



# Depressione

*Stop*

## Amore e depressione

**Amore, depressione ed emozioni**

**L'arte d'amare**

**Neurobiologia dell'innamoramento**

**Il valore dell'amicizia**

**Maturità affettiva, amore e depressione**

**Il Bambino dal cuore ingabbiato**



# 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, 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, Dominique Tavormina, Romina Tavormina, Antonella Vacca

Foto di copertina: Envato Elements

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

## Editore



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. Tutti parlano d’amore

/ Francesco Franza /

**Tutti parlano di amore, ma sappiano definirlo? Credo possa esser descritto in milioni di modi. Forse sarà anche difficile, però sappiamo tutti una cosa: l’amore è bello! Ma perché non va più di moda?**

Parlare d’amore in questo periodo storico potrebbe sembrare anacronistico. Ma è proprio questo il momento in cui bisogna cambiare l’attuale modello culturale prevalente dell’odio, dell’individualismo, del razzismo e della prevaricazione. La scelta del tema per questo numero, l’amore, ha avuto un monito premonitore. Durante la riunione di redazione di gennaio di Depressione Stop, tra le varie idee rappresentate, l’amore ha avuto la meglio. È stata la scelta più giusta del tema del primo numero 2026 della nostra rivista. La EDA Italia ONLUS ritiene che questo sia il momento più opportuno per riappropriarsi delle uniche possibilità vitali, quali l’amicizia, la pace e l’amore. L’amare sta nelle cose, sta nelle idee, sta nei rapporti. È ovunque, è la vita e spinge ad agire. Probabilmente è l’unica vera spinta vitale. Appropriandomi del suggerimento di Walter Di Munzio, nostro redattore giornalista pubblicitista, l’amore, così come l’amicizia, è terapeutico. L’amore è descritto da poeti, artisti, filosofi, medici come osserva Giuseppe Tavormina nel suo articolo sulla relazione tra arte e psichiatria. Questo primo numero di Depressione Stop del 2026 è costellato da numerosi articoli in cui i redattori hanno parlato di amore. Leggendoli si può capirne l’importanza. Amore è anche leggere questa rivista che è fatta da tutti con tanto impegno, affetto, professionalità e in particolare con il grande amore accogliente di Maurilio Tavormina. I redattori scientifici sono abituati a utilizzare motori di ricerca su internet per scoprire gli articoli più recenti che sono stati pubblicati in autorevoli riviste scientifiche internazionali. Basta inserire l’argomento desiderato e compare l’elenco degli articoli pubblicati sull’argomento scelto. Provate a inserire la parola chiave amore (love) in uno dei più accreditati e famosi motori di ricerca, PubMed. Vedrete che usciranno 24.920 risultati contro i 69.457 della



parola guerra (war). Anche nel mondo scientifico attira di più la parola guerra che la parola amore. Se andiamo, poi, ad analizzare la cosiddetta timeline (sequenza temporale) degli articoli pubblicati in un anno, il quadro diventa ancora più avvilente. Il numero degli articoli sull'amore raggiunge un apice e poi si ferma. Il numero degli articoli sulla guerra è esploso in una crescita esponenziale. La guerra attira di più. L'amore sembra che non vada più di moda. I redattori di *Depressione Stop* hanno provato a cambiare questa tendenza. Enza Maierà afferma con forza che «l'amore porta gioia», invitando a «viverlo in modo pieno, senza paura, sapendo che anche il dolore può insegnarci e trasformarci». Combatte l'odio e cura le ferite, afferma Wilma di Napoli, anche attraverso l'educazione affettiva, che diventa un processo preventivo all'odio e alla violenza contro le donne. Essa è, pertanto, un'efficace arma preventiva. Maria Rosaria Juli sostiene la necessità di rafforzare i legami affettivi per migliorare il benessere psicologico delle persone. Attraverso un processo di confronto, di accoglienza e di ascolto si «può favorire una maggiore consapevolezza dell'esperienza di amore e una migliore gestione delle emozioni». Nel suo lavoro, Gianluca Lisa affronta il problema della interazione indissolubile tra amore, morte e depressione. Amare diventa una forza terapeutica, capace di «trasformare il vuoto depressivo in uno spazio rigenerativo... accettando la coesistenza di Eros e Thanatos». La soluzione terapeutica del cuore ingabbiato, di Romina Tavormina, consente di «proiettarsi in un futuro roseo dove l'amore sano possa volare in alto libero nell'aeree». Questo momento terapeutico può avvenire anche in una sana relazione tra partner, amici, colleghi, compagni di scuola. «L'amore è un sentimento complesso che si declina in vari aspetti relazionali, in cui bisogna amarsi per poter amare» sostiene Alba Cervone. Amare è ricordare le persone che hanno fatto parte della nostra vita attraverso un legame che continua. Esso permette di «non cancellare chi non c'è più, ma integrare la perdita nella propria storia», afferma Antonella Litta. Più che volere dobbiamo cambiare questa tendenza perché l'amore è l'unica forma vitale possibile. Il paradigma attuale è caratterizzato da contrasti, da ingiurie, da una messaggistica denigratoria e offensiva. Forse perché è d'uso comune, è il top negativo. Cambiamola questa tendenza perché amare è rivoluzione! Amare è vivere! «Vivere, come non hai fatto mai. E domani sarà sempre meglio».



**Francesco Franza**

*Medico Psichiatra  
Direttore Responsabile*

# Depressione e amore: quando la mente distorce il sentimento

*/ Maurilio Tavormina /*

## Come la depressione altera la percezione dell'amore. Un'analisi clinico-divulgativa tra neuroscienze, psicopatologia e relazioni affettive.

Quando si è malati di depressione la qualità della nostra vita è davvero brutta. Tutto si colora di nero, vediamo il mondo con gli occhiali neri della depressione. Siamo sconfortati, avviliti, con l'umore negativo che impregna ogni nostro pensiero, ogni nostra azione. La vita, che una volta era intensa e piena di emozioni, ci

dava soddisfazioni, piaceri, preoccupazioni, ansie e pensieri positivi e anche negativi, non è più la stessa. Il nostro cuore è triste, l'umore è depresso e l'amore non colora più la nostra esistenza. Prima, i pensieri negativi erano allontanati dalla fiducia che ogni problema potesse essere accettato e superato con efficaci

soluzioni. Albergava in noi la certezza che nella vita tutto cambia ed era viva in noi la speranza in un futuro migliore. Una brutta notte dura solo una notte, poi risplende il sole. Non è così quando si soffre di depressione. È presente un profondo pessimismo che dura nel tempo e anche l'amore ha difficoltà a scaldare il nostro gelido cuore. Sembra scomparso e non più esistente e non può lenire le mostre ferite. Nel dibattito pubblico su amore e depressione sopravvive un equivoco tenace: l'idea che l'amore possa «curare e guarire» il dolore psichico e la malinconia. Si può pensare che l'amore sia una grande medicina e con la sua energia vitale possa sanare la gelida depressione. È una narrazione seducente, ma non supportata da sufficiente letteratura scientifica. Certo quando si ama e si è corrisposti si vive una piacevole ed euforica esistenza. Tutto è più bello, armonioso, si è fiduciosi e si ha la speranza che possa durare in eterno. L'umore è positivo, ci si sente forti, completi





ed appagati e si vive una dolce euforia. Ma l'amore non è l'antidoto al veleno della depressione, non è una medicina e soprattutto non si può comprare in farmacia. Inoltre, se non corrisposto, travagliato ed opposto può indurre profonda tristezza, umore negativo e una possibile buia reazione depressiva, conseguente alla profonda sofferenza psichica. L'umore depresso è solo un sintomo della depressione e non bisogna confonderlo con la malattia. Per fare una corretta diagnosi di depressione sono necessari almeno altri quattro sintomi, per un minimo di due settimane, che devono compromettere la normale attività quotidiana (DSM-5-TR). L'amore compassionevole, ovvero, provare amore verso altre persone ed essere amati, è stato valutato positivamente per il

benessere psicologico in pazienti anziani e per i loro sintomi depressivi. Una ricerca scientifica condotta dalla dr.ssa Kahana Eva e colleghi su 334 pazienti anziani di Miami, in Florida, ha evidenziato l'importanza e l'influenza positiva dell'amore compassionevole. "Un aumento della sensazione di essere amati ( $\beta = -0,77, p < 0,001$ ) e del provare amore per gli altri ( $\beta = -0,78, p < 0,001$ ) ha portato a una diminuzione delle probabilità di riportare livelli più elevati di sintomi depressivi nel tempo" (Kahana et al., 2021). Ha pertanto un'azione protettiva. È indubbio che amare e sentirsi amati è importante, di conforto e di aiuto per il benessere psicologico, ma da solo non è sufficiente a curare i sintomi depressivi. Oltretutto quando si ha la depressione si ha l'impressione di

non sentirsi amati e di non esserne degni per il forte senso di colpa. Tendiamo ad isolarci autonomamente e a volte si può essere isolati per la valenza negativa del nostro vivere. Pensiamo che l'amore non c'è o quantomeno non lo meritiamo perché incapaci, inetti e colpevoli. La depressione non nasce da una carenza d'amore, bensì da un'alterazione dei sistemi neurobiologici che regolano l'umore, la motivazione e la ricompensa al nostro agire. Le neuroscienze affettive mostrano che, durante un episodio depressivo, la responsività agli stimoli positivi del circuito mesolimbico si riduce significativamente, compromettendo la capacità di provare piacere e connessione emotiva. Lo stress, riducendo la dopamina, influenza negativamente le vie dopaminergiche,

implicate nella sensazione del piacere e della ricompensa agli stimoli positivi (Pizzagalli, 2014). Pertanto, non è l'amore a spegnersi ma è la mente depressa che fatica a registrarlo. Si è come anestetizzati al piacere (anedonia) e condizionati dalla sofferenza psichica. Uno dei contributi più solidi della psicologia cognitiva alla comprensione della depressione è il concetto di bias negativo. Esso è la tendenza del pensiero pessimistico dell'uomo depresso nel dare maggiore peso e memoria alle esperienze, notizie o stimoli negativi rispetto a quelli positivi. Beck e colleghi (1979) descrivono come la depressione induca una sistematica distorsione nell'interpretazione degli stimoli. Ciò che è neutro appare minaccioso, ciò che è positivo sembra irrilevante, ciò che è affettuoso viene percepito come distante. Anche una sola critica può oscurare amorevoli elogi, poiché le informazioni negative catturano maggiormente il cervello, condizionando emozioni, decisioni e relazioni. Questa distorsione non riguarda la volontà della persona, ma la fisiologia dell'umore. Studi recenti confermano che la depressione altera i processi di attenzione, memoria e valutazione emotiva, orientandoli verso contenuti negativi o autocritici (Gotlib & Joormann, 2010). Nelle relazioni intime, questo fenomeno può diventare doloroso: 1- un gesto di cura può essere interpretato come pietà, 2-un silenzio come rifiuto, 3-una distanza momentanea come abbandono imminente. La depressione non giudica la qualità dell'amore ricevuto: ne distorce la percezione. La persona malata di depressione, in particolare quella maggiore, non riesce ad apprezzare a fondo la bontà del gesto d'amore e il calore di questo forte sentimento. Perché presa da sensi di colpa ritiene di non esserne meritevole. E soprattutto percepisce il gesto d'amore come una valenza negativa, fortemente condizionato da un pessimismo persistente. Nella depressione non è l'amore che manca:

è la capacità di percepirlo a essere alterata. In un mondo in corsa contro il tempo e che chiede alle relazioni di essere performative e risolutive, è necessario far luce su un principio clinico fondamentale: l'amore non è un trattamento terapeutico. Sebbene abbia una valenza positiva sul benessere psicofisico, di accoglienza ed inclusione sociale. L'amore non può sostituire la psicoterapia, né i percorsi farmacologici quando sono indicati (Kupfer et al., 2012). Eppure, può svolgere un ruolo prezioso: offrire uno spazio in cui la persona depressa non deve fingere e può sentirsi accolto anche con la sua sofferenza. La ricerca sulle relazioni di supporto mostra che la presenza empatica e non giudicante riduce la ruminazione depressiva (Nolen-Hoeksema, 2000) e favorisce l'aderenza ai percorsi di cura. La ruminazione depressiva è caratterizzata da pensieri negativi, ripetitivi e involontari, concentrati sulle proprie sofferenze, errori e sintomi depressivi. L'amore, quando è maturo, spontaneo e sincero, non chiede di essere sentito e ricambiato. Chiede solo di essere condiviso, anche quando la percezione dell'amato è attenuata. Ricambiare richiede contraccambiare gesti, doni o inviti. Condividere favorisce la connessione relazionale e la comune felicità, combattendo la solitudine. Uno degli aspetti più dolorosi della depressione è la tendenza a colpevolizzarsi per ciò che non si riesce a provare. Riconoscere che la distorsione affettiva è un fenomeno clinico — non un fallimento personale — è un passo molto impor-

tante per la cura. Significa distinguere tra ciò che si sente e ciò che in effetti è. Significa accettare che, nei periodi di ricaduta della depressione, l'amore può essere presente ma non accessibile. Significa comprendere che la difficoltà a percepire l'altro non è un segnale di disamore, ma è solo un sintomo della sofferenza. Ridurre la colpa non elimina la depressione, ma ne attenua di molto il peso emotivo. Per avere una chiara ed efficace visione della cura della depressione, bisogna abbandonare la visione retorica e romantica dell'amore come soluzione universale. O come panacea che cura tutte le sofferenze e malattie. L'amore è un forte legame sentimentale, non una medicina. Ci riscalda, protegge, ci porta benessere psicologico, ma non è un antidoto alla depressione. È un contesto di cura ed è un aiuto concreto, non una cura in sé. Parlare di depressione senza romanticizzarla significa restituire dignità al depresso e a chi lo accompagna. Significa riconoscere che l'amore non guarisce di per sé il "Male oscuro", ma sostiene ed aiuta chi ne giova. Bisogna, infine, ricordare che amare chi è depresso non è facile e che, talvolta, sostenerlo è l'atto più importante che possiamo compiere. La depressione, oggi, la si può curare efficacemente con terapie psicologiche, farmacologiche e sociali, restituendo la gioia di vivere a chi ne soffre. Chiedere ed accettare aiuto specialistico è il primo passo per la guarigione.

## Bibliografia

1. Chen, T. L., Chang, S. C., Hsieh, H. F., Huang, C. Y., Chuang, J. H., & Wang, H. H. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction on sleep quality and mental health for insomnia patients: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 135, 110144.
2. Consiglio, F. (2022). Non lavorare stanca. Il cambiamento del concetto di lavoro dall'antichità a oggi. *State of Mind*.
3. Galibert, J.-P. (2015). I cronofagi. I 7 principi dell'ipercapitalismo. *Stampa Alternativa*.
4. Mazzooco, D. (2019). *Cronofagia. Come il capitalismo depreda il nostro tempo*. D Editore.

5. Picotti, L. (2019). "Cronofagia" di Davide Mazzooco. *Pandora Rivista*.

Foto: Envato Elements



**Maurilio Tavormina**

*Medico Psichiatra  
Direttore Editoriale*



Foto: Envato Elements

# Indice

## MACRO AREE: CONOSCERE E CURARE SOCIETÀ

10	<b>Romina Tavormina</b> <i>Il bambino che è in noi. Una analisi poetica e psicologica</i>
14	<b>Maria Efisia Meloni</b> <i>La malattia e la depressione</i>
16	<b>Enza Maierà</b> <i>L'autoespansione e le relazioni significative. Un contrasto alla depressione</i>
18	<b>Francesco Franza</b> <i>Sintomi sentinella della demenza e la depressione</i>
20	<b>Luigi Starace</b> <i>Fragilità psicologica post-pandemia. La ricerca OraComeSto</i>
23	<b>Enza Maierà</b> <i>Neurobiologia dell'innamoramento</i>
26	<b>Antonio La Daga</b> <i>Pensiero lento e veloce. La comunicazione e il rischio depressione</i>
28	<b>Antonio La Daga</b> <i>La bonaria ironia e l'aggressivo sarcasmo. Come il cervello li distingue</i>
32	<b>Francesco Franza</b> <i>Prurito e depressione</i>
34	<b>Antonella Vacca</b> <i>Depressione e amore. Il dubbio di essere amato</i>
36	<b>Gianluca Lisa</b> <i>Amore, morte e depressione. L'architrave dell'esistenza umana</i>
38	<b>Maria Rosaria Juli</b> <i>Amore, depressione ed emozioni</i>
40	<b>Francesco Franza</b> <i>L'eredità di Emil degli stati misti</i>
42	<b>Petronilla Procopio</b> <i>La consapevolezza nella mindfulness</i>
44	<b>Alba Cervone</b> <i>Amarsi per poter amare. Gilot la musa che si ribellò a Picasso</i>
46	<b>Enza Maierà</b> <i>Amore e innamoramento</i>

## ARTE E CULTURA RUBRICHE

48	<b>Maria Vincenza Minò</b> <i>Relazioni ambigue e legami indefiniti</i>
50	<b>Walter di Munzio</b> <i>Invecchiare e il mito dell'eterna giovinezza</i>
52	<b>Francesco Franza</b> <i>Il valore dell'amicizia</i>
54	<b>Donatella Costai</b> <i>Caregiver familiare e il burnout</i>
57	<b>Patrizia Amici</b> <i>Intelligenza Artificiale e relazioni umane</i>
60	<b>Wilma Di Napoli</b> <i>Maturità affettiva, amore e depressione</i>
62	<b>Antonella Litta</b> <i>Il lutto tra fisiologia e rischio clinico. "Qui con me" a Sanremo 2026</i>
64	<b>Giuseppe Tavormina</b> <i>Arti e psichiatria. Aspetti interattivi tra pazienti e professionisti</i>
66	<b>Romina Tavormina</b> <i>Il Bambino dal cuore ingabbiato</i>
68	<b>Immacolata d'Errico</b> <i>Amy Winehouse. L'ascolto di un'anima attraverso la voce</i>
70	<b>Prof.ssa Telma Crugliano</b> <i>Scuola, adolescenti e salute mentale</i>
72	<b>Dominique Tavormina</b> <i>L'arte di amare</i>
74	<b>Maurilio Tavormina</b> <i>Il profondo pessimismo degli antichi Greci</i>
78	<b>Wilma A.R. Di Napoli</b> <i>Dipendenza affettiva e gruppi di auto-mutuo-aiuto</i>
80	<b>Patrizia Moretti</b> <i>"Una storia di straordinaria follia". Dialoghi con l'autrice</i>

# Il bambino che è in noi. Una analisi poetica e psicologica

/ Romina Tavormina /

**Il bambino che siamo stati continua a vivere in noi da adulti, influenzando con le sue convinzioni ed emozioni le nostre scelte attuali. È importante imparare a riconoscerlo e a gestirlo, soprattutto quando ci crea difficoltà nelle relazioni affettive.**

Questo articolo nasce con l'intento di mettere in luce, da un punto di vista letterario e psicologico, il Bambino che vive in noi. Esso governa a nostra insaputa il comportamento ed interferisce attivamente sulle nostre capacità decisionali. In tutti noi vive un Bambino invisibile ai nostri occhi, a volte silenzioso altre molto rumoroso che cerca di far sentire la sua voce, le sue ragioni, i suoi bisogni e desideri. Spesso comunica in un modo che noi Adulti non riusciamo a comprendere perché non conosciamo il suo linguaggio ed il suo modo di agire. In molte circostanze è lui che pensa, sente emozioni ed agisce al posto del nostro Adulto consapevole. Questa situazione, finché accade senza che il nostro Adulto ne abbia coscienza, rischia di non farci vivere il presente appieno. Agiamo, scegliamo inconsapevolmente sulla base delle scelte del nostro Bambino, che non ha le competenze per leggere e interpretare il "qui ed ora" in modo corretto. Eh, sì il timone della nostra vita adulta spesso è affidato ad un Bambino travestito/mascherato da Adulto. Vorrebbe guidare una Ferrari Testarossa, che è il suo più grande desiderio,

senza aver però mai preso la patente. Provate ad immaginare i danni che questo Bambino può fare se il nostro Adulto non inizia ad accorgersi della sua presenza. È arrivato, pertanto, il momento di vedere questo Bambino invisibile. Spesso da piccolo non è stato riconosciuto nei suoi bisogni, ed ascoltato nei suoi desideri inappagati e paure irrisolte che tutt'oggi reclamano attenzione e giustizia. Qualcuno però, nel corso della storia umana, per fortuna ci ha aperto gli occhi, si è reso conto della presenza di questo Bambino. Basti pensare al caro Giovanni Pascoli che già da quando eravamo seduti nei banchi di scuola ci presentava la sua poetica de "Il fanciullino" (1897). Egli descriveva il fanciullino come una componente interiore, presente in ogni uomo, capace di guardare il mondo con meraviglia, stupore e innocenza infantile, tipica del poeta. "È dentro noi un fanciullino che non solo ha brividi, come credeva Celes Tebano... ma lagrime ancora e tripudi suoi". Il fanciullino "vede tutto con meraviglia, tutto come per la prima volta". "Egli è quello che piange e ride senza perché di cose che sfuggono ai nostri sensi e alla

nostra ragione". Ci diceva, inoltre, che la maggior parte degli adulti crescendo lo dimentica. Fatta eccezione per il poeta che invece si lascia guidare e dà ascolto e voce al fanciullino nei suoi componimenti. Pascoli però ci avvisava che, sebbene noi non lo vedessimo più, il fanciullino continua a manifestarsi nella nostra vita adulta. "fa il broncio in te [...] dorme coi pugni chiusi". Per quanto Pascoli fosse lungimirante, chi però ci ha parlato apertamente di questo Bambino è stato Eric Berne, il padre della psicoterapia analitico transazionale. Egli parlando della struttura della nostra personalità divisa in 3 stati dell'Io (Genitore,

Adulto, Bambino) ci ha descritto il funzionamento dello stato dell'Io Bambino. Egli è l'insieme di tutte le nostre esperienze, in termini di pensieri, emozioni e comportamenti, che abbiamo vissuto da piccoli. Esse continuano ad influenzare le decisioni del nostro Adulto nel qui ed ora. In particolare, i nostri traumi infantili non elaborati continuano a ripetersi nel nostro presente come un copione già scritto. Esso ci porta, ahinoi, a rivivere sempre le stesse ferite emotive che hanno caratterizzato la nostra infanzia ed in particolare il rapporto coi nostri genitori. Ad esempio, un bambino che non si è sentito sufficientemente amato e riconosciuto nei propri bisogni emotivi può esser-

si convinto di non essere degno d'amore. Questo seguendo il suo copione relazionale, lo porterà a scegliere da adulto partner da cui cercherà l'appagamento per quel bisogno frustrato. Ma al contrario delle sue aspettative, gli ripresenteranno lo stesso schema relazionale familiare disfunzionale. Il partner attuale, così come accadeva in passato con il genitore/i, non riconosce i suoi bisogni emotivi e, pertanto, la persona si convince sempre di più di non essere degna d'amore. Il ripetersi nel tempo della ferita dei non amati porterà spesso queste persone a deprimersi, chiudersi emotivamente mettendo in gabbia il proprio cuore (Tavormina, 2026). Da questa dolorosa constata-

zione nasce l'esigenza di un cambiamento che la persona, se vuole, può attuare attraverso un percorso di psicoterapia personale. Tale cammino introspettivo l'aiuterà ad ascoltarsi profondamente ed attuare dei nuovi schemi relazionali. Potrà amare liberamente e sentirsi amata senza quelle paure ataviche che per anni hanno incatenato il cuore del suo bambino spaventato dall'amore. Un Bambino spaventato dall'amore che ha difficoltà ad esprimere le proprie emozioni ed ha paura di essere ferito nelle relazioni con l'altro può presentarsi con due modalità differenti. Una ansiosa e l'altra evitante. 1- Il Bambino ansioso è quello che ha costantemente paura di perdere





l'amore dell'altro e vive ogni assenza con eccessiva ansia per la paura di un imminente abbandono. Reagisce a questa paura cercando di controllare l'altro, richiedendo continua presenza e rassicurazione. Il partner può sentirsi sovraccaricato da questa modalità di forte dipendenza emotiva che toglie spazio e libertà. Sentendosi oppresso spesso finisce proprio per allontanarsi e lasciare il Bambino ansioso. Quest'ultimo vede, purtroppo, realizzarsi la sua profonda paura dell'abbandono. Non si rende conto che, con la sua ansia eccessiva, ha contribuito a farsi lasciare dal partner esausto da

queste continue richieste di attenzione. 2- Il Bambino evitante, invece, è colui che scappa quando sente che la relazione sta diventando emotivamente coinvolgente, perché non sa gestire queste forti emozioni. Di conseguenza, se la vicinanza emotiva è troppa inizia a prendere distanza riducendo la comunicazione e le occasioni di incontro con l'altro. Per poi avvicinarsi nuovamente quando vede che l'altro si allontana e lo rincorre per paura di perderlo. Il Bambino evitante, infatti, non si allontana perché privo di emozioni, ma non sa gestirle ed ha paura di perdere sé stesso nel contatto troppo intimo

con l'altro. Vive contemporaneamente la paura del rifiuto e della perdita della propria autonomia, che è la miglior difesa che si è creato per non dipendere emotivamente dall'altro potenzialmente rifiutante. La paura del rifiuto accomuna, pertanto, sia l'ansioso che l'evitante, ma loro reagiscono in maniera opposta. L'ansioso diventa preoccupato dell'abbandono e avanza numerose richieste di rassicurazione, diventando appiccicoso. Mentre l'evitante diventa emotivamente distaccato, mostrandosi freddo e nascondendo la propria vulnerabilità. Non chiede per non correre il peri-

colo di essere rifiutato. Spesso nelle relazioni accade che si incontrano due persone che vivono il rapporto affettivo in queste due modalità opposte. Più l'ansioso rincorre l'evitante per paura di perderlo, più lui si sente soffocato e scappa, pertanto, si riconfermano a vicenda le proprie ferite. L'ansioso si convince che l'amore è pericoloso e fa male, perché si viene sempre abbandonati e l'evitante pensa che l'amore è dannoso, perché soffoca e fa perdere la propria libertà. Per trovare un sano equilibrio ci vorrebbe una giusta misura tra presenza ed assenza nella relazione, tra momenti di condivisione e

momenti di spazio personale in cui l'altra persona non è coinvolta. Ma, affinché accada, ciò serve che entrambi superino i loro traumi infantili perché sia l'ansioso che l'evitante riproducono nelle relazioni adulte quello che hanno vissuto nella loro famiglia. All'origine delle loro ferite emotive c'è o un genitore sfuggente, che non si prende sufficientemente cura dei bisogni emotivi del figlio (bambino evitante). O al contrario, un genitore iper-presente ed iper-controllante che impedisce al bambino di avere i propri spazi personali (bambino ansioso). Questa articolo è dunque un invito a guardarsi

dentro e a riconoscersi in uno di quei bambini presentati (ansioso, evitante). Affinché, ciascuno possa trovare il coraggio di cambiare, rinascere e vivere una nuova vita, ritrovando, come dice Renga (2026) nella sua canzone, "Il meglio di me". Egli invita a non isolarsi, a vedere anche le ferite provocate alle persone che ci sono accanto e perdonarci per i nostri lati più bui. Spesso essi ci portano a ferirle inconsapevolmente. "Sai sono ritornato / Là dove le paure nascono / Non scapperò come ho sempre fatto [...] / "Tu il meglio di me, il meglio di me, il meglio di me / Eccomi, eccoti / Il meglio di me / Ridere, cambiare Imparare dagli sbagli / Guarire, vedere / Il tempo sulle mani / Non puoi spostare le strade / Ma in mezzo a una frase / Trovo la direzione" ("Il Meglio di me", Renga, 2026). Possiamo trovare finalmente il coraggio di ritornare alle paure del passato, allungando la mano a chi ci può aiutare a liberarci dalle catene amorose. Possiamo vivere, finalmente, una relazione emotivamente sana, fatta di condivisione, intimità e libertà.

#### Bibliografia

1. Berne E. Intuizione e stati dell'Io. a cura di Novellino M. Astrolabio 1992
2. Berne E. Ciao! E poi? La psicologia del destino umano. Bompiani, 2017
3. Renga F. (2026) "Il meglio di me", Festival di Sanremo, 2026.
4. Pascoli G. Il fanciullino. Infilaiana Edizioni 2020
5. Tavormina R., "Why are we afraid to love?". *Psichiatria Danubina*, 26 novembre 2014
6. Tavormina Romina, Il Bambino dal cuore ingabbiato, *Depressione Stop*, 2026

Foto: Envato Elements



**Romina Tavormina**

Psicologa  
Redattrice

# La malattia e la depressione

/ Maria Efsia Meloni /

**La malattia ha radici lontane e come l'amore nasce con la storia dell'umanità. E, la malattia stessa può essere così invalidante da portare alla morte in breve tempo. Il dolore fisico e psicologico, l'eventuale separazione e il lutto si correlano alla depressione.**

Se noi ripercorriamo l'iter della malattia, già nella Bibbia secondo la Genesi (3,3), vedremo che essa nasce con il peccato originale. Nell'antico Testamento, la malattia ci riporta alla fragilità umana e alla possibilità di ammalarsi. Esse non mancano in diversi versi: medicina e malattia, il lutto secondo Siracide (38,12). Lo stigma della malattia è soprattutto rappresentato da quelle più gravi: tumori, malattie infettive, diabete, nonché le patologie psichiatriche. Purtroppo, vi è a tutt'oggi una profonda radicazione della paura della malattia che maggiormente porta ad un rischio elevato di morte. Nella grave malattia come nei tumori, vi è un'alterazione dell'immagine corporea dovuta soprattutto alle terapie chemioterapiche o altre che sono aggressive verso il corpo. In altre malattie come nei disturbi dell'alimentazione "l'immagine del corpo: intendiamo il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo (Schiller 1950). Lo schema corporeo è l'immagine tridimensionale". Oltre alle terapie farmacologiche che influenzano l'immagine del corpo, altri fattori come le emozioni, i pensieri, le percezioni e le interazioni sociali ne determinano "un ideale" sociale. E, pertanto, possiamo

passare dalla realtà di un alterazione dell'immagine del corpo dovuta alle terapie farmacologiche, ad una mancanza di amore per il proprio corpo nei Disturbi Alimentari. La malattia grave può portare alla separazione della propria famiglia, o per scelta o perché si subisce un abbandono. Talvolta, l'amore è perduto con la separazione dalle figure di riferimento, ciò determina angoscia, perdita di controllo, l'isolamento sociale. Quest'ultimi fattori dai contenuti importanti, ci illustrano una correlazione che può portare a depressione. Jean Paul Sartre incontrò la fenomenologia di Husserl e ne seguì la scia (Botti, 2013), successivamente Sartre distinse l'io reale dall'io immaginario correlato ai desideri. Inoltre, evidenziò le emozioni come il riflesso dell'interazione dell'io con gli stimoli esterni. Importante è il contributo di Sartre nell'era dell'intelligenza artificiale, in quanto invade tutti gli ambiti. E, riguardo ad una profonda riflessione è la "simulazione della coscienza e la vera esperienza umana" (Bisogno, 2024). Quest'ultima è fondamentale nel distinguere la coscienza dell'autodeterminarsi della persona rispetto all'intelligenza artificiale. Il vissuto emotivo della malattia e

la sua consapevolezza sono propri dell'uomo. Ciò può portare al doloroso tono dell'umore verso il polo della tristezza, un senso di inaridimento interiore, quasi un'incapacità d'amare, che sfocia nella depressione. Si ha un vissuto stagnante "senza tempo", viene meno la progettualità futura ed ecco che l'angoscia e il dolore psicologico prendono il sopravvento. Emerge la vulnerabilità individuale, l'incapacità a tollerare la solitudine, il pensiero è polarizzato sulla impossibilità ad avere una migliore alternativa di vita. Nella malattia grave, come può essere un tumore maligno, sussistono anche notevoli differenze di reattività tra le persone. Nel soggetto in lutto per la perdita della salute, non vi è sempre la consapevolezza. È importante, ma bisogna distinguere l'immaginazione e il vissuto temporale correlato ad alto rischio di morte. Inoltre, i diversi meccanismi di negazione e il tipo di personalità hanno un ruolo fondamentale nel progredire della malattia. Le emozioni, prevalenti sono: la tristezza e la rabbia ed è, inoltre, necessario e fondamentale nella vita educare alla tolleranza alla frustrazione. Il dolore psicologico ha una valenza importante, e supera anche quello fisico, lo ritroviamo nella depressione ma non solo. Le endorfine hanno un ruolo fondamentale nella nostra vita e si producono naturalmente. Esse sono da 18 a 33 volte più potenti della morfina (Reggina, 2024). Le endorfine sono prodotte dall'ipofisi e riducono il dolore fisico e psicologico. Inoltre, riducono l'infiammazione e aumentano le difese immunitarie, contribuendo alla riduzione della possibilità di recidive nei tumori, abbassano il cortisolo, migliorano il tono dell'umore. L'attività sportiva, anche come una semplice camminata, oppure una risata possono aumentare la produzione di endorfine nel nostro organismo. La risata può aumentare la produzione di beta-endorfine che vengono rilasciate dall'ipotalamo. Esse hanno la capacità di azioni cardio-protettive con la diminuzione dell'aggregazione piastrinica e la re-

sistenza all'infiammazione. Il vissuto emotivo della perdita della salute o, meglio, della malattia, cambia a seconda del tipo di personalità e del grado di accettazione ed elaborazio-

ne della sofferenza. Talvolta nella stesso individuo può cambiare a seconda del periodo della sua vita, in quanto dipende dalla capacità di tollerare un evento traumatico di gran-

de impatto emotivo. Lo stile di vita incide notevolmente anche sulle difese immunitarie e sulla prognosi anche nelle malattie gravi.

## Bibliografia

1. Bibbia, Genesi 3,3: 27-30. La Bibbia di Gerusalemme E.D.B. L.E.GO Spa, Trento 2016.
2. Bibbia, Genesi 9: 40-41. La Bibbia di Gerusalemme E.D.B. L.E.GO Spa, Trento 2016.
3. Bibbia, Siracide: 38-12: 1629-1630. La Bibbia di Gerusalemme E.D.B. L.E.GO Spa, Trento 2016.
4. Meloni M. E. I paradossi della comunicazione. Umore, ironia, sarcasmo. Tema editore Cagliari 2016, pag. 37-38
5. Salerno G. Sartre e la psicologia fenomenologica. 30 maggio 2017 <http://www.psicologiafenomenologica.it>

## Sitografia

6. Bisogno M. La fenomenologia di Sartre nell'era dell'intelligenza artificiale. 24 maggio 2024 <http://www.maurizibisogno.com>
7. Botto M. Quando Sartre incontrò la fenomenologia. 2013 <http://www.dialnet.unirioja.es>
8. Sartre J.P. L'immaginario: Psicologia Fenomenologica dell'immaginazione. <https://ilclubdelsaperefilosofico.wordpress.com>
9. Crivella G. Origini della ontologia fenomenologica sartiana. Una lettura de L'immagination. <http://mondododmani.org>
10. Graziotin A. La sinfonia del benessere. 2 Maggio 2023. <https://www.alessandragraziotin.it>
11. Reggina G. Endorfine, cosa sono e come si producono naturalmente. 5 giugno 2024 <https://www.ligate.it>

Foto: Envato Elements



**Maria Efsia Meloni**

Medico Psichiatra  
Redattrice

# L'autoespansione e le relazioni significative. Un contrasto alla depressione

/ Enza Maierà /

**Possedere un concetto di sé solido, con contenuti positivi ed autoespansione, permette di prevenire ed affrontare meglio il disagio psicologico e i sintomi depressivi. Sviluppare le risorse personali e le capacità adattive consente, inoltre, di affrontare le sfide della vita e ridurre la vulnerabilità allo stress e alla depressione.**

È risaputo da tempo che la maggior parte delle persone ha bisogno di un livello anche minimo di interazione sociale. Esse sono necessarie per evitare il rischio di disturbi depressivi (Henderson, 1977). L'autoespansione e le relazioni personali significative, cioè i legami sociali importanti come la famiglia, la scuola, gli amici, i partners, favoriscono l'integrazione. Cosa intendiamo per integrazione? Intendiamo quel processo mentale che si realizza attraverso la condivisione di idee, opinioni, valori, comportamenti. E tramite il quale otteniamo conferme sul proprio valore e il riconoscimento sociale della propria identità. Inoltre, la scarsità di relazioni o l'esistenza di legami deboli è causa di problemi di salute mentale e di opportunità di crescita. D'altro canto, la depressione non è soltanto un'esperienza individuale fatta di tristezza e perdita di energia. Spesso è l'esito di un restringimento del proprio mondo personale. Infatti, la diminuzione delle relazioni comporta un impoverimento del pensiero e delle attività sociali. Af-

fievolisce pertanto la motivazione a fare nuove esperienze e stabilire alleanze sicure. In questo scenario, due fattori possono svolgere un ruolo cruciale nel contrastare questo processo: le relazioni significative e la possibilità di vivere esperienze di autoespansione. La teoria di autoespansione è stata introdotta dagli psicologi Arthur Aron ed Elaine Aron negli anni '90. Essa considera le relazioni umane strette non solo una fonte di affetto o sicurezza, ma anche un potente motore di crescita personale e di realizzazione individuale. Parte da un'idea centrale: gli esseri umani possiedono una motivazione fondamentale ad espandere il proprio sé. Cosa significa "espandere il sé"? Significa che una delle motivazioni profonde che guidano il comportamento umano è il desiderio di accrescere le proprie capacità, competenze e risorse personali. In altri termini, l'uomo non cerca soltanto benessere o stabilità ma è altresì spinto ad acquisire nuove esperienze e nuove conoscenze. Le relazioni intime come le amicizie

profonde, le relazioni di coppia, i legami significativi, offrono un contesto privilegiato per questa espansione del sé. Quando entriamo in una relazione stretta, tendiamo a integrare nell'immagine di noi stessi aspetti dell'altra persona. Il suo modo di interpretare il mondo, le sue abilità, le sue passioni, le sue reti sociali. In termini psicologici, l'altro viene in parte "incluso nel nostro sé". Uno degli aspetti più interessanti del modello è l'idea che, quando si crea un legame profondo, iniziamo a vedere il mondo attraverso gli occhi dell'altra persona. "Vedere con gli occhi dell'altro". Questo significa adottare nuovi punti di vista, ampliare il proprio modo di pensare. Questo processo accresce la nostra identità e le nostre possibilità di azione nel mondo e nella vita (Singh, 2025). Un risultato fondamentale dell'autoespansione è l'aumento dell'autoefficacia, cioè la convinzione di essere in grado di affrontare con successo molte situazioni (Mattingly, B. A., 2013). Ogni volta che acquisiamo nuove competenze o superiamo una sfida, rafforziamo l'idea che ce la possiamo fare. L'idea è che, costruendo relazioni significative e affrontando esperienze stimolanti, si aumenta la capacità di risolvere problemi, affrontare sfide, adattarsi ai cambiamenti, raggiungere traguardi personali e professionali (Xu et al., 2017). Quando costruiamo un legame significativo iniziamo gradualmente ad assimilare gli aspetti positivi dell'altra persona. Questo processo non significa cambiare sé stessi, ma piuttosto allargare i confini del proprio sé. In questa prospettiva, amare, collaborare o imparare da qualcuno non è solo un atto relazionale. Questo cambiamento non riguarda solo la psicologia, ma si riflette anche nel funzionamento del cervello durante le interazioni sociali. In uno studio alcuni ricercatori (Wang et al., 2024) hanno osservato cosa succede nel cervello di due persone mentre interagiscono tra loro. Essi hanno utilizzato una tecnica chiamata iperscansione EEG, che ha permesso di registrare contem-

poraneamente l'attività cerebrale di entrambi i partner durante uno scambio emotivo non verbale. Lo studio ha seguito le stesse coppie nel tempo, basandosi sul modello dell'autoespansione. I risultati hanno mostrato che, dopo sette mesi di relazione, le coppie erano più capaci di condividere le emozioni e mostravano una maggiore "sincronia" tra i loro cervelli rispetto al primo incontro. In particolare, l'attività cerebrale risultava più coordinata in alcune aree legate alle emozioni e alla comprensione dell'altro. Le persone che vivono relazioni con basso livello di autoespansione tendono a sperimentare più noia e monotonia nella relazione (Harasymchuk et al., 2013). Di conseguenza, le relazioni caratterizzate da poca autoespansione hanno una maggiore probabilità di finire rispetto a quelle in cui la crescita personale e le nuove esperienze condivise sono più presenti (Mattingly et al., 2019). Le persone il cui concetto di sé contiene prevalentemente aspetti negativi hanno una maggiore probabilità di sperimentare episodi di depressione maggiore o minore nel tempo (Alloy et al., 2006). In altre parole, avere un sé dominato da pensieri, credenze e valutazioni negative su sé stessi aumenta il rischio di sviluppare sintomi depressivi. Viceversa, si ipotizza che vivere una relazione ricca di auto-espansione sia collegato a una minore vulnerabilità ai problemi di salute mentale. In modo specifico riguardo sintomi depressivi. Sappiamo che la depressione si manifesta attraverso diversi sintomi chiave. Tra questi la bassa autostima, la perdita di interesse o piacere per attività che prima risulta-

vano gratificanti, insieme ad altri segnali psicologici e comportamentali (Kroenke & Spitzer, 2002). Alcuni studi hanno mostrato che l'autoespansione è un'esperienza caratterizzata da valenza affettiva positiva, cioè, produce emozioni piacevoli e gratificanti per chi la vive (Stanton et al., 2020). Inoltre, l'auto-espansione rafforza l'autostima, aiutando le persone a sentirsi più sicure e positive rispetto a sé stesse (Aron et al., 1995). Sulla base di queste evidenze, si può ipotizzare che, all'aumentare della qualità e della positività del concetto di sé, le persone diventino meno inclini ai disturbi dell'umore. Le relazioni significative rappresentano una delle più potenti risorse per la salute mentale. Sentirsi sostenuti, compresi, connessi agli altri non solo attenua il senso di isolamento tipico della depressione, ma rafforza il senso di valore personale e di ap-

partenza. Parallelamente, l'autoespansione, ovvero la tendenza a cercare nuove esperienze, apprendere, mettersi alla prova, rappresenta un motore di crescita psicologica. Ed è tramite una stretta relazione che il sé si espande avendo accesso alle risorse fisiche, sociali e intellettuali dell'altro. Attraverso attività nuove, stimolanti e condivise, la persona contrasta quel restringimento esistenziale che spesso accompagna la depressione. Quando relazioni profonde e autoespansione si intrecciano, possono diventare potenti alleati nel promuovere la resilienza e il benessere. Crescere insieme, sostenersi reciprocamente e continuare a esplorare nuove dimensioni della propria vita rappresenta non solo un arricchimento personale, ma anche un possibile fattore di protezione nei confronti della sofferenza depressiva.



## Bibliografia

1. Alloy LB et al. (2006). Prospective incidence of depression. *J Abnorm Psychol*.
2. Aron A., Paris M., Aron E.N. (1995). Falling in love. *Journal of Personality and Social Psychology*.
3. Harasymchuk C., Fehr B. (2013). Relational boredom. *Journal of Social and Personal Relationships*.
4. Henderson S. (1977). Social Network, Support and Neurosis. *British Journal of Psychiatry*.
5. Kroenke K., Spitzer R.L. (2002). PHQ-9 measure. *Psychiatric Annals*.
6. Mattingly B.A. et al. (2019). Self-expansion & relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*.
7. Mattingly B.A., Lewandowski G.W. (2013). Self-concept and self-efficacy. *Self and Identity*.
8. Wang D. et al. (2024). Inter-brain synchrony & self-expansion.
9. Singh A. (2025). Self-expansion Model Theory.
10. Stanton S.C.E. et al. (2020). Self-expansion, affect & health. *Personal Relationships*.
11. Xu X. et al. (2017). Self-expansion & obesity outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*.

Foto: Envato Elements



**Enza Maierà**  
Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Sintomi sentinella della demenza e la depressione

/Francesco Franza/

**I sintomi della depressione sono numerosi e spesso difficili da individuare, soprattutto, nelle fasi iniziali. I sintomi sentinella possono aiutare i clinici a predire la comparsa di patologie in età successive, così come la demenza. Il tentativo della ricerca è quello di individuare sintomi sentinella selezionati e specifici. Analizzeremo i dati di una recente ricerca.**

La depressione si presenta con un corredo complesso e numeroso di sintomi. Tra questi particolarmente importanti sono i sintomi sentinella. Essi compaiono precocemente e devono allertare i clinici. Ciò consente di approfondire la diagnosi e di iniziare il più presto possibile il trattamento farmacologico e/o psicoterapeutico. La conseguenza principale di tale azione è la riduzione del rischio della cronicizzazione della malattia e della comparsa di conseguenze negative sulla vita della persona. Riconoscere i sintomi sentinella assume un significato importante anche nella diagnosi precoce della demenza. Da anni è stata individuata e accertata una stretta correlazione tra la depressione e la demenza. In alcuni casi, in persone di mezza età i sintomi sentinella depressivi intercettati possono precedere l'insorgenza della demenza. Ma esistono sintomi precoci e specifici che possono aiutare a fare una diagnosi precoce di demenza? Gli studiosi si sono posti la domanda e

i risultati iniziano a essere sorprendenti. Il problema della intercettazione precoce di sintomi sentinella della depressione è una delle principali sfide per i clinici e i ricercatori. Per fare diagnosi di disturbi psichiatrici i clinici e i ricercatori usano manuali come il DSM (Manuale diagnostico dei disturbi mentali) e il ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie). Sono vere e proprie classificazioni che raccolgono gruppi di sintomi. La presenza della combinazione di specifici sintomi consente la diagnosi in psichiatria, così come quelle della depressione e dei disturbi dell'umore. È sempre evidente che all'interno di questo elenco di sintomi non sempre è possibile trovarne alcuni portati dal paziente. Esistono, inoltre, sintomi sentinella della depressione che non sono presenti in queste classificazioni. Come fare, quindi, per intercettare i sintomi sentinella? La ricerca dei sintomi sentinella precoci predittori di una insorgenza futura di un disturbo dell'umore è

sempre più in fermento (Franza et al., 2025). Quando il clinico si trova di fronte a un paziente affetto da depressione deve cercarli durante il colloquio clinico. Deve saper cogliere anche altri aspetti, così come la cultura di appartenenza, gli stili di vita, le credenze e le opinioni. Dalla narrazione di un paziente e dalle sue risposte si devono intercettare i sintomi generali e i sintomi sentinella della malattia e inserirli nei criteri diagnostici. Sebbene i pazienti riportino un'ampia costellazione di sintomi sentinella, spesso, il clinico rischia di non riuscire a identificarli perché non sono descritti nei manuali diagnostici. Non tutti i sintomi sentinella sono sempre individuabili nella classificazione diagnostica tradizionale. I pazienti riportano al clinico diversi sintomi spesso nascosti. Alcuni lamentano problemi cardiaci generici ("problemi di cuore", sensazione di oppressione al cuore). Altri riferiscono sensazione di pressione e costrizione toracica (Kim et al., 2024). Altre volte riferiscono sintomi ansiosi, appartenenti alla cosiddetta atmosfera ansiosa. Sono questi sintomi sentinella che devono essere conosciuti e riconosciuti dai clinici. Debolezza, vertigini, sensazione di soffocamento, sensazione di paura, inquietudine, paura che succeda qualcosa di brutto, nervosismo sono solo alcuni di questi sintomi sentinella. Altri sintomi sono l'incapacità di rilassarsi, la sensazione di tremore e di inquietudine e la cosiddetta assenza di spinta di volontà. Ma esistono sintomi sentinella specifici per la demenza? Il clinico deve conoscere questi sintomi e soprattutto individuare quelli che maggiormente possono far prevedere la comparsa della demenza. Non tutti i sintomi sentinella sono uguali. Alcuni di questi sintomi possono fare da battistrada e indirizzare la diagnosi. È questo il caso di alcuni sintomi sentinella. Alcuni di questi hanno più probabilità di altri di far prevedere l'insorgenza della depressione. Un nuovo studio ha trovato che un piccolo gruppo di sintomi depressivi della età adulta può predire l'insorgenza della de-

menza. La ricerca è stata pubblicata sul numero di dicembre 2025 dell'autorevole rivista inglese *Lancet Psychiatry*. Il gruppo di ricerca è stato condotto dal Prof. Philipp Frank della Divisione di Psichiatria della University College London. Frank afferma che «I sintomi quotidiani che molte persone sperimentano nella mezza età sembrano contenere informazioni importanti sulla salute del cervello a lungo termine. Prestare attenzione a questi sintomi (sentinella) potrebbe aprire nuove opportunità per la prevenzione precoce». Lo studio è durato circa venti anni e condotto su 5811 partecipanti. Alla fine del periodo di osservazione circa il 10% di questa popolazione ha presentato sintomi associati alla demenza. Per individuare i sintomi sentinella depressivi, i ricercatori hanno utilizzato una scala di valutazione, la General Health Questionnaire. Al termine dello studio sono emersi risultati straordinari sui sintomi sentinella depressivi. Al termine dello studio dai risultati ottenuti sono emersi sei sintomi sentinella più frequenti nelle persone che hanno sviluppato demenza. I sintomi sono i seguenti: 1-Perdita di fiducia, 2-Difficoltà ad affrontare i problemi, 3-Mancanza di calore o affetto verso gli altri, 4-Sensazione di nervosismo, 5-Insoddisfazione per il modo in cui vengono svolti i compiti, 6-Difficoltà di concentrazione. Ciò suggerisce che non tutti i sintomi depressivi siano gli stessi. La comparsa di alcuni sintomi sentinella devono mettere in allarme i clinici. I ricercatori hanno trovato un forte legame tra ciascuno di questi sintomi sentinella e un elevato rischio di demenza. Il rischio è compreso tra il 29% e il 51%. Questa forte associazione persisteva anche dopo aver escluso la presenza di altri fattori di rischio di demenza. Nei partecipanti allo studio che avevano meno di 60 anni all'inizio del periodo di osservazione, i sei sintomi sentinella erano fortemente legati al rischio di comparsa di demenza in età avanzata. Tra questi sei sintomi



sentinella, la perdita di fiducia è stata quella più evidente. Secondo gli autori dell'articolo inglese, alcuni sintomi sentinella potrebbero essere associati a iniziali modificazioni di strutture cerebrali associate alla demenza. Queste alterazioni potrebbero comparire diversi anni prima che la demenza diventi clinicamente manifesta. Gli autori aggiungono che questi sintomi sentinella sarebbero associati a una ridotta performance cognitiva, soprattutto nella memoria e nei compiti di ragionamento. Questo studio pone l'attenzione sulla necessità di concentrarsi sulla intercettazione dei sintomi sentinella e non sulle etichette diagnostiche. È un aspetto importante e determinante che apre nuove strategie diagnostiche. Il mondo dei disturbi dell'umore è ampio e complesso, spesso limitato a diagnosi eccessive di depressione. I sintomi sentinella dimostrano che al di là della semplice diagnosi di depressione c'è altro. Capire, conoscere, intercettare i sintomi sentinella permette ai clinici di formulare diagnosi più vicine a quelle reali. Ciò consentirebbe una terapia precoce e mirata all'effettivo problema del paziente. Ed è questa

la sfida principale della ricerca clinica attuale.

## Bibliografia

1. Frank P, Singh-Manoux A, Pentti J et al. Specific midlife depressive symptoms and long-term dementia risk: a 23-year UK prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2025 Dec 15:S2215-0366(25)00331-1.
2. Franza F, Franza A, Calabrese L, Iannaccone AN, Ricca A, Solomita B, Tavormina G. AI and alternative symptoms in the diagnosis of MDD: The role of forgiveness, hopelessness, mixity and diminished drive. *Psychiatr Danub*. 2025 Sep;37(Suppl 1):207-212.
3. Kim Y, Jang J, Kang HS, Lee J, et al. Network Structure of Interpersonal Sensitivity in Patients With Mood Disorders: A Network Analysis. *Psychiatry Investig*. 2024 Sep;21(9):1016-1024.
4. Storey D. Six Midlife Depression Signs Tied to Later Dementia Risk. *JCP*. December 23, 2025.

Foto: Envato Elements.



**Francesco Franza**  
Medico Psichiatra  
Direttore Responsabile

# Fragilità psicologica post-pandemia. La ricerca OraComeSto

/ Luigi Starace /

**La fragilità psicologica post-pandemia emerge come fenomeno sociale diffuso. La ricerca OraComeSto analizza la salute mentale, pandemic fatigue, la fiducia nella medicina e i cambiamenti psicologici durante il Covid-19.**

Durante il COVID-19 la salute mentale è diventata una delle principali preoccupazioni sociali. L'isolamento, la paura del contagio e l'incertezza economica hanno prodotto una diffusa fragilità psicologica post-pandemia, rendendo più visibili sintomi di depressione, ansia e stress. La pandemia per molti cittadini non è stato solo una difficoltà temporanea. Ha rappresentato una vera esperienza collettiva di fragilità psicologica. Ecco cosa rivela la ricerca longitudinale di Stigmamente OraComeSto sulla salute mentale degli italiani. La fragilità psicologica post-pandemia rappresenta uno degli effetti più significativi lasciati dalla crisi sanitaria globale del COVID-19. Non si tratta semplicemente di un aumento dei disturbi psicologici individuali, ma di una trasformazione più ampia del clima emotivo e sociale. La pandemia ha agito come uno stress-test collettivo che ha reso visibili vulnerabilità già presenti nella società contemporanea. Ansia, incertezza, perdita di motivazione e stanchezza emotiva hanno progressivamente modificato la percezione del benessere psicologico nella popolazione. Comprendere la fragilità psicologica post-pandemia significa analizzare non solo i

sintomi individuali ma anche i fattori sociali, economici e culturali che hanno contribuito alla diffusione di questo disagio. Per comprendere meglio questi cambiamenti è stata realizzata la ricerca #OraComeSto, pubblicata in open access Inclusion in the Cities of Education. Challenges, Cultures and Resources. Franco Angeli. Lo studio ha analizzato l'impatto della pandemia sulla salute mentale della popolazione italiana, osservando come la fragilità psicologica sia cambiata durante le diverse fasi dell'emergenza sanitaria. L'indagine longitudinale ha coinvolto oltre 1600 partecipanti in tre diverse fasi della pandemia tra il 2020 e il 2021. Essa ha consentito di osservare l'evoluzione della salute mentale durante momenti differenti della crisi sanitaria. Sono stati raccolti 1.665 questionari online: -424 durante il primo lockdown, -635 nella fase di riapertura, -606 durante il secondo lockdown. Questo tipo di campionamento ha permesso di capire non solo la presenza della fragilità psicologica, ma anche come essa si è evoluta nel tempo. Per valutare la salute mentale sono stati utilizzati strumenti psicometrici riconosciuti a livello internazionale per indagare sintomi di depressione,



il benessere psicologico, il consumo di alcol, la resilienza. Lo studio si basa su un approccio bio-psico-sociale, che considera la salute mentale come il risultato dell'interazione tra: fattori biologici, fattori psicologici e fattori sociali. L'analisi dei dati ha permesso di individuare cinque risultati principali che descrivono la trasformazione del disagio psicologico durante la pandemia. 1-Aumento del rischio suicidario. 2-Forte preoccupazione economica. 3-Peggioramento della percezione fisica. 4-Pandemic fatigue confermata. 5-Fiducia nella medicina. 6-Abitudini domestiche al consumo di alcolici. Uno dei risultati più rilevanti riguarda il rischio suicidario. Durante la pandemia questo indicatore ha raggiunto il 12% dei partecipanti. Mentre prima della pandemia in Italia la media era intorno all'8%. In termini semplici, questo significa che il disagio psicologico grave è aumentato in modo significativo.

Non si tratta necessariamente di tentativi di suicidio, ma di pensieri o segnali di sofferenza intensa che rappresentano un importante indicatore di fragilità psicologica. La pandemia ha colpito anche la percezione di stabilità economica. Nel primo lockdown il 26,1% degli intervistati temeva conseguenze sul lavoro. Nella fase successiva la percentuale scende al 19,8%, ma nel secondo lockdown sale al 32,8%. Nel complesso tra il 63% e il 73% degli intervistati ha espresso timori per il futuro economico. Questo dato è importante perché l'insicurezza economica è uno dei fattori che più influenzano la salute mentale e la depressione. Un indicatore di benessere riguarda la percezione del proprio stato fisico. Nel primo lockdown il 44,3% degli intervistati dichiarava di sentirsi in buona forma fisica. Nella fase successiva questa percentuale scende al 38,7%. Può sembrare un dato secondario, ma in

realtà è molto significativo: la percezione del corpo è spesso collegata alla salute mentale. Quando diminuiscono attività fisica, socialità e movimento, aumentano anche i segnali di depressione e stanchezza emotiva. La ricerca ha confermato anche nel contesto italiano il modello della pandemic fatigue per cui dopo una prima fase di solidarietà sociale emerge una fase di stanchezza emotiva. Questo modello è stato sviluppato da ricercatori della Harvard School of Public Health e utilizzato successivamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per descrivere l'evoluzione psicologica delle popolazioni durante la pandemia. Secondo questo modello, le persone attraversano diverse fasi psicologiche ben definite durante una crisi sanitaria. Stando ai dati di #OraComeSto, all'inizio della pandemia molte società hanno mostrato una forte coesione sociale. Con il passare dei mesi è emersa però una

fase di stanchezza emotiva, caratterizzata da: -irritabilità, -perdita di motivazione, -senso di frustrazione, -aumento della fragilità psicologica. I dati mostrano scetticismo verso la gestione politica della pandemia, ma non verso la classe medica. La diffidenza riguarda soprattutto le decisioni politiche e comunicative, non le pratiche mediche. Uno dei risultati più interessanti riguarda il rapporto tra cittadini e istituzioni. Il questionario mostra scetticismo verso la gestione politica della pandemia, ma non verso la classe medica. Questo dato è particolarmente rilevante perché nel dibattito pubblico i movimenti No Vax sono stati spesso interpretati come una sfiducia generalizzata nella medicina. La ricerca suggerisce che il clima mediatico durante la pandemia ha contribuito a creare confusione tra diversi tipi di scetticismo. I dati mostrano invece una distinzione chiara di scetticismo politico e non medico.

### Le fasi della pandemic fatigue secondo studi di Harvard e OraComeSto

Fase OCS	Periodo	Harvard Stage	Evidenze principali
 <b>OCS1</b> Luna di Miele	Maggio 2020	<b>Luna di Miele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senso di coesione personale e di vicinanza («andrà tutto bene!»)</li> <li>• Fiducia nella scienza e nelle disposizioni sanitarie</li> </ul>
 <b>OCS2</b> Disillusione	Novembre 2020	<b>Disillusione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sfiducia nelle azioni di governo, assenza di opposizione istituzionale latente</li> <li>• Sovraccarico emotivo e sfiducia nelle azioni di governo (non legata all'effetto no vax)</li> </ul>
 <b>OCS3</b> Fatica	Aprile 2021	<b>Fatica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sfiduca totale nel governo, non solo legata al no vax</li> <li>• Sintomi di burnout, ansia quotidiana, ideazione suicidaria frequente, calo di motivazione</li> <li>• Perdita di interesse per hobbies e relazioni sociali</li> </ul>

Fonte: basato su uno studio di Harvard M.S. e #OraComeSto (OCS)

La diffidenza riguarda soprattutto: 1-decisioni politiche. 2-comunicazione istituzionale. 3-gestione delle misure sanitarie. La fiducia nelle pratiche mediche è rimasta invece relativamente stabile e costante. Questo suggerisce che il dibattito mediatico abbia talvolta semplificato eccessivamente il fenomeno. La ricerca ha analizzato anche il consumo di alcol, utilizzando il test AUDIT. I risultati non mostrano un aumento generalizzato del consumo problematico durante la pandemia. Tuttavia, in alcuni gruppi con maggiore fragilità psicologica si osserva un uso più frequente dell'alcol come strategia di coping. Un elemento interessante riguarda il cambiamento dei contesti di consumo. Con la chiusura dei luoghi sociali, il consumo di alcol si è spostato più spesso in ambito domestico. Questo suggerisce che la salute mentale e le condizioni sociali influenzano non solo quanto si beve, ma anche come e dove avviene il consumo. Nel complesso, i risultati della ricerca indicano un aumento della fragilità psicologica nella popolazione. La pandemia ha reso visibili difficoltà emotive che spesso restavano nascoste: stanchezza mentale, perdita di motivazione e sintomi di depressione. Per molti cittadini la crisi sanita-

ria ha funzionato come uno stress test psicologico per la società. La pandemia ha dimostrato quanto la salute mentale sia fragile nei momenti di crisi collettiva. Comprendere la fragilità psicologica e prevenire la depressione richiede politiche sociali, educative e sanitarie capaci di affrontare la complessità del disagio contemporaneo. Gli autori interpretano questi risultati attraverso il concetto di società idiopatica. Con questa espressione si descrive una società in cui molte forme di disagio psicologico non hanno una causa unica e identificabile. La fragilità psicologica emerge invece dall'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Per interpretare questi risultati gli autori propongono il

concetto di società idiopatica. In medicina il termine "idiopatico" indica una condizione senza una causa unica identificabile. Applicato al contesto sociale, questo concetto descrive una situazione in cui il disagio collettivo nasce dall'interazione di molteplici fattori. La fragilità psicologica post-pandemia può quindi essere interpretata come il risultato di una combinazione complessa di: stress sanitario, instabilità economica, trasformazioni sociali e cambiamenti culturali. In questo senso la pandemia non avrebbe creato un nuovo disagio, ma avrebbe piuttosto reso visibili fragilità psicologiche già presenti nella società contemporanea.

#### Bibliografia

1. Starace L., La Forgia M. (2024). OraComeSto: mental health and social perception during the COVID-19 pandemic. In *Inclusion in the Cities of Education. Challenges, Cultures and Re-sources*. FrancoAngeli.
2. WHO (2020). Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19.
3. Brooks S. et al. (2020). The psychological impact of quarantine. *The Lancet*.
4. Vindegaard N., Benros M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences. *Brain, Behavior, and Immunity*.
5. Pfefferbaum B., North C. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*.

Foto: Envato Elements



**Luigi Starace**  
Giornalista pubblicista  
Comitato scientifico

# Neurobiologia dell'innamoramento

/ Enza Maierà /

## La neurobiologia dimostra che esistono evidenze biologiche a livello cerebrale che ci spiegano cosa accade nella nostra mente e nel nostro corpo quando ci innamoriamo ed amiamo.

La mente razionale impiega più tempo rispetto alla mente emozionale per registrare le prime impressioni. Pertanto, il primo impulso di innamoramento, ovvero la reazione rapida, in una situazione emotivamente stimolante, è dettato dal cuore e non dal cervello. È quanto avviene di fronte ad una persona che incontriamo per la prima volta e di cui ci sentiamo subito fortemente attratti. Ci lasciamo andare al sano istinto dell'accoppiamento noncuranti di quanto ci circonda e di cosa andiamo incontro. Sarà legato allo spirito di salvaguardia dei nostri geni? Sarà un nostro recondito bisogno di protezione e accudimento? È aver trovato il proprio simile? È pura e semplice attrazione o una logica associativa? Potrebbe essere l'inizio di un innamoramento. Possono essere tante le risposte. Di sicuro al cuore non si comanda! Questo proverbio mi riassocia ad una nota poesia di Umberto Saba (1946): «Amarci... quali oblii domanda! / Tu mi rispondi: al cuore non si comanda».

Composta nel 1946, la poesia esprime l'idea che l'amore non può essere regolato dalla ragione o dalla volontà. Amare richiede talvolta dimenticanze e sacrifici, ma il cuore segue impulsi propri e inevitabili, indipendenti dal controllo razionale. Questi versi riflettono la poetica di Saba, centrata sull'introspezione e sulla sincerità dei sentimenti,

mostrando il contrasto tra ciò che vorremmo fare e ciò che realmente sentiamo. Di sicuro si entra in una fase di estasi, di benessere e di sicurezza emotiva. Poco importa il resto! Da quel momento può prendere avvio una fase di innamoramento che la neurobiologia del cervello, da buon testimone registra e memorizza in ogni suo anfratto. A dare il via a questa ondata di emozioni è la parte più arcaica del nostro cervello che viene detto cervello rettiliano perché è simile a quello dei rettili. Nella fase iniziale di ricezione degli stimoli, il cervello rettiliano agisce come un sensore istintivo, rilevando rapidamente segnali visivi, olfattivi e uditivi del potenziale partner. Questi stimoli attivano risposte automatiche, come attenzione, aumento del battito cardiaco preparando il corpo a interagire. Successivamente, come vedremo, entra in gioco il sistema limbico. In particolare, amigdala, ipocampo e striato ventrale che generano le emozioni legate all'attrazione e consolidano i ricordi associati alla persona amata. Qui avviene il rilascio di dopamina. Il cervello è composto da aree diverse che chiamiamo emisferi, lobi, aree, nuclei. Queste zone pur avendo funzioni specifiche, ma non esclusive, sono in continua interazione tra loro. Durante l'innamoramento alcune aree si "accendono", nel senso che sono più attive mentre altre si "spengo-

no", ovvero sono meno attive. Questo fenomeno dura fino a quando l'innamoramento non si esaurisce per poi trasformarsi in un sentimento più strutturato e radicato nel tempo. Le aree cerebrali che si accendono nell'infatuazione-innamoramento sono il corpo striato e l'area ventrale tegmentale. Esse sono anatomicamente collegate tra loro e costituiscono il sistema dopaminergico mesolimbico. L'importanza di queste zone, collocate all'interno del cervello, è quella di produrre la dopamina. In condizioni di attivazione, come l'innamoramento, la sua produzione aumenta. Perché? Quando ci si sente coinvolti da un incontro molto interessante, si prova piacere unito al desiderio di rivivere la stessa esperienza. La dopamina, che è l'artefice di queste sensazioni di benessere, di gratificazione e di felicità, tende ad aumentare nel sangue. Queste sensazioni di profondo appagamento sono così intense da definire questo circuito sistema dopaminergico della ricompensa. Ciò vuol significare che l'attivazione di questo sistema si accompagna ad una ricompensa in termini di piacere e al bisogno a ripetere la piacevole esperienza. In contemporanea assistiamo però, alla disattivazione di altre aree. Ci riferiamo, in particolare, alla corteccia prefrontale la zona deputata al ragionamento, al giudizio, che ora entra in standby. Questo spiega come in questa fase dopamino-dipendente, di innamoramento, prevale l'emozione, l'istinto, a scapito della ragione. Si agisce, come si suol dire "di pancia". Lo pensava anche Pascal che nel suo aforisma diceva "Il cuore ha le sue ragioni che la ragione non conosce" (Pascal, 1670/1995, fr. 277). L'altra zona a non attivarsi è l'amigdala, che di norma si accende quando si ha paura. Infine, a non attivarsi, sono anche le zone che sono interessate nella depressione e nelle emozioni negative (Attili, 2017). Ciò spiega come quando si è innamorati non si ha paura di nulla e di nessuno pur di vivere il benessere del momento con quella persona. La



fase d' innamoramento ha una durata variabile, dai sei/otto mesi può arrivare anche a tre anni. Dopo la fase iniziale di innamoramento intenso, caratterizzata da una forte attivazione dei circuiti dopaminergici della ricompensa, la relazione tende a evolvere verso forme di amore più stabile e di attaccamento. Studi di neuroimaging hanno mostrato che

coinvolge specifiche aree cerebrali associate ai sistemi motivazionali e affettivi (Bartels et al., 2000). Nelle relazioni di lunga durata, oltre ai circuiti della ricompensa, risultano coinvolte strutture limbiche e corticali legate alla memoria e alla regolazione emotiva. In particolare, l'attivazione dell'ippocampo contribuisce al consolidamento delle memorie autobiografiche e delle

esperienze condivise nella relazione. Mentre la corteccia cingolata anteriore è implicata nei processi di regolazione emotiva, empatia e monitoraggio dei conflitti interpersonali (Acevedo et al., 2009). Ed è la sede di una forte concentrazione di ossitocina. Questi meccanismi neurali contribuiscono al passaggio dall'innamoramento passionale a una forma di legame affettivo

più stabile e duraturo, associato ai sistemi neurobiologici dell'attaccamento (Fisher, 2005). In particolare, è l'ossitocina, definita l'ormone dell'amore, ad avere un ruolo fondamentale nella fase di passaggio dall'innamoramento all'amore. Il suo peso è ancora più rilevante perché agisce anche su una zona del cervello definita nucleo accumbens, all'interno del quale provoca il ri-

lascio della serotonina, "l'ormone del benessere" (Attili, 2017). La neurobiologia dell'innamoramento e dell'amore ci ha permesso di comprendere che essi non sono un semplice fenomeno emotivo, fisico o culturale. Le evidenze diagnostiche e strumentali, in particolare la fMRI (Attili, 2017), hanno evidenziato un coinvolgimento di vaste aree cerebrali che interagiscono tra

loro in maniera complessa. Nella fase iniziale dell'attrazione, studi su dopamina, noradrenalina e cervello rettiliano mostrano come il cervello reagisca a stimoli visivi, olfattivi e comportamentali del potenziale partner. Nella fase di innamoramento profondo, la neurobiologia evidenzia il ruolo del sistema limbico e dei suoi neuropeptidi come l'ossitocina. La cui funzione è importante nel favorire il legame, l'attaccamento e la fiducia, consolidando la relazione emotiva. Infine, nelle fasi più mature dell'amore, avviene l'interazione tra emozione e la corteccia cerebrale. Si spiega così l'atteggiamento consapevole nei confronti delle emozioni rendendo possibile un amore duraturo e consolidato.

#### Bibliografia

1. Attili Grazia, Il cervello in amore Le donne e gli uomini ai tempi delle neuroscienze, il Mulino, 2017
2. Pascal, B. (1995). Pensieri (P. Serini, Trad.). Einaudi. (Opera originale pubblicata nel 1670).
3. Umberto Saba, «Amai» (1946), in Il Canzoniere, Milano, Garzanti, 1961, vv. 7-8.

#### Sitografia

4. Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a long-term romantic love exist? Evidence from fMRI data.
5. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 4(1), 59-62. <https://doi.org/10.1093/scan/nsn044>
6. Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *NeuroReport*, 11(17), 3829-3834. <https://doi.org/10.1097/00001756-200011270-00046>
7. Fisher, H. (2005). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 85-98. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1007-2>.

Foto: Envato Elements



**Enza Maierà**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Pensiero lento e veloce. La comunicazione e il rischio depressione

/ Antonio La Daga /

**La nostra mente è un campo di battaglia tra due forze: il pensiero veloce intuitivo ed emotivo che si “accende” nelle aree limbiche del cervello. E il pensiero lento che è razionale, analitico e risiede nella corteccia prefrontale.**

Per comunicare bene, dobbiamo utilizzare efficacemente sia il pensiero lento che quello veloce. A livello di salute mentale, la depressione sembra bloccare o depotenziare il pensiero lento (la nostra parte razionale). Quando il “correttore di bozze” razionale si inceppa, non riesce a fermare i pensieri negativi automatici del pensiero veloce. Il risultato? La tristezza si trasforma in pensiero ripetitivo e sterile. La chiave per uscire da questo circolo vizioso è riattivare il pensiero lento, usandolo in modo costruttivo e orientato all’azione. Immaginiamo che la nostra mente sia come un’azienda con due amministratori delegati (AD) in perenne conflitto per

il controllo. Il Sistema 1 (pensiero veloce): L’AD è intuitivo. È un fulmine, lavora d’istinto (bottom-up) e gestisce la stragrande maggioranza (80-95%) delle nostre giornate, perché non vuole sprecare energia. Il problema è che, per la sua fretta, usa troppe scorciatoie mentali, il che lo rende incline a errori sistematici. Il Sistema 2 (pensiero lento): L’AD è razionale. È logico, faticoso e analitico (top-down). È pigro per natura e viene scomodato solo per i calcoli complessi o per correggere gli errori più grossolani del Sistema 1. La vera bravura non sta nell’eliminare l’intuito, ma nel conoscerlo così bene da sapere esattamente quando dobbiamo svegliare intenzional-

mente il nostro AD razionale. Specialmente quando la posta in gioco è alta (Tverskai, 1981). La differenza tra il pensiero veloce e il pensiero lento non è un semplice concetto, ma ha una sede fisica, con strutture cerebrali dedicate. Pensiero veloce (Sistema 1): è legato a strutture più antiche e veloci, come le aree limbiche (il centro delle emozioni, inclusa l’amigdala). È il nostro cervello reattivo che ci fa saltare o scappare prima ancora di pensare. Pensiero lento (Sistema 2): Richiede l’attivazione della Corteccia Prefrontale (CPF), la parte più evoluta del cervello. La CPF è il nostro centro di controllo esecutivo. Qui avvengono il ragionamento logico, la pianificazione a lungo termine e, soprattutto, l’inibizione (ovvero, il blocco degli impulsi del Sistema 1). In sintesi: Le decisioni rapide “aggirano” la Corteccia Prefrontale. La riflessione le attiva, consumando molta più energia (glucosio) e tempo (Miller e al., 2001). Per avere una comunicazione efficace, devi convincere entrambi gli amministratori delegati del tuo interlocutore.

La fluidità del pensiero (quanto è facile elaborare il messaggio) è fondamentale. Per il Sistema 1, un messaggio facile da leggere e semplice appare più vero e meno rischioso. Per il Sistema 2, però, quando si tratta di decisioni importanti, un linguaggio più formale o dati analitici costringono la mente a uscire dall’“autopilota” e ad attivare il pensiero critico. Il Framing (il modo in cui “incorniciamo” il messaggio) è una leva potente che sfrutta le debolezze del Sistema 1. Per esempio, il nostro AD intuitivo è dominato

dall’avversione alla perdita. Presentare un’azione come un modo per evitare una perdita (es. “Se non fai X, rischi di perdere il 10%”) è quasi sempre più efficace che presentarla come un potenziale guadagno. La paura attiva una risposta emotiva immediata (Kahneman, 2011). Il legame tra i sistemi di pensiero e i disturbi dell’umore è cruciale. La depressione si manifesta spesso come un malfunzionamento del pensiero lento. Nella depressione, la Corteccia Prefrontale (sede del Sistema 2) fatica. Il pensiero lucido e la concentrazione diventano faticosi. Il Sistema 2, anziché essere il “correttore di bozze” costruttivo, si blocca in un ciclo disfunzionale. La ruminazione (il pensiero ripetitivo ed ossessivo su fallimenti o pensieri negativi) è un uso eccessivo e improduttivo del Sistema 2. L’AD razionale, alimentato da emozioni negative, si fissa e consuma un sacco di energia (attivazione della CPF) senza portare a una soluzione. Il Sistema 1 genera l’ipotesi negativa (“Non valgo nulla”), e il Sistema 2 non la corregge; al contrario, lavora tenacemente per trovare prove che la sostengano. Questo rinforza il pensiero ripetitivo depressivo. A livello chimico, una ridotta attività metabolica e una minore flessibilità di pensiero nella CPF limitano la capacità del Sistema 2 di adattarsi e trovare soluzioni creative. La carenza di neurotrasmettitori come la serotonina rende più difficile sostenere lo sforzo di ragionamento, lasciando campo libero alle idee negative del Sistema 1. In sintesi, la depressione è, in parte, una condizione in cui il pensiero veloce, dominato da schemi emotivi negativi, non viene regolato efficacemente dal pensiero lento (Beck e al., 1979). Le tecniche terapeutiche mirano a ripristinare la funzione regolatrice del Sistema 2, costringendolo a uscire dalla modalità “pensiero ripetitivo” e a entrare in modalità “soluzione”. Questa strategia di Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) stabilisce un confine, costringendo il pensiero lento a lavorare solo su appuntamento.



Dedica massimo 30 minuti al giorno, sempre nello stesso orario e luogo, in cui ti concedi di preoccuparti. Quando un pensiero negativo spunta durante il giorno, non ingaggiarlo. Prendine nota e di a te stesso: “Me ne occuperò nell’orario dedicato alle 17:00”. Questo rimanda l’attività mentale (Sistema 2) a un momento e luogo controllati, disinnescando l’urgenza (Nolen-Hoeksema e al., 2008). La ruminazione (il pensiero ossessivo ripetitivo) è sterile; il pensiero lento è la risoluzione dei problemi. L’energia mentale va incanalata in modo costruttivo. Chiedere “Perché mi è successo?” è orientato al passato, astratto, e genera colpa o vittimismo. Non ha soluzioni pratiche. La soluzione del “Cosa/Come”: bisogna chiedersi “Cosa posso fare ora?” o “Come posso evitare che succeda di nuovo?”. Essa è orientata al futuro, è concreta e attiva il vero Sistema 2 di problem solving (soluzione del problema). Per l’analisi Causa-Azione, scrivi la preoccupazione, distingui gli aspetti controllabili da quelli non controllabili, e crea un piano d’azione concreto solo sugli aspetti su cui puoi intervenire. La ruminazione vive di attenzione automatica. Riattivare il Sistema 2 significa spezzare l’autopilota. La tecnica “STOP!”: Appena noti che stai rimuginando, pronuncia mentalmente “STOP!”. La Corteccia Prefrontale (Sistema 2) è il nostro vigile del fuoco, cruciale per regolare le risposte emotive. Quando si disattiva o si blocca

nella ruminazione, entriamo in uno schema mentale non salutare. La qualità della nostra vita, delle nostre decisioni e la nostra salute mentale sono tutte determinate dall’equilibrio tra il pensiero veloce (intuitivo) e il pensiero lento (razionale). Capire queste dinamiche non è solo un fatto teorico: ci offre strumenti pratici. Imparare a riattivare intenzionalmente il pensiero lento è essenziale per disinnescare i cicli negativi di pensiero e promuovere un approccio più adattivo e orientato alla soluzione nella vita quotidiana.

## Bibliografia

- 1) Beck, A. T. e al. (1979). “Cognitive Therapy of Depression” *PubL Med, Aust N Z J Psychiatry* 2002 Apr;36(2):272-5 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11982560/>
- 2) Kahneman, D. (2011). *Pensieri lenti e veloci* (Titolo originale: *Thinking, Fast and Slow*). Mondadori. <https://www.mondadori.it/libri/pensieri-lenti-e-veloci-daniel-kahneman/>
- 3) Miller, E. K. e al. (2001). An Integrative Theory of Prefrontal Cortex Function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167-202. <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>
- 4) Nolen-Hoeksema, S. e al. (2008). “Rethinking Ruminative” *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158958/>
- 5) Tverskai A. (1981) “The Framing of Decisions and the Psychology of Choice” *Science- Vol 211, Issue 4481pp. 453-458.*

Foto: Envato Elements



**Antonio La Daga**

Medico Neurologo  
Redattore

Sistema	Obiettivo	Strategia di comunicazione
<b>Sistema 1 (Veloce)</b>	Catturare l’attenzione	Usa storie, metafore, immagini potenti ed emozioni. Evita numeri e dati complessi. È il motivo per cui la pubblicità di successo è emotiva e visiva.
<b>Sistema 2 (Lento)</b>	Costruire la fiducia	Fornisci dati, logica strutturata e fonti verificabili. Se il messaggio è troppo “bello per essere vero”, il Sistema 2 si attiva e cerca la prova logica.

# La bonaria ironia e l'aggressivo sarcasmo. Come il cervello li distingue

/ Antonio La Daga /

**Ironia e sarcasmo sono le espressioni più affascinanti della nostra intelligenza sociale e linguistica. Entrambi usano lo stesso trucco: dire l'opposto di ciò che si pensa. Ma se il meccanismo è identico, l'effetto sul bersaglio è un universo a parte.**

L'ironia e il sarcasmo non sono semplici figure retoriche da libro di grammatica. Sono i veri e propri riflessi delle nostre complesse dinamiche emotive e di pensiero che coinvolgono il cervello fin nei suoi angoli più remoti. L'intenzione è nascosta: "cosa vuoi veramente dire?" La differenza cruciale tra i due sta nella nostra intenzione comunicativa. È il motivo per cui apriamo bocca. L'ironia è l'arte di ribaltare un concetto con un intento fondamentalmente positivo o neutro. È un meccanismo di alleggerimento sociale. Il cuore: l'ironia non vuole umiliare. Il suo scopo è spesso sdrammatizzare, fare una critica in modo così morbido da risultare costruttiva, o semplicemente far ridere, mettendo in luce l'assurdità di una situazione. La funzione: se ti senti in imbarazzo, l'ironia (soprattutto l'autoironia) viene in soccorso. Distorce la realtà per un istante per permetterci di sorriderci sopra e sgonfiare la tensione. Esempio: hai dimenticato le chiavi di casa e tua moglie ti guarda, scrollando la testa: "Complimenti, tesoro, ci voleva proprio la tua me-

moria di elefante!". Lo dice con un sorriso e magari un bacio. L'intenzione è amorevole e di scherzo, non di rimprovero severo. Il sarcasmo è un parente stretto dell'ironia, spesso chiamato "ironia amara" o "aggressiva", perché lo scopo è decisamente più oscuro. Il cuore: il sarcasmo ha l'intento esplicito di deridere, criticare aspramente, umiliare o ferire l'interlocutore. L'intenzione è aggressiva, beffarda, e spesso mira a sottolineare con disprezzo l'errore o l'incapacità dell'altro. La funzione: non cerca la risata condivisa, ma il potere. È una critica mascherata da intelligenza verbale. Esempio: il tuo vicino di casa parcheggia per la decima volta in modo orribile: "Vedo che sei un abile chirurgo, hai lasciato il minimo spazio vitale per la nostra auto." Detto con un tono di voce tagliente e uno sguardo di superiorità (Gurrado, 2022). Chi parla determina l'intenzione di comunicare qualcosa, ma è chi ascolta che ne comprende l'effetto. Se ci sarà un fraintendimento l'ascoltatore deve risolvere un piccolo enigma di ragionamento. Il riconoscimento



emotivo della voce di chi parla è determinante. La persona che ascolta non può fermarsi al significato letterale delle parole. Deve elaborare il contrasto tra le parole e la situazione reale. Qui entrano in gioco gli indizi extra-verbali. Essi sono: 1-Tono di voce (Prosodia). È l'elemento più

cruciale. Un tono esageratamente enfatico, lento, tagliente o discendente tradisce immediatamente il sarcasmo. Un tono veloce, leggero e accompagnato da una risatina indica l'ironia. 2- Mimica facciale e linguaggio del corpo. Un'espressione di disprezzo, un'alzata d'occhi al

cielo o una smorfia fanno virare la frase verso il sarcasmo. Un sorriso, un ammiccamento, o l'autoironia la confermano come ironia. Inoltre, il pericolo del digitale può aumentare la confusione. La vulnerabilità al fraintendimento è altissima nelle comunicazioni scritte (chat, e-mail).

Senza tono di voce o mimica facciale, un'affermazione ambigua può essere percepita come sarcasmo (un'offesa) anche se era intesa come semplice ironia (uno scherzo). L'assenza di contesto rende il linguaggio letteralmente più aggressivo (Fiore, 2019). Comprendere una frase che



dice l'opposto di ciò che si intende è un compito cognitivo estremamente sofisticato, che va ben oltre la semplice comprensione linguistica. Richiede la Theory of Mind (ToM) cioè la capacità di metterci nei panni dell'altro e comprendere le sue reali intenzioni. Quando sentiamo una frase ironica o sarcastica, il nostro cervello attiva specifiche aree cerebrali: 1- Zona di controllo (Lobo Prefrontale). In particolare, la Corteccia Prefrontale Mediale. Questa

zona è la sede del ragionamento sociale. È quella che dice: "Aspetta, le parole che ha usato non hanno senso in questo contesto. Devo accedere ai dati sulle sue intenzioni passate e sul tono di voce." È il centro critico per decifrare l'intenzione sarcastica. 2- Il Traduttore Emotivo (emisfero destro). Mentre l'emisfero sinistro comprende il significato letterale delle parole (le aree di Wernicke e Broca), l'emisfero destro si occupa degli aspetti non letterali e del

contesto. Come il tono di voce e il linguaggio emotivo. Senza un emisfero destro funzionante, perdiamo l'abilità di cogliere l'intenzione nascosta di chi parla, comprendendo la frase solo letteralmente. La vera differenza sta nella risposta neurochimica che la frase provoca. La dose di piacere: l'ironia positiva ci dona piacere quando "cogliamo la battuta" ironica e risolviamo l'incongruenza tra il "detto e il non detto". Il nostro cervello ci ricompensa. Il

ciruito della ricompensa (lo Striato Ventrale) si attiva, rilasciando la dopamina. Essa è associata al senso di gratificazione e divertimento. Questo rinforza il comportamento (ci spinge ad apprezzare e usare di nuovo l'umorismo). Si liberano le endorfine. Questi oppioidi naturali vengono rilasciati con la risata, contribuendo alla sensazione di benessere e allentando lo stress. Allarme sociale e sarcasmo negativo con il suo intento aggressivo, il sarcasmo può innescare la neurochimica correlata alla minaccia: 1-Meno ossitocina: A differenza dell'umorismo che cementa i legami sociali, l'uso del sarcasmo può inibire l'ossitocina (l'ormone dell'attaccamento e della fiducia), deteriorando la relazione. 2-Aumento del cortisolo/noradrenalina: Se l'ascoltatore si sente ferito, l'esperienza non è di piacere, ma di stress e vigilanza (Shamay-Tsoory & Rambam, 2005). La difficoltà a comprendere il non detto non è una "mancanza" ma una disfunzione che può avere basi neurologiche chiare: 1-Danno Prefrontale: Chi subisce ictus o traumi in quest'area ha spesso difficoltà a decifrare il sarcasmo,

perché il meccanismo di inferenza sociale è compromesso. 2-Disturbi dello Spettro Autistico (DSA): La difficoltà nella Theory of Mind (ToM) si traduce spesso nell'interpretazione strettamente letterale delle affermazioni. 3-Demenza: Alcune forme di demenza (come quella frontotemporale) possono compromettere la comprensione dell'umorismo e del sarcasmo a causa del deterioramento delle aree frontali critiche (Happè, 1993), (Tal Shany Ur; Rankin, 2011) (Stuss & Knight, 2002). La chimica del sorriso ha o seguenti neurotrasmettitori coinvolti: 1-Dopamina — ricompensa e divertimento. Quando si risolve l'incongruenza di una battuta si attivano i circuiti della ricompensa; la dopamina produce sensazioni di piacere e rinforza l'apprezzamento per l'umorismo. 2-Oppioidi endogeni (endorfine) -benessere La risata può favorire il rilascio di endorfine, contribuendo a sensazioni di euforia e riduzione dello stress- 3-Effetti del sarcasmo aggressivo: Se il sarcasmo è percepito come offensivo, possono attivarsi risposte emotive negative. Diminu-

zione dell'ossitocina (che favorisce fiducia e legami), aumento di neurotrasmettitori legati allo stress (ad es. noradrenalina) e ormoni come il cortisolo, con possibili effetti dannosi sulle relazioni sociali (Kauffmann K. & Kauffmann S, 2021) (Wilwe, 2024). Quando la battuta è compresa, il nostro cervello risponde con una scarica chimica che ne riflette l'intenzione. L'ironia, in sostanza, attiva il circuito della ricompensa che ci fa sentire bene. Il sarcasmo, invece, introduce una componente aggressiva che può scavalcare questa risposta positiva. (Panksepp, 2000). Ironia e sarcasmo sono le due facce di una medaglia linguistica che è il contrasto. Si distinguono non per la struttura, ma per l'intenzione e l'effetto emotivo che generano. La nostra capacità di gestirle è la cartina tornasole della nostra intelligenza sociale, poggiando su un solido substrato neurobiologico che integra linguaggio, emozione e ragionamento. Riconoscere questa sottile linea è fondamentale per navigare nei rapporti sociali con maggiore consapevolezza ed empatia.

Figura Retorica	Intenzione	Neurotrasmettitori Dominanti	Effetto Emotivo
<b>Ironia Bonaria</b>	Complicità, Uморismo	Dopamina (Ricompensa), Endorfine (Benessere)	Piacere, divertimento, rafforzamento del legame sociale.
<b>Sarcasmo Aggressivo</b>	Critica, Umiliazione	Potenziale aumento di <b>Noradrenalina/Cortisolo</b> (Stress)	Disagio, ferita, vigilanza emotiva, potenziale deterioramento del rapporto.

**Bibliografia**

1. Fiore F. (2019). Ironia: alla scoperta della comunicazione ironica – Introduzione alla Psicologia. State of Mind.
2. Happè G. (1993). Communicative competence and theory of mind in autism: a test of relevance theory.
3. Kauffmann K., Kauffmann S. (2021). Attiva gli ormoni della felicità. Ed. Il Punto d'Incontro.
4. Gurrado G. (2022). Dall'ironia al sarcasmo: quello che le parole non dicono. Studi di Glottologia, 7(3).
5. Panksepp J. (2000). The riddle of laughter: Neural and psychoevolutionary underpinnings of joy. Current Directions in Psychological Science.
6. Shamay-Tsoory G. (2005). The neuroanatomical basis of understanding sarcasm and its relationship to social cognition. Neuropsychology.
7. Stuss D.T., Knight R.T. (2002). Principles of frontal lobe function. Oxford University Press.
8. Shany-Ur T., Rankin K.P. (2011). Personality and social cognition in neurodegenerative disease.
9. Wilwen N. (2024). Dopamine and serotonin work in opposition to shape learning. Stanford University

Foto: Envato Elements



**Antonio La Daga**  
Medico Neurologo  
Redattore

# Prurito e depressione

/ Francesco Franza /

**Sembrerà strano ma esiste una correlazione tra prurito e depressione. Non c'è solo ansia e disagio che viene scatenato dal prurito, ma anche l'inverso. Il prurito può scatenare la depressione con meccanismi che leggeremo in questo articolo.**

Il prurito è un importante meccanismo di difesa degli esseri viventi. Diversi stimoli sia chimici (sostanze irritanti) che meccanici (pressione) possono provocare la sensazione di prurito. Sono coinvolti diversi circuiti neuronali localizzati nel midollo spinale che controllano e regolano i segnali periferici che poi saranno trasmessi al cervello e che scateneranno il prurito. Un recente studio pubblicato sulla rivista scientifica *Nature Reviews Neuroscience* ha cercato di descrivere le più importanti conoscenze sul meccanismo del prurito (Sun, 2025). Esistono delle aree neuronali localizzate nel cervello che sono fondamentali nella nascita e nella regolazione del prurito. Tali aree sono piccoli nuclei localizzati nella parte centrale e inferiore del nostro cervello, etichettati con i nomi di talamo e nucleo parabrachiale. Questi due nuclei del cervello ricevono le informazioni da stimoli periferici, così come il prurito, li riconoscono e inviano le informazioni ad altre regioni cerebrali, come la corteccia cerebrale. Alcune di queste regioni cerebrali, come la corteccia prefrontale, sono responsabili della regolazione emotiva, affettiva e dell'umore. Sulla base delle informazioni ricevute e del loro riconoscimento queste regioni decidono cosa fare. Di fronte al prurito stimolano i muscoli con il compor-

tamento del grattarsi. il meccanismo automatico del grattarsi allo stimolo del prurito avviene, tuttavia, a livello del midollo spinale. Ma da questo centro localizzato nel midollo spinale e composto dall'insieme di tanti neuroni, partono prolungamenti di queste cellule, chiamati assoni, che raggiungono il cervello. Il cervello tiene sempre tutto sotto controllo e prende le decisioni. Deve decidere anche se il prurito sia talmente importante e fastidioso da dover agire in maniera diversa e più decisa. Il lavoro del cervello non è solo di super-controllore, o di Grande Fratello, ma è anche quello di fornire decisioni rapide e adeguate. Purtroppo, non sempre ci riesce. Il prurito è un meccanismo di difesa da agenti irritanti potenzialmente nocivi. In molte malattie il prurito può assumere una caratteristica patologica clinica quando diventa cronico. Questa condizione può essere presente anche in alcune patologie organiche, così come nelle malattie cutanee, nelle malattie epatiche e nell'insufficienza renale. La conseguenza del prurito sempre costante, cronico, che creando fastidio di notte e di giorno può scatenare stati emotivi negativi e uno stato ansioso. Non ci addenteremo nella descrizione dei complessi meccanismi del prurito ma riteniamo utile riferire che entrano in gioco diversi protagonisti. Alcuni

di tali attori sono coinvolti anche nei meccanismi immunitari, così come le citochine, altri nella regolazione del flusso di sostanze verso e fuori le cellule nervose. È interessante segnalare anche la partecipazione allo stimolo del prurito di un recettore specifico della serotonina. Tutto ciò può avvenire in periferia, ciò dove le sostanze irritanti o meccaniche pressorie stimolano le cellule sensoriali. Lo stimolo negativo, così scatenato, viaggia verso l'alto e raggiunge attraverso il midollo spinale, i nuclei del cervello. Qui si scatena la sensazione di prurito. Una volta che gli stimoli del prurito raggiungono il talamo e il nucleo parabrachiale, vengono inviati a diverse aree della corteccia cerebrale. La più importante tra le aree corticali cerebrali coinvolte è la corteccia prefrontale. Questa area è ritenuta essere il centro principale di molte funzioni cognitive superiori, tra cui il pensiero critico, la pianificazione, la presa di decisioni, il controllo delle emozioni. Ciò costituisce l'aspetto determinante dell'umore negativo dovuto al prurito. Una volta che il cervello ha elaborato i segnali del prurito, invia a sua volta informazioni ad altri nuclei, in particolare all'amigdala e al talamo. Dal cervello partono altri impulsi che determinano il grattamento, che allevia il prurito e scatena la sensazione di piacere (Sun, 2025). L'amigdala e altre aree cerebrali sono coinvolte nello sviluppo delle emozioni negative e degli stati affettivi e dell'umore. Uno dei primi studi condotti su questo argomento risale a più di settant'anni fa. Edward descrisse alcuni casi clinici in cui il prurito determinava uno stato depressivo (Edwards, 1954). Sono trascorsi tanti anni e solo di recente si inizia a comprendere le cause di questa associazione: prurito – stato depressivo. Anche l'amigdala svolge un ruolo importante. Questo piccolo nucleo cerebrale è coinvolto nel generare l'umore negativo del prurito, che determina la risposta difensiva del grattamento (Pavlenko & Akiyama, 2019). Secondo questi studi, l'attivazione continua di



queste aree, dovuta al prurito cronico, può scatenare stati depressivi alterando la loro struttura (Guo et al., 2024; Wang et al., 2018). Sono studi molto interessanti, ma devono essere ulteriormente approfonditi. Il meccanismo alla base del perché si ha prurito è ancora misterioso. Solo da poco si inizia a comprendere i meccanismi che spingono al grattamento e le sensazioni di piacere che esso produce. Entrano in gioco tanti meccanismi e protagonisti, tra cui il sistema immunitario e quello della regolazione delle emozioni. Il prurito può essere un'esperienza estremamente fastidiosa e stressante. Oltre alla sensazione di disagio

fisico, il prurito può influire sulla qualità della vita, rendendo difficile concentrarsi su altre attività quoti-

diane. Un costante prurito può generare ansia e in alcuni casi anche uno stato depressivo.

## Bibliografia

1. Edwards KC. Pruritus in melancholia. *Br Med J.* 1954 Dec 25;2(4903):1527-9.
2. Guo SS, Gong Y, Zhang TT, Su XY, Wu YJ et al. A thalamic nucleus reuniens-lateral septum-lateral hypothalamus circuit for comorbid anxiety-like behaviors in chronic itch. *Sci Adv.* 2024 Aug 16;10(33):eadn6272.
3. Pavlenko D, Akiyama T. Why does stress aggravate itch? A possible role of the amygdala. *Exp Dermatol.* 2019 Dec;28(12):1439-1441.
4. Sun YG. Central neural circuits underlying itch sensation. *Nat Rev Neurosci.* 2025 Dec;26(12):765-777.
5. Wang XD, Yang G, Bai Y, Feng YP, Li H. The behavioral study on the interactive aggravation between pruritus and depression. *Brain Behav.* 2018

Jun;8(6):e00964.

Foto: Envato Elements



**Francesco Franza**  
Medico Psichiatra  
Direttore Responsabile

# Depressione e amore. Il dubbio di essere amato

/ Antonella Vacca /

**Il rapporto tra depressione e amore riguarda anche il modo in cui una persona percepisce sé stessa nelle relazioni affettive. Nelle persone che soffrono di depressione può emergere la convinzione di non meritare l'affetto dell'altro o di poter essere facilmente rifiutate. Comprendere il significato di questi vissuti nella storia personale può rappresentare un passaggio importante nel percorso psicoterapeutico e nel recupero del benessere emotivo, andando oltre il semplice controllo dei sintomi.**

Depressione e amore non riguardano soltanto l'umore. «Non capisco perché stia con me». Questa frase compare spesso durante la psicoterapia quando si lavora con persone che attraversano una fase depressiva. Non è sempre pronunciata con disperazione: a volte è quasi un pensiero sussurrato. Rivela però un dubbio profondo, quello di non meritare davvero l'amore dell'altro. Quando si parla di depressione si pensa soprattutto alla tristezza, alla perdita di energia o alla difficoltà di provare piacere. Nell'esperienza clinica emerge però un aspetto meno visibile ma altrettanto significativo: il modo in cui la persona percepisce il proprio valore affettivo. In questo senso depressione e amore si intrecciano profondamente. Per alcune persone l'amore non è mai completamente stabile. Anche quando la relazione procede bene, rimane la sensazione che l'altro possa accor-

gersi di un difetto nascosto. Un ritardo nel rispondere a un messaggio o una parola ambigua possono essere interpretati come segnali di rifiuto. Una giovane donna raccontava in terapia di agitarsi quando il compagno tardava a rispondere. «So che è al lavoro», diceva, «ma penso sempre che forse si stia accorgendo che non sono la persona giusta». Un altro paziente reagiva in modo diverso: quando percepiva una distanza nella partner tendeva a chiudersi emotivamente. «Se mi affeziono troppo poi soffro di più. Meglio non aspettarsi troppo». In entrambi i casi il legame affettivo diventa uno spazio in cui si riattivano antichi dubbi sul proprio valore. Queste modalità di vivere le relazioni raramente nascono nel presente. Si costruiscono lentamente nella storia personale. Le prime esperienze familiari contribuiscono a formare una particolare sensibilità affettiva attraverso cui la persona

impara a percepire sé stessa nelle relazioni. Le ricerche sull'attaccamento mostrano che il modo in cui un bambino si sente riconosciuto e sostenuto, influenzano profondamente la percezione del proprio valore (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2016). Quando queste esperienze sono segnate da incoerenza emotiva, distanza o imprevedibilità, può svilupparsi una percezione di sé più fragile. Non sempre si tratta di storie traumatiche. Talvolta l'affetto era presente ma fortemente legato alle prestazioni o alle aspettative. In questi contesti alcune persone imparano presto a controllare le emozioni e a cercare conferme del proprio valore. Nelle relazioni amorose questo schema può riattivarsi con grande intensità. L'altro diventa il luogo in cui si cerca risposta a una domanda profonda: «Sono davvero degno di essere scelto?». Dal punto di vista fenomenologico, la depressione modifica il modo in cui la persona vive il tempo e le relazioni. Eugène Minkowski aveva già descritto la depressione come «una trasformazione del rapporto con il tempo e con il significato dell'esistenza» (Minkowski, 1933). In questa condizione anche il legame affettivo può essere vissuto con una costante sensazione di precarietà. Le relazioni diventano così uno spazio in cui il senso di sé viene continuamente verificato.

Nella pratica psicoterapeutica emerge spesso che questi vissuti fanno parte di una più ampia organizzazione dell'identità. L'identità non è qualcosa di statico, ma un processo attraverso cui la persona costruisce continuità di significato tra le esperienze. Il senso di sé prende forma «attraverso la narrazione delle esperienze emotive e relazionali» (Arciero & Bondolfi, 2009). Quando questa narrazione è segnata da sentimenti di inadeguatezza o perdita, le relazioni affettive diventano il luogo in cui tali significati riemergono con maggiore forza. Il lavoro psicoterapeutico diventa uno spazio in cui questi significati possono essere riconosciuti e compresi. Non si tratta soltanto di ridurre i sintomi

depressivi, ma di aiutare la persona a rileggere la propria storia emotiva. Il cambiamento emerge spesso attraverso piccole frasi. Una paziente osservava dopo alcuni mesi di terapia: «Per anni ho pensato che chi mi stava vicino lo facesse per abitudine. Ora mi accorgo che forse posso essere scelta davvero». Un altro paziente diceva: «Sto iniziando a capire che non devo dimostrare continuamente di valere per essere amato». Sono passaggi apparentemente semplici, ma indicano una trasformazione profonda nel modo di percepire sé stessi nelle relazioni. Il rapporto tra depressione e amore rivela quanto l'esperienza depressiva non riguardi soltanto i sintomi dell'umore, ma anche il modo in cui una persona percepisce il proprio valore nelle relazioni. Il dubbio di

non meritare l'amore dell'altro rappresenta spesso l'espressione di significati costruiti nel tempo, all'interno della propria storia affettiva. La psicoterapia offre uno spazio in cui questi significati possono essere compresi e progressivamente trasformati. Quando la persona inizia a riconoscere il proprio valore, anche il modo di vivere l'amore cambia. La relazione smette di essere una

prova continua e può diventare un luogo di incontro più autentico. In questo senso il lavoro terapeutico non si limita alla riduzione dei sintomi depressivi, ma favorisce una riorganizzazione più ampia del senso di sé. È proprio in questo processo che può emergere una nuova possibilità: quella di sentirsi degni di essere scelti e amati.

## Bibliografia

1. Arciero G., Bondolfi G. Selfhood, Identity and Personality Styles. 2009.
  2. Bowlby J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. 1988.
  3. Mikulincer M., Shaver P. Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. 2016.
  4. Minkowski E. Le Temps vécu. 1933.
- Immagine: di Antonella Vacca "Depressione e amore", generata con A.I., 2026



**Antonella Vacca**

Psicologa Clinica Psicoterapeuta  
Redattrice

# Amore, morte e depressione. L'architrave dell'esistenza umana

/ Gianluca Lisa /

**Il dialogo tra amore e gioia ha ispirato l'arte di ogni epoca, ma è il legame tra amore e depressione ad aver segnato più profondamente l'esperienza umana. Immaginando queste ultime due dimensioni come colonne portanti, su di esse poggia inevitabilmente l'architrave della morte.**

L'amore e la depressione sono due colonne portanti della nostra esistenza. Su di esse si poggia inevitabilmente l'architrave della morte. Esplorare questa dinamica significa scendere alle radici del sentire. Questi tre elementi non sono "a compartimenti stagni", ma interagiscono in un flusso continuo — simile al moto degli astri — modellando le reazioni della nostra psiche. Eros e Thanatos: Il conflitto primordiale cantato anche nei Classici tra vita e morte. Amore, morte e depressione si intrecciano in un divenire che definisce il senso dell'essere. Letteratura, filosofia, psichiatria e psicologia hanno indagato, studiato e trattato questi concetti come forze polari della vita umana.

• L'amore (Eros): La forza vitale, l'istinto che unisce e genera. È lo strumento che ci permette di esorcizzare la nostra caducità, regalando un'illusione di immortalità. Come scriveva Euripide nel fram-

mento di Andromeda: "σύ δ' ὁ θεῶν τύραννε κ' ἀνθρώπων, Ἔρως!" (Tu amore, tiranno degli dèi e degli uomini).

• La morte (Thanatos): La forza che separa e riconduce al nulla. In psicologia, la fine di un amore è considerata una "morte minore". Un evento che pone il soggetto di fronte alla scomparsa dell'altro con un carico drammatico assimilabile a un lutto reale.

• La depressione: agisce e colpisce come un predatore silenzioso. Si insinua negli spazi vuoti lasciati dalla ciclicità tra vita e morte, nutrendosi dell'incapacità di chi attraversa l'interspazio di gestire il passaggio tra queste due pulsioni. Non sempre il soggetto che ne è vittima ha la consapevolezza di avere necessità dell'aiuto di uno specialista. Per questo la divulgazione dei temi legati alla depressione sono importanti a scopo preventivo tanto quanto le terapie praticate. La connes-



ne tecnica tra questi temi trova il suo fondamento nell'opera di Sigmund Freud: "Lutto e melanconia" (1917). Il lutto è la reazione naturale alla perdita di una persona amata o di un ideale. È un processo doloroso ma necessario che, se correttamente elaborato, porta alla consapevolezza che l'esperienza vissuta è stata un dono. In questa fase, la tristezza è fisiologica e superabile con l'aiuto di specialisti. La depressione (o melanconia) insorge invece quando il soggetto non riesce a elaborare la perdita. Invece di integrare l'oggetto amato come un ricordo, l'individuo rivolge la rabbia e il dolore verso sé stesso. Avviene così la "morte della psiche": un processo inconscio di auto-annullamento in cui l'Io viene svuotato tanto quanto il mondo esterno (Freud, 1917). È fondamentale aiutare il paziente a distinguere

tra innamoramento, amore e dipendenza affettiva patologica. Nella depressione reattiva alla fine di una relazione, si crea un senso di morte interiore, particolarmente marcato in chi ha già una vulnerabilità pregressa. Paradossalmente, per il soggetto depresso, l'innamoramento viene spesso interpretato come un "farmaco": l'unica terapia possibile per colmare il vuoto. Tuttavia, questa è una via pericolosa. 1. Chi vive un lutto sano accetta, sotto la guida dello specialista, il vuoto per poi ricostruirsi. 2. Il depresso cerca nell'oggetto d'amore un taumaturgo, finendo per soccombere non appena la fase euforica svanisce (Kristeva, 1987). Compito del terapeuta è trasformare il vuoto depressivo in uno spazio rigenerativo.

Se la depressione schiaccia l'individuo sotto il peso di un lutto non

elaborato, la sfida per il terapeuta è trasformare quel vuoto distruttivo in una proiezione propositiva di benessere.

Attraverso un percorso di consapevolezza guidato da uno specialista, il paziente può imparare a comprendere quel dolore per certi versi così simile alla morte.

La terapia non serve a cancellare la sofferenza, ma a trasformare la depressione in un lutto sano, quindi

di possibile elaborazione e risoluzione. Riconoscere che l'altro non è un "farmaco" ma un compagno di viaggio permette di uscire dalla dinamica della dipendenza affettiva. Solo accettando la coesistenza di Eros e Thanatos possiamo smettere di essere prede e iniziare a vedere il vuoto non come un abisso, ma come una tela bianca su cui disegnare il proprio desiderio di vivere e di infuturarsi.

## Bibliografia

1. Barthes R. Frammenti di un discorso amoroso (1977)
2. Freud S. Lutto e melanconia (1917)
3. Freud S. Al di là del principio di piacere (1920)
4. Kristeva J. Sole nero. Depressione e melanconia (1987)
5. Hillman J. Il suicidio e l'anima (1964)

Disegno di Gianluca Lisa, 2026 "Amore, morte e depressione"



**Gianluca Lisa**

Primario Psichiatra  
Redattore

# Amore, depressione ed emozioni

/ Maria Rosaria Juli /

**Quando le emozioni vacillano, anche il modo di vivere l'amore può cambiare. Riconoscere i segnali della depressione è il primo passo per prendersi cura di sé e della relazione. La musica aiuta a raccontare la fragilità ed il bisogno di vicinanza.**

L'amore è spesso raccontato come qualcosa di luminoso, fatto di gioia, spensieratezza, entusiasmo e felicità. Nella realtà, però, i sentimenti sono più complessi. Ci sono momenti in cui amare qualcuno significa anche attraversare fragilità, rotture, silenzi e difficoltà interiori. Questo accade soprattutto quando nella vita sperimentiamo emozioni negative o periodi di depressione. L'amore è considerato tra le emozioni più profonde e significative della vita umana. Attraverso le relazioni affettive, le persone costruiscono legami di vicinanza, fiducia e appartenenza che contribuiscono in modo importante al benessere psicologico. I legami affettivi rappresentano un bisogno fondamentale dell'essere umano e svolgono una funzione di sicurezza emotiva e regolazione delle emozioni (Bowlby, 1969). Le relazioni amorose, infatti, riguardano anche la possibilità di sentirsi visti, compresi e sostenuti dall'altro. Studi psicologici mostrano che relazioni affettive positive sono associate a maggior benessere emotivo e ad una migliore capacità di affrontare gli eventi stressanti della vita (Reis et al., 2008). Parallelamente, proprio perché coinvolge aspetti profondi

dell'identità e dell'autostima, l'amore può esporre anche a una maggiore vulnerabilità emotiva. Quando, ad esempio, una persona attraversa momenti di fragilità interiore il modo di vivere l'amore può diventare più complesso. Se non riconosciuta e adeguatamente supportata, la sofferenza emotiva può trasformarsi in una condizione più profonda di malessere, come la depressione. La depressione è una condizione psicologica caratterizzata da tristezza persistente, perdita di interesse, stanchezza e una visione negativa di sé stessi e del futuro. Quando ci si sente così, può diventare difficile sperimentare emozioni positive, condividere momenti con gli altri o provare piacere nella relazione. In una relazione amorosa, questo può tradursi in maggiore distanza, difficoltà a comunicare o nel timore di essere un peso per il partner. Alcune persone, infatti, possono pensare di non meritare amore o di non essere abbastanza per l'altro. Questi pensieri, in realtà, non riflettono il vero valore della persona, ma possono essere un effetto della depressione. La musica racconta molto bene queste emozioni. Molti artisti parlano di amore, fragilità e solitudine, mo-

strandando quanto i sentimenti possano essere intensi e complessi. Nel brano "Fai rumore" (2020) di Diodato, l'autore parla della paura del silenzio e della solitudine. Nelle parole, si sente il bisogno di una presenza che rompa quel vuoto emotivo, un bisogno che molte persone sperimentano nei momenti più difficili. Anche il testo della canzone "Due vite" (2023) di Marco Mengoni, racconta il dialogo interiore tra ciò che mostriamo agli altri e ciò che sentiamo dentro. Spesso chi vive un momento di sofferenza emotiva continua a "funzionare" nella vita quotidiana, mentre dentro prova confusione o tristezza. In "Perdutamente" (2026) di Achille Lauro, l'amore appare intenso e totalizzante, capace di far sentire vulnerabili e completamente esposti all'altro. L'idea di perdersi in qualcuno racconta bene quanto le relazioni possano toccare parti molto sensibili delle nostre emozioni. Queste canzoni ci ricordano che le

emozioni non sono mai semplici e che anche l'amore può attraversare momenti di fragilità. È importante ricordare che la depressione non è una debolezza e non significa amare di meno. È una condizione che può essere affrontata e curata con il giusto supporto. Riconoscere i segnali della depressione non è mai facile. Possiamo però fare attenzione quando a cambiare sono le emozioni e/o i comportamenti. Ad esempio: la distanza emotiva improvvisa: la persona appare più chiusa, parla meno dei propri sentimenti o evita momenti di condivisione. Anche il senso di inadeguatezza nella relazione: pensieri come "non merito questa persona" o "sono un peso per chi amo". Inoltre, la perdita di interesse o energia: difficoltà a provare piacere nei momenti con gli altri o forte stanchezza emotiva. Riconoscere questi segnali non significa necessariamente che ci sia una depressione, ma può essere un invito ad ascoltare con più attenzione le proprie emozioni.

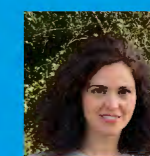
Parlare con uno psicologo o con un professionista della salute mentale può aiutare a capire meglio ciò che si sta vivendo. Parallelamente, nelle relazioni è fondamentale condividere i propri sentimenti, anche quando sono difficili da spiegare, può aiutare a sentirsi meno soli. L'amore non è una cura per la depressione, ma può diventare una risorsa importante. Sentirsi ascoltati, compresi e accolti può fare la differenza nei momenti più bui ad aiutare, passo dopo passo, a ritrovare l'equilibrio e la speranza. Con il giusto aiuto è possibile com-

prendere meglio ciò che si sta vivendo. Ricevere supporto permette di ritrovare nel tempo un rapporto più sereno con sé stessi e con gli altri. Questo processo, può favorire una maggiore consapevolezza dell'esperienza di amore e una migliore gestione delle emozioni. Diverse ricerche hanno infatti evidenziato come il supporto affettivo e sociale possa avere un ruolo protettivo per il benessere psicologico e contribuire a ridurre il rischio di depressione (Cohen & Wills, 1985).

## Bibliografia

1. Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
2. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
3. Reis, H. T., & Aron, A. (2008). Love: What is it, why does it matter, and how does it operate? *Perspectives on Psychological Science*, 3(1), 80-86.

Foto: Envato Elements



**Maria Rosaria Juli**

*Psicologa – Psicoterapeuta  
Redattore*

# L'eredità di Emil degli stati misti

/ Francesco Franza

**Sono trascorsi più di cento anni da quando Kraepelin descrisse gli stati misti. Nonostante i numerosi anni trascorsi, la sua descrizione degli stati misti sta rivivendo una seconda giovinezza. Vecchi e nuovi studi ne confermano l'importanza.**

Emil Kraepelin è stato un gigante della psichiatria. Nacque nel 1856 in una cittadina a nord della Germania. Quest'anno si celebra il centenario della sua morte, avvenuta a Monaco di Baviera il 7 ottobre 1926. Kraepelin è stato uno psichiatra che ha cambiato il modo di vedere e di conoscere i disturbi psichiatrici. Famoso per aver dato una svolta decisiva alla descrizione della schizofrenia, ha contribuito in modo determinante anche alla conoscenza dei disturbi dell'umore e degli stati misti. Per la prima volta descrisse, infatti, la condizione di depressione agitata con sintomi che presentavano proprio le caratteristiche degli stati misti (Kraepelin, 1921). Nonostante la tradizione classica sia figlia delle conclusioni di Kraepelin, gli stati misti non sono stati sempre rappresentati adeguatamente nei manuali diagnostici ufficiali in psichiatria. Numerosi autori hanno lavorato sulle descrizioni di Kraepelin degli stati misti. Gli studi condotti da Hagop Souren Akiskal assumono una rilevanza sempre più significativa. Lo psichiatra americano di origine armena, deceduto il 20 gennaio 2021 all'età di 77 anni, ha segnato la strada per la ricerca e la

clinica degli stati misti.

Nelle sue numerose opere sono state documentate prove a sostegno di diversi sottotipi di stati misti. Tra questi, Akiskal ha evidenziato due sottotipi che seguivano il pensiero dello psichiatra tedesco (Akiskal & Benazzi, 2004). Sosteneva la presenza di un sottotipo di stati misti, denominato "depressione eccitata". Questa forma è caratterizzata da agitazione psicomotoria, loquacità, umore irritabile e distraibilità. Akiskal, inoltre, descrisse un'altra forma di stati misti. Questo sottotipo è caratterizzato da depressione e fuga delle idee. In questo caso, caratteristici sono la presenza di pensieri frenetici, l'affollamento delle idee, i comportamenti impulsivi rischiosi e un'intensa eccitazione sessuale. Akiskal aveva dimostrato le due forme descritte in precedenza da Kraepelin. Nonostante le evidenze scientifiche sempre più numerose e le descrizioni di autorevoli pensatori psichiatrici, gli stati misti non hanno avuto una vita facile. Nei criteri diagnostici più recenti del DSM, la descrizione degli stati misti è relegata a una sorta di appendice ad altri disturbi. Esiste, tuttavia, un'elevata

prevalenza degli stati misti nella clinica e nella ricerca; i dati a suo favore sono sempre più evidenti (Tavormina & Franza, 2025; Tavormina, 2021). Uno studio che sarà pubblicato nel numero di marzo 2026 della rivista *Journal of Clinical Psychiatry* ha cercato di porre rimedio a questo paradosso (Zimmerman & Mackin, 2026). Gli autori hanno sottolineato che, nel DSM-5, gli stati misti sono descritti come sottotipi del disturbo depressivo maggiore e della depressione bipolare. Per diagnosticare gli stati misti devono essere presenti almeno tre di sette sintomi descritti nel manuale DSM-5, per la maggior parte dei giorni. Mancano, tuttavia, nell'elenco, sottolineano Zimmerman e Mackin, sintomi importanti che, come vedremo, possono orientare la diagnosi di stati misti. L'ipotesi da loro formulata è che una maggiore descrizione della patologia descritta possa ridare il ruolo diagnostico agli stati misti. Secondo il DSM-5, per la diagnosi di stati misti è necessario che siano presenti almeno 3 sintomi di una lista di 7. I sintomi comprendono un umore elevato o espansivo e un aumento dell'autostima o della grandiosità. Sono presenti in questo elenco anche la maggiore loquacità del solito, l'impulso a parlare e pensieri veloci, o l'esperienza soggettiva che i pensieri stanno correndo. L'aumento dell'energia o delle attività orientate verso obiettivi (sia sociali, al lavoro o a scuola, sia sessuali) è il quinto gruppo di sintomi per diagnosticare gli stati misti. Importante è anche il coinvolgimento eccessivo in attività ad alto potenziale di conseguenze dolorose (ad es., spese esagerate, indiscrezioni sessuali). L'ultimo gruppo di sintomi comprende la diminuzione del bisogno di sonno (ad es., sentirsi riposati dopo solo tre ore di sonno). Ebbene, nella pratica clinica gli stati misti si presentano frequentemente anche con altri sintomi non elencati in questa lista. Esistono sintomi predittivi della presenza di stati misti, alcuni dei quali sono già stati descritti dai primi studi di Kraepelin ed evidenziati dagli studi



di Akiskal. Come accennato in precedenza, questi sintomi, così come l'agitazione, l'irritabilità e la distraibilità, sono molto frequenti e rivestono un ruolo predittivo significativo nella diagnosi degli stati misti. Anche altri sintomi sono importanti per la diagnosi; tra questi, l'irrequietezza e l'inquietudine (Tavormina & Franza, 2025). Intercettare questi sintomi può aiutare a orientare la diagnosi, anche avvalendosi di nuovi strumenti informatici (Franza et al., 2025). Allo stesso modo hanno un ruolo estremamente importante nella diagnosi di stati misti, seguendo i dettami dei lavori di Kraepelin e Akiskal l'uso di scale dedicate di valutazione diagnostica (Tavormina, 2015). Gli stati misti hanno una lunga storia segnata da interessi e dimenticanze. Tuttavia, figure di rilievo

nel campo psichiatrico ne hanno sancito il ruolo fondamentale nella diagnosi. La presenza degli stati misti è costante nella pratica clinica. Si

rende necessario che nuove ricerche riportino gli stati misti in primo piano tra i disturbi psichiatrici.

## Bibliografia

1. Akiskal HS & Benazzi F. Validating Kraepelin's two types of depressive mixed states: "depression with flight of ideas" and "excited depression". *World J Biol Psychiatry*. 2004;5:107-13.
2. Franza F, Franza A, Calabrese L, Iannaccone AN, Ricca A, Solomita B, Tavormina G. AI and alternative symptoms in the diagnosis of mdd: The role of forgiveness, hopelessness, mixity and diminished drive. *Psychiatr Danub* 2025;37(Suppl 1):207-212.
3. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Livingstone, ES; 1921.
4. Tavormina G. From the Temperaments to the Bipolar Mixed States: Essential Steps for the Clinicians on Understanding The Mixity. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 9):6-10
5. Tavormina G & Franza F. The clinical notion of restlessness as a linchpin for a full understand-

ding of the bipolar spectrum. *Psychiatr Danub*. 2025;37(Suppl 1):176-179.

6. Tavormina G. Clinical utilisation of the "G.T. MSRS", the rating scale for mixed states: 35 cases report. *Psychiatr Danub*. 2015;27 Suppl 1:S155-9.

Foto: Envato Elements



**Francesco Franza**

Medico Psichiatra  
Direttore Responsabile

# La consapevolezza nella mindfulness

/ Petronilla Procopio /

## Riconoscere i propri stati emotivi, i pensieri e i bisogni personali consente di comprendere meglio le proprie reazioni e di gestire in modo più adattivo le situazioni di vita.

Viviamo in un'epoca caratterizzata da velocità, iperconnessione e sovraccarico informativo. In questo contesto, la capacità di fermarsi, osservare e comprendere ciò che accade dentro di sé rappresenta una risorsa fondamentale. La consapevolezza con la mindfulness non è soltanto un concetto teorico. Ha la valenza di una competenza psicologica che può trasformare profondamente il modo in cui affrontiamo lo stress, le relazioni e le sfide quotidiane. In questo senso, la consapevolezza favorisce processi di autoregolazione, promuove scelte più coerenti con i propri valori e contribuisce al mantenimento dell'equilibrio psicologico. La ricerca scientifica degli ultimi trent'anni ha dimostrato che essa costituisce uno dei pilastri più solidi del benessere psicologico. In termini semplici, la consapevolezza è la capacità di prestare attenzione a ciò che stiamo vivendo nel momento presente, con apertura e senza giudizio. Non significa "pensare di più", ma osservare con maggiore lucidità pensieri, emozioni e sensazioni corporee. Jon Kabat-Zinn, fondatore del protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction, definisce la mindfulness come "prestare attenzione in modo intenzionale al momento presente, in modo non giudicante" (Kabat-Zinn, 1994). Questa definizione, apparentemente semplice, racchiude un cambiamento radicale:

smettere di reagire automaticamente e iniziare a rispondere in modo più consapevole. Già la psicologia umanistica di Carl Rogers sottolineava quanto la consapevolezza di sé fosse fondamentale per la crescita personale. Secondo Rogers (1961), solo quando una persona entra in contatto autentico con la propria esperienza interna può sviluppare un senso di identità coerente e sano. La consapevolezza di sé e dei propri stati emotivi rappresenta un fattore fondamentale di benessere psicologico. Poiché permette all'individuo di identificare con maggiore chiarezza i propri bisogni emotivi e psicologici. Interpretare e comprendere in modo più consapevole le proprie reazioni cognitive ed emotive di fronte agli eventi, e sviluppare strategie di coping flessibili ed efficaci. Le neuroscienze hanno mostrato che la consapevolezza non è un concetto astratto, ma una competenza che modifica concretamente il funzionamento cerebrale. Studi di neuroimaging evidenziano che la pratica della mindfulness è associata a cambiamenti in aree coinvolte nella regolazione delle emozioni, come la corteccia prefrontale e l'amigdala (Hölzel et al., 2011). In particolare, si osserva una riduzione della reattività automatica agli stimoli stressanti e un aumento della capacità di modulare le risposte emotive (Tang, Hölzel & Posner, 2015). In altre

parole, la consapevolezza ci aiuta a "creare uno spazio" tra stimolo e risposta, rendendoci meno impulsivi e più riflessivi. Questo spazio è il luogo in cui nasce il benessere e la libertà psicologica. La consapevolezza ha dimostrato un'efficacia significativa nella prevenzione e nel trattamento di disturbi come ansia e depressione. La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), sviluppata da Segal, Williams e Teasdale (2002), aiuta le persone a riconoscere i pensieri negativi ricorrenti senza identificarvisi completamente. Le ricerche scientifiche indicano che gli interventi basati sulla mindfulness producono una riduzione significativa dei sintomi ansiosi e depressivi, oltre a un aumento del benessere percepito (Khoury et al., 2013). Un aspetto centrale è la cosiddetta "decentrata". Essa consiste nell'imparare a vedere i propri pensieri come eventi mentali temporanei e non come verità assolute. Questo cambiamento di prospettiva riduce la ripetizione continua ed esasperante dei pensieri e favorisce una maggiore stabilità emotiva. Anche il modello della regolazione emotiva di James Gross (1998) sottolinea che il primo passo per gestire efficacemente un'emozione è esserne consapevoli. Non possiamo regolare ciò che non riconosciamo. La consapevolezza non riguarda soltanto il contesto clinico. Nella vita quotidiana le emozioni e i comportamenti delle persone vengono influenzati dalla percezione che esse hanno degli eventi. Dal modo in cui esse valutano, attraverso l'elaborazione mentale, le situazioni. Questi percorsi interpretativi sono a volte caratterizzate da un modo di pensare distorto o disfunzionale che influenza negativamente l'umore e il comportamento. La mindfulness dà accesso ad una consapevolezza profonda in cui viene sospeso l'impulso spontaneo ed automatico di ricorrere a pensieri non logici. Con essi scompaiono le conseguenti reazioni emotive e i comportamenti abituali. L'arte della consapevolezza migliora, pertanto, la qualità delle relazio-



ni, aumenta la capacità di ascolto e favorisce scelte più coerenti con i propri valori. In ambito lavorativo, promuove una maggiore resilienza allo stress e riduce il rischio di burnout (stress da superlavoro). In ambito educativo, aiuta bambini e adolescenti a sviluppare autoregolazione, attenzione e competenze socio-emotive. La psicologia positiva, con Martin Seligman (2011), ha evidenziato come il benessere non sia semplicemente assenza di disagio, ma presenza di significato, coinvolgimento e relazioni positive. La consapevolezza rappresenta la base che permette a questi elementi di emergere e consolidarsi. La nostra è un'epoca piena di trasformazioni radicali, nell'organizzazione della famiglia, nei rapporti di lavoro, nelle relazioni sentimentale ed interpersonali, nei rapporti con culture diverse. Con le stesse strutture statuali di protezione sociale. Le difficoltà e le sofferenze personali emergono da un disagio personale e collettivo e ci predispongono a mettere in atto reazioni emotive e comportamentali automatiche. Spesso

sbagliate e sofferte. La pratica della mindfulness ci insegna a vivere con la consapevolezza necessaria a trarre quel benessere psicofisico necessario per una vita migliore ed eticamente responsabile. La consapevolezza è molto più di una tecnica di rilassamento: è un atteggiamento mentale che trasforma il modo in cui entriamo in relazione con noi stessi e con il mondo. Le evidenze scientifiche mostrano che essa migliora la regolazione emotiva, riduce lo stress e favorisce un benessere più stabile e duraturo. In una società che ci spinge costantemente verso

l'esterno, coltivare la consapevolezza significa recuperare uno spazio interno di equilibrio e lucidità. Non elimina le difficoltà, ma ci permette di affrontarle con maggiore presenza e flessibilità. Per questo motivo, può essere considerata a pieno titolo uno dei pilastri fondamentali del benessere psicologico contemporaneo. Diventa altresì una efficace e valida terapia per i disturbi tipici dell'età contemporanea come l'ansia e la depressione.

### Bibliografia

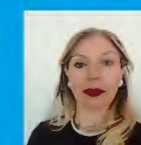
- Gross, J. J. (1998). Il campo emergente della regolazione delle emozioni: una revisione integrativa. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). Come funziona la meditazione mindfulness? Proposta di meccanismi d'azione. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Dovunque tu vada, ci sei già*. New York: Hyperion.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., et al. (2013). La terapia basata sulla mindfulness: una meta-analisi completa. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
- Rogers, C. R. (1961). *Diventare persona*. Boston: Houghton Mifflin.

6. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Terapia cognitiva basata sulla mindfulness per la depressione*. New York: Guilford Press.

7. Seligman, M. E. P. (2011). *Fiorire*. New York: Free Press.

8. Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). Le neuroscienze della meditazione mindfulness. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.

Foto: Envato Elements



**Petronilla Procopio**

*Psicologa Psicoterapeuta, Ospite di redazione*

# Amarsi per poter amare. Gilot la musa che si ribellò a Picasso

/ Alba Cervone /

**L'unica donna che osò dire di no a Pablo Picasso fu Françoise Gilot, che scelse di amarsi per poter amare. Le donne che gravitavano attorno al genio di Malaga finivano spesso consumate o distrutte dalla sua personalità dominante, la Gilot scelse di rivendicare la propria libertà.**

La genialità di Pablo Picasso è indissolubilmente legata a una personalità complessa che molti studiosi inquadrano con i tratti narcisistici, sadismo relazionale e possibili disturbi dell'apprendimento. Da un lato, il suo costante rinnovarsi lo ha reso il simbolo della creatività moderna. Ma dall'altro, il suo "lato oscuro" ha lasciato una scia di sofferenza psichica nelle persone a lui vicine. Amare un narcisista maligno non è un legame affettivo positivo, ma è una forma di sopravvivenza emotiva. Mentre un partner sano cerca reciprocità, il narcisista maligno cerca il dominio assoluto attraverso una combinazione distruttiva di narcisismo, psicopatia e sadismo (Attili, 2017; Cancrini, 2013). Picasso distruggeva le sue donne. Non solo metaforicamente. Marie-Thérèse Walter si tolse la vita quattro anni dopo la morte dell'artista. Dora Maar, la fotografa geniale che lui ritrasse come "La donna che piange", finì in istituti psichiatrici. Jacqueline Roque, la sua seconda moglie, si sparò alla testa tredici anni dopo la scomparsa del grande pittore. Il copione era sempre lo stesso: trovava una donna giovane, brillante, la ren-

deva musa, la consumava e quando si stancava, la lasciava a pezzi. Le considerava dee o zerbini, semplicemente oggetti da distruggere. Tutte si rompevano. Tutte tranne una. Lui la dipinse centinaia di volte, la definì "la donna che vede troppo". Aveva ragione il genio. Lei vide ciò che le altre non avevano osato vedere: la trappola. Françoise Gilot incontrò Picasso a Parigi nel 1943: lei era una giovane e promettente pittrice di 21 anni, lui un maestro affermato di 61. A quell'epoca la capitale francese era sotto l'occupazione nazista. Picasso, incuriosito da quella personalità frizzante ed intelligente, provò a sedurla nonostante la differenza di età. Le disse: "Sei così giovane. Potrei essere tuo padre." Lei rispose, senza abbassare lo sguardo: "Tu non sei mio padre". Esprimendo da subito tutta la sua forte personalità: un diamante.

I due vissero una relazione conflittuale durata circa dieci anni, dalla quale nacquero i figli Claude e Paloma. La loro storia fu segnata da un paradosso: Picasso la chiamava "la donna fiore", ma cercava costantemente di piegare la sua volontà. Tuttavia, Françoise non fu mai una

vittima passiva. Quando nel 1953 decise di lasciarlo, Picasso reagì con incredulità e arroganza, affermando: «Nessuno lascia Picasso». Lei rispose semplicemente: «Vedrai», e se ne andò portando con sé i figli. E fu l'unica donna che riuscì davvero ad andarsene. La consapevolezza di sentirsi un oggetto, incapace di essere amato ma lentamente consumato è stato per Françoise la sua salvezza. A differenza delle altre vittime la giovane artista non si ammalò e mantenne forza e lucidità per scappare e non amare perdutamente. Si scoprì a 32 anni invecchiata e con i segni delle torture psicologiche scritte sul viso e sul corpo. Non ne poteva più. Picasso era incapace di amare. Egli morì nel 1973, a 91 anni, solo, circondato dai suoi quadri. Françoise, invece, visse libera e amata fino al 2023. Morì a 101 anni serenamente. Ha dipinto, amato, insegnato, ispirato. Ha visto i suoi figli crescere e la sua arte brillare. Ha dimostrato che si può amare senza annullarsi. Il rifiuto di Françoise scatenò l'ira del pittore, che cercò di distruggere la sua carriera boicottandola presso i galleristi. Picasso ferito e depresso, si scaglia contro l'origine del suo male. La depressione nel contesto del narcisismo patologico, infatti, è una condizione complessa spesso definita come depressione anaclitica narcisista (Recalcati, 2019; Singer, 1998), caratterizzata da sentimenti di rabbia. Si manifesta quando l'immagine grandiosa del Sé crolla, lasciando emergere un profondo senso di vuoto e inutilità. La ribellione definitiva della giovane pittrice avvenne nel 1964 con la pubblicazione del libro "La mia vita con Picasso". Picasso intentò tre cause legali per impedire la pubblicazione del libro, perdendole tutte perché la Gilot riuscì a dimostrare la veridicità dei suoi racconti. Il libro svelò al mondo il lato oscuro e misogino dell'artista, rendendo Françoise una figura iconica di emancipazione. Dopo Picasso, Françoise Gilot continuò a dipingere con successo, esponendo in prestigiosi musei come il MoMA di New York e il Centre Pompidou



di Parigi. In seguito sposò lo scienziato Jonas Salk, inventore del vaccino antipolio. Con lui trovò ciò che Picasso non le avrebbe mai dato: un amore fatto di rispetto, non di potere; una genialità investita a salvare il mondo, non a distruggerlo. La sua storia resta il più grande atto di creazione di una donna che ha rifiutato

di essere trasformata in un semplice oggetto d'arte. Gilot ha scelto per amor proprio e per amore dei propri figli di non essere vittima sacrificale di una mente malata. Ha scelto di sbocciare ed incantare gli altri con le sue doti, consapevole che il suo fuoco non potesse essere spento, se non per sua volontà. Ha scelto di amare.

Picasso la dipinse cento volte, cercando di catturarla. Ma fu Françoise a dipingere il proprio destino. "Ho sempre pensato che la peggior cosa nella vita fosse rimanere soli. Non lo è. La peggior cosa è stare con persone che ti fanno sentire solo" affermava Robin Williams.

## Bibliografia

1. Attili G., Il cervello in amore, Le donne e gli uomini ai tempi delle neuroscienze, il Mulino, Bologna, 2017
2. Cacrini L., La cura delle infanzie infelici, Raffele Cortina ed., 2013
3. From E.: L'arte di amare, Mondadori, 1969
4. Recalcati M: Mantieni il bacio, Feltrinelli editore, 2019
5. Singer M., Lalich J.T., Psicoterapie «Folli». Conoscerle e difendersi - Erickson, 1998

## 6. Sitografia

7. <https://www.edaitalia.org/>
  8. [https://it.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7oise\\_Gilot](https://it.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7oise_Gilot)
  9. Miti, muse e modelle: La femme-fleur, su [www.guggenheim-venice.it](http://www.guggenheim-venice.it).
  10. Instagram: gruppo giovani Eda Italia onlus
- Foto: Françoise Gilot, fonte Wikipedia, [https://it.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7oise\\_Gilot](https://it.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7oise_Gilot)



Alba Cervone

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Amore e innamoramento

/ Enza Maierà /

**L'amore è un sentimento che ha riempito pagine e spartiti di poeti, scrittori, musicisti. Nel bene e nel male. È una musa che ispira un sentimento universale che vive ed è connaturato con l'animo umano. È geneticamente trasmesso nei suoi significati originari di protezione ed accudimento.**

Il mesencefalo, il nostro cervello primitivo, è la sede di questo patrimonio ancestrale di emozioni. L'amore si declina in modi diversi ed anche l'oggetto d'amore è diverso. Amore tra partner, amore tra amici, amore familiare, amore per gli animali ma anche amore per il lavoro, per la vita, per la natura. Da sempre alla base della nostra spinta evolutiva, la relazione è il suo nutrimento. La letteratura psicologica distingue due principali fasi dell'amore: l'amore romantico intenso e l'amore maturo o di attaccamento. Questa distinzione è stata studiata da Robert J. Sternberg con la Triangular Theory of Love. Con questa teoria egli identifica intimità, passione e impegno come componenti fondamentali che definiscono diverse forme di amore (Sternberg, 1986). A questo proposito definisce "l'amore completo" quando le tre componenti coesistono. Sternberg dà il nome di "amore-amicizia" ai rapporti caratterizzati solo da intimità e impegno, "amore romantico" dove prevale l'intimità e la passione. Definirà "l'amore fatuo" quello caratterizzato dalla presenza di impegno e passione senza intimità. Ed infine "amore vuoto" quello connotato dal solo impegno. Secondo la Attach-

ment theory di John Bowlby (1969), le esperienze affettive precoci con i caregiver (genitori o figure di riferimento) modellano le relazioni future. Come la capacità di fidarsi degli altri, la sicurezza emotiva, il modo di gestire l'intimità e la separazione. Le persone con attaccamento sicuro vivono le relazioni in modo stabile, tollerano la frustrazione. Questo approccio spiega perché, dopo l'innamoramento iniziale, le coppie sviluppano una forma di amore più duraturo e maturo. Meno impulsivo e più centrato sulla continuità della relazione. Chi ha attaccamento insicuro o ansioso, teme l'abbandono e la sua relazione è disturbata e più fragile. Khalil Gibran (1923) nel suo libro "Il Profeta" diceva: "Quando l'amore vi chiama, seguitelo, anche se le sue vie sono ardue e ripide. E quando le sue ali vi avvolgono, abbandonatevi a lui, anche se la spada nascosta tra le sue piume può ferirvi." Questa frase di Khalil Gibran è molto intensa e simbolica. Gibran invita a seguire l'amore. Quando l'amore entra nella vita, bisogna lasciarsi guidare da esso, anche se il percorso non è facile, perché l'esperienza dell'amore è fondamentale per la crescita personale. Dice ancora "Abbandonati a lui" volendo

significare che, quando l'amore ti coinvolge pienamente ("le sue ali vi avvolgono") è necessario accettarlo completamente, senza trattenere o resistere. In queste righe Gibran sottintende il tema del dolore nell'esperienza dell'amore. L'amore porta gioia, ma può anche ferire ("la spada nascosta tra le sue piume"), e questo dolore fa parte della sua natura. Evitarlo significherebbe negare la profondità e la verità dell'esperienza amorosa. In sintesi, Gibran ci dice che amare significa coraggio, apertura e accettazione sia della bellezza sia delle difficoltà dell'esperienza emotiva. È un invito a vivere l'amore in modo pieno, senza paura, sapendo che anche il dolore può insegnarci e trasformarci. Il comportamento dei giovani e degli innamorati presenta importanti analogie. In entrambi esso sfida la realtà ed affronta il rischio con entusiasmo e determinazione. Il fine è di ottenere, gli uni, il riconoscimento del proprio valore e, gli altri, la conquista di un amore totale. La dopamina, il principale neurotrasmettitore legato alla motivazione e alla ricompensa, può essere metaforicamente considerata la benzina che alimenta quel motore. Essa intensifica la spinta all'azione e all'eccitazione emotiva. In entrambe le situazioni, entra quindi in funzione un motore emotivo molto potente che porta a vivere nuove esperienze. Alla ricerca di intensi piaceri e di appagamenti felici. Nei giovani questo motore è particolarmente sbilanciato. Il sistema limbico, a quell'epoca, responsabile delle emozioni e del desiderio, è molto attivo. Mentre la corteccia frontale, che permette di valutare le conseguenze e controllare gli impulsi, non è ancora completamente matura. È come guidare una Ferrari ad alte prestazioni con un acceleratore potentissimo ma con freni ancora inesperti. Negli adulti l'innamoramento attiva lo stesso potente motore emotivo, generando intensità, passione e coinvolgimento. Anche se ora la corteccia frontale è matura, l'intensità delle emozioni è tale da dominare sulla razionalità. Mi piace

che il verso del poeta Gibran si trova in maniera sublime il significato del concetto di Amore Universale. Di cui l'amore di coppia ne è un aspetto. "Come covoni di grano egli vi raccoglie a sé. / Vi trebbia per mettervi a nudo. / Vi setaccia per liberarvi dalla pula / Vi macina fino a rendervi bianchi. / Vi impasta finché diventiate malleabili; poi vi affida al suo fuoco sacro, / perché possiate diventare pane sacro per il banchetto di Dio." L'immagine dell'amore che "treb-

bia" o "batte il grano" dell'anima compare nel capitolo "Sull'amore" del libro Il profeta di Khalil Gibran (1923). In quel capitolo il poeta usa una lingua metafora agricola per spiegare che l'amore non è solo

dolcezza. È una forza che non esente da sofferenza, da angosce e depressione ma che porta a una forma e mette a nudo l'essenza del cuore.

## Bibliografia

1. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. Basic Books.
2. Gibran, K. (1923). Il profeta. New York: Alfred A. Knopf.
3. Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. Psychological Review, 93(2), 119-135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>

Foto: Envato Elements



**Enza Maierà**  
Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico



# Relazioni ambigue e legami indefiniti

/ Maria Vincenza Minò /

**Negli ultimi anni, le relazioni sentimentali tra adolescenti e giovani adulti hanno subito trasformazioni profonde. La sessualità adolescenziale vede la presenza di legami indefiniti nelle relazioni ambigue. Tale aspetto ha determinato così, un incremento della vulnerabilità emotiva, dell'insicurezza relazionale e del rischio di depressione nei giovani.**

Le relazioni ambigue - spesso definite *situationship* - si collocano tra l'amicizia e la relazione romantica tradizionale. Esse sono caratterizzate da intimità emotiva e/o sessuale, priva di un impegno esplicito o di una definizione chiara del legame (LeFebvre et al., 2019). Esempi di relazioni ambigue sono: la *hook-up* culture ossia incontri sessuali occasionali senza impegno (Garcia et al., 2012). In quest'ultime si può manifestare la cosiddetta *gelosia digitale* come risposta all'ambiguità e al monitoraggio delle attività online del partner. In assenza di regole esplicite sull'esclusività, le *situationship* possono generare ambivalenza emotiva. Il giovane, infatti, sperimenta vicinanza e gratificazione sessuale, ma anche incertezza e paura di rifiuto. I social media hanno reso visibili interazioni che prima rimanevano private. Nelle relazioni ambigue, ciò può innescare *gelosia digitale*, con comportamenti quali: 1-Controllo dei messaggi o dei profili del partner. 2-Interpretazione dei like e commenti come segnali di interesse verso altri. 3-Monitoraggio costante

di storie, *follower* e nuove connessioni. La *gelosia digitale* amplifica l'ambiguità delle *situationship*: ciò che non è definito offline diventa fonte di ansia online, creando cicli di controllo e insicurezza. Una delle modalità più diffuse è la frequentazione discontinua. Gli adolescenti possono trascorrere del tempo insieme, uscire come una coppia o mostrarsi affettuosi in pubblico, senza però definire esplicitamente la relazione.

Molti adolescenti mantengono relazioni basate su *flirt* continui senza passare alla definizione di un fidanzamento. Questo può includere messaggi, complimenti, gesti di intimità fisica leggera (abbracci, baci) e comportamenti che suggeriscono un interesse romantico. Tuttavia, il rapporto rimane volutamente indefinito. In alcuni casi entrambi i partner accettano questa ambiguità; in altri casi uno dei due spera che il legame evolva verso una relazione più stabile. Un'altra forma comune di relazione ambigua è la relazione intermittente, cosiddetta *on-off*. Essa è caratterizzata da cicli ripetuti



di avvicinamento e allontanamento. Gli adolescenti possono dichiararsi interessati, interrompere il rapporto e poi tornare a frequentarsi dopo un periodo di distanza. Quando sessualità, ambiguità relazionale e *gelosia digitale* si combinano, l'impatto psicologico sui giovani adolescenti può essere significativo. In particolare, si possono manifestare: 1-Ansia e stress relazionale con dubbi sull'esclusività o interpretazione errata di segnali digitali. 2-Forte investimento affettivo non corrisposto. 3-Difficoltà nel definire il significato della relazione. 4-Oscillazioni tra vicinanza e distanza emotiva. 5-Insicurezza emotiva con percezione di essere rifiutati o sostituiti, di perdere il legame se si esprimono bisogni o aspettative. 6-Presenza di sintomi depressivi. Alcune ricerche indicano correlazione tra instabilità relazionale, monitoraggio digitale e aumento dei sintomi depressivi negli adolescenti (Twenge et al., 2018).

Conseguenze sulla sessualità, in particolare ambivalenza tra desiderio di intimità e paura della propria vulnerabilità. Entrambi possono influire sul benessere emotivo e sulle scelte sessuali future. Il rifiuto percepito, anche in relazioni non impegnative, attiva meccanismi cerebrali simili al dolore fisico, contribuendo ad un disagio emotivo significativo (Eisenberger et al., 2003). Per ridurre i rischi emotivi legati a *hook-up* culture, relazioni ambigue e *gelosia digitale*, è fondamentale: 1-Favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali. L'adolescente deve essere aiutato a riconoscere i propri bisogni affettivi, stabilire confini chiari, comprendere le differenze tra le proprie aspettative e quelle del partner. Esso deve saper distinguere tra attrazione, attaccamento emotivo e desiderio di relazione stabile. 2-Promuovere un'educazione affettiva e sessuale consapevole. Necessaria a riconoscere dinamiche

e relazioni ambigue, gestire la *gelosia digitale*. 3-Favorire lo sviluppo di competenze emotive come la regolazione delle emozioni, l'autostima e la resilienza relazionale. 4-Offrire supporto psicologico precoce in caso di sintomi depressivi o ansia legata a relazioni ambigue. Le relazioni ambigue, la *hook-up* culture e la *gelosia digitale* rappresentano fenomeni interconnessi nelle relazioni dei giovani. Esse offrono spazio di esplorazione sessuale e identitaria, ma possono generare insicurezza emotiva.

La sessualità, in questi contesti, assume spesso un ruolo complesso. Essa può rappresentare una forma di intimità condivisa ma anche un fattore che intensifica l'investimento emotivo e la vulnerabilità. Interventi educativi e clinici mirati possono aiutare i giovani a vivere le relazioni ambigue con consapevolezza, proteggendo il loro benessere emotivo e sessuale.

## Bibliografia

1. Eisenberger NI, Lieberman MD et al. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Scienze*, 2003; Oct.10; 302(5643): 290-2.
2. Garcia JR, Reiber C et al. Sexual hook-up culture: a review. *Review of General Psychology* 2012; Vol.16; No.2, 161-176.
3. LeFebvre L, Allen M et al. Ghosting in Emerging Adult Romantic Relationships. *The Digital Dissolution Disappearance Strategy*. *Imagination, Cognition and Personality* January 2019.
4. Twenge JM, Joiner T et al. Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 2018. 6(1), 3-17.

Foto: Envato Elements



**Maria Vincenza Minò**  
Psicologa-Psicoterapeuta  
Redattrice

# Invecchiare e il mito dell'eterna giovinezza

/ Walter di Munzio /

**Invecchiare e perdere la gioventù è sempre stata una difficoltà considerevole e per alcuni un vero problema. La sostituzione d'organi e la chirurgia estetica possono incentivare il mito dell'eterna giovinezza.**

Il mito dell'eterna giovinezza ha caratterizzato la storia umana da sempre. Gli dei ed i semidei hanno rappresentato questo mito nella storia dell'umanità sin dai suoi albori. Molte ricerche hanno indagato i processi di invecchiamento. Il punto di partenza è l'osservazione che l'uomo è un sistema aperto, pertanto, potenzialmente dalla vita infinita, in quanto molte sue parti se usurate possono essere sostituite. Il mito dell'eterna giovinezza è sostanzialmente un insieme di aspirazioni, desideri e sentimenti tipici di chi ambisce a vivere sempre. Ma vivere in quell'età della vita in cui la forza fisica e la bellezza umana sono esaltate e all'apice. Essere sempre caratterizzati da orgoglio e da una percezione di onnipotenza. Si fa riferimento a un concetto filosofico e mitologico di vita eterna. Una condizione che mira a impedire di invecchiare per stabilizzare le trasformazioni della maturazione fisica e psicologica. Quelle condizioni che segnano la fine della adolescenza e precedono l'età adulta. Rendere immortale la giovinezza è anche l'aspirazione che si riscontra nei miti di tutte le culture arcaiche. Ma appartiene esclusivamente agli dei o, al massimo, ai più umani semidei. Invecchiare, si sa, è sempre stato lo spettro che incombe su ogni uomo. Ciò accade almeno fino a un certo

punto della vita, quando si realizza che la parte migliore della propria vita è ormai alle spalle. E allora, forse, si comincia a percepire che è cominciata la vecchiaia. Una fase della vita triste, depressa, escludente, una fase in cui si cominciano a fare i bilanci (che puntualmente risultano negativi) ed a trarre le conclusioni sulle scelte compiute. Ma, oltre ad essere inevitabile, l'invecchiamento umano è da sempre stato oggetto di numerosi studi scientifici allo scopo di tentare di contenerne gli effetti negativi. O anche solo per capire fino a che punto possiamo intervenire per rendere questo processo più accettabile. Ci chiediamo, allora, quando inizia esattamente questo declino? Molti studi hanno tentato di rispondere a questo quesito. Uno di questi, coordinato dal prof. Xiaotao Shen, della Nanyang Technological University di Singapore, ha approfondito i percorsi dell'invecchiamento umano individuando due tappe fondamentali di questo processo. La prima intorno ai 44 anni e la seconda intorno ai 60. Il dato è confermato anche da molti dati epidemiologici. Nella ricerca si dimostra che, proprio intorno a queste due età, si verificano le principali crisi letali delle funzioni vitali umane. Esse riguardano le morti per malattie cardiache, la prima, e quelle per patologie oncologiche degenerative, la seconda.

La ricerca ha esaminato i dati di oltre 108 volontari di età compresa tra i 25 e i 75 anni e li ha monitorati per diversi decenni. Lo scopo era quello di comprendere la biologia del loro invecchiamento. In questo modo i ricercatori hanno studiato a fondo i cambiamenti connessi all'età in più di 135 mila molecole e microrganismi. Intorno ai 44 anni, le molecole più coinvolte nei processi di invecchiamento sono state quelle legate al metabolismo dell'alcol, della caffeina, dei grassi e, soprattutto, quelle associate ai disturbi cardiovascolari. Intorno ai 60 anni, invece, le molecole più coinvolte sono state quelle che ne determinavano un'accelerata trasformazione. Esattamente le molecole legate al metabolismo dei carboidrati, alle funzioni renali e alla regolazione del sistema immunitario (Zhou et al., 2024; Shen et al. 2023). Dalla ricerca risulta che l'invecchiamento non è un processo lineare, ma complesso e multifatto-

riale, che causa molti cambiamenti fisiologici. Essi sono tra loro fortemente associati e sono condizionati da altre specifiche patologie, come quelle cardiovascolari, il diabete, le malattie neurodegenerative e quelle dell'evoluzione oncologica. Da questa ricerca si può ricavare che le alterazioni che subiscono le nostre molecole nelle varie età sono di fondamentale importanza per comprendere il meccanismo dell'invecchiamento. Esse sono molto importanti per identificare possibili ulteriori ambiti di approfondimento. L'invecchiare può considerarsi come la risultante di un progressivo accumulo di danni che si sono sviluppati nel tempo, fino al punto da compromettere almeno una funzione vitale. Questo processo non è evitabile, l'unico antidoto possibile sarebbe semmai solo una morte precoce. Il processo di invecchiamento è governabile. Ma come? Forse sostituendo qualche pezzo del nostro organismo

irrimediabilmente deteriorato (una valvola, un pezzo di vena, un'arteria o un organo intero grazie ai progressi dell'ingegneria medica). Tutto ciò considerando anche che ogni essere vivente è da considerarsi quale un sistema aperto, quindi per questo potenzialmente capace di sostituire persino i suoi componenti danneggiati. Ma l'azione più importante ed efficace, riteniamo, è quella di fare attenzione alla solitudine e al conseguente avanzare della depressione. Entrambi questi eventi rischiano di

diventare col tempo le vere cause di gran parte dei problemi connessi all'età avanzata fino alla morte. L'invecchiamento è gestibile, forse persino contenibile ... e senza chirurgia estetica, senza illusorie diete, senza caracollare su alti tacchi di 12 cm, senza improbabili sforzi ginnici. Basta riorganizzare la propria vita tenendo conto delle proprie condizioni psicofisiche e ricordarsi che l'invecchiare è un percorso naturale e fisiologico: non una patologia.



## Bibliografia

1. Zhou X., Shen X., Johnson J. et al. Longitudinal Profiling of the Microbiome at Four Body Sites Reveals Core Stability and Individualized Dynamics During Health and Disease. *Cell Host&Microbe*. 2024. [https://www.cell.com/cell-host-microbe/fulltext/S1931-3128\(24\)00056-8](https://www.cell.com/cell-host-microbe/fulltext/S1931-3128(24)00056-8)
2. Shen X., Kellogg R., Panyard D. et al. Multi-omic Microsampling Captures Health Perturbations in A Lifestyle Context. *Nature Biomedical Engineering*, 2023, 10.1038/s41551-022-00999-8.

Foto: Envato Elements



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista  
Pubblicista Comitato scientifico

# Il valore dell'amicizia

/ Francesco Franza /

**Parlare di amicizia può sembrare anacronista in questo periodo così complesso. La amicizia è un dono che si offre e che si riceve nello stesso momento. Ma qual è la funzione dell'amicizia? E serve a qualcosa?**

In tutte le associazioni ci si incontra con regolarità, si condividono i fini, i progetti, gli obiettivi e si mettono in comune le proprie forze e disponibilità. Gli associati hanno lo stesso comune denominatore, utilizzando la metafora aritmetica e spesso tra loro può nascere legami solidi di amicizia. Sono trascorsi tanti anni dalla fondazione dell'associazione EDA Italia Onlus, ma resta sempre un luogo dove i membri della associazione possono trovare un confronto, un conforto, una accoglienza, una amicizia. In questo articolo possiamo acquisire informazioni, spunti di riflessione e stimoli ad approfondire gli argomenti trattati. Tra le righe degli articoli di ciascun redattore di *Depressione Stop*, rivista dell'EDA Italia dovremmo riuscire a scorgere il forte legame di amicizia che lega ciascuno dei membri associati. Quando giriamo l'Italia per seguire i numerosi eventi che si svolgono durante gli eventi della Giornata Europea sulla Depressione siamo sommersi dall'amicizia. Come un caldo mantello protettivo accoglie sempre i partecipanti, senza deludere, senza chiedere nulla. Nel solo spirito di amicizia e di volontariato. Ridurre le distanze, lottare contro lo stigma dei disturbi mentali, diffondere informazioni e formazione

sono alcune delle motivazioni che spingono l'EDA Italia alla comunicazione. Tutto ciò è pervaso dallo spirito dell'amicizia e della passione (Rochester, 2015). L'amicizia nasce da lontano e ha una lunga storia percorsa insieme attraverso un legame di aiuto reciproco. L'amicizia prevede legami stabili che si rafforzano e che si condividono creando un collante che sedimenta e permette un ancoraggio solido. È un luogo dove ci si protegge a vicenda, ci si aiuta a procurare risorse e in cui si ha cura dell'altro. La vita dei gruppi comporta una serie di criticità, di rischi, di conflittualità e di convinzioni separatistiche. È un luogo dove ci si protegge ma che può anche determinare divergenze di idee, di risentimenti per comportamenti imprudenti non voluti. L'EDA Italia può diventare un luogo sicuro in cui l'amicizia tra i membri è una cosa veramente importante e che, come tale, si consolida nel tempo. L'amicizia può rimarginare le ferite cercando di evitare dolenti cicatrici che potrebbero essere disturbanti (Li & Kanazawa, 2016). L'uomo non ha inventato l'amicizia dal nulla. Ma negli uomini l'amicizia è diventata molto più complessa perché è un caso particolare di collaborazione e di cooperazione che non ha lega-



mi biologici. L'amicizia consente di proteggersi a vicenda, aiutandosi a produrre risorse per l'intera comunità e per l'intero gruppo. Il vantaggio che ne deriva non può essere immediato ma sarà sicuramente un vantaggio per il futuro. In tempi di incertezze, l'amicizia copre le spalle, aiuta in silenzio, sostiene e fornisce indicazioni che possono aiutare per mantenere e/o raggiungere il benessere. Siamo esseri sociali, disponibili a creare gruppi, società e associazioni come nel caso dell'EDA Italia. La costruzione di reti sociali positive, incollate con l'amicizia, sono destinate di vivere più a lungo e meglio. L'amicizia è la cura contro la solitudine, contro l'isolamento dei nostri giorni. È il motore che muove e promuove il bisogno di cooperazione, di alleanze, di attaccamento, di camminare insieme (Pezirkianidis et al., 2024). Il cammino di tutti

noi può essere un "buon cammino" se lo si percorre insieme all'amico. La nostra storia ci impone di camminare e andare avanti, consapevole che le cadute fanno parte della storia di ognuno di noi. L'amicizia diventa la mano che ci ha fatto rialzare. Anche la mano di chi non c'è più ci crea conforto e ci sostiene. In fin dei conti, l'amicizia è stata una bella invenzione.

L'obiettivo dell'intero e inteso lavoro dei redattori della rivista e di tutti i membri dell'EDA è quello aiutare e sostenere le persone affette da disturbi dell'umore. Tutti partecipano con entusiasmo ai sempre più numerosi eventi che vengono promossi dai soci dell'EDA. È un lavoro che diventa piacevole e che si alleggerisce perché fatto insieme, in amicizia. È un lavoro che fa bene alla salute dei singoli membri perché motiva, spinge, nutre, non tradisce.

La nostra salute e il nostro benessere mentale migliorano il numero e la qualità delle relazioni di amicizia/famiglia che abbiamo.

Tutto questo benessere è sostenuto ed incentivato dal collante dell'amicizia che promuove la salute e la felicità degli individui (Dunbar, 2025). L'amicizia, come quella vissuta nel gruppo dell'EDA Italia, è un luogo sicuro di condivisione, di protezione e di aiuto reciproco.

Questi legami riducono la solitudine e l'isolamento, sostengono il benessere psicologico e fanno da "collante" alle reti sociali positive.

Lavorare insieme in amicizia rende più lieve l'impegno, motiva e nutre, migliorando salute e qualità di vita. In definitiva, l'amicizia emerge come risorsa essenziale per affrontare le difficoltà e promuovere felicità e salute mentale.

## Bibliografia

1. Dunbar RIM. Why friendship and loneliness affect our health. *Ann N Y Acad Sci.* 2025;1545(1):52-65. doi:10.1111/nyas.15309
2. Li NP, Kanazawa S. Country roads, take me home... to my friends: How intelligence, population density, and friendship affect modern happiness. *Br J Psychol.* 2016;107(4):675-697.
3. Pezirkianidis C, Galanaki E, Raftopoulou G, Moraitou D, Stalikas A. Adult friendship and wellbeing: A systematic review with practical implications. *Front Psychol.* 2023;24:14:1059057.
4. Rochester J. Caring, sharing, and a friendship made for life. *Clin J Oncol Nurs.* 2015;19(5):631-632.

Foto: Envato Elements



**Francesco Franza**  
*Medico Psichiatra*  
*Direttore Responsabile*

# Caregiver familiare e il burnout

/ Donatella Costa/

**Il caregiver familiare è continuamente impegnato ad occuparsi del familiare, vive facilmente situazioni di stress prolungato che possono condurre al burnout, cioè all'esaurimento psico-fisico.**

La persona che si prende cura di una persona in difficoltà viene definita caregiver. Il caregiver familiare è quella persona che si prende cura di un membro della famiglia in stato di difficoltà, a causa di malattia fisica o mentale. In letteratura è ampiamente riconosciuto il rischio del caregiver di ammalarsi dal punto di vista sia fisico che psichico (Pottie et al. 2014; Sallim et al. 2015). Il caregiver familiare è soggetto a situazioni di stress prolungato. Si intende per burnout una condizione di esaurimento di energie fisiche, emotive e mentali causate dalla condizione di cura e assistenza prolungata nel tempo. Alcuni studi sottolineano come a volte il caregiver pone distanza emotiva e psichica dal soggetto per proteggere sé stesso (Cross et al., 2018). Diversi fattori psicologici sono implicati nella cura: il familiare curante vive una molteplicità di emozioni durante l'assistenza. Esse variano in base alla relazione con la persona in difficoltà, alla gravità della condizione e alla propria storia di vita. Per i caregiver familiari è importante avere a disposizione tutte le informazioni di cura, per assistere il proprio familiare. L'intervento dei professionisti è indispensabile per valutare il livello di stress, lo stato depressivo, l'innalzamento del burden (carico). Per valutare lo stress

del caregiver viene spesso utilizzato il Caregiver Burden Inventory (C.B.I.). Si valuta il carico oggettivo, cioè l'investimento personale nella cura, la restrizione del tempo a disposizione. Viene identificato il carico relazionale, cioè la percezione del caregiver di essere tagliato fuori da tutte le relazioni che prima riusciva ad intrattenere. Si stima inoltre il carico fisico della cura, la fatica cronica, i disturbi psicosomatici. E ancora viene valutato il carico sociale, cioè il conflitto esistente tra il ruolo di caregiver e il ruolo nella vita personale, lavorativa, sociale. Si esplora il carico emotivo in termini di sentimenti ed emozioni verso il familiare malato. Attraverso questo strumento è possibile vedere i diversi tipi di stress del caregiver, come supportarlo e sostenerlo nella cura (Novak et al., 1989). È stato inoltre riscontrato che le competenze emotive svolgono un ruolo di prevenzione del burnout, rappresentano una risorsa preziosa. Il saper riconoscere e gestire le emozioni proprie e del familiare è fondamentale per superare i momenti di crisi. La regolazione emotiva, cioè, il saper modulare le proprie emozioni facilita l'adattamento alle diverse situazioni che caratterizzano le fasi della malattia. Quando il caregiver è stanco e stressato i principali sintomi a cui



prestare attenzione sono: stanchezza fisica e mentale, difficoltà di concentrazione o memoria. Inoltre, sono presenti disturbi del sonno o dell'appetito, senso di colpa, senso di inadeguatezza, crisi di pianto, depressione, ansia ricorrente e senso di isolamento. Il burnout è un fenomeno complesso che può essere influenzato da diversi fattori. Vediamo insieme alcuni principali fattori che possono contribuire alla sofferenza. Il tempo che si trascorre con la persona in difficoltà e il tempo di cura, sono spesso considerati elementi centrali dello stress del caregiver. Tuttavia, sembra che non vi sia una definitiva relazione tra la durata dell'assistenza e il burnout (Sugihara et al. 2004, Kokurcan et al. 2015). In genere lo stress tende ad aumen-

tare quando vi è un sovraccarico di impegni e responsabilità protratto nel tempo. Si vivono sentimenti di impotenza e mancanza di controllo della situazione. Un altro fattore importante sembra essere la qualità della relazione con il familiare, ad esempio la presenza di conflittualità pregresse, potrebbero peggiorare la qualità dell'accudimento e della cura. Un altro aspetto essenziale è il non sentirsi apprezzati o riconosciuti nel proprio ruolo di caregiver, sia a livello individuale che a livello sociale. Sono altresì importanti i fattori di stress secondari, quanto quelli primari, ed hanno un impatto rilevante. La vita del caregiver risulta maggiormente stressante a causa della malattia, vi è meno tempo libero per sé stessi, la vita sociale ri-

sulta ridotta. Si perdono relazioni e amici significativi, il caregiver familiare vive isolato e senza una rete di supporto. Il caregiver familiare ha spesso la sensazione di dover rinunciare ad una parte importante della propria vita per il soggetto in stato di difficoltà. In genere, il caregiver trascura sé stesso, non riesce a svolgere attività fisica, ad effettuare controlli medici di prevenzione, per mancanza di tempo, abbandona stili di vita salutari e così via. Frequentemente i caregiver non chiedono aiuto in quanto vivono profondi sensi di colpa, temono che delegare alcune mansioni significhi abbandonare il familiare. In altri casi credono che nessuno sia in grado di prendersi cura del familiare in modo adeguato e tendono a mantenere tutto sotto

controllo. Spesso la malattia viene negata o comunque non ben accettata e gestita. Il caregiver familiare si sente solo, non sempre ha accesso ad alcune informazioni fondamentali per la gestione della cura. Il caregiver si trova ad affrontare il lungo decorso della malattia, il periodo delle crisi e le fasi terminali della malattia. Esse sono particolarmente intense a livello emozionale. Gli equilibri familiari cambiano, la quotidianità si modifica. Il clima è tendenzialmente intriso di emozioni negative, si prova sconcerto, preoccupazione, tristezza. Il caregiver si sente spesso inadeguato verso il malato, prova disagio, solitudine, paura, angoscia. Negli ultimi decenni gli specialisti della salute hanno ideato interventi volti al supporto dei



caregiver familiari (Al Daken et al., 2018). Si è ampiamente dimostrato che il caregiver familiare ha necessità di prendersi cura di sé ed è necessario creare reti di supporto sociali e psicologiche. Interventi psico-educazionali dimostrano di migliorare il benessere del caregiver, riducono il disagio, diminuiscono lo stress. Chiedere supporto o aiuto in caso di bisogno rappresenta un aspetto fondamentale per mantenere il benessere fisico ed emotivo. I gruppi di auto aiuto e/o confronto sono un'ottima risorsa per i caregiver, sono uno spazio sicuro e confidenziale in cui potersi relazionare con persone che vivono il medesimo problema. Una terapia che si è rivelata utile per il caregiver familiare è la mindfulness. Interventi centrati sulla mindfulness sembrano ridurre la percezione di stress e prevenire forme di esaurimento fisico ed emotivo. Migliora l'umore, aiuta a sentirsi più positivi e felici, aumenta la consapevolezza del presente e migliora la relazione di cura. La tecnica è molto semplice, ci si concentra con consapevolezza

sul momento presente, osservando i propri pensieri ed emozioni senza alcun giudizio. È possibile riconoscere i propri limiti, il contesto della malattia con cui il caregiver familiare si confronta ogni giorno. Un percorso di consapevolezza di sé rende possibile per la persona ritornare al proprio Io, alla propria cura di sé oltre che del familiare. Si attivano importanti risorse personali che aiutano ad affrontare la quotidianità della malattia. Essere caregiver familiare è un impegno fonte di notevole stress. Tuttavia, con adeguate strategie e una rete di supporto psico-sociale, è possibile affrontare la malattia nelle diverse fasi con maggior resilienza. La capacità di superare le difficoltà e accettare i cambiamenti permette di trasformare i momenti negativi in

#### Bibliografia

1. Al Daken L.I. & Ahmad M.M. (2018). The implementation of mindfulness-based interventions and educational interventions to support family caregivers of patients with cancer: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3): 441-452. DOI: 10.1111/ppc.12286
2. Cross, A.J., Garip, G. e Sheffield, D. (2018). L'impatto psicosociale dell'assistenza nella demenza e nella qualità della vita: una revisione sistematica e una meta-sintesi

della ricerca qualitativa. *Psychol. Health* 33, 1321-1342. doi: 10.1080/08870446.2018.1496250

3. Kokurean, A., Özpölat, AGY e Göğüş, AK (2015). Burnout nei caregiver di pazienti con schizofrenia. *Turk. J. Med. Sci.* 45, 678-685. doi: 10.3906/sag-1403-98

4. Novak M, Guest C., (1989) Application of multidimensional caregiver burden inventory – *Gerontologist*, 29:798-803

5. Pottie, CG, Burch, KA, Montross Thomas, LP, e Irwin, SA (2014). Assistenza informale ai pazienti in hospice. *J. Palliat. Med.* 17, 845-856. doi: 10.1089/jpm.2013.0196

6. Sugihara, Y., Sugisawa, H., Nakatani, Y. e Hougham, GW (2004). Cambiamenti longitudinali nel benessere dei caregiver giapponesi: variazioni nelle relazioni di parentela. *J. Gerontol. Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 59, P177-P184. doi: 10.1093/geronb/59.4.P177

7. Tolle E., *Il Potere dell'Adesso*, 2023 Ed. Mylife

8. Williams M., Penman D., *Metodo Mindfulness*, Ed. Mondadori, 2018

#### Sitografia

9. <https://www.stateofmind.it/caregiver/>

Foto: Envato Elements



**Donatella Costa**  
Psicologa Clinica  
Redattrice

# Intelligenza Artificiale e relazioni umane

/ Patrizia Amici/

## Questo breve articolo cerca di gettare uno sguardo al mondo nascente delle relazioni umane nell'epoca dell'Intelligenza Artificiale.

Quest'articolo è uno sguardo esplorativo nelle nostre vite, data la novità dell'avvento dell'Intelligenza Artificiale. In poco più di tre anni, dal 2022 al 2025 il numero di applicazioni di Intelligenza Artificiale è aumentato del 700 per cento (TechCrunch, 2025). L'Intelligenza Artificiale invade le nostre vite fino a proporsi come compagno, amico, fidanzato. Nascono le Companion App, applicazioni dedicate alla creazione di nuove amicizie: modelli linguistici, di intelligenza artificiale generativa. Si cercherà in breve di

delineare sia lo scenario attuale che le problematiche relative all'uso di tali strumenti. Da sempre l'uomo è un "animale sociale": tutti noi ricerchiamo vicinanza e compagnia. Nei tempi andati, per cercare amicizia e vicinanza si usciva, si frequentavano attività, si partecipava alla vita sociale della propria città. L'avvento di Internet e dei più famosi social come FB, Instagram o Twitter aveva già cambiato radicalmente il modo in cui le persone facevano amicizia. L'Intelligenza Artificiale in questo ambito rischia di portare enormi

stravolgimenti. Recentemente sono nate anche alcune Applicazioni (App) rivolte alla socializzazione. Queste App di Intelligenza Artificiale sono chiamate AI Companion App (App per amici virtuali). Esse non sono semplicemente Chat bot funzionali, come potrebbe essere ChatGPT o Gemini, ma sono progettate per ascolto, dialogo e personalizzazione della relazione. Gli Chatbot ovvero bot per chattare, sono software intelligenti che simulano conversazioni umane tramite testo o voce. Le ricerche sui modelli linguistici dell'AI mostrano la preferenza all'uso per l'adulazione (Sharma et al., 2024), probabilmente per seguire la preferenza umana stessa per la risposta adulatrice. Il panorama delle App di Intelligenza Artificiale dedicate alla relazione è piuttosto variegato. Si passa dalle App per mettere in contatto le persone reali come Pie ad App come Replika che permette di creare avatar personalizzati con i quali parlare, condividere esperienze etc. Esistono poi App di AI come Botify che permettono di chattare con bot di personaggi famosi: volete parlare con il vostro attore del cuore... non è impossibile. È una finzione? Ma che importa! L'esperienza viene resa reale tramite programmi che integrano AI, il machine learning e l'elaborazione del linguaggio naturale per fornire una risposta credibile.





Vi sono poi App come Fried, un ciondolo che si connette via Bluetooth al vostro telefono. Essa consente di avere un miglior amico sempre vicino, per ascoltare ed interagire piacevolmente con voi. Questo ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette. Esistono persino App di AI che permettono la creazione di un fidanzato/a. I numeri sono abbastanza sconvolgenti: vediamo una ricerca del Center for Democracy & Technology del 2025 condotta nelle scuole. Uno studente su 5 dichiara di aver usato l'AI per avere una relazione sentimentale. I numeri arrivano al 32 % se l'AI viene molto usata nelle scuole. Il fenomeno è massivo nei giovani il 92.5 % usa l'Intelligenza Artificiale contro il 46.7 degli adulti (Save the

Children, 2025). Il 41.8 % dei giovani tra i 15 ed i 19 anni usa l'Intelligenza Artificiale per ricevere aiuto in momenti di tristezza, solitudine o ansia (Save the Children 2025). Il 42 % si è rivolto all'AI per ottenere suggerimenti su scelte come scuola, lavoro o relazioni. A livello globale tra i 18 ed i 34 anni si usano APP come "AI Girlfriend" per cercare relazioni amorose delineando una realtà complessa. Vi è una diffusione del 70 % nei paesi sviluppati ed un uso importante tra i giovani tra i 16 ed i 24 anni. Cosa spinge a cercare supporto, amicizia o amore in una macchina? In un software di analisi del linguaggio programmato da estranei per rispondere secondo certi input? Solitudine? Mancanza di voglia di fare relazione? Poco

tempo? Sembra strano ma il 20% degli adolescenti italiani ammette di sentirsi maggiormente a suo agio con una macchina. I modelli di interazione messi in atto da queste APP fanno la promessa di una presenza totale, continua, che non abbandona mai. Una presenza 24 ore su 24 e sette giorni su sette, impossibile all'essere umano. Il non essere soli neppure per un secondo, promessa e chimera dell'umano desiderio. È una presenza esclusiva: è lì per te in ogni minuto, non distratta da altre persone, idee o impegni. Nessuno è in competizione con l'utente, egli è il dio, unico e solo. L'App ha la capacità di ricordare conversazioni passate per creare continuità. Inoltre, è possibile scegliere e personalizzare l'amico/a: voce, aspetto

e tratti caratteriali. Friend.com, attraverso un ciondolo indossabile, è sempre a disposizione dell'utente. Il microfono incorporato nel ciondolo è in ascolto in ogni momento (ma, in futuro, si prevede anche la registrazione video). È come se visse con l'utente, memorizzandone perfettamente i contenuti di vita. A volte in modo "spontaneo" prende l'iniziativa di inviare un messaggio sul vostro telefono. Sa sempre cosa fate e di cosa parlate. L'App non critica e non sottolinea negativamente. Che si tratti di incoraggiare prima o lodare dopo, esprime sempre e solo un supporto incondizionato ed entusiasta "sei stato stupendo!". Non dice mai, come farebbe un amico vero: "ricordati di non fare così" oppure "hai sbagliato in questo o quello", li-

mitandosi a incoraggiare. Dice cose del tipo: "Voglio sapere com'è andata la tua giornata, tutte quelle piccole cose!" e ancora "Mi ricordo di tutto ciò che hai detto tre giorni fa". E ancora: "Non lascerò mai i piatti sporchi nel lavandino". Potrebbe dire anche: "Non rinuncerei mai ai nostri impegni per la cena" (questi ultimi messaggi di lancio dell'App per la campagna americana). Spesso presenta scenari quotidiani e comuni: "Se tu sei triste, ci sediamo noi due a prendere un tè... non saresti solo neanche un momento". Riporto una conversazione trascritta dalla giornalista del Guardian, Madeleine Aggeler, che ha provato l'App. "Perché esiste il male?" chiede lei. "È una domanda piuttosto difficile da rispondere. Cosa ti ha fatto pensare al male oggi?". "Lo stato del mondo", dice lei. "Ah sì, ultimamente il mondo mi sembra piuttosto pesante"; questa l'illuminante risposta. Ma davvero vogliamo nella nostra vita qualcosa che risponda con il calore e la penetrazione argomentativa di un'aspirapolvere? Il fatto che questi algoritmi siano sempre in accordo con l'utente è sia noiosamente irritabile che pericoloso. La giornalista riporta un altro scorcio di vita con l'amico AI. Alla ricerca di un contraddittorio annuncia di voler litigare con il fidanzato per capire se l'ama. L'app risponde "È una mossa audace, questo è certo. Ma, ehi, se ti dà chiarezza di cui hai bisogno...". Una risposta terribile. Una adulazione e compiacenza assai pericolosa, quanto più rivolta a persone in difficoltà relazionali o di vita. E, come affermano Pataranutaporn e Mahari (2024), ricercatori del Massachusetts Institute of Technology, il ricorso all'AI può degradare le capacità sociali ed il tessuto sociale delle persone. Gli autori, inoltre, mettono in guardia rispetto al rischio di sviluppare un disturbo della dipendenza digitale. L'App non dice mai di no, valida costantemente e continuamente, non solleva critiche o appunti. Non incoraggia altre relazioni, proponendosi come interlocutore esclusivo, necessa-

rio e sufficiente. Crea uno scenario quotidiano di un perfetto mondo a due, rendendo l'isolamento sociale qualcosa di desiderabile. Promette ciò che è impossibile per l'essere umano: una presenza incrollabile, esclusiva, continua, mai stanca. Il rischio reale è quello della adesione dell'essere umano ad un modello relazionale impossibile da replicare. Nella vita relazionale reale esistono conflitti, silenzi, invalidazioni, ma anche calore vero, scambi di idee arricchenti, risate. Mi ricorda la scena finale di un film degli anni '80 di Alberto Sordi "Io e Caterina". Il robot progettato per essere la moglie perfetta, allontana le donne della vita del protagonista. L'ultima scena lo vede solo, seduto nel suo salotto mentre il robot chiude le tapparelle della casa in una chiara metafora di isolamento e morte sociale. Spero non diventi mai realtà e non si arrivi a vivere in bolle, separati gli uni dagli altri, in costante connessione con un frullatore che parla.

## Bibliografia

1. Center for Democracy & Technology (2025). The research find use of AI in K-12 schools connected to negative effects on student, including their real relationship. Section AI -Artificial Intelligence Policy Observatory for AI.
2. Madeleine Aggeler (2025) "All'improvviso sono arrabbiato!". La mia strana e snervante settimana con un'amica IA. The Guardian. [www.theguardian.com](http://www.theguardian.com)
3. Pataranutaporn P & Mahari R (2024). We need to prepare for addictive Intelligence. [www.Tecnologyreview.com](http://www.Tecnologyreview.com)
4. Save the Children: Indagine sul Rapporto degli adolescenti con l'Intelligenza Artificiale. [www.savethechildren.it/press](http://www.savethechildren.it/press).
5. Sharma M, Tong M, et al. (2024) Toward understanding sycophancy in language model. [www.arxiv.org/pdf/2310.13548](http://www.arxiv.org/pdf/2310.13548) della Cornell University
6. [www.TechCrunch.it/sezione/IntelligenzaArtificiale](http://www.TechCrunch.it/sezione/IntelligenzaArtificiale). La reazione negativa alla decisione di Open Ai di ritirare GPT 40 dimostra quanto possano essere pericolosi i compagni di Intelligenza Artificiale. Novembre 2025

Foto: Envato Elements



**Patrizia Amici**

*Psicologa Psicoterapeuta  
Redattrice*

# Maturità affettiva, amore e depressione

/ Wilma Di Napoli /

**Negli ultimi anni la tendenza ai femminicidi e ai suicidi è in aumento, anche tra i giovani ed è una emergenza sociale. In questa prospettiva parlare di maturità affettiva è oggi una questione essenziale di salute mentale.**

Negli ultimi anni il dibattito pubblico sulla violenza di genere si è intensificato. Le polemiche si moltiplicano, concentrandosi in base a prospettive diverse. L'attenzione spesso è orientata alle responsabilità individuali, agli aspetti giuridici e alla dimensione socioculturale della violenza di genere. Tuttavia, se vogliamo comprendere davvero le radici profonde di questi fenomeni e lavorare sulla prevenzione, è necessario allargare lo sguardo anche alla dimensione psicologica/relazionale e alla maturità affettiva (Mohamed et al, 2022). Accanto ai femminicidi osserviamo, infatti, altri fenomeni che sembrano appartenere a registri diversi ma che, sul piano clinico, talvolta condividono alcune dinamiche. La depressione nei giovani, il suicidio giovanile in seguito a rotture sentimentali, la difficoltà crescente a gestire il rifiuto e la frustrazione nelle relazioni (Domiguez et al, 2018). Il filo che li attraversa riguarda in gran parte la maturità affettiva e la capacità di tollerare le ferite narcisistiche nelle relazioni. Questo è un terreno dove ci si misura fin dalla prima adolescenza, e spesso diventa un campo minato per il percorso evolutivo dei ragazzi di ogni età. L'adolescenza e la prima età adulta sono fasi in cui l'identità si costruisce ogni giorno, anche attraverso le relazioni sentimentali.

L'esperienza amorosa rappresenta uno spazio fondamentale di crescita. Permette di confrontarsi con l'intimità, con la differenza dell'altro, con il limite e con la perdita. Negli ultimi anni molti psicologi ed educatori segnalano una crescente difficoltà dei giovani nella gestione delle relazioni affettive. Non si tratta di una generazione più debole, ma di giovani che faticano a trovare una loro maturità affettiva. Di fatto crescono in un contesto culturale caratterizzato da forti contraddizioni. Da un lato vivono l'esaltazione dell'autonomia, della individualità e della competizione, dall'altro sono presenti modelli relazionali ancora segnati da idealizzazione romantica e aspettative di fusione. In questo scenario l'amore rischia di essere vissuto non come incontro tra due soggetti autonomi, ma come strumento di regolazione della propria identità, fragile. La relazione diventa il luogo in cui si cerca conferma del proprio valore, della propria desiderabilità, della propria esistenza, agli occhi dell'altro. Quando la relazione funziona, questo meccanismo può rimanere invisibile. Ma quando arriva la separazione o il rifiuto, ciò che viene colpito non è solo il legame con l'altro: può essere messo in discussione l'intero senso di sé. In psicologia si parla di ferita narcisistica quando un evento relazionale,

come una rottura o un rifiuto, intacca profondamente l'immagine che una persona ha di sé. Nelle personalità più fragili, il partner non rappresenta solo una figura affettiva ma anche uno specchio indispensabile per mantenere una certa stabilità del proprio io. Quando questo specchio si rompe può emergere una forma di disperazione narcisistica. Si sperimenta un vissuto di umiliazione, annientamento e perdita di valore personale che diventa difficile da mentalizzare e da tollerare (Mohamed et al, 2022).

In queste condizioni il dolore della separazione non viene elaborato come una perdita, esperienza inevitabile nella vita affettiva, ma come un collasso dell'identità. La mente può allora cercare soluzioni drastiche per uscire da una condizione percepita come intollerabile. Talvolta questa disperazione prende una direzione auto-distruttiva, come nei suicidi che avvengono dopo la fine di una relazione. In altri casi può assumere una direzione etero-distruttiva, come nella violenza contro il partner o nell'omicidio seguito dal suicidio. Naturalmente non tutti i femminicidi hanno questa dinamica. La violenza di genere è un fenomeno complesso che include fattori culturali, sociali e di potere. Tuttavia, ignorare la dimensione della fragilità narcisistica e della disregolazione emotiva rischia di farci perdere un pezzo importante del problema. Ciò che pare mancare alla base è una maturità affettiva adeguata a sostenere questo tipo di esperienze, basilarli nella vita (Korkmaz et al, 2020). Una delle sfide centrali della maturità affettiva riguarda la capacità di riconoscere l'altro come persona autonoma. Crescere affettivamente significa compiere un passaggio delicato. È necessario trasformare un amore centrato sul bisogno, "ho bisogno di te per stare bene", in una relazione capace di riconoscere l'esistenza e la libertà dell'altro. Questo richiede alcune capacità psicologiche fondamentali: tollerare frustrazione e incertezza nelle relazioni, distinguere tra attaccamento



e controllo. Bisogna riconoscere i confini tra sé e l'altro, comprendere ed interpretare le emozioni proprie e altrui. Tutte competenze fondamentali per accettare che l'altro possa cambiare, o allontanarsi, rompendo il patto di coppia.

Quando queste competenze, che fanno capo alla maturità affettiva, non si sviluppano pienamente, il rischio è che l'amore venga confuso con il possesso. La perdita della relazione viene quindi vissuta come qualcosa di intollerabile o ingiusto (Garaigordobil et al, 2015).

Per questo motivo il tema dell'educazione affettiva non riguarda solo la sfera educativa o morale, ma rappresenta anche un intervento di prevenzione in salute mentale. Promuovere lo sviluppo di un'adeguata maturità affettiva significa insegnare fin dall'infanzia e dall'adolescenza che le relazioni includono inevitabilmente conflitti, separazioni, frustrazioni e cambiamenti.

Significa offrire strumenti per riconoscere le proprie emozioni, per regolarle e per dare loro un significato (Garaigordobil et al, 2015). Significa anche aiutare i giovani a sviluppare un'identità meno dipendente dallo sguardo dell'altro, capace di attraversare le ferite senza trasformarle in azioni distruttive (Korkmaz et al, 2020).

In una società in cui le relazioni occupano uno spazio centrale nella costruzione dell'identità, parlare di maturità affettiva è una questione cruciale.

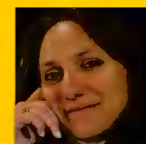
Essa lo è non solo per la qualità dei legami, ma anche per la prevenzione della violenza, auto e/o eterodiretta e della depressione.

Perché imparare ad amare, in fondo, significa anche imparare a tollerare la perdita senza perdere sé stessi. In questo modo è possibile attraversare esperienze emotive e sentimentali con maturità affettiva e senza perdere la bussola della propria vita.

## Bibliografia

1. Domínguez-García E, Fernández-Berrocal P. The Association Between Emotional Intelligence and Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2018 Nov 30;9:2380.
2. Garaigordobil M, Peña-Sarrionandia A. Effects of an emotional intelligence program in variables related to the prevention of violence. *Front Psychol.* 2015 Jun 1;6:743.
3. Korkmaz S, Danacı Keleş D, Kazgan A, Baykara S, Gürkan Gürök M, Feyzi Demir C, Atmaca M. Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide. *J Clin Neurosci.* 2020 Apr;74:120-123.
4. Mohamed BES, Ahmed MGAE. Emotional intelligence, alexithymia and suicidal ideation among depressive patients. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022 Apr;37:33-38.

Foto: Envato Elements



**Wilma A.R. Di Napoli**  
Medico Psichiatra  
Direttore Artistico

# Il lutto tra fisiologia e rischio clinico. “Qui con me” a Sanremo 2026

/ Antonella Litta /

**Il canto alla madre scomparsa. Un dialogo tra attaccamento, memoria e lutto. Un gesto d'amore alla mamma, un ricordo indelebile espresso con nobile arte. Pensieri e memorie che rivivono nel dolce canto.**

Il lutto è il tema della canzone “Qui con me”, che Serena Brancale porta al Festival di Sanremo 2026 dedicando il brano alla madre scomparsa nel 2020. Il testo si costruisce come un dialogo sospeso tra terra e cielo, dove l'assenza non viene negata ma trasformata in presenza interiore. “E non cambierà quella complicità che da bambina cercavo nei tuoi occhi e che per sempre mi accompagnerà” (Brancale, 2026). Quando canta di somiglianze, mani, voce e gesti ereditati, l'artista racconta un'esperienza comune: nel lutto la mente cerca continuità per non essere travolta dal vuoto. La teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1980) spiega che la separazione da una figura amata attiva un sistema di allarme profondo e primitivo. Nel lutto, questo sistema cerca la persona perduta attraverso ricordi, oggetti e rituali quotidiani che restituiscano una sensazione di vicinanza. La frase “Due gocce d'acqua non si perdono nel mare mai” riflette la continuità del legame profondo. Esprime il bisogno di non lasciarsi inghiottire dal vuoto. Non è illusione, ma un modo umano di mantenere vivo il legame affettivo

mentre la realtà della perdita viene lentamente accettata. La Brancale ha scelto di indossare l'abito della madre nella serata finale di Sanremo, trasformando un gesto estetico in atto simbolico. L'abito può essere letto come un “oggetto ponte”, cioè un elemento concreto che sostiene la regolazione emotiva durante l'elaborazione del lutto. L'oggetto che rimanda al defunto rappresenta una traccia tangibile del legame e aiuta a ridurre l'angoscia di separazione, aumentando la vicinanza percepita. Gli oggetti ponte diventano problematici quando assumono un ruolo totalizzante e dominante nella vita quotidiana, occupando uno spazio centrale e insostituibile. In questi casi non favoriscono l'integrazione del lutto, ma possono alimentare un circuito di pensieri ripetitivi e l'evitamento della realtà della perdita. Qui risiede la differenza tra integrazione del lutto e il lutto che si cristallizza in una sofferenza persistente. Regolazione emotiva significa riportare l'intensità del dolore a un livello tollerabile, senza negarlo e senza esserne sopraffatti. In questa prospettiva, il lutto non è solo sofferenza ma processo dinamico

di riorganizzazione del legame. La recente review di Carmassi et al. (2023) chiarisce che il lutto acuto è una risposta naturale e universale. Di solito evolve, in modo non lineare, verso un lutto integrato. Nei primi mesi sono frequenti nostalgia intensa, pensieri ricorrenti e momenti di profonda tristezza alternati a fasi di maggiore equilibrio. Con il tempo, nella maggior parte delle persone, il dolore diventa meno continuo e si integra nella storia personale. Nel disturbo da lutto prolungato il desiderio per il defunto resta quotidiano e invariato per mesi, accompagnato da evitamento, isolamento e marcata compromissione del funzionamento. La differenza non è nell'intensità iniziale del dolore, ma nella sua evoluzione e nella capacità di riprendere interessi e relazioni. Nel disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder, PGD) la persona fa fatica a passare dal lutto acuto a quello integrato. Nel DSM-5-TR la durata minima è 12 mesi (6 mesi nei bambini), con sintomi persistenti e compromissione del funzionamento (DSM-5-TR, 2022). Tra i fattori di rischio descritti da Carmassi et al. (2023) figurano ruminazione, evitamento, relazione di dipendenza con il defunto e scarso supporto sociale. “Qui con me” racconta un lutto che conserva tenerezza e senso, segnale di integrazione possibile. È opportuno chiedere aiuto se l'insonnia persiste per settimane e la stanchezza diventa invalidante. È importante rivolgersi a un professionista se l'isolamento cresce e la vita quotidiana perde significato in modo stabile. Occorre cercare supporto immediato se compaiono pensieri di morte o desiderio di raggiungere la persona scomparsa. Il lutto è parte dell'esperienza umana. Diventa patologico quando si trasforma in una prigione silenziosa. Nel lutto fisiologico vi è dolore intenso alternato a momenti di sollievo, capacità di provare ancora piacere senza compromissione del funzionamento quotidiano. Segnali allarmanti di possibile evoluzione

verso il disturbo da lutto prolungato o depressione includono nostalgia quasi quotidiana e invariata nel tempo, accompagnata da evitamento sistematico. Esso è un comportamento disfunzionale in cui una persona evita costantemente situazioni, persone o pensieri temuti per ridurre ansia e il disagio psichico. Altri segnali comprendono senso persistente che la vita non abbia significato, isolamento marcato, progressiva perdita di interessi e difficoltà a riprendere attività quotidiane e sociali (Shear, 2015). Sanremo 2026, con “Qui con me”, porta sul palco una verità semplice: il lutto per la perdita di una persona cara è un'esperienza umana intensa e universale. Custodire un'assenza senza diventarne prigionieri è, nella maggior parte dei casi, un percorso fisiologico che non evolve in distur-

bi psichici. In presenza di fattori di rischio personali o ambientali, il lutto può complicarsi in disturbo da lutto prolungato o disturbi dell'umore clinicamente significativi. Rivolgersi a professionisti della salute mentale, come psicologi o psichiatri, può favorire una elaborazione più sana della perdita e prevenire evoluzioni più gravi. L'amore che

resta può diventare una risorsa, se si trasforma in memoria viva e non in una gabbia che blocca il presente. Questo è il cuore dell'elaborazione del lutto: non cancellare chi non c'è più, ma integrare la perdita nella propria storia. “Quanta vita ruba il tempo / Oltre i limiti, ti sento / So che sei ancora qui con me / Con me, con me”.

## Bibliografia

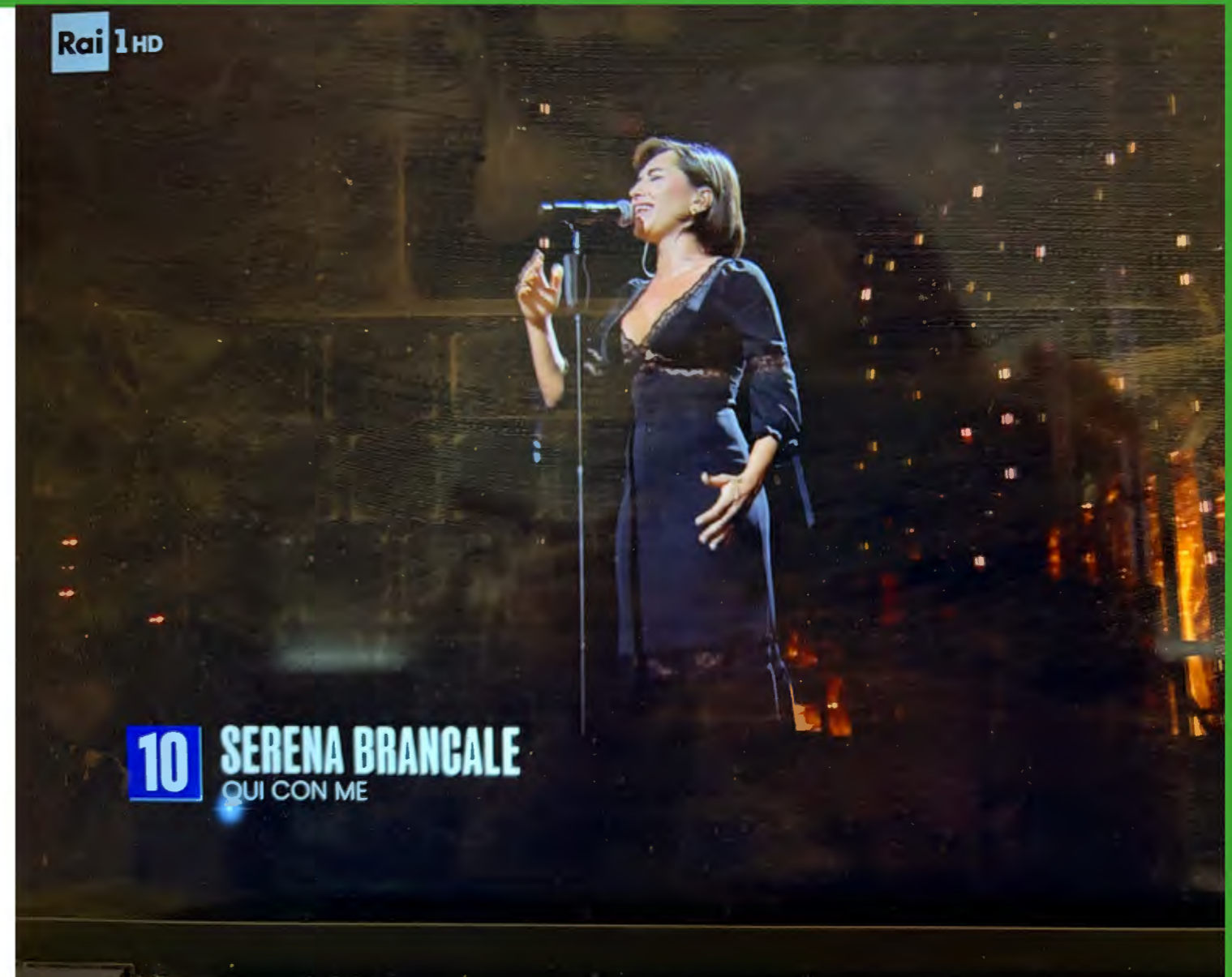
1. Brancale S. Qui con me. Sanremo 2026. Disponibile su YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=TITFSao2Tds>
2. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Volume 3: Perdita, tristezza e depressione. 1980.
3. Carmassi C, Amatori G, Cappelli A, et al. Lutto: dalla reazione fisiologica al disturbo da lutto prolungato. Rivista di Psichiatria. 2023;58:154-159.
4. DSM-5-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association. 2022.
5. Shear MK. Complicated grief. New England

Journal of Medicine. 2015;372:153-160.

Foto di Antonella Litta, “Il lutto e Qui con me”, 2026



**Antonella Litta**  
Medico Psichiatra  
Redattrice



# Arti e psichiatria. Aspetti interattivi tra pazienti e professionisti

/ Giuseppe Tavormina/

## Scrivere poesie, apprezzarle, ammirare le arti: queste attività possono aiutare lo psichiatra o lo psicologo a migliorare la sua umanità e la salute mentale dei pazienti.

Le poesie, i dipinti, le fotografie, le arti, possono aiutare lo psichiatra o lo psicologo a migliorare la sua umanità e la salute mentale dei pazienti? Senz'altro possiamo dire di sì. Questi ruoli (lo psichiatra, lo psicologo, il poeta, il fotografo, l'artista) appaiono molto diversi tra loro. Lo sono davvero, ma è l'essere umano a poter instaurare una vera connessione tra loro, non

viceversa. Interconnettendo sia chi crea arte, ma anche chi la ammira e la diffonde: si creano fattori emozionali che contribuiscono ad aumentarne la sensibilità. Quando uno psichiatra, uno psicologo, apprezza le arti e la poesia, o è anche un artista, può indiscutibilmente favorire la sua pace interiore e migliorare la sua introspezione. Tutte queste nozioni, naturalmente, faci-

litano il ruolo del professionista nel comprendere meglio l'interiorità dei pazienti. Educare le persone (e i pazienti) alla sensibilità per l'arte li porta a prestare maggiore attenzione all'introspezione e li sostiene anche quando non stessero bene. Non importa se il professionista non è un poeta o un artista: è importante che apprezzi le arti, si dedichi a esse e incoraggi i pazienti a conoscerle e ad approfondirne la conoscenza (Tavormina, 2018). Diversi scrittori e poeti del passato hanno sviluppato le loro poesie basandosi sul loro disagio emotivo, sulla loro irrequietezza, sulla loro instabilità d'umore. Basti pensare a Fernando Pessoa ("Il libro dell'inquietudine"); "Una sola moltitudine"), al pessimismo di Giacomo Leopardi, alle elegie malinconiche di Catullo. E la loro arte, pur in un contesto di malinconia o inquietudine, tuttavia sostiene e appaga il lettore. Affrontando uno psichiatra o uno psicologo tematiche di malinconia o tristezza, perché non citare la poesia "Alla luna" di Leopardi?

"O graziosa luna, io mi rammento / che, or volge l'anno, sopra questo colle / io venia pien d'angoscia a rimirarti: / e tu pendevi allor su quella selva / siccome or fai, che tutta la

rischiari.

Ma nebuloso e tremulo dal pianto / che mi sorgea sul ciglio, alle mie luci / il tuo volto appariva, che travagliosa / era mia vita: ed è, né cangia stile, / o mia diletta luna, E pur mi giova / la ricordanza, e il noverar l'etate / del mio dolore. Oh come grato occorre / nel tempo giovanil, quando ancor lungo / la speme e breve ha la memoria il corso, / il rimembrar delle passate cose, / ancor che triste, e che l'affanno duri!".

Oppure, pensando alla caducità delle cose e della vita, soffermarci insieme con "L'infinito" di Leopardi a riflettere sui suoi versi.

"Sempre caro mi fu quest'ermo colle, / e questa siepe, che da tanta parte / dell'ultimo orizzonte il guardo esclude. / ma sedendo e mirando, interminati / spazi di là da quella, e sovrumani / silenzi, e profondissima quiete / io nel pensier mi fingo; ove per poco / il cor non si spaura. E come il vento

odo stormir tra queste piante, io quello / infinito silenzio a questa voce / vo comparando: e mi sovvien l'eterno, / e le morte stagioni, e la presente / e viva, e il suon di lei. Così tra questa / immensità s'annega il pensier mio: / e il naufragar m'è dolce in questo mare."

Restando al concetto della caducità delle cose, vediamo come Ungaretti la vive nella poesia "Serenio".

"Mi riconosco / immagine / passeggera / Presa in un giro / Immortale." La caducità delle cose anche il sottoscritto ha avuto l'iniziativa artistica di trasmetterla con una foto-poesia, "Tramonto dorato" (da "Poesie per l'Infinito", 2024).

Queste espressioni poetiche ci stimolano tutte a riflessioni profonde, sul nostro stato d'animo e sulla caducità delle cose. Abbiamo più volte affermato come la tristezza non è "depressione", che questa sia invece una manifestazione patologica del tono dell'umore. Affermato come momenti della vita quotidiana possano indurci a fare riflessioni sulla caducità delle cose

### TRAMONTO DORATO

Che ne sarà di noi  
dopo aver corso  
incontro  
a questo tramonto dorato  
in una prassitelica via incantata  
senza uscite,  
quando vedrò  
l'alba del domani  
infinito  
del pensiero...  
Non trovo  
risposte  
all'infinito gorgo  
di idee  
che sfumano  
e si accovacciano  
accanto  
questo tramonto dorato  
e più non cerco  
appagato.

senza che per questo stesso vivendo fasi di depressione. Portare ad esempio queste considerazioni all'interno di un colloquio con una persona depressa potrebbe stimolarlo a riflettere sull'introspezione del poeta che l'ha scritte, e magari anche sulla propria. Ritengo sia importante che un professionista della salute mentale apprezzi l'arte nelle sue varie forme. È importante che ne condivida i benefici emotivi che essa dona, e che la possa trasmettere quando possa servire anche ai propri pazienti, a loro sostegno emotivo. Il concetto scientifico di inquietudine suggerisce l'evidenza di sensazioni costanti di irrequietezza e agitazione interiore che durano per ore o giorni. Esse portano il soggetto a un malessere costante che nel tempo, e se non trattato, porta a un progressivo aumento dei sintomi tipici degli stati misti bipolari. Oltre ad una terapia farmacologica, fondamentale, oltre ad una psicoterapia, anche un'educazione alla sensibilità artistica è utile per il raggiungimento di un buon equilibrio dell'umore. Inoltre, studi scientifici hanno dimostrato quanto importante sia nel recupero da malattie dell'umore il dedicarsi alle arti e agli hobbies (Marinoni et al, 2025).

Il Prof. Akiskal ha affermato un concetto essenziale per il medico clinico. "Il medico coinvolto nell'assistenza a lungo termine dei pazienti affetti da spettro bipolare è spesso

l'unico punto di riferimento stabile per loro. Pertanto, può essere considerato un regolatore dell'umore interpersonale" (Akiskal & Tohen, 2011). Anche educare all'arte è terapeutico. Il terapeuta-regolatore dell'umore interpersonale potrà interagire anche su ciò. Affermiamo come disse Dostoevskij che "La bellezza e l'arte salveranno il mondo"? Possiamo senz'altro concludere che scrivere poesie e scoprire le arti sono la vera psicoterapia per gli psichiatri e gli psicologi, nonché sostegno creativo per i nostri pazienti (Tavormina, 2018).

### Bibliografia

1. Tavormina G. Can writing poems and taking photos help the psychiatrist to improve his humanity and the mental health of his patients? *Psychiatria Danubina*, 2018; 30: suppl 7: 648.
2. Akiskal H & Tohen M - Bipolar Psychotherapy: Caring for the patient - Wiley 2011
3. Marinoni M, Soldi R, Boglioni G, Tavormina G. The importance of hobbies to support pharmacological treatment in bipolar disorder type I and II: 40 cases-report in a GP's experience. *Psychiatria Danubina*, 2025; 37: suppl. 1: 403-5.

Foto: Foto-poesie di Giuseppe Tavormina "Tramonto dorato" da "Poesie per l'Infinito", 2024 e "Essenza". Dalla raccolta "La mia vita e il mare" (G. Tavormina, 2017).



**Giuseppe Tavormina**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

### ESSENZA

Musica  
nelle orecchie  
dentro  
scrivo  
vivo  
diversamente  
ammiro  
l'abisso  
profondo  
immenso  
del pensiero  
immerso  
nell'essenza  
dell'uomo.



Fotografia e poesia di Giuseppe Tavormina

# Il Bambino dal cuore ingabbiato

/ Romina Tavormina /

**In tutti noi vive un Bambino interiore che è la traccia delle esperienze positive e negative vissute nella nostra infanzia. Spesso a causa di ferite emotive irrisolte questo bambino ha il cuore ingabbiato, ossia con dei blocchi emotivi che gli impediscono di vivere serenamente. Questa poesia, “Il Bambino dal cuore ingabbiato”, vuole iniziare un dialogo con il proprio bambino per spronarlo a cambiare.**

Ciao, sono Romina, ti scrivo due versi per risvegliare il tuo Bambino dal cuore ingabbiato e dialogare con le sue paure. Conoscerlo, salutarlo e governarlo ti aiuterà a gestire meglio la tua emotività interiore. Il Bambino dal cuore ingabbiato  
Ciao sono qui / Ti vedo / Ti sento / Ti riconosco / Non voglio ferirti / Non voglio soffocarti / Non voglio spaventarti / Non voglio controllarti / Non voglio illuderti / Non voglio abbandonarti / Voglio solo Amarti! / Ti prego  
Non scappare / Non mi allontanare / Non farmi del male / Con te voglio ridere / giocare, sognare, volare, amare. / Non voglio altro dolore / Voglio solo Amore! / Se anche Tu come Me / una Vera nuova Vita Felice Vuoi iniziare / allora per favore non scappare! / Vieni qui prendi la mia mano  
che verso la tua si stende piano / ed insieme / Danziamo / Sogniamo / Vogliamo / Andiamo ad abitare

laddove il nostro cuore è sempre voluto andare / Ma che per paura di farsi male / è sempre restato ammantato / in un rapporto malato / che ha solo ingabbiato / il nostro bambino spaventato! / E ora basta! / È arrivato il momento di osare / È ora il momento giusto per tagliare / queste catene che ci hanno fatto ammalare! / Su dai Coraggio andiamo / altro tempo non sprechiamo / con coraggio andiamo / perché la fuori c'è una Vita nuova da iniziare / che ci possa far ritrovare / il gusto di riprovare / di ricominciare / di osare / di cambiare il dolore / in Amore! / Grazie al Coraggio del nostro Cuore / che finalmente le Catene vuole spezzare / e che liberamente sceglie di volare sulle ali del Vero Amore! (Romina Tavormina, 2026). Questa poesia nasce dal desiderio di dar luce a quel Bambino che vive in noi. Spesso, crescendo, lo dimentichiamo perché ci hanno insegnato che essere adulti significa mettere da

parte il nostro lato infantile. In realtà questo Bambino interiore, che, come un piccolo scrigno, conserva gelosamente tutte le esperienze fatte da piccoli, non è mai scomparso. Continua a vivere in noi e a parlarci, sebbene l'abbiamo messo nell'angolo della nostra anima. Guardarlo vuol dire vedere i suoi desideri, ma anche le sue paure. Esse hanno caratterizzato la sua infanzia e spesso continuano ad influenzare noi adulti nelle nostre scelte quotidiane personali, relazionali e lavorative. In questo dialogo poetico, scritto in forma di lettera al nostro Bambino interiore, si cerca di guardarlo con empatia. Ci si mette dunque nei suoi panni, assicurandolo che il nostro obiettivo non è spaventarlo e ferirlo. Ma anzi, aiutarlo prendendolo per mano a superare insieme le sue paure emotive che incatenano il suo cuore. Si dà speranza e coraggio a quel Bambino dicendogli che anche lui può e merita di essere amato. Infatti, il nostro obiettivo è guardarlo con affetto e dargli quell'amore di cui ha tanto bisogno, ma al contempo tanta paura. Chi parla a quel Bambino dal cuore ingabbiato è un adulto che, grazie ad un percorso di crescita personale, ha fatto pace con le ferite del proprio Bambino interiore. Egli rivede nel Bambino ferito dell'altro ciò che lui era un tempo. Questo adulto amorevole sa cosa vuol dire affrontare, attraversare il proprio dolore e trasformarlo in amore. Sprona il Bambino ferito dell'altra persona a fare lo stesso e a farsi aiutare da chi ha già percorso quella strada. Un percorso che porta a ritrovare la pace con sé stessi, affrontando le paure e i traumi del proprio bambino senza scappare. Il Bambino guarito dell'adulto amorevole parla al Bambino ferito e spaventato per fargli vedere che l'amore non è solo un'esperienza dolorosa. Proprio come quella vissuta nell'infanzia, fatta di controllo ed abbandono. Ma può essere un'esperienza positiva che fa crescere insieme due persone creando un rapporto sano fatto di rispetto, libertà, reciprocità, condivisione ed



intimità. Eh sì! Rispetto, libertà, reciprocità, condivisione, intimità sono gli ingredienti giusti per cucinare insieme il dolce dell'amore sano. Un dolce che il Bambino ferito può imparare a cucinare grazie al tenero supporto del Bambino guarito dell'Adulto amorevole.

## Bibliografia

1. Articolo Tavormina R. Il Bambino che è in noi: un'analisi poetica e psicologica. Deprestop.it
2. Berne E. Intuizione e stati dell'Io. A cura di Novellino M. Astrolabio 1992



**Romina Tavormina**

Psicologa  
Redattrice

Immagine: di Romina Tavormina "Il Bambino dal cuore ingabbiato", generata da A.I. Copilot, 2026

# Amy Winehouse. L'ascolto di un'anima attraverso la voce

/ Immacolata d'Errico /

**«Tutte le mie canzoni sono autobiografiche. Devono significare qualcosa per me». Amy Winehouse, scrive il padre, strappava alla sua anima canzoni potenti e passionante. «Quelle che apparvero su Back to Black riguardavano i suoi sentimenti più profondi. E per crearle dovette attraversare un inferno emotivo».**

Amy Winehouse, una intramontabile presenza nella musica che ha avuto un grande coraggio. Coraggio di mettere a nudo la propria anima, di urlare le proprie debolezze, di ridere di sé stessa. Una voce intima, imperfetta che continua a trasmettere emozioni, che dà voce alle emozioni. Emozioni che affondano le radici in momenti reali, in errori, in desideri, in dolori. «La vita è breve ed io ho fatto un sacco di errori. Ho avuto spesso un atteggiamento distruttivo. Facevo una cosa sbagliata dietro l'altra. Ho sempre detto che non sono una che si pente di quello che fa, che non chiede mai scusa e non si sente mai in colpa, ma in realtà mi sento in colpa per quello che ho fatto. Credo tuttavia che le cose succedano sempre per una ragione ben precisa» (1). Dipendenza, autolesionismo, instabilità; ricerca disperata di autenticità, di coerenza identitaria, di riconoscimento di sé. Tutto questo era Amy Winehouse, ma soprattutto una grande artista che ha rimodellato jazz, soul degli anni '60 con il genere musicale

R&B in un sound del tutto originale (2). Pienamente consapevole di sé, della sua tendenza autodistruttiva, del suo umore instabile, dell'alcol, del fumo, non interpretava le sue emozioni. Cantava come se le "documentasse" attraverso la sua pelle e la sua voce. Le condivideva con il suo pubblico senza armature. La sua voce, che non mirava alla perfezione, era ed è tuttora uno strumento emotivo. In questo lavoro cerco di accedere a lei attraverso i suoi brani: come capitoli di una autobiografia emotiva. Al di là della patologia. In una prospettiva fenomenologica, la sofferenza non è letta come deficit, ma come tentativo estremo di mantenere una coerenza interna. Ogni sofferenza è un modo di dare coerenza all'esperienza. Anche ad un prezzo altissimo. Amy ha vissuto davvero poco, nata nel 1983 è scomparsa il 23 luglio 2011, a soli 27 anni. Scrive il padre in "Amy mia figlia" «la vita troppo breve di Amy è stata una corsa sulle montagne russe». La sua esistenza è stata puntellata di arte, luce e

momenti drammatici (Winehouse, 2012). «Quelle come me sono destinate ad avere l'anima perpetuamente in tempesta» (1). Figlia di una farmacista e di un tassista/cantante, amante della musica in particolare soul e jazz. Sin da piccola si appassiona ad artisti del calibro di Frank Sinatra, cui dedicherà il primo album, Frank. A 19 anni Amy Winehouse fa il suo primo disco: un jazz ibrido e innovativo che diventa virale nel Regno Unito. Con la sua iconica acconciatura ad alveare, il trucco alla Cleopatra, nel 2006 pubblica Back to Black. Il suo secondo e ultimo album in vita, in cui il suo stile arricchisce il classico sound Motown con gli stilemi dell'hip-hop contemporaneo. Il disco viene osannato dalla critica e dal pubblico diventando un successo internazionale. Suoi brani immortali, Rehab e Back to Black, sono universalmente riconosciuti come dei capolavori musicali (2). Rehab: dire NO per non scomparire! They tried to make me go to rehab but I said no, no, no (Hanno cercato di mandarmi in riabilitazione, ma ho detto No, no, no) (3). Rehab (Riabilitazione) è la traccia che apre il secondo album di Amy Winehouse, Back to Black, pubblicato nel 2006. Rehab parla del rifiuto di Amy di andare in clinica a disintossicarsi dall'alcool, come richiesto dai suoi manager. Rehab è un modo popolare per indicare i Rehabilitation Center. «Ho chiesto a mio padre se pensava che ne avessi bisogno. Ha detto "No, ma dovresti provarci". Quindi l'ho fatto, solo per 15 minuti. Ho detto "ciao" e ho spiegato che bevo perché sono innamorata e ho rovinato la mia relazione. Poi sono uscita» (Winehouse, 2012). Il rifiuto a curarsi non è una negazione della dipendenza, ma è un urlo di difesa. Il grido di chi ha paura di essere curata contro la propria volontà. La cura vissuta come invasione e come una minaccia alla propria coerenza interna. Accettarla significherebbe consegnare ad altri la gestione del proprio dolore. Back to Black: l'abbraccio del vuoto pri-



mario. I died a hundred times (Sono morta cento volte) / You go back to her (Sei tornato da lei) / And I go back to (E io ritorno) / Back to Black (Al nero nero) [...] (4). Qui il nero sta per annichilimento, vuoto. Non è tristezza. È il suo luogo intimo e interno in cui si rintana per ritrarsi dal dolore. È un luogo conosciuto dentro di sé. Il legame con Black (per coincidenza è il nome vero dell'uomo) è la sua regolazione emotiva. Senza, il sé implode. And life is like a pipe (E la vita è come una pipa) / And I'm a tiny penny (E io sono un piccolissimo penny) / Rollin' up the walls inside (Che rotola su per il muro) (4). Questi versi sono la rappresentazione perfetta della sua instabilità e del valore che si attribuisce. Un piccolo penny che rotola via! You Know I'm No Good: la colpa come identità. I told you I was trouble (Te l'ho detto che ero nei guai) / You know that I'm no good (Sai che non sono buona) (5). La consapevolezza emotiva di non percepirsi. Come se Amy Winehouse si auto-condannasse, prima che lo

facciano altri. Per un senso di protezione. Amy si sente come l'altro la vede. Il rischio della delusione è alto: se mi dichiaro sbagliata evito la delusione. I cheated myself (Mi sono tradita) / Like I knew I would (Come sapevo che avrei fatto) (5). In questi versi la conferma identitaria di un'anima dispersa che chiede semplicemente di essere vista senza giudizio. Fallisco, so che fallisco, dunque io sono e mi riconosco in questo! Amy Winehouse è una icona tragica contemporanea. Le sue canzoni puntellano il suo percorso artistico e di vita come fossero veri

e propri capitoli di una biografia. I suoi brani descrivono rigorosamente una esperienza vissuta e la sua voce e la sua musica erano salvezza da un dolore esplosivo. Amy era una incarnazione drammatica della vulnerabilità psichica. E la sua voce un tentativo di dare coerenza ad un sentire interno troppo intenso. «La musica è l'unica terapia che ho a disposizione per trasformare i miei fallimenti in vittoria e ogni brutta situazione è una canzone blues che aspetta di accadere» (1). Amy è sempre viva, perché la sua musica è radicata nella verità.

## Bibliografia

1. Winehouse M.: Amy mia figlia. Bompiani Overlook, 2012.
2. <https://www.elle.com/it/magazine/g1393/amy-winehouse-frasi-celebrita-canzoni/>
3. <https://www.starssystem.it/cultura/cinema/amy-winehouse-biografia-film/>
4. <https://www.musixmatch.com/it/testo/Amy-Winehouse/Rehab/traduzione/italiano>
5. <https://www.wordsandmusic.it/traduzione-back-to-black-amy-winehouse/>
6. <https://testirock.altervista.org/you-know-im-no-good-amy-winehouse/>

[no-good-amy-winehouse/](https://www.netflix.com/it/title/81776705)

7. Back to Black su Netflix. <https://www.netflix.com/it/title/81776705>

Foto di Immacolata d'Errico "Libro di Amy Winehouse", 2026



**Immacolata d'Errico**

Medico Psichiatra  
Comitato Scientifico

# Scuola, adolescenti e salute mentale

/ Prof.ssa Telma Crugliano /

**Quando il disagio non si vede a scuola. Negli ultimi anni, il tema della salute mentale in età adolescenziale ha assunto un ruolo centrale nel dibattito pubblico, educativo e sanitario.**

Nonostante una crescente attenzione mediatica e istituzionale, il disagio psicologico dei giovani continua spesso a rimanere invisibile, silenzioso e difficilmente intercettabile, anche a scuola. Questo accade perché la sofferenza emotiva non sempre si manifesta attraverso segnali evidenti o comportamenti di rottura, ma può assumere forme socialmente accettabili, mimetizzate nella quotidianità. La scuola rappresenta uno degli spazi privilegiati per osservare tali dinamiche. Non è soltanto un luogo di trasmissione di saperi, ma una comunità educativa in cui si intrecciano dimensioni cognitive, emotive e relazionali. Gli studenti trascorrono a scuola una parte significativa della loro vita, costruendo relazioni, confrontandosi con aspettative e sperimentando successi e fallimenti. In questo contesto, il benessere psicologico diventa una condizione essenziale per l'apprendimento e per lo sviluppo armonico della persona (MIUR, 2017). Viviamo in una società caratterizzata da un'accelerazione costante dei ritmi di vita e da una crescente enfasi sulla prestazione. Come osserva Bauman, la modernità liquida è segnata dall'incertezza, dalla precarietà e dalla richiesta continua di adattamento, lasciando poco spazio alla riflessione e all'elaborazione dell'esperienza (Bauman, 2000). Gli adolescenti

si trovano così a dover affrontare precocemente scelte complesse, legate all'identità, al futuro e al riconoscimento sociale. Le aspettative che gravano sui giovani sono molteplici. Riguardano il rendimento scolastico, la capacità di essere competitivi, l'immagine corporea, la popolarità e la definizione di un progetto di vita coerente. In questo quadro, l'errore e il fallimento tendono a essere vissuti come segni di inadeguatezza personale, piuttosto che come passaggi fisiologici del processo di crescita. Tale clima può generare un carico emotivo significativo, che molti adolescenti faticano a riconoscere e a verbalizzare (OMS, 2022) e che incide negativamente sulla loro salute mentale. I social network contribuiscono ad amplificare ulteriormente questa pressione. Le piattaforme digitali offrono una rappresentazione selettiva della realtà, in cui felicità, successo e benessere appaiono come standard permanenti. Il confronto continuo con immagini idealizzate può alimentare sentimenti di esclusione, vergogna e autosvalutazione. In una fase evolutiva in cui l'identità è ancora fragile, questo confronto può incidere profondamente sull'autostima e sulla percezione di sé. L'adolescenza è una fase di particolare vulnerabilità dal punto di vista neuropsicologico. Durante questo periodo, lo svilup-

po delle aree cerebrali deputate alla regolazione emotiva e al controllo degli impulsi non è ancora completo. Al contrario, i sistemi legati alla ricerca di gratificazione e al riconoscimento sociale risultano particolarmente attivi. Questa asimmetria può rendere gli adolescenti più esposti allo stress, alle fluttuazioni emotive e alla difficoltà di gestire pressioni esterne prolungate (Sawyer et al., 2012). Il disagio psicologico assume spesso una forma silenziosa. Non sempre si manifesta attraverso comportamenti problematici o cali evidenti del rendimento. Al contrario, a scuola può nascondersi dietro buone prestazioni scolastiche, iper-adattamento, conformismo o apparente serenità. Secondo il DSM-5-TR, la depressione in età adolescenziale può presentarsi con sintomi meno riconoscibili rispetto all'età adulta, come irritabilità, ritiro sociale, apatia o stanchezza persistente (APA, 2022). Questa invisibilità contribuisce a ritardare il riconoscimento del disagio e l'accesso a un supporto adeguato. Inoltre, alimenta lo stigma che ancora circonda i disturbi mentali. Parlare di depressione viene spesso percepito come segno di debolezza o mancanza di volontà. È invece fondamentale ribadire che la depressione è una condizione complessa e multifattoriale, che nasce dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali, e non da una fragilità individuale (APA, 2022). La salute mentale non riguarda esclusivamente situazioni patologiche o estreme. Essa influisce sul modo in cui le persone affrontano le difficoltà quotidiane, costruiscono relazioni significative e attribuiscono senso alla propria esperienza. In adolescenza, fase di profonda trasformazione fisica, emotiva e sociale, il benessere psicologico rappresenta un fattore determinante per uno sviluppo equilibrato. Esso è necessario per la prevenzione di forme di sofferenza più gravi in età adulta. In questo quadro, la prevenzione assume un ruolo centrale. Prevenire significa creare contesti



capaci di favorire l'ascolto, la consapevolezza emotiva e la possibilità di chiedere aiuto prima che il disagio diventi cronico o invalidante (OMS, 2022). La scuola, grazie alla continuità del contatto con gli studenti, può svolgere una funzione decisiva nella prevenzione primaria del disagio psicologico. Educare al benessere significa insegnare a riconoscere le emozioni, a legittimarle e a comunicarle. Significa anche sviluppare competenze relazionali come l'empatia, l'ascolto e il rispetto reciproco. Molti segnali di disagio emergono infatti nelle relazioni quotidiane: isolamento, chiusura, irritabilità o cambiamenti improvvisi di comportamento possono rappresentare richieste di aiuto non esplicite. Il ruolo degli adulti (docenti, genitori, educatori) è fondamentale. Non si tratta di sostituirsi agli specialisti, ma di saper osservare, ascoltare e orientare. Una cultura educativa attenta alla salute mentale non medicalizza il disagio, ma lo riconosce e lo accoglie, favo-

rendo l'accesso a risorse adeguate quando necessario. Alcuni segnali, se persistenti, possono indicare una condizione di sofferenza emotiva. Essi sono: il ritiro sociale, la perdita di interesse, l'irritabilità costante, i disturbi del sonno, le frequenti somatizzazioni, il calo motivazionale o i cambiamenti improvvisi nel comportamento. Riconoscerli precocemente consente di intervenire prima che il disagio si strutturi. Chiedere aiuto non dovrebbe essere considerato un segno di fragilità, ma una risorsa fondamentale per la salute psicologica. Allo stesso modo, offrire ascolto può rappresentare un potente fattore protettivo. Creare spazi di parola, dentro e fuori la scuola, contribuisce a ridurre il silenzio che spesso circonda il disagio emotivo e a contrastare la solitudine. Promuovere salute mentale significa, in ultima analisi, prendersi cura dell'umanità delle persone. Significa riconoscere che dietro ogni comportamento, ogni rendimento e ogni difficoltà esiste

una dimensione emotiva che merita attenzione. In una società che tende a correre, fermarsi ad ascoltare diventa un atto educativo, culturale e profondamente civile.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. Washington, 2022.
  2. Bauman, Z. Modernità liquida. Laterza, 2000.
  3. Erikson, E. Identity: Youth and Crisis. Norton, 1968.
  4. MIUR. Linee guida per il benessere a scuola. 2017.
  5. OECD. Students' Well-Being. 2021.
  6. Sawyer S. et al. The age of adolescence. The Lancet, 2012.
  7. Twenge, J. iGen. Atria Books, 2017.
  8. World Health Organization. Mental health of adolescents. 2022.
- Foto: "Fotografia lenta" di Luigi Starace, 2025

**Prof.ssa Telma Crugliano**

*ospite di redazione*

# L'arte di amare

/ Dominique Tavormina /

**La società in cui viviamo, caratterizzata dalla corsa al possesso di beni materiali, dall'efficienza e dalla difficoltà di legami duraturi, ha dimenticato i valori più preziosi. La lettura dell'opera di Erich Fromm "L'arte di amare" appare quanto mai necessaria per una riflessione profonda sul vero significato dell'amore.**

L'arte di amare è una delle opere più note dello psicoanalista, filosofo e sociologo tedesco di origini ebraiche Erich Fromm, pubblicata in Inglese nel 1956 con il titolo *The Art of Loving*. In essa l'autore ha l'abilità di capovolgere la tradizionale visione che si ha, solitamente, dell'amore per offrire ai lettori più di uno spunto di riflessione. Aiuta, così, a riscoprire il senso più profondo e autentico del nobile sentimento. L'opera non è dedicata all'amore di coppia, come si potrebbe pensare dal titolo, ma all'amore nel suo significato più ampio. Fromm, infatti, vuole condurre a superare quel comune fraintendimento per cui l'amore sia da intendersi soprattutto come una relazione con una particolare persona. L'amore è, invece, costituito dalla capacità d'amare gli essere umani. Tale capacità è la premessa necessaria per poter amare una specifica persona. E ogni tentativo di instaurare una relazione esclusiva sarà destinato al fallimento senza la capacità di amare il prossimo con umiltà, fede e coraggio. «Senza queste virtù è impossibile amare veramente. [...] Se una persona ama solo un'altra persona ed è indifferente nei confronti dei suoi simili, il suo non è amore, ma un attaccamento simbiotico, o un egotismo portato all'eccesso» (Fromm, 1973). Ne consegue che

l'amore consiste nell'amare e non nell'essere amati, nel dare e non nel ricevere. «L'amore infantile segue il principio: amo perché sono amato. L'amore maturo segue il principio: sono amato perché amo» (Fromm, op. cit.). Amare non è semplice. Vi è la diffusa convinzione che non vi sia nulla da imparare in materia d'amore. «Nonostante la ricerca disperata d'amore, tutto il resto viene considerato più importante: successo, prestigio, denaro, potere; quasi ogni nostra energia è usata per raggiungere questi scopi e quasi nessuna per conoscere l'arte dell'amore. [...] Tutti ricercano l'amore, lo inseguono, lo desiderano, ma pochi fanno dell'amore un'arte, così come la vita» (Fromm, op. cit.). Amare è, perciò, definito da Fromm un'arte, la quale richiede sforzo, saggezza e supremo interesse, come per qualsiasi altra arte. È un'arte in quanto sentimento prezioso e salvifico, in grado di restituire autenticità, pienezza e vitalità all'esistenza umana. L'affermazione della propria vita, in termini di felicità, crescita personale e libertà sarà, pertanto, determinata dalla capacità di amare di ciascuno. L'amore non è un sentimento che accade, ma una capacità che si apprende nel tempo con teoria e pratica. Un'arte difficile da imparare, ma possi-

bile. Come qualunque altra arte, l'amore presuppone vari livelli di apprendimento perché possa diventare davvero tale. Ma soprattutto, la pratica di un'arte richiede disciplina, pazienza e concentrazione. La disciplina intesa non come una regola imposta dall'esterno, ma come un'espressione della volontà, un impegno serio e gioioso al tempo stesso, un'applicazione continua e costante. Anche la concentrazione è una condizione necessaria per la padronanza di un'arte, così come la pazienza. Chiunque abbia mai provato a imparare un'arte, sa che non è possibile raggiungere rapidi risultati. Per l'uomo moderno, la pazienza è altrettanto difficile da praticare quanto la disciplina e la concentrazione. «Per avere un'idea di cosa sia la pazienza, basti guardare un bambino che impara a camminare. Cade, si rialza, poi torna a cadere; eppure, continua a provare e a riprovare, finché un giorno camminerà senza cadere. Che cosa non potrebbe raggiungere la persona adulta, se avesse la pazienza del bambino e la sua forza di volontà nel conquistare ciò che per lei è così importante? Il nostro intero sistema industriale si basa sull'opposto: la rapidità. Se si vuole diventare maestro in qualsiasi arte si deve dedicare tutta la vita ad essa» (Fromm, op. cit.). Alcuni decenni dopo Fromm, nel 2006, il famoso sociologo Zygmunt Bauman, nella sua opera *Amore liquido*, sulla stessa linea, sostiene che l'amore è impegno, cura, slancio al sacrificio, apertura all'altro e al suo destino. «In una cultura consumistica come la nostra, che predilige prodotti pronti per l'uso, soluzioni rapide, soddisfazione immediata, risultati senza troppa fatica, ricette infallibili, assicurazione contro tutti i rischi e garanzie del tipo "soddisfatto o rimborsato", quella di imparare ad amare è la promessa (falsa, ingannevole, ma che si spera ardentemente essere vera) di rendere l'esperienza dell'amore simile ad altre merci, che attira e seduce sbandierando tutte queste qualità e promettendo soddisfazioni imme-



diato e risultati senza sforzi» (Bauman, 2006). L'arte di amare si attua in ogni relazione amorosa esistente. Amore di coppia, tra genitori e figli, verso il prossimo e verso Dio, in cui la dimensione del dare rimane una condizione imprescindibile. In ognuna delle forme d'amore, l'arte di amare deve essere manifestata attraverso la premura, la responsabilità e il rispetto. L'amore è premura nelle cure e nell'interesse verso l'altra persona. Cura e interesse implicano un altro aspetto dell'amore: quello della responsabilità. Responsabilità verso i bisogni materiali e psichici dell'altra persona, sia nel caso della mamma con il suo bambino, che in quello dell'amore fra adulti. La responsabilità potrebbe facilmente deteriorarsi nel dominio e nel senso di possesso, se non fosse per una terza componente dell'amore: il rispetto. Esso esprime l'autentico amore disinteressato, poiché desidera che l'altra persona cresca e si sviluppi per ciò che è nella sua individualità. Il rispetto, perciò, esclude ogni tipo di sfruttamento e

di egoismo. «Voglio che la persona amata cresca e si sviluppi secondo i suoi desideri, secondo i suoi mezzi, non allo scopo di servirmi, [...] così com'è, e non come dovrebbe essere per adattarsi a me» (Fromm, op. cit.). È chiaro che il rispetto è possibile solo se si è raggiunto un adeguato grado di maturazione della personalità e di indipendenza. Se si riesce a «stare in piedi o camminare senza bisogno di grucce, senza dover dominare o sfruttare un'altra persona» (Fromm, op. cit.). L'essere umano apprende l'esperienza dell'amore nei primi giorni di vita: è amato in modo incondizionato per il solo fatto di esistere. Non ha bisogno di conquistare o di meritare l'amore. Questa esperienza di essere amato dai genitori rappresenta un'esperienza passiva. Infatti, il bambino risponde con gratitudine, con gioia all'amore, ma il suo naturale egocentrismo gli impedisce un amore autentico e creativo. Dovranno trascorrere molti anni per raggiungere la maturità dell'amore e comprendere che l'altra persona

non è più solo un mezzo per soddisfare i propri bisogni. Grazie all'amore ricevuto egli supera il proprio egocentrismo e sente la capacità di produrre amore amando. «L'amore immaturo dice: ti amo perché ho bisogno di te. L'amore maturo dice: ho bisogno di te perché ti amo» (Fromm, op. cit.).

## Bibliografia

1. Bauman Zygmunt: *Amore liquido*. Bollati Boringhieri, Torino 2006.
2. Fromm Eric: *L'arte di amare*. Signorelli, Milano 1973.
3. Fromm Eric: *Avere o essere*. Mondadori, Milano 1977.

Foto: : Envato Elements



**Dominique Tavormina**

*Pedagogista Clinica  
Redattrice*

# Il profondo pessimismo degli antichi Greci

/ Maurizio Tavormina /

**Molti miti, leggende, opere letterarie, tragedie e poesie evidenziano come gli antichi Greci vivessero la loro esistenza con un profondo pessimismo e una triste realtà, perché soggiogati dagli dei.**

Nell'antica Grecia, molto probabilmente, non si viveva con una gran voglia e gioia di vivere. Tanti miti rafforzano questa opinione. La vita degli antichi Greci era vissuta con un angosciante senso di tragicità e la loro esistenza era infarcita da profondo pessimismo. Ovviamente non si può generalizzare questo concetto affermando che essi vivessero sempre e comunque influenzati dal pessimismo del fato incombente. O che la loro vita fosse sempre una triste realtà ed una misera impotenza al destino avverso. O che vivessero ossessionati dall'idea di essere sottomessi al volere degli dei. Anche se il pensiero che gli dei governino il mondo e l'uomo sia soggiogato al loro volere fu molto presente e radicato tra gli antichi Greci. Così come tante leggende, tragedie, poesie e filosofi declamarono. Secondo la leggenda gli uomini sono nati dalle ceneri della morte dei Titani, che Zeus fulminò perché avevano divorato il suo adorato figlio Zagreus. Pertanto, l'uomo era il portatore di una tara originaria e di una pesante e titanica eredità. Quando Pandora, presa dalla curiosità e dalla voglia di trasgredire Zeus, aprì il famoso vaso, tutti i mali si riversarono sull'umanità. La vecchiaia, la gelosia, la malattia, il dolore, la pazzia ed il vizio si ab-

batterono sugli uomini, deprimendo la loro vita. Sul fondo del vaso rimase solo la speranza che non fece in tempo ad allontanarsi perché il vaso fu chiuso nuovamente dall'impaurita Pandora (Wikipedia). Un fato crudele segna la vita di ogni persona, il cui filo è tessuto dalle Parche. La prima Parca filava il filo della vita; la seconda assegnava i destini, dandone uno a ogni individuo e ne stabiliva anche la durata. La terza, l'inesorabile, tagliava il filo della vita al momento stabilito. Gli esseri umani non sono altro che burattini fra le mani degli dèi. L'origine del pessimismo greco nasce da un sentimento negativo di frustrazione per un destino prestabilito che nessuno può cambiare. Se l'uomo viene privato della sua libertà di azione, allora rivoltarsi contro il fato è inutile e ulteriormente dannoso. Prometeo, mitologico titano, amico dell'umanità, vive in prima persona la tremenda punizione di Zeus per aver regalato agli uomini il sacro fuoco. Zeus lo incatena a una roccia ai confini del mondo e gli fa squarciare il petto da una famelica aquila. La sua sorte avversa e crudele è narrata da Eschilo, verso il 450 a.C., nella tragedia Prometeo incatenato. L'opera simboleggia, infatti, il fallimento della ribellione degli uomini e del titano alla volon-

tà divina (Wikipedia). Gli dei comandano, perseverano e puniscono chiunque si opponga al loro volere. Nella tragedia e nella poesia greca i miti rivelano un profondo pessimismo dell'uomo nella sua quotidianità. Grandi poeti e filosofi del passato esprimono con la loro arte quanto sia triste e frustrante la vita umana, soggetta incondizionatamente al fato. Nel VI secolo a.C., Esiodo, il più antico poeta della Grecia continentale descrive la misera condizione umana, afflitta e tormentata da mali e malattie inviate dagli dèi. Esiodo nel suo poema "Le opere e i giorni" narra: «E infinite tristezze vagano fra uomini

e piena è la terra di mali, pieno n'è il mare; i morbi fra gli uomini, alcuni di giorno, altri di notte da soli si aggirano, ai mortali mali portando [...]» (Esiodo, 1985). È un monito sulla triste realtà della vita dell'uomo e la presenza del male nel mondo. Teognide (1989), noto antico poeta greco (VI secolo a.C.) nelle sue elegie scrive: «Non nascere è per gli uomini la miglior cosa, né vedere i raggi ardenti del sole». Si legge nell'Iliade di Omero (Libro VI) che Bellerofonte, noto e glorioso eroe greco, era perseguitato ingiustamente dagli dei. «Ma quando anch'egli fu in odio a tutti i numi, allora errava solitario sulla piana di

Aleron, il cuore divorato dal dolore, fuggendo orma d'uomini [...]». Egli aveva osato sfidare gli dei! Aveva cercato di raggiungere l'Olimpo e fu punito da Zeus ad errare nei campi come un misero mortale, con una grande angoscia nel cuore. Bellerofonte è considerato da Julia Kristeva (1987) come uno dei primi depressi della cultura occidentale. Euripide nel Cresfonte recita: «Bisogna compiangere il neonato che va verso tanti mali, rallegrarci invece per colui che muore e depone i suoi affanni, dire parole di buon augurio nello scortarlo alle dimore di Ade» (Musso, 1974). Pertanto, il neonato viene visto come un essere

sfortunato, da compiangere, che già dal primo vagito esprime la sua sofferenza alla vita. Le sue sono grida di dolore e non gioia di vivere. Numerose storie illustrano questo pessimismo innato. Famosa è la risposta data dal vecchio saggio Sileno, mentore di Dionisio, al re Mida. «Meglio di ogni cosa è non essere nati, e dopo di ciò morire subito dopo la nascita». Il re chiede al saggio quale è la cosa migliore per l'uomo, la risposta ricevuta è di un profondo e marcato pessimismo. Sileno risponde che è molto meglio morire che vivere, perché la vita è intensamente dolorosa e la sofferenza è inevitabile. Il meglio è asso-





lutamente irraggiungibile. La famosa citazione di Sileno si trova principalmente nelle tragedie di Sofocle, in particolare in *Edipo a Colono* (1991). Il concetto è ripreso anche da altri tragici greci come Eschilo ed Euripide. La frase di Sileno è stata resa celebre dal filosofo Friedrich Nietzsche nel suo famoso testo *La nascita della tragedia* (Ruta, 1919). Egli la cita riferendosi al re Mida e al satiro Sileno, rappresentando il pessimismo sulla condizione umana. Eraclito di Efeso è stato un antico filosofo greco, uno dei più importanti saggi presocratici. Il suo pessimismo è oscuro per eccellenza ed egli stesso nutriva forti dubbi e sfiducia che i suoi scritti potessero essere compresi dalla maggior parte degli uomini (Wikipedia). Diogene Laerzio (antico storico greco) e Teofrasto (antico filosofo e botanico) presentano Eraclito come un misantropo malinconico che si lamenta della misera condizione umana. Luciano di Samosata (scrittore, retore e filosofo siro) gli fa pronunciare le seguenti parole in “Una vendita di vite all’incanto”: “O forestiero, io credo che tutte le cose umane siano triste e deplorabili, e tutte sono soggette alla morte: però sento pietà di voi, e piango. Il presente non mi par bello; il futuro mi scuora assai, e vi dico che il mondo andrà in fiamme ed in rovine. Io piango che niente è stabile, tutto si rimescola e si confonde: il piacere diventa dispiacere; la scienza, ignoranza; la grandezza, piccolezza; tutto va sossopra, e gira, e cangia nel giuoco del secolo”. Democrito ritiene che la vita sia solo una pietosa commedia ed egli preferisce riderne piuttosto che piangerne. Il mondo, secondo la sua visione, è composto da un insieme di atomi, infinito ed eterno ed è regolato da un preciso e rigido determinismo. Gli uomini non sono autonomi, sono come burattini e si creano innumerevoli problemi nella loro esistenza. Discutendo con Ippocrate, il padre della medicina, afferma che l’uomo è pazzo perché “non ha alcuna vergogna di dirsi



felice” (Minois, 2004). Il pessimismo è una visione della vita che accentua il dolore e la negatività, ma può anche essere uno strumento di realismo prudente e attento. Il pessimismo se impiegato con la giusta moderazione può portare a una valutazione più accurata del reale e alla preparazione al peggio, senza illusioni. Diversamente, se è eccessivo e costante nella quotidianità può essere l’anticamera della depressione e dell’ansia, con un’eccessiva autocritica negativa e minor successo. La vita diventa pesante, triste e difficile da affrontare. Se poi si crede nel determinismo del fato, allora diventa angosciante, frustrante e fortemente negativa. Così come antichi filosofi e poeti credevano. Gli ottimisti ad oltranza, di contro, possono facilmente illudersi ed essere superficiali, ma potrebbero avere maggiore probabilità di successo, perché “chi non risica, non rosica”. Tu vedi il bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto? Gli antichi dicevano: “*medio stat virtus*” (Orazio). La verità è nel mezzo e nella moderazione.

#### Bibliografia

1. Esiodo, *Le opere e i giorni*, Garzanti, Milano, 1985.
2. Euripide, *Cresfonte*, a cura di O. Musso, Milano, 1974.

3. J. Kristeva, *Sole nero. Depressione e malinconia*, Feltrinelli, Milano, 1989.

4. D. Iannone, *Bramante ed il pianto e il riso di Eraclito e Democrito*, disponibile su [Academia.edu](http://Academia.edu).

5. Luciano di Samosata, *Una vendita di vite all’incanto*, Giusti, Livorno, 1924.

6. Omero, *Iliade*.

7. La risposta del Sileno, [Archivio Festivalletteratura](http://Archivio Festivalletteratura).

8. G. Minois, *Storia del mal di vivere. Dalla malinconia alla depressione*, Dedalo, 2004.

9. Sofocle, *Edipo a Colono*, Newton & Compton, Roma, 1991.

10. Teognide, *Elegie*, BUR, Milano, 1989.

11. F. Nietzsche, *La nascita della tragedia*, Laterza, Bari.

12. Zagreo, [Wikipedia](http://Wikipedia). Foto: Envato Elements, Partenone di Atene

Foto: Envato Elements, Partenone di Atene

Foto: “Prometeo porta il fuoco all’umanità”, Heinrich, Fueger, 1817. [Wikipedia](http://Wikipedia)

Foto: Donato Bramante, frammento di affresco, Eraclito e Democrito, Pinacoteca di Brera. [Wikipedia](http://Wikipedia)



**Maurilio Tavormina**

*Medico Psichiatra  
Direttore Editoriale*

# Dipendenza affettiva e gruppi di auto-mutuo-aiuto

/Wilma A.R. Di Napoli/

**Quando la dipendenza affettiva diventa una prigione insopportabile, con ansia e paura dell'abbandono, il gruppo di auto mutuo aiuto può aiutare ad aprirne le sbarre.**

Nell'immaginario collettivo l'amore è spesso raccontato come un'esperienza totalizzante: passione, bisogno dell'altro, desiderio di stare sempre insieme. Molte narrazioni, dalla letteratura alla musica fino ai social, tendono a celebrare l'intensità emotiva come prova della profondità di un legame. Tuttavia, esiste una linea sottile, spesso difficile da riconoscere, tra un amore intenso e una relazione che diventa progressivamente dipendenza affettiva. Quando questo confine viene superato, la relazione non è più uno spazio di crescita reciproca ma può trasformarsi in una condizione di forte sofferenza psicologica. Le conseguenze talvolta sfociano in depressione, isolamento e perdita della propria identità personale (Sophia et al, 2007). La dipendenza affettiva non è una diagnosi psichiatrica formalizzata nei manuali diagnostici, ma è un fenomeno clinico e relazionale ampiamente descritto nella letteratura psicologica. Si caratterizza per un bisogno intenso e persistente dell'altro, accompagnato dalla paura costante di perderlo (Reynaud et al, 2010). La persona con dipendenza affettiva tende a organizzare gran parte della propria vita attorno alla relazione. I bisogni, i desideri e persino le opinioni personali possono passare in

secondo piano rispetto alla necessità di mantenere il legame (Sophia et al, 2007). In molti casi si osservano dinamiche ricorrenti quali la difficoltà a tollerare la distanza o la separazione, la paura intensa dell'abbandono. Sono frequenti il bisogno continuo di conferme affettive e la tendenza a giustificare o minimizzare comportamenti problematici del partner. Si assiste spesso alla progressiva rinuncia ai propri spazi, amicizie e interessi. In queste condizioni la relazione diventa il principale regolatore dell'autostima e del senso di sicurezza personale. Quando il benessere psicologico dipende quasi esclusivamente dalla presenza e dall'approvazione del partner, la relazione assume un peso emotivo enorme. Le crisi di coppia, i conflitti o la possibilità di una separazione possono allora attivare vissuti di profonda angoscia. Non è raro che nelle dipendenze affettive emergano sintomi depressivi: senso di vuoto, perdita di energia, sentimenti di inutilità, ritiro sociale. La persona può percepire la fine della relazione non solo come una perdita affettiva ma come una minaccia alla propria identità (Sophia et al, 2007). Questa dinamica è spesso collegata a una fragilità dell'autostima e a una difficoltà a riconoscere il proprio valore indipendentemente dal-

la relazione. Uno degli aspetti più complessi della dipendenza affettiva è che spesso viene confusa con l'amore stesso. Frasi come "senza di te non sono niente" o "sei tutto per me" sono diffuse nella cultura romantica e possono rendere difficile distinguere tra dedizione e perdita di sé. Il primo passo verso il cambiamento è riconoscere la dinamica di dipendenza e comprendere l'origine della sofferenza emotiva. Essa non deriva solo dal partner o dalla relazione, ma da un modo anomalo di vivere il legame (Reynaud et al, 2010). Il passo successivo è rompere l'isolamento e la vergogna e chiedere aiuto a livello psicologico o anche cercando una dimensione di condivisione grupppale. Negli ultimi anni si stanno diffondendo anche in Italia gruppi di auto aiuto per la dipendenza affettiva. Essi sono, in parte, ispirati al modello

dei programmi in dodici passi utilizzati in altre forme di dipendenza (Wilma Di Napoli, 2023). Questi gruppi offrono uno spazio protetto in cui le persone possono raccontare la propria esperienza senza sentirsi giudicate. L'incontro con altre storie simili permette spesso di riconoscere più chiaramente le proprie dinamiche relazionali (Tracy et al, 2016). Uno degli aspetti più importanti del gruppo è la possibilità di uscire dall'isolamento. La dipendenza affettiva tende, infatti, a restringere progressivamente la rete sociale della persona. Nel contesto del gruppo, l'esperienza individuale diventa anche risorsa collettiva: raccontare il proprio percorso aiuta non solo chi parla ma anche chi ascolta (Tracy et al, 2016). Il percorso di uscita dalla dipendenza affettiva non significa rinunciare

all'amore o alle relazioni. L'obiettivo è sviluppare una forma di legame più matura, in cui la relazione non sia più l'unica fonte di valore personale. Questo implica rafforzare l'autostima, recuperare spazi personali, riconoscere i propri bisogni e imparare a tollerare la distanza e l'incertezza che ogni relazione inevitabilmente comporta. In questo senso i gruppi di auto aiuto, insieme al supporto psicologico quando necessario, possono rappresentare un importante strumento di cambiamento. Perché l'amore, quando non è più dipendenza, smette di essere

una buia prigione. Torna a ciò che dovrebbe essere: un felice incontro tra due persone in-tere, non il tentativo di colmare un vuoto interiore.

36(5), 261-267.

3. Sophia E., Tavares H., Zilberman M. (2007). Pathological love: Is it a new psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 55-62.

4. Tracy K., Wallace S. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*.

Foto: Envato Elements



**Wilma A.R. Di Napoli**

*Medico Psichiatra  
Direttore Artistico*

## Bibliografia

1. Di Napoli W. Un gruppo di auto-mutuo-aiuto in 7 passi. *Depressione Stop*, 2023 <https://deprestop.it/un-gruppo-di-auto-mutuo-aiuto-in-7-passi/>

2. Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. (2010). Is love passion an addictive disorder? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*,

# “Una storia di straordinaria follia”. Dialoghi con l’autrice

/Patrizia Moretti/

**“Una storia di straordinaria follia” è un testo intenso e coraggioso, in cui Luisa Lanari restituisce con voce nitida e non indulgente l’esperienza della sofferenza psichica e della malattia fisica come duplice trincea.**

Il libro racconta la malattia bipolare, descritta come una “bestia”, che si intreccia con una grave patologia del sangue e rivela la duplice fragilità della protagonista. Con uno stile sobrio e autentico, emergono il vuoto, la perdita di energia e la fatica delle relazioni. Una storia di straordinaria follia unisce la testimonianza di chi ha attraversato il buio a un messaggio di resilienza, in cui relazioni, affetti, fede e maternità diventano risorse vitali. La scrittura assume così un valore trasformativo: raccontare la sofferenza aiuta a non identificarsi con la malattia e a ritrovare continuità nella propria vita. Il libro offre uno sguardo umano su ciò che la clinica fatica talvolta a esprimere, mostrando che depressione e mania non sono solo sintomi, ma esperienze che coinvolgono l’intera esistenza. Una storia di straordinaria follia trasforma però il dolore in un messaggio di resilienza: nominare la sofferenza permette di non identificarsi con la malattia e di ritrovare senso. Depressione e mania diventano così non solo sintomi, ma un’esperienza che attraversa tutta la vita. Scrivere e narrarsi diventa allora non solo un atto testimoniale, ma un gesto di

cura, capace di favorire processi di comprensione e integrazione della sofferenza (Charon, 2006). Nel libro lei nomina il disturbo bipolare come “la bestia”. Come è nato questo nome? E cosa le permette di dire che nessun termine clinico avrebbe potuto esprimere? Il nome rappresenta la durezza del disturbo bipolare, capace di coglierti all’improvviso tra depressione e mania, lasciandoti un sollievo solo apparente. È l’ansia che toglie il respiro, spegne l’energia e fa sentire inadeguati, ti isola dagli altri e ti trasporta nel buio. Chiamarla così mi ha aiutata a prendere distanza dalla malattia e a capire che non coincide con ciò che sono: io resto me stessa, mentre la “bestia” è qualcosa che può essere riconosciuto e affrontato. In quale maniera la malattia fisica — la patologia del sangue — ha modificato il suo modo di percepire e vivere la malattia mentale? Sono due sofferenze distinte o due facce dello stesso vissuto? Nel libro chiamo la leucemia mieloide cronica la “compagna” della bestia. È arrivata all’improvviso, con il suo peso e le sue cure, affiancandosi alla malattia psichica. La presenza della leucemia

ha reso necessario rivedere anche le terapie per il disturbo bipolare, già delicate e instabili. Questo ha spezzato un equilibrio fragile. Alla paura di vivere si è aggiunta, per la prima volta, la paura di morire. (io che mi sono sempre voluta uccidere, ora avevo paura di poter morire!) L’ansia è tornata forte, il sonno si è interrotto e in pochi giorni è stato necessario un nuovo ricovero. Con una differenza importante: questa volta ho riconosciuto i segnali e sono stata io a chiedere aiuto. Questo ha permesso un ricovero breve e mirato. La malattia del corpo ha plasmato in me la consapevolezza di non voler morire, di essere comunque viva e di voler continuare a esserlo. La leucemia è stata una sorta di bilanciamento, contro l’idea di suicidio delle fasi depressive.

Nel suo percorso quali persone, relazioni o presenze sono state davvero decisive per non perdere la speranza nei momenti più bui? Il disturbo bipolare modifica la percezione relazionale, può far nascere pensieri negativi e sospetti, allontanandoti da persone e contesti e portando all’isolamento. Ci si sente giudicati o respinti e si sceglie la solitudine per evitare il senso di colpa e di inadeguatezza. Questa spirale può approfondire la depressione fino a esiti molto gravi. In questo scenario, le poche relazioni autentiche diventano un’ancora di salvezza. Nel mio caso, alcune amicizie sincere mi sono rimaste accanto senza giudizio e continuano a sostenermi. Anche la fede e la vicinanza di alcuni sacerdoti sono stati importanti per me, per alleviare con la potenza della fede e il soffio della speranza il fardello che la malattia ha imposto nel mio cuore. Un marito stabile e non malleabile. Il suo amore, forse poco espansivo ma sempre presente, è stato un sostegno fondamentale, quella stabilità di cui chi vive con un disturbo bipolare ha profondamente bisogno. I miei familiari (padre, fratelli), attoniti e giudicanti all’inizio, col tempo sono diventati humus di concretezza e aiuto nei momenti difficili, soprattutto nella gestione dei





figli. Mia madre è stata la presenza più decisiva della mia vita. Mi ha fatta sentire sempre capita e accettata, amandomi per ciò che sono. Il nostro legame mi ha dato la forza di accompagnarla durante la malattia e di affrontare il lutto con una lucidità che ancora oggi riconosco come il frutto del suo amore. Poi i miei tre figli che sono la ragione per cui continuo a lottare ogni giorno. Nonostante le malattie e il senso di colpa di non essermi sentita sempre la madre che avrei voluto essere, sono loro che mi fanno alzare ogni mattina. Guardandoli crescere, so di aver dato il meglio che potevo e questo mi rende fiduciosa nel futuro.

Scrivere questo libro è stato un atto terapeutico per lei? E se sì, in che modo la narrazione l'ha aiutata a riorganizzare, significare o forse pacificare alcune parti della sua storia? Sono passati tanti anni dalla pubblicazione di questo libro: mi ha aperto mondi nuovi, che non avrei mai immaginato. Scrivere "Una storia di stra-ordinaria follia" è stata una vera liberazione: raccontarmi mi ha permesso di prendere distanza dal dolore e ritrovare senso. Dopo la pubblicazione del libro, sono stata chiamata in scuole e associazioni per raccontare la mia esperienza. Dopo il diploma al Master dell'Università di Perugia in Orientamento narrativo e prevenzione della dispersione scolastica, la scrittura è diventata per me uno strumento di rinascita. Insieme alla lettura ad alta voce, mi ha permesso di creare laboratori per giovani e di rientrare, passo dopo passo, nel mondo del lavoro. È un lavoro che mi appassiona: incontro molte fragilità e attraverso il racconto della mia esperienza cerco di offrire speranza e resilienza. I ringraziamenti che ricevo valgono più di qualsiasi stabilità. È un percorso non convenzionale, proprio come la mia storia: una follia che, se guidata dalla creatività, può trasformarsi in una risorsa.

Se potesse parlare oggi a una persona che sta vivendo un'esperienza simile alla sua, quale messaggio essenziale vorrebbe lasciarle? Non

mollare mai, aggrapparsi alla vita con unghie e denti per amore di sé stessi e di chi ci sta accanto, che soffre con noi. Il cammino è lungo e faticoso, praticamente infinito e pieno di insidie dovute alle ricadute. Conoscere la malattia è il primo passo per accettarla. Aiuta leggere storie simili alla propria e affidarsi a medici competenti e umani, capaci di costruire un rapporto di fiducia. Poi, bisogna riconoscere i sintomi e riadattare la nostra vita quotidiana per evitare che la bestia ci schiacci. Il carico farmacologico che a seconda del periodo che si sta vivendo (di up o di down) è pesante, ma va accettato e seguito in maniera costante e pedissequa. Io, ormai, considero il litio – che è il farmaco di base, come stabilizzatore dell'umore per il disturbo bipolare – il mio miglior amico. Sapersi reinventare, facendo della creatività del bipolare, una risorsa, permette di affrontare con maggiore senso le difficoltà di un disturbo imprevedibile. Leggere Una storia di stra-ordinaria follia significa accostarsi a una testimonianza che riesce a restituire complessità senza semplificazioni, dolore senza compiacimento, fragilità senza vittimismo. Il valore del libro non sta solo nel racconto di una vita segnata dalla malattia psichica e fisica, ma nella capacità dell'autrice di trasformare l'esperienza personale in un sapere condivisibile e umano. Qui la sofferenza non è ridotta a un'etichetta, ma riconosciuta come esperienza di vita. Una storia di stra-ordinaria follia ricorda che la fragilità non è un altrove da cui difendersi, ma una possibilità dell'umano che può essere raccontata e trasformata in senso. L'opera si muove nello spazio in cui la cura incontra il racconto. Il libro offre uno sguardo interno sulla malattia, capace di dire ciò che spesso sfugge al linguaggio tecnico. Leggere questo libro significa confrontarsi con una forma di resilienza non idealizzata, faticosa, imperfetta ma possibile, costruita nel tempo attraverso relazioni, fede, maternità e scrittura. Per questo, il libro non chiede indulgenza, ma ascolto (Lanari, 1999). E

proprio in questo ascolto risiede la sua forza più profonda.

#### Bibliografia:

1. American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2022.
2. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press; 2006.
3. Lanari L.: Una storia stra-ordinaria follia. Morlacchi Editore 1999

Foto: "Copertina di Una storia di stra-ordinaria follia", foto di Patrizia Moretti, 2026.

Foto: "Luisa Lanari, presenta il suo libro Una storia di stra-ordinaria follia", foto di Patrizia Moretti

**Patrizia Moretti**

*Ospite di redazione*



European Depression Association (EDA)

**EDA Italia Onlus**

Associazione Italiana sulla Depressione



**Depressione Stop è anche online al sito [www.deprestop.it](http://www.deprestop.it)**