



Depressione

Stop

La depressione un male antico nella società moderna

**Salute mentale e tempo
libero**

**Il male oscuro e la
depressione moderna**

La gestione della rabbia

Anedonia negli adolescenti

Infanzia rubata

La realtà della relazione

Il vizio assurdo



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



Editoriale Il vuoto

/ Francesco Franza /

Questo editoriale nasce da una domanda semplice: che cosa è davvero il sentimento di vuoto? Non solo quello della tristezza o della depressione, ma quel vuoto che attraversa le giornate, gli sguardi, le relazioni. Proviamo a fermarci un momento ad ascoltarlo: potrebbe raccontarci più di quanto immaginiamo.

La vita attuale ci impone sfide e preoccupazioni. In tutti gli ambiti sociali, lavorativi e familiari si osserva una fatica diffusa, un peso silenzioso che spesso non riusciamo a identificare. In un istante compare il sentimento di vuoto: quel senso di mancanza che accompagna a volte le nostre giornate. Sentiamo il vuoto che cerchiamo di riempire con osservazioni banali, ma che descrivono le esperienze quotidiane della nostra vita. Il sentimento di vuoto si può presentare all’improvviso in un sorriso che manca, in uno sguardo che si abbassa, in una parola gentile che non arriva. Quanti vuoti sarebbero colmati da un gesto di tenerezza, una piccola gentilezza, dalla dolcezza di uno sguardo. C’è un vuoto particolarmente doloroso che abita nelle persone dedite al pettegolezzo, alla denigrazione, a ironie crudeli. Dietro parole dure e giudizi feroci spesso si nasconde un vuoto profondo, difficile da riconoscere, prima ancora che da curare. Il vuoto spesso colpisce chi prende cura della sofferenza dell’altro. Il senso di vuoto che avvampa il medico o il terapeuta quando si smarrisce durante un colloquio che dovrebbe essere curativo. Il vuoto può diventare una risorsa su cui lavorare entrando in empatia nell’altro. È un sentimento universale che probabilmente abbiamo vissuto tutti durante la cura. Il vuoto che si insinua nella mente di un anziano che si trova sempre più solo, e che cerca di riempirlo di ricordi quasi sempre dolorosi. Questi ricordi smarriscono, preoccupano e che spingono verso prospettive limitate che a loro volta incrementano tale vuoto. È il vuoto del giovane che



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

Editore



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



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

Webmaster Editing: Erprise srl - www.fullprofit.it

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



guarda al proprio futuro spaventato da un presente che non lo rassicura, non offrendogli certezze. È il vuoto di un nostro ragazzo che cerca di trovare rimedio cercando di riempirlo con sostanze, con comportamenti impulsivi, con scelte rischiose. Esiste il vuoto che ha il suono del silenzio anche in uno stadio pieno. Esiste il vuoto di un mancato sorriso, di un saluto negato. C'è quello di chi aspetta qualcuno che sa che non tornerà più. C'è il vuoto di una casa silenziosa, attraversata da voci interiori che sembrano animarla, con voci silenziose che narrano di paure, abbracci e sorrisi. Si cerca di riempire questo vuoto con la rabbia, con parolacce, con insulti, con lacrime, con parole non dette e abbracci non dati. È il vuoto della mamma che guarda la stanza della ragazza che è andata via. Ed è il vuoto della ragazza che alza lo sguardo dai libri e che guarda fuori dalla finestra alla ricerca dei sorrisi lasciati in quella stanza. Allora ci si aggrappa al banale, a un ricordo apparentemente insignificante, a un pensiero semplice, a un ricordo banale, a un pensiero comune. Proprio con queste esperienze banali il vuoto può esser riempito. Quanto può esserci utile quel banale? Può diventare il nostro eroe banale riempiendo il vuoto. L'improvviso ricordo dell'amico che ci induce a inviare un "comune" messaggio di buongiorno. Oppure un semplice: "Come stai?" La semplicità di un editoriale maldestro e sconnesso può riempire questo vuoto. La gentilezza di un sorriso che lo legge; la paura di finire, di lasciare, di non rivedere. Il vuoto può dare forza all'umiltà, al gesto condiviso, al ricordo piacevole. Il vuoto si riempie del banale. E solo in questo modo seppur restando vuoto determina il sollievo dell'esserci, dell'esistenza, dell'amico, della persona che tuttavia resta affianco e dentro di noi. Gli operatori della salute mentale sono abituati a rapportarsi con il vuoto dei loro pazienti. Esso è presente in diversi disturbi, come dei disturbi dell'umore, nelle depressioni, negli stati misti, nei disturbi di personalità. I redattori della rivista *Depressione Stop* spesso ne hanno parlato quando hanno dedicato le loro pagine a questi disturbi. Il fenomeno del vuoto è diventato famoso nel periodo pandemico come espressione principale del disagio vissuto soprattutto dai giovani. Gli esperti hanno parlato di fluidità, di precarietà, di inquietudine per cercare di catturare l'essenza del vuoto. Bisogna ricordare che il sentimento del vuoto non è depressione. Può esserne un segnale, un campanello d'allarme, un punto di partenza per chiedere aiuto e per iniziare un percorso di cura. Il nostro vuoto non è solo un nemico da combattere, ma una opportunità da ascoltare. Il vuoto non è solo mancanza ma anche la base per desiderare, anche attraverso il ricordo malinconico di momenti felici. Possiamo provare a non riempirlo soltanto con la rabbia o con le fughe, ma anche con gesti semplici, relazioni sincere, piccoli atti di cura quotidiana. Forse il vuoto non sparirà del tutto. Ma, se impariamo ad abitarlo, a dividerlo e a nominarlo, potrà diventare un luogo in cui ricominciare a sentirci vivi, presenti, insieme.



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Un male antico ancora presente: la depressione

/ Maurizio Tavormina /

Il male antico della malinconia e della depressione accompagna l'uomo nella sua esistenza dalla remota civiltà egizia ai giorni nostri. Diversi sono stati gli approcci diagnostici e terapeutici.

Il concetto diagnostico di depressione come malattia psichica è relativamente recente, ma possiamo affermare che sentimenti come tristezza, malinconia, sconforto, senso di vuoto sono presenti da sempre nell'uomo. Fin dagli antichi egizi era ben noto questo male antico.

Si legge nel Papiro 3024, custodi-

to nel Museo di Antichità Egizie di Berlino, il dialogo di un antico egiziano con la sua anima: il Ba. Egli stanco di vivere, triste, abbattuto dalla quotidianità negativa della sua vita, sperava e desiderava morire per porre fine alle sue sofferenze. Una prima testimonianza storica di 4000 anni fa di profondo sconforto

e malinconia: il male antico. "E' la più antica espressione individuale del mal di vivere che ci sia stata trasmessa" (Minois, 2005).

La depressione affonda le sue radici nel male antico della melancolia, descritta nel IV secolo a.C. da Ippocrate e Galeno, interpretata come squilibrio degli umori corporei. All'epoca negli antichi Greci e Romani si pensava che la malattia fosse causata da un alterato funzionamento dei quattro umori del corpo. Essi erano: la bile nera, il sangue, la flemma e la bile gialla. La malinconia era causata da un eccesso di bile nera (melain cholé) nel cervello, da cui il nome melancolia.

Ishaq Ibn Imran, un medico arabo del X secolo, scrisse il "Trattato sulla Malinconia": un punto di riferimento importante per la medicina dell'epoca e dei secoli seguenti. Nel suo lavoro sottolineò che la parola malinconia non indicava solo la malattia in sé stessa, ma ne evidenziava la causa. Essa era determinata da un eccesso di bile nera nel cervello e nel corpo, specificando anche la





diversa sintomatologia e la relativa cura (Ulmann, 1995). Nel Medioevo il male antico della malinconia/accidia era causato dal demonio ed il depresso era un peccatore con un profondo senso di colpa (Minois, 2005). Per secoli la sofferenza depressiva è stata letta attraverso categorie morali, spirituali o fisiologiche, oscillando tra visioni demonologiche e interpretazioni medico-naturalistiche. Il passaggio dalla melanconia alla depressione moderna avviene tra XVIII e XIX secolo, quando la psichiatria nascente inizia a classificare sistematicamente i disturbi dell’umore. Con l’Ottocento si afferma una visione clinica della sofferenza mentale del male antico: gli psichiatri Pinel, Esquirol e Kraepelin introducono descrizioni più precise dei disturbi dell’umore. Kraepelin distingue tra forme di depressione unipolare e bipolare, ponendo le basi della nosologia contemporanea. La depressione diventa così una categoria clinica autonoma, distinta da altre forme di malattia mentale e inserita in un quadro diagnostico più ampio. Il XX secolo segna una svolta im-

portante: la psichiatria si orienta verso criteri diagnostici operativi precisi per catalogare le diverse malattie mentali. Il Manuale Statistico Diagnostico di Salute Mentale (DSM -III, -IV -5) e la Classificazione Internazionale dei Disturbi Mentali (ICD-10, -11) sono “la nuova Bibbia diagnostica” in psichiatria. DSM-III (1980) introduce criteri sintomatologici chiari e precisi, la durata minima della malattia e le esclusioni diagnostiche. •DSM-IV e DSM-5 migliorano la definizione di Disturbo Depressivo Maggiore (Major Depressive Disorder) includendo specificatori e varianti diagnostiche (melanconico, atipico, stagionale). •ICD-10 e ICD-11 propongono classificazioni psichiatriche parallele al DSM, con attenzione alla gravità e alla compromissione funzionale del paziente nella sua vita quotidiana. Questa standardizzazione ha favorito la ricerca clinica, ma ha contribuito anche a una crescente medicalizzazione della tristezza. Si ricerca il sintomo, lo si analizza e lo si inquadra in diagnosi prestabilite, senza alcun riferimento alla visione unitaria della sofferenza biologica, psicologica e sociale del paziente.

Autori come Horwitz & Wakefield (2007) hanno evidenziato il rischio di confondere la sofferenza esistenziale con la depressione clinica. La diagnosi, pur necessaria, può talvolta far perdere di vista il contesto biografico, sociale e culturale del paziente. Questa tensione tra criteri operativi d’intervento e complessità dell’esperienza depressiva apre la strada agli approcci contemporanei integrati, diagnostici e terapeutici. Il modello biopsicosociale, proposto dallo psichiatra George Engel (1977), rappresenta oggi la base teorica più condivisa. La depressione, così come la salute psichica, sono considerate come il risultato dell’interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Santrock, 2007). •fattori biologici (genetica, neurotrasmettitori, infiammazione, neuroplasticità); •fattori psicologici (stili cognitivi, traumi, vulnerabilità personali); •fattori sociali (relazioni, stress, condizioni socioeconomiche). Questa prospettiva supera la dicotomia mente-corpo del male antico e permette interventi più personalizzati. Le psicoterapie evidence-based (basati sull’evidenza) sono trattamenti

psicologici la cui efficacia è scientificamente dimostrata da studi clinici controllati (De Isabella, 2017). Esse rappresentano un pilastro del trattamento integrato. Le più validate sono:

- Terapia cognitivo-comportamentale (CBT): efficace nel modificare schemi cognitivi disfunzionali. Essa collega pensieri, emozioni e comportamenti. Aiuta a capire e modificare i pensieri disfunzionali con esercizi pratici e orienta il paziente al presente, concentrandosi sulla risoluzione dei problemi. Si sviluppa negli anni ’60 con due terapeuti di formazione psicoanalitica: Aaron T. Beck (1984) e Albert Ellis.
- Terapia interpersonale (IPT): centrata sulle relazioni e sui ruoli sociali. È una psicoterapia a breve termine (solitamente 12-16 sedute) focalizzata sulla riduzione dei sintomi. Si concentra “nel qui ed ora”, affrontando quattro aree: lutti, conflitti, transizioni di ruolo e deficit interpersonali. Non indaga le dinamiche inconsce infantili, ma mira a risolvere i problemi relazionali attuali che determinano il disagio psicologico (Bellino et al, 2008).
- Terapie psicodinamiche brevi: derivano dalla terapia psicoanalitica focalizzate su conflitti affettivi e modelli relazionali, in un numero limitato di sedute.

Un meta-analisi recente (Cuijpers et al., 2008) conferma l’efficacia delle psicoterapie, spesso comparabile ai farmaci nei casi di depressione lieve-moderata. La vecchia cura del male antico era basata sul riequilibrio degli umori del corpo eliminando l’eccesso di bile nera con l’elleboro: un’erba medicinale che provocava vomito e diarrea. O con preghiere, punizioni corporali per espiare la colpa dell’accidia o con esorcismi per liberare il paziente dal demonio. La moderna terapia impiega gli psicofarmaci e tecniche integrate. Gli antidepressivi (SSRI, SNRI, triciclici, multimodali) sono efficaci soprattutto nelle forme moderate-gravi. Studi come lo STAR*D (2006) mo-

strano che la combinazione tra farmaci e psicoterapia aumenta le probabilità di remissione. Si tratta del più ampio e lungo studio condotto per valutare il trattamento della depressione. Si articola in quattro livelli d’intervento terapeutico e coloro che non risultavano liberi dai sintomi della depressione potevano passare al livello di trattamento successivo. L’approccio integrato non si limita alla somma dei trattamenti, ma mira a una sinergia tra interventi biologici e psicologici. Il male antico della depressione risponde anche a interventi non strettamente clinici quali:

- attività fisica regolare;
- regolazione del sonno;
- interventi di supporto sociale;
- programmi di mindfulness (consapevolezza di sé) e meditazione;
- interventi sullo stress e sulla resilienza.

La ricerca contemporanea si muove verso la psichiatria di precisione (biomarcatori, profili genetici, neuroimaging). Essa è un approccio innovativo che supera il modello standard d’intervento. Integra la genetica, neuroimmagini e stili di vita per creare trattamenti terapeutici personalizzati. Utilizza biomarcatori e dati del mondo reale, monitorati con dispositivi digitali, per prevedere l’efficacia dei farmaci e integrare psicoterapia e neuro modulazione mirata (Stimolazione Magnetica Transcranica). La psichiatria di precisione impiega l’analisi del profilo genetico del DNA individuale per individuare il farmaco più efficace e con minori effetti collaterali (Di Sciascio & Vita, 2025).

Bibliografia

1. Beck AT. (1984) Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi cognitivi. Astrolabio: Roma, 1984

2. Bellino S, Zizza M, BozzatelloP., Bogetto F. (2008) La psicoterapia interpersonale nel trattamento del disturbo depressivo maggiore: revisione della letteratura. Giornal. Ital. Psicopatologia, 2008

3. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P (2008) Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. Consult Clin Psychol. 2008 doi: 10.1037/a0013075

4. Di Sciascio G & Vita A. (2025) Dalla depres-

Il male antico della malinconia e l’attuale depressione nascono sin dagli albori dell’umanità. Nei secoli si sono avanzate varie teorie eziologiche: dall’eccesso di bile nera agli attuali studi molecolari di biologia genetica e ricerche cromosomiche per utilizzare trattamenti sempre più mirati ed efficaci. L’obiettivo clinico attuale è superare la rigidità diagnostica e restituire centralità alla storia individuale del paziente, con un approccio biopsicosociale integrato. La sofferenza, come il benessere psicofisico, dipende da diversi aspetti di vita. Non si può curare una parte e trascurare l’insieme.

sione alla schizofrenia: le risposte della «psichiatria di precisione ». Il Sole 24 Ore. 2025 <https://psichiatria.it/dalla-depressione-alla-schizofrenia-le-risposte-della-psichiatria-di-precisione/>

5. De Isabella G. (2017) Psicoterapia e valutazione di efficacia. Problemi metodologici e clinici dell’evidence based psychology. Ed. Erickson, novembre 2017.

6. Engel G L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, in Science, vol. 196, 1977, pp. 129-136.

7. Horwitz A.V. & Wakefield J.C. (2007) The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Am. J. Psychiatry, 2007 doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07081263

8. Minois G. (2005) Storia del mal di vivere. Dalla malinconia alla depressione. Dedalo Editore, Bari 2005.

9. Santrock, J. W. (2007). A Topical Approach to Human Life-span Development, 3rd edn. St. Louis, MO: McGraw-Hill.

10. STAR*D Study (2006) Questions and Answers about the NIMH Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Study — All Medication Levels. National Institute of Mental Health, 2006 <https://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-research/practical/stard/allmedicationlevels>

11. Ullmann M. (1995) Islamic Medicine (tradotto dall’inglese da Fabienne Hareau), La Médecine islamique, Parigi, Presses Universitaires de France,1995.

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale



Foto: Envato Elements

Indice

MACRO AREE: CONOSCERE E CURARE SOCIETÀ

ARTE E CULTURA RUBRICHE

10	Francesco Franza <i>Psychological safety: il coraggio di condividere</i>
12	Antonio La Daga <i>Il male oscuro e la depressione moderna</i>
14	Antonio La Daga <i>Nanoplastiche e cervello</i>
16	Maria Efisia Meloni <i>L'emozione tra l'uomo e il cane</i>
18	Enza Maierà <i>Salute mentale e tempo libero</i>
21	Antonella Vacca <i>Gentilezza e parole che curano nella depressione</i>
24	Gianluca Lisa <i>RSA e buonomore</i>
26	Patrizia Amici <i>Costruzione dell'identità personale e la mostra di Isaac Julien</i>
29	Petronilla Procopio <i>Relazioni affettive, amore e depressione</i>
32	Francesco Franza <i>Anedonia negli adolescenti: quando nulla sembra più dare piacere</i>
34	Enza Maierà <i>Stress cronico e depressione negli insegnanti</i>
36	Giuseppe Tavormina <i>L'umore e l'ansia del partner affettivo dei pazienti depressi</i>
38	Antonio La Daga <i>Bambini plusdotati: tra neuroscienze e famiglia</i>
41	Maurilio Tavormina <i>La gestione della rabbia</i>

44	Maria Vincenza Minò <i>Half Man. Quando la rabbia diventa il volto della sofferenza maschile</i>
46	Walter Di Munzio <i>Quale futuro in Italia per la salute mentale</i>
48	Antonio La Daga <i>Intelligenza emotiva ed artificiale. Sinergie e conflitti</i>
50	Donatella Costa <i>L'amore incondizionato di una caregiver familiare. Una storia di dedizione e sacrificio</i>
52	Luigi Starace <i>Serie TV, emozioni, resilienza e la ricerca SerieQuest</i>
56	Wilma Di Napoli <i>L'infanzia rubata. Dalla violenza sui bambini alla depressione negli adulti</i>
58	Gianluca Lisa <i>Il male oscuro che diventa un destino. Il "Vizio Assurdo"</i>
60	Antonella Litta <i>Pink Floyd e salute mentale. Musica ed emozioni</i>
62	Alba Cervone <i>Camille Claudel. La femminilità intrappolata nel marmo</i>
64	Immacolata d'Errico <i>La realtà della relazione: da Helgoland alla psicoterapia</i>
66	Maurilio Tavormina <i>I consigli di Seneca contro l'ira</i>
70	Wilma A.R. Di Napoli <i>Self-Help Plus (SH+). Un nuovo approccio per la promozione della salute mentale</i>
73	Dominique Tavormina <i>La preziosa testimonianza di Amelia</i>

Psychological safety: il coraggio di condividere

/ Francesco Franza /

La psychological safety aiuta a lavorare bene senza avere paura; trasforma i gruppi di lavoro in squadre unite, in cui condividere le proprie idee. La psychological safety crea luoghi accoglienti e sicuri e può migliorare la vita dei lavoratori anche fuori dal lavoro.

Quando si parla di psychological safety nei luoghi di lavoro, si parla di un clima in cui le persone possono parlare senza paura. Tradotto in italiano, psychological safety significa sicurezza psicologica. Ma questa traduzione non riesce a spiegare pienamente il significato di benessere, di protezione, di libertà nell'esprimere le proprie idee (O'Donovan & McAuliffe, 2020). In un ambiente con una buona sicurezza psicologica il lavoratore pone domande, esprime dubbi, ammette errori senza paura di sentirsi giudicato o umiliato. In questo modo, i lavoratori sono consapevoli che possono contribuire con idee e proposte, anche "fuori dagli schemi", al benessere di tutti. La psychological safety, infatti, non riguarda solo il benessere individuale, ma anche quello dell'intero gruppo lavorativo. Negli ospedali e nei servizi sanitari la psychological safety è ancora più importante, perché può ridurre il rischio di errori, con conseguenze sui pazienti. Se c'è una buona sicurezza psicologica,

medici, infermieri e altri operatori parlano apertamente di problemi e criticità, invece di nascondersi. Essa è alla base, pertanto, del buon lavoro di squadra. In un gruppo con una buona sicurezza psicologica, tutti si sentono autorizzati a portare informazioni, a segnalare rischi, a dare il proprio punto di vista, anche se non è quello del "capo". Oggi i gruppi cambiano spesso composizione, soprattutto in sanità, e diventa centrale lavorare insieme in modo flessibile e continuo e con una buona motivazione[FF1.1]. La psychological safety rende possibile questo lavoro di squadra, perché permette alle persone di collaborare efficacemente anche se si conoscono da poco tempo. Quando manca la sicurezza psicologica in un ambiente di lavoro le persone iniziano a tacere. L'assenza della psychological safety si vede nei corridoi, nelle riunioni, nelle chat. Tutti sanno che c'è un problema, ma nessuno lo dice apertamente. Senza una adeguata sicurezza psicologica si ha paura di fare domande,

per il timore di sentirsi "banali", di contraddire il superiore o di ammettere un dubbio. Quando manca la sicurezza psicologica c'è il rischio elevato di insorgenza di un clima di sospetto. Si evita il confronto diretto, si mormora alle spalle, si fa finta di non vedere gli errori. In un ambiente senza la tranquillità garantita dalla sicurezza psicologica chi sbaglia viene etichettato, non viene aiutato e spesso isolato (Vöcking et al., 2024). Si evita anche di parlare e di segnalare un rischio per paura di essere etichettato come "spia", come "pignolo" o, addirittura "problematico". In assenza di una adeguata psychological safety aziendale, aumenta il rischio di stress[FF2.1], frustrazione, burnout, di fatica della compassione. In questo clima disfunzionale spesso i migliori se ne vanno, lasciando un luogo di lavoro sempre più povero di energie e di fiducia. Dove c'è, invece, un'adeguata psychological safety sono segnalati gli errori e i quasi errori, non per colpevolizzare, ma per apprendere da questi. La sicurezza psicologica trasforma l'errore da vergogna a occasione di miglioramento, con effetti positivi sulla sicurezza del paziente. Essa funziona anche come cuscinetto di protezione contro il sovraccarico lavorativo e permette al lavoratore di chiedere aiuto in caso di difficoltà. Non avendo paura di essere giudicato negativamente, il lavoratore riesce a parlare del carico di lavoro eccessivo. Tutto ciò diventa possibile senza avere timore di punizioni (Ip et al., 2025). La psychological safety non nasce da sola: va costruita, soprattutto da chi guida i team, dal leader. Un capo che la favorisce ascolta, non umilia, fa domande, ammette i propri errori e invita gli altri a fare lo stesso. Averne un'adeguata sicurezza psicologica non significa che "tutto è concesso" o che c'è l'assenza di regole. Essa, invece, convive con responsabilità chiare: si sbaglia, si analizza, si corregge, ma senza attacchi personali, proprio grazie alla psychological safety (Mohamad Hanifah et al., 2026). La sicurezza psicologica



si costruisce ogni giorno, nei piccoli comportamenti di tutti. Essa nasce quando i leader danno il buon esempio: fanno domande, chiedono opinioni e ringraziano chi solleva un problema. Tutto ciò è alla base di una sana costruzione della psychological safety. Il messaggio proposto è: «Qui è permesso non essere perfetti». Tutto il personale contribuisce alla costruzione di una buona sicurezza psicologica evitando giudizi affrettati, battute umilianti, risposte aggressive. In questo modo il livello di sicurezza psicologica può crescere. Essa spinge ad ascoltare chi parla, a fare finire il discorso e a chiedere chiarimenti invece di attaccare. Un altro momento importante per costruire la psychological safety è creare momenti strutturati in cui discutere errori e criticità senza cercare colpevoli, ma soluzioni. Più le persone sperimentano la sicurezza

psicologica senza essere punite o ridicolizzate, più si sentiranno libere di esporsi, migliorando così la qualità del lavoro e delle relazioni. La psychological safety sostiene le persone, se messe nelle condizioni giuste, a dare il meglio di sé. La sua costruzione non richiede rivoluzioni, ma comportamenti costanti di rispetto, ascolto e coraggio. Ogni volta che si sceglie di non deridere un errore, di porre una domanda in più, di ringraziare chi segnala un problema, si fa un passo verso una migliore sicurezza psicologica. Essa può diventare una nuova "norma culturale" del lavoro, in cui si costruisce giorno per giorno un clima sereno, senza paura, e di grande fiducia. Esageriamo forse nel dire che questa sicurezza riduce il rischio di stress, di malessere e di depressione?

Bibliografia

1. Ip E, Srivastava R, Lentz L, Jasinoski S, Anderson GS. Antecedents of Workplace Psychological Safety in Public Safety and Frontline Healthcare: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22:820.
2. Mohamad Hanifah MH, Paraja J. Calm in chaos: leadership lessons on psychological safety from humanitarian and emergency care. *BMJ Lead*. Published online April 8, 2026.
3. O'Donovan R, McAuliffe E. A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *Int J Qual Health Care*. 2020;32:240-250.
4. Vöcking M, Karrenbrock A, Beckmann A, et al. Emotional and Psychological Safety in Healthcare Digitalization: A Design Ethnographic Study. *Int J Public Health*. 2024;69:1607575.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Il male oscuro e la depressione moderna

/ Antonio La Daga/

La depressione non è un’invenzione dell’era moderna, ma un disturbo mentale che accompagna l’umanità sin dalle sue origini, un tempo etichettato come melancolia e male oscuro.

Questo articolo si propone di esplorare, come la società contemporanea, abbia trasformato questo antico male oscuro in una vera e propria emergenza sanitaria globale. Analizzeremo le radici biologiche e psicologiche del disturbo, sfatando il mito che si tratti di una semplice tristezza passeggera. Vedremo come la consapevolezza e la cura siano le uniche bussole per uscire dal labirinto del vuoto interiore. Anche se oggi ne parliamo con termini clinici, la depressione ha radici che affondano nell’antichità. Già Ippocrate, nel IV secolo a.C., descriveva la melancolia come un eccesso di bile nera, uno dei quattro umori che, secondo la medicina del tempo, governavano il corpo umano. Per secoli, chi soffriva di questo stato d’animo è stato visto ora come un peccatore accidioso, ora come un genio tormentato. O, ancora, come qualcuno toccato da una profonda tristezza esistenziale. Tuttavia, ciò che differenzia il passato dal presente è la percezione sociale della sofferenza. Se nel Rinascimento il tormento era quasi un segno di distinzione intellettuale, nella società moderna la depressione è diventata un ostacolo alla produttività. Oggi sappiamo che non si tratta di un umore instabile, ma di una complessa interazione di fattori genetici, biochimici e ambientali. La ricerca moderna ha spostato l’attenzione dai fluidi corporei ai neurotrasmettitori come la serotonina, la dopamina

e la noradrenalina. Quando l’equilibrio di queste sostanze si altera, la comunicazione tra i neuroni rallenta, influenzando il sonno, l’appetito e, soprattutto, la capacità di provare piacere (anedonia). È fondamentale comprendere che la depressione è una patologia che colpisce il corpo tanto quanto la mente, modificando persino la struttura di aree cerebrali come l’ippocampo. Comprendere questo legame biologico è il primo passo per eliminare lo stigma. Troppo spesso, infatti, si confonde la depressione clinica, il vecchio male oscuro, con la tristezza reattiva, quella che proviamo dopo un lutto o un fallimento. Mentre la tristezza è una risposta emotiva sana e necessaria, la depressione è un blocco del sistema: un’ombra che non si dirada con un semplice sforzo di volontà. Riconoscere l’antichità di questo male ci aiuta a capire che non siamo soli e che l’umanità combatte questa battaglia da millenni, perfezionando costantemente gli strumenti per vincerla (Salomon, 2021). Se la depressione è antica, perché oggi sembra colpire con una forza e una frequenza senza precedenti? La risposta risiede nel paradosso della nostra società: siamo la civiltà più interconnessa della storia, eppure una delle più sole. Il ritmo della vita moderna impone standard di efficienza e perfezione che sono biologicamente insostenibili. La cultura del fare ha sostituito quella dell’es-

sere, spingendo l’individuo in una competizione costante, non solo sul lavoro ma anche nella vita privata. I social media, in questo contesto, agiscono come una lente d’ingrandimento distorta, mostrandoci vite apparentemente perfette che alimentano un senso di inadeguatezza e fallimento personale. L’isolamento sociale, nonostante la connettività digitale, è uno dei principali motori del disturbo depressivo moderno. Il contatto umano fisico, fatto di sguardi, prossemica e calore, viene sostituito da interazioni mediate da schermi che non rilasciano la stessa quantità di ossitocina, l’ormone del legame sociale. Inoltre, la vita urbana ci ha allontanato dai ritmi della natura. La mancanza di luce solare, l’alterazione dei ritmi circadiani dovuta alla luce blu dei dispositivi e la sedentarietà contribuiscono a mandare in corto circuito il nostro sistema nervoso. Un altro fattore cruciale è la perdita di senso. In un mondo che corre verso il consumo rapido, i grandi valori comunitari e spirituali che un tempo offrivano una rete di contenimento emotivo si sono indeboliti. L’individuo moderno si ritrova spesso solo a gestire il peso delle proprie scelte, con la costante paura di essere tagliato fuori o di non essere abbastanza. Questa pressione costante genera uno stato di stress cronico che, nel tempo, esaurisce le riserve psicologiche dell’individuo, aprendo la porta alla depressione. La modernità ha creato un ambiente in cui è facile cadere e molto difficile chiedere aiuto senza sentirsi giudicati (Hari, 2018). Entrare nel mondo di una persona depressa significa comprendere che non si tratta di una mancanza di coraggio. I sintomi della depressione sono vari e spesso mascherati. Non c’è solo il pianto o la disperazione; spesso prevale un senso di vuoto interiore un’apatia che rende impossibile anche le azioni più semplici. Questo stato di paralisi è causato da un vero e proprio cortocircuito della via della ricompensa nel cervello. Quando nulla sembra avere valore o senso, l’energia vitale si esaurisce



(Han Chul, 2012). Dal punto di vista psicologico, il male oscuro è spesso caratterizzato da quella che gli esperti chiamano triade cognitiva: una visione negativa di sé stessi, del mondo e del futuro. Il depresso non vede la realtà per quella che è, ma la osserva attraverso un filtro scuro che amplifica i fallimenti e minimizza i successi. Questo meccanismo di auto-colpevolizzazione è uno dei tratti più dolorosi della malattia. Il paziente si sente responsabile del proprio stato, alimentando un circolo vizioso di vergogna che impedisce la richiesta di aiuto. È un dolore invisibile perché non ha ferite esposte, ma è invalidante quanto una gamba rotta (Beck, 1993). Tuttavia, la ricerca ha fatto passi da gigante. Sappiamo che la neuroplasticità — la capacità del cervello di cambiare e guarire — rimane attiva per tutta la vita. Questo significa che, attraverso la psicoterapia e, quando necessario, il supporto farmacologico, è possibile rettificare i circuiti del pensiero e ripristinare l’equilibrio biochimico. La terapia cognitivo-comporta-

mentale, ad esempio, aiuta il paziente a identificare e smontare quegli automatismi negativi che alimentano il disturbo. La chiave è la tempestività! Intervenire ai primi segnali del male oscuro permette di evitare che si cronicizzi, trasformandosi in una condizione duratura nel tempo. La depressione è una sfida complessa che richiede un approccio umano prima ancora che clinico. Nonostante sia un antico male oscuro, la sua diffusione nella società moderna ci lancia un messaggio chiaro: dobbiamo ripensare il nostro modo di vivere. Bisogna dare priorità alle relazioni autentiche, alla cura di sé e alla vulnerabilità come valore, non come debolezza. Guarire dalla

depressione è possibile, ma non è un percorso che si può affrontare in solitudine. La via d’uscita passa per la combinazione di scienza ed empatia. Parlarne apertamente, senza vergogna, è l’arma più potente che abbiamo per rompere le catene del silenzio. Se senti che l’ombra sta diventando troppo densa, ricorda che chiedere aiuto è il più grande atto di coraggio che tu possa compiere. La società moderna, con tutte le sue contraddizioni, offre anche strumenti terapeutici straordinari che possono riportare la luce dove sembrava esserci solo buio. Il primo passo è sempre il più difficile, ma è quello che permette di tornare a respirare.

Foto: Envato Elements



Antonio La Daga
Medico Neurologo
Redattore

Bibliografia

1. Beck A.T La terapia cognitiva della depressione, Bollati Boringhieri, 1993
2. Chul Han B. La società della stanchezza, Nottetempo, 2012
3. Hari J. Connessioni perse. Le vere cause della depressione e le soluzioni inaspettate, Bloomsbury Circus, 2018
4. Solomon A. Il demone di mezzogiorno. Male oscuro e depressione, Mondadori, 2001 - edizioni aggiornata 2024

Nanoplastiche e cervello

/ Antonio La Daga /

Non è più solo una questione di tartarughe marine o di spiagge deturpate. Le microplastiche hanno ormai colonizzato ogni angolo del pianeta, dai ghiacciai dell'Himalaya fino alle oscure profondità delle fosse oceaniche. Ma la notizia più grave è che la sfida riguarda il nostro corpo, poiché le nanoplastiche sono ormai penetrate dentro di noi.

Le nanoplastiche sono minuscoli frammenti derivano dalla degradazione di oggetti quotidiani e penetrano nei tessuti mangiando un semplice panino o respirando l'aria di casa. La scienza ora osserva con ansia il Sistema Nervoso Centrale, poiché la presenza di plastica nel cervello è ormai una realtà documentata e preoccupante. Capire come questi polimeri interagiscano con i neuroni è fondamentale per difendere la salute delle generazioni future (Campanale et al., 2020). Le microplastiche sono frammenti sotto i 5 millimetri, mentre le nanoplastiche misurano meno di un micrometro, diventando veri fantasmi molecolari invisibili. Essendo infinitesimali superano le barriere biologiche create dalla natura in millenni per proteggere gli organi vitali da tossine e virus pericolosi. Il cervello possiede la barriera emato-encefalica, un filtro sofisticato che decide cosa può passare dal sangue ai tessuti cerebrali profondi. Eppure, le nanoplastiche riescono a "hackerare", ovvero violare, questo sistema sfruttando la loro natura lipofila, cioè la loro affinità con i grassi. Una volta entrate, queste

particelle non vengono eliminate facilmente ma si accumulano, creando depositi di materiali estranei che il corpo non sa gestire. Alcuni esperimenti dimostrano che bastano poche ore dall'ingestione perché materiali come il polistirene siano rilevabili nel cervello animale (Kopatz et al., 2023). Questi intrusi sintetici innescano una guerra biochimica attivando le cellule della microglia, ovvero le sentinelle del nostro sistema immunitario cerebrale. Quando identificano le nanoplastiche come minaccia, scatenano una risposta difensiva che, se prolungata, colpisce tragicamente anche i neuroni sani circostanti. Questo genera lo stress ossidativo, un eccesso di specie reattive dell'ossigeno che danneggia le membrane cellulari e altera il DNA umano. Le sinapsi, ossia i collegamenti tra neuroni, perdono efficienza e le nanoplastiche sembrano favorire il ripiegamento errato di alcune proteine fondamentali. Questo fenomeno è tipico di malattie come l'Alzheimer, dove la plastica funge da catalizzatore, ovvero da acceleratore, per placche tossiche (Prüst et al., 2020). Additivi come bisfenoli e

ftalati, usati per rendere la plastica flessibile, agiscono come mine vaganti chimiche rilasciate direttamente nei nostri tessuti nervosi. Gli studi evidenziano segnali chiari come la riduzione della memoria a breve termine e un preoccupante aumento dei livelli di ansia. Questi sono risultati fisici di una comunicazione sinaptica alterata e di squilibri della dopamina, un neurotrasmettitore fondamentale per il piacere e l'attenzione. La neurotossicità da nanoplastiche potrebbe contribuire all'aumento globale dei disturbi dello spettro autistico e di altre condizioni legate allo sviluppo nervoso. È vitale che la ricerca isoli i polimeri più letali e definisca la soglia di esposizione

oltre la quale il danno diventa irreversibile (Yee et al., 2021). In definitiva, dobbiamo cambiare prospettiva: le micro e nanoplastiche non sono solo un disastro ecologico che riguarda gli oceani, ma una minaccia diretta alla nostra essenza più profonda. La loro capacità di violare la barriera ematoencefalica richiede una sorveglianza scientifica senza

precedenti e, onestamente, un cambio di rotta collettivo.

Anche se la strada per capire ogni singolo effetto a lungo termine è ancora lunga, quello che sappiamo oggi basta e avanza per invocare il principio di precauzione. Non si tratta solo di riciclare meglio, ma di ridurre drasticamente la produzione e cambiare il modo in cui pensiamo

al consumo. Proteggere l'integrità del nostro sistema nervoso significa proteggere la nostra capacità di pensare, di amare e di agire. Il cervello è l'ultimo baluardo della nostra identità; non possiamo permettere che diventi un magazzino per i rifiuti del nostro stile di vita sintetico.



Bibliografia

1. Campanale, C., et al. (2020). "A Detailed Review Study on Potential Effects of Microplastics and Additives of Concern on Human Health." International Journal of Environmental Research and Public Health.
2. Kopatz, V., et al. (2023). "Micro- and Nanoplastics Breach the Blood-Brain Barrier (BBB): Biomolecular Biomarkers and Mechanisms." Nanomaterials.

3. Prüst, M., et al. (2020). "The plastic brain: neurotoxicity of micro- and nanoplastics." Particle and Fibre Toxicology.

4. Yee, M. S., et al. (2021). "Impact of Microplastics and Nanoplastics on Human Health." Nanomaterials (Basel).

Foto: Envato Elements



Antonio La Daga

Medico Neurologo
Redattore

L'emozione tra l'uomo e il cane

/Maria Efisia Meloni/

Il cane rappresenta un fedele compagno dell'uomo nella storia dell'umanità fin dal lontano Paleolitico Superiore, circa 30.000 anni fa. Un affetto, un amico, una cura.

L'origine del cane, secondo diversi studi è stata quella della discendenza dal lupo grigio: *canis lupus*, che si è avvicinato all'uomo per condividere il cibo. E, successivamente c'è stato un processo della domesticazione (Festelli, 2024). L'iter del rapporto uomo-cane è stato evidente nei secoli nelle diverse culture come dell'Egitto, la Grecia, fino all'antica Roma con rappresentazioni affettive tra l'uomo e il cane (Mariane, 2025). Anche attraverso dipinti, sia nei rilievi che nelle sculture. Se ci rifacciamo alla Bibbia questo animale è rappresentato con valore positivo in poche rappresentazioni. Uno degli episodi è riportato da Tobia in viaggio con l'Arcangelo Gabriele, oppure San Rocco con una piaga sulla gamba in compagnia del suo cane. In Egitto veniva venerato, infatti, il ruolo del cane rappresentava e si identificava con il Dio Anubi protettore dei morti (Faenza, 2025). Questo animale veniva usato come guardia, nella caccia, e soprattutto per la sua importanza nella vita dell'uomo era raffigurato nei rilievi e anche nelle tombe. Nell'antica Grecia e nella loro cultura rappresentava la capacità di un legame profondo, infatti, Argo, il cane di Ulisse, è l'archetipo della fedeltà, nell'Odissea di Omero (Pistolato, 2009). Questo animale avendo un olfatto fino a 100.000 volte superiore a quello dell'uomo

viene utilizzato dalle forze dell'ordine per ritrovare persone scomparse, nonché il denaro o le droghe nel traffico illecito. Un altro ruolo importante riguarda accompagnare le persone ammalate come quelle cieche. Non mi soffermerò su questo argomento complesso che meriterebbe una più approfondita analisi. I cani vengono addestrati con il gioco a ricoprire questi ruoli, e sono stati usati per individuare diverse malattie come il COVID, diabete, crisi epilettiche, tumori. Gli allenatori, supportati dalla ricerca scientifica, continuano ad addestrare questi splendidi animali con il gioco e i premi ogni volta che riescono a raggiungere l'obiettivo. Freud scrisse dell'amore profondo, senza ambivalenza, del suo cane Jofi che presenziava alle sedute psicoterapiche con i pazienti, scandendo il tempo. Ma soprattutto osservava un effetto ansiolitico sui pazienti. Secondo Winnicott questo animale rappresenta un oggetto transazionale. Jung, invece, considera il cane con una funzione importante nella regolazione emotiva. Può essere considerato con una funzione di congiunzione con la psicologia del Sé, non giudicante, che rimanda costantemente un'immagine positiva con un rinforzo del proprio narcisismo e dell'autostima. Talvolta c'è una proiezione sul cane, dei propri vissuti emotivi e ansie.

Delle "parti rimosse del Sé" (l'ombra) vengono proiettate sull'animale che diventa lo specchio inconscio dell'uomo (Cervio, 2025). Negli anni '60 il neuropsichiatra Boris Levinson mise in evidenza i benefici della compagnia del cane sui bambini con disturbi dello spettro autistico, di depressione e di ansia. Si è dimostrata utile anche negli anziani sia con problematiche di patologie organiche, soprattutto cardiache, che psichiche. "L'amico dell'uomo" facilita l'espressione immediata delle emozioni nei diversi ambiti: comportamentali, sociali e soprattutto nelle aree emotive. La pet therapy viene utilizzata anche nell'elaborazione del lutto e dei traumi, con diversi studi scientifici che ne evidenziano l'efficacia. Molte ricerche scientifiche hanno dimostrato che migliora il tono dell'umore nelle diverse fasce di età. La terapia assistita con l'animale permette l'esprimersi di emozioni positive, incidendo nella comunicazione della sfera cognitiva, emotiva e relazionale (Pasino, 2022). Inoltre, permette alle persone, di liberarsi dall'ansia attraverso l'interazione uomo-cane, con diminuzione del cortisolo ormone dello stress, e aumento dell'ossitocina. Negli anziani oltre all'azione benefica sui problemi organici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca che vengono modulati) migliora anche la comunicazione e l'espressione immediata delle emozioni nei diversi ambiti sociali. Lo stile di vita di un uomo accompagnato da un cane migliora in diversi ambiti, compreso quello della socializzazione. Molti studi dimostrano che il rapporto affettivo con l'animale è benefico soprattutto nelle persone affette da patologie organiche e mentali. Inoltre, la compagnia di un cane migliora lo stato di solitudine e di isolamento, nonché la comunicazione. La capacità di elaborare eventi traumatici compresi i lutti sono facilitati dal rapporto con questo animale. Quindi non è solo una compagnia, o difesa personale a seconda della razza di cani. Ma incide anche notevolmente sugli stili e qualità di vita dell'uomo.



Bibliografia

1. Bateson G. Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente. Adelphi Edizioni, pag165-190.
2. Festelli C. La storia del cane: da lupo ad animale domestico. 21 marzo 2024. <https://www.yuup.it/blog/storia-del-cane/>
3. Ferrari G. I cani sono geneticamente portati ad interagire con noi? 12 giugno 2021 <https://www.focus.it/ambiente/animali/cani-genetica-interazione-uomo>
4. Albertini M. L'olfatto del cane: capacità di diagnosi in campo medico. 19 giugno 2020 <https://missioneveterinario.it/olfatto-del-cane-nella-medicina-umana/>
5. Mariane V. L'antico legame tra uomo e cane. 10 agosto 2025 <https://missioneveterinario.it/olfatto-del-cane-nella-medicina-umana/>

to-del-cane-nella-medicina-umana/

6. Faenza B. Anubi, il cane nero del Panteon egizio. 25 luglio 2025 https://www.storicang.it/a/anubi-il-cane-nero_15421
7. Pistolato G. Il cane Argo (Odissea). 20 dicembre 2009 <https://pistolato.wordpress.com/2009/12/20/il-cane-argo-odissea/>
8. Cervio K. Il cane in seduta: la relazione uomo-animale come ponte verso l'inconscio. 25 aprile 2025. <https://katyacervio.it/il-cane-in-seduta-la-relazione-uomo-animale-come-ponte-verso-linconscio/>
9. Pasino T. Il cane come catalizzatore sociale e come cura per la depressione. 24 marzo 2022 <https://www.stateofmind.it/2022/03/terapia-assistita-cani-depressione/>

Foto: "La relazione uomo e cane", di Efisia Meloni, 2026



Maria Efisia Meloni
Medico Psichiatra
Redattrice

Salute mentale e tempo libero

/ Enza Maierà /

La complessità della vita quotidiana ci espone a continui stimoli fisici e intellettivi, nonché a intense sollecitazioni emotive, l'ansia e la depressione sono le complicanze più frequenti. Accanto alle terapie farmacologiche e psicoterapeutiche, svolgono un ruolo importante anche approcci complementari, quali i viaggi, le attività ricreative e una buona gestione del tempo libero.

Nelle società contemporanee caratterizzate da elevate aspettative di produttività e rendimento, lo stress cronico, l'ansia e la depressione rappresentano fenomeni di crescente rilevanza sociale e sanitaria. Questi problemi hanno un impatto significativo sulla salute mentale della popolazione adulta a livello globale. Le stime epidemiologiche indicano che i disturbi d'ansia interessano circa il 4% della popolazione mondiale, mentre i disturbi depressivi riguardano circa il 5% della popolazione adulta (Javaid et al., 2023; WHO, 2023). Tale scenario ha suscitato un crescente interesse nella comunità scientifica, orientata a individuare strategie efficaci per prevenire e mitigare le conseguenze associate a tali disturbi. In questo contesto, numerosi studi hanno evidenziato l'esistenza di una relazione significativa tra la partecipazione ad attività del tempo libero e il benessere individuale. Con effetti benefici sia sul piano della salute fisica sia su quello della salute mentale. Con riferimento alla salute mentale, le ricerche

hanno sottolineato il ruolo delle attività ricreative nel favorire il benessere psicologico e nel contribuire alla riduzione dei livelli di stress e dei sintomi associati ad ansia e depressione (Francourt et al., 2021). Il legame tra l'esperienza del viaggio, nel tempo libero, e il benessere psicologico è ormai ampiamente riconosciuto anche in ambito clinico. La ricerca scientifica ha superato l'idea che le vacanze siano un semplice momento di svago. Si è dimostrato che il viaggio rappresenta un vero e proprio strumento di prevenzione e di supporto per la nostra mente. I benefici di questa abitudine emergono con particolare forza quando si scelgono viaggi orientati verso contesti naturali. Buckley e Cooper (2022) hanno esaminato le ricerche mediche e biologiche sul tema. Hanno evidenziato che i viaggi in ambienti naturali, uniscono il beneficio psicologico del distacco dalla routine quotidiana a quello biologico del relax fisico. È stato infatti dimostrato che il contatto con la natura agisce sullo stress, portando a una netta

riduzione dei livelli di cortisolo nel sangue. La conclusione di questo lavoro di ricerca è che le esperienze di immersione nella natura sono utili alla salute mentale della popolazione (Buckley & Cooper, 2022). Attraverso una sintesi degli studi sul settore, Buckley (2022) ha dimostrato che le vacanze operano sulla nostra mente attraverso tre funzioni principali. Una prima funzione preventiva si è dimostrata capace di proteggere le persone dal burnout lavorativo, dall'ansia e dalla depressione. La seconda funzione è terapeutica nel senso che aiuta a recuperare le energie dopo periodi di forte stress o traumi. Ed infine una terza importante funzione è relativa alla crescita personale. Esplorare luoghi e culture sconosciute migliora la nostra flessibilità mentale e la capacità di reagire alle difficoltà. Un recente studio di Huang et al. (2025), ha confermato l'efficacia di strategie terapeutiche integrative al trattamento farmaco-

logico mirato al trattamento dell'ansia e della depressione. In particolare, gli autori hanno revisionato e confrontato i risultati provenienti da numerose ricerche, già pubblicate, su interventi rivolti alla terapia di questi disturbi. Tali interventi sono stati successivamente classificati in due principali categorie, alcuni basati sul contatto con la natura e altri incentrati su esperienze culturali. Da tali studi è emerso che prescrizioni come la musicoterapia e l'immersione nell'ambiente naturale risultano molto efficaci nel ridurre l'ansia perché producono tranquillità. Al contrario, le stesse prescrizioni integrate con attività più stimolanti, come l'esercizio fisico e l'orticoltura, comportano come effetti terapeutici, una riduzione dei sintomi depressivi. La finalità dello studio è stato quello di valutare l'opportunità di applicare queste tipologie di intervento nell'ambito di un turismo progettato per il benessere e la cura della perso-

na. Anche gli studi di Avecillas-Torres et al. (2025) hanno confermato le conclusioni delle precedenti ricerche circa l'effetto benefico sull'ansia e sulla depressione derivante da esperienze a diretto contatto con la natura, nel tempo libero. L'idea maturata sul viaggio come terapia ha recentemente ampliato il concetto di tourscape (turismo e paesaggio). Secondo tale prospettiva il turista potrà fruire non solo di attrazioni o di servizi ma potrà godere anche di benefici per la salute. In tal senso l'esperienza turistica sarà caratterizzata da diverse componenti naturali, sociali, culturali e relazionali. La Stress Reduction Theory di Roger Ulrich (2023) sostiene che il contatto con ambienti naturali favorisce una riduzione delle risposte fisiologiche e psicologiche allo stress, promuovendo stati emotivi positivi. Parallelamente, la Attention Restoration Theory di Rachel Kaplan e Stephen Kaplan (1989) ritiene che

gli ambienti naturali possano favorire il recupero dell'attenzione e di altre funzioni mentali. In sintesi, entrambe le teorie suggeriscono che determinati contesti ambientali agiscono favorendo il recupero psicologico, la regolazione emotiva e il benessere soggettivo. In questa direzione, LinX et al (2024) hanno proposto il concetto di rural tourscape (paesaggio esperienziale del turismo rurale) applicando il modello del tourscape ai contesti rurali. Gli autori evidenziano come il contatto con la natura comporti ritmi di vita meno frenetici, interazioni autentiche con la comunità locale e un legame con le tradizioni culturali del luogo. Tutti questi elementi sono centrali nell'esperienza turistica rurale e favoriscono il rilassamento, riducono i livelli di stress e promuovono il benessere psicologico. Ne deriva un sistema integrato di componenti ambientali e sociali che contribuiscono al benessere mentale e al mi-





glioramento della qualità di vita. La letteratura sul recupero dallo stress lavorativo evidenzia come la capacità di distaccarsi psicologicamente dal lavoro sia fondamentale. A giovarne è il benessere individuale e il mantenimento di elevate prestazioni lavorative. In particolare, Sonnentag (2012) definisce il psychological detachment, distacco mentale dal lavoro, come la capacità di interrompere, durante il tempo libero, i pensieri e le preoccupazioni legati all'attività professionale. Ciò consente all'individuo di recuperare le risorse cognitive ed emotive consumate dalle richieste lavorative. Essi sono associati a una maggiore soddisfazione di vita, a una riduzione dei sintomi di strain psicologico e a migliori performance lavorative. Un altro concetto proposto da Sonnentag (2015) è lo stressor-detachment ossia il distacco mentale dallo stress. Secondo questo concetto, se in ambito lavorativo vi sono anche dei fattori stressanti, essi possono compromettere la capacità del lavoratore di distaccarsi mentalmente da essi. Viene ostacolato il processo di recupero e aumenta il rischio di affaticamento di esaurimento delle risorse personali e di riduzione del benessere. Al contrario, la possibilità di recuperare

adeguatamente favorisce il ripristino delle energie psicologiche necessarie per affrontare efficacemente le richieste future (Sonnentag, 2015). Le attività ricreative e l'esperienza del viaggio generano molteplici benefici, riconducibili a due dimensioni fondamentali: quella psicologica e quella esistenziale. Sul piano psicologico, si osserva un significativo incremento del benessere emotivo, associato a una netta mitigazione degli stati ansiosi e depressivi. Sul versante esistenziale, invece, la pratica turistica e ricreativa è fondamentale perché arricchisce le relazioni sociali, stimola la creatività e la capacità di provare meraviglia. Quest'ultimo effetto del viaggio sulla mente umana era già stato anticipato dalla let-

teratura del XIX secolo. "Viaggiare è fatale per il pregiudizio, il bigottismo e la ristrettezza mentale, e molti della nostra gente ne hanno un disperato bisogno su questi resoconti. Le visioni ampie, salutari e caritatevoli degli uomini e delle cose non possono essere acquisite vegetando in un piccolo angolo della terra per tutta la vita" (Twain, 1869).

framework of mechanisms of action. *Lancet Psychiatry*. 2021 Apr;8(4):329-339. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30384-9.

5. Huang Meijiao, Wei Xiong, Bendegul Okumus, Jun Wen, Indirect evidence of travel therapy for anxiety and depression: A network meta-analysis, Nov. 2025, *Journal of Hospitality and Tourism Management* 65, doi:10.1016/j.jhtm.2025.101360

6. Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J. et al, Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations, May 2023, *Middle East Current Psychiatry*, 30 (1). doi :10.1186/s43045-023-00315-3

7. Kaplan, Rachel; Kaplan, Stephen (1989). The experience of nature: A psychological perspective. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-34939-0.

8. LinX.Wang, Y.ZhanZ., WangQ et al, (2024). Effects of VR technical interaction and acceptance on rural cultural identity: the mediating role of embodied cognition and flow experience. *Telemat. Inform. Rep.*16:100170. doi: 10.1016/j.teler.2024.100170

9. Sonnentag, S. (2012). Psychological detachment from work during leisure time: The benefits of mentally disengaging from work. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 114–118. <https://doi.org/10.1177/0963721411434979>

10. Sonnentag, S. & Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework. *Journal of Organizational Behavior*, 36(S1), S72–S103. <https://doi.org/10.1002/job.1924>

11. Twain, M. (1869). The innocents abroad, or the new pilgrims' progress. Project Gutenberg. <http://www.gutenberg.org/files/3176/3176-h/3176-h.htm>

12. Ulrich, R. S. (2023). Stress reduction theory. In D. Marchand, E. POI & K. Weiss (Eds.), 100 key concepts in environmental psychology (pp. 143-146). New York, NY: Routledge.

13. World Health Organization (WHO). Depression – Fact sheet.

Bibliografia

1. Avecillas-Torres, I., Herrera-Puente, S., Galarza-Cordero, et al.(2025). Nature Tourism and Mental Well-Being: Insights from a Controlled Context on Reducing Depression, Anxiety, and Stress. *Sustainability*, 17(2), 654. <https://doi.org/10.3390/su17020654>

2. Buckley, R., & Cooper, M. A. (2022). Tourism as a tool in nature-based mental health: Progress and prospects post-pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13112. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013112>

3. Buckley, R. (2022). Tourism and mental health: Foundations, frameworks, and futures. *Journal of Travel Research*, 62(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/00472875221087858>

4. Fancourt D, Aughterson H, Finn S, Walker E, Steptoe A. How leisure activities affect health: a narrative review and multi-level theoretical

Foto: Envato Elements



Enza Maierà
Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

Gentilezza e parole che curano nella depressione

/ Antonella Vacca /

La depressione è una delle forme di sofferenza psicologica più diffuse nella società contemporanea. Questo articolo esplora il ruolo della gentilezza e della comunicazione empatica nei percorsi di cura della depressione. Le parole possono alimentare il senso di isolamento oppure favorire comprensione, speranza e cambiamento.

La gentilezza, le parole e la comunicazione empatica hanno un peso rilevante nella cura della depressio-

ne. Questa patologia è un male antico che continua a manifestarsi nella società moderna con forme sempre

nuove. Oggi rappresenta una delle principali cause di sofferenza e disabilità a livello mondiale (World Health Organization, 2023). Chi soffre di depressione sperimenta spesso non solo tristezza, perdita d'interesse e senso di vuoto, ma anche una profonda trasformazione del modo di percepire sé stesso, gli altri e il futuro. Aaron Beck, fondatore della terapia cognitiva, descrisse questo fenomeno attraverso la cosiddetta "triade cognitiva della depressione": una visione negativa di sé, del mondo e del domani (Beck, 1979). In molte persone il dialogo interno assume la forma di una voce critica e severa: "non valgo abbastanza", "sono un fallimento", "non riuscirò mai a stare meglio". Questi pensieri finiscono per consolidare la sofferenza e ridurre la speranza di cambiamento. Anche le parole provenienti dall'esterno possono avere un impatto significativo. Frasi come "devi reagire", "non pensarci" o "hai tutto per essere felice" sono spesso pronunciate con buone intenzioni, ma rischiano di essere vissute come una mancata comprensione del dolore. Quando la sofferenza non viene





riconosciuta, la persona può sentirsi ancora più sola. Negli ultimi anni la ricerca psicologica ha evidenziato come la gentilezza, l’empatia e la compassione rappresentino importanti fattori di protezione per la salute mentale (Gilbert, 2009). Essere gentili non significa negare la realtà del dolore o proporre facili soluzioni. Significa offrire ascolto, presenza e rispetto. Significa riconoscere la sofferenza dell’altro senza giudicarla. Le neuroscienze hanno mostrato come le relazioni caratterizzate da sicurezza e accoglienza favoriscano la regolazione emotiva e riducano gli stati di allarme e minaccia (Porges, 2011). Sentirsi ascoltati e compresi può attenuare quel senso di isolamento che spesso accompagna la depressione. Parole semplici come “ti ascolto”, “capisco che stai soffrendo”, “non sei solo” o “sono qui per te” possono avere un

valore profondo. Non eliminano il dolore, ma aiutano la persona a non sentirsi sola nel portarlo. Lo psichiatra Eugenio Borgna ha dedicato molte delle sue riflessioni al significato umano delle parole nella cura. Nei suoi scritti sottolinea come il linguaggio possa diventare un ponte verso l’altro oppure una barriera che aumenta la distanza. Le parole possono ferire, ma possono anche offrire conforto, vicinanza e speranza (Borgna, 2017). La psicoterapia è, prima di tutto, un incontro tra persone. Attraverso il dialogo terapeutico il paziente può comprendere meglio la propria esperienza, dare un significato alla sofferenza e costruire nuove prospettive sul proprio vissuto. La ricerca ha dimostrato che la qualità della relazione terapeutica rappresenta uno dei principali fattori associati all’efficacia del trattamento psicologico (Norcross & Lambert,

2019). Sentirsi accolti, compresi e rispettati costituisce una base essenziale per il cambiamento. Nell’approccio cognitivo postrazionalista di Vittorio Guidano, l’essere umano è visto come un costruttore attivo di significati. Ognuno organizza la propria esperienza attraverso narrazioni personali che contribuiscono a definire il senso di identità (Guidano, 1987). Da questa prospettiva, la depressione non riguarda soltanto l’umore o i sintomi clinici, ma coinvolge il modo in cui la persona interpreta la propria storia e il valore personale. La psicoterapia favorisce una rilettura dell’esperienza che permette di costruire significati più articolati e meno rigidi, aiutando la persona a riconoscere aspetti di sé che il dolore aveva oscurato (Guidano, 1991). Anche Borgna attribuisce un ruolo centrale alle parole nella relazione di cura. Le parole del tera-

peuta non servono soltanto a spiegare o interpretare, ma contribuiscono a creare uno spazio umano in cui la sofferenza può essere condivisa e compresa. Quando una persona si sente riconosciuta nella propria unicità, diventa più facile recuperare fiducia nelle proprie risorse (Borgna, 2017). Uno degli aspetti più dolorosi della depressione è il rapporto con sé stessi. Molte persone depresse convivono con livelli elevati di autocritica e tendono a giudicarsi con una severità che non riserverebbero mai a chi amano. Per questo motivo, negli ultimi anni si è sviluppato un crescente interesse per il concetto di autocompassione, definita come la capacità di trattare sé stessi con comprensione e benevolenza nei momenti di difficoltà (Neff, 2003). Imparare a rivolgersi parole meno dure non significa ignorare i propri errori o rinunciare alla crescita per-

sonale. Significa riconoscere che fragilità, limiti e sofferenza fanno parte dell’esperienza umana. Secondo la prospettiva postrazionalista, il dialogo interno contribuisce a mantenere il senso di continuità della propria identità. Quando questo dialogo è dominato da giudizio e svalutazione, la sofferenza tende a consolidarsi. Al contrario, sviluppare uno sguardo più comprensivo verso sé stessi può favorire una diversa interpretazione della propria storia e delle proprie possibilità future (Guidano, 1991). Viviamo in una società caratterizzata da ritmi sempre più veloci, comunicazioni frammentate e relazioni spesso superficiali. Può essere determinante in questo contesto, la gentilezza e il valore delle parole rischia di essere sottovalutato. Eppure, ogni relazione rappresenta un’opportunità per promuovere salute mentale. Un ascolto autentico, una comunicazione rispettosa e la capacità di riconoscere il vissuto emotivo dell’altro possono contribuire a creare contesti relazionali più favorevoli al benessere psicologico. Come ricorda Borgna, molte forme di sofferenza psichica si accompagnano a un profondo sentimento di solitudine. Per questo motivo la qualità dell’ascolto e della presenza umana assume un valore terapeutico che va oltre qualsiasi tecnica (Borgna, 2017). Naturalmente la gentilezza non sostituisce le cure specialistiche necessarie nei casi di depressione. Tuttavia, può rappresentare un elemento complementare capace di favorire fiducia, vicinanza e speranza. Le parole non curano da sole la depressione, ma possono influenzare profondamente il modo in cui una persona vive la propria sofferenza. Possono ferire o sostenere, isolare o avvicinare, alimentare la disperazione oppure aprire alla possibilità del cambiamento. Conoscere la depressione significa comprendere anche il peso che il linguaggio assume nell’esperienza soggettiva del dolore. Curare significa offrire trattamenti efficaci, ma anche costruire relazioni fondate sull’ascolto, sul rispetto e sulla gentilezza. Come

suggerisce il modello cognitivo postrazionalista, cambiare il modo in cui raccontiamo la nostra esperienza significa spesso trasformare il modo in cui la viviamo (Guidano, 1991). Allo stesso tempo, Borgna ci ricorda che ogni parola pronunciata in una relazione di cura possiede una responsabilità umana ed emotiva. In un’epoca in cui le parole sono spesso consumate dalla fretta e dalla superficialità, recuperare il valore dell’ascolto e della comunicazione empatica può rappresentare uno dei gesti più semplici e, al tempo stesso, più profondi di cura della depressione.

Bibliografia

1. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1979.

2. Borgna E. Le parole che ci salvano. Torino: Einaudi; 2017.

3. Gilbert P. The Compassionate Mind. London: Constable & Robinson; 2009.

4. Guidano VF. Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy. New York: Guilford Press; 1987.

5. Guidano VF. The Self in Process: Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy. New York: Guilford Press; 1991.

6. Neff KD. Self-compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. Self and Identity. 2003;2(2):85-101.

7. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy Relationships That Work. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2019.

8. Porges SW. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York: W.W. Norton; 2011.

9. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2023.

Foto: “La gentilezza” di Antonella Vacca, immagine creata con A.I. 2026



Antonella Vacca
*Psicologa Clinica Psicoterapeuta
Redattrice*

RSA e buonumore

/ Gianluca Lisa /

Le RSA accolgono anziani spesso non autosufficienti che necessitano di un'assistenza medica, infermieristica e riabilitativa costante. Il buonumore può essere un aiuto per la prevenzione contro la depressione geriatrica.

Nella gestione sociosanitaria delle Residenze Sanitarie Assistenziali cura e della prevenzione della depressione nella terza età. Nel gen-



(RSA), emerge con forza il bisogno di una “gestione umana”. Molte persone vivono, infatti, una condizione di isolamento affettivo, con contatti limitati o saltuari con i propri familiari. In questo contesto, il benessere psicologico e la socializzazione diventano pilastri fondamentali della

naio 2026, il Rotary Club Distretto 2032 di Sanremo, presieduto dalla Prof.ssa Stefania Sandra, mi ha richiesto un parere come esperto EDA per individuare un'attività di Service efficace per gli ospiti di alcune RSA locali. In qualità di responsabile per la Liguria della Eu-

alimentare ansie o paure, abbiamo attivato un percorso sperimentale basato sull'intrattenimento di qualità come forma di supporto psichico. L'obiettivo centrale del Service è stato fin da subito chiaro. Bisognava contrastare l'apatia, stimolare le funzioni cognitive e promuovere il

benessere emotivo attraverso la convivialità e il divertimento condiviso. Il progetto si è articolato in due interventi pilota mirati della durata di 90 minuti ciascuno. Distribuiti tra i mesi di marzo e aprile 2026, presso due RSA d'eccellenza del territorio Imperiese. Questo è stato possibile grazie alla preziosa sensibilità e collaborazione dei rispettivi direttori: - RSA Anni Azzurri B. Franchiolo (Sanremo) – Direttore Dott. Stefano Faraldi. - Fondazione Orenco Demora (Borgomaro) – Direttore Dott. Luca Volpe. Attraverso il racconto di aneddoti, barzellette, quiz storici e momenti di partecipazione attiva, abbiamo trasformato i classici pomeriggi residenziali in occasioni di autentico scambio umano e culturale. Per misurare l'impatto e l'efficacia del Service in modo rigoroso, nei

giorni successivi agli incontri sono stati somministrati questionari di gradimento a un campione di ospiti. L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato un successo straordinario, confermando l'ipotesi scientifica di partenza: l'intrattenimento mirato ha un valore terapeutico preventivo e curativo. I punti chiave emersi dall'analisi statistica e qualitativa includono: 1-Gradimento e coinvolgimento totale. La quasi totalità degli ospiti ha espresso il massimo punteggio riguardo all'atmosfera e al senso di accoglienza. Gli stimoli narrativi (barzellette e aneddoti) si sono rivelati uno strumento potente per risvegliare ricordi piacevoli, contrastando attivamente il senso di solitudine. 2-Desiderio di connessione e stimoli cognitivi. I quiz di attualità e cultura generale sono stati accolti con

enorme entusiasmo. Questo dimostra che l'anziano conserva un forte desiderio di restare connesso con il mondo esterno, mantenendosi intellettualmente attivo e valorizzato. 3-La percezione del tempo. Un dato particolarmente significativo riguarda la percezione della durata dell'attività: ben il 50% del campione ha definito l'incontro “troppo corto”. In un contesto in cui le ore sono spesso scandite dalla monotonia, questo feedback rappresenta la prova più tangibile dell'entusiasmo generato. 4-Richiesta unanime di continuità. Il dato più straordinario emerge dalla volontà di replicare l'esperienza. Il 100% dei partecipanti ha espresso il desiderio che l'attività diventi un appuntamento regolare. Inoltre, i suggerimenti raccolti a margine (uscite di gruppo, giochi sensoriali, proiezioni di video storici locali) indicano una rinnovata vitalità e una ritrovata curiosità verso il futuro. I risultati ottenuti presso la Fondazione Orenco Demora e la Anni Azzurri Franchiolo dimostrano che questo modello di Service è necessario e perfettamente esportabile in altre realtà. È essenziale spostare il focus clinico dalla “malattia” o dalla “condizione esistenziale di fragilità” alla persona nella sua interezza e alla sua capacità di sorridere. Esso permette di prevenire efficacemente le derive depressive, migliorando sensibilmente la qualità della vita residenziale. Questo progetto pilota dimostra concretamente che, con un impegno di Service mirato e strutturato, può fare una differenza profonda nella vita degli anziani. Esso contribuisce a trasformare le RSA da luoghi di pura assistenza sanitaria a spazi di vita attiva, inclusione e benessere emotivo.

Bibliografia

1. Berk, L. S., & Tan, S. A. (2014). The psychoneuroimmunology of mirthful
2. Kitwood, T. (1997). Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Open University Press.
3. Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement.
4. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care:

- 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet, 396(10248), 413-446.
 5. Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, F., et al. (2014). The SMILE study: a randomized controlled trial of humorous interventions for residents in nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA), 15(7), 493-499.
- Disegno di Gianluca Lisa “RSA, buonumore e il tesoro della vita”, 2026, per gentile concessione.



Gianluca Lisa
Primario Psichiatra
Redattore

Costruzione dell'identità personale e la mostra di Isaac Julien

/ Patrizia Amici/

Il presente articolo mescola alcune tematiche importantissime partendo da una mostra su Isaac Julien relativa al ruolo del museo nella costruzione dell'identità personale e culturale. Lo sguardo parte dall'esperienza della mostra per sfiorare i temi della costruzione dell'identità personale psicologica e culturale.

La costruzione dell'identità è un processo che dura tutta la vita. L'identità personale non è qualcosa di statico e acquisito ma qualcosa di dinamico. A formare la nostra identità concorrono molteplici fattori: psicologici, biologici e psicosociali, ambientali e culturali (Gilbert & Gottlieb, 2007). In questo breve excursus affronteremo gli aspetti della costruzione dell'identità personale usando come pretesto le opere di un famoso artista visivo: Isaac Julien. La costruzione dell'identità personale e culturale inizia dall'infanzia e dal rapporto con le figure di riferimento. Tra i fattori individuali che costruiscono nel tempo la nostra identità personale vi sono le esperienze di vita e la costruzione narrativa delle stesse. I fattori relazionali legati alla costruzione dell'identità sono gli aspetti familiari, di attaccamento ed educativi. Ultimi, gli aspetti sociali: esperienze sociali, appartenenza ad un gruppo culturale, cultura di

riferimento etc. All'adolescenza si arriva attraverso crisi e integrazioni con il mondo esterno. In età adulta la costruzione dell'identità si integra di nuove esperienze affettive e di vita. In questa crescita individuale si inseriscono i diversi contesti sociali e culturali che la persona vive. Il contesto sociale aiuta lo sviluppo di sé. Erikson (1950, 1968) approfondì le tematiche che conducono alla costruzione della propria identità. Egli afferma che esistono diverse fasi psico-sociali da attraversare, ognuna delle quali corrisponderebbe ad una crisi da superare. Egli valuta sia l'identificazione che la diffusione (mancanza di una identità definita) dell'identità come due processi fondamentali. La nostra formazione culturale ha un ruolo importantissimo nel definire come vedremo il mondo. L'identità culturale si sviluppa attraverso l'esperienza del gruppo che consente di creare attitudini e sentimenti (Phinney 1996). I

diversi contesti sociali e l'immagine che se ne ha all'esterno influenzano ovviamente lo sviluppo individuale (Niobe Way et al. 1993). Una identità culturale forte funge da fattore di protezione rispetto a disagio psichico, depressione ed autostima (Niobe Way et al. 1993). Cosa concorre a formare la nostra identità culturale? Gli atteggiamenti dei gruppi esistenti con cui veniamo in contatto, la costruzione di una relazione personale con un gruppo culturale e le relazioni del nostro gruppo con altri gruppi. La mostra, Museum Dreams, a Bergamo nello spazio Gres Art 671, riunisce cinque grandi installazioni di Isaac Julien. Il filo conduttore della mostra è l'idea del museo come luogo capace di creare, guidare e illustrare il nostro reale. Una proposta interessante che ci porta a riflettere su come ciò che incontriamo a livello culturale plasmi il nostro percepire le cose. Ciò che i musei mostrano costruisce e indirizza la nostra identità. Ciò che viene esposto può costituire la nostra sola immagine? Diventare la nostra conoscenza? Rappresentare la nostra memoria? I musei raccontano la nostra identità e legittimano il nostro vissuto (quell'opera appartiene alla nostra cultura e storia, pertanto ci rappresenta). Ciò che viene esposto, per definizione, è rappresentativo e ha valore storico, sociale, economico, culturale o politico. In questo senso i musei legittimano la nostra storia, la raccontano. Contemporaneamente ogni museo del mondo ci consente di incontrare altre culture, altre storie. Il lavoro di Julien consente a noi tutti di rinegoziare il passato, aprendo a nuove narrative. Isaac Julien è un artista visivo e regista che nasce a Londra nel 1960. Celebre per le sue opere: installazioni cinematografiche che usano l'accorgimento del multischermo per trattare di memoria storica, identità personale e culturale ed architettura. I lavori di Julien esplorano la tematica dell'identità attraverso registri come la migrazione, il colonialismo e la trasformazione. L'artista porta in primo piano chi è stato margina-

lizzato, chi è minoranza: per razza, credo o scelta sessuale. Il suo lavoro presenta spesso il superamento dei confini spaziali e temporali o di genere. I piani temporali divengono

contemporanei, i piani spaziali sono compresenti. Il tema della giustizia sociale e dell'identità in costruzione sono centrali nel lavoro di Julien, resi con una estetica a volte angosciante

ma mai superflua. Vi racconto di tre opere che mi hanno particolarmente colpito. In "Ancora una volta... (le statue non muoiono mai)" Julien cita il famoso "Les statues meurent



aussi”: “anche le statue muoiono”. Il lavoro del 1953 verte sulla storia dell’arte “negra”. Il documentario dei registi Chris Marker ed Alain Resnais si chiedeva: che fine fa l’arte africana nei nostri musei? Il film si poneva come una denuncia alla colonizzazione, additando la mancanza di considerazione verso la cultura africana. Nel suo cortometraggio, giocato su 5 grandi schermi, Julien racconta del rapporto tra il collezionista d’arte nera dr. Barnes e il filosofo Locke. Entrambi figure nere di spicco. Il Dr. Barnes, uno dei primi collezionisti di arte africana, fondatore del museo Barnes, ha dato valore all’arte africana. Inoltre, è stato promotore del movimento “Rinascimento di Harlem”. Il secondo, Locke, eminente filosofo, primo afroamericano a ricevere la borsa di studio Rhodes. Interessante: la nostra identità personale si costruisce attraverso l’esplorazione, il contatto con la storia identitaria, le sperienze che la persona fa, ciò che legge, vive incontra (Phinney 1996). Ma se ciò che incontriamo è una bugia? Una manipolazione? Una lettura minimale e manipolata? “Baltimore” esplora ancora più decisamente il tema. Protagonista l’attore e regista Melvin Van Peebles. Il protagonista ci conduce in tre luoghi di Baltimore: il Walter Art Museum, Il Contemporary Museum ed il Great Blacks in Wax Museum, che egli inaugurò con il suo film nel 1971. Seguiamo l’attore tra magnifiche e monolitiche architetture in bianco e nero, girare per le stanze del museo. Nel suo cammino incontra un quadro sconosciuto del 1500 “Veduta di una città ideale”, una rappresentazione prospettica e monolitica di una città europea. Poi entra in una stanza e li incontra alcuni personaggi della storia nera... della nostra storia. Sono statue di cera. La cera, materiale povero... i marmi delle sale del museo. I colori dei personaggi... i bianchi e neri della pavimentazione e della città. I personaggi della cultura nera sono ritratti mentre guardano le opere. Tranne due: Malcom X e Martin

Luther King. Loro due sono rivolti a chi guarda... ti guardano in viso e a loro si affianca Van Peebles. Questo sguardo diretto, fisso, ti spaura. E ti rende consapevole dell’importanza storica di chi stai e ti sta guardando. Ti rendono impossibile ignorare la loro presenza.

Un interessante tema quello proposto da Julien: “us vs them” (Teoria dell’identità sociale-Tajfel (1971). Il cortometraggio rende bene il contrasto: marmo, sale giganti, opulenza, prestigio, riconoscimento del valore: da un lato. Dall’altro: materiale povero, la cera, appunto, una dissonanza visiva quasi disturbante, in quelle statue un po’ grottesche che però a si girano verso di noi. Tajfel (1971) sostiene che la categorizzazione sociale avviene attraverso un meccanismo di identificazione (mio) vs uno di differenziazione (voi). Per mantenere la nostra appartenenza tendiamo a percepire migliore il nostro gruppo rispetto all’altro; inoltre, ne massimizziamo le differenze. In “Vagabondia” l’azione si svolge nel Sir John Soane’s Museum di Londra, fondato nel 1837. Le sue sale sono piene di cimeli del 18 e 19esimo secolo. Qui una curatrice museale nera si muove tra le stanze chiuse. Le sale vuote, a fine giornata, si animano della presenza di un “vagabondo” in abiti settecenteschi che intraprende una danza. Il vagabondo danza e interagisce con le cose, una danza a tratti disarticolata nella fissità del museo chiuso. La curatrice comincia a raccontarci la sua storia... in creolo. Una lingua volutamente incomprensibile. Il creolo rappresenta qualcosa di meticcio, nato dall’incontro tra colonialismo e diaspora. Inizialmente idioma che serve a costruire una comunanza, si struttura in lingua col passare del tempo. Una lingua esclusa dalle istituzioni che diventa voce narrante. E quindi incomprensibile... ci forza ad ascoltare. Ci invita a mettere in discussione le nostre conoscenze, quelle tramandate dalle istituzioni per ascoltare coloro che sono inascoltati. L’estetica di Vagabondia risulta quasi di-

sturbante: la fissità delle sale chiuse del museo e le immagini che sui due schermi diventano caleidoscopiche. I colori: il rosso saturo che rimanda alle pareti settecentesche ed ottocentesche delle dimore nobiliari come al sangue sul quale sono costruite. La tematica della costruzione della nostra identità culturale è assai interessante. Ciò che riconosciamo come nostra cultura di appartenenza sappiamo come l’abbiamo costruita? Siamo liberi da pregiudizi nell’incontrarla? È veramente ciò che conosciamo o piuttosto ciò che ci viene mostrato? La proposta di Isaac Julien è disturbante a tratti. Mostra che ciò che crediamo è frutto di un punto di vista parziale. Ci invita quindi a guardare oltre, meglio, con maggiore attenzione. Aprire i nostri occhi e riconsiderare il nostro punto di vista egoico.

La nostra identità culturale è frutto del nostro percorso personale e non va rifiutata. Ma possiamo e, dobbiamo allargare lo sguardo, includere altri sguardi, esperienze e visioni. La realtà non è come ci appare ma assai più complessa. È meravigliosa.

Bibliografia

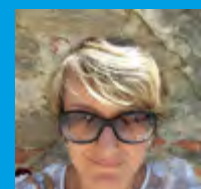
1. Erikson A (1950, 1968) in: Santrock JW, Deater-Deckard J, Rollo D. Psicologia dello sviluppo, McGraw-Hill, New York, 2021.

2. Niobe W, Hughes D & Rivas – Drake D: A preliminary analysis among ethnic-racial socialization, ethnic discrimination, and ethnic identity among urban sixth graders. Journal of Research on Adolescence, 2009; 19 (3): 558-584.

3. Phinney JS: When to we talk about American Ethnic group, what do we mean? American Psychologist, 1996; 5 (19): 918-927

4. Tajfel H, Billig M, Bundy RP & Flament C (1971). Social categorization and intergroup behaviour. European Journal of Social Psychology, 1971.

Foto: “Isaac Julien”, di Jere Keys (2006), distribuita con licenza Creative Commons Attribution 2,0 (CC BY 2.0), Wikipedia Commons.



Patrizia Amici

*Psicologa Psicoterapeuta
Redattrice*

Relazioni affettive, amore e depressione

/ Petronilla Procopio/

Esiste un rapporto diretto tra depressione, relazioni affettive e amore. Questi legami possono influenzare profondamente il benessere psicologico dell’individuo migliorando o stabilizzando lo stato dell’umore. Allo stesso tempo relazioni affettive precarie o carenza d’amore possono favorire l’insorgenza di uno stato depressivo.

La depressione è un disturbo mentale molto diffuso e complesso, che coinvolge milioni di persone indipendentemente dall’età, dal contesto sociale o dalle esperienze di vita. Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), costituisce una condizione clinica caratterizzata da alterazioni emotive, cognitive, comportamentali e relazionali che compromettono il benessere globale della persona (APA, 2013). La depressione incide negativamente nelle relazioni affettive provocando sconforto, pessimismo e isolamento. I sintomi tipici della depressione consistono in perdita di interesse, stanchezza persistente, difficoltà di concentrazione, sentimenti di colpa, insonnia o ipersonnia e una costante percezione di vuoto. Tuttavia, ciò che rende questa condizione particolarmente complessa è la sua natura spesso invisibile. Molte persone continuano a svolgere le attività quotidiane mantenendo un’apparente normalità, mentre interiormente convivono

con una sofferenza intensa e silenziosa. In questo scenario emotivo, le relazioni affettive assumono un ruolo centrale. L’essere umano è profondamente relazionale: il bisogno di appartenenza, vicinanza emotiva e riconoscimento rappresenta una componente fondamentale dello sviluppo psicologico. Allo stesso modo, anche l’amore nelle sue diverse forme – romantico, familiare o amicale – può diventare un elemento di protezione e sostegno. L’amore non elimina il dolore psicologico né sostituisce i percorsi terapeutici, ma può offrire qualcosa di estremamente prezioso: la sensazione di non essere soli. Quando la sofferenza rende difficile dare un senso alla vita, una relazione affettiva o l’amore possono dare senso di sicurezza e protezione. La depressione viene spesso descritta come un “male invisibile”. A differenza di una malattia fisica evidente, il dolore psicologico non sempre lascia segni osservabili dall’esterno. Questo rende difficile, per chi non lo vive direttamen-

te, comprendere la profondità della sofferenza. Aaron T. Beck (1979), uno dei maggiori studiosi della depressione, ha evidenziato come le persone depresse sviluppino una particolare modalità di pensiero definita triade cognitiva negativa. Essa comprende una visione negativa di sé, del mondo e del futuro. La persona tende a percepirsi inadeguata, a interpretare la realtà in modo pessimista e a immaginare il futuro privo di possibilità di cambiamento. Dal punto di vista neurobiologico, la depressione coinvolge alterazioni dei sistemi neurochimici cerebrali. In particolare, sono coinvolti i livelli di serotonina, dopamina e noradrenalina, neurotrasmettitori implicati nella regolazione dell’umore, della motivazione e del piacere. Studi recenti hanno inoltre evidenziato il ruolo dello stress cronico e del cortisolo nell’alterazione dei circuiti cerebrali legati alle emozioni e alla memoria emotiva. Nonostante queste evidenze scientifiche, chi soffre di depressione viene ancora frequentemente frainteso. Frasi come “devi reagire”, “pensa positivo” o “hai tutto per essere felice” dimostrano quanto sia difficile riconoscere nella depressione un disturbo. Spesso confusa con una semplice mancanza di volontà. Immaginiamo il vissuto di una donna, che chiameremo Maria, affetta da depressione. Maria ogni mattina si alza, accompagna i figli a scuola, va al lavoro e sorride ai colleghi. Apparentemente nulla sembra fuori posto. Eppure, dentro di sé, sente un vuoto profondo. Tornare a casa, per Maria, significa ritrovarsi sola con i propri pensieri negativi e con una stanchezza che solo in apparenza è fisica. Mentre la sua natura ha radici diverse, emotive. Anche attività semplici, come preparare la cena o rispondere a un messaggio, possono diventare faticose ed inutili. La depressione, quindi, non è una semplice tristezza. È una perdita di energia psichica, un vuoto emotivo che rende difficile percepire il piacere, immaginare il futuro e sentirsi in relazione con gli altri. Il vuoto esistenziale e la mancanza di senso nel-

la vita sono aspetti dolorosi comuni e invalidanti. Le relazioni affettive rappresentano uno dei più importanti fattori protettivi per la salute mentale. Numerosi studi dimostrano che il supporto sociale riduce l’impatto dello stress e favorisce la resilienza psicologica (Cohen & Wills, 1985). Secondo la teoria dell’attaccamento di John Bowlby (1988), gli esseri umani sviluppano sin dall’infanzia il bisogno di creare legami emotivi stabili e sicuri. Quando una persona percepisce la presenza di qualcuno disponibile e accogliente, sperimenta una maggiore sicurezza emotiva e una migliore capacità di affrontare le difficoltà. In presenza della depressione, l’amore può diventare una forma di base sicura. Non si tratta di salvare o guarire l’altro, ma di offrirgli uno spazio in cui sentirsi accolto senza paura del giudizio. Dal punto di vista psicologico, sentirsi amati contribuisce a ridurre il senso di isolamento, aumenta la percezione di valore personale e favorisce la regolazione emotiva. Questa vicinanza affettiva, data dall’amore, influenza positivamente anche il piano fisiologico. Il contatto emotivo e fisico favorisce il rilascio di ossitocina, ormone collegato al benessere e alla riduzione dello stress. Spesso si pensa all’amore come a qualcosa di straordinario, ma nelle situazioni di fragilità esso si manifesta soprattutto nei piccoli gesti quotidiani. Una persona depressa tende a non a prestare attenzione ai discorsi motivazionali, razionali, perché chiusa nel suo dolore profondo ed inaccessibile. Ricorda, invece, perfettamente chi è rimasto accanto a lei in silenzio e in ascolto, rispettando il suo dolore senza minimizzarlo. La presenza costante, l’ascolto e la comprensione possono rappresentare forme profonde di sostegno emotivo. In questi momenti, l’amore non elimina la sofferenza, ma rende il peso dell’anima meno difficile da sostenere. Quando la depressione entra nella relazione di coppia le dinamiche affettive possono diventare particolarmente complesse. La persona depressa può sentirsi indegna

di essere amata, sviluppare un forte senso di colpa o temere di essere un peso per il partner. Questo spesso conduce a comportamenti di chiusura emotiva, evitamento o isolamento. Il partner, dal canto suo, può sentirsi confuso, impotente o rifiutato, interpretando il distacco come mancanza di amore o interesse. La depressione modifica, infatti, la capacità di esprimere emozioni e vivere la relazione. Anche momenti di intimità o condivisione possono diventare difficili. Alcune persone riferiscono di sentirsi emotivamente spente, incapaci di provare entusiasmo o coinvolgimento. In queste situazioni, la comunicazione assume un ruolo fondamentale. Comprendere che determinati comportamenti derivano dalla sofferenza psicologica e non da mancanza di affetto permette di ridurre incomprensioni e conflitti. L’amore, però, non deve trasformarsi in sacrificio totale o dipendenza emotiva. È importante che entrambi i partner mantengano spazi personali e riconoscano l’importanza di un eventuale supporto professionale. Una relazione sana non consiste nel salvare l’altro, ma nel costruire una vicinanza basata su empatia, rispetto e autenticità. L’amore non rappresenta una cura clinica per la depressione, ma può costituire un elemento significativo nel percorso terapeutico. Le ricerche nell’ambito della psicologia positiva e della neuroscienza affettiva dimostrano che relazioni affettive stabili e supportive favoriscono il benessere emotivo e contribuiscono alla regolazione dello stress. La vera forza dell’amore risiede nella sua capacità di restare. Restare anche quando l’altro fatica a comunicare, quando il silenzio prende il posto delle parole o quando la sofferenza sembra non avere fine. Molte persone che hanno vissuto episodi depressivi raccontano che a fare la differenza non sono stati i gesti eclatanti, ma la continuità di una presenza. Sapere che qualcuno sarebbe rimasto accanto a loro anche nei momenti peggiori ha rappresentato una forma concreta di speranza. L’amore autentico non



nega il dolore e non pretende guarigioni immediate. È importante accettare la fragilità umana e riconoscere che, talvolta, la vicinanza emotiva può diventare una forma silenziosa di cura. Il rapporto tra relazioni affettive, amore e depressione è complesso, delicato e profondamente umano. La depressione può far sentire una persona distante dal mondo, incapace di riconoscere il proprio valore o di immaginare un futuro diverso. Tuttavia, proprio nei momenti di maggiore fragilità, i legami affettivi possono diventare uno

spazio di accoglienza e sostegno. L’amore non cancella la sofferenza né sostituisce il lavoro terapeutico, ma può offrire qualcosa di essenziale: la possibilità di condividere il peso dell’anima. È nella presenza autentica, nell’ascolto e nella capacità di restare accanto all’altro senza giudicare che emerge la dimensione più profonda della cura emotiva. Forse la vera forza dell’amore non consiste nell’eliminare il buio, ma nel continuare a camminare insieme anche quando la luce sembra lontana.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.

2. Beck, A. T. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.

3. Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York: Basic Books.

4. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357.

5. Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind. London: Constable & Robinson.

6. Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence. New York: Bantam Books.

7. Siegel, D. J. (2012). The Developing Mind. New York: Guilford Press.

Foto: Envato Elements



Petronilla Procopio

Psicologa Psicoterapeuta, Ospite di redazione

Anedonia negli adolescenti: quando nulla sembra più dare piacere

/ Francesco Franza/

L'anedonia negli adolescenti è uno dei sintomi più invisibili ma più pericolosi dei disturbi dell'umore. Non si tratta solo di "essere tristi" o "avere poca voglia". L'anedonia indica la perdita profonda della capacità di provare piacere e interesse per ciò che prima contava.

L'anedonia indica la difficoltà o l'incapacità di provare piacere da attività solitamente gratificanti: uscire con gli amici, ascoltare musica, fare sport, studiare per un obiettivo importante. Negli adolescenti affetti da disturbi dell'umore l'anedonia può presentarsi con una riduzione del desiderio di stare con i coetanei, con isolamento e ritiro sociale. Altri aspetti importanti sono la perdita di interesse per hobby e passioni precedenti, la riduzione della curiosità e la fatica a trovare motivazione anche per piccoli compiti quotidiani. Spesso gli adulti possono interpretare questi segnali come "pigrizia", "stanchezza", "apatia" o "fase adolescenziale". In realtà possono essere campanelli d'allarme della presenza di un disturbo dell'umore (McKay e Storch, 2023). Uno studio recente di Lok e colleghi, pubblicato sul Journal of Affective Disorders nel 2026, ha analizzato 21 ricerche per un totale di 1.278 adolescenti affetti da disturbi dell'umore. Questo articolo si è concentrato soprattutto sui meccanismi neurobiologici dell'anedonia.

Questo crea una sorta di "squilibrio" in cui le emozioni e la ricerca di novità sono molto intense, mentre i sistemi di controllo e regolazione sono ancora in costruzione. In questo contesto, i disturbi dell'umore possono interferire con i circuiti della ricompensa, rendendo più difficile provare piacere e far comparire l'anedonia. Lo studio citato ha evidenziato diverse alterazioni dei circuiti cerebrali che sono responsabili della comparsa della anedonia negli adolescenti. Sono coinvolti alterazioni della funzione della area prefrontale del cervello, dello striato (area chiave per il piacere) e le cosiddette aree limbiche. Sono aree che creano una rete di neuroni che sono responsabili nel creare emozioni e motivazioni e che risultano "sintonizzate" in modo anomalo. Per questo motivo in queste aree del cervello degli adolescenti con anedonia si trovano alterazioni dell'attività elettrica, del flusso sanguigno cerebrale e alterazioni dell'attività di alcuni neurotrasmettitori (Yun et al., 2024). In sintesi, l'anedonia non è solo "psicologica"

ma è legata a circuiti cerebrali del piacere e della motivazione che funzionano in modo diverso. Un aspetto importante riguarda la differenza tra il piacere anticipatorio e il piacere consumatorio. Negli adolescenti con anedonia, il problema sembra riguardare soprattutto la fase anticipatoria e la valutazione dello sforzo rispetto alla ricompensa. Il cervello può sovrastimare la fatica necessaria e sottostimare la gratificazione attesa. Il risultato è che "non ne vale la pena", anche quando razionalmente l'adolescente sa che "dovrebbe" farlo. È un blocco profondo della motivazione, non semplice mancanza di volontà. L'anedonia adolescenziale è particolarmente insidiosa. I cambiamenti di interessi in questa fase dell'età sono considerati "normali". Il ritiro sociale può essere scambiato per timidezza o legato all'uso eccessivo di tecnologia. Esistono differenze dell'attività cerebrale tra la depressione negli adolescenti e quella negli adulti. Gli strumenti clinici oggi disponibili (scale di autovalutazione del piacere, questionari per la depressione) non sempre hanno una sensibilità tale da valutare le varie sfaccettature dell'anedonia in età evolutiva. Le ricerche mostrano che un'anedonia che compare presto e rimane nel tempo è un forte predittore di disturbi dell'umore persistenti e di esiti negativi sul piano scolastico, relazionale e lavorativo. È necessario un intervento precoce. Intervenire presto significa ridurre il rischio che il disturbo diventi cronico e proteggere lo sviluppo della personalità e delle competenze sociali. Un intervento precoce sull'anedonia può prevenire condotte a rischio legate alla ricerca di stimoli forti per "sentire qualcosa". Gli autori di diversi studi sottolineano la necessità di interventi mirati ai meccanismi di ricompensa e al contesto specifico dell'adolescenza. Alcune linee possibili sono rappresentate da una psicoterapia focalizzata sulla motivazione e sul piacere anticipatorio. Utili possono essere anche strategie che aiutano l'adolescente a riconoscere le attività potenzialmente gra-



tificanti e a lavorare sulle convinzioni distorte ("tanto non mi divertirò comunque"). Un altro aspetto importante è anche la valorizzazione delle ricompense sociali oppure training sull'attenzione e sulla regolazione emotiva. Diversi studi stanno cercando di valutare l'efficacia di nuove tecniche che agiscano direttamente sul controllo dell'anedonia agendo sulle alterazioni biologiche descritte in precedenza. Tra queste sta crescendo l'interesse per la stimolazione magnetica transcranica (TMS) che agisce sulle aree prefrontali, determinando cambiamenti dei segnali cerebrali legati al piacere. Interessanti sono anche gli studi con la ketamina a dosaggi controllati, che riduce dell'iperattività in regioni coinvolte nell'anedonia aumentando le sensazioni di piacere. Si tratta però di interventi specialistici, da considerare solo in centri qualificati e all'interno di linee guida precise. Per chi vive accanto a un ado-

lescente, alcuni segnali di anedonia meritano attenzione. Tra questi ci sono diversi sintomi come il calo marcato di interesse per ogni attività e il progressivo isolamento sociale. Va fatta particolare attenzione a frasi come "tanto non mi interessa più niente", "è tutto inutile", "non provo niente". Si osserva negli adolescenti con anedonia anche una riduzione delle emozioni positive, più che aumento visibile della tristezza. In presenza di questi segnali, è utile chiedere aiuto rivolgendosi a specialisti (neuropsichiatra infantile, psicologo o psichiatra dell'età evolutiva) che conoscano le specificità dell'anedonia negli adolescenti. L'anedonia negli adolescenti non è pigrizia ma un segnale precoce di sofferenza, di riduzione dell'umore, radicato nei circuiti cerebrali del piacere. Riconoscerla e intervenire in modo mirato significa offrire ai ragazzi una reale possibilità di tornare a desiderare e progettare il proprio futuro.

Suggerimenti di lettura

1. Lok A et al. Neurobiological mechanisms of anhedonia in adolescents with mood disorders: A scoping review. *J Affect Disord.* 2026;403:121376.
2. McKay D, Storch AS. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. Springer, 2023
3. Ritsner MS. *Anhedonia: A Comprehensive Handbook Volume 1*. Springer, 2016
4. Yun JY et al. Neural correlates of anhedonia in young adults with subthreshold depression. *J Affect Disord.* 2024;366:234-243.

Foto: Envato Elements



Francesco Franza

Medico Psichiatra

Direttore Responsabile

Stress cronico e depressione negli insegnanti

/ Enza Maierà /

La complessità del lavoro cui sono sottoposti gli insegnanti è causa di stress cronico che nel tempo tende a sfociare in depressione. Talora è invisibile o ben celata, spesso non trattata.

La depressione negli insegnanti rappresenta una delle principali aree di interesse nella psicologia del lavoro e nello studio della salute mentale occupazionale. La professione docente, infatti, si caratterizza per un'elevata complessità relazionale ed emotiva. Essa richiede non soltanto competenze didattiche e disciplinari, ma anche una costante capacità di gestione delle dinamiche interpersonali all'interno del contesto scolastico. Tale condizione espone gli insegnanti a livelli significativi di stress, che possono incidere progressivamente sul benessere psicologico complessivo.

La letteratura scientifica evidenzia come lo stress cronico rappresenti un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo di sintomi depressivi, soprattutto in professioni ad alta intensità relazionale. In questo quadro, il contesto scolastico può diventare un ambiente particolarmente vulnerabile, in cui l'equilibrio tra richieste lavorative e risorse personali risulta spesso instabile. L'attività degli insegnanti non può essere ridotta alla sola trasmissione di contenuti didattici, poiché implica una costante regolazione delle emozioni e delle relazioni all'interno della classe. Questo processo è stato definito da Hochschild (1983) *emotional labor*, ovvero il lavoro psicologico neces-

sario per modulare le emozioni in funzione delle aspettative del ruolo professionale. Nel contesto scolastico, ciò si traduce nella capacità di mantenere equilibrio emotivo, autorevolezza e disponibilità relazionale anche in situazioni di stress o conflitto. Tale forma di regolazione emotiva comporta un significativo dispendio di risorse cognitive e psicologiche, poiché spesso implica una discrepanza tra emozioni realmente vissute ed emozioni espresse. Nel lungo periodo, questa condizione può generare una progressiva usura delle risorse individuali, contribuendo allo sviluppo di affaticamento emotivo e vulnerabilità psicologica. Il lavoro emotivo, pur essendo parte integrante della professione docente, rimane spesso invisibile e poco riconosciuto, pur avendo un impatto rilevante sul benessere mentale. Lo stress cronico, lavoro-correlato, si manifesta quando le richieste ambientali superano stabilmente le risorse psicologiche percepite dall'individuo. Secondo Lazarus e Folkman (1984), tale condizione dipende dalla valutazione cognitiva che la persona attribuisce agli eventi stressanti e alle proprie capacità di farvi fronte. Nel contesto scolastico, questa dinamica è particolarmente evidente a causa della molteplicità di richieste cui l'inse-

gnante è esposto quotidianamente. Tra i principali fattori di stress rientrano la gestione della classe, le difficoltà relazionali con gli studenti. Ed inoltre la pressione burocratica, la precarietà lavorativa e la ridotta disponibilità di risorse organizzative. Infine, la necessità di rispondere ad aspettative istituzionali e familiari sempre più complesse contribuisce ad aumentare il carico psicologico complessivo. Alcuni studi (Besse et al., 2015) evidenziano come elevati livelli di stress percepito e bassa soddisfazione lavorativa siano associati in modo significativo allo sviluppo di sintomi depressivi negli insegnanti. La depressione negli insegnanti può svilupparsi in modo graduale e spesso subdolo, rendendo difficile un riconoscimento precoce del disturbo. Secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), i criteri diagnostici principali includono la presenza di umore depresso e anedonia, ovvero la perdita di interesse o piacere per attività precedentemente gratificanti. Questi sintomi rappresentano il nucleo centrale del disturbo depressivo maggiore. Nel contesto lavorativo scolastico, la depressione può manifestarsi attraverso affaticamento persistente, riduzione della motivazione, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e sensazione di inefficacia personale. A questi sintomi si aggiunge spesso una progressiva tendenza all'isolamento sociale e una riduzione del coinvolgimento nelle attività quotidiane. Un aspetto particolarmente rilevante è che molti insegnanti continuano a mantenere una funzionalità lavorativa apparentemente adeguata, nonostante un significativo disagio psicologico interno. La relazione tra stress cronico e depressione può essere interpretata secondo un modello dimensionale e progressivo. In questa prospettiva, lo stress prolungato rappresenta una condizione iniziale di squilibrio psicologico che, se non adeguatamente gestita, può evolvere verso forme più strutturate di sofferenza clinica. Bianchi et al. (2022) sottolineano come esista una continuità tra sin-

tomi da stress cronico lavorativo e sintomi depressivi. Questo studio evidenzia la presenza di indicatori condivisi come affaticamento, riduzione dell'energia mentale e difficoltà di regolazione emotiva. Quando lo stress diventa cronico, il disagio può estendersi progressivamente ad ambiti sempre più ampi della vita personale e professionale, fino a compromettere il funzionamento globale dell'individuo. Tale processo non è immediato, ma dipende dall'interazione tra fattori individuali, organizzativi e ambientali, oltre che dalla disponibilità di risorse di supporto sociale e professionale. La depressione ha un impatto significativo sulle funzioni cognitive ed emotive dell'insegnante, influenzando direttamente la qualità della prestazione professionale. La riduzione dell'attenzione, della memoria di lavoro e delle capacità decisionali può compromettere la pianificazione didattica e la gestione efficace delle attività in classe. Parallelamente, la diminuzione delle risorse emotive può influire negativamente sulla qualità delle relazioni educative. Jennings e Greenberg (2009) evidenziano come il benessere socio-emotivo degli insegnanti sia strettamente correlato alla qualità del clima scolastico e agli esiti di apprendimento degli studenti. Un insegnante in condizione di sofferenza depressiva può, infatti, mostrare una riduzione della disponibilità relazionale, con possibili ripercussioni sul coinvolgimento degli studenti e sulla motivazione all'apprendimento. Le conseguenze della depressione negli insegnanti non si limitano alla sfera individuale, ma si estendono anche al contesto organizzativo. La riduzione del benessere psicologico dovuta allo stress emotivo è causa di difficoltà relazionali, isolamento sociale e compromissione generale della qualità della vita. Sul piano professionale, ciò si traduce spesso in una riduzione della produttività, maggiore fatica nella gestione delle attività quotidiane e difficoltà decisionali. Seritan et al. (2020) evidenziano come la depressione influenzi



in modo significativo il funzionamento lavorativo. Essa incide sulla gestione del tempo, sulle relazioni interpersonali e sulla capacità di mantenere un adeguato livello di performance. Questi effetti possono generare un circolo vizioso in cui il disagio psicologico e le difficoltà lavorative si alimentano reciprocamente. Le condizioni organizzative del lavoro scolastico svolgono un ruolo determinante nella salute mentale degli insegnanti. Carichi burocratici elevati, scarsa valorizzazione professionale e limitato supporto istituzionale rappresentano fattori che aumentano la vulnerabilità allo stress e alla depressione. Al contrario, un contesto collaborativo e supportivo può agire come fattore protettivo significativo. La prevenzione della depressione negli insegnanti richiede pertanto interventi integrati che includano sia strategie individuali sia azioni organizzative. Tra le pratiche più efficaci rientrano interventi di *mindfulness*, programmi di supporto psicologico e formazione

sulla gestione dello stress. Bianchi et al. (2022) sottolineano l'importanza della prevenzione precoce per ridurre il rischio di evoluzione verso forme cliniche più gravi. La depressione negli insegnanti rappresenta una condizione complessa e multifattoriale, strettamente connessa allo stress lavorativo e alle caratteristiche della professione docente. L'elevato coinvolgimento emotivo richiesto dall'insegnamento, unito a fattori organizzativi spesso sfavorevoli, può contribuire allo sviluppo di una progressiva vulnerabilità psicologica.

La comprensione precoce dei segnali di disagio e l'implementazione di strategie di prevenzione risultano fondamentali per tutelare la salute mentale degli insegnanti e migliorare la qualità del sistema educativo nel suo complesso.

Teacher well-being and classroom climate.

6. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping.

7. Seritan, A. L., et al. (2020). Depression and occupational functioning.

Foto: Envato Elements



Enza Maierà

Medico Psichiatra

Comitato Scientifico

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).
2. Besse, R., et al. (2015). Occupational stress and depression in teachers.
3. Bianchi, R., et al. (2022). Work stress and depressive symptom continuity.
4. Hochschild, A. R. (1983). The managed heart.
5. Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009).

L'umore e l'ansia del partner affettivo dei pazienti depressi

/ Giuseppe Tavormina /

Chi soffre di disturbi dell'umore o dell'ansia molto spesso convive con un partner affettivo con un simile quadro clinico. Uno studio multicentrico lo aveva messo in evidenza.

Uno studio scientifico multicentrico osservazionale di Tavormina G. e colleghi (2005) ha raccolto informazioni cliniche sui partner affettivi (di età tra 18 e 70 anni) di 530 pazienti ambulatoriali.

I pazienti avevano disturbi dell'umore e dell'ansia. Il fine della ricerca era quello di conoscere la presenza di una eventuale patologia simile nei partner affettivi degli stessi pazienti (Tavormina et al., 2005). Il periodo di osservazione è stato di sette anni (da gennaio 1995 a maggio 2003). I pazienti vivevano in 16 diverse province italiane, ma in prevalenza provenivano da Lombardia e Veneto. I disturbi dell'umore, nonché l'abuso di sostanze, erano presenti nel 72% dei pazienti e i disturbi ansiosi erano presenti nel 28% (diagnosi come da DSM-IV, basate su interviste cliniche).

Il partner affettivo (di relazioni a lungo termine) di ciascun paziente è stato intervistato per questo studio per stabilire una diagnosi come da DSM-IV di qualsiasi malattia psichiatrica presente. Sono stati raccolti anche i dati riferiti ai casi in cui il paziente non avesse alcun partner, o con informazioni su di esso non disponibili. Una volta raccolti i dati, è stato proposto e compilato un bre-

ve questionario a ciascun paziente e al rispettivo partner. Nei risultati è emerso che i pazienti che avevano un partner affettivo con una malattia mentale simile alla loro erano il 41% dei casi. Solo il 16% dei pazienti aveva il proprio partner senza malattie mentali. Il 18% dei pazienti non aveva alcun partner e nel 26% dei casi la salute del partner era sconosciuta.

Tabella

I dati emersi dallo studio

- 1 – Diagnosi del paziente: disturbo dell'umore: 383 pazienti (72%)
- 2 – Diagnosi del paziente: disturbo d'ansia: 147 pazienti (28%)
- 3 – Diagnosi certa di disturbo dell'umore del partner: 80 (16%)
- 4 – Diagnosi certa di disturbo d'ansia del partner: 35 (6%)
- 5 – Diagnosi probabile di disturbo dell'umore del partner: 62 (12%)
- 6 - Diagnosi probabile di disturbo d'ansia del partner.: 39 (7%)
- 7 - Totale diagnosi del partner (certa + probabile): 216 (40%)
- 8 – Partner senza problemi di salute mentale: 83 (16%)
- 9 – Salute del partner sconosciuta: 138 (26%)
- 10 – Assenza di partner nei pazienti: 93 pazienti (18%)

La somma dei pazienti degli item 9 e 10 insieme (44%) ci ha portato a fare un'altra riflessione. Se considerassimo solo tutti i pazienti con salute nota del partner affettivo, abbiamo riscontrato che il 72% dei pazienti aveva un partner che presentava una patologia simile alla loro. In questo studio clinico multicentrico, retrospettivo, i corrispondenti partner affettivi dei 530 pazienti con disturbi dell'umore e dell'ansia presentavano un'alta percentuale di malattie simili ai pazienti. Questi risultati suggeriscono che potrebbe essere appropriato consigliare i nostri pazienti affetti da queste malattie ad incoraggiare i rispettivi partner a sottoporsi ad una valutazione psichiatrica. Il primo obiettivo è quello della cura preventiva, in secondo luogo il benessere della coppia, oltre che migliorare i risultati del trattamento per il paziente stesso. Inoltre,

i risultati sopra menzionati possono anche essere evidenziati per una possibile nuova direzione per la valutazione psicodinamica di coppia. Eventuali studi potrebbero dimostrare se la malattia del partner affettivo del paziente precede la vita di coppia (e ha un funzionamento cognitivo preesistente, predisposto per la scelta del partner). O se la patologia possa derivare da un rapporto interpersonale difficile, o da una reazione di stress cronico ad un evento della vita (Tavormina et al, 2005). La presenza di uno psichiatra di riferimento nella quotidianità dovrebbe essere equiparata alla presenza del medico di base: fondamentali per la qualità della vita della popolazione generale. Sappiamo che i disturbi dell'umore nelle loro differenti manifestazioni coinvolgono il 20% di tutta la popolazione generale. I disturbi dell'umore sottosoglia, con la valutazione dei cosiddetti "temperamenti", sono spesso difficili da diagnosticare per gli stessi medici, e

ancor di più per la popolazione (Tavormina, 2012). Un numero crescente di psichiatri lavora oggi in alcune nazioni europee nell'ambito dell'assistenza primaria di base. In alcune nazioni sia gli psichiatri che gli altri membri dell'équipe specialistica di trattamento psichiatrico hanno valutato modalità di collaborazione con i medici di medicina generale. Ciò per meglio diagnosticare e trattare precocemente i disturbi psichiatrici. Il promuovere iniziative di questo tipo, non fa che aiutare il medico di medicina generale a identificare

la morbilità psichiatrica nella propria pratica. Inoltre, per ampliare le proprie competenze nella gestione di tali pazienti e dei loro familiari, è necessario un attento monitoraggio della popolazione (Michell, 1985). Comprendiamo bene quindi come le attività che l'associazione EDA Italia propone (Giornata sulla Depressione; rivista Depressione Stop) siano essenziali per una conoscenza diffusa su tali tematiche.

Foto: Envato Elements

Bibliografia

- 1. Mitchell ARK. Psychiatrists in primary health care settings. Br J Psychiatry. 1985;147:371-79.
- 2. Tavormina G et al - The prevalence of psychiatric disease in the significant others of patients with known mood and anxious disease. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005 Aug 2;1:12.
- 3. doi: 10.1186/1745-0179-1-12
- 4. Tavormina G – An approach to the diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, identifying temperaments. Psychiatria Danubina, 2012; 24: suppl 1: 25-27.



Giuseppe Tavormina
*Medico Psichiatra
Comitato Scientifico*

Bambini plusdotati: tra neuroscienze e famiglia

/Antonio La Daga/

I bambini plusdotati hanno un cervello rapido ma incline a sovraccarichi e sviluppo asincrono. Per questo la famiglia deve ridurre gli stimoli, aiutarli nella pianificazione e dare supporto emotivo.

Ti sei mai chiesto perché i bambini plusdotati risolvono problemi a velocità sbalorditive, ma faticano a completare un semplice test scolastico? Oppure perché sono incredibilmente sensibili a luci, rumori e distrazioni? La risposta a queste domande risiede nel cablaggio unico del loro cervello. Le recenti scoperte delle neuroscienze ci aiutano a comprendere queste affascinanti strutture biologiche. Esse spiegano non solo le grandi abilità, ma anche le complessità emotive di questi giovani studenti. Per comprendere la mente dei bambini plusdotati, dobbiamo immaginare il cervello come un computer. Questo organo si compone principalmente di due elementi: la materia grigia e la materia bianca. La materia grigia rappresenta il vero centro di calcolo e di elaborazione delle informazioni. Gli studenti plus dotati possiedono un volume maggiore di materia grigia in specifiche regioni cerebrali. Questo surplus anatomico li rende straordinariamente efficienti nell'elaborare i dati ambientali. Le aree coinvolte includono i lobi frontali, temporali, parietali e occipitali. Tali regioni gestiscono l'analisi complessa, il linguaggio, i segnali uditivi, il tatto e la vista. Un volume superiore consente ai bambini di gestire enormi flussi di informazioni. Di conseguenza, essi prendono

decisioni in tempi molto più rapidi rispetto ai coetanei. Questa caratteristica biologica rappresenta il vero motore della loro potente intelligenza (Haier et al., 2004). Se la materia grigia memorizza le informazioni, la materia bianca si occupa di trasportarle. Possiamo immaginarla come l'autostrada delle nostre connessioni neurali. Nei bambini plusdotati, queste vie di comunicazione sono eccezionalmente fluide ed efficienti. Le loro autostrade neuronali gestiscono volumi di traffico dati molto elevati. Più il bambino esercita un talento, più la relativa autostrada diventa veloce. Questo meccanismo spiega l'eccellenza in campi come la musica o la matematica. Le loro connessioni si ottimizzano per gestire flussi informativi specifici (Lee et al., 2014). Possedere autostrade mentali così rapide comporta però un risvolto inaspettato. Parliamo dei veri e propri "ingorghi cerebrali". L'intensa attività neurale crea una forte concorrenza tra i segnali. Durante un test, il bambino non vede solo la domanda. Egli visualizza simultaneamente molte possibilità di risposta e pensieri casuali. A ciò si sommano gli stimoli esterni come luci e rumori. A causa di una sensibilità amplificata, questi dettagli diventano distrazioni inarrestabili. Non si tratta affatto di scarsa intelli-

genza. Al contrario, la mente elabora troppi elementi contemporaneamente. Di fronte a troppe vie analitiche, il cervello rallenta per navigare tra le varie scelte. Per questo motivo un alunno geniale può non finire il compito in tempo (Silverman, 2019). Il Falso Sé: -Molti bambini plusdotati sviluppano una personalità compiacente o "camaleontica" per essere accettati dai coetanei, soffocando il proprio talento (effetto Pigmalione negativo). Mancanza di "specchi": -Non trovando nei coetanei stimoli adeguati, il bambino plusdotato si adatta alle richieste dell'ambiente per evitare l'isolamento, diventando l'allievo perfetto che non disturba mai ma che appiattisce le proprie potenzialità. La creatività è intesa come la capacità di unire frammenti diversi in una "sintesi magica". Si basa su quattro dimensioni: 1- Fluidità: Quantità di idee prodotte.

2- Flessibilità: Varietà delle idee. 3- Originalità: Novità e rarità delle idee. 4- Elaborazione: Capacità di dare un senso pratico e utilizzare le idee. Il pensiero veramente creativo nasce dall'alternanza tra pensiero convergente (logico, lineare, emisfero cerebrale sinistro) e pensiero divergente (visivo, emotivo, laterale, emisfero destro). Una dote straordinaria del cervello è la neuroplasticità. Si tratta della capacità di cambiare e riorganizzarsi continuamente nel tempo. Nuove autostrade vengono create, mentre i vecchi sentieri vengono progressivamente abbandonati. Le esperienze vissute modellano fisicamente la mente del bambino plusdotato. Ogni stimolo attento rafforza le connessioni tra i neuroni. Gli scienziati ricordano che i neuroni attivati insieme si legano tra loro. Coltivando i propri interessi, i bambini plasmano attivamente la

loro mente. Scegliere cosa imparare determina la struttura del loro comportamento futuro. La plasticità sinaptica del cervello rappresenta una risorsa eccezionale per la crescita intellettuale (Sing, 2022). Molti genitori si stupiscono dei cambiamenti che avvengono durante la crescita. Un bambino che leggeva a tre anni può mostrare difficoltà a undici anni. Spesso emergono disorganizzazione, compiti incompleti e cali della performance. Nelle prime fasi della vita, lo studente eccelleva nell'input (stimolo) informativo. Assimilare e memorizzare i dati risultava naturale e immediato. Crescendo, tuttavia, cambiano le richieste del percorso scolastico. L'apprendimento inizia a richiedere l'uso intensivo delle funzioni esecutive. Queste abilità servono per pianificare, organizzare e gestire il tempo. Diventa fondamentale saper produrre l'output (ri-

sposta) corretto nei tempi stabiliti. Il sovraccarico di stimoli può ostacolare queste funzioni di controllo. La complessità del super-cablaggio rende difficile incanalare il potenziale. I compiti strutturati e sequenziali diventano così un ostacolo imprevisto (Kaufman, 2013). In psicologia, lo sviluppo asincrono descrive la crescita irregolare nei bambini ad alto potenziale intellettuale. Si verifica una diversità notevole tra le abilità di pensiero, che sono molto avanzate rispetto all'età cronologica, e lo sviluppo emotivo e fisico. Quest'ultimo segue i tempi naturali dell'età (Gifted Italia, 2022). Accanto alla neurobiologia, il ruolo dei genitori è decisivo. Supportare una mente così complessa richiede specifiche strategie quotidiane. I genitori devono prima di tutto rimodulare l'ambiente domestico. Un cervello ipersensibile agli stimoli amplifica ogni rumore o





luce della casa.

Diventa, pertanto, fondamentale creare ambienti confortevoli senza luci e suoni intensi e forti. Ridurre il caos riduce direttamente l'ansia da sovraccarico d'informazioni e stimoli. Parallelamente, la famiglia può intervenire sul blocco delle funzioni esecutive. Poiché l'output sequenziale (la risposta agli stimoli) è faticoso, i ragazzi vanno guidati nella pianificazione.

I genitori possono insegnare a scomporre i macro-compiti in micro-obiettivi scritti.

Questo metodo evita la paralisi di fronte alle scadenze scolastiche. Infine, serve un profondo supporto emotivo. La mente corre veloce, ma l'emotività resta fragile. Bisogna lodare l'impegno e mai il talento innato. Questo approccio protegge i ragazzi dalla paura del fallimento. L'ascolto empatico resta la medicina più potente per i loro intensi vissuti interiori.

In sintesi: 1- Il Ruolo dei genitori: La famiglia è un porto, i genitori guidano, i figli cercano pace.

2- Creare l'ambiente adatto: La mente è ipersensibile, i rumori fanno male, le luci forti stancano, serve

una stanza calma, senza schermi accesi. Lì il bimbo si rilassa e ritrova la calma.

3- Insegnare l'organizzazione: L'input è immediato, l'output è difficile. I compiti lunghi spaventano vanno divisi in più parti, ogni passo va scritto. Usa agende colorate, fissa pause brevi, così impara a gestire le informazioni e il tempo non fa paura.

4- Supporto emotivo: Il peso è nel cuore. La mente corre troppo. L'ansia blocca le mani, non serve la fretta, non serve il giudizio, loda solo l'impegno, resta ad ascoltare, accetta ogni emozione, questo dona forza (Webb, 2014).

La scienza sta finalmente svelando i misteri dei bambini plusdotati.

Le vecchie osservazioni empiriche trovano oggi una conferma nelle connessioni cerebrali. Comprendere la biologia della mente plusdotata è il primo passo per valorizzarla al meglio.

Solo supportando lo sviluppo asincrono e le funzioni esecutive possiamo aiutare questi ragazzi a esprimere il loro straordinario potenziale senza ansie o blocchi emotivi.

Bibliografia

1. Haier JR et al. (2004). Structural brain variation and general intelligence. *NeuroImage*, 23(1):425-433

2. Gifted Italia. (2022). Il concetto di sviluppo asincrono, di Linda Silverman. Gifted Italia.

3. Kaufman SB. (2013). The complexity of giftedness. *Journal of Advanced Academics*, 24(4):226-250.

4. Lee KH et al. (2014). The Neural Architecture of General Intelligence. *Journal of Neuroscience*, 34(3):738-745.

5. Silverman LK. (2019). Asynchronous development: The core characteristic of the gifted. *Gifted Education International*, 35(4):332-348.

6. Singh I, D'Souza L. (2022). The Neuroscience of Giftedness: A Review. *International Journal of Psychology and Cognitive Science*, 8(1):1-8.

7. Webb JT. (2014). Guida per i genitori dei bambini plusdotati. Ed. italiana a cura di R. Renati. Mimesis-Docete, Monza.

8. Link utile per le famiglie dei bambini plusdotati: IAG - Associazione Italiana per lo Sviluppo della Plusdotazione

Foto: Envato Elements.



Antonio La Daga

*Medico Neurologo
Redattore*

La gestione della rabbia

/ *Maurilio Tavormina* /

La rabbia è un sentimento devastante se è lasciata alla sua libera espressione. È necessario un controllo e gestione della stessa con modalità utile e positiva.

La rabbia lungi dall'essere una emozione "semplice", coinvolge un sistema complesso di strutture nervose della corteccia cerebrale e aree sottocorticali (amigdala, ippocampo, sistema limbico). La parte anteriore del cervello (corteccia cerebrale dei lobi frontali) controlla e regola l'azione del comportamento, moderando l'intensità o inibendo l'intensità della risposta a uno stimolo emotivo. L'amigdala, una struttura a forma di mandorla (da cui il nome), è il vero motore dell'azione impulsiva e del comportamento. Quando si attiva induce l'organismo all'azione e lo prepara all'attacco o alla fuga. L'ippocampo, sede elettiva della memoria, custodisce i ricordi delle pregresse esperienze positive, negative e traumatiche. L'amigdala, anche a seguito di esperienze negative, si può attivare immediatamente, sottraendosi al controllo razionale della corteccia cerebrale e innescare comportamenti impulsivi e di rabbia. Comprendere il dirottamento dell'amigdala (risposta automatica dell'amigdala) significa comprendere la dinamica neurobiologica che trasforma un'emozione primaria in un comportamento impulsivo o disfunzionale di attacco o fuga. L'irritabilità è una tendenza a mostrare rabbia in modo accentuato ed è un problema clinico comune, in particolare

nei giovani. L'irritabilità è significativamente presente in diverse diagnosi psichiatriche, in particolare, in età giovanile. È presente nei disturbi del comportamento dirompente e dell'umore (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo della Condotta e Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente). Possiamo trovare irritabilità e rabbia anche nei disturbi dell'Affettività e negli Stati Misti dell'Umore. I giovani con irritabilità mostrano una tendenza a interpretare molto spesso segnali ambigui o neutri come segnali ostili e di minaccia. Il che potrebbe sfociare in un comportamento aggressivo reattivo con scoppi d'ira (Hommer et al., 2014; Stoddard et al., 2016). Studi recenti su persone con irritabilità e disturbi del comportamento mostrano che l'amigdala, in queste persone, risponde in modo accentuato agli stimoli di minaccia. Mentre la corteccia prefrontale del cervello presenta un'attività di controllo ridotta o inefficiente (Suk et al., 2023). Questa combinazione — iperattività limbica e ipoattività prefrontale — costituisce la base neurobiologica della perdita del controllo razionale e libera la risposta emotiva. La rabbia, in questo quadro, non è semplicemente un'emozione primaria "forte", ma un

fallimento temporaneo della regolazione integrata tra sistemi emotivi e quelli razionali di verifica. La gestione della rabbia è una sfida che molti individui sono costretti ad affrontare per evitare gravi ripercussioni nei rapporti interpersonali. La rabbia determina conseguenze negative nelle relazioni, nella capacità di ragionare e sul benessere psicofisico. Essa non è facile da controllare. È una risposta di minaccia guidata dall'amigdala che si attiva in meno di 200 millisecondi, ancor prima della valutazione della ragione. Nella temporanea indipendenza della amigdala dal controllo cerebrale della rabbia, il percorso stimolo-amigdala è più veloce del percorso stimolo esterno-corteccia prefrontale. La rabbia causata da stress cronico rimodella il cervello. L'amigdala si ingrandisce, la corteccia prefrontale si assottiglia. Nella gestione della rabbia gli interventi terapeutici tradizionali affrontano i sintomi dopo l'evento traumatico. Altre strategie intervengono in una fase antecedente. La neuroplasticità permette di rimodellare il circuito neurologico della rabbia con una pratica costante (Ceruto, 2026). L'attenzione all'intervento terapeutico può essere indirizzata su due modalità operative: Botton-up (dal basso verso l'alto) e Botton down (dall'alto verso il basso). La prima agisce direttamente sul sistema neuronale dell'amigdala: 1- Respirazione lenta (riduce l'attività dell'amigdala) e diaframmatica. 2- Radicamento sensoriale, cioè concentrazione sull'uso dei cinque sensi per ancorarsi al presente e ridurre l'ansia e lo stress. Riporta l'attenzione al "qui ed ora", interrompendo il sovraccarico emotivo, e calma l'amigdala. 2- Rilassamento muscolare progressivo. Gli interventi terapeutici top-down (dall'alto verso il basso) rafforzano il controllo razionale e logico del cervello: 1- Riorganizzazione cognitiva. 2- Labeling emotivo (nominare per dominare). È una pratica psicologica di dare un nome preciso alle emozioni, specialmente quelle intense e indefinite (sono arrabbiato), abbassa

l'attività della amigdala e attiva la corteccia prefrontale, facilitando l'autocontrollo (Burklund et al., 2014) 3- comprensione della prospettiva e delle ragioni dell'altro. In particolare, l'esprimere a parole e nominare la rabbia si è dimostrato efficace a ridurre l'attività dell'amigdala e ad aumentare il controllo logico e razionale del cervello. Alcune tecniche di gestione della rabbia si concentrano sulla riduzione dell'eccitazione, come la respirazione profonda, la consapevolezza delle intenzioni, o la quiete focalizzata e concentrata con la meditazione. Mentre altre tecniche mirano ad aumentare l'eccitazione repressa aumentando l'attività fisica e lo sforzo per scaricare l'energia repressa e sfogare in modo positivo la rabbia. La ricerca scientifica di Kjaeevik e Bushman (2024) confronta questi due approcci e fornisce prove convincenti che la riduzione dell'eccitazione è la strategia più efficace per gestire la rabbia. Una situazione ripetuta, frustrante e deludente, può degenerare in rabbia se non è gestita correttamente. Avere una buona regolazione emotiva aiuta a mantenere il benessere psicofisico e la professionalità nel lavoro. Ceruto (2026) evidenzia che lo sfogo della rabbia con l'aumento dell'eccitazione può sembrare utile, ma solo temporaneamente. Lo scaricare energie negative e avere un momentaneo benessere per un piccolo rilascio di dopamina può alimentare la giustificazione a ripetere l'azione e il ciclo dello sfogo. Pertanto, questo momentaneo benessere condiziona lo scarico emotivo al sollievo e porta le persone a ripetere il comportamento, pensando che lo aiuti a riprendere il controllo emotivo. Non è così. Lo sfogare fisicamente la rabbia con attività aggressive non contribuisce alla regolazione emotiva nel tempo. Inoltre, elevati livelli di adrenalina possono intensificare l'eccitazione emotiva anziché ridurla, portando ad episodi di rabbia più frequenti ed intensi. Diversamente la strategia di riorganizzazione del pensiero, la consapevolezza delle intenzioni e la

respirazione profonda sono approcci più efficaci. La rabbia innesca cambiamenti fisiologici come la tensione muscolare, respiro superficiale, rallentamento della digestione e l'organismo impiega dai 30 ai 60 minuti per ritornare alla normalità. Durante tale periodo piccole frustrazioni possono sembrare molto più grandi e, pertanto, le tecniche di rilassamento sono fondamentali per riequilibrare il sistema nervoso (Ceruto, 2026 a). Ceruto (2026) propone un modello a quattro strategie che combina modulazione fisiologica, consapevolezza emotiva, riorganizzazione cognitiva e prevenzione alla reazione emotiva. L'integrazione di tecniche bottom up e top down risulta particolarmente efficace nei contesti clinici e psicoeducativi. Lo studio di Denson et al. (2026) evidenzia che la psicoterapia Mindfulness, quella Cognitivo-Comportamentale, la terapia farmacologica con antidepressivi serotoninergici possono ridurre l'aggressività e la rabbia. Utili sono anche gli stabilizzatori dell'umore e una dieta ricca di grassi Omega-3 (ad esempio, l'olio di pesce). L'alimentazione e le emozioni sono strettamente correlate. È quanto emerge da uno studio condotto da Bano Rafia e Zafar Ingjila (2025) su 218 maschi indiani maggiorenni. I ricercatori hanno evidenziato come l'aggressività fisica, verbale, la rabbia e l'ostilità possono essere influenzate dalla dieta con un maggior consumo di carne rossa. Diversamente una dieta ricca di Omega-3, vit. A, D, E possono ridurre l'aggressività, migliorando la funzione dei neurotrasmettitori, diminuendo lo stress ossidativo ed aumentando la resilienza emotiva. La rabbia è regolata anche da fattori predisponenti (stress, traumi, vulnerabilità emotiva) e da condizioni particolari quali il sovraccarico dei pensieri e conflitti interpersonali. L'eccessiva sensibilizzazione dell'amigdala può facilitare i comportamenti reattivi, impulsivi e la rabbia. È necessario un miglior controllo razionale e logico verso l'irascibilità e la rabbia espressa. Più che utilizza-



re tecniche soppressive e di sopportazione stoica della rabbia, con un aumento della tensione negativa interiore o di eccitazione e sfogo, è utile una terapia integrata. Soprattutto trasformare l'energia negativa della rabbia in energia positiva finalizzata al benessere pratico e risolutivo delle cause che l'hanno determinata. Bisogna migliorare la gestione della rabbia per un buon equilibrio psichico. Un famoso aforisma di Seneca afferma: “Non possiamo dirigere il vento, ma possiamo orientare le nostre vele”. Un invito a superare le avversità traendone vantaggio e resilienza.

Bibliografia

1. Bano R. & Zafar I. (2025) From Plate to Personality: Correlation Between Diet and Aggression Among Indian Male Respondents. Cureus. 2025 Sep;17(9):e93466. doi: 10.7759/cureus.93466. e Collection 2025 Sep.

2. Burklund L.J, Creswell JD, Irwin MR., Lieberman M D (2014). The common and distinct neural bases of affect labeling and reappraisal in healthy adults. Front Psychol. 2014 Mar 24;5:221 doi: 10.3389/fpsyg.2014.00221.

3. Ceruto S (2026 a). The key to Managing Anger: 6 Scientific Strategies That Work. MindLAB Neuroscience-Cognitive Architecture-Emotional Regulation <https://mindlabneuroscience.com/managing-anger-with-scientific-strategies/>

4. Ceruto S. (2026). Amygdala's Role in Anger: 4 Powerful Neuroscience Strategies. MindLAB Neuroscience.

5. Denson TF, Blair RJ, Wgels L, Votinov M, Habel U. (2026) The brain and aggression: Interventions for reducing interpersonal reactive aggression. Curr Opin Psychol. 2026 Apr;68:102219. doi: 10.1016/j.cop-syc.2025.102219.

6. Burklund L.J, Creswell JD, Irwin MR., Lieberman M D (2014). The common and distinct neural bases of affect labeling and reappraisal in healthy adults. Front Psychol. 2014 Mar 24;5:221 doi: 10.3389/fpsyg.2014.00221.

7. Kjaervik S.L. & Bushman B.J. (2024) A meta-analytic review of anger management activities that increase or decrease arousal: What fuels or douses rage? Clin. Psychol. Rev. doi: 10.10116/j.cpr.2024.102414

8. Katsuki F. & Costantinidis C. (2014) Bottom-up and top-down attention: different processes and overlapping neural systems. Neuroscientist. 2014 Oct;20(5):509-21. doi: 10.1177/1073858413514136

9. Stoddard, J., Sharif-Askary, B., Harkins, E. A., Frank, H. R., Brotman, M. A., Penton-Voak, I. S., et al. (2016). An open pilot study of training hostile interpretation bias to treat disruptive mood dysregulation disorder. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 26, 49–57. doi: 10.1089/cap.2015.0100

10. Suk, J.-W., Blair, R. J. R., Vaughan, B., Lerdahl, A., Garvey, W. F., Edwards, R. E., Leibenluft, E., Hwang, S.

(2023). Mediating effect of amygdala activity on response to fear vs. happiness in youth with irritability and disruptive mood disorders. Frontiers in Behavioral Neuroscience,

Foto: Envato Elements



Maurilio Tavormina
Medico Psichiatra
Direttore Editoriale

Half Man. Quando la rabbia diventa il volto della sofferenza maschile

/ Maria Vincenza Minò /

La miniserie Half Man esplora la sofferenza maschile invisibile. Attraverso la storia di due uomini Ruben e Niall mostra come rabbia, vergogna e sessualità diventino espressione di una vulnerabilità non riconosciuta e di un'identità frammentata.

La miniserie HBO Half Man, ideata e interpretata da Richard Gadd, racconta la storia di Ruben Pallister e Niall Kennedy. Entrambi, cresciuti insieme in una piccola comunità scozzese sono legati da un rapporto che attraversa l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta. Nel corso di circa quarant'anni, il loro legame oscilla tra amicizia, dipendenza emotiva, rivalità e bisogno reciproco di riconoscimento.

Ad una prima lettura, la serie sembra raccontare la rabbia maschile, la violenza e la difficoltà di costruire relazioni stabili. In realtà, il nucleo più profondo dell'opera riguarda la sofferenza psichica e le modalità con cui essa viene mascherata. Come osserva Eugenio Borgna (2014), il dolore psicologico raramente si presenta in forme pure e riconoscibili. Esso si traveste da silenzio, aggressività, isolamento o disperata ricerca di conferme. Per questo Half Man non parla soltanto dei suoi protagonisti, ma della vita concreta di molte persone che vivono il disagio senza riuscire a nominarlo. Ruben rappresenta uno dei personaggi più

complessi della serie. La sua aggressività appare inizialmente come un tratto caratteriale, ma progressivamente si rivela come il linguaggio di una sofferenza profonda. Numerose ricerche sulla depressione maschile mostrano che molti uomini esprimono il disagio psicologico in forme differenti. Ad esempio, manifestano irritabilità, aggressività e comportamenti autodistruttivi piuttosto che tristezza manifesta (Cochran & Rabinowitz, 2000; Martin, Neighbors & Griffith, 2013). Nella vita reale questa dinamica è estremamente frequente. Molti uomini non riescono a dire "sono ferito", "ho paura" o "mi sento inadeguato". Possono invece arrabbiarsi, diventare ostili o allontanarsi emotivamente. La rabbia diventa così una difesa contro la vulnerabilità. Il percorso di Niall ruota intorno al bisogno di essere autentico e il desiderio di appartenere a una comunità che impone aspettative precise. Tale aspetto non riguarda soltanto l'identità sessuale. Molte persone vivono quotidianamente il conflitto tra ciò che sentono di essere e ciò che credono di dover

essere per ottenere approvazione. A tal proposito Jean-Paul Sartre (2003) descrive la vergogna come l'esperienza di vedersi attraverso lo sguardo dell'altro. In Half Man la vergogna diventa una presenza costante: il timore di essere giudicati, esclusi o rifiutati condiziona profondamente le scelte dei protagonisti. Nella vita concreta questa dinamica si manifesta quando le persone nascondono emozioni, desideri o aspetti della propria identità per paura di perdere l'amore, l'accettazione o l'appartenenza sociale. Uno degli aspetti più innovativi della serie è la rappresentazione della depressione invisibile. Thomas Fuchs (2013) descrive la depressione come una perdita di risonanza con il mondo. Il soggetto continua a vivere, lavorare e interagire, ma perde progressivamente la capacità di sentirsi coinvolto dall'esistenza. In Half Man né Ruben né Niall corrispondono allo stereotipo della persona depressa. Non sono costantemente tristi o inattivi. Al contrario, continuano a muoversi nel mondo. Tuttavia, sotto la superficie emerge un profondo senso di vuoto e disconnessione. Questa rappresentazione riflette ciò che accade frequentemente nella pratica clinica. Molte persone mantengono un'apparente normalità mentre interiormente vivono sentimenti di fallimento, solitudine e perdita di significato (Borgna, 2014). La serie mostra come il dolore possa manifestarsi attraverso sintomi indiretti: rabbia, dipendenza affettiva, comportamenti impulsivi, conflitti relazionali e ricerca compulsiva di conferme. Uno dei temi centrali della serie riguarda la sessualità come bisogno di riconoscimento. Maurice Merleau-Ponty (2026) sostiene che il corpo rappresenta il nostro modo fondamentale di essere nel mondo. Attraverso il corpo e il desiderio costruiamo relazioni che contribuiscono a definire la nostra identità. In Half Man la sessualità non appare soltanto come esperienza erotica. Essa diventa una ricerca di autenticità e conferma esistenziale. Essere desiderati significa sentirsi visti e ri-



conosciuti. Jessica Benjamin (1988) ha mostrato come il bisogno di riconoscimento sia una dimensione fondamentale dello sviluppo umano. Quando questo bisogno non trova soddisfazione, le relazioni possono trasformarsi in tentativi continui di ottenere dall'altro una conferma del proprio valore. Nella vita reale ciò accade frequentemente. Molte persone cercano nelle relazioni affettive una risposta a domande profonde: "Sono amabile?", "Merito di essere

scelto?", "Ho valore per qualcuno?". Quando queste domande rimangono aperte, la sessualità rischia di diventare una strategia per colmare il vuoto identitario piuttosto che un autentico incontro con l'altro. Half Man rappresenta una straordinaria riflessione sulla sofferenza maschile contemporanea. La rabbia emerge come linguaggio della vulnerabilità negata (Kohut, 1977; Cochran & Rabinowitz, 2000). La sessualità appare come ricerca di autenticità

e riconoscimento (Merleau-Ponty, 2026; Benjamin, 1988). La relazione diventa un tentativo di preservare la continuità del sé (Bowlby, 1988; Stern, 1985). La miniserie mostra come dietro molti comportamenti problematici si nascondano bisogni profondamente umani: essere visti, riconosciuti, accolti e amati. In questo senso, Ruben e Niall non rappresentano soltanto due personaggi televisivi, ma aspetti universali dell'esperienza umana.

Bibliografia

1. Benjamin J. The Bonds of Love. Pantheon Books 1988.
2. Borgna E. La fragilità che è in noi. Einaudi 2014.
3. Bowlby J. A Secure Base. Basic Books 1988.
4. Cochran SV, & Rabinowitz FE. Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives. Academic Press 2000.
5. Fuchs T. Depression, Intercorporeality and Interaffectivity. Journal of Consciousness Studies, 2013; 20(7-8), 219-238.
6. Kohut H. The Restoration of the Self. Inter-

national Universities Press 1977.

7. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The Experience of Symptoms of Depression in Men versus Women. JAMA Psychiatry, 2013; 70(10), 1100-1106.
8. Merleau-Ponty M. Fenomenologia della percezione. Giunti 2026.
9. Sartre JP. L'essere e il nulla. Il Saggiatore 2003.
10. Scheler M. Il formalismo nell'etica e l'etica materiale dei valori. San Paolo 1961.
11. Stern DN. The Interpersonal World of the Infant. Basic Books 1985.

Foto: Envato Elements



Maria Vincenza Minò
Psicologa-Psicoterapeuta
Redattrice

Quale futuro in Italia per la salute mentale

/ Walter Di Munzio/

Il rapporto Headway, presentato al parlamento europeo nel 2023, ricolloca la salute mentale in Italia dal primo al terzultimo posto tra i paesi industrializzati per entità di risorse finanziarie investite.

La salute mentale in Italia è scesa dal primo fino al terzultimo posto nella graduatoria stilata tra i paesi più industrializzati, messi a rango per entità di risorse finanziarie investite. È quanto risulta dal rapporto Headway (2023) presentato al parlamento europeo. Tale resoconto mette a confronto gli investimenti destinati alle politiche per la salute mentale in quei paesi. L'Italia è scesa in basso nella graduatoria degli investimenti programmati. Ciò è accaduto anche perché la salute mentale è ampiamente uscita dai riflettori dei mass media. È tornata nel limbo di quegli ambiti sanitari residuali, proprio come accadeva prima della riforma ai tempi dei manicomi (Ricerche Progress 2002; 2005a; 2005b). Se si cercano in rete le parole follia, pazzia, raptus risulterà che la stampa, come l'informazione televisiva, utilizzano questi termini prevalentemente nelle pagine di cronaca nera. Le usano per commentare omicidi, stragi, guerre e ogni altro tipo di efferatezza umana o, persino, per commentare la politica estera americana. Questo atteggiamento tende, di fatto, ad annullare il grande lavoro, sviluppato dal 1978 fino a pochi anni fa, per la restituzione della dignità agli internati. Così come si cancella il valore delle lotte civili per la riconquista dei diritti negati ai pazienti psichiatrici. Queste lotte sono state condotte da un grande movimento di operatori,

pazienti e familiari. A fronte di ciò assistiamo, oggi, al crollo di attenzione nei confronti delle problematiche della salute mentale. Ciò comporta come conseguenza un taglio netto delle risorse economiche dedicate. La riforma sanitaria del 1978 (la legge 833/78) che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, aveva già incluso integralmente nel testo la precedente legge 180. Quest'ultima era stata approvata in fretta e furia solo qualche mese prima per evitare un referendum molto partecipato. La 180 fu una legge di settore, nota in tutta la comunità scientifica internazionale come "legge Basaglia", dal nome del suo ispiratore. Quella legge pose il nostro paese al centro dell'attenzione degli operatori di tutto il mondo per il suo livello di innovazione. Questi operatori hanno guardato all'esperienza italiana con grande attenzione e ammirazione. Molti di loro sono anche venuti all'epoca in Italia per vedere e studiare i risultati ottenuti. Si realizzò allora, per la prima volta, una straordinaria rete di servizi territoriali uniformemente diffusi in tutto il paese. Furono definitivamente chiusi prima i manicomi civili e poi anche quelli giudiziari, sostituendoli con strutture più piccole e meglio gestibili, disseminate su tutto il territorio. Fu avviata la gestione domiciliare dei pazienti in carico. O almeno questo si era iniziato a fare per alcuni decenni, finché il percorso è

stato sostenuto da leggi adeguate e da operatori motivati ed entusiasti. Poi, come spesso accade nei grandi processi riformatori, hanno ripreso il sopravvento interessi diversi, di tipo economico e privatistico. La riforma della salute mentale è allora scomparsa dai fari dei mass media ed è stato dato sempre meno peso alle buone pratiche in psichiatria. Gli operatori sono tornati a formarsi guardando ad approcci più biologici e tradizionali, e ciò anche sulla spinta delle università che non hanno sostenuto con convinzione il processo riformatore. La psichiatria era stata fino a quel momento affrontata con un approccio clinico, ma anche sociale. Ciò aveva consentito di tenere alta l'attenzione sui percorsi del recupero sociale, umano e lavorativo dei malati mentali. Al centro degli interventi c'era il recupero dei diritti civili negati e della dignità umana. Ponendo sempre la massima attenzione alla comprensione della grande sofferenza umana che caratterizza la malattia mentale (Katschnig et al, 2011). La fine della fase riformatrice ha nuovamente fatto considerare ai più la psichiatria come una materia a volte incomprensibile e spesso attraversata da forme di violenza esplosiva. La rinnovata ottica organicista e biologica ha reso fragile l'ambiziosa prospettiva basagliana di riuscire a gestire la salute mentale all'interno della comunità civile. Erano indispensabili strategie impennate su programmi di riabilitazione, percorsi di cura individuali e programmi di integrazione sociale. Il rischio è oggi quello di ritornare alla vecchia prassi fatta di farmaci e di ricoveri coatti. Ciò sta accadendo in tutto il mondo, ma anche nel nostro paese, in cui era stata approvata e sostenuta la prima e più importante riforma psichiatrica. Quella che chiuse i manicomi e creò dal nulla una rete diffusa di servizi ambulatoriali contigui ai territori di provenienza. Il nostro è stato il paese che ha sostituito i ricoveri per crisi acute nelle vecchie strutture manicomiali, con ricoveri di breve durata in piccoli reparti degli ospedali civili collegati



ai servizi ambulatoriali territoriali. Questi servizi dovevano gestire le problematiche dei pazienti possibilmente presso il loro domicilio, con diversi profili professionali non solo medici, ma ben addestrati all'utilizzo delle migliori pratiche. L'Italia per oltre cinquant'anni è stata all'avanguardia, riconosciuta come il paese con il migliore e più innovativo sistema di assistenza ai malati mentali. Oggi i dati ci mostrano invece un paese con poche idee, confuse, e senza risorse da investire, diventato ormai la 'cenerentola' d'Europa. E pensare che la Francia è arrivata a destinare ai servizi di psichiatria fino al 13,9% del totale dei fondi complessivi destinati alla sanità. La Germania e la Svezia sono diventati due tra i principali investitori, superando in modo significativo la media dei paesi europei. L'Europa si attende su una media del 5,4%, mentre il nostro paese investe ancora meno, siamo infatti abbondantemente al di sotto del 3% a fronte di un mini-

mo del 5% indicato dalle leggi sanitarie in vigore. Questi sono i dati comunicati al Parlamento europeo, presentati probabilmente come un dato del risanamento finanziario in corso. Molti pazienti in questi anni di appassionato lavoro erano stati organizzati in cooperative di lavoro capaci di gestire aziende agricole, artigianali, artistiche. Tutte queste aziende hanno prodotto beni di mercato e hanno consentito di superare il mero assistenzialismo e la logica di esclusione che circondava quelle persone. "[...] La strategia per la salute mentale lanciata di recente dalla Commissione europea, si concentra sulla prevenzione, sull'accesso alle cure e sul reinserimento nella società. È un esempio incoraggiante della crescente consapevolezza da parte di alcuni governi nazionali, di una parte del mondo accademico, dell'industria sanitaria e delle altre parti interessate della necessità di offrire un sostegno più completo per riuscire ad affrontare l'aumento

senza precedenti dei problemi di salute mentale [...]". Lo ha affermato Jacopo Andreose, amministratore delegato di una grande azienda farmaceutica, la Angelini Pharma (Rapporto Headway, 2023), alla presentazione del report cui era sponsor assieme all'European House - Ambrosetti "[...] ora siamo ansiosi di rafforzare il dialogo, il cambio di paradigma e la condivisione delle migliori pratiche in relazione a questo quadro più completo della salute mentale in Europa". Sono state queste parole benauguranti quelle venute non da un partito progressista o da organizzazioni di volontariato, ma da una delle maggiori aziende farmaceutiche. Speriamo siano di buon auspicio per un cambio di percorso delle politiche sanitarie e per ripristinare l'attenzione sul settore. Ciò potrebbe consentire, finalmente, la ripresa di quel meraviglioso viaggio di innovazione, umanità e sperimentazione organizzativa ora sospeso.

Bibliografia

1. 1990. Di Munzio W. (a cura di): La Valutazione in Psichiatria. Tra approccio epidemiologico e metodologia della scienza, Liguori, Napoli.
2. 2002. Ricerca Progres - Progetto Nazionale di Ricerca-Intervento sulle Strutture Residenziali" coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale.
3. 2005a. Ricerca Progres Acuti - Progetto Nazionale di Ricerca-Intervento sulle Strutture Ospedaliere di diagnosi e cura e sulle cliniche psichiatriche" coordinata dalla Regione Friuli-Venezia Giulia e dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale.

4. 2005b. Ricerca Progres CSM - Progetto Nazionale di Ricerca-Intervento sulle Strutture Territoriali, Centri di Salute Mentale" coordinata dalla Regione Piemonte e dall'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale.
5. 2009. TWINNING PROJECT - "Support for the development of community mental health services and the deinstitutionalization of persons with mental disorders" (RO/06/IB/OT/02), progetto di affiancamento della Comunità Europea per supportare la Romania nell'adeguamento degli standard sanitari a quelli comunitari.
6. 2011. KATSCHNIG H., FREEMAN H., SARTORIUS N., DI MUNZIO W. (a cura di): Qualità della vita nei Disturbi Mentali, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

7. 2023. Angelini Farma Rapporto Headway. Relazione di presentazione della Angelini Farma al Parlamento Europeo. Bruxelles.

Foto: "Centro di Salute Mentale" di Wilma Di Napoli, immagine generata con A.I. 2026



Walter di Munzio

Medico Psichiatra Giornalista
Pubblicista Comitato scientifico

Intelligenza emotiva ed artificiale. Sinergie e conflitti

/ Antonio La Daga /

Passare dall'Intelligenza Emotiva (IE) all'Intelligenza Artificiale (IA) non è solo un progresso tecnologico, ma un cambiamento profondo nel modo in cui capiamo la realtà. Stiamo riscrivendo le regole del gioco: oggi l'intuizione umana e il calcolo dei computer devono imparare a parlare la stessa lingua. Ma come sta cambiando davvero il nostro modo di conoscere il mondo?

Negli anni '90, grazie a Daniel Goleman, abbiamo capito che la vera chiave del successo era l'intelligenza emotiva (IE): la capacità di ascoltarsi e capire gli altri. In quel mondo, conoscere significava interpretare ciò che provavamo. L'intelligenza artificiale (IA) è l'esatto opposto. L'intelligenza emotiva è soggettiva: capisco perché sento e leggo il contesto umano. L'IA è oggettiva e statistica: conosce perché analizza miliardi di dati e trova schemi ripetuti. Oggi la conoscenza non cerca più una verità assoluta, ma la risposta più probabile (Artusio, 2025). Un tempo, per dire di sapere qualcosa, dovevamo capire il perché. Con l'IA siamo entrati in un'epoca strana: sappiamo che il computer ci dà la risposta giusta, ma non sempre capiamo come ci sia arrivato. Se un software diagnostica una malattia meglio di un medico ma non sa spiegare il "tocco" clinico, possiamo chiamarla vera conoscenza? Oggi sembra contare più il risultato pratico che la spiegazione della causa. Non dobbiamo immagi-

nare due mondi separati. La nuova frontiera è l'informatica che impara anche a leggere le nostre emozioni. Sinergia: l'IA può leggere i movimenti del viso o i toni di voce che a noi potrebbero sfuggire solo con l'intelligenza emotiva, individuando subito segnali di stress o tristezza. In questo caso, la macchina fa da sensore e l'uomo da interprete. Meno pregiudizi: noi umani siamo spesso influenzati da stanchezza o simpatie. L'IA ci offre un punto di vista "freddo" che aiuta a decidere senza farsi travolgere dal momento. Mentre l'intelligenza emotiva ci rende umani, l'IA ci rende "potenziati". Il rischio però è affidare decisioni morali (che richiedono empatia) solo a un calcolo di convenienza. Il problema sorge quando smettiamo di usare l'IA come un utile strumento e iniziamo a chiederle di giudicare al posto nostro. 1-Sentire o calcolare? Per noi un'emozione va vissuta; per l'IA è solo un'etichetta probabilistica su un gruppo di dati. Se l'IA riconosce solo poche emozioni base, rischiamo di perdere le sfumature

delicate della malinconia o della nostalgia. 2-La pigrizia del cuore. L'intelligenza emotiva richiede uno sforzo. Quando lasciamo che sia un algoritmo a scrivere un messaggio di scuse o di condoglianze per noi, evitiamo la fatica di stare vicini al dolore degli altri. Questo crea una "socialità sintetica": rapporti senza attriti, ma senza una vera crescita personale (Santiago-Torner et al., 2025). I giovani della Generazione Z e Alpha sono i primi a far non crescere la propria intelligenza emotiva parlando spesso con interlocutori non umani. Questo sta cambiando le loro abilità sociali (Babu et al., 2025). Essi hanno una concreta difficoltà nei rapporti reali. L'IA è sempre gentile e disponibile. Abituarsi a una comunicazione senza intoppi rende difficile gestire un essere umano reale, che può essere sgarbato o

illogico. Molti giovani usano i chatbot come porto sicuro perché non giudicano, sono gentili e compiaciono. Ma l'amicizia umana è uno scambio di relazioni. L'IA, invece, esiste solo per noi, e potrebbe farci chiudere in un isolamento emotivo. La vera compassione significa stare nel disagio di un altro senza volerlo per forza "aggiustare" subito. L'IA, invece, vede il dolore come un errore da risolvere nel minor tempo possibile. Quando viviamo il dolore altrui attraverso uno schermo o un algoritmo del computer, rischiamo di vederlo come un grafico o un "ticket" da chiudere. Perdiamo quella connessione fisica/emotiva profonda che ci rende umani e che solo l'intelligenza emotiva ci può dare. Più l'IA diventerà brava a simulare l'empatia e più la presenza umana autentica — fatta anche di silenzi

imbarazzanti e parole sbagliate, ma sincere — diventerà rara e preziosa. La nuova conoscenza computerizzata non deve farci rifiutare la tecnologia, ma aiutarci a capire che l'IA può gestire solo i dati del dolore.

Ma è l'essere umano che può dargli un vero significato. Non dobbiamo temere macchine troppo umane, ma uomini che, per comodità, scelgono di vivere un'umanità semplificata, digitalizzata e senza cuore.

Bibliografia

1. Artusio L (2025). Rivoluzione intelligenza emotiva. Milano: Oscar Mondadori.
2. Audrin C & Audrin, B. (2025). "Alpha generation's social media use: sociocultural influences and emotional intelligence". Journal of Youth Studies.
3. Babu, S., et al. (2025). "Emotional AI and the rise of pseudo-intimacy: are we trading authenticity for algorithmic affection?". Frontiers in Psychology /PMC.
4. Benraouane, S. A. (2024). AI Management System Certification: Building Responsible AI Systems. New York: Productivity Press.
5. Goleman, D. (1996). L'intelligenza emotiva. Che cosa è come può renderci felici. BUR Saggi

6. Santiago-Torner, Corral-Marfi JA, Tarra-tas-Pons E (2025). "Artificial Intelligence and the Reconfiguration of Emotional Well-Being (2020–2025): A Critical Reflection". Societies (MDPI).

Foto: Envato Elements



Antonio La Daga
Medico Neurologo
Redattore



L'amore incondizionato di una caregiver familiare. Una storia di dedizione e sacrificio

/ Donatella Costa /

Quando si parla di caregiver familiare, spesso si pensa a persone che si prendono cura dei propri cari. Ma cosa significa essere in realtà un caregiver familiare di un parente affetto dalla malattia di Parkinson? E come possiamo descrivere l'amore di una moglie verso il marito che richiede cure costanti?

Chi sono i caregiver familiari? Definiamo i caregiver familiari coloro che si prendono cura di un familiare che ha bisogno di aiuto a causa di una malattia, o disabilità. La malattia di Parkinson è una malattia degenerativa complessa. Esistono sempre più evidenze scientifiche che il carico assistenziale continuo della malattia di Parkinson, innesca uno stato di tensione importante nel caregiver familiare. In effetti il carico assistenziale rappresenta un importante fattore di rischio per i caregiver familiari che vanno incontro a notevole stress. È importante prevenire l'ansia significativa nel numero crescente di persone che si prendono cura di soggetti non autosufficienti (Del Pino- Casado et al., 2021). La malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa cronica e progressiva che colpisce il sistema nervoso centrale, in particolare i gangli della base, una struttura cerebrale

responsabile del controllo del movimento. Secondo i ricercatori, la malattia di Parkinson è il risultato di una combinazione di fattori genetici ed ambientali quali la perdita di cellule dopaminergiche e l'accumulo di proteine anormali nelle cellule cerebrali associato ad infiammazione e stress ossidativo. Le caratteristiche principali di tale disturbo comportano tremori involontari e ritmici del corpo, rigidità muscolare, lentezza nei movimenti, instabilità posturale. Si associano inoltre diverse problematiche da gestire quali ansia, depressione, disturbi del sonno, problemi di alimentazione, difficoltà di digestione, carenze di memoria e cognizione, confusione, disorientamento, allucinazioni e qualche volta mutismo o comunque difficoltà ad iniziare un eloquio (Lang et al., 2010). L'assistenza informale a una persona affetta da malattia di Parkinson può essere un processo che

incide su diverse dimensioni della vita del caregiver familiare. Diversi studi hanno rilevato come il declino cognitivo e i deficit emotivi del malato di Parkinson comportano un maggior carico assistenziale per il caregiver familiare. La malattia di Parkinson può comportare notevoli cambiamenti nella vita del malato e nella coppia. Il legame tra coniugi si modifica, la natura della relazione cambia. Il prendersi cura della persona da parte del caregiver familiare diventa la dimensione principale ed esclusiva della propria routine di vita. In sostanza, il carico assistenziale sperimentato dai caregiver familiari di persone affette da malattia di Parkinson è determinato da una complessa interazione di caratteristiche legate al malato, al caregiver familiare e alle relazioni interpersonali (Geerlings et al., 2023). Il termine carico assistenziale si riferisce all'impatto negativo dell'assistenza sul benessere fisico, emotivo, sociale, psichico del caregiver familiare. La malattia di Parkinson e sintomi specifici possono notevolmente ampliare i bisogni primari della persona e creare dipendenza dal caregiver familiare portando conseguenze negative sia per il malato sia per chi lo assiste (Aamoodt et al., 2017). Una moglie si racconta in questa esperienza, attraverso cui è riuscita a dimostrare il proprio amore per il marito affetto da malattia di Parkinson. Quando si è ammalato suo marito di Parkinson? *Mio marito si è ammalato di Parkinson prima di andare in pensione, allora aveva 60 anni e stava ancora lavorando come camionista. Lui ha sempre amato i motori, era un appassionato di meccanica. Per la Malattia di Parkinson, ha dovuto lasciare prima il lavoro in quanto stava diventando pericoloso utilizzando i mezzi di autotrasporto e la movimentazione di carichi. I riflessi nei movimenti erano cambiati, era più lento e meno reattivo. Come si è manifestata la malattia? È arrivata una depressione pesante prima della manifestazione della malattia di Parkinson...noi non ce ne siamo accorti subito...sono iniziati i primi*



tremori alla mano...poi alla gamba poi a tutto il corpo...Mio marito purtroppo è stato davvero sfortunato, la malattia è stata molto invalidante e direi piuttosto grave. La malattia ha comportato cambiamenti nella vita di coppia? Per noi come coppia non è stato facile, già in precedenza avevamo dei problemi ...io mi sono sacrificata, ho scelto in modo consapevole di rimanergli accanto tutto il decorso della malattia. Il nostro rapporto è cambiato...io ero fortemente ansiosa in quel periodo, andavo a letto tardissimo, non riuscivo più a dormire nello stesso letto con mio marito. Ero esaurita... Poi ho deciso di prendermi cura di lui, ho rinunciato a tutto, ho rinunciato sicuramente ad una parte importante della mia vita. Come ha affrontato la malattia? All'inizio facevo tutto da sola, per tanto tempo ho gestito davvero tutto il carico... la malattia è durata 11 anni, è stata lunga e pe-

sante...ho iniziato a chiedere aiuto ad altri familiari, ai servizi sociali, molti operatori si sono susseguiti nel corso della malattia a supporto di mio marito ...ho avuto la fortuna di incontrare anche persone speciali che sono state per me un faro nei momenti di disperazione...in particolare le mie amiche, le mie figlie, alcune assistenti domiciliari... Crede ne sia valsa la pena? Ha qualche rimpianto? Io ho deciso di rimanere con mio marito, ho scelto di non ritrovarlo in nessuna struttura...attraverso la malattia l'ho comunque amato profondamente nonostante i momenti di difficoltà, probabilmente non eravamo più gli stessi di un tempo, ma lui era il mio centro, forse il mio destino. Qualche volta, certamente avrei desiderato una vita diversa...ma non ne ho avuto la possibilità. La malattia mi ha comunque permesso di riavvicinarmi emotivamente a mio marito, quasi come

un'opportunità prima di separarmi definitivamente. In tanti momenti, sinceramente avevo la sensazione di dover scontare una colpa, ma non ho mai compreso quale fosse... L'amore di un coniuge è normalmente un sentimento di amore profondo e incondizionato. Quando il marito si ammala o diventa disabile, la moglie può trasformarsi in una caregiver principale, prendendosi cura della persona in ogni ambito di vita. Il legame è messo a dura prova, si possono provare sentimenti di ansia e disorientamento. La malattia di Parkinson può essere un percorso difficile ed impegnativo per entrambi i coniugi. Questa storia ci ricorda che, nonostante le difficoltà, l'amore può essere più forte della malattia. La dedizione e la cura possono fare la differenza nella vita di una persona malata.

Bibliografia

1. Abbruzzese G., Lopiano L., 2018, La malattia di Parkinson, Editore Il Pensiero Scientifico
2. Del-Pino-Casado R, Priego-Cubero E, López-Martínez C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Mar 1;16(3):e0247143. doi: 10.1371/journal.pone.0247143. PMID: 33647035; PMCID: PMC7920375.
3. Geerlings AD, Kapelle WM, Sederel CJ, Tenison E, Wijngaards-Berenbroek H, Meinders MJ, Munneke M, Ben-Shlomo Y, Bloem BR, Darwesh SKL. Caregiver burden in Parkinson's disease: a mixed-methods study. BMC Med. 2023 Jul 10;21(1):247. doi: 10.1186/s12916-023-02933-4.

PMID: 37424022; PMCID: PMC10332089.

4. Aamodt WW, Kluger BM, Mirham M, Job A, Lettenberger SE, Mosley PE, Seshadri S. Caregiver Burden in Parkinson Disease: A Scoping Review of the Literature from 2017-2022. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2024 Mar;37(2):96-113. doi: 10.1177/08919887231195219. Epub 2023 Aug 8. PMID: 37551798; PMCID: PMC10802092.
5. J. Jankovic, 2008, Parkinson's Disease: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry
6. Lang A.E, Lozano A.M., 2010, The pathophysiology of Parkinson's Disease. The Lancet Neurology.
7. Michael S.Okun, 2013, Parkinson: una guida per i pazienti e le loro famiglie. Editore Springer.

Sitografia

8. https://it.wikipedia.org/wiki/Malattia_di_Parkinson
9. <https://parkinson.it>
Foto: Envato Elements



Donatella Costa
Psicologa Clinica
Redattrice

Serie TV, emozioni, resilienza e la ricerca SerieQuest

/ Luigi Starace/

Le serie TV non sono soltanto un passatempo. Per molte persone diventano compagnia, rifugio, stimolo, specchio emotivo e occasione di identificazione. La ricerca SerieQuest analizza il rapporto tra lo spettatore e le serie TV.

Guardare una serie può aiutare a rilassarsi. Può offrire una pausa dopo una giornata difficile. Può farci sentire meno soli. Ma, in alcuni casi, può anche diventare un modo per evitare emozioni dolorose come tristezza, ansia, vuoto o solitudine. Per questo è importante chiedersi non solo quanto guardiamo le serie TV, ma come e perché le guardiamo. SerieQuest è una ricerca dedicata al rapporto tra serie TV, emozioni e resilienza, con attenzione anche all'identificazione con i personaggi e al rischio di consumo disfunzionale. Le serie TV fanno parte della vita quotidiana. Le guardiamo la sera, nei momenti di riposo, durante periodi di stress o quando abbiamo bisogno di distrarci. A differenza di un film, una serie ritorna nel tempo. I personaggi diventano familiari. Le storie proseguono. L'attesa della puntata successiva crea coinvolgimento, ma può anche diventare una forma di evitamento, quando viene usata soprattutto per non sentire emozioni difficili. Questo rende le serie TV un oggetto interessante per la psicologia. La letteratura scientifica ha già distinto tra visione intensa, visione abituale e visione problematica. Problematic Series Watching Scale (Orosz, Bóthe, & Tóth-Király,

2016). SerieQuest si inserisce in questo scenario con una prospettiva ampia. Non considera lo spettatore solo come possibile consumatore problematico, ma come persona che può usare le narrazioni seriali in modi differenti: talvolta protettivi, talvolta fragili. SerieQuest è uno strumento di ricerca pensato per esplorare il rapporto tra spettatore e serie TV. L'obiettivo non è giudicare chi guarda molte serie TV, ma comprendere quale funzione psicologica assume la visione. Guardare tre episodi di seguito può essere una scelta piacevole e consapevole. Ma può anche diventare un gesto automatico, usato per non affrontare emozioni o situazioni difficili. La differenza non sta solo nel numero di episodi. Conta il rapporto tra visione, libertà personale, emozioni e vita quotidiana. Molte serie TV sono costruite per creare attesa. Una puntata termina con una domanda aperta. Un personaggio resta in pericolo. Una relazione si interrompe. Una verità viene rivelata solo in parte. Lo spettatore sente allora il desiderio di continuare. SerieQuest definisce questa dimensione come aggancio emotivo. L'aggancio emotivo non è negativo in sé. Le storie coinvolgenti possono stimolare curiosità, im-

maginazione, empatia e partecipazione. Il problema nasce quando l'aggancio emotivo diventa l'unico modo per ottenere sollievo immediato. In quel caso, la serie non funziona più come spazio di riflessione, ma come sospensione temporanea del disagio. Uno degli aspetti più forti delle serie TV è la continuità. I personaggi ritornano episodio dopo episodio. Li vediamo cambiare, soffrire, fallire, amare, sbagliare, riparare, ricominciare. Con il tempo, alcuni personaggi possono diventare familiari. Lo spettatore può riconoscersi in una fragilità, in una scelta, in una ferita o in un desiderio. La ricerca sui media ha descritto da tempo le relazioni parasociali, cioè quei legami di familiarità a distanza che possono nascere tra pubblico e figure mediali. Horton e Wohl hanno introdotto questo concetto parlando di "intimità a distanza" tra spettatore e personaggio mediale (Horton & Wohl, 1956). Il rischio, sempre ben chiaro ai terapeuti di ieri e di oggi, è che si possa sostituire progressivamente il contatto con le relazioni reali e con la vita quotidiana. L'identificazione con i personaggi è un processo che avviene quasi inconsciamente: Cohen la descrive come una modalità attraverso cui il pubblico assume temporaneamente la prospettiva del personaggio, partecipando al suo mondo emotivo e narrativo (Cohen, 2001). Questa identificazione può avere una funzione positiva: può aiutare a comprendere meglio se stessi oppure può favorire empatia o infine potrebbe permettere di dare un nome a emozioni confuse. La resilienza non significa semplicemente "essere forti". È la capacità di attraversare difficoltà, stress e cambiamenti mantenendo la possibilità di riorganizzarsi. Nel contesto di SerieQuest, la resilienza viene letta come possibile fattore protettivo lo spettatore resiliente può essere molto coinvolto da una serie, ma riesce a mantenere una certa libertà interiore e pertanto può emozionarsi senza perdersi, può identificarsi senza confondersi può usare la storia come occasione di



pensiero, non solo come fuga. In questo senso, le serie TV possono diventare anche strumenti di educazione emotiva. Non perché "curino", ma perché offrono scene, personaggi e conflitti attraverso cui parlare di sé. È importante evitare giudizi semplicistici. Il rischio aumenta quando la visione diventa rigida, ripetitiva e poco controllabile. Alcuni segnali meritano attenzione, come ad esempio: si dorme meno per continuare a guardare, si rimandano studio, lavoro o impegni importanti, si evitano relazioni e attività quotidiane. In questi casi non è la serie TV il problema in sé. Il punto è la funzione che sta assumendo: compagnia, rifugio, anestesia, evitamento o dipendenza emotiva da un sollievo immediato. L'analisi SerieQuest ha individuato quattro profili di spettatori. Non sono diagnosi cliniche. Sono modelli interpretativi utili per comprendere diversi modi di vivere la narrazione seriale. I coinvolti resilienti sono spettatori che vivono le serie TV come spazio di riflessione, empatia e crescita personale. Si coinvolgono, ma non perdono il contatto con la propria vita. La serie diventa un'occasione per pensare, riconoscere emozioni, confrontarsi con personaggi e situazioni complesse. I mo-

derati riflessivi sono spettatori equilibrati. Guardano le serie con piacere, ma mantengono distanza critica. La visione è integrata nella vita quotidiana e non tende a diventare eccessiva o sostitutiva. Il rapporto con la serie resta flessibile. I consumatori evitanti sono spettatori che possono usare le serie soprattutto per allontanare emozioni difficili. La visione diventa una pausa dal disagio. Tuttavia, può trasformarsi in evitamento quando impedisce di affrontare ciò che si prova. Gli esploratori curiosi sono spettatori attratti da mondi narrativi, personaggi, generi e prospettive diverse. Cercano nelle serie stimoli cognitivi ed emotivi. In questo profilo, la visione può favorire apertura, immaginazione, confronto con l'altro e comprensione della complessità umana. L'educazione positiva è imparare a guardare in modo consapevole. Le serie TV, se usate in modo consapevole, possono diventare strumenti di dialogo. A scuola, in famiglia, nei gruppi o nei contesti psicoeducativi, una puntata può aprire domande importanti: -Che cosa prova questo personaggio? -Quale emozione mi ha lasciato questa scena? -Dove vedo una forma di evitamento? -Quale relazione aiuta il personaggio? -Quale scelta lo fa stare peggio? -Che cosa

di questa storia parla anche di me? In questo modo, la visione non resta passiva. Diventa occasione di parola, ascolto e consapevolezza. Le serie TV non sono il problema in sé. Il punto è il modo in cui vengono usate. Possono essere intrattenimento, compagnia, riflessione, stimolo culturale e spazio di identificazione. Ma possono anche diventare una forma di evitamento, se sostituiscono il sonno, le relazioni, il movimento, la cura di sé e il confronto con le emozioni reali. La ricerca SerieQuest aiuta a leggere questa complessità. Non propone una visione moralistica delle serie TV, ma una domanda più utile: cosa sto cercando in questa storia? Rispondere a questa domanda può essere il primo passo per diventare spettatori più consapevoli del proprio mondo emotivo. Appendice. Domande frequenti sugli argomenti trattati. Le serie TV fanno male alla salute mentale? No, non necessariamente. Possono essere una forma di intrattenimento, rilassamento e riflessione. Diventano problematiche quando interferiscono con sonno, relazioni, lavoro, studio o cura di sé. Guardare molte puntate di seguito è sempre un problema? No. Una visione intensa non è automaticamente disfunzionale. È importante capire se la persona



SerieQuest in sintesi

Serie TV, emozioni e resilienza



1



Che cos'è

Un questionario di ricerca sul rapporto tra serie TV, emozioni, identificazione, resilienza e rischio di consumo disfunzionale.

2



Obiettivi

- ✓ Capire come e perché guardiamo le serie
- ✓ Studiare il coinvolgimento emotivo
- ✓ Analizzare i fattori di protezione e di rischio

3



Concetti chiave



Aggancio emotivo



Identificazione con i personaggi



Resilienza



Rischio di consumo disfunzionale

4



Messaggio centrale

Non conta solo che cosa guardiamo, ma quale traiettoria psicologica attiviamo mentre guardiamo.



Ricerca presentata al
Congresso AIFREF di Parigi

.....

I 4 profili di spettatori secondo SerieQuest

Tra risorsa, equilibrio, evitamento ed esplorazione



1

Coinvolti resilienti

Usano le serie come spazio di riflessione, empatia e crescita.





2

Moderati riflessivi

Guardano con equilibrio e mantengono distanza critica.





3

Consumatori evitanti

Usano la visione soprattutto per allontanare emozioni difficili.





4

Esploratori curiosi

Cercano storie, mondi e personaggi per capire meglio sé e gli altri.



Segnali da osservare



Sonno ridotto



Isolamento



Perdita di controllo



Visione come unico sollievo



Senso di vuoto o colpa



Le serie TV non sono il problema in sé: conta il modo in cui vengono usate.

sceglie liberamente di guardare o se sente di non riuscire a fermarsi. Che cos'è SerieQuest? SerieQuest è un questionario di ricerca che studia il rapporto tra serie TV, emozioni, identificazione con i personaggi, resilienza e rischio di consumo disfunzionale. Le serie TV possono aiutare chi si sente solo o triste? Possono offrire compagnia e sollievo tempo-

aneo, ma non sostituiscono il sostegno umano o professionale. Se tristezza, isolamento o perdita di interesse persistono, è importante chiedere aiuto. Che cosa significa guardare una serie in modo consapevole? Significa chiedersi non solo se una serie piace, ma quale emozione attiva, quale bisogno soddisfa e quale effetto lascia dopo la visione.

Bibliografia

1. Cohen, J. (2001). Defining identification: A theoretical look at the identification of audiences with media characters. *Mass Communication and Society*, 4(3), 245–264.
2. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
3. Green, M. C., & Brock, T. C. (2000). The role of transportation in the persuasiveness of public narratives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 701–721.

4. Horton, D., & Wohl, R. R. (1956). Mass communication and para-social interaction: Observations on intimacy at a distance. *Psychiatry*, 19(3), 215–229.
5. La Forgia, M., Starace, L., Ricerca SerieQuest – psicologia dei consumi mediatici, resilienza e narrazione seriale.
6. Studio presentato al XX Congresso AIFREF di Parigi 2026.

7. Orosz, G., Bóthe, B., & Tóth-Király, I. (2016). The development of the Problematic Series Watching Scale, PSWS. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 144–150.
8. Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293–311.
Foto: di Luigi Starace elaborate con A.I “Serie TV e SerieQuest”, 2026



Luigi Starace
Giornalista pubblicista
Comitato scientifico

L'infanzia rubata. Dalla violenza sui bambini alla depressione negli adulti

/ Wilma Di Napoli /

Gli anni recenti sono caratterizzati da un crescente numero di conflitti e violenza, specie sui bambini. Traumi e abusi ripetuti si ripercuotono sulla salute psichica, anche futura, dei minori. Incidere a livello sociale, sanitario e culturale su questo scenario è un imperativo morale. Risulta inoltre di fondamentale importanza per migliorare le prospettive di salute mentale della collettività.

Il 2025 è un anno da ricordare. Purtroppo, non per premi, medaglie, avvenimenti prestigiosi. Ma come l'anno dove le violenze sui bambini sono aumentate drasticamente nel mondo. In tutto il pianeta difatti le forme di trauma e di violenza che i bambini si trovano a subire stanno raggiungendo livelli record. Solo nel 2024, le Nazioni Unite hanno verificato oltre 41.000 gravi violazioni ai danni dei bambini. Si tratta del numero più alto mai registrato (ONU, 2024). E il 2025 non potrà che mostrare un andamento simile. I bambini continuano a pagare il prezzo di scelte che non hanno fatto. Questo a fronte di una fase storica dove si promuovono benessere economico, possibilità tecnologiche e cultura diffusa. Ci si aspetterebbe che ciò potesse aver consolidato i principi etici e civili fondamentali, come il rispetto dei diritti umani, specie quelli dei più piccoli. Ed invece la

violenza dilaga. In termini generali, dal momento che i conflitti moderni si combattono oramai sulla pelle di civili indifesi, senza risparmiare i bambini. E a livello di micronuclei, di reti sociali, di piccolo comunità, delle famiglie. In Italia sono quasi 114 mila le vittime di abuso e violenze (dati 2023), l'87% dei casi registrato in famiglia. 374.310 minorenni risultano in carico ai servizi sociali, di questi 113.892 sono vittime di maltrattamento, ovvero il 30,4%. Si tratta di un aumento del 58% rispetto alla precedente indagine del 2018, in cui i minorenni in carico ai servizi sociali vittime di maltrattamento rappresentavano il 19,3%. Sul totale della popolazione minorenne residente in Italia, al 31 dicembre 2023, questo significa un passaggio da 9 a 13 minorenni maltrattati ogni mille. Nell'arco di soli cinque anni un vero disastro (Garante per l'infanzia, III Indagine, 2025).

Le forme di traumi e violenze che i minori possono incontrare nella loro vita sono molteplici. Ci sono differenze sociali, politiche e culturali tra un paese e l'altro, ma il dato che riguarda i bambini resta tristemente alto in modo diffuso. Nei paesi scenario di guerre si moltiplicano i casi di violenze, psicologiche, fisiche e sessuali, sui minori. Non accenna a diminuire il fenomeno della tratta dei bambini, della prostituzione minorile, dello sfruttamento. In alcuni paesi in via di sviluppo è tristemente nota la realtà dei soldati bambino. Nei paesi occidentali si stima che il 70% delle violenze siano commesse in famiglia. È un dato che deve fare riflettere. Esistono poi forme di violenza sociali, diffuse a scuola, nei contesti comunitari, sulla rete, come il bullismo, il cyber bullismo, il revenge porn, gli haters. Non tutti i bambini che crescono nel dolore diventeranno adulti depressi. Tuttavia, numerose evidenze scientifiche mostrano una stretta correlazione tra esperienze traumatiche infantili e lo sviluppo di disturbi psichici. I traumi subiti rappresentano uno dei più importanti fattori di vulnerabilità per la depressione, ed in generale per diversi disturbi psicofisici, lungo l'intero arco della vita (Nelson et al, 2019). Per l'infanzia rubata si intende una condizione in cui il bambino è privato della sicurezza, della protezione e delle relazioni affettive necessarie a uno sviluppo sano. Maltrattamenti, abusi, trascuratezza, violenza assistita e grave instabilità familiare rientrano tra le cosiddette Adverse Childhood Experiences (ACEs) (Abate et al, 2025). Le ricerche dimostrano che le ACEs influenzano lo sviluppo neurobiologico, la regolazione emotiva, l'attaccamento e la costruzione dell'identità. L'attivazione cronica dei sistemi dello stress modifica il funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e coinvolge strutture come amigdala, ippocampo e corteccia prefrontale. Nel corso della vita queste alterazioni possono tradursi in maggiore vulnerabilità alla depressione, e al rischio di suicidio, ma non solo. Au-



mentano i disturbi d'ansia, i disturbi da stress post-traumatico, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi alimentari, ed altre condizioni psicopatologiche. Si assiste a un peggioramento generalizzato di tutti i parametri di salute, con riduzione delle difese immunitarie e sviluppo di patologie croniche (Abate et al, 2025). Esiste, inoltre, un trauma intergenerazionale, cioè la trasmissione degli effetti di esperienze traumatiche da una generazione alla successiva, attraverso meccanismi psicologici, relazionali, sociali e, in parte, biologici. Al trauma possono contrapporsi fattori di resilienza, relazioni riparative e trattamenti efficaci, che possono modificare profondamente la traiettoria evolutiva (Shale et al, 2022). Le azioni che si possono mettere in campo a contrasto di ogni forma di violenza sui minori sono tante. Servono politiche sociali che rinforzino leggi di tutela: contrasto a sfruttamento, tratta, lavoro minorile e matrimoni precoci, protezione online. Servono anche sforzi per promuovere la corretta conoscenza del fenomeno e spinte culturali mirate. Si deve lavorare a costruire scuole sicure, prevenzione di bullismo e cyberbullismo, comunità e ambienti digitali protetti, educazione affettiva. Servono servizi sociosanitari accessibili, attenti, che sviluppino programmi di parent training, e di

sostegno alle famiglie vulnerabili. Si deve favorire l'identificazione precoce di un caso critico, garantirne la necessaria assistenza sanitaria, psicologica e sociale, a tutela dell'infanzia. La vera prevenzione si fa anche lavorando per ridurre i fattori di rischio: contrasto alla povertà, accesso all'istruzione e sostegno economico alle famiglie. Cruciale risulta agire a livello collettivo, promuovendo soprattutto campagne di sensibilizzazione a tutti i livelli. In questo mondo così connesso e sovra rappresentato sugli schermi, accettare con indifferenza la reiterazione di violenza indiscriminata sui bambini è profondamente sbagliato. Lo è ugualmente se avviene perché si tratta di bambini appartenenti ad un'altra etnia o nazione (ONU, 2026). Lo è sul piano etico e morale. Significa accettare che i diritti dei bambini non siano universali. Lo è anche su un piano sociale e sanitario generale. L'esposizione alla violenza genera conseguenze durature e profonde, prevenirla è una responsabilità che trascende confini geografici e politici. *“Si tratta di fare una scelta: accettare un mondo in cui i bambini sono sistematicamente attaccati, sfollati e lasciati affamati, oppure agire insieme per proteggerli. La vera misura della nostra risposta è se ai bambini viene data una reale possibilità di vivere, di imparare e*

di sperare in un futuro migliore.” Questa è la dichiarazione ufficiale di Catherine Russell, Direttrice Generale dell'UNICEF all'incontro Dialogo umanitario – Priorità umanitarie per i bambini nel 2026. E noi, quale scelta vogliamo fare?

Bibliografia

1. Abate et al. Adverse childhood experiences are associated with mental health problems later in life: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuropsychobiology*. 84(1), 48-4. 2025.
2. Nelson CA et al. (2019). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life.
3. III Indagine nazionale sui maltrattamenti dei bambini e degli adolescenti in Italia, Garante per l'infanzia, Terre des hommes, CISMAL, 2025
4. Report indipendente “L'essenza dell'infanzia è stata distrutta”, ONU, 2026
5. Shale BW et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European child & adolescent Psychiatry*, 31 (10), 1489-1499. 2022.

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli
Medico Psichiatra
Direttore Artistico

Il male oscuro che diventa un destino. Il “Vizio Assurdo”

/ Gianluca Lisa /

Il male oscuro della depressione accomuna due grandi uomini dello scorso secolo: Cesare Pavese e Luigi Vannucchi. Un celeberrimo scrittore il primo ed un eccezionale attore il secondo, accomunati dal successo, dalla depressione e dalla stessa morte.

Cesare Pavese, nato a Santo Stefano Belbo il 9 settembre 1908 e morto suicida a Torino 27 agosto 1950, è stato un grande scrittore, poeta, traduttore e critico letterario italiano. Il male oscuro tormenta la sua vita sino alla tragedia della sua morte suicida per ingestione di barbiturici. La recente proposta di Pavese tra le tracce della maturità, con il componimento “Passerò per Piazza di Spagna” (1950), non è solo un omaggio a uno dei giganti della letteratura italiana. È un monito silenzioso. In un mondo che troppo spesso semplifica il disagio, tornare a Cesare Pavese significa rimettere al centro della riflessione la depressione. Esaminata nella sua forma più pura e, talvolta, nella sua complicazione letale: il suicidio. Una complicazione che la luce sul male oscuro può prevenire. Fu l'amico Davide Lajolo, nel suo saggio biografico “Il vizio assurdo”, a definire con chirurgica precisione il tormento di Pavese. Per Lajolo, questo “vizio” non era una semplice tristezza passeggera, ma un de-

siderio radicato di fuga dalla vita, una spinta inarrestabile dal male oscuro verso l'auto-annullamento. Ciò che rende la condizione di Pavese così spiazzante — e per molti versi moderna — è il paradosso del successo. Il tormento non è figlio del fallimento, ma sopravvive e si nutre nonostante la popolarità, il riconoscimento critico e la conquista dei premi letterari. La depressione, come ci insegna lo scrittore, è una solitudine che nessun successo pubblico può colmare. Il male oscuro ti prende, invade la tua esistenza e se non lo riconosci prima e lo combatti poi con le dovute cure può avere un'azione devastante. Il successo, tanto desiderato, è un carico emotivo costante che ha un costo energetico continuo non facile da gestire. Lo stress cronico esaurisce anche le ultime risorse, incidendo negativamente sull'umore. Certe persone, travolte dal successo, possono non gestirlo e spegnersi nella loro vitalità sino, in alcuni casi, a porre fine alla loro esistenza. La potenza drammatica di questa riflessione si

amplifica tragicamente se volgiamo lo sguardo a chi, quel “vizio assurdo”, ha dovuto indossarlo. L'opera di Lajolo fu adattata per il teatro da Diego Fabbri, e a vestire i panni di Cesare Pavese fu il grande ed indimenticabile attore Luigi Vannucchi. Un grande attore e doppiatore, formatosi all'Accademia Nazionale d'Arte Drammatica di Roma, nato Caltanissetta 25 novembre 1930 e morto suicida a Roma 30 agosto 1978. È molto noto per la sua bravura, eleganza, versatilità e profondità intellettuale ha lavorato con Gassman, per l'Amleto, e Squarzina sino al cinema e agli indimenticabili sceneggiati televisivi (Wikipedia).

La storia ci consegna una coincidenza che gela il sangue: Vannucchi, attore capace di un'immersione

psicologica totale, si tolse la vita seguendo le medesime modalità suicidarie dello scrittore che interpretava. Anche lui, proprio come Pavese, era all'apice del successo, nel pieno di una carriera luminosa e di un ampio consenso di pubblico. Un male oscuro che non conosce confini.

La vicenda di Vannucchi ci pone davanti a una domanda inquietante. È possibile che un attore, calandosi con tale profondità nella psiche di un uomo che ha fatto della morte il suo approdo finale, possa aver “assorbito” quel male oscuro? Sebbene la scienza psichiatrica legga questi eventi attraverso l'analisi di fragilità preesistenti, il caso Vannucchi-Pavese rimane un potente simbolo della contagiosità del dolore. È la prova che il “male oscuro” non è solo un concetto letterario,

ma una presenza reale. Una presenza che abita le pieghe della nostra esistenza, indipendentemente dalla fama o dal ruolo che ricopriamo sul palcoscenico del mondo. Oggi, citare Pavese ai giovani studenti non serve solo a valutare la loro preparazione letteraria. Serve a insegnare loro che la fragilità psichica non è un segno di debolezza, ma una condizione umana che richiede ascolto, comprensione e, soprattutto, una vigilanza costante. Il sacrificio di

Pavese e quello, quasi eco, di Vannucchi ci ricordano che il “vizio assurdo” può annidarsi ovunque. Il nostro dovere, come società e come professionisti della salute mentale, è quello di rompere il silenzio. Bisogna intervenire affinché nessuno si senta più costretto a cercare nell'annientamento la soluzione al proprio, insopportabile male oscuro sul quale dobbiamo fare luce. Luce è informazione, divulgazione, prevenzione ed ascolto.



Bibliografia

1. Cesare Pavese Wikipedia. https://it.wikipedia.org/wiki/Cesare_Pavese
2. Luigi Vannucchi Wikipedia. https://it.wikipedia.org/wiki/Luigi_Vannucchi

Disegni di Gianluca Lisa, “Cesare Pavese” e “Luigi Vannucchi”, 2026



Gianluca Lisa
Primario Psichiatra
Redattore

Pink Floyd e salute mentale. Musica ed emozioni

/ Antonella Litta/

Le canzoni dei Pink Floyd parlano di dolore, vulnerabilità e speranza. Un viaggio nella salute mentale attraverso la musica.

La salute mentale non coincide con la semplice assenza di una malattia. Significa riconoscere le emozioni, affrontare le difficoltà e costruire un equilibrio psicologico. Anche la musica può accompagnare questo percorso di crescita personale. Ricordo ancora la prima volta che assistetti al concerto di una tribute band dei Pink Floyd. Per qualche ora il rumore mentale sembrò attenuarsi. Rimase soltanto la musica. Ebbi la sensazione di uno spazio interiore più ampio, dove i pensieri potevano finalmente rallentare. Non è un'esperienza insolita. Molte persone raccontano di trovare nella musica conforto, comprensione e nuove parole per descrivere ciò che provano. Negli ultimi anni numerosi studi hanno dimostrato che la musica può influenzare il benessere psicologico. L'ascolto musicale può ridurre lo stress percepito. Può favorire il rilassamento. Può migliorare il tono dell'umore e facilitare la regolazione delle emozioni (Rebecchini, 2021). È importante distinguere l'ascolto spontaneo della musica dalla musicoterapia. Quest'ultima è un intervento clinico strutturato, condotto da professionisti qualificati e inserito in un progetto terapeutico. La musica non sostituisce le cure mediche o psico-

logiche. Può però rappresentare una risorsa importante all'interno di un percorso terapeutico. Pochi gruppi musicali hanno raccontato la sofferenza psicologica con la profondità dei Pink Floyd. Nei loro album ricorrono isolamento, alienazione, perdita, paura, identità, dipendenze e difficoltà di comunicazione. Non propongono soluzioni semplici. Non trasformano la sofferenza mentale in uno stereotipo. Raccontano invece la vulnerabilità umana con straordinaria autenticità. È probabilmente questa autenticità a spiegare perché la loro musica continui a coinvolgere persone appartenenti a generazioni diverse. Tra i brani più celebri dei Pink Floyd vi è Comfortably Numb. La canzone è costruita come un dialogo tra un medico e una persona che sembra aver perso il contatto con le emozioni. Una lettura psicopatologica del brano è stata proposta anche sul British Journal of Psychiatry (Besana, 2023). Il dolore del paziente è così intenso da isolarlo e impedirgli di comunicare. Lo suggeriscono versi come: "Anniscisi se mi senti. C'è qualcuno in casa?". Il medico cerca di calmarlo chiedendo: "Puoi mostrarmi dove ti fa male?". Isolamento e incomunicabilità diventano il centro del racconto. Il

paziente afferma: "Non posso spiegare. Non capiresti. Non sono fatto così". L'unica risposta al dolore sembra diventare quella di essere "comodamente insensibili". L'intorpidimento è soprattutto emotivo. Il dolore diventa così intenso da alterare la percezione della realtà e delle proprie emozioni. Questo isolamento richiama alcune esperienze psicopatologiche, come il delirio o l'abuso di sostanze. In questi casi può rappresentare un tentativo di difesa da una realtà vissuta come intollerabile. Nel suo viaggio verso un "intorpidimento confortevole", il protagonista si immagina immerso nel mare. Il medico appare come "una lontana nuvola di fumo all'orizzonte". Nella letteratura e nella filosofia, il mare è spesso associato all'inconscio. Nel testo della lirica il medico non raggiunge il nucleo della sofferenza del paziente. Si limita a trattarne il sintomo. Nel film The Wall, Pink viene trovato privo di sensi prima di un concerto. La causa viene spesso interpretata come una probabile overdose. I medici gli somministrano una "piccola

puntura", assicurandogli che lo farà sentire meglio. Il contenuto dell'iniezione non viene mai chiarito. Nel tempo sono state avanzate diverse ipotesi. Tra queste figurano naloxone, anfetamine o corticosteroidi. La canzone offre anche una riflessione più ampia sulla salute mentale. Il sintomo può rappresentare l'espressione di esperienze traumatiche o dolorose. Tra queste rientrano traumi e abusi infantili. Il compito del terapeuta non consiste solo nel ridurre il sintomo. È anche comprendere ciò che realmente "fa male". Solo così è possibile affrontare la sofferenza alla sua radice. Molti ascoltatori riferiscono di provare brividi, pelle d'oca o intensa commozione durante alcuni passaggi musicali dei Pink Floyd. Le neuroscienze definiscono questo fenomeno frisson (brivido). Studi di neuroimaging hanno dimostrato che durante queste esperienze si attivano i circuiti cerebrali della ricompensa. In particolare, si osserva un rilascio di dopamina. Questo neurotrasmettitore è coinvolto nella motivazione e nel piacere (Salimpoor et al., 2011). Non sappiamo

se i Pink Floyd inducano questo fenomeno più di altri artisti. Sappiamo però che la musica, capace di suscitare emozioni intense, può favorire una profonda elaborazione affettiva. Ogni giorno, negli ambulatori di psichiatria e psicologia, molte persone faticano a trovare parole per raccontare ciò che provano. La musica riesce talvolta a fare ciò che il linguaggio non riesce ancora a esprimere. Può favorire la riflessione. Può facilitare il dialogo. Può evocare ricordi. Può aiutare a riconoscere emozioni rimaste a lungo silenziose. Per questo rappresenta una risorsa preziosa. Può affiancare i percorsi terapeutici strutturati. Può anche promuovere il benessere psicologico nella vita quotidiana. Le canzoni dei Pink Floyd parlano di dolore, fragilità, perdita e speranza. Esplorano la complessità dell'esperienza umana senza offrire spiegazioni semplici. È probabilmente questa autenticità a renderle ancora attuali. La musica non sostituisce la terapia né la relazione di cura. Può però aiutare a riconoscere emozioni difficili da esprimere e ad aprire uno spazio di riflessione. Anche

per chi si occupa di salute mentale, questo rappresenta un invito a guardare oltre il sintomo. Ogni sofferenza ha una storia. Comprenderla è il primo passo per costruire una cura realmente centrata sulla persona.

Bibliografia

1. Besana F. Comfortably Numb: the psychopathology of rock. British Journal of Psychiatry. 2023.
2. Rebecchini L. Music, mental health and immunity. Brain, Behavior, & Immunity - Health. 2021.
3. Salimpoor VN, Benovoy M, Larcher K, Dagher A, Zatorre RJ. Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. Nature Neuroscience. 2011.
4. Pink Floyd Comfortably Numb Video: <https://www.youtube.com/watch?v=4FLjT5V5Hog>

Immagine: di Antonella Litta "Pink Floyd e salute mentale", fatta con l'IA, 2026



Antonella Litta

Medico Psichiatra
Redattrice



Camille Claudel.

La femminilità intrappolata nel marmo

/ Alba Cervone /

Se Françoise Gilot è stata la donna che ha “vinto” contro il proprio pigmalione, Camille Claudel (1864–1943), con la sua femminilità, ne è stata la martire più tragica. Scultrice dal talento immenso, la sua vita è stata un’odissea di passione, arte e un isolamento forzato durato trent’anni.

Per decenni, il nome di Camille Claudel è rimasto confinato nell’ombra ingombrante di Auguste Rodin, liquidata frettolosamente come la sua musa sfortunata o l’amante folle. Oggi, la storia le restituisce finalmente il posto che merita. Quello di una scultrice geniale, capace di infondere nel bronzo e nel marmo una carica emotiva e una modernità che pochi suoi contemporanei seppero eguagliare. Camille incarna la femminilità geniale, non consona ai canoni dell’epoca, un tempo storico in cui la femminilità, così come la intendiamo oggi è devianza ed oggetto di vergogna. Una femminilità da custodire e controllare. Camille nacque nel 1864 a Fère-en-Tardenois (Aisne). Secondogenita di tre figli; a lei seguirono Louise, la preferita di mamma e Paul, lo scrittore. Il primogenito maschio, invece, era deceduto per cause naturali. Nacque in una famiglia litigiosa con una madre anaffettiva. Vive in una famiglia che non la ama e non la riconosce. Il padre, esattore delle tasse, sebbene un po’ rigido e conservatore,

ha sempre approvato e sostenuto le aspirazioni artistiche dei figli. Per questo motivo la famiglia si spostò a Parigi, dove Camille e Paul hanno potuto frequentare delle scuole di qualità. Camille iniziò a modellare all’età di sei anni, Paul scriveva piccole poesie e storiografie a sei o sette anni. Camille ricevette le sue prime lezioni di scultura a tredici anni a Nogent e il suo maestro fu da subito convinto del suo talento. Camille fu sostenuta sempre dal padre ed osteggiata da una madre che vedeva nella scultura un’attività “indecente”. Questa frattura, questa ferita, sarà la sua condanna (Cancrini, 2013; Fromm 1969). Tredici anni è l’età in cui Paul, che posa per sua sorella, compose la sua prima opera dedicata a Camille. Entrambi precoci. Entrambi così ostinati da dedicare il loro tempo libero, le vacanze e gran parte dei loro sogni alle loro rispettive passioni. Nel 1883 avvenne l’incontro che segnò il suo destino. Entrò nell’atelier di Auguste Rodin, diventando in breve tempo la sua collaboratrice più stretta, la sua modella e la sua

amante. Non fu solo una musa o un’allieva: i due si influenzavano a vicenda in un continuo scambio di forme e passioni. Tuttavia, Camille non fu mai un semplice riflesso del maestro. Opere come Sakountala o L’Abbandono mostrano una sensibilità diversa, più intima e vulnerabile. Se Rodin era il maestro della forza monumentale, Claudel era la poetessa dell’attimo psicologico, del movimento che nasce dal tormento interiore. Camille Claudel non era solo “l’amante di”: era un’artista capace di piegare il marmo e il bronzo a una sensibilità psicologica senza precedenti. Verso la fine del rapporto con Rodin, realizzò il suo capolavoro, L’Età Matura. Un gruppo scultoreo straziante che raffigura un uomo (Rodin) trascinato via dalla Vecchiaia (la Beuret), mentre una giovane donna (Camille) implora con la sua femminilità in ginocchio di non essere abbandonata. È un’opera di un’intensità quasi insopportabile, un addio tradotto in bronzo. Dopo la rottura con Rodin, Camille sprofondò in un isolamento paranoico (delirio di persecuzione nei confronti di Rodin), arrivando a distruggere molte delle sue stesse opere. Frequentò Debussy che ha tenuto sempre una copia di La Valse sul pianoforte, ma solo per far ingelosire Rodin. Rodin che l’ha tormentata nel corpo e nella mente. Giorno e notte. Camille vittima del suo idolatrato maestro. Dopo aver bevuto della sua linfa vitale, della sua geniale femminilità, Rodin ha scelto l’altra donna. La storia si ripete. Così come la madre che non l’ha mai abbracciata e fatta sentire amata, Rodin l’ha nascosta e rifiutata. Mentre un partner sano cerca reciprocità, il narcisista maligno cerca il dominio assoluto attraverso una combinazione distruttiva di egocentrismo, psicopatia e sadismo (Attili, 2017; Cancrini, 2013). Nel 1913, alla morte del padre, l’unico che l’aveva sempre sostenuta, la famiglia (spinta dal fratello Paul) decise di internarla in un ospedale psichiatrico. Vi rimase per 30 anni, nonostante i medici avessero più



volte suggerito la dimissione, constatando la sua lucidità. Internata in manicomio, Camille smise di scolpire. La sua femminilità lentamente si spegne. La madre e il fratello non la andarono quasi mai a trovare, lasciandola morire di stenti e solitudine nel 1943. Fu sepolta in una fossa comune. L’internamento femminile nei manicomi tra il XIX e il XX secolo, infatti, non è stato solo una questione di salute mentale. Spesso era un vero e proprio strumento di controllo sociale. Mentre gli uomini venivano rinchiusi principalmente perché considerati pericolosi, per le donne la soglia dell’internamento era molto più bassa. Bastava non conformarsi ai ruoli tradizionali di moglie, madre o figlia devota. Ve-

nivano internate donne definite: ribelli e indipendenti (che rifiutavano l’autorità del padre o del marito). Femmine scandalose (donne dalla sessualità libera, ragazze madri o semplicemente considerate “troppo sensuali”). Donne inadeguate (madri che non riuscivano a reggere il peso della cura familiare, specialmente durante i periodi di guerra e povertà). Oggi, il riscatto è arrivato con il Musée Camille Claudel a Nogent-sur-Seine e al Museo Rodin di Parigi. Esso celebra finalmente l’indipendenza artistica di Claudel da quel mondo maschile che tentò di cancellarla. Le sue opere raccontano di una donna che ha osato sfidare i canoni del suo tempo per dare voce all’anima umana attraverso la

materia. Camille non è stata solo la vittima di un amore impossibile, ma una pioniera che ha trasformato il fango in poesia, lasciandoci in eredità la bellezza fragile e indomabile del suo spirito. Come Camille, molte donne sono state internate per bonificare la loro “femminilità”. Le cartelle cliniche dell’epoca rivelano come comportamenti oggi considerati espressione di libertà o disagio fossero allora diagnosticati come follia.

“Sono entrambi convinti / che un sentimento improvviso li unì. / È bella una tale certezza / ma l’incertezza è più bella”. (Wisława Szymborska)

Bibliografia

- Attili G., Il cervello in amore, Le donne e gli uomini ai tempi delle neuroscienze, il Mulino, Bologna, 2017
- Cacrini L., La cura delle infanzie infelici, Raffele Cortina ed., 2013
- From E.: L’arte di amare, Mondadori, 1969
- Valeriano A., Malacarne. Donne e manicomio nell’Italia fascista, Roma 2017
- Recalcati M: Mantieni il bacio, Feltrinelli editore, 2019
- Singer M., Lalich J.T., Psicoterapie «Folli». Co-

noscerle e difendersi - Erickson, 1998

Sitografia

- <https://www.edaitalia.org/>
- <https://www.encyclopediadelledonne.it/edd.nsf/biografie/camille-claudel>
- Instagram: gruppo giovani Eda Italia onlus

Foto: “Camille Claudel”, di Wilma Di Napoli, generata dall’intelligenza artificiale di Envato genAI, 2026



Alba Cervone
Medico Psichiatra
Comitato Scientifico

La realtà della relazione: da Helgoland alla psicoterapia

/ Immacolata d'Errico /

Dialogo a due voci tra psicoterapeuta e paziente. Affascinate entrambe dal libro di Carlo Rovelli, Helgoland. Il fisico Rovelli sostiene che la realtà non sia fatta di oggetti con proprietà fisse, ma di relazione. Relazioni tra sistemi che si influenzano reciprocamente.

Helgoland è un'isola dove Werner Heisenberg nel 1925 ebbe l'intuizione che avrebbe scosso il mondo della fisica. Una radicale rivoluzione della meccanica quantistica. Carlo Rovelli è un fisico, un saggista e un divulgatore scientifico. Questo libro ci introduce nel mondo della teoria dei quanti, ma anche del modo in cui conosciamo il mondo e costruiamo la realtà. Ci parla di identità, di relazione e dei limiti della conoscenza. Leggendolo, mi sono accorta di quanto alcune riflessioni di Rovelli risuonassero con il mio lavoro quotidiano di psicoterapeuta. Da qui nasce il dialogo con una mia paziente, Laura, laureata in fisica, affascinata quanto me da questo testo. Il cuore del libro è una riflessione sul carattere relazionale dell'essere. «Ogni visione è parziale. Non esiste un modo di vedere la realtà che non dipenda da una prospettiva. Non c'è un punto di vista assoluto, universale. I punti di vista comunicano, i saperi sono in dialogo tra loro e con la realtà, nel dialogo si modificano, si arricchiscono, convergono, la nostra

comprensione della realtà si approfondisce». Rovelli, pertanto, mette in discussione la visione classica di un mondo fatto di cose stabili e autonome, proponendo, invece, un mondo di rapporti e processi (Rovelli, 2020). Laura: «Questo libro mi ha colpita così tanto perché spiega con passione idee scientifiche complesse collegando la fisica quantistica alla filosofia e alla psicologia. Fa riferimento anche al tema dell'identità personale. Non è solo un libro di fisica! Ci spiega che la realtà non è fatta di oggetti isolati ma di relazioni e interazioni reciproche. Secondo Rovelli gli oggetti non hanno proprietà assolute indipendenti dall'osservazione. Osservatore e osservato sono sempre in relazione tra loro. Questa è la visione della meccanica quantistica relazionale, che il libro propone». Io: «Effettivamente è un libro che attraversa svariati saperi. Partendo dalla fisica quantistica Rovelli mette in discussione l'idea di una realtà fatta di

oggetti isolati e immutabili. In Helgoland scrive che "ogni cosa è ciò che è, solo rispetto a qualcos'altro": tra particelle esistono relazioni, interazioni, scambi di informazione. Ci dice, partendo dalla fisica, che non esiste un Sé isolato. Il mondo, pertanto, non appare più come un insieme di entità separate, ma come una rete continua di relazioni. Ed è proprio questo l'aspetto che più mi colpisce, anche come psicoterapeuta: niente esiste davvero da solo.». Laura: «Effettivamente anche noi, come gli elettroni, esistiamo nelle relazioni con il mondo. E rifiutare l'idea di un osservatore esterno e neutrale ha dei risvolti importanti che sto vedendo nel mio percorso di psicoterapia. Spiegami meglio, per favore, i parallelismi tra alcuni concetti fisici descritti da Rovelli e il tuo indirizzo che, se non erro, è costruttivista post-razionalista?». Io: «Nel mio percorso di studi ho imparato che non esiste un osservatore completamente neutrale e questo vale anche per gli psicoterapeuti. Così come nella fisica quantistica l'osservazione non è neutra, ma modifica ciò che viene osservato, anche in psicoterapia il terapeuta non è esterno alla relazione. La relazione terapeutica trasforma sia il paziente che il terapeuta. Per questo motivo il terapeuta non possiede mai la verità assoluta sulla sofferenza del paziente, ma solo prospettive parziali. Nel modello post-razionalista, l'identità non è un qualcosa di fisso ma un processo in continuo divenire. La persona non è un sé stabile e chiuso, ma prende forma nelle sue modalità di essere-in-relazione con l'Altro e il Mondo. In questo senso l'identità non è qualcosa che "abbiamo" ma si configura continuamente nella relazione, nel tempo e nel contesto (Arciero, 2021). Anche la conoscenza non è il possesso di una verità oggettiva, ma un intreccio di punti di vista. Il che non vuol dire che tutto è relativo, ma che ogni esperienza umana è sempre situata in un contesto di relazioni e significati. In fondo, anche Heidegger ci ricorda che la nostra

esistenza è intrinsecamente relazionale, in un'apertura costante verso il mondo che ci circonda. E che siamo sempre immersi in una trama di relazioni e significati» (Heidegger, 2005). Laura: «Allora quando diciamo "io sono fatto così"; o "sono sbagliato"; "devo controllare tutto"; "valgo solo se..." mi comporto come se la mia identità fosse un oggetto fisso. Helgoland ci insegna che il Sé non è un blocco, ma dinamica in trasformazione. E in psicoterapia sto imparando che posso cambiare il modo di stare in relazione e quindi anche il modo di percepire me stessa.».

Helgoland, oltre a offrire una straordinaria riflessione sulla fisica quantistica, è una potente metafora della mente umana. Il Sé emerge nella relazione, l'osservatore non è neutrale, l'identità non è fissa

ma processo e la realtà psichica è co-costruita nell'incontro con l'altro. In questo senso Helgoland, pur parlando di elettroni, atomi e particelle, essenzialmente parla di esseri umani.

Bibliografia

1. Arciero, G., Bondolfi G., Mazzola V. (2021). Fondamenti di psicoterapia fenomenologica. Cura di sé e psicologia non razionalista. Bollati Boringhieri.
 2. Heidegger M. (2005). Essere e tempo. Longanesi.
 3. Rovelli, C. (2020). Helgoland. Adelphi.
- Foto di Imma d'Errico, "Relazione e il libro Helgoland, di Carlo Rovelli", 2026.



Immacolata d'Errico

Medico Psichiatra
Comitato Scientifico



I consigli di Seneca contro l'ira

/ Maurilio Tavormina /

L'ira è una follia che distrugge chi si fa trascinare da essa. Seneca ci suggerisce come combatterla stoicamente e conservare la razionalità del comportamento.

Lucio Anneo Seneca, nato nel 4 a.C. a Corduba, l'odierna Cordova, situata nella regione dell'Andalusia, nel sud della Spagna e morto a Roma, nel 65 d.C. Fu un filosofo stoico, scrittore, drammaturgo, politico, precettore, pedagogo, tutore e consigliere di Nerone. Un rapporto che nel tempo si deteriorò fino a quando l'imperatore gli ordinò di suicidarsi. Fu un filosofo che predicò la virtù e il dominio interiore dei sentimenti e delle emozioni, in particolare è necessario vincere l'ira. Tra i suoi testi ricordiamo il *De Ira*; è un'opera scritta probabilmente sotto il principato di Caligola, dedicata a suo fratello maggiore Anneo Novato. Questo scritto è diviso in tre libri ed appartiene ai *Dialogi* dello stoico filosofo. Seneca si esprime in prima persona e si rivolge direttamente al suo unico interlocutore. Seneca descrive l'ira come una passione che offusca la mente e la ragione. Una passione estrema che rasenta la follia "Ira brevis insania est" (l'ira è una breve follia), capace di far fare qualsiasi cosa in modo incontrollato ed impetuoso. L'autore descrive le deleterie manifestazioni dell'ira, e ne indica i rimedi per prevenirla e placarla. Seneca utilizza una metafora architettonica di grande potenza emotiva per rappresentarla. [Ira]"

ruinis simillima quae super id quod oppressere fragantur" (L'ira è molto simile a quelle rovine che si frantumano sopra quello che esse stesse hanno schiacciato) (*De Ira*, I,1,2). Chi cerca di sfogare la propria rabbia sull'altro finisce per essere vittima della stessa. Quando strilliamo contro qualcuno urliamo innanzitutto alle nostre orecchie. Non è uno sfogo liberatorio, o una giusta punizione da infliggere verso chi ha sbagliato. L'ira, con la sua veemenza, fa aumentare la nostra irritazione e ci ricarica negativamente, oltre a infliggere sull'altro. La rabbia non è inevitabile, essa presuppone una scelta interiore della mente a voler reagire al turbamento subito. Seneca afferma nel secondo libro di *De Ira*: "non est enim sine voluntate". L'uomo decide di non trattenere la rabbiosa reattività, l'alimenta e la esprime come giusta punizione per l'offesa subita, ritenendo di essere nel giusto. Però chi è preso dal furore insano non distingue più tra ciò che è giusto da ciò che non lo è. Egli agisce senza controllo, senza gradualità, né prudenza. La prima vittima è chi dà libero sfogo a questa negativa passione, arrabbiandosi maggiormente nel farlo e rimproverandosi poi di non aver controllato il suo comportamento. Seneca considera l'ira incompatibi-

le con la vita di relazione e la normale convivenza. Per Seneca l'ira non è soltanto una forte emozione negativa, né una reazione all'oltraggio subito. È una passione che si manifesta solo in merito alla volontà di chi ritiene di aver subito un danno o un comportamento ostile. "Ira quin species oblata iniuriae moveat non est dubium" (Non vi è dubbio che l'ira muova dalla percezione di un'offesa ricevuta). Sono queste le parole pronunciate da Se-

neca all'inizio del suo secondo libro *De Ira*. Esse ci permettono di comprendere come l'ira immerga le sue radici velenose nell'indignazione per l'affronto subito. Essa non nasce all'improvviso e reattivamente, trova spazio e falsa giustificazione nell'animo di chi la subisce e si fa da essa trascinare all'impeto rabbioso. L'ira è una forza che si nutre e cresce dal suo sfogo: è necessario domarla e non essere una sua preda. L'orgoglio eccessivo è

un altro elemento che può nutrire l'ira. Avere un Io ipertrofico porta ad ingigantire le situazioni e a rispondere duramente. Le nostre aspettative irrealistiche spesso possono essere causa di rabbia nel momento in cui non sono soddisfatte nei fatti, generando frustrazioni e rabbia. Seneca evidenzia come questa emozione derivi frequentemente da un errore di valutazione che finisce per amplificare le offese ricevute. Nel *De Ira* Seneca descrive la

passione umana quasi con un aspetto fenomenologico: descrive le manifestazioni fisiche, esamina le cause dell'ira e indica come controllarla ed inibirla. "Pugna tecum ipse; si tu vis vincere iram, non potest te illa (Combatti con te stesso, se vuoi vincere l'ira, quella non può vincerti). Questo è il concetto stoico essenziale. L'ira non può essere vinta quando ha già preso il sopravvento su di noi. Nel momento in cui esplode la ragione soccom-





be e non ha alcuna autorità o forza sulle azioni umane. Seneca, pertanto, esorta ad agire prima, proprio quando l'impulso iracondo nasce, quando è ancora possibile impedirle di crescere e rafforzarsi, diventando incontrollabile. Lo stoico afferma nel *De Ira* (libro III, 12, 4): "Atqui maximum remedium irae dilatio est, ut primus eius fervor relanguescat et caligo quae premit mentem aut residat aut minus densa sit." (Il rimedio più grande contro l'ira è il rinviare, affinché il suo primo fervore si affievolisca e che la nebbia che opprime la mente si dissolva o almeno diventi meno fitta). Seneca invita a rinviare nel tempo la risposta emotiva, non come fuga né per una forma di debolezza, ma uno strumento di lucidità di pensiero. Nel rinvio l'impulso iroso perde d'intensità, la valutazione dell'offesa si ridimensiona e la mente può ragionare in merito. A mente fredda l'offesa può apparire meno grave e comunque governabile. Per Seneca la vera forza d'animo dell'uomo razionale è il controllo della sua emotività, senza cedere alla risposta repentina e perdere il governo delle nostre azioni. L'uomo deve essere stoico e resistere alla forza dell'ira. Solo così si può nobilitare il suo animo. L'Ira non è incontrollabile e per essere espressa è necessario dell'assenso dell'uomo a farsi trascinare da essa. Pertanto, essendo un giudizio mentale può essere educata e corretta. Seneca per gestire e superare l'ira suggerisce, in sintesi, specifiche strategie operative basate sulla filosofia stoica: 1-Ritardo della reazione all'offesa e riflessione: prendere del tempo prima di rispondere all'oltraggio, permettendo alla ragione di prevalere sull'impulsività. 2 -Autoconsapevolezza. Riconoscere i primi segnali di cedimento all'ira e analizzare le cause profonde. 3 -Modificazione delle false aspettative: accettare che gli altri possano avere aspettative non conformi ai nostri desideri. Pertanto, le persone potrebbero agire diversamente da quanto ci aspettiamo. 4 -Educazione e pratica della

virtù: coltivare pazienza, tolleranza, empatia con la conoscenza e l'esercizio quotidiano per rafforzare la capacità di resistere alle passioni irrazionali. Bisogna trascinarla dentro, affinché non sia lei a trascinarci; è opportuno tenere nascoste le sue manifestazioni "obruamus signa illius" (Libro III, 13). Invece di reprimerla bruscamente o sfogarla bisogna nascondere i sintomi. Il metodo di Seneca si articola in questi punti: 1 -Neutralizzare l'espressione. Rilassare i muscoli facciali, rallentare il passo e moderare il tono della voce. Fingendo la calma all'esterno, la mente si abitua a trovarla all'interno. 2 -Controllare lo sguardo. Bisogna impedire agli occhi di manifestare odio o agitazione. 3 -Il modello di Socrate: Seneca cita Socrate, che, quando si sentiva montare la rabbia abbassava il tono della voce e parlava lentamente, calmandosi di conseguenza (Progetto Ovidio, 1997). Le società segnate dall'ira sono instabili e incapaci di equilibrio. Seneca evidenzia come questa passione se non è politicamente e personalmente arginata può propagarsi come un incendio, infiammando l'intera comunità. Un governo che sostiene l'ira giustifica la violenza e la ribellione, provocando disordini civili e conflitti (libro II, 1, 3). Pertanto, Seneca insiste sulla necessità di controllare l'ira, per evitare che si trasformi in una vera forza distruttiva personale e sociale. Ci esorta a tenere nascoste le sue manifestazioni fisiche. I leader politici dovrebbero essere, per Seneca, esempio di moderazione, razionalità e virtù, promuovendo autoconsapevolezza, crescita personale e buon governo. Il *De ira* è sorprendentemente attuale, specialmente in un'epoca come la nostra, dove la rabbia e la reazione impulsiva sono spesso normalizza-

te o persino incentivate. Il messaggio lasciatoci da Seneca risuona ancora oggi potente ed attuale per avere una vita sociale e personale equilibrata e armoniosa. Ovviamente il controllo dell'impulso all'azione dell'uomo stimolato dall'ira non può essere finalizzato all'assenza di reazione. Non possiamo soltanto limitarci a sopportarla e a reprimerla. L'ostinato e protratto controllo oppressivo della rabbia alla lunga ci farà perdere l'equilibrio e potremmo sfogarla come un fiume in piena. Non serve alzare gli argini sulle rive del fiume, bisogna incanalare l'acqua in tanti rivoli per averne i benefici. Così come dice un vecchio adagio della millenaria saggezza cinese taoista (Sun Tzu). Bisogna imparare a gestire l'ira con flessibilità e tolleranza, utilizzando al meglio la sua forza dirompente per agire correttamente governati dal razioicinio.

necae Dialogorum libri duodecim. Oxford: Oxford University Press.

3. Rossano G. Ira funesta: Metafore e personificazione nel *De Ira* di Seneca. https://rosa.uniroma1.it/rosa01/lucius_annaeus_seneca/article/download/3155/2850.

4. Seneca Lucio Anneo, *De Ira* (libro I), Achilli M. (cur.) edito da Cerebro, 20211

5. Seneca *De Ira* – Traduzione e Analisi del Testo filosofico <https://www.studocu.com/it/document/scuola-superiore-italia/lingua-e-cultura-latina-classico/seneca-de-ira-trad-it-testo-in-traduzione/80632363>

6. Sun Tzu. *L'arte della Guerra*. https://it.wikipedia.org/wiki/L%27arte_della_guerra

Foto: Envato Elements

Foto: di Jean-Pol Grandmont "Busto di Seneca", scultura anonima del XVII secolo, Museo del Prado, Madrid". Fonte Wikipedia.



Maurilio Tavormina

Medico Psichiatra

Direttore Editoriale

Bibliografia

1. Progetto Ovidio. Se vuoi vincere l'ira soffoca le sue manifestazioni. 1997 https://www.progettovidio.it/matura_classico/maturaview.asp?key=32

2. Reynolds, L. D. (ed.) (1977). L. Annaei Se-

Self-Help Plus (SH+). Un nuovo approccio per la promozione della salute mentale

/Wilma A.R. Di Napoli/



sieri ed emozioni spiacevoli, ma sviluppare flessibilità psicologica (Hayes et al, 2012). Si promuove la capacità di rimanere in contatto con il momento presente, accogliere le esperienze interne e scegliere comportamenti coerenti con i propri valori. Le competenze insegnate comprendono mindfulness (pratica meditativa), accettazione (processo di consapevolezza), defusione cognitiva (tecnica che insegna a prendere le distanze dai propri pensieri). Il percorso comprende cinque incontri di gruppo. Ogni sessione affronta un tema specifico. Riconoscere lo stress, imparare tecniche di radicamento (rimanere nel qui e ora), osservare i pensieri senza esserne dominati, fare spazio alle emozioni difficili. E ancora coltivare gentilezza verso sé stessi e orientare il comportamento verso ciò che è realmente importante. L'impiego di registrazioni audio garantisce uniformità nella conduzione e facilita la formazione dei facilitatori (WHO, 2021). Numerosi studi con-

trollati hanno valutato l'efficacia di Self Help Plus in rifugiati, richiedenti asilo e in altre popolazioni vulnerabili (Karyotaki et al, 2022). I risultati mostrano riduzione del distress psicologico e miglioramento del benessere soggettivo, della capacità di coping (strategie di fronteggiamento dello stress) e del funzionamento quotidiano. Alcuni studi hanno inoltre evidenziato una riduzione dell'incidenza successiva di disturbi mentali comuni nelle persone maggiormente esposte a eventi stressanti. Self-Help Plus può essere utilizzato nei Centri di Salute Mentale, nei servizi per migranti, nelle emergenze umanitarie, nei contesti comunitari e nei luoghi di lavoro. Inoltre, può essere inserito nei programmi di promozione della salute mentale. La sua natura lo rende interessante anche per interventi di prevenzione rivolti alla popolazione generale o a gruppi specifici ad alto rischio (Purgato et al, 2022). Certo, non è indicato come unico trattamento per perso-

ne con disturbi mentali gravi o ad elevato rischio suicidario. Non possiamo considerarlo un rimedio universale per condizioni cliniche che richiedono una presa in carico specialistica. Deve essere considerato parte di un percorso assistenziale più ampio, con adeguata valutazione clinica e possibilità di invio ai servizi specialistici quando necessario. Self-Help Plus rappresenta uno degli esempi più interessanti di trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica della mutualità

(WHO, 2021). Rende disponibili competenze psicologiche essenziali a un numero elevato di persone, attraverso lo strumento del gruppo facilitato e auto-guidato. In questo modo contribuisce a ridurre la carenza di disponibilità delle cure e a promuovere una cultura della prevenzione e della resilienza.

La salute mentale sta divenendo una priorità globale. A livello planetario si moltiplicano guerre, migrazioni, calamità climatiche, pandemie, crisi economiche e isolamento sociale. Si tratta di fattori profondamente dannosi per la salute dell'individuo. Fattori che aumentano le probabilità per le persone di sperimentare disagio psicologico, ansia, fino a sviluppare veri e propri disturbi psichici. D'altra parte, molti sistemi sanitari, specie in paesi economicamente svantaggiati, non dispongono di un numero sufficiente di professionisti per rispondere alla crescente domanda. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato il Self-Help Plus (SH+), un intervento psicologico di gruppo, evidence-based, tra pari. È semplice da attivare ed è pensato per raggiungere un elevato

numero di persone (Epping-Jordan JE et al, 2016). Self-Help Plus è un intervento di gestione dello stress rivolto a adulti esposti a situazioni di vulnerabilità o a un importante carico emotivo (WHO, 2021). Non sostituisce la psicoterapia né il trattamento psichiatrico, quando indicati, ma rappresenta un intervento precoce e a bassa intensità, inseribile in un modello di auto aiuto. Il programma utilizza registrazioni audio standardizzate, un manuale illustrato e facilitatori specificamente formati, consentendo una diffusione ampia anche in contesti con limitate risorse specialistiche. Il Self-Help Plus si fonda sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), un approccio appartenente alla cosiddetta "terza onda" delle terapie cognitivo-comportamentali. L'obiettivo non è eliminare pen-

Bibliografia

1. Epping-Jordan JE, Harris R, Brown FL, et al. Self-Help Plus (SH+): a new WHO stress management package. World Psychiatry. 2016;15(3):295-296.
2. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press. 2012.
3. Karyotaki E, et al. Self-Help Plus for refugees and asylum seekers: individual participant data meta-analysis. BMJ Mental Health. 2023.
4. Management Course for Adults. Geneva: WHO; 2021.

5. Purgato M, Carswell K, et al. Guided self-help intervention for prevention of mental disorders in refugees and asylum seekers. World Psychiatry. 2022.

6. World Health Organization. Self-Help Plus (SH+): A Group-Based Stress

Foto: Envato Elements



Wilma A.R. Di Napoli
Medico Psichiatra
Direttore Artistico

La preziosa testimonianza di Amelia

/Dominique Tavormina/

La toccante testimonianza di una ragazza che sta lentamente risalendo dalla profondità del disturbo psichiatrico a una vita nuova e luminosa. Amelia è un nome di fantasia, da lei stessa scelto, ma il suo racconto è autentico.

Ciao Amelia, innanzitutto grazie per aver accettato di rilasciare questa intervista. La tua testimonianza sarà preziosa per tutti coloro che ci leggeranno. Amelia presentati brevemente. *Mi chiamo Amelia, ho 20 anni, ho terminato le scuole superiori lo scorso giugno e di recente sono stata ammessa alla Facoltà di Psicologia a Padova. Inizierò a frequentarla dal prossimo settembre. A partire dalle scuole medie è iniziato un disagio che si è manifestato soprattutto negli anni del liceo attraverso svariati sintomi, che però non avevo compreso. Mi hanno in seguito diagnosticato un disturbo di personalità borderline. Quando hanno avuto inizio le tue difficoltà? Ho iniziato ad avere le prime difficoltà soprattutto a partire dalla seconda superiore, in particolare nella relazione con gli altri. Mi autoescludevo dalla compagnia dei coetanei. Notavo il problema soprattutto nei momenti in cui si doveva mangiare. Non volevo che gli altri si accorgessero e non volevo parlarne, neppure agli amici più intimi. In terza è intervenuta la tematica dell'autolesionismo, che è diventata presto la mia valvola di sfogo. Da lì non è stato più possibile nascondere*

il mio disagio, anche se non lo dicevo apertamente. La mia famiglia non lo accettava. Non ero ancora seguita da specialisti del settore, solo da uno psicologo dell'ASL, il quale sminuiva la gravità dei problemi attribuendoli unicamente all'adolescenza. Amelia come sei entrata in contatto con l'ambito della psichiatria? Il primo vero contatto con l'ambito psichiatrico l'ho avuto l'anno seguente, dopo un tentativo di suicidio, quando sono stata ricoverata in ospedale. Sono stata presa in carico dalla neuropsichiatria infantile in quanto ancora minorenne. La dottoressa di riferimento mi ha consigliato di fare una pausa dalla scuola, in modo da togliere una forte fonte di stress, dovuta al contesto sociale. Dopo due mesi, sono divenuta maggiorenne e ho conosciuto quelle che sarebbero diventate la mia psichiatra e la psicoterapeuta tutt'ora di riferimento. Con loro ho iniziato il lungo percorso di presa di consapevolezza e sono tornata a frequentare la scuola, ma ero troppo concentrata sul mio disagio e sul dover nascondere l'autolesionismo. Non avevo amicizie e

non le cercavo nemmeno, per non restare ferita. Sul piano cognitivo, tuttavia, non avevo difficoltà e sono riuscita a completare l'anno scolastico, seppur in solitudine. Com'è andata in seguito? L'estate successiva, a causa di un'amicizia terminata in modo disastroso, sono stata ricoverata per la prima volta in un SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura). Lì mi hanno specificato il disturbo: un disturbo borderline con abuso di alcolici, autolesionismo in forma grave, intenzioni suicidarie e

anoressia. Ho conosciuto delle ragazze con cui ho molto legato e con cui sono ancora in contatto. In questi casi si creano dei legami speciali, molto forti, che non si riescono a creare tra persone che non soffrono. Ci si confida e ci si comprende profondamente. Anche grazie a loro ho iniziato a prendere consapevolezza di me. Non sono riuscita a iniziare la frequenza della quinta, ma tramite una compagna rappresentante di classe rimanevo al corrente dei compiti e delle attività; sentivo solo lei.

Al rientro non ho dato spiegazioni e non parlavo quasi con nessuno. Non stavo ancora bene, anzi mi trovavo in una fase depressiva, di autolesionismo e di abuso di sostanze. Ne facevo uso soprattutto prima di entrare a scuola, come aiuto per sopportare la pressione del contesto sociale in cui mi sentivo diversa dagli altri e in cui percepivo che avessero paura di me. Mi sentivo totalmente estranea al mondo "normale". Nel frattempo, sentivo che aumentava anche il livello del mio disturbo alimentare. A

novembre sono stata nuovamente ricoverata per il terzo tentativo di suicidio. Nei mesi dei ricoveri la lontananza da casa aveva un effetto benefico su di me; ritrovavo tutte le mie amiche. Infine, un nuovo ricovero a gennaio, stavolta in TSO (trattamento sanitario obbligatorio). Amelia come sei riuscita a ultimare la scuola? La mia frequenza scolastica, a seguito dei ricoveri era molto saltuaria; oltretutto avevo necessità di effettuare una serie di esami e controlli nei periodi in cui non ero in





ospedale. La media dei voti si abbassava e stavo rimanendo indietro rispetto allo studio, non ascoltando le lezioni e avendo poco tempo di studiare. Ero preoccupata in quanto frequentavo la quinta e avrei dovuto affrontare gli esami di maturità. De-

cisi di concentrarmi proprio su quelli e di cercare di andare avanti per concludere la scuola. Al mio rientro dopo l'ultimo ricovero, avevo cercato di iniziare a legare con alcune compagne e di parlare un po' di più, cercando di far parte nuovamente

della vita "normale", anche se mi mantenevo "a distanza di sicurezza". La distanza era reciproca, perché non avevano il coraggio di chiedermi notizie della mia salute. Sentivo che i compagni e gli adulti, ovvero i docenti, avevano paura di

me e della mia situazione. Ciò aumentava il mio disagio, facendomi sentire molto male, anche in colpa. Facevo la differenza con le persone conosciute in ambiente psichiatrico che, invece, mi avevano sempre accolta con affetto. Come hai vissuto e

vivi il tuo ruolo da paziente? Inizialmente ho fatto molta fatica ad aprirmi, soprattutto perché il primo specialista non comprendeva il mio profondo disagio. Parlavo in modo molto generico. Mi sono aperta veramente per la prima volta con la mia psichiatra, perché era venuta a trovarmi dopo il ricovero di settembre (il primo in un reparto di adulti) e abbiamo parlato di quanto accaduto. La sua attenzione nei miei confronti, il voler sapere da me in prima persona cosa fosse successo mi ha fatto capire che mi sarebbe stata sempre accanto e mi avrebbe aiutata. Indipendentemente da quello che avrei raccontato. Da quel momento mi sono aperta e ancora oggi so che lei c'è sempre e posso contare su di lei. È disponibile nel momento del bisogno, anche se lavora nel pubblico. La psicoterapeuta ha, invece, un ruolo diverso, più direttivo. Mi fa capire quello che non va, mi aiuta a rendermi conto dei comportamenti errati che dovrei correggere. Continueranno a seguirmi a distanza quando mi trasferirò a Padova: per loro non sono solo una paziente ma una persona. Amelia immagino che vorrai ringraziare le due specialiste che ti hanno salvato la vita. Mi hanno fatto prendere coscienza degli obiettivi che ho raggiunto, hanno evidenziato i miei successi, come l'aver preso la patente, aver superato gli esami di maturità, l'essere stata accettata all'università di Padova, l'essere riuscita a uscire da certe relazioni tossiche, il non aver utilizzato più sostanze. Mi hanno aiutata anche a imparare a frequentare persone esterne all'ambiente psichiatrico. Soprattutto mi hanno insegnato a vedere in me stessa i miglioramenti che non io non vedo. Ora so che posso aspirare ad avere qualcosa di più di una vita trascorsa nei ricoveri. Penso che tutti i pazienti abbiano il problema di non riuscire a vedere i propri miglioramenti, ma anche di non accettare lo stare meglio. Lo si vede come un pericolo, perché nello star male ci si sente più sicuri e si impara a gestirlo. Diventa normale tagliarsi, stare in ospedale, non man-

giare, ma non si sa vivere una vita normale. Le ringrazio perché mi hanno aiutata a staccarmi dal mio sistema chiuso di amici simili a me e a provare una nuova vita. Mi hanno incoraggiata a provare i test di accesso per la facoltà di Psicologia e a scegliere una facoltà universitaria lontana dal mio ambiente, perché un nuovo ambiente può farmi bene. In questi ultimi mesi finalmente sta andando molto meglio, ho messo in pratica i loro consigli e ho trovato degli obiettivi da raggiungere. Nel frattempo, in attesa dell'università ho trovato un lavoro. Mi sento più stabile riguardo all'umore e ho trovato un motivo per vivere. Il mio obiettivo principale adesso è allontanarmi dal luogo in cui mi sono ammalata e avere nuove prospettive. Ho un po' di paura nei confronti del mondo universitario che mi attende e dell'impegno, ma voglio provarci. Come ti vedi nel tuo futuro? Ho deciso di lavorare nel mondo della psicoterapia. Sono sempre stata interessata, anche prima di ammalarmi, ma avendo sofferto in prima persona di certe problematiche ora ne ho avuto la conferma. Voglio aiutare gli altri a uscire dalle situazioni patologiche, e di trasformare gli anni di difficoltà in qualcosa di positivo, perché so cosa si rischia. Soprattutto per i casi di ideazione suicidaria, autolesionismo e disturbi di personalità. Ho avuto riscontro in questo senso dalle amiche che ho già sostenuto, e ascoltato. Vorrei aiutare le persone che soffrono a far capire che hanno altro oltre al disturbo, che possono raggiungere questa consapevolezza e uscirne. Grazie per la tua preziosa testimonianza, Amelia, e buona vita.

Foto: Envato Elements



Dominique Tavormina

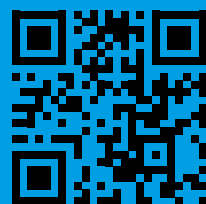
Pedagogista clinico
Redattrice



European Depression Association (EDA)

EDA Italia Onlus

Associazione Italiana sulla Depressione



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