire al bambino: "disegna una famiglia di tua invenzione". Non la propria, ma una immaginaria. Questo piccolo stratagemma fa sì che venga facilitata la proiezione delle tendenze più personali e profonde. Il piccolo si distrae mentalmente dalla propria famiglia e agisce con spontaneità. Al termine del disegno è previsto un breve colloquio, nel corso del quale il bambino è invitato a spiegare ciò che ha realizzato. Dunque, spiegherà i personaggi, il loro ruolo, l'età, il sesso, i rapporti reciproci. Successivamente verrà sollecitato a esprimere le proprie preferenze e/o avversioni rispetto ai diversi personaggi rappresentati e a sceglierne uno preferito con cui identificarsi. Ovvero chi vorrebbe essere se facesse parte di quella famiglia. Infine, terminato il test del disegno della famiglia, si domanderà al bambino cosa farebbe se dovesse ricominciare la prova; cosa modificherebbe. Naturalmente è essenziale che lo specialista conosca la reale composizione della famiglia per poter procedere all'interpretazione del disegno. Deve valutare, di conseguenza, ogni scostamento o meno tra la famiglia autentica e quella dei suoi desideri. "I membri della famiglia immaginaria non hanno un'esistenza reale, ma sono funzioni della personalità del soggetto, in quanto rappresentano le sue tendenze affettive." (Corman, 1970). La prova svolta col disegno della famiglia permette di conoscere i reali sentimenti che il bambino prova per i familiari. Pertanto, sarà necessario porre attenzione a ogni dettaglio, anche durante lo svolgimento del disegno. Lo specialista siederà vicino al bambino, ma senza dargli l'impressione di sorvegliarlo. Innanzitutto, si dovrà notare in che punto del foglio il disegno è stato iniziato e con quale personaggio. Infatti, l'ordine in cui i diversi membri della famiglia sono disegnati è un primo fondamentale punto. Sono anche importanti il tempo impiegato per disegnare questo o quel personaggio e l'eventuale cura dei particolari dedicatagli. Si deve valutare anche l'eventuale difficoltà e la fatica a rappresentare qualcuno, magari con numerose cancellature o con la tendenza ossessiva a rifarlo. Il disegno della famiglia implica anche un aspetto grafico, ovvero ciò che riguarda la forma, il tratto, le linee, l'ordine, l'armonia, le proporzioni, la cura. Inoltre, molto spesso, tanti bambini si attengono strettamente alla realtà e disegnano la propria famiglia, nonostante la libertà concessa. Ciò risulta essere significativo. Oppure accade che ci siano diversi elementi di scostamento dal reale. Naturalmente anche questo è estremamente significativo al fine di comprendere le cause nascoste dei disturbi e dei disagi vissuti dai bambini. Infine, un'ulteriore variabile può essere rappresentata dal fatto che il bambino decida di disegnare, anziché una famiglia immaginaria di persone, una famiglia di animali. Ciò può indicare una censura interna molto forte e un alto grado di inibizione. Elementi significativi del disegno della famiglia: a) La valorizzazione di un personaggio quando è più grande, più curato e ricco di particolari o disegnato per primo. Rappresenta la persona su cui il bambino investe la maggiore carica affettiva e che è oggetto di ammirazione. Potrebbe trattarsi di un genitore, ma anche di sé stesso, come ripiegamento narcisistico. In questo caso, l'investimento affettivo su di sé indica una delusione profonda nella relazione con i genitori e un legame sentito come debole. b) La svalorizzazione del personaggio disegnato per ultimo, più piccolo, disegnato meno bene, messo in disparte, con omissione e/o deformazione di parti del suo corpo o con sembianze poco umane. Può capitare che il personaggio possa venire cancellato dopo essere stato disegnato; ogni cancellazione è rappresentativa di un conflitto interiore esistente. c) La negazione/scomparsa è la soppressione di una persona dal disegno ed è indicativa dei rapporti difficili. Molto spesso viene eliminato un fratello/sorella di cui si è gelosi. È il tema del bambino che vorrebbe essere figlio unico e godere in modo esclusivo dell'affetto dei genitori. Ogni soppressione indica un grave disturbo di adattamento alla vita familiare. Ad esempio, la mancanza di sé stesso è il rifiuto di appartenere a quella famiglia, la negazione di una realtà spiacevole.

L'eliminazione di sé può esprimere qualcosa di più grave, come uno stato depressivo o di angoscia che porta il bambino alla rinuncia della vita e a un forte auto deprezzamento. d) L'aggiunta di persone e/o animali. Ogni personaggio immaginario aggiunto esprime ciò che il bambino non oserebbe mai fare, secondo il meccanismo di difesa dello spostamento. Può trattarsi di un bambino, di un adulto, di un animale, anche di un insetto. Molto spesso l'animale aggiunto rappresenta quella carica di aggressività nei confronti di un rivale, anche genitore, che il bambino non avrebbe mai il coraggio di attuare nella realtà. Elementi da valutare: e) I legami presenti – la posizione dei vari personaggi nello spazio è molto significativo. Ogni vicinanza fisica o lontananza è indicativa dei desideri nascosti del bambino di stabilire o interrompere dei rapporti oppure di unire o separare determinati membri della famiglia. Ad esempio, i genitori fra loro o un genitore da eventuali fratelli e sorelle, oppure egli stesso con un genitore anziché un altro. Anche, infine, di isolare qualcuno o prendere le distanze dagli altri. In ogni caso, la distanza simboleggia sempre un rapporto difficile. f) Regressione – il meccanismo di difesa della regressione, in generale, consiste nel cercare di riportare sé stessi a un periodo felice precedente. In un'epoca felice in cui non esistevano ancora i conflitti. È molto utilizzato dai bambini e viene manifestato nel disegno della famiglia nella scelta di un personaggio di età inferiore in cui identificarsi. È sempre bene, in presenza di evidenti disagi, riproporre il test a distanza di tempo, in modo da avere la possibilità di studiare l'evoluzione del bambino. Il disegno della famiglia è, secondo Corman (1970), uno spaccato interiore di tutta la storia passata del soggetto e può esprimere molto più che il semplice presente. Motivo per cui diviene necessario somministrare il disegno della famiglia ogni qual volta ci si accorga che un bambino inizia a essere poco efficiente negli ambiti vitali. Ad esempio, con un rendimento scolastico non adeguato alle proprie capacità, oppure con rapporti conflittuali con i coetanei o ancora attraverso l'isolamento e l'astenia. «Personalmente, benché mi sia orientato verso la psichiatria dell'adulto […] non ho mai cessato di coltivare il mio interesse per i problemi dell'infanzia e ho così compreso appieno la verità dell'insegnamento di Freud, che si compendia nel celebre aforisma: il fanciullo è il padre dell'uomo. Il che equivale a dire che l'azione terapeutica sui disordini psichici ha migliori possibilità di dare buoni risultati quanto più precocemente è iniziata, in un'età in cui la personalità non si è ancora sclerotizzata nelle deformazioni patologiche» (Corman, 1970).

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. Freud A. Normalità e patologia del bambino. Feltrinelli, Milano 1969.

Foto: Envato Elements

Dominique Tavormina

Pedagogista Clinica, Redattrice

Conoscere e Curare / Altre Terapie

Il golf in aiuto alla depressione

/ Gianluca Lisa /

Negli anni, con la professione medica ho potuto valutare la positività degli effetti del golf sulla salute in generale ed anche più in dettaglio sul contrasto alla depressione.

Chi ha una certa età ricorderà l'epica partita a golf tra James Bond (Sean Connery) ed Auric Goldfinger (Gert Frobe) nel film Agente 007 - Missione Goldfinger (1964, regia di Guy Hamilton). Quella partita dove 007 beffò sul campo di Stoke Park (Inghilterra) il suo nemico giocando una pallina Penfold cuori n.1, indusse generazioni intere ad avvicinarsi al mondo del golf. Il golf è uno sport di precisione che si pratica in un campo aperto, ossia in un prato appositamente attrezzato, per mezzo di una pallina e una serie di bastoni da golf (ferri e legni). Il gioco consiste nel colpire una pallina lungo un apposito percorso, da una piazzola di partenza (il tee), fino alla buca sistemata in una zona d'arrivo (il green). Si gioca mediante una successione di colpi conformi alle regole del gioco, tipicamente su più buche da conquistare lungo il percorso (Wikipedia). Praticare sport con disciplina e regolarità in ogni età della vita migliora il fisico e la mente. Quando siamo impegnati nello sport spariscono ideazioni negative e preoccupazioni, vi è incremento del livello di dopamina che migliora l'umore ed il tono fisico. Pertanto, la regolare attività sportiva può svolgere un ruolo importante adiuvante nella strategia del trattamento della depressione. Più in dettaglio il golf è praticabile ad ogni età, permette un esercizio fisico e mentale stimolante. Lunghe camminate nel verde che stimolano la psicomotricità e la complessità dei gesti tecnici da apprendere e rieseguire correttamente tengono la mente in esercizio continuo. Per questo vi possono trarre vantaggi anche soggetti con depressione reattiva per declino cognitivo, inducendo un rallentamento del processo degenerativo (Porter & O'Connor, 2022). È un'attività che stimola il cervello sia perché sport di difficile apprendimento tecnico, sia per le continue relazioni interpersonali indotte dalla pratica. Un soggetto depresso, in trattamento psicofarmacologico e/o psicoterapeutico, che vantaggi trae dal praticare il golf? Durante una partita di golf il nostro organismo rilascia le endorfine, che sono potenti molecole chimiche prodotte dal sistema nervoso centrale. Esse sono dotate di attività analgesica e sono anche in grado di dare un benessere globale nel soggetto depresso. Il fisico viene stimolato costantemente per rafforzare i muscoli che entrano nei meccanismi della preparazione del tiro, dando una consapevolezza positiva del sé. Le impegnative difficoltà dei gesti tecnici del golf, che richiedono, precisione, ritmo, coordinamento e concentrazione, portano la mente del depresso a pianificarsi su un nuovo campo d'azione. Ne consegue il miglioramento dell'autostima e la conseguente induzione alla socializzazione. La pratica del golf sul campo induce sempre nuovi incontri e confronti interpersonali. Il depresso, che ha la caratteristica tendenza alla sedentarietà, all'ipomotricità ed alla staticità, verrebbe così stimolato ad uscire dal suo angolo buio (Lisa, 1999). In un paziente depresso, che spesso vive sentimenti di inadeguatezza delle proprie performance, pianificare ogni singolo colpo è una pratica complessa, e portarla a termine è una stimolazione positiva. Inoltre, la partita di golf che per la sua durata (oltre 4 ore) e l'impegno di attenzione e competizione è un potente ipnoinducente è idoneo a combattere l'insonnia del soggetto depresso. Differenti studi sostengono che lo sport in generale rappresenta un sostegno nella depressione e nelle patologie neurologiche degenerative. L'attività fisica, purché regolare, può essere incisiva almeno quanto i farmaci antidepressivi nei casi di depressione da lieve a moderata (Bendau et al. 2022). Non fa eccezione il golf, soprattutto per la complessità di apprendimento dei ritmi di movimento. Durante l'allenamento ed il gioco il cervello viene continuamente stimolato attentamente. Senza dimenticare che (cito per esperienza) in media una partita a golf fa percorrere dai 6 ai 12 chilometri ed i benefici per il sistema cardiorespiratorio e circolatorio sono enormi. La prevenzione dell'osteoporosi e del colesterolo è un altro beneficio della regolarità della pratica del golf. In un una partita un individuo medio di 75 kg, tirando il proprio carrello, brucia circa 300 calorie ogni ora. Se si sceglie di andare con la golf car, nella stessa partita brucerà solo 230 calorie. Il campo, in pratica, porta invece a bruciare circa 200 calorie all'ora (Alviti, Sito Federazione Italiana Golf). Esiste un luogo comune che considera o, meglio, considerava, il golf uno sport per ricchi; oggi per la diffusione delle associazioni che organizzano anche lezioni di gruppo, non è più così. Anche il proliferare dei campi, un po' ovunque, per uno sport praticabile ad ogni età, ha contribuito a renderlo più accessibile a molte persone. I costi non sono proibitivi, non è necessario avere indumenti firmati e gli strumenti sono reperibili a prezzi accessibili anche sui mercati informatici dell'usato. L'attività sportiva non potrà mai sostituire il percorso psicofarmacologico e/o psicoterapeutico per combattere la depressione e non è indicata in assoluto. Sta allo specialista suggerire al paziente le forme migliori di supporto alla sua opera, incluse le attività sportive. Indubbiamente il golf, a discrezione del terapeuta, può essere indicato come alleato al trattamento della depressione. Ciò in quanto camminare liberi circondati dal verde e ritornare nel nostro elemento arcaico, illumina l'umore del soggetto depresso. La mente, presa a confrontarsi con il proprio corpo e a migliorare le prestazioni, può liberarsi dai pensieri bui, dalle rimuginazioni e migliorare la stima di sé. La socializzazione porta a spostare il depresso dal suo immobilismo relazionale. Pertanto, il golf può essere una freccia in più nella faretra del professionista per la cura del paziente.

Bibliografia

1. Alviti Federica, Medico Federazione Italiana Golf, https://www.sportesalute.eu/images/atleti/cv/Federica_Alviti_cv.pdf

2. Bendau, A., Petzold, M. B., Ströhle, A. (2022) Bewegung, körperliche Aktivität und Sport bei depressiven Erkrankungen. NeuroTransmitter, 33(1–2), 52–61.

3. Lisa G. Nuove prospettive nel trattamento della depressione. Ed. Istituto int. di Psichiatria e psicoterapia,1999.

4. Porter, G. A., & O'Connor, J. C. (2022). Brain-derived neurotrophic factor and inflammation in depression: Pathogenic partners in crime? World Journal of Psychiatry, 12(1), 77–97. https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.77

5. Svensson, M., Brundin, L., Erhardt, S., et al. (2021) Physical activity is associated with lower Long-Term incidence of anxiety in a Population-Based, Large-Scale study. Frontiers in Psychiatry, 12.

6. Wikipedia. Il golf. https://it.wikipedia.org/wiki/Golf

Foto: Envato Elements.

Gianluca Lisa

Primario Psichiatra

Redattore

Società / Sessualità

La manipolazione sessuale in gravidanza. Una violenza invisibile

/ Maria Vincenza Minò /

La manipolazione sessuale in gravidanza è una forma grave, ma spesso silente, di violenza di genere. I risvolti psicologici sono profondi e possono compromettere il benessere psichico della madre e del neonato.

La gravidanza dovrebbe rappresentare un momento di trasformazione, autonomia e protezione per la donna. Tuttavia, per molte, essa diventa una fase di vulnerabilità e controllo, spesso esercitato attraverso forme sottili o esplicite di manipolazione sessuale e riproduttiva. La coercizione sessuale in gravidanza nota in inglese con la sigla RCA ("reproductive coercion and abuse") è una realtà poco discussa ma tristemente diffusa. Include forme di violenza e controllo come il sabotaggio contraccettivo, abuso sessuale, imposizioni sulla gravidanza o aborto forzato. Tali pratiche determinano conseguenze drammatiche sulla salute fisica e mentale delle gestanti e sul benessere del nascituro. Esse violano, inoltre, diritti fondamentali come l'autonomia personale e la libertà di scelta sulle proprie riproduzioni. La manipolazione sessuale in gravidanza può manifestarsi attraverso i seguenti comportamenti: a) Pressione per avere rapporti sessuali non desiderati. b) Minacce o ricatti emotivi in caso di rifiuto. c) Imposizione di atti sessuali durante la gravidanza, anche quando fisicamente dolorosi o psicologicamente stressanti. d) Coercizione riproduttiva, ossia tentativi di controllare le decisioni della donna in merito alla prosecuzione o interruzione della gravidanza, spesso attraverso intimidazioni o inganni. Tali forme di manipolazione possono essere esercitate dal partner, dai familiari (in caso di aborto forzato) o dagli stessi operatori sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce la coercizione riproduttiva e sessuale come una forma di violenza di genere. Tuttavia, si tratta di un fenomeno spesso taciuto, per vergogna, dipendenza economica o timore di ritorsioni. Le donne possono non riconoscere questi comportamenti come violenti, soprattutto se mascherati da "richiesta d'intimità" o "normale dinamica di coppia". L'Australian Study of Health and Relationships (ASHR-3) è stato condotto nel 2022-2023 su 14.540 persone tra i 16 e 69 anni. Esso è il primo studio nazionale che ha misurato la prevalenza della RCA in Australia. I risultati preliminari pubblicati nel settembre del 2024 hanno rivelato che una donna su venti ha subito RCA nella vita. A tale aspetto sono da aggiungere le pressioni per interrompere o continuare una gravidanza contro la propria volontà. Un ulteriore studio qualitativo su 20 donne con esperienza di RCA in Australia ha raccontato drammi personali. Tra questi vi sono: minacce, pressioni psicologiche, isolamento e consenso forzato in gravidanza o aborto (Tarzia et al., 2021). Le ripercussioni di queste forme di violenza sono significative: a) Depressione e ansia, legate ad un senso di impotenza e perdita di controllo sul proprio corpo. b) Disturbi di tipo post-traumatico, soprattutto in caso di rapporti sessuali non consensuali durante la gestazione. c) Complicazioni ostetriche quali stress cronico, aumento del cortisolo, rischio di parto prematuro o basso peso alla nascita. d) Difficoltà nel legame madre-neonato causate da vissuti traumatici legati alla gravidanza stessa. Inoltre, la manipolazione sessuale può intensificarsi nel post-partum, momento di ulteriore fragilità psico-fisica.

Alcune donne più esposte al rischio di coercizione sono: 1) Adolescenti e giovani adulte. 2) Donne con disabilità. 3) Donne con precedenti di violenza domestica o sessuale. 4) Migranti o donne con scarso accesso ai servizi sanitari. 5) Donne in relazioni di dipendenza economica o affettiva. La coercizione sessuale in gravidanza può coincidere con episodi di violenza ostetrica, ovvero la negazione del consenso nei trattamenti sanitari legati al parto. Le adolescenti che subiscono manipolazione sessuale durante la gravidanza presentano la tendenza a tollerare più comportamenti manipolativi pur di mantenere la relazione. La manipolazione sessuale può confondersi con l'idea distorta di "amore" e "dovere coniugale". Le adolescenti cercano continuamente conferme all'esterno, in particolare dal partner e questo rende più facile lo sviluppo di dipendenza affettiva. Tale aspetto può compromettere la capacità di distinguere tra cura e controllo, tra affetto e abuso.

Molte adolescenti provano sensi di colpa legati alla loro sessualità o alla loro condizione di gravidanza. Possono sentirsi inadeguate come partner e madri, interiorizzando le accuse o le pretese del partner. La colpa indotta è uno strumento classico di manipolazione, che spinge la vittima a mettere da parte i propri bisogni (Bonino et al., 2007). È fondamentale lo screening precoce. I professionisti devono essere formati a riconoscere i segnali di coercizione e a proporre, in modo non giudicante, spazi di ascolto sicuro. Le campagne educative devono aiutare le donne a riconoscere le forme di manipolazione, anche quelle emotivamente subdole. In caso di partner controllante, è consigliabile l'utilizzo di metodi contraccettivi non visibili (come l'IUD – la spirale o impianti sottocutanei). È essenziale, inoltre, fornire accesso gratuito a centri antiviolenza, assistenza legale e consulenze psicologiche specializzate. La manipolazione sessuale in gravidanza rappresenta una violazione dell'integrità fisica e dell'autonomia della donna. Riconoscerla è il primo passo per prevenirla. È urgente che professionisti sanitari, educatori, giuristi si impegnino a creare ambienti sicuri, rispettosi e consapevoli per tutte le donne, durante e dopo la gravidanza.

Bibliografia

1. Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione. Giunti Editore, 2007.

2. Tarzia L, Hegarty K. A conceptual re-evaluation of reproductive coercion: centring intent, fear and control. BMJ Sexual & Reproductive Health, 2021, Apr 27; 18 (1): 87.

Sitografia

3. http://www.theguardian.com/australia-news/2024/sep/22/one-in-20-australian-adults-found-to-have-suffered-reproductive-coercion-and-abuse.

4. http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

5. http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.

Foto: Envato Elements

Maria Vincenza Minò

Psicologa-Psicoterapeuta

Redattrice

Love bombing. Amore idealizzato e amore incarnato

/ Alba Cervone /

Una sana relazione d'amore di coppia, per essere salda e svilupparsi nel tempo, deve potersi poggiare su quattro pilastri fondamentali. Essi fungono da mura portanti per la costruzione dell'intero rapporto: la fiducia, il rispetto, la comunicazione e l'empatia.

L'amore deve essere saldo come le mura portanti che sorreggono un edificio. Esse devono essere intatte, la presenza di una crepa, o l'assenza in uno dei pilastri, determina un precario disequilibrio. Esso prima o poi porterà al crollo della casa o a un malessere dei singoli. Che cos'è l'amore? Una domanda intensa, a cui una risposta semplice sembra essere riduttiva. Della stessa etimologia i linguisti discutono. L'amore deriva dal latino amor (nominativo di amor, genitivo amoris), da amare, voler bene, amare con passione. La parola amore, tuttavia, racchiude in sé un lungo percorso etimologico. Parte da un concetto di desiderio, un legame affettivo profondo (dal sanscrito karma, desiderio) che, passando per il latino, arriva fino all'italiano moderno (Devoto Oli). Per amore si intende un intenso sentimento di affetto, che si declina in varie accezioni a seconda della relazione. L'amore può essere filiale, materno, paterno, passionale, per Dio o per l'arte. Il termine amore può anche descrivere la virtù umana della gentilezza e della compassione, della vicinanza disinteressata. Per definire l'amore, gli antichi Greci utilizzavano tre termini differenti a seconda del contesto con significati peculiari. Il termine Eros (ἔρως) che descrive l'amore passionale, erotico, spesso associato al desiderio e all'attrazione fisica. La parola Philia (φιλία) per indicare una relazione di amicizia, affetto, legato alla stima, alla simpatia e alla fiducia reciproca. Agape (ἀγάπη)è l'amore altruistico, disinteressato, spesso con connotazioni religiose. Il love bombing, dall'inglese bombardamento d'amore, è una tecnica di seduzione manipolativa col fine di esercitare il controllo ed il potere sul proprio partner. Il love bomber è un narcisista che ricopre di attenzioni, amore e ammirazione l'altra persona. La vittima, incantata, all'inizio potrebbe mettere in dubbio quanto sta accadendo. Ma davvero sono così ai suoi occhi? Un amore da favola proprio a me?" e confondere questa relazione con una sana affettività (Singer, 1998). Le vittime, infatti, sono persone dotate di spiccata sensibilità ed empatia nella cui storia di vita hanno già incontrato un amore malato. Possono essere avvicinate dal manipolatore in un momento di particolare vulnerabilità. Il termine love bombing è stato coniato dai membri della Chiesa dell'Unificazione, fondato da Sun Myung Moon, negli anni '70. Un termine nato per descrivere il meccanismo attraverso il quale i capi di alcune sette religiose carpiscono gli adepti, per poi esercitare controllo sulle loro vite. Nel 1998 Margaret Singer, psicologa americana, ha utilizzato questo termine per applicarlo alle relazioni di tipo tossico e manipolativo. Il love bombing attraversa 4 fasi: idealizzazione, svalutazione, ghosting e recupero. Nella fase dell'idealizzazione l'altro viene riempito di regali, complimenti e attenzioni. Segue poi la fase di svalutazione in cui l'abuso emotivo è caratterizzato da critiche mortificanti e la vittima cerca di riprendere il suo ruolo. La svalutazione è il preludio della fase successiva in cui il love bomber si chiude e scompare. Non risponde più a nessun messaggio. Infine, il carnefice riprende il circolo vizioso se non ha trovato un'altra vittima sacrificale (Singer, 1998). La prima fase dell'innamoramento, la cosiddetta luna di miele, è caratterizzata dall'idealizzazione. Questa fase interessa anche l'amicizia, che rappresenta una forma di affetto. L'idealizzazione può portare a un forte legame iniziale e a un senso di felicità e soddisfazione. Tuttavia, il crollo dell'idealizzazione determina rabbia, frustrazione e incomprensioni. La capacità di vedere l'altro nelle sue imperfezioni e volergli bene senza confondere i suoi bisogni con i propri, non è innata. Si pensi ai genitori che investono di aspettative i figli, senza considerarne i desideri, le fantasie e le attitudini. Molto spesso, nel mio lavoro così come nella vita quotidiana, incontro persone incapaci di amare incondizionatamente. Coppie che recitano la parte di innamorati, nascondendo a sé e agli altri malumori e dissapori. Amicizie che si interrompono per delusioni effimere. Figli che vivono in costante conflitto con i genitori perché non si sentono amati e vorrebbero cambiarli. L'idealizzazione è problematica quando persiste nel tempo e impedisce una visione realistica del partner e la costruzione di una relazione autentica (Recalcati, 2019). La fase iniziale dell'amore è caratterizzata, appunto, dall' idealizzazione, ricca di passione e povera di elementi saldi che si costruiscono nel tempo. Motore di questa fase, infatti, sarebbe l'istinto sessuale. L'aspetto fisico, e altri fattori, giocherebbero infatti un ruolo decisivo nel selezionare possibili compagni o compagne. Nel corso del tempo gli altri elementi (affetto, attaccamento) possono crescere e la passione fisica può diminuire d'importanza, mantenendo però quell'equilibrio alla base della relazione. In questa fase, detta "attrazione", si giudica il partner al di là di come appare. Si valutano diversi fattori come la sua cultura, i suoi valori, le relazioni interpersonali e il suo modo di stare nel mondo. In questa fase, pertanto, si apprezza il/la compagno/a nella sua pura interiorità. Nella fase dell'attaccamento, la persona si concentra sul singolo compagno e la fedeltà assume importanza. Ormai si apprezza il/la compagno/a in sé e per sé, in modo pieno e totale, forti delle due fasi precedenti ma ora consapevoli di tutto il proprio percorso interiore. Ora non si amano più caratteristiche determinate, siano esse materiali o spirituali, ma l'uomo/la donna in quanto tali (Attili, 2017). Erich Fromm (1969), psicoanalista di origine tedesca, nel suo libro L'arte di amare ha sostenuto che l'amore non descrive il sentimento fine a sé stesso, ma anche i comportamenti sottesi. Il cosiddetto sentimento d'amore sarebbe superficiale rispetto al proprio impegno di amare attraverso una serie di azioni amorevoli nel corso del tempo. L'amore è per Fromm, una scelta consapevole che nelle sue fasi iniziali potrebbe nascere come un sentimento involontario. Poi, però, non dipende più solo da quei sentimenti, ma piuttosto da un impegno consapevole. L'amore immaturo dice: ti amo perché ho bisogno di te. L'amore maturo dice: ho bisogno di te perché ti amo! Per comprendere appieno quanto definito in queste due frasi, risulta necessario approfondire due concetti. Essi sembrano essere, spesso, basilari per la formazione e la durata

stessa di un legame: la capacità di amare e il narcisismo, descritto sopra (Fromm, 1969). Gli adolescenti amano intensamente ed in maniera idealizzata. L'idealizzazione in questa fase di vita è importante per potersi rapportare all'altro, diverso da sé. Spesso, tuttavia, è difficile trasformare l'innamoramento in amore, superando l'idealizzazione. Sull'altro, infatti, vengono cercate tutte le qualità o le mancanze che non si riescono ad osservare dentro di sé. Lo scopo è quello di ricreare una sorta di completezza come era vissuta nel rapporto con i genitori durante l'infanzia. Quando si è innamorati si è contenti, euforici ed inebriati. Ci si sente invincibili. La rottura della relazione si carica, dunque, di delusione e frustrazione per la perdita di questo benessere. Quanto più il legame con la persona amata sarà esclusivo e fusionale, tanto più le conseguenze di una rottura saranno pesanti. Poiché con la perdita dell'altro si perdono anche parti di sé. La ricerca dell'unicità è un altro importante elemento dell'amore adolescenziale. Lo si può notare attraverso la scoperta della gelosia dell'altro e la paura che esista una terza persona che possa rubare quell'amore così potente che si sta vivendo. L'amore è sentimento complesso che si declina in vari aspetti relazionali. Alla base di una relazione sana vi è rispetto per sé e per l'altro, empatia e impegno reciproco ad amarsi. Nel narcisismo, invece, l'investimento amoroso anziché interessarsi agli altri, per noi significativi, è focalizzato su di sé, portando a un impoverimento dell'affettività rivolta agli altri. Se ci si accorgere di essere all'interno di una relazione patologica, l'unica soluzione è chiedere aiuto ad uno psicoterapeuta per essere sostenuti ad interrompere subito la relazione. Non vi è possibilità alcuna di cambiare il partner. Accorgersi di ritrovarsi in un amore malato è il primo passo per potersi svincolare da una situazione patologica.

Bibliografia

1. Attili G. Il cervello in amore, Le donne e gli uomini ai tempi delle neuroscienze, il Mulino, Bologna, 2017
2. From E. L'arte di amare, Mondadori, 1969
3. Recalcati M. Mantieni il bacio, Feltrinelli editore, 2019
4. Singer M., Lalich J.T. Psicoterapie «Folli». Conoscerle e difendersi - Erickson, 1998

Foto: Envato Elements

Alba Cervone

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Società/Attualità

Educare al digitale. Mini guida per i genitori

/ Patrizia Amici /

Oggi è impossibile vivere senza il mondo del digitale. Ma come renderlo una risorsa nelle famiglie e ridimensionarne i rischi cui bambini e ragazzi sono esposti? Questo breve articolo cerca di fornire alcuni spunti utili e facilmente applicabili per rendere il mondo digitale una risorsa.

Oggi evitare il modo del digitale è impossibile. Viviamo immersi in una realtà che non consente distacco. A farne le spese sono i più piccini con gravi conseguenze per la loro salute. Il digitale assume fin dall'infanzia un ruolo dal quale non è possibile sottrarsi, ma che va regolamentato e gestito a livello politico, educativo e familiare. In particolare, il livello familiare è il primo che il minore si trova a vivere e pertanto merita attenzione particolare. Se restare senza digitale non è possibile e neppure auspicabile, regolamentarlo a livello politico è fondamentale. E, dedicare attenzione all'educazione fino dalla prima infanzia, un dovere dei genitori. Il Consiglio Europeo (2018) individua 9 competenze chiave; tra queste le competenze digitali sono indicate come parte integrante di ogni percorso educativo e didattico di qualità (1). Il Quadro Europeo delle Competenze Digitali (DigComp 2.2 del 2022) identifica 5 aree. In dettaglio: alfabetizzazione, comunicazione e collaborazione, creazione di contenuti digitali, sicurezza e risoluzione dei problemi (8). Oggi come oggi, la povertà educativa digitale è "una privazione delle opportunità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente, talenti e aspirazioni, attraverso l'utilizzo responsabile, critico e creativo degli strumenti digitali" (Save the Children, Atlante dell'infanzia a rischio, 2023) (2). Vi sono evidenze scientifiche dell'interferenza dei dispositivi digitali sullo sviluppo cerebrale dei bambini nei primissimi anni di vita. Vi sarebbe una alterazione della sostanza bianca cerebrale, con minor alfabetizzazione e sviluppo cognitivo. Lo smartphone baby-sitter altera le reali esperienze di vita e di socializzazione dei bimbi. Inoltre, la distrazione dei genitori operata dallo smartphone, ridurrebbe le interazioni affettive causando danni all'attaccamento. I ricercatori suggeriscono zero uso prima dei due anni ed un uso assai moderato nei primi cinque (3). L'istituto Superiore della Sanità (4) ribadisce il no agli schermi sotto i due anni ed un massimo di un'ora dai 3 ai 5. Man mano che si cresce aumentano i rischi. Il primo smartphone viene generalmente regalato tra la scuola primaria e la scuola secondaria di primo grado (45% del campione). Quasi l'82 % dei ragazzi dagli undici ai 13 anni usa app di messaggistica. Quasi altrettanti utilizzano servizi di condivisione di contenuti (YouTube, Instagram, ecc.). I ragazzi chattano molto, condividono contenuti o usano lo strumento per la scuola. Ma connessi non vuol dire senza contatti nel reale (dati Istat per Save the Children) (5). Certo che i pericoli sono in agguato: cattiva informazione, fake news, bullismo, ansia sociale, truffe, profilazione a uso commerciale, violenza di genere online etc. A ciò si aggiungono la diminuzione dei contatti nel mondo reale, la solitudine, la poca alfabetizzazione sociale, il rischio di considerare la rete unica fonte del proprio mondo. Educare al digitale in famiglia è un impegno non secondario e continuo. Il digitale pone sempre nuovi confini che è importante conoscere e combattere. È importante dedicare tempo all'esplorazione delle modalità con cui i ragazzi vivono il confronto con il digitale. È importante creare patti familiari riguardanti il digitale che siano condivisi con i ragazzi. Una buona partenza è la riflessione di Tisseron (6). Le tre A di Tisseron, sono una proposta educativa spalmata su queste fasce d'età: 3-6-9-12 anni. Una proposta interessante perché priva di ricette quanto piuttosto foriera di spunti, indicazioni. Le tre A sono: accompagnamento, alternanza, autoregolazione. Con il termine alternanza si intende il considerare lo schermo come una tra le opzioni. Il mondo è fatto di molteplici esperienze e quelle che transitano dallo schermo sono una tra queste, non la sola. Accompagnare i ragazzi significa andare oltre la logica della mera vicinanza ma intraprendere azioni concrete di vicinanza. Parlare, confrontarsi, conoscere insieme questo è accompagnare. Autoregolare significa insegnare a modulare il consumo di contenuti. È evidente il ruolo dell'adulto, in primis come modello vivente di approccio alla tecnologia. Alcuni concetti utili: 1- Creare accordi familiari sull'uso del digitale; creare regole chiare. Magari renderle un gioco scrivendole insieme e appendendole in vari punti della casa. 2- Mantenere il dialogo aperto sul tema del digitale. Il modo digitale è in continua evoluzione e richiede un continuo adattamento e riposizionamento. 3- Fornire modelli di comportamento genitoriale adeguati: le azioni si imprimono più delle parole. Il buon uso da parte dell'adulto si trasmetterà ai figli senza bisogno di parole. 4- Gestione del tempo: stabilire tempi ed orari; dedicare un tempo prestabilito al digitale ed un tempo dedicato ad attività che non lo contemplino. 5- Organizzare momenti di gioco e attività familiari libere dalla tecnologia. 6- La tecnologia come passatempo condiviso: ricercare attività che possano coinvolgere genitori e figli, facendo del digitale esperienza positiva e condivisa. 7- Insegnare i rischi del web, rendendo i ragazzi attenti e aperti nel comunicare potenziali problemi. 8- Porre il pc in una zona comune della casa, idem per l'uso del tablet o del cellulare. 9- Stabilire delle regole di igiene digitale: pasti senza schermi, es. per comunicare in famiglia e zone tech-free, ovvero nelle quali non sia consentito l'uso di dispositivi tecnologici (cellulari, ecc.). O, proporre il rituale di riporre i telefoni fuori dalla camera da letto. 10- Predisporre un controllo parentale: filtrare le app, approvare o bloccare app inidonee, impostare limiti di tempo. Tutti modi per controllare e dialogare sul digitale. In conclusione, si ritiene fondamentale inserire tra le varie educazioni rivolte al bambino (affettiva, civica etc.) anche una alfabetizzazione al mondo digitale. È sicuramente la famiglia il primo luogo in cui iniziare questo percorso. La messa in sicurezza e la possibilità di un libero e consapevole e produttivo rapporto del bambino con il digitale fin dalla prima infanzia.

Bibliografia

1. https: // Eur- lex.europea.eu/legal-content/it/TXT/PDF/?uri=CONSIL:ST_9009_2018_INIT&from

2. Save The Children, Atlante dell'Infanzia a Rischio 2023 in: https//www. savethechildren.it/cosa-faciamo/pubblicazioni

3. https: auxologico.it

4. Istituto superiore di Sanità, Epicentro, "Sorveglianza 0-2 anni", Indagine 2022- https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni

5. Istat, dati per Save the Children, anno 2025

6. Tisseron S. 3-6-9-12. Diventare grandi all'epoca degli schermi digitali. Collana orso Blu, Sholè, 2024.

7. Save the Children, Illuminiamo il futuro. Una ri levazione sulla Povertà educativa Digitale, 2021.

8. EU. Better internet for kids. Guida al Digital services .Act, 2024.

Foto: Envato Elements

Patrizia Amici

Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice

Società/Attualità

Il ruolo dei caregiver. Tra sensi di colpa e mania di persecuzione

/ Antonio La Daga /

Questo articolo esplora il complesso ruolo del caregiver, spesso logorante, specialmente quando la persona assistita sviluppa sospetti o deliri. Viene evidenziato come non sia utile negare le manifestazioni deliranti, ma piuttosto fondamentale ridurre l'ansia che le alimenta attraverso attività calmanti. La condivisione di esperienze con altri caregiver e il supporto professionale sono presentati come strumenti essenziali per gestire il carico emotivo. Il testo sottolinea inoltre l'importanza di ritagliarsi spazi personali e di chiedere aiuto, trasformando la fatica in nuova energia e garantendo un'assistenza più serena ed efficace.

Con il termine caregiver ci si riferisce a tutte le persone che si prendono cura in modo continuativo di un familiare, amico o paziente non autosufficiente. La persona assistita non è in grado di provvedere a sé stessa a causa di problematiche legate a invecchiamento, patologie croniche di carattere fisico o psichico. Il ruolo del caregiver è intrinsecamente complesso quando la persona assistita manifesta sensi di colpa o mania di persecuzione. Comprendere le dinamiche psicologiche sottostanti e adottare strategie di gestione adeguate diventa fondamentale per preservare il benessere di entrambi (Chen et al. 2024).

Il ruolo del caregiver

Prendersi cura di una persona non autosufficiente significa entrare ogni giorno in un mondo fatto di emozioni intense e situazioni imprevedibili. Chi si assume questo compito, spesso per un familiare o un caro amico, scopre ben presto di dover convivere con un senso di responsabilità. Esso può trasformarsi in un peso difficile da sopportare. La paura di non fare abbastanza, il rimpianto per atteggiamenti passati, la stanchezza: il caregiver si sente sospeso tra dovere e compassione.Tra gli ostacoli più insidiosi che emergono c'è il senso di colpa. Non è raro che chi assiste si conceda un momento di riposo o cerchi uno spazio per sé stesso. Solo, poi, per scoprire che quel breve sollievo si trasforma in un rimorso che non trova requie. Perfino reagire con rabbia o frustrazione diventa terreno fertile per nuove recriminazioni: "Come posso essere arrabbiato con lei?". Oppure "Forse se fossi stato più presente non saremmo arrivati a questo punto" (1). Quando la realtà si distorce.

È un gioco senza regole, dove ogni mossa sembra condurre a una sconfitta interiore. Se poi la persona assistita comincia a nutrire idee di persecuzione, la situazione si complica ulteriormente. Immaginare di essere spiati, avvelenati o traditi da chi ti sta accanto non è soltanto un pensiero folle: è uno stato mentale che impedisce ogni forma di dialogo. Il caregiver, si ritrova a fare i conti con la propria impotenza, mentre un clima di sfiducia cresce in casa. Ogni parola sembra innescare nuova rabbia o profonda tristezza. In questi momenti la vera sfida diventa mantenere la calma. Bisogna cercare di comprendere che non si tratta di attacchi personali, bensì di sintomi di una malattia che altera la percezione della realtà. Non serve smentire il paradosso del delirio, ma piuttosto è utile provare a calmare l'ansia che lo alimenta. Si reindirizza l'attenzione verso un ricordo sereno o un'attività che riporti un po' di leggerezza. È come camminare su di un filo: un passo falso e la tensione si riaccende, un colpo d'aria e tutto ricomincia daccapo (1). Il peso dell'emotività nel caregiver.

Spesso il caregiver (chi assiste) si sente intrappolato in una dinamica che somiglia a un ricatto emotivo. Esso condiziona il caregiver con la minaccia silenziosa di un peggioramento improvviso e la disperazione mostrata come un'arma per negare ogni autonomia. Fino a far credere che l'unico modo per salvare la persona amata sia restare a sua completa disposizione. È un meccanismo sottile, che schiaccia la volontà e riduce gli spazi personali a un ricordo sbiadito. Riscoprire il sostegno.

Nonostante tutto, è proprio la consapevolezza di non essere soli a fare la differenza. Parlare con altri caregiver, confrontarsi in gruppo, scoprire storie simili alla propria aiuta a demistificare il senso di colpa e a trovare soluzioni pratiche per alleggerire il peso quotidiano. E lo stesso vale nel rivolgersi a un professionista. Un colloquio con uno psicologo o il supporto di un assistente sociale possono fornire strumenti concreti per gestire le accuse paranoiche e il carico emotivo che le accompagna (2). Prevenire il burnout del caregiver ritrovando sé stessi. È importante imparare a chiedere aiuto, perché continuare da soli rischia di portare dritti al burnout, quello stato di esaurimento in cui ogni energia sembra dissolta. Concedersi una pausa, andare a camminare, leggere un libro o semplicemente restare in silenzio può sembrare un lusso. Ma in realtà è un investimento indispensabile per continuare a prendersi cura dell'ammalato con dignità e affetto. Quando il caregiver riesce a conservare uno spazio di respiro personale, ristabilisce un equilibrio che si riflette positivamente anche sulla persona assistita. Il rispetto dei propri limiti, la capacità di accettare le emozioni e di vedere oltre il sintomo paranoico permettono di restituire un'assistenza più serena e con poca tensione.

In fondo, il ruolo di chi assiste è un atto d'amore che non deve diventare prigionia. Coltivare relazioni, mantenere vivi interessi personali e chiedere una mano non è un tradimento, ma la chiave per continuare a offrire sostegno senza consumarsi. È un percorso di consapevolezza che insegna a trasformare il senso di colpa in motivazione, il sospetto in comprensione, e la stanchezza in forza nuova (3).

Storia di Sara

Sara si trova a fare i conti con un padre malato di Parkinson, diagnosticato da oltre cinque anni. Lavora da remoto, alterna call di lavoro e cure, e non ha più fine-settimana liberi. Ogni volta che qualcuno propone una gita o un incontro, pensa a quanto sarebbe difficile gestire le oscillazioni motorie di papà lontano da casa. Nel progetto Alma-Aging dell'Università di Bologna, Sara ha deciso di raccontare la sua storia. Il fine è quello di dare voce a chi, come lei, vive il caregiving giorno e notte senza troppi riconoscimenti. Ha descritto la difficoltà di trovare un equilibrio tra la dignità del padre – che rifiuta ogni aiuto – e la propria salute psicofisica. Essa è messa a dura prova dall'insonnia e dai sensi di colpa. Attraverso le interviste narrative raccolte, si è resa conto che la solitudine è il problema più diffuso. Sentirsi l'unica persona responsabile di un malato giovane, spesso autosufficiente solo a tratti, pesa quanto la malattia stessa (4).

Conclusioni

Il caregiver è un pilastro di empatia e resilienza. Imparare a gestire sensi di colpa e deliri con strategie mirate, col sostegno di gruppi e professionisti, aiuta a preservare la propria salute mentale e a garantire un'assistenza efficace e dignitosa. La consapevolezza che non si è soli e che esistono risorse di supporto è un messaggio fondamentale per ogni caregiver che si trovi ad affrontare queste sfide.

Bibliografia

1. Chen L, Wang Y, et al. 2024 The Interplay of Guilt, Burden, and Self-Efficacy in Predicting Mental Health Outcomes Among Informal Caregivers of Individuals with Dementia-Journal of Applied Gerontology.

2. Sitografia

3. Confalonieri L. (2024) "Caregiver: il peso della cura e la necessità di un supporto psicologico". 2024. State of Mind in Therapy https://www.stateofmind.it/2024/12/caregiver-suporto/

4. Montanari G (2015). Occuparsi di chi soffre di demenza: il carico soggettivo del caregiver. State of Mind. https://www.stateofmind.it/2015/12/demenza-caregiver-psicologia/

5. Agradi M. (2023) "Caregiver burden: vissuti emotivi e fatiche del prendersi cura" 2023- State of Mind. https://www.stateofmind.it/2023/05/caregiver-burden/.

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga

Medico Neurologo

Redattore

Società/ Sociale

I significati della paura: dialogo a più voci

/ Immacolata d'Errico /

Lo psichiatra Marcello Nardini credeva nel dialogo. Il senso di questo dialogo a più voci è stato il provare a fornire le coordinate culturali, sociologiche, esperienziali entro cui nasce e si sviluppa la paura.

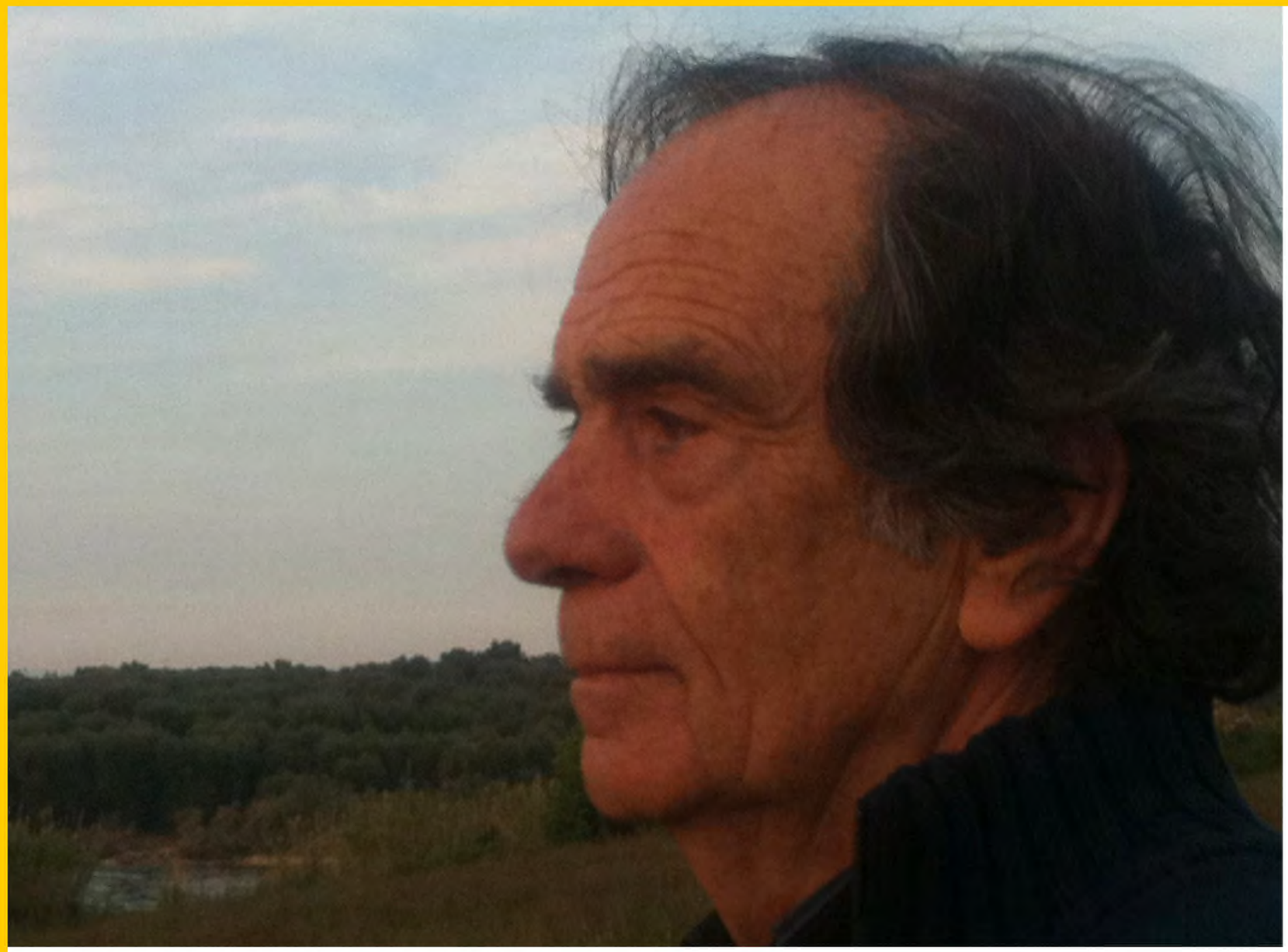
Il tema della paura è un tema antico ma quanto mai attuale. La paura è una emozione basica che ha accompagnato l'uomo sin dagli albori dell'umanità. È una emozione fondamentale dal punto di vista antropologico, psicologico, sociale svolgendo un ruolo cruciale nella sopravvivenza e nell'evoluzione dell'essere umano. Questo articolo prende spunto da un intervento di mio marito, prof. Marcello Nardini, del 16 novembre 2007, in qualche convegno di cui non ricordo nulla. Marcello Nardini è stato professore Ordinario di Psichiatria dell'Università degli studi di Bari. Io l'ho trovato spulciando nel suo laptop. E mi sembra interessante riproporlo con le sue parole e come lui l'aveva costruito. «Il termine "paura" riempie nella contemporaneità le pagine dei giornali e dei mezzi di comunicazione ed in qualche maniera determina i comportamenti di tutta una società. Da quelli individuali a quelli sociali e politici nonché collettivi. Almeno è questa la nostra lettura e la proponiamo. Una riflessione clinica e sociologica sul tema della "paura" e della "insicurezza" ci sembra in primo piano e fondante per la riorganizzazione individuale e sociale. Riorganizzazione che si rende necessaria di fronte ai profondi cambiamenti che il "mondo contemporaneo" si trova necessariamente ad affrontare. Intendo svilupparlo unendo alla mia alcune "voci", fra le molte che hanno colpito ed impressionato le nostre menti ed i nostri animi» (Nardini, 2007).

Qui il prof. Marcello Nardini si riferisce ad alcune testimoniante che ha voluto portare all'interno della relazione. Quella di Renzo Piano, architetto, quella di Ilvo Diamanti, sociologo, di Loris Campetti, giornalista. E infine Arturo, una persona che si racconta e racconta. E ci narra di una paura diversa. «La paura è un sentimento basico della società e della umanità del presente, nel suo cammino per il passaggio dalla modernità alla post-modernità. Ricorrendo al linguaggio della metafora si trova nella stessa situazione di Ulisse nel passaggio fra Scilla e Cariddi. Il mare cominciò ad incresparsi, le onde diventavano sempre più alte ed irregolari. Il cielo divenne meno limpido e si perse l'orizzonte e la navigazione non era più regolare e quieta, diventava, forse improvvisamente, tumultuosa e perigliosa. Ulisse ed il suo equipaggio si disorientarono, persero l'orizzonte, si sentirono inquieti e sperimentarono allora sicuramente la paura, la paura del dopo.

Non potevano tornare indietro, l'unica via aperta per loro era navigare nel mare tumultuoso, governare la barca ed il mare. E andare incontro ad un dopo che sicuramente appariva loro come ignoto, pieno di fantasmi e di pericoli, forse somigliava al nulla. Non avevano scelta, dovevano remare e governare il vento ed il mare. Andando incontro all'ignoto, trovarono il nuovo, e ripresero il loro progetto di vita, dell'andare attraverso il periglioso viaggio del ritorno» (Nardini, 2007). In una intervista su La Repubblica del 14 novembre 2007 Renzo Piano così parla della paura.

«Torniamo alle ultime pagine del Grande Gatsby, all'immagine della vita come di una barca destinata a remare sempre contro la corrente e la voglia di lasciarsi portare indietro. Peccato che tornare indietro non si possa. Si può soltanto andare nel futuro. Prima o poi, presto o tardi. A volte con molto sforzo, troppo tardi». […] «Ho l'impressione, sempre più spesso, quando torno in Italia, che siamo diventati un paese prigioniero delle paure. E la prima è quella del futuro. Declinata in varie forme. Fanno paura la società multietnica, i cambiamenti sociali, le scoperte scientifiche, sempre rappresentate come pericoli, la contemporaneità in generale. Si fa strada, persino nei giovani, la nostalgia di un passato molto idealizzato» (Piano, 2007). Da una intervista di Ilvo Diamanti La Repubblica, 4 luglio 2007. «L'insicurezza è un sentimento diffuso, che riflette preoccupazioni concrete; ma anche una inquietudine più indefinita. Dove le paure e la Paura coesistono, senza coincidere. Le paure: riferite a minacce concrete, le puoi affrontare. La Paura no. Perché è spaesamento interiore. Perdita di orizzonte. […] Noi temiamo ciò che non conosciamo e che è distante da noi, assai più di quel che incontriamo direttamente. Però, l'incertezza si sta insinuando nel nostro mondo di vita. Intorno a noi. Dentro di noi stessi. Stentiamo, cioè, a trovare un rifugio, nel quale sentirci protetti. Ciascuno di noi, insieme alla propria famiglia, assediato e al tempo stesso prigioniero del mondo esterno. Delle nostre paure e della paura. Ciascuno chiuso in casa. Le porte e le finestre blindate. Fuori dalle mura domestiche, dalla cerchia familiare e amicale l'ambiente è considerato estraneo. Affollato da "stranieri". Gli immigrati, […] sono un pericolo. Ma non solo loro. Perché, ai nostri occhi, è "straniera" la gente comune. Le persone che frequentiamo. […] L'intensità della paura e delle preoccupazioni cresce insieme al rarefarsi dei legami sociali. […]

Società/ Sociale



L'assenza di orizzonte, di futuro, isola le persone nel loro immediato. E ne alimenta il disorientamento». Ecco un estratto di un testo di Loris Campetti, pubblicato su Il manifesto il 13 luglio 2005. «Io ho paura. Ho paura che tra il massacro di Falluja e quello di Londra ci sia un nesso. Io ho paura di chi massacra la popolazione civile in Iraq, con le bombe o le autobomba. Ho paura di chi massacra i civili a New York, a Madrid, a Londra. O a Kabul. Ho paura di chi uccide e si uccide in nome di un dio ma ho paura anche di chi dice di farlo in nome del suo dio ma lo fa in nome del danaro o del petrolio. O per esportare la democrazia, la sua democrazia. […] Ho paura che per un palestinese nato in un campo profughi la speranza e la gioia siano sentimenti sconosciuti. Temo che il filo che divide la vita dalla morte, per lui sia troppo sottile. […] Io ho paura di chi dice che il nemico economico ha il muso giallo e il nemico sociale o religioso ha il muso nero, o la barba lunga, o il velo. Ho paura di chi ha la barba lunga o il velo e pensa che io sia il suo nemico. […] Soprattutto, ho paura di chi non ha paura o dice di non averne […]» (Campetti, 2005). Il paziente Arturo è una persona che si racconta e racconta. È un paziente di mio marito? Non lo so. Sicuramente è uno pseudonimo. Il brano sembra una testimonianza narrativa intensa, molto umana, di un'esperienza psicotica paranoide. Il tono è drammatico, lucido nel suo delirio e profondamente disturbato da vissuti persecutori e trasformativi. Qui la paura descritta non è una paura qualsiasi. È la paura psicotica, qualitativamente diversa dalla paura nevrotica o dall'ansia. È una paura totalizzante, assoluta, che invade e trasforma la realtà. Tutto può diventare minaccioso. Il mondo intero è percepito come profondamente cambiato, deformato, animato da intenzioni ostili. Non c'è rifugio, nemmeno nei luoghi "sicuri" come casa o lavoro. Non è solo paura di qualcosa. È paura che accada qualcosa a sé stessi. È una paura che dissolve l'identità. Il soggetto perde il confine tra sé e il mondo, tra dentro e fuori e poi si organizza in delirio. Il paziente ne è consapevole, almeno in parte, e tenta di contenerla, di "non farsi notare", come dice il protagonista: "non voglio sembrare strano, me ne vergogno". Questo dimostra che permane ancora un po' di lucidità tipico delle psicosi in fase iniziale o parziale. «Sono spaventato perché sono sicuro che insieme alla gente comune – quella che incontro ogni giorno nei percorsi miei soliti - ci sono soggetti, e questo accade da più di due anni, donne e uomini giovani e spesso anche anziani che si mimetizzano e hanno un atteggiamento che mi allarma; questo succede nei percorsi miei soliti.

Quando passo fra loro mi sento profondamente strano come disorientato; è come se stessi per trasformarmi e sparire! Non può essere una cosa normale, non riesco a trovare spiegazione a quello che accade in me e fuori di me! Percepisco che sta per succedere qualche cosa di drammatico, potrebbero annullarmi e distruggermi in quel preciso momento, oppure è un piano molto più sottile e subdolo. Fanno di tutto per logorarmi, esaurire completamente le mie capacità di reazione. Una paura folle mi assale e comincio a correre – ma non troppo perché non se ne debbono accorgere – fino al mio posto di lavoro: non voglio sembrare strano, me ne vergogno! Appena dentro, dopo che la porta si è chiusa alle mie spalle, la paura si calma un poco, ma continuo a sentire nella mia mente ancora l'eco di quello che stava succedendo in strada in mezzo alla gente: è come se continuasse! Ho pensato di averla scampata bella, ma non mi sono rasserenato! Qualche cosa di strano poteva succedere anche dentro al lavoro, non di tutti mi fidavo, ogni tanto mi sentivo strano e vedevo gli altri strani. Forse anche dentro il luogo di lavoro stava cambiando qualche cosa … un qualche cosa che temevo ma non capivo. E cominciavo ad avere paura anche sul lavoro. Poi dovevo tornare a casa, e cominciava l'incubo della notte piena di rumori, normali che mi sembravano strani, erano strani, mai sentiti prima. E la paura saliva fino ad essere intollerabile ed allora urlavo … e per qualche momento … quei rumori cessavano, il silenzio diventava irreale …. Poi i rumori riprendevano, piano piano, ma sempre più insistenti. È pazzesco … non so più come fare! Ho paura! Vivo nella paura! Non voglio credere che il mondo mi abbia preso di mira, ma il dubbio mi è ormai entrato nella testa; non capisco per quale motivo ma forse si sta organizzando una congiura! È questa forse l'unica spiegazione possibile; non voglio crederci …. ma alla fine dovrò arrendermi all'evidenza». La paura è, di per sé, un'emozione basica. Ci protegge, ci tiene in allerta. È sempre un segnale. Quando perde, però, la connessione con la realtà oppure quando diventa eccessiva, pervasiva, può paralizzare, disgregare e diventare pericolosa per la nostra salute psichica. Come nel caso di Arturo, dove non è più solo un'emozione. Riconoscerla, ascoltarla e intervenire precocemente può fare la differenza tra smarrirsi e ritrovarsi. Tra salute e malattia.

Bibliografia

1. Campetti L: "Io ho paura". Il manifesto, il 13 luglio 2005.

2. Diamanti I. La Repubblica, 4 luglio 2007, intervista

3. Piano R: "Il mio grattacelo? Ecco perché fa paura". La Repubblica, 14 Novembre 2007, intervista.

Foto: "Prof. Marcello Nardini", foto di Immacolata d'Errico

Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Sociale/Stigma

Diversità fragili

/ Luigi Starace /

Cosa significa davvero “essere diversi” in un’epoca che si dichiara inclusiva? E cosa rende alcune differenze più esposte al dolore, alla marginalizzazione, al disagio? Il concetto di diversità fragili proposto dal Centro Studi Stigmamente Arte Media e Psichiatria offre uno strumento per leggere criticamente l’ambiente e la sua responsabilità.

L’espressione diversità fragili nasce come proposta di comprendere in modo meno rigido una delle problematiche del tessuto psicosociale attuale: lo scollamento della persona dal contesto. La diversità non è sinonimo di debolezza o handicap. Le diversità - biologiche, psichiche, etniche, culturali, ambientali - diventano fragili quando non vengono accolte, comprese o valorizzate dai contesti in cui nascono, si sviluppano e vivono. Fragili, pertanto, non per qualità in sé, ma per incapacità del sistema e del contesto in cui vivono ad avere una forma di integrazione sociale. Dopo la fragilità umana si passa all’etichetta sociale, allo stigma e in ultimo alle discriminazioni. Quando una società è in crisi, il linguaggio è la prima cosa da ripensare: esso può diventare un potente strumento al servizio della prevenzione e dell’equità. Diversità fragile si riferisce a un fenomeno psicosociale ampio, trasversale, fluido, che tocca fasce diverse della popolazione. Si esprime tanto nell’adolescente che sceglie di evitare la società quanto nell’anziano isolato, nel migrante e nella persona psico-neurologiche. Il concetto delle diversità fragili vuole essere un ponte simbolico che connette le micro-sofferenze del presente a dinamiche sociali e istituzionali macroscopiche. È un concetto pensato sia per tutelare la ricchezza personale, sia per indicare nuovi modi di concepire le politiche psicosociali di sviluppo della società (policies). È uno dei concetti che l’associazione Stigmamente pensa essere necessario per comprendere la complessità attuale delle società. Uno degli assunti fondamentali del concetto di diversità fragili è il concetto di alienazione dal contesto. Questa espressione diventa evocativa nel richiamare alla memoria lo psichiatra francese settecentesco Pinel, o la teoria marxiana, oppure la psicologia culturale e ancora l’ecologia sociale. Essa descrive una dinamica profonda: il vissuto, spesso silenzioso e crescente fino al rigetto, di non sentirsi parte del proprio ambiente. L’alienazione è un’esperienza esistenziale. Le diversità, quando non accolte, rendono chi le vive molto vulnerabili. Tuttavia, la fragilità non è interna solo all’individuo, ma è un sintomo sociale di un deficit relazionale del tessuto sociale dominante. Se sembra un concetto astratto basta pensare come esempi agli ambienti scolastici che ignorano le diversità psico-neurologiche, ai contesti lavorativi che escludono chi vive fasi depressive, agli spazi urbani che diventano ostili per chi ha limitazioni fisiche e infine alle piattaforme digitali che accentuano la solitudine invece di ridurla. L’alienazione dal contesto è un fenomeno multidimensionale, per il quale Stigmamente pensa sia necessario creare quei dispositivi (Focault, Agamben) di semplificazione della complessità sociale attraverso uno sguardo nuovo del vecchio. Serve una nuova attività di conoscenza della complessa profondità della attuale condizione umana. Servono “deep humanities” (profonda umanità) oltre che medical humanities: non basta pensare ad umanizzare la medicina, ma è necessario osservare in profondità, sospendendo i giudizi. Un ambiente che non sa accogliere, che non sa interpretare, che non si adatta alle differenze, diventa esso stesso fonte di sofferenza. E la fragilità, in questo caso, è una ferita del sistema. Sono tanti gli studi che hanno dimostrato negli ultimi cinquant’anni quanto il contesto sociale sia determinante come attore nell’origine del malessere psicosociale. Solo, ad esempio: le teorie ecologiche del benessere (Bronfenbrenner, 1979) e le ricerche sulle disuguaglianze psicosociali (Wilkinson & Pickett, 2009). Ultima ad arrivare è stata la definizione di Pandemic Fatigue dell’OMS in corso di pandemia Covid-19. Da alcuni anni l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Commissione Europea sollecitano a includere la salute mentale in tutte le politiche di programmazione, non solo sanitarie (Mental Health in All Policies) e riconoscono i determinanti sociali del benessere come fondamentali (WHO, 2022; EC, 2023). L’idea, che sembra più un libro dei desideri, è quella di promuovere una salute mentale diffusa, con capillarità dei servizi (recovery compresa) e un diverso approccio nella medicina del lavoro. L’utilizzo del concetto di diversità fragili nei piani scolastici per il benessere, nelle campagne anti-stigma istituzionali, nei servizi sociali integrati, potrebbe aprire nuovi spazi operativi e formativi. Potrebbe suggerire una nuova chiave operativa, efficiente nel parlare al tempo presente. Viviamo in un’epoca segnata da una moltiplicazione di vissuti di isolamento, ansia, scollamento. Le nuove solitudini non si esprimono più solo con l’immagine tradizionale dell’abbandono. Oggi la solitudine può abitare anche le stanze digitali, i social network, le videochiamate senza contatto. Hikikomori, eco-ansiosi, giovani LGBTQIA+ rigettati dalle famiglie, migranti irregolari, anziani soli, persone con disabilità invisibili: tutte queste figure, diversissime tra loro, condividono un’esperienza di “diversità fragile”. Restano ai margini, anche se formalmente non escluse. Non sono “malate” in sé, ma diventano vulnerabili, quando la società non fornisce protezione, ascolto, rappresentazione. Ecco allora che diversità fragili diventano una categoria utile per dare nome a queste vite laterali. Una categoria che rifiuta le classificazioni rigide, che non medicalizza, ma accoglie. È un approccio coerente con la paradigm shift proposta dalla Global Mental Health (Patel et al., 2018). Intendere il disagio psichico all’interno di un complesso di relazioni (famiglia, coppia, lavoro) disfunzionali o pato-

logiche non è certo una idea nuova. L'originalità delle diversità fragili sta nel ribaltare il paradigma del diverso, per cui la fragilità non è un difetto, né tanto meno una devianza: è una valutazione della tenuta psicosociale della nostra collettività. Non cristallizzare categorie di persone su cui agire ma, bensì, portare alla consapevolezza dell'importanza dei contesti variabili, nel tempo e nello spazio. Se tutto scorre, perché non può accadere anche nella società? Il concetto di diversità fragili è pensato per essere applicabile non solo in ambito clinico, ma anche in ambito educativo, sociale, culturale e soprattutto politico. Come per le non-communicable diseases (NCDs) (malattie non trasmissibili da una persona all'altra), anche le diversità fragili rappresentano un fenomeno diffuso, silente, spesso sommerso. Sono un campanello d'allarme per un insieme di relazioni umane che non riescono a leggere le sfumature, che intervengono troppo tardi, che confondono il disagio con la devianza. La loro individuazione precoce, la loro presa in carico comunitaria, la loro valorizzazione culturale sono azioni perfettamente coerenti con le linee guida dell'OMS (2022) e dell'Unione Europea (2023). La prevenzione primaria, la secondaria e le diagnosi precoci permettono di ridurre notevolmente il carico sulle strutture sanitarie, a patto che siano efficienti ed efficaci. In termini di costi sarebbero azioni molto vantaggiose economicamente. Con questo articolo, il termine diversità fragili viene proposto alla comunità scientifica, ai professionisti della salute mentale, ma anche ai politici, agli insegnanti, agli attivisti. È un termine nuovo, ma non improvvisato. Nasce da un'osservazione attenta della realtà, da un'urgenza teorica, da un bisogno operativo. Non pretende di spiegare tutto, ma offre una lente per leggere il presente, per nominare ciò che manca, per orientare le scelte. È un concetto compatibile con le linee strategiche dell'OMS e della Commissione Europea. Esso si muove su un terreno di intersezionalità, di prevenzione precoce, di salute mentale nelle politiche pubbliche. Come accade per le NCDs, anche qui si tratta di fenomeni molto frequenti, ma scarsamente visibili. Ecco perché serve una nuova definizione del disagio psichico. Diversità fragili è un contributo in questa direzione. Invito chi legge a farlo proprio, a metterlo alla prova, a criticarlo, a integrarlo. Perché ogni termine, se nasce dall'esperienza sul campo e guarda al futuro, può diventare leva di trasformazione. E oggi, in un mondo che cambia troppo in fretta, anche le parole contano. Soprattutto quelle che aiutano a riconoscere e proteggere la fragilità.

Bibliografia

1. Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development. Harvard University Press.

2. European Commission. (2023). A comprehensive approach to mental health. Brussels: EC.

3. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 392(10157), 1553–1598.

4. Sluzki, C. E. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. Family Process, 31(3), 217–230.

5. Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. Allen Lane.

6. World Health Organization. (2022). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO.

Foto: "Diversità fragili" foto di Luigi Starace, 2025

Luigi Starace

Giornalista pubblicista

Comitato scientifico

Genetica, aggressività maschile e femminile

/ Maurilio Tavormina/

L'aggressività maschile e femminile, oltre all'azione del gene guerriero attivo in ambiente avverso, è influenzata anche da caratteristiche inerenti all'aspetto biologico, sociale e culturale della persona.

Il ruolo della genetica nell'aggressività del comportamento umano ha un suscitato crescente interesse nella comunità scientifica. In quest'articolo metterò in evidenza l'importanza della genetica e la differenza tra aggressività maschile e femminile. Tra i geni più studiati è il gene della monoamino ossidasi A (MAOA) -L (low, a bassa espressione genetica), noto anche come gene guerriero. Questo gene, situato sul cromosoma x (insieme di geni che determinano la sessualità) è stato associato ai comportamenti impulsivi e di aggressività (Tavormina, 2025). Avere la variante genetica a bassa espressione enzimatica MAOA-L non significa avere costituzionalmente un carattere ed un comportamento propenso all'aggressività, sono necessari altri fattori. Sono determinanti l'ambiente, le esperienze traumatiche infantili e le relazioni sociali di tensione, pericolo e forte stress. Chi ha il gene guerriero ha solo una maggiore predisposizione all'azione e alla reattività ambientale. Valori anomali delle monoamminossidasi sono associati a vari disturbi e psicopatologie psichiatriche. Tra i quali la depressione maggiore, il disturbo da abuso di sostanze, il disturbo antisociale, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, le fobie sociali, aggressività e comportamento antisociale (Tavormina, 2025). Le differenze tra aggressività maschile e femminile sono state oggetto di numerosi studi psicologici e sociologici. La violenza femminile e quella maschile non sono esattamente sovrapponibili. Nel maschio troviamo aspetti di aggressività tendenti allo scontro fisico, nella femmina la violenza si esprime in una modalità più larvata, sebbene non meno oppressiva (Fonzi, 1999). In merito al tipo di comportamento aggressivo dei maschi l'aggressività è più spesso diretta e fisica. Caratterizzata da scontri, lotte e atti di violenza esplicita. Nelle femmine, invece, tende ad essere più indiretta e relazionale, espressa attraverso la manipolazione delle persone, esclusione sociale e diffusione di voci false. È più sottile, astuta, meno vistosa ed appariscente di quella maschile e si indirizza sul versante psicologico e sociale. Quella maschile è roboante, grossolana, si fonda sulla forza fisica e determinata alla sopraffazione ed azioni dirette. È di tipo predato-

Sociale/Aggressività

ria, impulsiva a tipo cortocircuito e rapida. Quella femminile è meditata, analitica, studiata nei dettagli, circostanziata, efficace nella costanza della durata sino al raggiungimento dell'obiettivo malvagio. L'aggressività ed il bullismo femminile è più rivolto all'aspetto fisico della vittima, rispetto a quello maschile. Nelle ragazze i canoni di bellezza e desiderabilità sono molto importanti e pertanto sono di più facile bersaglio allo scherno. Sempre più frequentemente si sente parlare di body shaming nel quale la vittima prova sentimenti di repulsione e vergogna del proprio corpo. Diversamente nei maschi è presente, secondo i comuni canoni di pensiero, l'importanza della forza, virilità e della dominanza (2). Gli ormoni sessuali giocano un ruolo chiave nel determinismo dell'aggressività. Il testosterone, ormone sessuale maschile, è associato ai comportamenti aggressivi fisici e violenti, mentre gli estrogeni possono modulare l'aggressività femminile in modi più sottili. In merito all'aspetto neurobiologico i maschi violenti tendono ad avere un mancato o mal regolato controllo della corteccia cerebrale frontale sugli impulsi istintivi di attacco e fuga. Il comportamento non è più mediato dall'azione del ragionamento ed è di tipo istintivo passionale. Le donne invece mostrano una maggiore connettività ed interscambio d'informazioni tra gli emisferi cerebrali, influenzando il modo in cui esprimono l'aggressività. Gli stereotipi (pensieri preconcetti e pregiudizi) della mascolinità e della femminilità influenzano la conoscenza dell'aggressività. Gli uomini sono spesso visti, secondo il senso comune, come dominanti ed impositivi, mentre le femmine sono incoraggiate a essere più empatiche e collaborative. Le donne possono esprimere la loro aggressività in modi meno visibili, come il bullismo relazionale, che mira ad isolare e screditare una persona (1). Uno studio condotto da Archer (2005) ha indicato tre diversi tipi di aggressività femminile. Un primo tipo a carattere sociale, con esclusione della vittima dal gruppo di appartenenza. Un secondo intervento è relazionale basato sull'isolamento e lo screditamento. Un terzo tipo è indiretto, focalizzato ed espresso con la diffamazione, maldicenze e derisione. Lo scopo è escludere alcune persone da un gruppo. A differenza del bullismo fisico che adopera azioni corporee per opprimere la propria vittima. Il bullismo verbale esprime l'aggressività con le parole, soprannomi e affermazioni negative sul comportamento o l'aspetto fisico della vittima. Esso è meno evidente del bullismo fisico, ma altrettanto deleterio. Il bullismo sessuale consiste in azioni ripetute, umilianti dannose che colpiscono una persona di solito di sesso femminile rivolte al suo aspetto o sulla sua attività sessuale. Le persone che attuano questo bullismo possono essere sia maschi che femmine. Le azioni possono essere di aggressività diversa, dai commenti spinti e volgari sino a vere violenze sessuali. Se viene utilizzato Internet si parla di cyberbullismo. Questo tipo di comportamento aggressivo è un problema crescente tra i giovani perché sono iperconnessi in rete. La vittima si sente sempre purtroppo raggiungibile e vive la violenza subita come costante e duratura. In ultimo, l'aggressività del bullismo basato sul pregiudizio negli adolescenti può comprendere tutti gli altri tipi di bullismo (1). Nei bambini l'aggressività maschile si manifesta con spinte, lotte e lanci di oggetti, mentre le bambine tendono a esprimere frustrazione attraverso il pianto o forme di aggressività verbale. Nella prima infanzia le bambine possono sviluppare una forma di aggressività indiretta, come il pettegolezzo o l'esclusione sociale. Queste differenze non sono assolute, ma sono influenzate da fattori genetici, ambientali e culturali. Gli ormoni giocano un ruolo cruciale nella modulazione dell'aggressività, influenzando il comportamento umano in modi diversi. Il testosterone stimola l'amigdala, aumenta le risposte impulsive e riduce l'inibizione della corteccia prefrontale, deputata al controllo degli stimoli emotivi ed istintivi. Livelli elevati di testosterone possono favorire comportamenti competitivi e reazioni aggressive (Wilson & Daly, 1985). Il cortisolo è l'ormone dello stress e può modulare l'aggressività in modi complessi. Livelli alti di cortisolo tendono a ridurre l'aggressività, mentre livelli bassi possono favorire comportamenti impulsivi. Interagisce con il testosterone, influenzando la reattività emotiva. L'ossitocina è conosciuta come l'ormone dell'affetto e della socialità, ma può avere effetti ambivalenti. Può ridurre l'aggressività in contesti sociali positivi e stimolanti, ma anche aumentarla in situazioni di difesa del gruppo e dei propri figli. Questi ormoni interagiscono tra loro e con il sistema nervoso, modulando l'aggressività in base a fattori genetici, ambientali e sociali. Inoltre, neurotrasmettitori come la dopamina e la serotonina sono chiamati in causa nei comportamenti aggressivi. Livelli elevati di dopamina possono aumentare la propensione al rischio e alla competizione. Essa è coinvolta nei meccanismi di gratificazione legati alla dominanza sociale. La serotonina ha un effetto inibitorio sull'aggressività. Livelli bassi della stessa sono associati a impulsività e comportamenti aggressivi. Essa regola il controllo degli impulsi e la gestione delle emozioni (Tavormina, 2025). La diversità di genere maschile e femminile dell'aggressività si evidenzia nelle modalità di comportamento delle persone nei confronti della vittima designata. Usando una metafora possiamo dire che l'aggressività maschile è paragonabile al mare in tempesta e quella femminile alla goccia che scava la pietra.

Bibliografia

1. Archer J & Gendreau P.L (2005) Subtypes of aggression in humans and animals, in Tremblay, R.E., Hartup, W.W., Archer, J. (a cura di) Developmental origine of aggression, Guilford, Ny.

2. Fonzi A (1999) Il gioco crudele: studio sui correlati psicologici del bullismo, Giunti, Firenze;

3. Tavormina MGM & Tavormina R (2025) Il gene guerriero: aggressività e successo. Atti 6° Seminario di Primavera Centro Studi Psichiatrici -Riv. Telos 2025.

4. Wilson M & Daly M (1985). Competitiveness, risk-taking, and violence the Young Male Syndrome. Ethology and Sociobiology, 6, 59-73.

Sitografia

5. I sei tipi di bullismo https://www.centroleonardo-psicologia.net/blog-centroleonardo/i-sei-tipi-di-bullismo.html

6. Bullismo al femminile https://magazine.igeacps.it/bullismo-al-femminile-caratteristiche-e-modalita-esecutive/

Foto: Envato Elements

Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Sociale/Aggressività

Radici invisibili. Capire la violenza per cambiarla

/ Antonio La Daga /

Un viaggio tra neuroscienze, infanzia, società e digitale per capire e affrontare il fenomeno della violenza umana.

Ferocia, crudeltà, brutalità, furia, furore, aggressività, veemenza, impeto, irruenza, virulenza, sopruso, abuso, prepotenza, maltrattamento, sopraffazione, costrizione, violazione, stupro, persecuzione, oppressione, angheria, offesa, soperchieria, coartazione. Tutti sinonimi di violenza. La violenza non è solo un pugno, non è solo un brutto litigio o una spinta per strada. Parte da noi, dalla nostra testa, dalle nostre emozioni, e arriva nella società che cambia alla velocità della luce. Per capire questo mostro, dobbiamo guardarlo da tanti punti di vista: biologico, psicologico, compreso il modo in cui ci organizziamo come società. C'è una parte del nostro cervello che si chiama amigdala, un nome un po' strano ma che si può immaginare come la nostra sentinella delle emozioni (Panksepp, 1998). È lei che dà l'allarme quando siamo arrabbiati o impauriti. Essa se troppo reattiva e se in più abbiamo poca serotonina, sostanza che ci fa sentire calmi e felici, e per niente può farci esplodere. È come avere un antifurto che suona per ogni foglia che cade. Poi c'è la corteccia prefrontale, che è un po' il nostro direttore d'orchestra. È lei che ci aiuta a frenare gli impulsi, a pensarci due volte prima di fare o dire qualcosa di cui potremmo pentirci. Nelle persone che tendono ad essere violente, questa parte del cervello a volte fatica a funzionare come dovrebbe. È come se il direttore fosse un po' distratto e l'orchestra suonasse a ruota libera, senza controllo. E non finisce qui. Ci sono anche altre sostanze chimiche nel nostro corpo che giocano la loro parte. Poca serotonina, l'abbiamo detto, può renderci più impulsivi. Ma anche troppa dopamina che ci dà la carica e la voglia di cercare cose nuove, a volte ci spinge a correre rischi inutili. E il cortisolo, l'ormone dello stress, se è sempre alto, ci rende più irritabili, più pronti a scattare (Raine, 2008). Il nostro passato modella la violenza. Le cose che ci succedono nella vita, soprattutto quando siamo piccoli, lasciano un segno profondo. Sono un po' come le radici di un albero: se le radici sono forti e sane, l'albero crescerà diritto, se sono state danneggiate, l'albero crescerà storto. Pensiamo ai traumi infantili. Un bambino maltrattato e che assiste a scene di violenza, è come se portasse uno zaino pieno di pietre pesanti per tutta la vita. Queste esperienze dolorose possono riemergere nell'età adulta, portando a comportamenti aggressivi, quasi come una reazione a catena. È un dolore che non si vede, ma che scava in profondità. Anche il modo in cui impariamo a legarci agli altri, quello che i tecnici chiamano attaccamento, è fondamentale. Se da piccoli abbiamo vissuto in un ambiente instabile, senza sentirci davvero al sicuro e amati, è difficile imparare a gestire le emozioni. È come se non avessimo avuto gli strumenti per regolare la nostra temperatura emotiva, e così, anche una piccola delusione può scatenare una tempesta. Poi ci sono i disturbi della personalità (ad esempio, il disturbo antisociale o borderline), che rendono ancora più difficile controllare gli impulsi e la rabbia. Non sono scelte, ma modi in cui la nostra mente, in certi casi, fatica a trovare un equilibrio, rendendo la violenza una tentazione più forte.

La violenza è intorno a noi: la società è come una culla (o trappola). La violenza non è solo una faccenda personale. Il mondo in cui viviamo, le regole non scritte, le ingiustizie, possono creare un ambiente dove la violenza trova terreno fertile per crescere. La povertà e l'emarginazione sociale sono un fattore enorme. Chi vive in condizioni di miseria, senza lavoro, senza opportunità, in preda alla disperazione, è più esposto alla violenza, sia come vittima che, purtroppo, come aggressore (Bowlby, 1969; Teicher, 2016). La frustrazione, la mancanza di speranza, possono far scattare qualcosa, spingendo le persone a scegliere strade estreme. Quando non si ha nulla da perdere, il confine tra giusto e sbagliato può diventare sfumato. E pensiamo ai cambiamenti climatici. Sembra una cosa lontana, ma anche il clima può alimentare la violenza. Se l'acqua scarseggia, le persone sono costrette a migrare, e questo crea tensioni, scontri per le risorse, fino a vere e proprie guerre. È come una reazione a catena: il clima cambia, le risorse diminuiscono, e la gente lotta per sopravvivere. E poi c'è il mondo digitale, i social media. Sono uno strumento potente, ma a volte diventano un'arma. Il cyberbullismo, ad esempio, è una violenza che non lascia lividi sul corpo, ma che può distruggere l'anima di una persona, portando a depressione, ansia, ecc. I discorsi d'odio online non sono solo parole al vento, ma possono incendiare gli animi, alimentare il razzismo, la discriminazione, e spingere a gesti estremi. La velocità con cui le notizie (vere o false) si diffondono può far sembrare la violenza normale, quasi accettabile. Le nuove facce della violenza: l'era digitale non perdona. Con tutti questi progressi tecnologici, la violenza ha imparato a mascherarsi, a trovare nuove vie per colpire. Non è più solo il pugno o la minaccia diretta, ma qualcosa di più sottile, che agisce sulla nostra mente. Il cyberbullismo, come dicevo, è una forma di tortura invisibile. Le vittime vengono bersagliate online, spesso da persone che si nascondono dietro un profilo falso, e questo attacco costante può lasciare cicatrici profonde e permanenti nell'anima. I discorsi d'odio e la radicalizzazione online sono un'altra piaga. I commenti razzisti, sessisti, le minacce diffuse sui social, possono convincere persone fragili ad abbracciare ideologie violente, fino a compiere azioni terribili (Homer-Dixon, 1999; Hinduja, 2010). È come se il web diventasse un terreno

fertile per seminare veleno. E c'è la manipolazione psicologica. Dietro le quinte del web, ci sono algoritmi e strategie che sanno come giocare con le nostre emozioni, alimentando la frustrazione, l'aggressività, facendoci sentire sempre più arrabbiati e impotenti. È come se qualcuno, a distanza, tirasse i fili delle nostre sensazioni, senza che noi ce ne accorgessimo. Possiamo fermarla? Certo che sì, non è il nostro destino. La violenza è un problema gigante, lo abbiamo capito. Ma non è qualcosa a cui dobbiamo rassegnarci. Possiamo e dobbiamo fare la nostra parte, agendo su più fronti, come una squadra. Educazione e prevenzione sono le armi più potenti. Insegnare ai bambini e ai ragazzi a gestire le emozioni, a risolvere i litigi con le parole e non con la forza è molto importante. Insegnare loro a rispettare l'altro, è come seminare dei semi buoni che daranno frutti di pace in futuro. La collaborazione tra le istituzioni è fondamentale. Psicologi, insegnanti, forze dell'ordine, assistenti sociali: devono lavorare insieme, come un'unica grande squadra, per capire cosa c'è alla base della violenza e per fermarla. Nessuno può farcela da solo. E poi, servono politiche pubbliche che funzionano davvero. Investire nella scuola, nella sanità, nel dare opportunità di lavoro a tutti, può costruire una società più giusta, più serena e più inclusiva. Quando le persone hanno speranza, quando si sentono parte di una comunità, c'è meno spazio per la violenza. La violenza è un fenomeno complesso, è vero, con radici che affondano nella nostra biologia, nella nostra psicologia e nel modo in cui viviamo insieme. Ma non è un destino segnato. Capire da dove nasce e agire con intelligenza può davvero fare la differenza per costruire un mondo più giusto e sereno per tutti (Sen, A. 2009; Pariser, 2011). La violenza fa paura, ma non è un mistero. È qualcosa che possiamo imparare a riconoscere, capire, affrontare. Non è solo colpa di chi la compie, ma spesso anche di un contesto che non ha saputo offrire ascolto, cure, possibilità. Per questo ognuno di noi può fare la differenza: con una parola gentile, con l'educazione, con la capacità di fermarsi e di mettersi nei panni dell'altro. La violenza non è inevitabile. È una strada che si può scegliere di non percorrere e aiutare gli altri a fare lo stesso. Serve coraggio, ma soprattutto serve umanità.

Bibliografia

1. Bowlby, J. (1969) Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books. https://archive.org/details/attachmentlossvo00john

2. Homer-Dixon, T. F. (1999) Environment, Scarcity, and Violence. Princeton University Press. https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691089799/environment-scarcity-and-violence.

3. Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010) Bullying, cyberbullying, and suicide. Archives of Suicide Research, 14(3), 206-221. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20658375/.

4. Panksepp, J. (1998) The Foundations of Human and Animal Emotions. Affective Neuroscience. Oxford University Press. https://academic.oup.com/book/53534.

5. Pariser, E. (2011) What the Internet Is Hiding from You. The Filter Bubble. Penguin Press.

6. Raine, A. (2008) From genes to brain to antisocial and violent behavior. Current Directions in Psychological Science, 17(5), 323-328.

7. Sen, A. (2009). La democrazia degli altri. Mondadori.

8. Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2016) The effects of childhood maltreatment on brain structure and function—psychiatric implications. Annual Research Review Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(3), 220-241.

9. Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). Why More Equal Societies Almost Always Do Better. The Spirit Level. Allen Lane.

Foto: Envato Elements

Antonio La Daga

Medico Neurologo

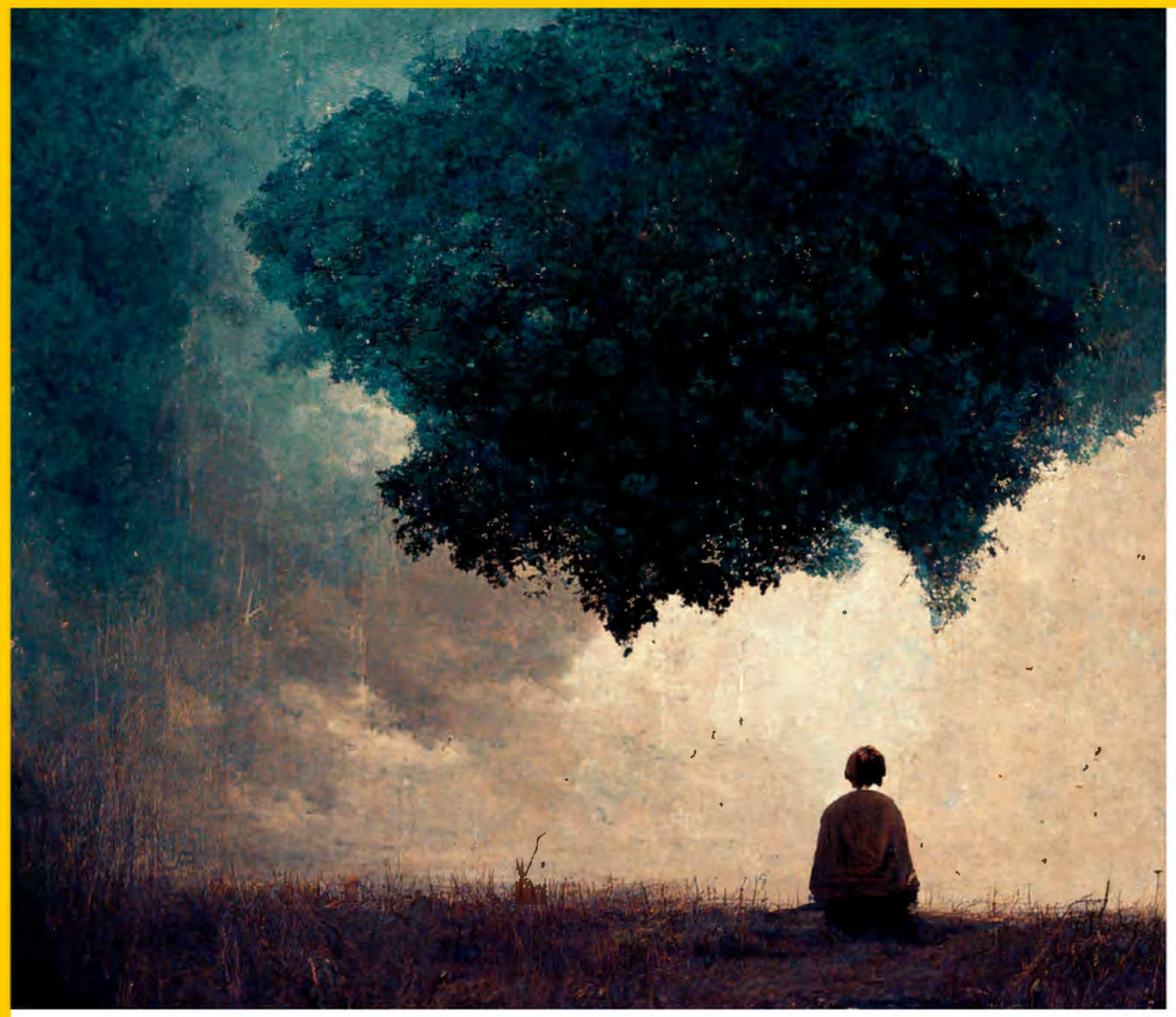
Redattore

Guerra, disumanizzazione e moral distress

/ Wilma A. R. Di Napoli/

Le crisi umanitarie provocate da guerre e conflitti generano un alto carico di sofferenza psicologica, sia nei soggetti direttamente coinvolti che nei testimoni indiretti. La continua esposizione a dolore e senso di impotenza causati dalla guerra possono scatenare nella collettività conseguenze emotive penose. Moral distress, o all'opposto reazioni difensive di disumanizzazione e indifferenza. Entrambi sono stati psicologici che influiscono in modo profondamente negativo sulla salute mentale della popolazione generale.

Il 2025 ha visto fin dal principio giungere notizie e immagini poco rincuoranti, se possibile ancora più cupe e preoccupanti di quelle degli anni precedenti, che non accennano a diminuire. La guerra in Gaza, Ucraina, Sud Sudan, Afghanistan, Iran, Haiti...l'elenco è lungo e incompleto. Il pianeta sta bruciando, come dice Greta (Thunberg ndr), e non solo per motivi climatici. Guerre e conflitti sono sempre più diffusi e ricorrenti, tanto che vengono in mente le parole di Papa Bergoglio, quando parlava del rischio di una "III Guerra mondiale a pezzi". Gli operatori umanitari e sanitari in prima linea nella emergenza sono sicuramente molto esposti a rischi psicologici nel prestare i proprio soccorsi in scenari di guerra. Per tale motivo hanno nel loro curriculum formazioni imprescindibili alla gestione del trauma emotivo. Vengono poco considerate tuttavia le conseguenze psicologiche che sussistono anche per i comuni cittadini, esposti tramite i mass media alle notizie dai fronti di conflitto. Esperienze traumatiche croniche possono facilitare l'insorgenza di disturbi psichici rilevanti quali ansia, depressione, PTSD (disturbo post traumatico da stress) e moral distress, anche in chi vi assiste indirettamente. Oppure all'opposto si corre il rischio di sviluppare reazioni di disumanizzazione e cinismo difensivo, che a loro volta esercitano un impatto negativo sulla salute mentale complessiva della popolazione. Il termine moral distress fu introdotto da Jameton nel 1984 in ambito infermieristico. È utilizzato per descrivere una condizione dove l'individuo sa quale sia l'azione eticamente corretta, ma è impossibilitato a compierla per vincoli istituzionali, normativi o pratici. Sebbene il termine sia nato in ambito professionale, negli ultimi anni è stato esteso anche ai civili esposti a scelte impossibili o all'impotenza morale. Davanti a immagini di civili inermi uccisi da bombe e cecchini, sottoposti a continue violenze, o portati alla morte da fame e privazioni, tutti soffriamo. Proviamo il desiderio di proteggere i più deboli, in particolare i bambini. Tuttavia, oggigiorno si avverte una profonda distanza tra il comune sentire



dei cittadini e le azioni dei governi, guidati da logiche economiche e politiche differenti. Questa distanza apparentemente incolmabile acuisce il rischio di sviluppare ansia, cinismo e moral distress. Le conseguenze psicologiche del moral distress, accompagnate da sentimenti di impotenza, colpa, vergogna, se non compensate, portano a sviluppare disturbi quali depressione o burnout professionale. La continua esposizione a un generale senso di ineluttabilità e ingiustizia può indurre la persona a percepirsi come sovrachiata da forze superiori alle sue capacità. Emergono vissuti di tristezza, paura e sfiducia nell'altro e nel futuro. In poche parole, la depressione. In altri casi l'esposizione protratta al trauma altrui (trauma vicariante) conduce ad interiorizzare il trauma altrui come se fosse proprio. Questo stato emotivo così penoso può portare per reazione ad una sorta di disconnessione morale in cui tutto perde di significato. Ci si rifugia nel cinismo difensivo ("è sempre stato così...non cambia mai nulla …") e nella disumanizzazione ("sono questioni che non mi riguardano…non c'entro"). Entrambe queste reazioni costituiscono una condizione psicologica pericolosa, dove l'orizzonte dei valori etici e morali della società si fa confuso e indefinito. Il distress morale di fronte alla guerra si accompagna frequentemente ad una generale crisi di senso. Dopo aver assistito a livelli estremi di distruzione e violenza, disumana e disumanizzante, molte persone sviluppano una sorta di disorientamento esistenziale. Ci si chiede che significato abbia il proprio lavoro o la propria esistenza. Le convinzioni su ciò che è giusto o sbagliato si frantumano. La disumanizzazione a sua volta riduce la disponibilità all'aiuto individuale e collettivo. Le persone sono in generale portare a rivedere la propria disposizione ad avvicinarsi all'altro, e ad aiutarlo. Diminuisce l'empatia, la capacità di provare ciò che l'altro vive. L'esposizione continua al trauma e alla violenza mediatica crea paura, cinismo e sfiducia nelle istituzioni e nel mondo. Si rinforza una cultura individualistica, dove il rispetto e la cura dell'altro passano in secondo piano. Si rinforzano in compenso valori di natura narcisistica ("pensa a te… oggi ci siamo domani chissà…mi faccio i fatti miei"). Consideriamo ad esempio i ragazzi oggi, immersi in un mondo digitale parallelo fatto di immagini, video, social e relazioni improntate alla competizione e alla apparenza. Essere testimoni di ingiustizie e sofferenze imposte, senza limite né condanna ufficiale, può sollecitare in loro la percezione che tutto è ammesso, giustificabile, o indifferente. Homo homini lupus recitavano gli antichi. Un tale messaggio, diffuso tramite la possibilità di assistere indirettamente agli avvenimenti nei luoghi di conflitto, dove conduce le nuove generazioni in futuro? Che "lezione morale" stanno imparando? A parole sentono parlare di diritti, legge e rispetto per la persona. Nei fatti però vivono ogni giorno il prevalere di interessi economici e personali che cancellano diritti umani fondamentali. Cosa possiamo aspettarci da loro in futuro? Già oggi vediamo giovani che per un like investono bambini alla guida di macchine di lusso, guidate a folle velocità. Ragazzi che di fronte a una frustrazione arrivano a uccidere di impulso i propri genitori o fidanzate, con una scioccante indifferenza. Siamo certi che questa sorta di "anestesia emotiva collettiva" che riscontriamo nel mondo non abbia nulla a che fare con quanto accade intorno a noi? Dentro di noi? Una dinamica emotiva, individuale e collettiva, così impattante e complessa può essere affrontata solo in modo corale e con azioni operanti su più piani. Esistono scelte individuali di cura che la persona può intraprendere, per trovare sollievo al suo disagio, tramite interventi psicologici specifici. EMDR, logoterapia, interventi gruppali. Sul piano comunitario sono altrettanto necessari interventi psicosociali di comunità volti a riprendere, sviluppare e curare le competenze emotive, psicologiche e morali della collettività. Una opportunità prioritaria di intervento passa attraverso l'educazione e la sensibilizzazione emotiva generale. Coltivare il senso morale, il rispetto dell'altro e la consapevolezza sul proprio sentire è oramai un imperativo etico e sanitario. Troppo forte e diffuso è infatti il bisogno, specie nelle giovani generazioni, di ritrovare un senso e un ancoraggio profondo alla vita oggi. Facilitare la narrativa personale, il racconto di sé, in contesti non giudicanti e supportivi, come possono essere gruppi di auto aiuto è di cruciale importanza. In generale favorire qualsiasi occasione sociale dove reimparare l'arte dell'ascolto e del dialogo, abbandonando i cosiddetti "leoni da tastiera", è una buona strada da percorrere. Gruppi di parola e narrazione collettiva (narrative exposure therapy, testimoni di pace) possono essere utili in tal senso. È possibile cercare di sviluppare una sorta di "riparazione morale", attraverso forme simboliche di testimonianza e riconoscimento del trauma. Si sostiene la ricostruzione di significati condivisi, ad esempio attraverso memoriali, cerimonie simboliche, rituali. Un tentativo di riparazione del trauma è realizzabile, ove possibile, anche promuovendo la partecipazione attiva delle vittime alla ricostruzione. O cercando di restituire voce e agency a chi subisce violenza e sopraffazione, attraverso l'arte, la testimonianza, la scrittura. Il ripristino autentico e non formale della dignità e dei principi etici e morali fondamentali, nel riconoscimento collettivo, è il passo imprescindibile di questo cammino. Sviluppare una decisa attenzione etica e professionale dei media ai contenuti da diffondere e alle modalità per farlo può giocare un ruolo decisivo. Ciò evitando rischi di censura mediatica da una parte e sensazionalismo manipolativo o disumanizzante dall'altro. Per altro educare la popolazione, ed in particolare le giovani generazioni, al consumo critico delle informazioni e alla "decostruzione visiva" dei media ha un'importanza strategica. Il mondo attuale sta vivendo anni difficili, di conflitti geopolitici diffusi, guerra, violenza, catastrofi umanitarie ripetute. L'esposizione continua, seppur indiretta, a ingiustizie e abusi può ingenerare sofferenza emotiva e moral distress nelle persone sensibili, o all'opposto anestesia emotiva e disumanizzazione. Entrambe sono fenomeni psicologici potenzialmente tossici per la salute mentale della collettività. La disumanizzazione non è solo un fenomeno retorico, ma ha effetti misurabili sulla salute mentale, e sulle capacità di empatia e solidarietà della collettività. Ovviamente ha profonde ripercussioni sociali e politiche. La disumanizzazione che avviene nelle guerre non è solo una scelta individuale, ma una ferita al tessuto sociale. Contrastarla sul piano sociale significa coltivare empatia pubblica, rafforzare la coesione sociale, e creare una cultura della responsabilità emotiva condivisa. Tutto ciò richiede un impegno collettivo su più livelli, dove istituzioni, stake holders (portatori d'interesse), associazioni e comuni cittadini sono tutti chiamati a dare il proprio contributo.

Bibliografia

1. Agamben, G. Homo Sacer. Ed Quodlibet. 2021
2. Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery. Ed Magi 2005.
3. Molnar, B. E., et al. (2017). "Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda." Trauma, Violence, & Abuse, 18(3), 346–356.
4. Rushton, C.H. (2018). Moral Resilience: Transforming Moral Suffering in Healthcare.
5. Shay, J. (2014). Moral injury. Psychoanalytic Psychology, 31(2), 182–191
6. WHO (2023). Mental Health in Emergencies: Civilian Needs and Long-term Support.

Foto: Depressione, foto di Luigi Starace, 2024
Foto: Envato Elements

Wilma A.R. Di Napoli
Medico Psichiatra
Direttore Artistico

Sentire le emozioni. Un viaggio nelle emozioni della bipolarità

/ Donatella Costa /

Le emozioni sono esperienze complesse e personali che influenzano continuamente la nostra vita quotidiana. Le emozioni rappresentano l'essenza della vita, colorano la nostra esistenza, spesso abbiamo dei ricordi importanti di vita collegati ad emozioni vissute intensamente.

Tutte le emozioni sono fondamentalmente impulsi ad agire per gestire le emergenze della vita (Golemann, 1999). Le emozioni primarie sono la felicità, tristezza, paura, sorpresa, disgusto. Le emozioni secondarie sono più complesse come la gelosia, la rabbia, l'invidia e la vergogna. In genere le emozioni ci aiutano a comunicare con gli altri e a esprimere i nostri bisogni e desideri. Spesso le emozioni motivano il nostro comportamento e influenzano le nostre decisioni, ci consentono di rispondere in modo appropriato. In genere le emozioni positive sono ben accettate dalla persona, le difficoltà insorgono nella gestione delle emozioni negative. Ad esempio, quando siamo in collera la frequenza cardiaca aumenta, abbiamo l'adrenalina in corpo, sono possibili agiti comportamentali. Quando abbiamo paura viviamo in uno stato di allerta, il corpo appare congelato, sentiamo la minaccia che in genere incombe. Un'emozione demonizzata nella nostra società è la tristezza, non bisogna mai essere tristi. Nella tristezza persistente abbiamo un calo di energia, siamo chiusi in noi stessi, perdiamo interesse momentaneamente per le attività della vita. Nella felicità ci sentiamo pieni di energia, domina l'entusiasmo ed è più facile raggiungere ciò che ci siamo prefissati. Sicuramente le emozioni giocano un ruolo importante nella salute mentale e possono influenzare il nostro benessere. In alcuni casi non riusciamo a comprendere le emozioni, facciamo fatica ad esprimerle in termini di forza e intensità. La maggior parte dei problemi psicologici delle persone è legata a difficoltà nel riconoscere, esprimere adeguatamente le emozioni. Lo psicologo statunitense Daniel Goleman definisce l'intelligenza emotiva come la capacità di riconoscere e gestire le proprie emozioni e quelle altrui. Avere una buona intelligenza emotiva permette infatti di raggiungere il successo personale e professionale, avere delle relazioni interpersonali soddisfacenti e si affronta meglio lo stress. È importante avere pertanto consapevolezza emotiva delle proprie emozioni e di quelle altrui. Saper gestire e regolare le proprie emozioni in modo efficace è fondamentale, per vivere una vita piena e soddisfacente. Le emozioni sono una potente forma di conoscenza di noi stessi, degli altri e del mondo (Manstead, Frijda e Fisher, 2004). La depressione rappresenta un serio problema personale e sociale che, specie in questo periodo storico e nelle sue varie forme, sembra riguardare moltissime persone (Herman, Maj e Sartorius, 2009). La depressione è caratterizzata da schemi mentali specifici come un ridotto senso di auto-efficacia, bisogno di approvazione, sentirsi in trappola, giudizi negativi su di sé, forte presenza di pensieri negativi. La persona non vede via d'uscita dalla situazione nel momento della crisi. Il disturbo bipolare, noto in passato come malattia maniacodepressiva, è un disturbo caratterizzato da episodi di mania o ipomania, alternati a episodi di depressione. I sintomi possono variare in intensità e frequenza, e possono influire sulla vita quotidiana e relazioni. Nella fase di mania prevale l'euforia, l'irritabilità, notevole energia, riduzione del bisogno di sonno. Nella fase di depressione prevale forte tristezza, perdita di interesse per le attività, cambiamenti nell'appetito e nel sonno. Negli episodi di ipomania vi è aumento di euforia ed energia, ma senza la gravità degli episodi di mania. Nello specifico, le persone con disturbi dell'umore possono vivere le emozioni in modo intenso e variabile. Durante gli episodi depressivi, le persone con disturbo bipolare possono vivere sentimenti di tristezza e disperazione profondi. Nella fase di euforia presentano ottimismo eccessivo e si sentono onnipotenti. Di conseguenza faticano a gestire le emozioni, sono in genere maggiormente sensibili alle stimolazioni ambientali e sociali. Poesia ed emozioni: Daniela Tosi Brandi, una donna speciale che vive da anni questa malattia è riuscita a raccontarsi e a esprimere le proprie emozioni attraverso la poesia. Tristezza depressiva È già mattino / Un mattino come tanti / Un mattino di pensieri / Un mattino di resto a letto / Un mattino di non ho voglia / Un mattino di non mi alzo / Un mattino in quel tunnel senza fine / Un mattino dove so che in fondo una via d'uscita esiste / un mattino che non riesco a trovare la via per uscirne… / e finalmente il mattino del risveglio dal buio del tunnel è arrivato, / vedo la luce vedo la via d'uscita riprendo in mano la mia vita. In questa tipologia di disturbo il mattino è un momento critico e difficile da affrontare, la persona è come se dovesse scalare metaforicamente una montagna. Emozioni Quante emozioni nella vita puoi provare / Emozioni intense di piacere / emozioni di dolore emozioni da ricordare / emozioni da cancellare emozioni di disperazione / quando stai male e nella solitudine devi restare / Se sei nella fase di depressione / si allontanano quasi tutte le persone anche le più care / Proprio quelle che dovrebbero darti più calore vicino a te fanno fatica a restare / E la solitudine ti assale e tu stai sempre più male / e non vedi una soluzione e un granello di sabbia / ti sembra un deserto dal quale non ne puoi uscire. Le emozioni in genere nel disturbo bipolare si vivono in modo intenso, non c'è la via di mezzo, tutto è bianco o nero. In particolare, nella fase depressiva sembra tutto sgretolarsi e tingersi di malinconia. Bipolare Io sono bipolare ma che ci posso fare / Si son bipolare, pochi lo san capire / Se avessi un gesso al braccio lo potresti vedere / Ma sono bipolare e solo in certi giorni lo puoi notare / Gli sbalzi d'umore per me sono la normalità / Prima su in cima fino ad esagerare / Ma son bipolare e cado giù / nel baratro assoluto della depressione / Le montagne russe fan parte della mia esistenza / ma non per questo mi manca l'intelligenza / Son bipolare forse il fato, forse un gene, / forse la vita, forse, forse, forse. / Non importa ormai è la mia vita che infine mi piace / Quando è alto l'umore tutto è migliore / ma quando faccio la botta e cado in depressione / vedo tutto nero e senza sapore, / Son bipolare ma lo devo accettare e / capire che per sempre dopo il buio e / il dolore ritorna la gioia e il buon umore / e tendo ad esagerare perché si son bipolare e così mi accetto. L'accettazione della malattia è fondamentale per iniziare un percorso di cura, i familiari, gli amici possono essere un prezioso supporto con la vicinanza emotiva comprensiva ed empatica.

Bibliografia

1. Goleman D, 2011- Intelligenza emotiva Che cos'è e perché può renderci felici
2. Aquilar F, 2021- Riconoscere le emozioni - Esercizi di consapevolezza e psicoterapia cognitiva
3. Manstead, Freijda, Fisher, 2004 – Feeling and emotions, Cambridge University Press
4. Herrman, Maj, Sartorius, 2009 – Depressive disorders, Wiley-Blackwell, Oxford

Sitografia

5. https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbi_dell%27umore
6. https://www.stateofmind.it/disturbi-umore/.

Foto: Envato Elements

Donatella Costa

Psicologa Clinica

Redattrice

Goya e la depressione melanconica

/ Antonella Litta/

Goya racconta la depressione melanconica nei Dipinti Neri: un viaggio visivo e psichico nel dolore, nella follia e nella perdita di senso del mondo.

Ci sono luoghi in cui l'arte riesce a trasmettere emozioni con una potenza insolita. La sala dei Dipinti Neri del Museo del Prado è uno di questi. Entrarvi rappresenta un'intensa esperienza sensoriale ed emotiva. Lo spazio è raccolto e poco illuminato. Le immagini esprimono un mondo interiore turbato. Le figure deformate e i corpi mutilati evocano uno stato mentale di sofferenza e angoscia. Per chi opera nella salute mentale, l'impatto evoca uno stato affettivo di tipo misto. Uno stato clinico caratterizzato da umore flesso ma carico di tensione, impulso e disperazione. In questo contesto, la depressione melanconica può diventare la chiave clinica e culturale per interpretare l'intera opera.

Nel 1819 Goya acquistò una casa isolata sul Manzanarre, vicino Madrid, che fu chiamata Quinta del Sordo. Vi si ritirò malato, sordo, disilluso, dopo anni di crisi politiche e personali. Tra il 1819 e il 1823 realizzò sulle pareti della casa le "Pinturas Negras", distribuite in due stanze, al piano terra e al piano superiore. Non si trattava di opere destinate al pubblico, ma di immagini interiori, forse terapeutiche. Le figure appaiono immobili, sature di dolore, angoscia e senza possibilità di salvezza. Studi clinici moderni riconducono queste produzioni a una forma di depressione melanconica, una condizione caratterizzata da anedonia (incapacità a provare piacere), colpa, blocco psicomotorio e ideazione nichilista (1). Sono state avanzate ipotesi di origine organica per il disturbo mentale di Goya. La prima è la neurosifilide: la sifilide terziaria può causare disturbi neuropsichiatrici, stati confusionali e decadimento affettivo, anche dopo anni di latenza. Una seconda ipotesi è quella dell'avvelenamento da piombo, dovuto all'uso della biacca, un pigmento costituto da carbonato basico di piombo, usato nella pittura del tempo. Studi moderni hanno collegato l'intossicazione cronica da piombo (saturnismo) a sintomi depressivi, disforia e deterioramento cognitivo (2). Le lettere e gli scritti di Goya testimoniano fasi di profonda instabilità dell'umore. Il pittore alternava apatia, irascibilità e disperazione. Nelle Lettere a Martín Zapater, amico di infanzia, scriveva: " Mi trovo in uno stato d'animo tale che quasi non riesco a sopportarmi", "Tutto mi dà fastidio, e a volte detesto la compagnia degli uomini" "Non posso dirti ciò che sento dentro di me. Mi sembra che non ci sia nulla di buono in me" (3). Questa descrizione soggettiva appare oggi compatibile con uno stato misto, in cui sintomi depressivi si accompagnano ad agitazione psicomotoria, rabbia, insonnia e labilità emotiva. Nella depressione melanconica, possono emergere anche tratti disforici. Il dolore psichico si accompagna a urgenza, impulsività, eccesso di pensiero negativo e ideazione suicidaria.

Nei Dipinti Neri Goya restituisce esattamente questa lacerazione affettiva. In "Saturno che divora i suoi figli", il gesto irreversibile del dio è rappresentato come azione autodistruttiva. In "Cane interrato nella rena", l'immobilità del muso emergente dalla sabbia è metafora di impotenza e annientamento. Le immagini delle Pinturas Negras non raccontano una storia. Le scene appaiono chiuse, claustrofobiche, prive di sbocco. In "Pellegrinaggio a San Isidro", una folla avanza senza meta, senza direzione. In "Due uomini che si colpiscono a bastonate", la violenza è ciclica, senza esito. Questo assetto iconografico corrisponde alla fissità cognitiva e affettiva tipica della depressione melanconica: non c'è più progettualità, né fiducia in un cambiamento possibile. Werner Hofmann ha definito queste opere "mostri dell'inconscio", evocazioni simboliche di paure e ossessioni profonde (4). Todorov, a sua volta, ha parlato di Goya come di un "esorcista di sé stesso" (5). Le immagini non sono allegorie: sono materializzazioni visive del dolore psichico. L'artista non interpreta, ma espelle. Non illustra la follia: la abita. Il periodo in cui Goya realizza le "Pinturas Negras" coincide con la restaurazione borbonica e la fine dei sogni liberali. L'artista assiste al fallimento delle idee riformatrici, all'instaurarsi della repressione e al ritorno del potere assoluto. In questo clima politico e sociale, la depressione melanconica che affiora nelle sue opere non è solo soggettiva. Diventa lo specchio di un intero mondo in crisi. La dissoluzione individuale si sovrappone al disfacimento collettivo. Il nero che domina le superfici non è solo cromatico. È il colore simbolico della storia, della perdita di senso, del trauma collettivo. Le pareti della "Quinta del Sordo" diventano un luogo di rappresentazione del crollo simbolico dell'identità europea postnapoleonica. Nulla può essere salvato, perché ogni riferimento condiviso è stato distrutto. Le "Pinturas Negras" non furono pensate per la fruizione pubblica. Dopo la morte di Goya, furono staccate dai muri e restaurate dal figlio Javier, quindi esposte all'Esposizione Universale di Parigi nel 1878. Solo più tardi entrarono a far parte della collezione permanente del Museo del Prado. Per decenni rimasero ai margini della critica, considerate opere minori o eccentriche. Solo nel Novecento furono riconosciute come precursori dell'arte moderna e documenti straordinari della sofferenza psichica. Oggi possiamo leggere queste opere come una rappresentazione visiva della depressione melanconica, capace di restituire un'esperienza affettiva difficile da verbalizzare. Il dipinto "Cane interrato nella rena" è forse la sintesi più potente di questo paesaggio psichico. Il muso dell'animale emerge appena dalla sabbia, lo sguardo è vuoto, la posizione immobile. Non vi è movimento, né intenzione. Solo attesa. L'immagine evoca l'anedonia, la perdita di iniziativa, l'incapacità di agire che caratterizzano i quadri più gravi della depressione melanconica. Il cane non ha più orizzonte né via di fuga. Il mondo è ridotto a uno spazio sepolcrale. Goya non interpreta il dolore. Lo rappresenta con crudezza e precisione. In questa forma pittorica essenziale, la psichiatria contemporanea riconosce una corrispondenza profonda con la fenomenologia della melanconia. Nessuna parola sarebbe altrettanto efficace.

Bibliografia

1. Barale F, Bertani M, Gallese V. Melanconia. Clinica, teoria, storia. Raffaello Cortina Editore; 2004.

2. Hofmann, W. (1971). Goya. Milano: Rizzoli.

3. Francisco Goya Lettere a Martin Zapater Abscondita Editore trad it 2023

4. Hughes, R. (2003). Goya. New York: Alfred A. Knopf.

5. Todorov, T. (2004). Goya all'ombra delle luci, trad. it. Garzanti, 2007

Foto: Francisco Goya, Il 3 maggio 1808 (1814); olio su tela, 266 × 345 cm, museo del Prado, Madrid, fonte Wikipedia, pubblico dominio

Antonella Litta

Medico Psichiatra

Redattrice

Sebastião Salgado e la potente fragilità della sue immagini

/ Luigi Starace /

«A volte la realtà ti entra dentro in silenzio. È il volto di qualcuno che non conosci, ma che ti sembra di conoscere da sempre». L'arte fotografica di Sebastião Salgado ci aiuta a ricordare che prima di ogni corpo umano, c'è uno sguardo.

L'opera di Sebastião Salgado ha un valore inestimabile per le Medical Humanities. La sua fotografia non è solo documento estetico o testimonianza storica: è un laboratorio visivo di umanità, un atlante iconografico del dolore, della speranza e della dignità. In un tempo in cui la medicina rischia di ridursi a procedure tecniche, Salgado ricorda ai terapeuti – medici, psicologi, educatori – che curare è prima di tutto vedere. «Ogni volta che premo l'otturatore, so che sto costruendo una storia collettiva». Si presenta così Sebastião Ribeiro Salgado (1944–2025), nato ad Aimorés (Brasile), studi di economia e statistica prima di dedicarsi interamente alla fotografia nel 1973. Ha lavorato per agenzie come Sygma, Gamma e Magnum e Contrasto, viaggiando in oltre 120 paesi, conservando una propria autenticità creativa. Sebastião Salgado non è stato solo un fotografo: ha vissuto ciò che ha fotografato, con un'attenzione estrema al volto dell'altro. Nei suoi progetti (da Workers a Migrations a Genesis) ogni volto è ritratto in modo tale da restituire dignità, presenza, umanità. La fotografia poetica in Sebastiano Salgado è una costruzione visiva basata sul bianco e nero astratto per elevare la realtà senza deformarla. È frutto dell'eredità del mestiere del fotoreporter globetrotter: le narrazioni senza colore hanno il colore del vissuto emozionale che provocano nell'osservatore. Le sue immagini non abbelliscono il dolore: lo mostrano con rigore poetico. In Genesis, ad esempio, la natura si fa testo sacro. In Workers, il lavoro manuale diventa rito arcaico. In Migrations, la disperazione si apre a uno spazio di dignità. Tutto questo è poesia, ma senza lirismo vuoto. È una poesia radicata nella materia, nel fango, nel sudore, nella carne. Mai estetismo fine a sé stesso. Sebastião Salgado ha raccontato l'indicibile: carestie, esodi, fame, malattie, tragedie umane troppo grandi per stare in una pagina di giornale. Ma il dramma non è mai spettacolo: Salgado evita il voyeurismo, optando per un estremo rispetto etico. Le immagini oscillano fra testimonianza e arte: come se ci fosse un tacito accordo fra fotografo e soggetto: essere visto e pertanto ripreso, ma senza essere violato. Le composizioni sono teatrali, con chiaroscuri potenti che ricordano disegni epici. Le miniere di Serra Pelada, ad esempio, diventano un coro tragico: migliaia di uomini appesi nel fango come formiche, spinti da una fame più grande di loro. Sebastião Salgado descrive numerose tragedia epocali, di quelle che lo Zeitgeist occidentale neocolonialista e post-industriale fa spesso finta di non accorgersi. Le immagini che ha prodotto sono il luogo dove l'invisibile diventa non solo visibile ma tangibile, quasi palpabile, e lascia una grande segno non solo visivo ma soprattutto semantico. Spesso si ha l'impressione di essere dentro la scena ritratta. Questa scelta stilistica e la tecnica di sviluppo grafico delle fotografie annullano la sensazione sempre un po' presente dell'eidetico. Non si guarda per compatire, ma per comprendere il momento presente di quei corpi arrampicati nel fango, monumenti del lavoro e della sofferenza. Poi si può andare oltre: riuscire a osservare il volto che guida e sostiene quei corpi... Sebastião Salgado è uno di quei fotografi da prendere come gold standard in ambito di fotografia empatica: non si guarda per commuoversi di superficie, ma per essere trasformati. Ogni scatto è un ponte visivo ed emotivo tra lo spettatore e il soggetto. Lo fa senza parole, solo con luce, forma, composizione. Ma lo fa in modo potentissimo e spesso sembra dialogare con l'osservatore ponendo domande del tipo: «E tu, che fai? Che senti? Che scegli, adesso che sai?». Salgado non chiede di piangere, ma di sentire. Di non passare oltre. Di fermarsi abbastanza da riconoscere un fratello, una sorella, un sé possibile in un'altra vita. La fotografia smette di essere arte o cronaca: diventa intuizione. Ogni volto ha una storia. Ogni ruga è una parola. La fotografia serve a non dimenticare. Guardare i volti fotografati da Salgado è un esercizio clinico e spirituale insieme. Come non pensare a Emmanuel Levinas o al padre della fenomenologia, Karl Jaspers quando si parla del binomio clinica/volto. Il volto è il luogo dove, se si vuole, si può incontrare l'altro. Le immagini di Salgado diventano così specchio e ponte, rivelazione e costruzione condivisa di senso. Il dinamismo culturale che stimola nei caregivers e nei professionisti della salute è quello del passaggio dal conoscere il paziente al riconoscerne il volto umano. Ciò costringe l'osservatore clinico o il caregiver a fermarsi, a sospendere il giudizio ed eventualmente accogliere. Nel lavoro sul diventare contenitori migliori, Salgado è un alleato formativo potente. Le sue immagini possono essere usate in percorsi di formazione alla relazione d'aiuto per: 1- Educare all'empatia profonda e non reattiva. 2- Allenare lo sguardo all'ascolto silenzioso. 3- Sviluppare una sensibilità etica verso la sofferenza incarnata. 4- Abituare a cogliere la dignità nel disordine, la bellezza nella fragilità. 5- Contrastare la disumanizzazione nei contesti clinici e istituzionali. Infine, le sue fotografie possono facilitare percorsi di consapevolezza e di riflessione nei pazienti: possono essere usate in percorsi di narrative medicine, di psicoterapia visiva o in contesti di gruppo. In ogni scatto di Salgado c'è un possibile paziente, un terapeuta in crisi, un sopravvissuto che cerca ancora il senso. Nelle Medical Humanities, questa è forse la lezione più importante. Non dimenticare: non dimenticare il volto, la voce, il dolore, il sogno. Non dimenticare ma non credere di possedere: il pensiero filosofico di Sebastiano Salgado potrebbe sintetizzarsi cosi: «Non sono un artista. Sono un testimone».

Libri e progetti fotografici principali

1. Other Americas (1986)

   Una delle sue prime opere importanti, documenta la vita rurale e indigena in America Latina tra il 1977 e il 1984.
2. Sahel: L'Homme en détresse (1986)

   Realizzato per Médecins Sans Frontières, mostra la crisi umanitaria nel Sahel durante la grande carestia.
3. Workers: An Archaeology of the Industrial Age (1993)

   Epico affresco del lavoro umano nel mondo, frutto di sei anni di viaggi attraverso più di 20 paesi.
4. Terra (1997)

   Ritratto visivo dei contadini brasiliani senza terra (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST), con testi di José Saramago.
5. Exodus: Humanity in Transition (2000)

   Documento struggente sulle migrazioni forzate e i rifugiati in oltre 40 paesi. Include anche Children: Refugees and Migrants.
6. Africa (2007)

   Raccolta di immagini scattate in 26 viaggi in Africa tra il 1973 e il 2006.
7. Genesis (2013)

   Un progetto durato otto anni, dedicato alla bellezza incontaminata del pianeta, per riscoprire "la parte del mondo ancora come era all'origine".
8. Amazonia (2021)

   Viaggio fotografico nella foresta amazzonica brasiliana e tra le popolazioni indigene, un'opera potente a difesa dell'ecosistema e della cultura autoctona.

YouTube – Mostre: Sebastião Salgado. Amazzonia. Museo MAXXI https://www.youtube.com/watch?v=2VANktoXR7c&t=145s&ab_channel=MuseoMAXXI

Foto: "Opere di Sebastião Sagado" fotocomposizione di Luigi Starace, 2025.

Luigi Starace
Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

Guido Gozzano, un malinconico poeta pittore

/ Giuseppe Tavormina /

Guido Gozzano è stato un illustre esponente del crepuscolarismo, corrente poetica dei primi del Novecento che descriveva il bello delle cose piccole, e l'introspettività che ne scaturisce. Ne emerge una malinconia costruttiva, oltre che una maestria pittorica.

Il lettore disattento ha spesso affermato che la poesia crepuscolare è triste e di stile "leggero", per cui, definita poco coinvolgente. Anche la poesia leopardiana è fondamentalmente triste, ma il pessimismo di Leopardi, si sa, coinvolge il lettore. E ciò per la profondità dei suoi versi, sia perché il pessimismo leopardiano descrive uno stato d'animo molto spesso condivisibile e che appassiona.

La poesia crepuscolare non sempre ha avuto apprezzamenti degni di quanto i suoi autori avrebbero meritato. Anche, come ho prima affermato, in seguito al fatto che viene talvolta definita una poesia triste, leggera e poco coinvolgente. Guido Gozzano ne è stato il suo più alto rappresentante: torinese, morto a soli 32 anni nel 1916 per tubercolosi. Un'attenta lettura delle sue rime mette in evidenza il velo malinconico che traspare dalle sue poesie, anche quelle apparentemente più gioiose. La sua però potremmo definirla una malinconia non triste, uno stato d'animo costruttivo che trae spunto da considerazioni malinconiche, ma non fini a se stesse. Dalla malinconia egli risale verso uno sguardo positivo, trasporta il lettore verso una strada che conduce ad un pensiero ultimo sereno. Nella poesia "L'Assenza" (riflessioni di una persona innamorata in assenza dell'amata) quanto detto emerge: Un bacio. Ed è lungi. Dispare / giù in fondo, là dove si perde / la strada boschiva che pare /un gran corridoio nel verde. / Risalgo qui dove dianzi / vestiva il bell'abito grigio: / rivedo l'uncino, i romanzi /ed ogni sottile vestigio [...] / Mi piego al balcone. Abbandono /la gota sopra la ringhiera. /E non sono triste. Non sono / più triste. Ritorna stasera. / [...] E non sono triste. Ma sono / stupito se guardo il giardino [...] / stupito di che? non mi sono / sentito mai tanto bambino [...] / Stupito di che? Delle cose. / I fiori mi paiono strani: / ci sono pur sempre le rose, / ci sono pur sempre i gerani [...]. Oppure anche nella poesia "Ad un'ignota" (un'amica-amante che non c'è): [...] So che vivi nel silenzio; come /care ti sono le mie rime: questo /ti fa sorella nel mio sogno mesto, / o amica senza volto e senza nome /. Fuori del sogno fatto di rimpianto / forse non mai, non mai ci incontreremo, / forse non ti vedrò, non mi vedrai [...].

Ed anche nella poesia "Ignorabimus" (una riflessione esistenziale): [...] Ma ohimè, fratelli, giova che s'affondi / lo sguardo nella notte della sorte? / Volere un Dio? Irrompere alle porte / siccome prigionieri furibondi? / Amare giova! Sulle nostre teste / par che la falce sibilando avverta / d'una legge di pace e di perdono [...]. Dopo tanti ricordi, abbandonare la gota sopra la ringhiera e non esser tristi (L'Assenza) è uno sprone a guardare avanti. Oppure sapere che vivi nel silenzio e diventi sorella nel mio sogno mesto (Ad un'ignota) invita ad una riflessione introspettiva. Ma anche sapere che amare giova anche quando si affonda lo sguardo nella notte della sorte (Ignorabimus), dà vero sostegno all'umano sentimento. Malinconia costruttiva, ma non solo: l'arte crepuscolare di Guido Gozzano è anche pittura in prosa, dipinge con la penna e senza pennelli. Lo si vede dal libro di prosa "Verso la cuna del mondo", racconto di un suo viaggio in India ai primi del Novecento. Sono appunti di viaggio stesi con dovizia di particolari, con attenzione descrittiva a tutto ciò che veniva osservato lungo il percorso, lungo le pause di riflessione. Con un'attenzione descrittiva che traccia con gesti pittorici ogni aspetto paesaggistico da rendere il lettore presente e coinvolto in questo film di pagine. La poesia non è solo in versi: si può poetare anche scrivendo prosa, la prosa poetica di Guido Gozzano l'ha dimostrato nel volume "Verso la cuna del mondo". Un brano fra i tanti del libro che stillano poesia lungo righe di prosa è il seguente in cui dipinge e colora di armonia vivida la descrizione degli avvoltoi: «[...] Ed ecco fra il candore dell'edifizio e l'azzurro del cielo una enorme forma nera e sinistra: il primo avvoltoio; poi un secondo, un terzo; poi sei, sette coronano la Torre, danno al suo squallore un tetro motivo ornamentale. Questi grifoni funerari superano veramente l'orrore di ogni aspettativa: si direbbe che la Natura li abbia foggiati secondo il loro tetro destino; hanno ali immense, possenti al volo, fatte per gli abissi del cielo, ma che nel riposo lasciano pendere lungo il corpo, trascinano nella polvere con una sconcia stanchezza, artigli formidabili, ma senza la linea nobile dell'aquila, artigli fatti per affondare nella carne putrida, non per lottare con la preda viva. E alla base del petto, sopra una collarina di piume fitte, si innesta un altro animale, un tronco di serpente ignudo, gialliccio, grinzoso, dalla testa calva, con un becco oscuro ed occhi dallo sguardo insostenibile, dove s'alterna la ferocia ingorda alla viltà e alla malinconia. [...] ».

Guido Gozzano rende appassionanti queste immagini degli avvoltoi, dimenticando quasi il lettore il loro aspetto tetro: l'armonia poetica che li descrive ce li dipinge come tratti di un quadro.

Dalla poesia crepuscolare, di cui Gozzano ne è la principale espressione, malinconica ma allo stesso tempo positiva, sino alla prosa poetica di questi appunti di viaggio in India. Questo grande poeta nella sua breve esistenza ha lasciato un'immortale traccia nella letteratura italiana.

Foto di Giuseppe Tavormina

Bibliografia

1. La via del rifugio, Torino-Genova, Streglio, 1907.

2. I colloqui, Milano, Treves, 1911.

3. Verso la cuna del mondo. Lettere dall'India (1912-1913), Milano, Treves, 1917.

Foto: di Giuseppe Tavormina

Giuseppe Tavormina

Medico Psichiatra

Caporedattore

Arte / Musica

Il potere della musica nella salute mentale degli adolescenti

/ Antonella Litta /

La musica aiuta a comprendere il disagio emotivo nei giovani: da Avril Lavigne a Billie Eilish, un ponte potente verso la salute mentale.

Il recente singolo Young & Dumb di Avril Lavigne (2025), realizzato con i Simple Plan, mescola energia pop-punk e malinconia, rievocando la libertà adolescenziale. Ed è proprio questa atmosfera nostalgica a offrire lo spunto per riflettere sul ruolo della musica nell'età adolescenziale. Da oltre vent'anni, la musica accompagna la crescita emotiva degli adolescenti, adattandosi di volta in volta al contesto sociale e psicologico di riferimento. Oggi, secondo il Report Card 19 di UNICEF, 1 adolescente su 6 presenta un disturbo psicologico diagnosticato e il suicidio rappresenta la quarta causa di morte tra i 15 e i 19 anni (1). In questo scenario drammatico, risulta sempre più urgente individuare strumenti comunicativi che siano accessibili, credibili e capaci di parlare la lingua delle emozioni. L'adolescenza, infatti, è un periodo di profonda trasformazione, attraversata da tempeste ormonali, ristrutturazioni neurali (come il pruning) e un desiderio fisiologico di esplorazione e rischio. I giovani si muovono su un crinale instabile, sospesi tra necessità di definirsi e fragilità che li espongono a crisi di identità, isolamento, pensieri disfunzionali. In questa complessità, il bisogno di modelli autentici e strumenti simbolici si fa essenziale. Ed è qui che la musica entra in gioco. Gli artisti musicali diventano catalizzatori identificativi, vere e proprie figure di risonanza emotiva. In particolare, la musica pop, con il suo linguaggio diretto e accessibile, si rivela un canale privilegiato per raggiungere questa fascia d'età. Essa funziona come dispositivo narrativo capace di dare voce a emozioni spesso non verbalizzate. Secondo la ricerca BVA Doxa 2024, il 90% dei giovani considera la musica un aiuto concreto per gestire emozioni difficili, stress e momenti di crisi (2). I dati mostrano come l'ascolto musicale sia percepito come valvola di sfogo emotiva, capace di calmare, dare conforto e migliorare l'umore nei momenti bui. Una recente review scientifica conferma che la musica è strettamente connessa alla salute mentale: riduce ansia e sintomi depressivi, rafforza l'identità e la coesione sociale. Non si tratta solo di intrattenimento, ma di uno strumento educativo e terapeutico che può supportare lo sviluppo emotivo degli adolescenti in modo profondo e accessibile (3). Avril Lavigne ha segnato la Generazione Y (Millennial), parlando a chi era adolescente all'inizio degli anni 2000. Con "Complicated" (2002), ha dato voce alla frustrazione per le maschere sociali e alla ricerca di autenticità. Brani come "I'm with You" o "My Happy Ending" hanno offerto alle ragazze e ai ragazzi di quell'epoca uno spazio sicuro in cui riconoscersi. Il contributo alla salute mentale è stato implicito ma potente: Lavigne ha normalizzato il disagio, la rabbia, il senso di non appartenenza. Ha mostrato che sentirsi "troppo veri per un mondo finto" non era un difetto, ma una verità condivisa. I testi delle sue canzoni, con domande implicite sull'identità e la relazione con gli altri, forniscono un linguaggio parallelo a quello clinico, ma altrettanto potente. Se Avril si esprime con rabbia e ironia, Billie Eilish parla sottovoce. La Generazione Z, cresciuta tra pandemia, crisi climatica, ansia sociale e iperconnessione, ha trovato in lei una voce autentica. Essa è capace di incarnare il senso di precarietà e vulnerabilità emotiva che caratterizza molti adolescenti di oggi. Con brani come "Everything I Wanted", "TV", *idontwannabeyouanymore* o "Listen Before I Go", Eilish affronta apertamente temi come ansia, depressione, isolamento e ideazione suicidaria. I testi della sue canzoni aiutano ad accettare la propria vulnerabilità come parte della vita, normalizzando emozioni spesso represse o stigmatizzate. La musica è un mezzo diretto, emotivo, identitario. Parlare di salute mentale con gli adolescenti attraverso le canzoni permette di agganciare il vissuto emotivo, decodificare segnali di disagio e creare uno spazio di rielaborazione collettiva. "Complicated" di Avril Lavigne non è solo un successo pop: è un manifesto della complessità giovanile. È un inno generazionale alla ricerca di autenticità nelle relazioni, raccontata con tono ribelle e diretto. Lavigne canta il desiderio di relazioni trasparenti, dove ci si possa mostrare per ciò che si è, senza maschere.

"Bury a Friend" di Billie Eilish esplora il lato oscuro della mente, affrontando tematiche come dissociazione, alienazione e autolesionismo con una scrittura disturbante e simbolica. Attraverso una voce sussurrata e suoni inquietanti, la canzone simula un dialogo interiore con il proprio mostro, rappresentazione della sofferenza psicologica più profonda. La Generazione Alpha (nati dopo il 2013) è ancora in formazione, ma alcuni artisti iniziano ad assumere ruoli significativi. Olivia Rodrigo, con "Drivers License" e "Vampire", esplora l'identità emotiva in chiave post-adolescenziale. Tate McRae, Gayle", Pink Pantheress sono cantautrici che parlano alla preadolescenza digitale con testi immediati e tematiche di disagio relazionale. La Generazione Alpha si confronta con un panorama musicale variegato, che riflette la complessità del loro mondo emotivo, digitale e relazionale in continua evoluzione quotidiana.

Dai toni ribelli di Avril Lavigne alla vulnerabilità sussurrata di Billie Eilish, fino agli esperimenti digitali della Generazione Alpha, la musica continua ad accompagnare la crescita emotiva dei giovani.

La salute mentale non si può insegnare solo con manuali e incontri formativi, ma anche con versi, melodie e identificazioni. Ogni generazione ha bisogno di una colonna sonora che dia voce alle emozioni, che permetta di nominare ciò che si prova e che aiuti a costruire un'identità emotiva autentica.

Se ascoltata con attenzione, ogni canzone può diventare un alleato. Un ponte tra disagio e parola. Tra emozione e consapevolezza. Tra chi si sente perso e la possibilità di ritrovarsi.

Bibliografia

1. Innocenti Report Card 19 Il benessere di bambine, bambini e adolescenti in un mondo imprevedibile. Editore UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight Anno di edizione 2025

2. Indagine BVA DOXA Musica e salute mentale 2024

3. Zishan Xiong, Peng Jin. (2025) A Review of Literature on Music and Adolescent Mental Health. Journal of Humanities, Arts and Social Science, 9(2), 211-218

Foto: Envato Elements

Antonella Litta

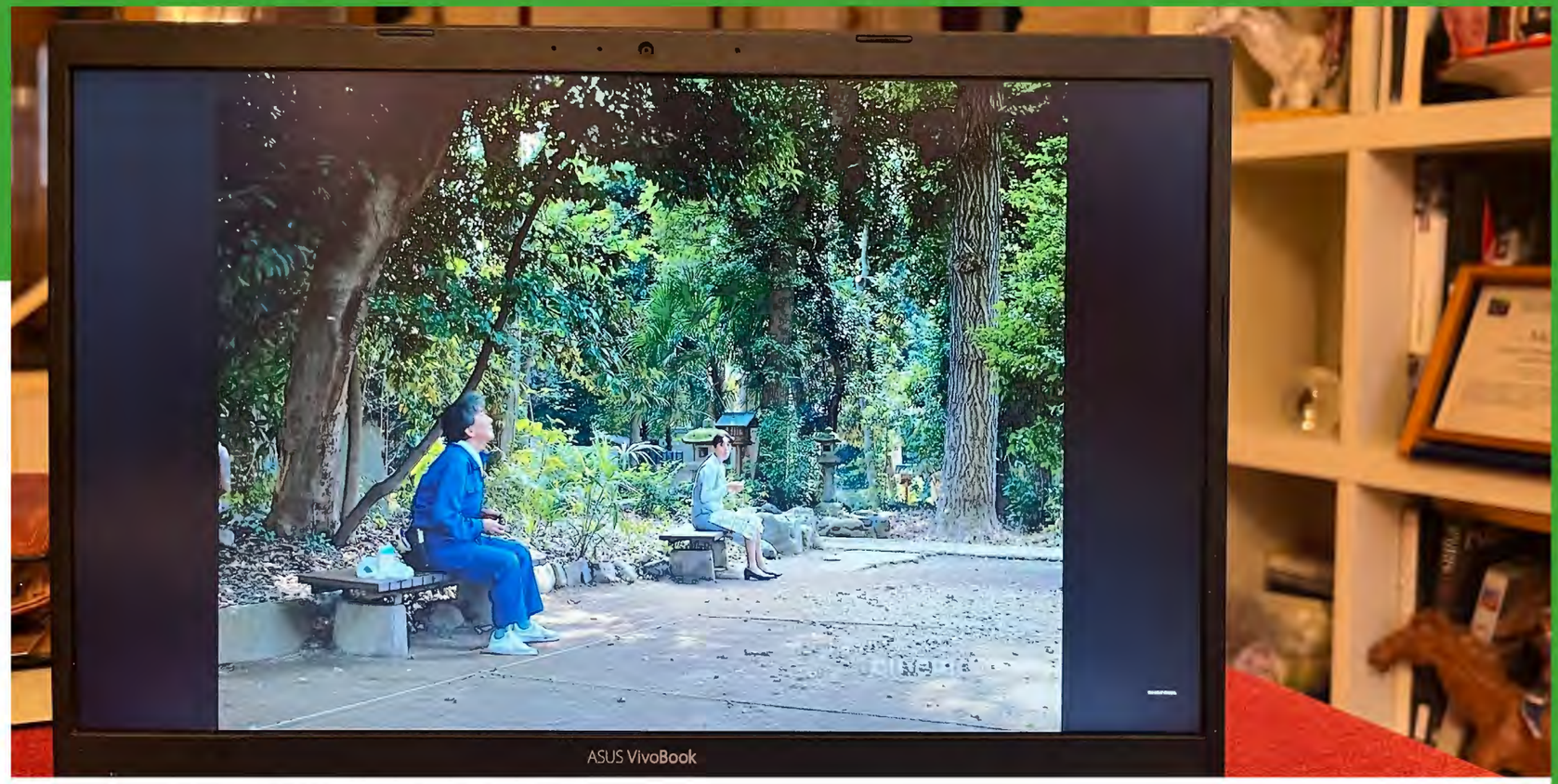
Medico Psichiatra

Redattrice

Arte / Cinema

“Perfect Days”, la poesia nel quotidiano

/ Immacolata d’Errico /



Perfect days, giorni perfetti, tutti uguali, ritmi precisi, dettagli semplici. Hirayama pulisce a Tokyo bagni pubblici con dignità e attenzione. Nello scorrere dei piccoli gesti quotidiani ci insegna la profondità dell’esistenza umana.

“Perfect Days” è un film potente, fuori dal comune. Köji Yakusho, il protagonista, ha vinto la Palma d’Oro come miglior attore al Festival di Cannes nel 2023. Veste il ruolo di Hirayama che trascorre le giornate sempre uguali, in una routine fissa fatta di gesti ripetitivi, sempre quelli, come in un rituale sacro. “Perfect Days” è una pellicola esistenzialista. Ci pone di fronte al senso della vita, dell’esperienza di essere nel mondo. Dell’esperienza di vivere una pace interiore. «Lui è felice perché controlla sé stesso, è padrone di sé. Vive per l’istante, non vive per il futuro. Non vive nel passato, vive per il qui ed ora e la sua capacità spirituale di vivere l’istante è meravigliosa». Asserisce il regista Wim Wenders nell’intervista a “Che Tempo Che Fa” (1). Hirayama è un uomo di 60 anni, riservato dalla vita metodica e routinaria. Pulisce i bagni pubblici della città, bagni avveniristici progettati dai migliori architetti. É sereno, non vive il suo ruolo con frustrazione. Collezionista di audiocassette, ama la musica rock degli anni ‘70. Lou Reed, Patty Smith, van Morrison, The Animals in The house of Rising Sun in versione originale e in quella giapponese.

Vive solo in un modesto appartamento, senza televisione. Si alza all’alba, volge lo sguardo al cielo e sorride. Cura le sue piantine. Fa colazione in piedi alla macchinetta sotto casa, spesso la finisce nel van ascoltando le sue audiocassette. E inizia il suo giro dei bagni pubblici. I tramezzini nella pausa pranzo al parco comunale, dove raccoglie delicatamente piccole piantine sofferenti per curarle a casa. Fotografa le ombre degli alberi. Un bagno ristoratore nelle docce pubbliche. La cena sempre nello stesso locale. La sera, prima di addormentarsi, la lettura di un libro. E giorno dopo giorno identico scenario. Un uomo di poche parole ma che sta bene con sé stesso. Un uomo gentile che si prende cura dell’altro. Un bambino in difficoltà perché si è allontanato dalla mamma. Un giovane collega superficiale e svampito, il ragazzo del bar, un malato terminale, Niko la nipote adolescente fuggita di casa. Lavora con serietà, trovando soddisfazione nell’atto del pulir bene. Utilizza uno specchietto per pulire angoli nascosti. A differenza del suo collega più giovane, che non comprende il suo impegno «tanto poi il bagno lo sporcheranno di nuovo!» (2). Hirayama è un uomo che sa farsi bastare ciò che possiede: l’essenziale. Fa solo ciò di cui ha bisogno. Possiede solo ciò di cui ha bisogno. «La riduzione è un mezzo per semplificare la vita» (1). Qui la routine non è noia, non è vuoto, ma frutto di una scelta esistenziale. Hirayama sembra un personaggio che ha rinunciato a aspetti della nostra vita moderna. Questa rinuncia non deve esser vista come una perdita ma un riappropriarsi del nucleo essenziale di sé. La sua solitudine non è isolamento, ma un ritrarsi dal rumore per accedere all’essenziale. Perfect Days ci porta ad una riflessione profonda sulla bellezza della semplicità. Un invito silenzioso a ritrovarsi nelle piccole cose. Un inno alla lentezza. La ripetitività delle azioni funge da struttura di significato, un modo coerente e stabile di stare nel mondo. Hirayama non parla quasi mai, ma la sua identità traspare dai suoi gesti, abita nelle cose, nella vita che conduce. Un tempo, si intuisce, doveva essere stato ricco con un padre ingombrante. Wim Wenders in una intervista disse che in passato era un uomo di affari dal lavoro intenso e stressante. Evidentemente lo stress lavorativo lo aveva indotto alla decisione di cambiare radicalmente vita. Un passato che intuiamo doloroso, i rapporti con la sorella devono essere stati difficili. Sorella vista, intuiamo dopo diverso tempo, perché con autista viene a riprendersi sua figlia. Niko, infatti, dopo aver litigato con la madre aveva chiesto ospitalità allo zio (2). Il passato riemerge nei sogni in bianco e nero. Qui immagini sfocate del passato vengono sovrapposte sapientemente ai fotogrammi delle verdi chiome degli alberi che lui fotografa in un parco (3). La sensazione che si ha è che non sia fuggito, ma abbia semplicemente scelto una forma di esistenza più autentica per sé. Dandoci una lezione di libertà interiore. “Perfect Days” ci ricorda che la gioia non risiede nei grandi eventi, ma in quanta attenzione prestiamo nelle cose che facciamo tutti i giorni. Hirayama non ha lo sguardo triste, sorride alla vita che scorre nel quotidiano. Ci insegna che la solitudine non sempre è isolamento. Il protagonista è solo, ma non è solitario in senso depressivo. La sua solitudine è uno spazio personale, creativo e sereno. È equilibrio, è forza e centratura, non è dolore. “Perfect Days” è un’esperienza da sentire con il cuore, non narra storie da capire. In un momento in cui Niko è turbata e fatica a godere del presente, Hirayama, dice «un’altra volta è un’altra volta, mentre adesso è adesso» (4). Questa frase che compare nel film “Perfect Days” di Wim Wenders riflette la filosofia di vita del personaggio. E ci invita a vivere pienamente il presente senza lasciarsi sopraffare dalle preoccupazioni per il futuro. Dopo lo scorrere dei titoli di coda compare una parola giapponese: Komorebi, che indica la luce che filtra tra le foglie degli alberi (5). Con questa parola Wenders coagula il senso profondo del film. E cioè anche dietro un’esistenza che sembra modesta si nasconde una luce interiore. Come la luce del sole che filtra tra le foglie.

Sitografia

1. https://www.youtube.com/watch?v=SKxFL-5tRtvY
2. https://www.luciobrunelli.com/post/perfect-days
3. https://www.mymovies.it/film/2023/perfect-days/pubblico/
4. https://www.youtube.com/watch?v=x1qYtR-COAZM
5. https://studiaregiapponese.com/2017/03/19/parole-forti-komorebi/

Foto: “Perfect Days”, scene del film di Wim Wenders, detentore copyright Master Mind, foto di Immacolata d’Errico, 2025

Immacolata d’Errico

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Il suicidio di Cleopatra. Morte romantica o malinconia?

/ Maurilio Tavormina /

La morte di Cleopatra e la sua motivazione al suicidio sono tutt'ora avvolti nel mistero. L'ultima regina d'Egitto con la sua dipartita, la vita seducente, la sua profonda cultura ed il governo regale hanno ispirato tanti artisti, storici e letterati.

Cleopatra VII, ultima regina d'Egitto della dinastia tolemaica nacque nel 69 a.C. e morì nel 30 a.C. Era nota per la sua profonda cultura, intelligenza e astuzia politica. Usò le sue relazioni, la sua bellezza e il suo fascino con Giulio Cesare e Marco Antonio per proteggere e rafforzare il regno egiziano. Alla morte del padre Tolomeo XII salì al trono a 17 anni, sposando suo fratello minore Tolomeo XIII di solo dieci anni, secondo le tradizioni del tempo. Da subito organizzò ed impose la sue scelte politiche governando l'Egitto senza tener conto del volere del giovane marito e dei suoi consiglieri. Fuggì in Siria dopo un tentativo di assassinio da parte di suo marito Tolomeo XIII, cercò di formare un esercito per combatterlo e ritornare a governare. Incontrò Giulio Cesare durante la guerra civile alessandrina e divenne sua amante, ottenendo il sostegno romano per il suo regno e la riconquista della sovranità. Dall'amore di Cesare e Cleopatra nacque Tolomeo XV, noto con il termine dispregiativo di Cesarione. Dopo l'assassinio di Cesare (44 a.C.), Cleopatra si alleò, sedusse e sposò Marco Antonio, generale, braccio destro e successore di Giulio Cesare. Dal loro matrimonio nacquero tre figli. Le sue seducenti relazioni con Cesare e Antonio, però, generarono scandalo a Roma. Esse furono lo spunto della propaganda denigratoria di Ottaviano contro il suo rivale Marco Antonio, succube di Cleopatra. Il conflitto bellico che ne scaturì, portò Ottaviano alla decisiva battaglia di Azio. Dopo la dura sconfitta Cleopatra e Marco Antonio si suicidarono ad Alessandria (Wikipedia). «Cleopatra, descritta come una donna bella e ammaliatrice, amava circondarsi di fragranze, soprattutto il gelsomino. La leggenda narra che la regina d'Egitto aveva l'abitudine di far cospargere di profumo le vele delle navi» (Angione). Cleopatra era conosciuta per la sua intelligenza, cultura e capacità di parlare diverse lingue. Secondo Plutarco la forza della regina non era tanto la bellezza quanto la sua intelligenza, i suoi modi, la sua voce. Tutto questo le donava un fascino irresistibile. Donna carismatica e straordinaria seduttrice. Molto amata e divinizzata dagli antichi Egiziani fu invece vista dal popolo romano come una strega che con i suoi sortilegi aveva ammaliato Cesare e Marco Antonio. Nonostante la sua fama di femme fatale, Cleopatra fu anche una sovrana molto pragmatica e un'abile stratega politica, in grado di mantenere l'indipendenza dell'Egitto. Dopo la fuga dalla battaglia di Azio Cleopatra si rifugiò in Egitto ed Antonio, seguendo l'amata, riuscì a mettersi in salvo per raggiungerla. Marco Antonio, umiliato perché aveva perso anche l'ultima battaglia contro Ottaviano ad Alessandria ed avendo saputo del suicidio della regina si tolse la vita gettandosi sulla sua spada. Proprio mentre la falsa notizia veniva successivamente smentita. Cleopatra, seppellito Antonio ed incontrato Ottaviano, dopo il vano tentativo di sedurlo, nell'agosto del 30 a.C. si chiuse nelle proprie stanze in compagnia delle sue ancelle e morì (Wikipedia). Secondo Plutarco ed altre fonti la bella regina trovò la morte lasciandosi mordere da un aspide, serpente cobra molto velenoso e simbolo della stirpe egizia. Alcuni studiosi ipotizzano invece che la morte dei due fosse in qualche modo voluta da Ottaviano (Angione). Il suicidio di Cleopatra, senza concordi e contemporanee fonti letterarie di riferimento, ha avuto varie interpretazioni. Una prima ipotesi è quella romantica. Cleopatra quando apprende del suicidio di Antonio, si può supporre che sprofondi in una tristezza inconsolabile. Questa visione sentimentale del suicidio, come ultimo gesto d'amore per ricongiungersi al suo amante, ricorda la morte di Romeo e Giulietta di Shakespeare. Un'altra ipotesi è che, con la morte di Antonio e senza altri aiuti, Cleopatra, sconfitta e non desiderata da Ottaviano, si sia rifiutata di piegare il ginocchio. L'ultima faraona d'Egitto avrebbe preferito morire in piedi piuttosto che vivere la disfatta. Da questo punto di vista il suicido fu un gesto d'orgoglio. Non si sarebbe mai data al nemico e non gli avrebbe mai permesso di essere portata per le strade di Roma come un trofeo. In tal modo Cleopatra onora la sua grandezza, non si piega al volere di Roma e si consegna alla leggenda di una morte regale con le sue ancelle. Perché una ricca e famosa regina, una donna intelligente, colta, con una spiccata personalità, abile politica, seduttrice e soprattutto madre di ben quattro figli si suicida? Non ha pensato a quale triste destino lasciasse i suoi cari, privi già della protezione del padre suicida?

Cultura / Storia

La perdita del potere, l'umiliazione della sconfitta, la fine del regno d'Egitto, l'impossibilità di sedurre Ottaviano e la mancanza di aiuto possano averla indotta al suicidio. L'orgoglio ferito, la malinconia e lo sconforto potrebbero aver influito ulteriormente sulla sua ultima decisione. Il suicidio di Cleopatra non è stato di tipo emotivo-passionale in cui l'istinto di morte prende il sopravvento sulla ragione. La sua fine non è stata indotta da un'azione auto-aggressiva a corto circuito per il forte dolore e disperazione. Anzi è stata premeditata, pianificata e curata nei dettagli dalla regina. Il suicidio è stato attuato anche evitando la sorveglianza e il controllo della sua persona, imposti da Ottaviano nel mausoleo alessandrino. La modalità esecutiva non è certa, ma la determinazione di Cleopatra ad uccidersi è sicura e regalmente organizzata, anche con il suicidio delle sue ancelle. I faraoni erano divinizzati dal popolo egizio e i loro fedeli servitori li accompagnavano anche nella morte. Studi moderni sulla depressione suggeriscono che eventi di perdita e umiliazione possono aumentare il rischio di suicidio. Diversi autori da Beck (1975) in poi, Lester (1998) evidenziano come la mancanza di speranza (hopelessness) e di impossibilità d'aiuto (helplessness) siano degli indici attendibili di rischio suicidario. Questi sentimenti possono derivare da una prospettiva negativa su sé stessi, il mondo e il futuro. Essi possono portare la persona a credere che i suoi sforzi siano inutili e che nessun aiuto possa portare a un miglioramento. Tali pensieri, d'altronde, sono alla base della cosiddetta triade cognitiva della melanconia. Essa è la visione negativa di sé stesso, del mondo e del futuro, strettamente legata alla globale anergia del paziente melanconico (Castrogiovanni & Pacchierotti, 2021). Dall'esigua presenza di dati sull'eventuale umore patologico di Cleopatra non è possibile, a mio avviso, ipotizzare una classica depressione maggiore secondo il DSM 5-TR (2023) connessa al suicidio. I ricercatori Orland RM et al. (1990), nel loro studio retrospettivo sulla personalità di Cleopatra, nonostante ci fossero pochi scritti accademici dell'epoca, riuscirono a formulare una diagnosi. Secondo gli autori la dinamica e complessa regina «si autoeliminò drammaticamente perché non riuscì a sopportare la sconfitta a causa della sua personalità narcisistica». Il disturbo narcisistico di personalità, secondo il DSM-5-TR, è caratterizzato da un quadro pervasivo di grandiosità. Si ha il bisogno di ammirazione degli altri e mancanza di empatia, che si manifesta in vari contesti dalla prima età adulta. Le persone con questo disturbo spesso presentano un senso esagerato della propria importanza, credono di essere speciali e uniche, richiedono un'eccessiva ammirazione e adulazione. Poiché i pazienti con disturbo narcisistico di personalità hanno difficoltà nella regolamentazione dell'autostima, hanno bisogno continuo di lode. Sovrastimano le loro capacità ed esagerano i loro successi. Essi tendono anche a svalutare altre persone in modo che possono mantenere un senso di superiorità. Alcuni pazienti con questo disturbo hanno speciali doti o talenti e la loro immagine di sé è sensibile all'ammirazione e alla stima degli altri. Sentono di dover socializzare solo con persone altrettanto speciali per sostenere e migliorare la loro autostima. Sono abili manipolatori e non si fanno scrupoli per raggiungere i propri obiettivi. Sono superbi, arroganti, invidiosi e si sentono invidiati. Sono sensibili e infastiditi dalle critiche degli altri e non sopportano il fallimento, il sentirsi umiliati e sconfitti. Pertanto, possono rispondere con rabbia, disprezzo, aggressività e possono brutalmente contrattaccare, oppure fuggire e ritirarsi per l'umiliazione. Possono esprimere rabbia anche verso se stessi, in risposta alla minaccia percepita al loro fragile senso di sé, e avere comportamenti autolesivi, pensieri di morte e suicidio (DSM 5-TR). La morte dell'ultima regina d'Egitto è ancora avvolta nel mistero e la modalità del suicidio non è concordemente nota. Anche la motivazione certa al suicidio non è nota. Forse la disperazione, la malinconia per la morte di Antonio, la perdita del suo regale potere, l'impossibilità di soggiogare Ottaviano, la disfatta bellica e l'orgoglio ferito hanno inciso mortalmente. Non per ultimo si ritiene che l'azione autodostruttiva di Cleopatra possa essere stata indotta dalla sua probabile personalità narcisistica. Profondamente umiliata, sconfitta, rifiutata da Ottaviano e con la prospettiva delle catene romane. Certo è che il suo suicido, la sua storia e il suo mito durano immortali nel tempo, ispirando numerose opere d'arte e letteratura nel corso dei secoli.

Bibliografia

1. Angione E. Cleopatra: biografia e pensiero dell'ultima regina d'Egitto. https://www.studenti.it/cleopatra-storia-biografia-e-pensiero.html

2. Beck AT, Kovacs M, Weismann A (1975) Hopelessness and suicidal behavior: a review. J.Am. Med. Ass. 1975;234:1146-9.

3. Castrogiovanni P. & Pacchierotti C, (2021). Melancholy and suicide I: clinical considerations. J. Psychopath. 2021 https://old.jpsychopathol.it/article/malinconia-e-suicidio-i-considerazioni-cliniche/

4. DSM 5-TR. Italiano. American Psychiatrich Association. Raffaello Cortina Editore, 2023

5. Lester D (1998). Helplessness, hopelessness, and haplessness and suicidality. Psychol Rep 1998;82:946.

6. Orland RM, Orland FJ, Orland PT (1990) Psychiatric assessment of Cleopatra: a challenging evaluation. Psychopathology. 1990;23(3):169-75. doi: 10.1159/000284655.

7. Wikipedia Cleopatra https://it.wikipedia.org/wiki/Cleopatra

8. Wikipedia Tolomeo XV (Cesarione) https://it.wikipedia.org/wiki/Tolomeo_XV

Foto: : Envato Elements

Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Rubrica / Interviste

Intervista ad un caregiver familiare. Una vita dedicata alla cura

/ Donatella Costa /

Il caregiver familiare è un membro della famiglia che si prende cura di un congiunto a causa di malattie o di condizioni di fragilità. Il caregiver fornisce sia supporto emotivo che supporto pratico alla persona lungo tutto il corso della malattia.

La persona che si prende cura di una persona in difficoltà viene definita caregiver. Esistono diverse tipologie di caregiver: il caregiver formale fornisce cura e assistenza e riceve per questo, un compenso economico. Il caregiver informale presta la propria cura ad un familiare a titolo gratuito, in questo articolo si affronta il tema del caregiver informale. La parola caregiver può essere tradotta dall'inglese care come cura e preoccupazione e giver che significa dare, nell' insieme la traduzione è: persona che fornisce cura o assistenza. Sono tantissime le persone che svolgono questo ruolo in modo silenzioso, spesso sacrificano una parte importante del proprio tempo di vita. Risulta essere un ruolo impegnativo e faticoso, soprattutto quando protratto nel tempo. In Italia il caregiver è in prevalenza femminile, la maggior parte sono donne con più di 50 anni, uno su cinque ha più di 60 anni. (Dati Istat 2018). La cura del familiare richiede molteplici energie fisiche e mentali. Il caregiver può vivere momenti di difficoltà e stress prolungato, esistono dei fattori di rischio, tra cui l'età, la personalità, la capacità di risolvere i problemi, il supporto sociale. In genere il caregiver è esposto a numerosi stress, questi disagi possono manifestarsi anche con sintomi psichici quali tristezza, rabbia, ansia, irritabilità e somatizzazioni di vario genere. Intervistiamo una donna che svolge il ruolo di caregiver da tempo memorabile, preferisce per la privacy restare anonima ma accetta volentieri di raccontarsi rispetto la propria esperienza di vita. *Da quanto tempo è caregiver?* Di chi si occupa? Nella mia vita sono stata una caregiver di diverse persone nella mia famiglia, ho avuto relazioni di cura con molti parenti in realtà …Scelgo di parlare solo della relazione di caregiver con mio marito perché la considero quella più impegnativa. Posso considerarmi una caregiver ormai da oltre 30 anni in questa relazione di accudimento. *Come ci si sente in questo ruolo?* È difficile definire le sensazioni che si provano perché non sono univoche, variano a seconda del periodo, del momento che si vive…Ci sono momenti in cui ci si sente molto forti soprattutto in funzione anche dell'età. Quando si è giovani, quando si ha 30 anni, forse non vivi neanche la sensazione di essere un vero e proprio caregiver. Semplicemente ti viene spontaneo entrare in una relazione di aiuto perché sei sufficientemente forte e perché hai una vita davanti e quindi il ruolo non ti pesa. Non senti una grande fatica, ti sembra faccia parte semplicemente del voler bene a qualcuno, di aver fatto una scelta rispetto a quel qualcuno. Più gli anni passano e sicuramente la difficoltà aumenta. *In questa fase della vita come vive il ruolo di caregiver?* Adesso a più di 60 anni la fatica maggiore è dovuta al fatto che il prendersi cura dell'altro ti impedisce spesso di prendere cura di te stesso. Di conseguenza la fatica è quella di rimanere sempre attenti al bisogno dell'altro. Anche quando forse non te la sentiresti più, non avresti più voglia sostanzialmente. Inizi ad essere più stanca e ad avere qualche problema di salute. *Le è mai capitato di vivere emozioni negative quali tristezza, ansia, rabbia?* Emozioni negative ne ho vissute moltissime …Vivi tutto come un grande arcobaleno di emozioni, sei caregiver nel tempo. La sensazione costante non è tanto l'attivazione di una parte emotiva specifica ma uno stato d'animo costante di precarietà. Essere caregiver di una persona in uno stato di sofferenza significa non sapere mai cosa si trova quando si apre la porta di casa. Non sapere mai se quella è la parola giusta, se quello è l'atteggiamento giusto e chiedersi spesso se mi fossi comportata…se avessi detto…se avessi agito in un certo modo. È sempre faticoso trovare il modo giusto per rapportarti all'altro. Per me lo è stato. Le emozioni negative provate sono tante, sono talmente poliedriche che è difficile definirne una dominante. Sicuramente in alcuni casi, ho vissuto la delusione perché tutto quello che ti senti di dare, non ti viene restituito o non sortisce l'effetto che tu credevi. Una sensazione di tristezza emerge frequentemente…*Ha provato stati d'ansia o di angoscia?* Ansia difficilmente, è una sensazione che ho provato raramente…Forse perché sono stata abituata fin da piccola a dover gestire certe situazioni, senza provare dell'ansia ma con il concetto rimboccati le maniche. Perché tanto agitarti non serve a nulla. Poi l'emozione negativa più forte è stata sicuramente in alcuni casi il dolore, il senso di ineluttabilità. È difficile gestire la malattia. Soprattutto quando si arriva a dei ricoveri e ci si

trova difronte ad un medico che magari può dirti… " Ma lei dov'era, lei non ha capito, ma lei non ha colto i sintomi" … Emerge un senso di inadeguatezza e di delusione profonda, non sempre facile da gestire. *I sentimenti di rabbia sono cresciuti nel tempo?* Poi crescendo con l'età, proprio perché aumentano anche i problemi personali, subentra la rabbia e pensi: "Ne verrò mai fuori?" È una lotta impari, qualsiasi strumento io metto in atto non è mai sufficiente e ti chiedi davvero perché doveva capitare a te. Perché non c'è nessuno che ti sta aiutando in certi momenti… Quindi, si l'emozione negativa maggiore che ho provato oltre il dolore è la rabbia. Come gestisce tutte queste emozioni negative? Gestire le emozioni non è molto semplice…A me ha aiutato molto, soprattutto i primi periodi, disegnare, scrivere e camminare, cose molto pratiche. Il camminare aiutava a scaricare la parte fisica, lo scrivere e disegnare sono sempre state forme creative per esprimere un qualcosa che avevo dentro, questo in qualsiasi ambito. Riesce a ritagliarsi degli spazi personali? Sto cercando di curare maggiormente me stessa. Ne sento la necessità…Spazi per me ora, tutto sommato, soprattutto nell'ultimo periodo, ci sono stati molto meno quando la malattia raggiunge l'acme. In quel caso gli spazi tuoi non esistono più, tu esisti proprio in funzione dell'altro. *Vorrebbe qualcosa di diverso ora per la sua vita? In questo momento cosa vorrei per cambiare la mia vita?* Mi viene da sorridere… (silenzio) Vorrei un miracolo… vorrei che non fosse vero, tutto questo è capitato a me…Ma poi mi rendo conto che è successo a me ed è capitato probabilmente a mille altre persone… Se proprio dovessi chiudere gli occhi ed esprimere un desiderio guardando una stella che cade nella notte di san Lorenzo vorrei soltanto un senso di stabilità maggiore…Vorrei che mi si togliesse la precarietà che è quella che caratterizza la mia vita. *Cosa le è servito maggiormente come risorsa per proseguire nel proprio ruolo di caregiver?* Fondamentalmente le risorse principali sono state per me il disegnare, lo scrivere, il camminare. Sono stata fortunata devo dire… Ho avuto sempre una rete sociale, una rete circoscritta forse all'inizio, c'è sempre stata. Ho potuto contare sulla mia famiglia, in modo particolare mia madre e mio fratello maggiore. Le amicizie sono rimaste costanti nel tempo…Quindi, quando lei mi dice cosa ha utilizzato per reagire e starci dentro, queste figure sono state fondamentali. Le davo quasi per scontate, mi ero dimenticata proprio perché ci sono sempre state. Essere caregiver rappresenta un ruolo impegnativo, soprattutto se protratto nel tempo. Con l'invecchiamento della popolazione, il ruolo del caregiver diventa sempre più rilevante per garantire la cura e il supporto necessario alla persona in difficoltà. Il caregiver dovrebbe mantenere un corretto equilibrio tra le necessità della propria vita e le esigenze richieste dal ruolo di caregiver. È importante quindi che il caregiver dedichi tempo ad attività piacevoli, senza sentirsi in colpa, si prenda delle pause per ricaricare le proprie energie. È essenziale condividere i sentimenti e le preoccupazioni con amici, familiari o un terapeuta, riconoscendo i propri limiti e chiedere aiuto quando necessario. In sostanza per il caregiver, è fondamentale prendersi cura di sé e ricercare spazi personali al fine di mantenere il benessere.

Bibliografia

1. Randall T & Randal D, 2017 – Caregivers – Study Guide for the Unsung Heroes of our Day. Ed. ISBN-13. Amazon

2. Occhini L & G. Rossi, 2019 – Da familiare a Caregiver. Ed. Franco Angeli.

Sitografia

3. https://www.stateofmind.it/?s=caregiver

4. https://www.agingproject.uniupo.it/aging-e-attachment-relazioni-precoci-di-caregiving-e-invecchiamento/

5. https://www.istat.it/en/press-release/report-on-italian-economy

Foto:: Envato Elements

Donatella Costa

Psicologa Clinica

Redattrice

Sanitari e distress emotivo. L'auto mutuo aiuto in soccorso

/ Wilma A.R. Di Napoli /

Il carico di lavoro che quotidianamente medici e operatori sanitari si trovano a sostenere non accenna a diminuire. Risorse carenti e domanda di prestazioni sanitarie in continua crescita stanno mettendo a dura prova il loro equilibrio psicofisico. L'auto mutuo aiuto può svolgere una funzione preziosa nel sostenere la loro capacità di reagire al distress emotivo e alla depressione.

Turni massacranti, scarso turn over, riduzioni di organico, responsabilità professionali, aggressioni ripetute, l'elenco dei fattori di stress per i sanitari non accenna a diminuire. Inoltre, spesso si sottovaluta il peso del distress emotivo e della solitudine dei professionisti sanitari. Questi hanno un ruolo centrale nel determinare la loro qualità di vita, la tenuta psicologica e quella professionale nel medio-lungo termine. Il carico emotivo è l'insieme di esperienze affettive, relazionali ed etiche che derivano dal rapporto continuo con la sofferenza, la morte, la vulnerabilità altrui e i dilemmi professionali. Esso è implicito nel ruolo professionale dei sanitari. L'esposizione continuativa a lutti, sofferenza, il senso di impotenza spesso provato e le complessità decisionali sono fattori che esasperano il rischio di distress emotivo. D'altra parte, frequentemente i sanitari si trovano a fronteggiare dilemmi etici, ma anche emozioni forti come rabbia e dolore, anche da parte dei familiari. Il tutto cercando di mantenere una posizione di equilibrio emotivo nella relazione con pazienti e familiari. A volte una missione davvero difficile. In questa prospettiva bisogna tenere conto che il sanitario spesso percepisce una profonda solitudine professionale. Si trova di frequente solo di fronte a decisioni complesse, teme di essere giudicato inadeguato o insicuro, e avverte la pressione di doversi mostrare sempre competente. Tutto ciò gli impedisce di cercare o ottenere una reale condivisione di tale fatica, senza valvole di sfogo. Il rischio di distress emotivo è dietro l'angolo. Il distress emotivo è una risposta psicologica intensa e negativa a situazioni percepite come minacciose o stressanti. È caratterizzato da una sensazione di sopraffazione, di perdita di controllo e dalla percezione che le risorse personali siano insufficienti per affrontare la situazione. In pratica, è la forma di stress che si manifesta quando si sente che gli eventi superano la propria capacità di gestire le difficoltà. Nella professione sanitaria, a contatto con frequenti esperienze traumatiche e fatiche emotive, il rischio che i problemi quotidianamente superino, a livello emozionale, un'invisibile linea rossa è molto alto. Ciò che spesso le scuole per professioni sanitarie trascurano è il rischio che il carico emotivo possa ingenerare una reazione a catena negativa. Essa influisce su ogni aspetto di vita personale e professionale degli stessi sanitari. Il distress emotivo negli operatori sanitari può manifestarsi in varie forme. Nella vita di ogni professionista sanitario sussistono elevati rischi di sviluppare sindromi da Burnout (esaurimento emotivo) e Moral distress (disagio dovuto al non poter agire secondo i propri valori etici, spesso per vincoli istituzionali). Altrettanto elevato è il rischio di incappare nella *compassion fatigue*. Si tratta di una condizione che colpisce principalmente chi lavora in professioni di aiuto e cura e si manifesta come un esaurimento emotivo, fisico e cognitivo. In pratica, è come se la persona esaurisse le proprie risorse emotive e psicologiche per far fronte al dolore altrui, portando a una riduzione della capacità di empatia e cura. Dietro l'angolo sono anche i sentimenti di depersonalizzazione ("che ci faccio qui, che senso ha?") o di cinismo difensivo ("vabbè è sempre la stessa storia, che noia"). A livello psicologico sussiste un elevato rischio di sviluppare ansia, depressione, insonnia, fino ad un vero e proprio PTSD (Disturbo Post Traumatico da Stress). Sul piano fisico possono nascere dolori e

Rubrica / Auto-Mutuo-Aiuto

disturbi vari, che agiscono da ulteriore causa di assenze e abbandono lavorativo. Sul lavoro tutto ciò si ripercuote sul clima relazionale della equipe, favorendo tensioni, conflittualità, isolamento. In generale è la qualità del lavoro nel suo complesso che ne risente, aumentando il rischio di errori clinici, disinvestimento e trascuratezza da parte dei sanitari. E il distress emotivo non si limita al contesto lavorativo, ma spesso deteriora anche il clima relazionale nelle famiglie dei sanitari. Oggigiorno, grazie ai continui avanzamenti scientifici e al focus tecnologico, in medicina si rischia di perdere di vista dimensioni essenziali come quelle delle emozioni e delle relazioni. Si parla spesso di sviluppo dell'intelligenza emotiva, ciò è altrettanto vero e importante quando pensiamo ai professionisti sanitari e al loro ruolo. Non può esserci una buona azione sanitaria se non all'interno di una relazione di aiuto. Per gestire una relazione di aiuto valida e positiva i sanitari devono sentirsi a loro volta in uno stato emotivo sufficientemente sereno. Come aiutarli a raggiungere e mantenere un tale stato? Esistono interventi terapeutici mirati quali psicoterapie, mindfulness (tecniche meditative), pratiche brevi integrate nella routine lavorativa. Ad esempio, possono bastare 5 minuti di respiro consapevole, o di j*ournaling emotivo* (scrivere un diario, esplorando i propri pensieri e sentimenti). O anche di *grounding exercises* (focus sul qui e ora, attraverso stimoli sensoriali o cognitivi). Altrettanto importanti sono i metodi che a livello organizzativo consentono una sorta di decompressione emotiva. Per citarne alcuni, sono molto utili gli incontri di *debriefing* (gruppi di breve discussione) e *defusing* (gruppi per ridurre il carico emotivo) post-eventi critici. O le supervisioni, che hanno anche un valore formativo. In generale risulta cruciale impostare una cultura organizzativa che rispetti la vulnerabilità professionale e valorizzi il ruolo della condivisione in équipe. Un ruolo davvero prezioso a livello preventivo e terapeutico possono svolgerlo i gruppi di auto mutuo aiuto. L'auto aiuto per i sanitari rappresenta un ambito sempre più rilevante nell'ottica della loro salute mentale, perché essi sono costantemente esposti a elevati livelli di stress, traumi vicarianti, burnout e distress emotivo. L'auto aiuto in ambito sanitario non significa "farsi bastare le proprie forze", ma attivare risorse interne ed esterne, individuali e di gruppo, per prevenire o contenere il disagio emotivo. Può essere inteso come: 1-Accesso strutturato a gruppi di confronto tra pari. 2-Autoregolazione emotiva consapevole attraverso il confronto tra pari. 3-Utilizzo di strumenti e pratiche di self-care grazie al peer support. I gruppi di auto mutuo aiuto per i professionisti sanitari costituiscono spazi non giudicanti per condividere esperienze, emozioni, dilemmi etici. Sono basati su orizzontalità e reciprocità. Favoriscono il confronto, la crescita personale, migliorano il clima del gruppo di lavoro, e offrono possibilità di abbassare il livello di distress emotivo. Non sostituiscono l'intervento psicologico professionale, se necessario, ma possono agire come uno strumento di prevenzione secondaria nelle fasi iniziali del malessere. Possono facilitare il riconoscimento del disagio e l'accesso a forme di aiuto, e favorire strategie di empowerment (autostima, autoefficacia, autocontrollo) dei sanitari nella gestione delle difficoltà professionali. In conclusione, per i sanitari, che ogni giorno si prendono cura degli altri, i gruppi di auto aiuto possono costituire un porto sicuro. Diventano luoghi in cui si attenua il sentimento di solitudine, un posto dove le fragilità possono essere accolte senza giudizio e dove la condivisione si fa cura reciproca. Sono risorse facilmente attivabili e replicabili in un'organizzazione sanitaria a cui resti a cuore il benessere organizzativo e individuale del proprio personale. Una istituzione "illuminata" si cura dell'efficienza ed efficacia del sistema, e del benessere del proprio personale. Il metodo dell'auto mutuo aiuto è difatti un approccio di supporto riconosciuto, veloce da attivare, sicuro e diffondibile, economicamente sostenibile, ampiamente riconosciuto nel suo valore in letteratura scientifica. Perché è importante "prendersi cura di chi cura".

Bibliografia

1. Benavides Gil G. et al., Mindfulness based interventions for frontline healthcare professionals during COVID 19: systematic review, Syst Rev, 2024.

2. Huggard P et al. (2017). Caring for the Carers: Compassion Fatigue, Burnout and Vicarious Trauma. N Z Med J.

3. Trifiletti E et al. (2022). Burnout, compassion fatigue and moral injury in frontline healthcare workers during COVID-19 in Italy. Int J Environ Res Public Health.

4. X u Shi et al., Compassion fatigue, compassion satisfaction and mindfulness among healthcare professionals: meta analysis, Soc Sci Med, 2025.

5. Wasson RS et al., Effects of Mindfulness Based Interventions on Self compassion in Health Care Professionals: a Meta analysis, Mindfulness, 2020.

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