2° Congresso Nazionale
EDA Onlus Italia

Con il patrocinio del Ministero della Salute

Depressione: parliamone insieme

Avellino, 19 - 21 ottobre 2017

ATTI DEL CONVEGNO

A cura di

Dott. Giuseppe Tavormina
Dott. Gino Aldi
Dott. Francesco Franza

INDICE

7 IL TRATTAMENTO DEGLI “STATI MISTI”: NUOVE PROPOSTE PER NUOVE LINEE-GUIDA
Giuseppe Tavormina

14 DEPRESSIONE COME “COMORBIDITÀ” DI UN DISTURBO NON RICONOSCIUTO IN ADOLESCENZA
Ivan Urlić

23 LA DEPRESSIONE E IL SUICIDIO IN ADOLESCENZA: LE GRANDI QUESTIONI?
Nicolas Zdanowicz

32 L’INTERVENTO PSICO-EDUCATIVO SULLA DEPRESSIONE: L’ESPERIENZA DEI GRUPPI DEP DEL CSM DI TRENTO
Wilma Angela Di Napoli, Marco Gradassi, Paola Nardon

41 ASPETTI COGNITIVI DELLA DEPRESSIONE FRA STABILITÀ E INSTABILITÀ TIMICA
Francesco Franza

47 RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE, INTRATTENIMENTO E TERAPIE COMPLEMENTARI IN PSICHIATRIA
Maurilio G.M. Tavormina, Romina Tavormina

61 MALATTIA MENTALE E PREGIUDIZI: STUDIO MULTICENTRICO SULLO STIGMA SOCIALE
Maurilio G.M. Tavormina, Romina Tavormina, Giuseppe Tavormina

71 RUOLO DELLA FAMIGLIA NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BIPOLARE
Gino Aldi, Barbara Felisio, Maria Russiello

78 L’USO DEGLI HOMEWORK NEI DISTURBI DELL’UMORE
Patrizia Amici

89 BULLISMO E CYBERBULLISMO NELLA SOCIETÀ MODERNA
Marilisa Amorosi

94 VULNERABILITÀ PSICOPATOLOGICA E NEUROSVILUPPO: IL PARADIGMA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
Anna Maria Angelilli

100 I DISTURBI AFFETTIVI IN CARCERE: ABBATTIAMO IL MURO
Calogero Anzallo

103 LA "GRANDE BELLEZZA": GIOIE E DOLORI DELLA MATERNITÀ.
MATERNAL BLUES, DEPRESSIONE POST-PARTUM: REVIEW
Alba Cervone

109 I "SOCIAL NETWORKS": NUOVA SFIDA O NUOVA DIPENDENZA?
Annalisa Colucci

115 LA DEPRESSIONE POST PARTUM: APPROCCIO E GESTIONE
DELLA FASE ACUTA
Serena De Guglielmo

125 LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE DEPRESSO:
PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO
Pasquale De Venezia

128 LA STADIAZIONE CLINICA NEL DISTURBO BIPOLARE?
Gianfranco Del Buono

139 SOLI IN POPOLOSI DESERTI: UNA NUOVA DEPRESSIONE ESISTENZIALE?
Immacolata d'Errico, Domenico Mastrofilippo

145 MONDO DEL LAVORO E DISTURBI DELL'UMORE: DEPRESSIONE
COME MALATTIA PROFESSIONALE
Danilo Di Meo

150 VECCHI E NUOVI DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE:
DIAGNOSI E TRATTAMENTO
Luigi Juli

154 SPETTRO BIPOLARE E MUSICA
Sandro Elisei

158 COME ORIENTARE LA PSICOTERAPIA NEL TRATTAMENTO
DELLA DEPRESSIONE
Annapaola Altieri, Maria Rosaria Juli

166 DEPRESSIONE E BURN OUT DEI MEDICI IN AMBITO PSICHIATRICO
DI URGENZA
Gianluca Lisa

167 LA NUOVA FRONTIERA DEI TRATTAMENTI INTEGRATI
NELLA DEPRESSIONE E NEI DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO:
PSICOTERAPIA ANALITICA E RIABILITAZIONE.
UNA SINTESI RAGIONATA DELLA LETTERATURA ATTUALE SUI DSA
Adelia Lucattini

173 "SULLA RIVA DEL FIUME", ANZICHÉ PORTATI VIA DALLA CORRENTE:
LA DEPRESSIONE INCONTRA LA MINDFULNESS
Domenico Mastrofilippo, Immacolata d'Errico

183 LA TERAPIA METACOGNITIVA DELLA DEPRESSIONE
Mariangela Perito

189 DISTURBO BIPOLARE E DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE: LIMITI E CONFINI
Marina Santocchio

197 DEPRESSIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: COMORBIDITÀ E DIAGNOSI DIFFERENZIALE
Barbara Solomita

204 DEPRESSIONE COME SINTOMO E DEPRESSIONE COME MALATTIA
Giuseppe Stranieri

209 LA DANZATERAPIA COME STRUMENTO DI ESPRESSIONE E CURA NELLE PATOLOGIE DELL'UMORE
Romina Tavormina

220 LA DEPRESSIONE TRA IMMAGINE ED IMMAGINARIO
Sergio Tartaglione

226 LE EMOZIONI NELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Antonella Vacca

POSTER

233 RUOLO DELLA PERSONALITÀ NEL DECORSO E NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE DEPRESSO
Gino Aldi, Maria Russiello, Barbara Felisio, Maria Teresa Albini, Fabio Migliorini

234 HEALING GARDENS COME TERAPIA PER LA DEPRESSIONE
Chiara Aufiero

235 IL DISEGNO COME "SFIDA" PER LA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI DEPRESSI GRAVI
Maria Giovanna Barbieri, Rossella Nutile

236 LA DEPRESSIONE INFANTILE. EZIOLOGIA E MODALITÀ D'INTERVENTO NELL'AMBITO DELLA PSICOLOGIA FUNZIONALE
Annarita Bavaro

237 ASPETTI COGNITIVI E PSICOLOGICI DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA): LA DEPRESSIONE COME FATTORE STABILE NEL TEMPO
Autilia Casillo, Valentina Di Mauro, Monica Vitolo
Carmela De Rosa, Vincenzo Capuano, Laura Sagliano

238 L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO DI AUTO-AIUTO IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI CON SINTOMI DEPRESSIVI
Rita Ciriello, Ciro Ferraro, Giuseppe Giamundo, Lucia Iossa

239 DIVERSITÀ, VIOLENZA, BULLISMO, INCONTRO CON L'ALTRO: IL RUOLO DELLE EMOZIONI NELL'EDUCAZIONE PSICOSOCIALE
Immacolata Mara Festa, Mariangela Perito

241 PATOLOGIE REUMATICHE AUTOIMMUNI E RISCHIO DI DEPRESSIONE
Arianna Pallavicino, Carmen Ricciardelli

242 MIGRANTI E SINTOMI PSICOSOMATICI: UNA VALUTAZIONE IN UN CENTRO DI EMERGENZA
M. Perito, Raffaella Monia Calìa, Michela Forgione
Daniela Scotti, Annamaria Ricci

243 TERAPIA NEUROLETTICA COME FATTORE PROTETTIVO ANTI-TUMORALE IN PAZIENTI SCHIZOFRENICI CON SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA. STUDIO OSSERVAZIONALE.
Petruzziello L., Petrillo L., Milone M.R.

245 LA DEPRESSIONE COME FORMA DI DISEMBODIMENT: UNA PROSPETTIVA FENOMENOLOGICA
Giuseppe Salerno

247 LA DEPRESSIONE COME FORMA DI DISEMBODIMENT: STUDIO DI UN CASO CLINICO
Giuseppe Salerno, Roberta Petrosino, Vincenzo Torsiello

249 STUDIO DELLA FIBRILLOGENESI AMILOIDEA, MEDIANTE ATOMIC FORCE MICROSCOPY, IN PRESENZA DI CURCUMINA
Giuseppe Sanseverino

250 LA REGOLAZIONE EMOZIONALE ATTRAVERSO LA CONSAPEVOLEZZA
Maria Vincenza Minò, Carella Valentina, Antonella Vacca

251 “CONOSCI I 5 SEGNI DEL DISAGIO”: CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE E PREVENZIONE DEI DISTURBI DELL’UMORE
Antonella Vacca, Maria Vincenza Minò

252 “ESSERE EMOTIVAMENTE SITUATI”. ESPERIENZA DI CLOWNTERAPIA IN COMUNITÀ RIABILITATIVA PSICHIATRICA
Antonella Vacca, Maria Vincenza Minò

IL TRATTAMENTO DEGLI "STATI MISTI": NUOVE PROPOSTE PER NUOVE LINEE-GUIDA

Giuseppe Tavormina

Presidente del "Centro Studi Psichiatrici"

RIASSUNTO

Molto spesso i clinici incontrano notevoli difficoltà nel fare una corretta diagnosi del tipo di disturbo dell'umore del paziente che stanno valutando, soprattutto se si è in presenza di un cosidetto "stato misto"; ciò accade principalmente in quanto i pazienti frequentemente focalizzano i loro sintomi sulla componente depressiva e non su altri aspetti sintomatologici. In tal modo la sintomatologia "mista" può infiltrarsi in modo subdolo nella vita del paziente stesso determinando un peggioramento del quadro clinico fino ad una netta cronicità. È fondamentale non dimenticare che la depressione è solo "una fase" del più ampio spettro bipolare dell'umore, che resta quindi la patologia da trattare adeguatamente, spesso con una politerapia formata da regolatori dell'umore e antidepressivi.

Parole-chiave: *disturbo bipolare, stati misti, trattamento degli stati misti.*

* * *

INTRODUZIONE

Molto spesso i clinici incontrano notevoli difficoltà nel fare una corretta diagnosi del tipo di disturbo dell'umore del paziente che stanno valutando, soprattutto se si è in presenza di un cosiddetto "stato misto"; ciò accade principalmente in quanto i pazienti frequentemente focalizzano i loro sintomi sulla componente depressiva e non su altri aspetti sintomatologici, inducendo così i clinici a prescrivere con elevata frequenza una terapia con antidepressivi spesso associata con benzodiazepine: non tenendo conto che tale terapia non farebbe altro che incrementare la componente disforica del paziente e quindi la sua cronicità. In tal modo la sintomatologia "mista" può infiltrarsi in modo subdolo nella vita del paziente stesso determinando un peggioramento del quadro clinico fino ad una netta cronicità.

È fondamentale sottolineare ancora una volta quanto descritto in precedenti articoli: che cioè è l'"instabilità dell'umore", piuttosto che la "depressione", la patologia verso cui gli psichiatri clinici devono focalizzare le loro attenzioni diagnostiche nel gestire i disturbi dell'umore; rimarcando il concetto essenziale secondo cui l'episodio depressivo è solo "una fase" del più ampio "spettro bipolare dell'umore" (Tavormina G., 2007; Tavormina G., 2013; Tavormina G., 2014).

Quando l'umore "oscilla" rapidamente fra aspetti depressivi e altri di euforia-irritabilità-ipomania, o vi è sovrapposizione di tutte queste componenti, si è di fronte ad uno stato misto anche se i sintomi depressivi appaiono in certi momenti prevalere; pertanto il clinico dovrebbe considerare con attenzione il valutare un'adeguata terapia farmacologica.

I sintomi da tenere in considerazione nell'effettuare una diagnosi di stato misto sono i seguenti (almeno due fra essi devono essere presenti contemporaneamente (Tavormina G., 2013; Tavormina G., 2014):

– sovrapposizione fra umore depresso e irritabilità,

– presenza di agitazione interna, inquietudine, irritabilità, aggressività e impulsività,

– difficoltà nella concentrazione e iperattività dei pensieri,

– elevata tensione interna e muscolare, gastrite, colite, cefalea o altri sintomi somatici (per es.: peggioramento di eczemi o psoriasi),

– comorbidità con malattie dell'ansia (DAP, DAG, Fobia Sociale, DOC),

– insonnia (soprattutto: sonno frammentato e/o sonno di scarsa qualità),

– disturbi della condotta alimentare,

– senso di disperazione e ideazione suicidaria,

– iper / ipo-attività sessuale,

– abusi di sostanze (alcoliche e/o stupefacenti),

– comportamenti antisociali.

I sintomi del cosidetto "*mixity*" delle fasi depressive (i sintomi più subdoli determinati dalla sovrapposizione di depressione-irrequietezza-irritabilità) possono determinare incremento del rischio suicidario (Akiskal H., 2007); inoltre, la copresenza di diversi sintomi somatici insieme fra loro, così come la presenza di abusi di sostanze, potrebbero essere definiti come "sintomi-chiave" per una diagnosi precoce di "stato misto" di spettro bipolare (Tavormina G., 2013; Tavormina G., 2014).

La Scala di Valutazione "G.T. Mixed States Rating Scale", o "G.T. MSRS" (*Tavormina G, 2014),* una scala di valutazione da auto-somministrare e strutturata in 11 *item* (7 fra essi con relativi sotto-*item*) nasce per aiutare il clinico a fare una diagnosi di stato misto di spettro bipolare; se un paziente presenta una positività dopo la somministrazione della "G.T. MSRS", questo suggerirebbe soltanto una diagnosi "generica" di stato misto dello spettro bipolare, secondo quanto descritto negli schemi dello spettro bipolare di Akiskal (Akiskal H., 1999) o di Tavormina (Tavormina G., 2007; Tavormina G., 2013). In seguito, spetta al clinico fare un'attenta sotto-diagnosi di sottogruppo di stato misto (sempre basandosi sugli schemi di Akiskal o di Tavormina).

La terapia farmacologica degli stati misti consiste in una politerapia con regolatori dell'umore (prevalentemente: Litio, Carbamazepina, Valproato, Gabapentin, Oxcarbazepina, Lamotrigina, Topiramato, Olanzapina, Asenapina, Loxapina, Pipamperone) e antidepressivi (prevalentemente: SSRI, SNRI e Bupropione) (Tavormina G., 2013). Non dovrebbero mai essere usati antidepressivi in monoterapia senza regolatori dell'umore nel trattare gli stati misti (o anche benzodiazepine in monoterapia), proprio per evitare di fare incrementare la disforia (Tavormina G., 2010; Agius M., 2011).

STEP PER I CLINICI

Primo *step* – È fondamentale all'inizio del colloquio con il paziente che lo psichiatra clinico valuti sia la situazione clinica attuale che ha condotto il paziente dal medico, che i suoi sintomi iniziali quando la sua patologia dell'umore ebbe inizio nonostante che i sintomi iniziali possano essersi attenuati o modificati; per effettuare quindi una corretta diagnosi di disturbo dell'umore è fondamentale evidenziare una storia clinica longitudinale del paziente (oltre che una raccolta anamnestica psichiatrica familiare) con particolare attenzione ai sintomi sotto-soglia e ai quadri temperamentali (Tavormina, 2007).

Secondo *step* – È estremamente importante usare la Scala di Valutazione per gli Stati Misti denominata "GT-MSRS" (Tavormina, 2015) somministrandola al paziente, per condurre o meno il clinico ad una diagnosi "generica" di "stato misto del disturbo bipolare". Secondo quanto descritto nei miei precedenti lavori scientifici sullo spettro bipolare (Tavormina G., 2007; Tavormina G., 2012), la componente misto-disforica dell'umore instabile la troviamo solitamente nella "Ciclotimia irritabile" (strettamente connessa al Disturbo Bipolare a Rapida Ciclicità, verso cui può tendere o da cui può derivare), nella "Disforia Mista" (il tipico Stato Misto Depressivo), nella "Depressione Agitata" e nel "Temperamento Ciclotimico". Questo spettro dell'umore è stato strutturato ponendo la mania acuta e l'episodio depressivo unipolare in due lati opposti di un grafico, e inserendo fra essi tutte le differenti varianti di instabilità dell'umore con le loro differenti oscillazioni (come fossero delle onde di differente ampiezza, frequenza e periodicità), descritte nei seguenti sottotipi diagnostici: Bipolare I, Bipolare II, Ciclotimia, Ciclotimia Irritabile (o bipolarità a rapidi cicli), Disforia Mista (o stato misto depressivo), Depressione Agitata, i tre temperamenti (Ciclotimico, Ipertimico e Depressivo), Depressione Breve Ricorrente, e Depressione Unipolare (Tavormina G., 2007).

Nella **Tabella 1** sono descritti i principali sintomi che si possono trovare facendo diagnosi di "stato misto": tali sintomi sono corrispondenti ai vari *item* della

Tabella 1 - Diagnosi di Stati Misti: percentuale di distribuzione dei sintomi

	Ciclotimia Irritabile	Bipolarità a rapidi cicli	Disforia Mista	Depressione Agitata	Temperamento Ciclotimico
Euforia con apatia	X	X	X		X
Depress. con irritabilità	XXX	XXX	XXX	XX	X
Abuso di substanze	XX	XX	XX		
Dist. Dell'alimentazione		X	XX	X	
Ideazione suicidaria	XX	XXX	XX		
Anedonia Cronica			XX	XXX	
Deliri/allucinazioni	X				
Iper-ipo att. sessuale	XX	XX	XX	XX	
Insonnia/ipersonnia	XXX	XXX	XXX	XX	X
Iperattività dei pensieri	XXX	XXX	XXX	XXX	X
Somatizzazioni	XX	XX	XX	XX	X

Tabella 2 - Diagnosi di Stati Misti: distribuzione dell'intensità del livello della "GT-MSRS"

	Ciclotimia Irritabile	Bipolarità a rapidi cicli	Disforia Mista	Depressione Agitata	Temperamento Ciclotimico
Punteggio alla "GT-MSRS"	H	H	**H** / M	**M** / H	L

"GT-MSRS"; invece la **Tabella 2** mostra la distribuzione dell'intensità del livello della "GT-MSRS". Nel lavoro scientifico "Clinical utilisation of the G.T.-MSRS (Tavormina, 2015) vi si può trovare la descrizione completa delle caratteristiche di utilizzo della scala di valutazione.

Terzo *step* – Una volta definita con precisione la diagnosi del tipo di "stato misto", e di conseguenza avere scelto un regolatore dell'umore valido (**Tabella 4**), va valutato l'inserimento anche di un antidepressivo a basso dosaggio in base all'intensità dei sintomi depressivi valutati sia con l'uso della scala "GT-MSRS" che tramite il colloquio clinico.

Il lavoro scientifico "A long term clinical diagnostic-therapeutic evaluation of 30 case reports of bipolar spectrum mixed states" (Tavormina, 2013) ha mostrato come bassi dosaggi di antidepressivi, utilizzati insieme con i regolatori dell'umore, sono molto importanti per il raggiungimento di un buon equilibrio timico e una buona stabilità in questi pazienti (nel suddetto studio sono stati usati prevalentemente: Escitalopram, Sertralina, Paroxetina, Venlafaxina). La presenza di sintomi come labilità emotiva, tristezza o apatia ha messo in evidenza come l'utilizzo di bassi dosaggi di antidepressivi insieme con i timoregolatori diventa utile per risolvere tali sintomi, evitando il rischio di peggioramento disforico (Tavormina, 2013).

La **Tabella 3** mostra i livelli di scelta preferenziali dei regolatori dell'umore nei diversi sotto-tipi diagnostici degli stati misti. L'eventuale presenza di loro ef-

Tabella 3 - Diagnosi di Stati Misti: livelli di scelta dei regolatori dell'umore

	1° step	2° step	3° step	4° step
Temperamento Ciclotimico	Valproato (o Gabapentin)	Gabapentin + Valproato		
Depressione Agitata	Gabapentin	Gabapentin + Valproato	Gabapentin + Valproato + Olanzapina	
Disforia Mista	Carbamazepina (o Valproato)	Carbamazepine (o Valproato) + Gabapentin	Carbamazepina + Valproato + Gabapentin	Aggiunta di Olanzapina (o altri AP atipici)
Bipolarità a rapidi cicli	Carbamazepina (o Valproato) + Gabapentin	Carbamazepina + Valproato + Gabapentin	Aggiunta di Olanzapina (o altri AP atipici)	
Ciclotimia Irritabile	Carbamazepina (o Valproato) + Litio	Carbamazepina + Valproato + Litio	Aggiunta di Olanzapina (o altri AP atipici)	

Tabella 4 – Regolatori dell'umore da potere usare

Anticonvulsivanti	Valproato
	Carbamazepina
	Gabapentin
	Oxcarbazepina
	Lamotrigina
	Topiramato
Litio	
AP Atipici	Olanzapina
	Asenapina
	Loxapina
	Pipamperone

fetti collaterali, dovrà far valutare al clinico la sostituzione dello stesso farmaco con altro della sua categoria. Nel lavoro scientifico "A long term clinical diagnostic-therapeutic evaluation of 30 case reports of bipolar spectrum mixed states" (Tavormina, 2013) vi sono descritte le differenti caratteristiche di tolleranza e manegevolezza dei vari regolatori dell'umore.

Quarto *step* – Una volta fatta la diagnosi del sotto-tipo diagnostico di stato misto valutando i vari sintomi presenti, il clinico dovrà selezionare il/i timoregolatore/i maggiormente indicato/i, valutando lungo i successivi colloqui l'eventuale utilizzo di ulteriori regolatori dell'umore tali da organizzare un'adeguata politerapia.

Ad esempio, l'alta percentuale fra i pazienti con stati misti di sintomi somatici di intensità medio-alta (quali colite e gastrite) dovrebbe fare orientare all'utilizo della Gabapentin come prima scelta. La Gabapentin è stata già utilizzata con successo nel trattamento di dolore pelvico cronico (Sator-Katzenschlager SM, 2005) e nella sindrome del colon irritabile (Lee KJ, 2005); essa, anche se ancora ufficialmente "off-label" in Italia, viene utilizzata da lungo tempo con efficacia e tollerabilità come regolatore dell'umore (Carta M, 2003; Carta M, 1999), anche in presenza di sintomi somatici cronici (Tavormina, 2013).

Ad esempio, l'ulteriore inserimento addizionale di Valproato e/o Carbamazepina è stato mostrato dare grandi vantaggi soprattutto in presenza di iperattività dei pensieri, confusione e difficoltà nella concentrazione (Tavormina, 2013). Così come, l'ulteriore inserimento addizionale di Olanzapina è stato visto estremamente utile quando ci si trova in presenza di gravi disturbi del sonno che hanno indottto il paziente ad un cronico utilizzo di Benzodiazepine (da ridurre progressivamente e sospendere, ed usare nel tempo solo come sintomatici) (Tavormina, 2013).

L'eventuale presenza di loro effetti collaterali, dovrà far valutare al clinico la sostituzione dello stesso farmaco con altro della sua categoria (Tavormina, 2013).

Non bisogna mai dimenticare che tutti i regolatori dell'umore (e soprattutto gli anticonvulsivanti), per la loro teratogenicità, vanno usati con attenzione e dietro consenso informato nelle donne in età fertile.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Le conseguenze di un mancato riconoscimento diagnostico (e successivo inadeguato trattamento) di un disturbo dell'umore possono portare ad un reale incremento del rischio suicidario, oltre che alla riduzione delle aspettative e qualità della vita (sia personale, che familiare e lavorativa); per non parlare dell'aumentate assenze lavorative o del frequente aumentato ricorso alle risorse sanitarie sia per le stesse patologie dell'umore che per altre concomitanti di chi soffre cronicamente di queste malattie senza che vengano adeguatamente trattate. In tal modo le patologie dell'umore tenderebbero verso una netta cronicità ed un peggioramento dello stato disforico.

Come più volte dal sottoscritto sottolineato, non bisogna dimenticare che la "depressione" è solo "una fase" (e non una malattia a sé) del cosidetto "spettro bipolare dell'umore", che diventa quindi la vera patologia da trattare da parte degli psichiatri clinici con un'attenta gestione terapeutica, che consiste in una politerapia a base di regolatori dell'umore (principalmente) e antidepressivi (a basso dosaggio). Sebbene diversi lavori scientifici in passo abbiano evidenziato dubbiosità sull'utilità degli antidepressivi negli "stati misti dell'umore", in miei precedenti lavori (Tavormina, 2013; Tavormina, 2014) ho avuto modo di evidenziare come bassi dosaggi di antidepressivi utilizzati insieme con uno o più regolatori dell'umore diventino essenziali nel contribuire ad un buon equlibrio timico generale soperattutto quando ci si trovi in presenza di costante labilità emotiva e di apatia. Inoltre, sia il primo studio validativo sulla scala di valutazione sugli stati misti "G.T.MSRS" (Tavormina 2015) che il secondo (Tavormina, Franza, et al., 2017), hanno evidenziato quanto sopra descritto, che cioè come bassi dosaggi di antidepressivi utilizzati insieme con uno o più regolatori dell'umore siano importanti nel contribuire ad un buon equlibrio timico del paziente. Studi futuri certamente daranno ulteriori chiarezze su questi punti.

Bibliografia

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

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

Akiskal H.S. *Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked?* Acta Psychiatr Scand 116: 395-402, 2007.

Agius M., Tavormina G., Murphy C.L., Win A., Zaman R. *Need to improve diagnosis and treatment for bipolar disorder.* Br J Psych 2007; 190: 189-191.

Agius M., Zaman R., Ho J., Singh S. *Mixed affective states: a study within a community mental health team with treatment recommendations.* Psychiatria Danubina 2011; 23: suppl. 1: 25-28.

Carta M.G., et al. *The clinical use of gabapentin in bipolar spectrum disorders.* J Affect Dis, 2003 Jun; 75 (1): 83-91.

Carta M.G., Cabras P.L., et al. *Clinical Experience with gabapentin in patients with Bipolar or Schizoaffective Disorder. J Clin Psychiatry.* 1999; 60 (4): 245-48.

Lee K.J., Kim J.H., Cho S.W. *Gabapentin reduces rectal mechanosensitivity and increases rectal compliance in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome.* Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2005; 22 (suppl. 10): 981-88.

Sator-Katzenschlager S.M., Scharbert G., Kress H.G., et al. *Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized, controlled pilot study.* Wien Klin Wochenschr, 2005; 117 (21-22): 761-68.

Tavormina G., Agius M. *The high prevalence of the bipolar spectrum in private practice.* J Bipolar Dis: Rev & Comm 2007; 6; 3: 19).

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

Rihmer Z., Akiskal H.S., et al. *Current research on affective temperaments.* Current Opinion in Psychiatry 2010; 23: 12-18.

Tavormina G. *The bipolar spectrum diagnosis: the role of the temperaments.* Psychiatria Danubina 2009; 21: 2: 160-161.

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

Tavormina G. *The temperaments: its knowledge is a crucial way in early diagnosis of bipolar disorders.* European Psychiatry 2011; 26: suppl. 1: P01-199.

Agius M., Zaman R., et al. *Mixed affective states: a study within a community mental health team with treatment recommendations.* European Psychiatry 2011; 26: suppl. 1: P01-145.

Tavormina G. *Are somatisations symptoms important evidence for an early diagnosis of bipolar spectrum mood disorders?* Psychiatria Danubina 2011; 23: suppl. 1: 13-14.

Tavormina G., Agius M. *An approach to the diagnosis and treatment of patients with bipolar spectrum mood disorders, identifying temperaments.* Psychiatria Danubina 2012; 24: suppl. 1: 25-27.

Tavormina G. *An early diagnosis of bipolar spectrum disorders needs of valuing the somatisation symptoms of patients.* J Int Clin Psychopharmacol, 2012; 28: e59-e60.

Tavormina G. *A long term clinical diagnostic-therapeutic evaluation of 30 case reports of bipolar spectrum mixed states.* Psychiatria Danubina, 2013; 25: suppl. 2: 190-3.

Tavormina G. *An introduction to the bipolar spectrum.* The management of bipolar spectrum disorders, summer 2013, CEPIP; 3-6.

Tavormina G. *Treating the bipolar spectrum mixed states: a new rating scale to diagnose them.* Psychiatria Danubina 2014; 26: suppl. 1: 6-9.

Tavormina G. *Clinical utilisation of the "G.T. MSRS", the rating scale for mixed states: 35 cases report.* Psychiatria Danubina 2015; 27: suppl. 1: 155-59.

Tavormina G., Franza F., et al. *Clinical utilisation and usefullness of the rating scale of mixed states ("GT-MSRS"): a multicenter study.* Psychiatria Danubina 2017; 29: suppl. 3: 365-67.

Corrispondenza

Dr Giuseppe Tavormina
Piazza Portici, 11 - 25050 Provaglio d'Iseo (BS)
E-mail: *dr.tavormina.g@libero.it*

DEPRESSIONE COME "COMORBIDITÀ" DI UN DISTURBO NON RICONOSCIUTO IN ADOLESCENZA

Ivan Urlić

RIASSUNTO

La depressione rappresenta uno dei più frequenti disturbi dell'umore. Lo spettro delle sue manifestazioni è molto complesso. I sintomi di depressione possono essere osservati in ogni fase della vita.Il tono di umore depresso può determinare, a secondo della sua' intensità, mostrare un quadro clinico che varia dai semplici cambiamenti dell'umore ai stati psicotici. In questa presentazione è descritto il caso di un paziente che fin dalla prima infanzia mostrava i sintomi di ADHD in causato in comorbidità sentimenti di depressione, che hanno ostacolato significamente la maturazione emozionale della persona. Questa chiarificazione eziologica ha portato verso un trattamento efficace, che ha previsto l'approcio psicofarmacologico e psicoterapeutico.

Parole-chiave: *Depressione, comorbidità, ADHD.*

* * *

INTRODUZIONE

I tempi cambiano e noi cambiamo con loro, dice la vecchia saggezza latina. Oggi questi cambiamenti hanno ottenuto tanta accelerazione che è difficile esplorare tutti gli aspetti di questo fenomeno. Nelle scienze umane, in generale, si può dire che più seguiamo questi cambiamenti per riconoscerli e capirli e più siamo in grado di prevederli. Questi cambiamenti, provenienti dalle più disparate sfere sociali, hanno permeato la famiglia e l'individuo, influenzando e cambiando profondamente i modi tradizionali di vivere. Per esempio, per quanto riguarda i gravi disturbi mentali, dobbiamo considerare che nella popolazione si trova circa l'1% di persone con disturbi dello spettroschizofrenico, e lo 0,5% delle persone con disturbi di regolazione affettiva (bipolare, ciclotimico). Tuttavia, è stato dimostrato che la disregolazione affettiva è abbastanza più frequente: essa secondo alcune nuove ricerche rappresenterebbe fino al 3,5% della popolazione. Questi dati non sono inaspettati se si considera la condizione di esigenze sempre più impegnative che i progressi tecnologici e le conoscenze scientifiche impongono adun individuo, a una famiglia, un gruppo e una società (Amihaesei, Zamfir, 2016; Young, et al., 2015; Daviss, 2008).

Per un essere umano è sempre più difficile rispondere adeguatamente alle esigenze e alle aspettative sempre più complesse dell'ambiente e che egli stesso si impone. Si potrebbe immaginare che una tale situazione finisce per "persegui-

tarci", facendo una continua pressione su di noi e che a casua di essa spesso ci sentiamo infelici.

Nella concezione di Melanie Klein, una tale situazione sarebbe chiamata paranoide-schizoide (Segal, 1986). Quando si fa esperienza che non è possibile accettare tutto ciò che ci viene proposto e che non posiamo rispondere sempre in modo adeguato, compare la posizione depressiva, nella quale si ha bisogno di compiangere ciò che si perde e cosa non si può raggiungere (Urlić, 2013). Questo passaggio ci dà l'opportunità di valutare in modo più appropriato la realtà interiore ed esterna e di adattarsi ad essa. I seguaci di Melanie Klein hanno utilizzato questi concetti immaginando la vita psichica come il risultato di oscillazioni permanenti tra l'una e l'altra posizione, dando a essi un significato non soltanto universale, ma che vale, dunque, per tutta la vita (Chronis-Tuscano, et al., 2013).

Non c'è sempre chiara la transizione tra l'oscillazione dell'umore verso depressione e le reazioni depressive e gli stati depressivi che si transformano in crisi, e anche stati psicotici. È merito di Emil Kraepelin l'aver introdotto il termine 'depressione' tra i concetti psichiatrici e psicologici, che ha sostituendo il termine precedente 'malinconia' (Reus, 1995). Oggi, 121 anni dopo la pubblicazione della sua opera capitale, il concetto di depressione che qualifica l'umore e il pensiero fa parte di terminologia di uso corrente. Nonostante numerose ricerche cliniche e neuroscienziali, non si può ancora rispondere alla questione sull'eziologia complessa e multifattoriale della depressione. Nello studiare le cause della depressione è stato ampiamente riconosciuto negli ultimi anni che non solo la depressione è molto poco riconosciuta e raramente trattata in modo adeguato, ma che il discontrollo causato dai disturbi di comportamento e di attenzione nei bambini può continuare più tardi nella vita.

Questo articolo si concentra su tali casi, in cui i sintomi di ADHD non identificati nei bambini passano continuare a non essere riconosciuti durante il periodo dell'adolescenza e continuano in età adulta.

Poiché l'eziologia dell'ADHD è poco chiara, si presume che la base genetica e neurofisiologica sia molto importante. I fattori ambientali sono considerati meno importanti (Bond, et al., 2012; Gerdes, et al., 2007).

ADHD negli adulti è spesso riconosciuto a causa di ansia permanente e umore depresso di cui i pazienti si lamentano, e che genera in un numero di pazienti la necessità di ricorrere all'uso di sostanze psicoattive illegali a fine di alleviare i sintomi.

Difficoltà di regolazione del comportamento e di controllo degli impulsi, con una maggiore distrattibilità, difficoltà di autoregolazione delle emozioni, aumento di ansia, depressione, facile cambiamento dell'umore, e bassa autostima delle persone sono tutti sintomi riscontrabili nei pazienti con ADHD rendendola molto difficile da sopportare. Ciò si traduce in difficoltà di stabilire e mantenere i rapporti con gli altri (Bramham, et al., 2009; Rostain, Ramsai, 2006).

Gli studi dimostrano che l'ADHD appare nel 3-5% degli scolari, e nel 2-4% degli adulti, e che è 2-3 volte più comune negli maschi. Le ricerce dimostrano che non esistono differenze significative in culture diverse (Gerdes, et al., 2007). In ICD-10 il disturbo viene cifrato come F-90.0.

In età infantile e adolescenziale la gioosità, il carattere sereno, dovrebbe essere distinto da ADHD attraverso una dettagliata anamnesi. È importante notare

che in caso dell'ADHD il bambino o adolescente soffre molto a causa di sintomi del disturbo. Quindi non si tratta di gioiosità o umore sereno. Questa sofferenza genera una immagine non favorevole del bambino o delladolescente, con conseguente bassa autostima. L'ambiente, infatti, di solito reagisce in modo restrittivo e aggressivo. Non conoscenza e approccio inadeguato a questo disturbo e una conseguente assenza di trattamento o un trattamento inadeguato del disturbo stesso si traducono in un effetto molto sfavorevole sullo sviluppo del bambino o adolescente, determinando un impatto negativo sulla sua educazione e sulla formazione della sua personalità.

Ci sono tre tipi di ADHD:

– tipo combinato (disattenzione, iperattività - impulsività)
– tipo a prevalentemente disattezione
– tipo prevalentemente iperattivo - impulsivo.

Per dimostrare le difficoltà che sperimenta una persona emotivamente immatura con ADHD e far conoscere lle conseguenze che possono influenzare per tutta la vita la sua maturazione emotiva e il processo di adattamento, presenterò un esempio clinico paradigmatico per questo disturbo, e la parte che può avere nel quadro generale di depressione, ansia e agitazione.

Esempio clinico: Il caso del paziente Semir

Il paziente Semir si presenta spontaneamente in cerca di aiuto per i suoi sintomi, che lo accompagnano sin dall'infanzia. L'indirizzo del psicoterapeuta lo ha trovato su Internet. Viene dall'Europa settentrionale e studia medicina in inglese. Proviene dal Medio Oriente. Quando era ancora bambino piccolo la famiglia si era transferì in Europa. L'educazione di Semir e la compagnia dei coetanei del posto sviluppò in lui un senso di appartenenza alla cultura europea in misura maggiore dell'impatto assunto della cultura tradizionale dei suoi genitori. Non ricordava di aver sofferto di alcuna malattia. Era piutosto un ragazzo sano. Tuttavia, era costantemente irrequieto e con difficoltà manteneva l'attenzione nei confronti dei suoi coetanei. Per questa ragione aveva rendimenti inferiori ad essi ed era consapevole di dover apprendere più a lungo dei suoi compagni. Era stato costantemente avvertito di calmarsi, di comportarsi decentemente e di essere attento a scuola. Quegli ammonimenti e le critiche trovavano eco in casa, dove i suoi genitori lo ammonivano allo stesso modo, come lo stesso facevanogli amici. A causa della costante agitazione e mancanza di attenzione otteneva voti mediocri. Decise di studiare la medicina per aiutare gli altri, ma a causa dei voti non ha potuto iscriversi all'università e ha scelto di studiare all'estero.

In Croazia, la situazione si ripete in in quanto il nuovo ambiente non ha diminuito la sua disperazione perché anche in questo contesto manteneva con difficoltà le conoscenze appena acquisite, e che nonostante immenso sforzo di apprendimento otteneva un punteggio molto mediocre agli esami. Questa situazione ha contribuito a motivarlo per cercare l'aiuto di uno psichiatra in un altro paese in modo di giungere a una migliore comprensione di ciò che gli stava accadendo. Ha detto che era spesso depresso e che i suoi stati d'animo e pensieri erano stati tristi fin dall'infanzia. Esporrò i suoi stati d'animo, riflessioni e esperienze non solo attraverso il suo racconto, ma anche attraverso i suoi sogni.

Il primo sogno. – *Una festa studentesca. Non gli piace l'atmosfera, non trova amici stretti, poi esce sul pianerottolo di una grande scalinata. Passa per una porta aperta di una classe della scuola e vede 15 allievi morti, sdraiati sulle panche ed il pavimento … Passa oltre questa scena senza provare emozioni forti, piuttosto indifferentemente. Scende per le scale. Incontra una figura solitaria di un uomo anziano vestito di bianco, che appare come disceso dai dipinti degli antichi profeti … Questa figura non gli dice nulla e non lo guarda in faccia … Sembra come il suo padre … Semir continuò a scendere per le scale e dietro una parete di vetro vede una scena della sua casa - intorno al tavolo sono la sua madre e il suo fratello minore che commentano qualche cosa. Non tengono conto di lui. Lui non riesce a sentire quello che dicono, e nemmeno loro si accorgono di lui … si sveglia molto stupito.*

In primo luogo Semir si occupa di un incontro con una persona che sembra suo padre e dice che non è sorprendente che questa persona non dice nulla perché il suo padre è una persona molto taciturna e ritirata. Dice anche che è strano che la madre e il più giovane fratello parlano, perché il fratello è molto chiuso anche lui e trascorre molto tempo nella sua stanza, da solo, ascoltando musica. Con lui è difficile stabilire il dialogo… sua madre è molto più accessibile. È possibile parlare con lei, però non sembra avere molta pazienza di parlare con lui, sopratutto ultimamente.

Poi Semir cadeva in un lungo silenzio. Sembrava ansioso, preoccupato, e rimaneva immobile.

Commento: Io dico che l'immagine iniziale di una festa studentesca in cui non trova un posto per se stesso e non incontra le persone con le quali si sarebbe intratenuto volentieri forse trasmette la esperienza che lo accompagna fin dalla prima infanzia e cioè che è diverso dagli altri e che gli altri trovano difficoltà di accettarlo. Probabilmente questo vale non soltanto per la sua difficoltà di accettare gli altri, ma anche per la difficoltà altrui di accettarlo in quanto persona costantemente agitata, ansiosa e distratta.

La scena seguente è l'immagine di 15 studenti morti in una classe. Passa per quella classe senza alcuni sentimenti disturbati, come se fosse abituato da un'esperienza di perdita. Come se questa cifra "15" rappresentava i 15 anni che combatteva con i sintomi di incapacità di mantenere l'attenzione e di espressione di incapacità di controllare l'attività fisica … Nel sogno si è ricordato della figura del padre in relazione alla figura bianca che incontra alle scale. Il sogno descrive suo padre come una persona solitaria, che non sapeva partecipare alle difficoltà di Samir.

Segue un'immagine dietro il vetro, un incontro familiare tra la madre ed il fratello minore. Dimostra che nella sua esperienza la madre è più orientata verso il figlio minore.

Tra le lacrime Semir dice che non poteva immaginare che la sua memoria e le sue esperienze erano tanto intrecciate nel suo mondo interiore e che anche durante la notte stava sperimentando tutte le difficoltà che affrontava costantemente. Il confronto con le immagini del sogno stimola numerose associazioni su episodi dalle esperienze scolastiche e familiari.

Il sogno sembra trasmettere la sua esperienza di non essere capito e di essere rfiutato a causa della sua continua agitazione e distrazione.

L'immagine clinica indica un uomo sconvolto, depresso, eziologicamente più probabilmenteassociato al disturbo ADHD. I test psicologici e il test di sangue al litio sono anche indicati per escludere un eventuale disturbo di tipo ciclotimico.

Alla sessione successiva Semir porta il sogno seguente:

Il secondo sogno. – Semir non si vede nel sogno ma è come un occhio, come una camera, e sa che è lui che vede la scena e sperimenta l'evento.

Lui è con una amica a una festa. Sembrano essere separati dagli altri, e anche lui sente di dover prestare particolare attenzione verso di lei per non offenderla, mostrando qualcosa come negligenza … Lui è sempre occupato con se stesso, non può rilassarsi. Non vuole che altri percepiscano le sue difficoltà del controllo del suo comportamento … Prossima scena: sono con gli amici nel caffè-bar. Vive un senso di alienazione e di preoccupazione. Non è come altri coetanei …

Spontaneamente continua a raccontare che si è svegliato con un senso di insoddisfazione. Bisogna tornare a casa. Lì farà l'esame neuropsicologico. È preoccupato per quello che i suoi famigliari e gli amici diranno, perché ha ottenuto risultati di studio molto mediocri… lui vorrebbe essere un buon medico, aiutare le persone, ma teme che in questo non riuscirà perché non è uno studente di particolare successo …

Commento: Semir è seguito da una costante sensazione che è diverso dai suoi coetanei, che spesso è male compreso, e che non lo si aiuta. Questi pensieri lo accompagnano costantemente. Sente invidia per i suoi coetanei che non hanno tali disturbi.

Semir dice che è molto eccitato quando sente l'interpretazione del contenuto dei suoi sogni. Riconosce le sue esperienze. È sorpreso perché non poteva mai immaginare che nei sogni, che spesso percepisce come immagini assurde, rivivono le sue profonde esperienze, la paura e la sensazione di non esere capito.

È tornato abbastanza deluso dalle vacanze trascrose a casa. I genitori e il fratello lo trattavano in modo molto distante. Questo lo rendeva molto triste. Ha fatto un esame neuropsicologico dettagliato. I risultati indicano che è una persona molto intelligente e molto sensibile, e che mostra un'alto livello di ansia e depressione. Come diagnosi fondamentale si delinea la diagnosi di ADHD.

Dice che a casa si sentiva molto compresso. I rapporti tra i genitori erano molto tesi. La madre era molto attiva nei suoi lavori e in casa, mentre suo padre tornava a casa in silenzio, si chiudeva nella sua stanza e passava delle ore leggendo. Il fratello minore evitava il contatto e si chiudeva nella sua stanza. Sofriva molto. Lui si aspettava che il reperto psicologico, che confermava che si trattava di un ADHD, avrebbe suscitato un maggiore interesse per la sua situazione psichica. E invece tutto si era risolto con un commento critico dei suoi risultati di studio mediocri, con la critica che avrebbe dovuto essere più diligente.

Ritornò triste e la mattina del giorno della seduta e di psicoterapia fece il seguente sognio: **terzo sogno** - *In casa sua vede un cane grande, vecchio e molto peloso. I familiari gli dicono che lo hanno comprato per mangiarlo. È molto sorpreso perché loro non mangiano cani o gatti … è molto ansioso e si sveglia.*

Spontaneamente continua che nei giorni scorsi, come negli ultimi mesi, era preoccupato con i rapporti con amici e studenti. Alcuni di essi sono molto travol-

genti, irascibili, inaccessibili. Gli dicono che non dovrebbe prendere i medicinali e visitare lo psichiatra perché tutti diranno che è pazzo, che ha smarrito la strada … Generalmente alcuni dei suoi amici li sente come molto arroganti e che la loro compagnia non lo sodisfa più. Ha deciso di non occuparsi più di loro e di trovare nuovi amici.

Commento: Nel sogno, come anche in realtà, sente ansia perché non può immaginare di assorbire, 'inghiottire', l'arroganza di vecchi amici e il loro comportamento offensivo. Questo gli fa male. Lascerà i vecchi amici perché per lui sono diventati 'indigeribili' e si rivolgerà verso quelli nuovi, e manterrà solo quelli che ispirano la gioia ed il senso di soddisfazione … Forse si tratta di un spostamento di sentimenti di amarezza dai genitori agli amici?

Semir dice che il comportamento di suoi genitori è inadeguato. Non hanno rivolto, così come gli insegnanti nelle scuole e i medici, abbastanza attenzione ai suoi problemi e lo hanno lasciato da solo alle prese con i sintomi di costante agitazione e difficoltà di concentrazione, che rappresentano il motivo per cui ha sempre avuto i voti abbastanza modesti e non ha potuto iscriversi alla facoltà di medicina nel suo paese. Anche per questo si sente male.

Alla richiesta di dire qualcosa sui suoi genitori che finora non è ancora riuscito a esprimere, racconta che suo padre ha perso una gamba in guerra, mettendo il piede su una mina. Ciò è accaduto prima di arrivare in Nord Europa. Il padre è un uomo, inerme, distante, troppo silenzioso, con cui è difficile stabilire un contatto stretto. In una recente visita a casa era molto preoccupato perché sua madre voleva divorziare e "cominciare a vivere".

Commento: Alla luce di questi risultati gli dico che il padre già da molti anni vive con una protesi che risale al di sopra del ginocchio, e che lui probabilmente ha sviluppato il PTSD complesso, con cambiamento permanente della personalità, e che ha chiuso, incapsulato, il suo trauma per poter sopravvivere. Lui probabilmente di traumi non parla, neanche con la moglie, e neppure lei sa quanto soffre dentro di sè … "Cerca di immaginare, quando i genitori sono in rapporti intimi, come potrebbe apparire quando al posto della gamba rimane solo il resto di una gamba, un moncone …" (Boumans, et al., 2017).

La reazione di Semir era una dolorosa smorfia e lacrime.

Abbiamo ipotizzato la i possibilità di parlare con la madre perché il padre non rimanesse senza essere capito, come Semir si sentiva dalla sua prima infanzia.

Dopo che la diagnosi di ADHD era confermata, Semir ha reagito positivamente all'introduzione della terapia con metilfenidato. Ha preso la pillola con un effetto prolungato molto presto la domenica mattina, temendo gli effetti sconosciuti. Dopo due ore sentiva un'onda di rilassamento e di incoraggiamento verso un umore più sereno. Poteva sedere e studiare, e poteva concentrarsi sul contenuto.

È stato molto felice e ha continuato con la stessa attività nel pomeriggio. Il giorno dopo, in classe, poteva stare fermo e concentrarsi sui contenuti. Mentre passavano i giorni, si sentiva sempre più sollevato dai disordini, paura e perdita di concentrazione. I suoi amici notarono i cambiamenti. Un risultato ancora migliore è stato raggiunto con la dose mediana del farmaco. Ha riferito questo con una certa paura, perché ha pensato che le nostre sessioni di psicoterapia sisarebbero interrotte perché il risultato era stato raggiunto.

Tuttavia, dal primo sogno attraverso i contenuti presentati, si trascina l'esperienza che non è capito e che non è aiutato, e che non ha meritato un costante atteggiamento critico nei confronti del suo comportamento e di suo risultato di studi mediocre. Non si sentiva capace di fare di più si era sforzato di fare ma il successo era abbastanza modesto. Ora stava per tornare a casa con il desiderio di un riconoscimento del cambiamento e di ottenere il sostegno e la lode per l'atteggiamento calmo e buoni voti che ha iniziato ad ottenere alla facoltà.

Il quarto sogno. – *Semir afferma di aver parlato con suo padre nel sogno. Non ha visto se stesso. Il padre era seduto sulla sua sedia con il libro sul ginocchio, silenzioso, guardando davanti sè stesso. Semir gli chiese cosa sentiva, ma suo padre non rispose. Sentiva un profondo dolore dentro di se e si svegliò in lacrime …*

Continua che ha parlato con sua madre sulla possibilità che il padre abbia PTSD. Per le vacanze andrà a casa. Quando parla con la madre lei non menziona più il divorzio e parla del padre con più empatia e comprensione … Prima andava a casa aspettando un riconoscimento in relazione al cambiamento di comportamenti connessi ai risultati del trattamento, ma niente di tutto questo accadeva. Ora si aspetta un'atmosfera diversa nel loro rapporto.

Commento: Dico che le immagini di questo breve episodio di sogno che aveva appena portato sono impressionanti, nel senso che lui può empaticamente avvicinare al suo padre, identificandosi con il suo dolore non riconosciuto, chiuso nel suo mondo interiore … Semir rimase silenzioso e in lacrime ha finito quella sessione.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I sentimenti depressivi, accompagnati dai sentimenti di inutilità e di inferiorità nei confronti degli altri coetanei, che agli occhi del paziente si confermavano con costanti avvertimenti critici, dovevano ora essere psicologicamente, emotivamente e razionalmente elaborati e capiti in profondità. Nei suoi ricordi il paziente esprimeva con molta amarezza, e si lamentava di tanti anni di sofferenza e di difficoltà a causa di un disordine non riconosciuto. Questo si è riflettuto in modo significativo sulla sua vita e le sue relazioni, generando un costante desiderio di migliore comprensione e di amore. Voleva studiare la medicina perché voleva aiutare gli altri. Infatti, sembrava aver avuto un desiderio preconscio di aiutare se stesso, però riceveva solo rimproveri e critiche. Comunque, non si arrese. Diventando studente in un altro paese ha cercato aiuto (Bramham, et al., 2009).

La comprensione sempre migliore della neurofisiologia del cervello, la psicodinamica dello sviluppo, e il funzionamento della personalità, le cui conseguenze possono creare disturbi soprattutto dal lato emotivo, sono al centro delle ricerche psichiatriche. Il lavoro nel campo della salute mentale assume che ai fenomeni psicologici bisogna avvicinarsi in modo complessivo e comprensivo.

Ciò significa che bisogna sempre ricordare che la psichiatria si basa su tre pilastri: biologico, psicologico e sociale (Gerdes, et al., 2007; Rostain, Ramsay, 2006). La sempre migliore comprensione delle componenti del funzionamento mentale, che lo stesso Freud come neurologo riteneva basarsi o sul rapporto tra processi neurofisiologici e ambiente, richiedono una approfondita analisi psico-

logica di sentimenti, esperienze e relazioni, a fine di essere in grado di valutare la capacità di una persona circa il suo funzionamento intrapersonale, interpersonale e sociale (Goodman, Thase, 2009).

Un detto popolare degli indiani americani afferma che nessuno dovrebbe mai giudicare una persona se non è stato nelle sue scarpe per almeno tre settimane. Il riconoscimento dell'importanza dell'empatia e dell'identificazione parziale sono la base per l'accesso alle persone affette dal dolore mentale. Ciò vale in particolar modo per le persone sopraffatte dall'ansia e dai sentimenti depressivi, che bisogna comprendere e aiutare. Marie Curie diceva: "Nulla nella nostra vita deve essere temuto. Dobbiamo solo capire. "

La valutazione dell'importanza di alcuni fattori eziologici nella comparsa e nello sviluppo dei disturbi depressivi richiede la ricerca di elementi specifici che portano al scompenso psichico. La sola ricostruzione delle esperienze traumatiche non basta (Herman, 1992) per elaborare il trauma e le sue conseguenze. In primo luogo bisogna elaborare il senso di perdita, aumentare la fiducia in se stesso e aprire nuove prospettive.

Bibliografia

Amihaesei I.C., Zamfir C.L. (2016). *ADHD - a troubling entity, sometimes perpetuating during adult life.* Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. Jan-Mar; 120(1): 10-4.

Bond D.J., Hadjipavlou G., Lam R.W. McIntyre, R.C. Beaulieu S. Schaffer A., Weiss M. (2012). *The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force reccomendations for the management of patients with mood disorders and comorbid ADHD.* Ann Clin Psychiatry. Feb; 24(1): 23-37.

Boumans J., Baart I., Widdershoven G., Kroon H. (2017). *Coping with psychotic-like experiences without receiving help from mental health care. A qualitative study.* Psychosis, vol. 9, No 1 (1-11pp).

Bramham J., Young S., Bickerdike A., Spain D., McCartan D., Xenitidis K. (2009). *Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD.* J Atten Disord. Mar; 12(5): 434-41.

Chronis-Tuscano A., Clarke T.L., O'Brien K.A., Raggi V.L., Diaz Y., Mintz A.D., Rooney M.E., Knight L.A., Seymour K.E., Thomas S.R., Seeley J., Kosty D., Lewinsohn P. (2013). *Development and preliminary evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with ADHD.* J Consult Clin Psychol. Oct; 81(5): 918-25.

Daviss W.B. (2008). *A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: Etiology, phenomenology, and treatment.* J Child Adolesc Psychopharmacol. Dec; 18(6): 565-71.

Gerdes A.C., Hoza B., Arnold L.E., Hinshaw S.P., Wells K.C., Hechtman L., Greenhill L.L., Swanson J.M., Pelham W.E., Wigal T. (2007). *Child and parent predictors of perceptions of parent - child relationship quality.* J Atten Disord. Jul; 11(1): 37-48.

Goodman D.W., Thase M.E. (2009). *Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: Implications for identification an management.* Postgrad Med. Sep; 121(5): 20-30.

Herman J.L. (1992). *Trauma and recovery.* New York: BasicBooks, Inc. 183-195.

Reus V.I. (1995). *Mood disorders.* In: H.H. Goldman (ed.), Review of General Psychiatry. Appleton&Lange (254-265).

Rostain A.L., Ramsay J.R. (2006). *A combined treatment approach for adults with ADHD - results of an open study of 43 patients.* J Atten Disord. Nov; 10(2): 150-9.

Segal H. (1986). *Melanie Klein's technique.* In: The Work of Hanna Segal., London: Free Association Books, 10-14pp.

Torrente F., Lopez P., Alvarez Prado D., Kichic R., Cetkovich-Bakmas M., Lischinsky A., Manes F. (2014). *Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral, and functional correlates in adults with ADHD: is the cognitive-behavioral model valid.* J Atten Disord. Jul; 18(5): 412-24.

Urlić I., Berger M., Berman A. (2013). *Victimhood, vengefulness, and the culture of forgiveness.* New York. Nova Science Publishers. 165-167.

Young S., Amarasinghe J.M. (2010). *Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan apprtoach.* J Chil Psychol Psychiatry. Feb; 51(2): 116-33.

Young S., Khondoker M., Emilsson B., Sigurdsson J.F., Philipp-Wiegmann F., Baldursson G., Olafsdottir H., Gudjonsson G. (2015). *Cognitive-behavioural therapy in medication-treated adults with ADHD and co-morbid psychopathology: a randomized controlled trial using multi-level analysis.* Psychol Med. Oct; 45(13): 2793-804.

LA DEPRESSIONE E IL SUICIDIO IN ADOLESCENZA: LE GRANDI QUESTIONI?

Nicolas Zdanowicz

Université Catholique de Louvain, Faculty of Medecine,
Psychopathology and Psychosomatic unit,
Clinique universitaire UCL Mont-Godinne, Yvoir, Belgium

RIASSUNTO

La depressione e il suicidio dei giovani sono problemi sociali reali. Sei questioni si pongono: qual è l'epidemiologia della depressione in adolescenza; quali sono i confini tra normalità e patologia a questa età;qual è la frequenza del suicidio in adolescenza; perché i tentativi di suicidio sono più frequenti che negli adulti; quali sono i fattori di rischio di suicidio e, infine, quali sono le difficoltà del trattamento della depressione in adolescenza e la prognosi. ***Metodo:*** *studi di riferimento e ricerca bibliografica su Medline, PubMed, PsyArticle, PsycList e Scopus.* ***Risultati****: la maggior parte degli adolescenti non è depressa;la frequenza all'età di 20 anni, tuttavia, è equivalente a quella registrata nell'età adulta. Inoltre, l'aumento del numero di giovani che tra i 12 ei 20 anni presenta sintomi depressivi è tale che risulta difficile individuare l'adolescente più grande che soffre di un episodio depressivo maggiore (EDM). Circa il 40-60% dei giovani depressi cerca di suicidarsi. I tentativi di suicidio sono due volte più frequenti che nell'età adulta, ma la mortalità è due volte più bassa. Al di là delle spiegazioni di tipo psichiatrico ci sono le difficoltà psicologiche e i cambiamenti fisiologici legati a questa età. Alcuni fattori diretti ed indiretti permettono di individuare i giovani più a rischio. In caso di EDMl'uso di antidepressivi è limitato non tanto perché potrebbero determinare un aumento del rischio di suicidio ma soprattutto per la loro mancanza di efficacia. Per la maggior parte degli adolescenti la prognosi di un EDM è buona.* ***Conclusione****: sapendo che i medici di medicina generale riescono ad individuare solo 1 adolescente depresso su 5, la diagnosi diventa una sfida ancora più importante sia per i medici di famiglia che per gli specialisti. I primi devono cercare di individuare i sintomi depressivi nei giovani con comportamenti a rischio per la salute e i secondi devono approfondire e studiare questi comportamenti negli adolescenti depressi.*

Parole-chiave*: episodio depressivo maggiore, adolescenza, suicidio.*

* * *

INTRODUZIONE

La depressione e il suicidio dei giovani sono delle importanti sfide sociali. Spesso, infatti, fanno notizia sui giornali. I giovani risultano sempre più depressi e con idee di suicidio. Cosa succede in realtà?

Attraverso alcune opere di riferimento e attraverso i media abbiamo individuato sei questioni che costituiscono la peculiarità della depressione e del suicidio in adolescenza:

1. qual è l'epidemiologia della depressione in adolescenza;
2. quali sono i confini tra normalità e patologia a questa età;
3. qual è la frequenza del suicidio in adolescenza;
4. perché i tentativi di suicidio sono più frequenti che negli adulti;
5. quali sono i fattori di rischio di suicidio;
6. Quali sono le difficoltà del trattamento della depressione in adolescenza e la prognosi.

METODO

Abbiamo cercato di sintetizzare i dati delle opere di riferimento aggiungendo una ricerca bibliografica su Medline, PubMed, PsyArticle, PsycList e Scopus.

Risultati:

1. Epidemiologia della depressione in adolescenza

La frequenza di episodi depressivi maggiori (EDM) in adolescenza varia a seconda dell'età. La frequenza del disturbo al di sotto dei 6 anni è stimata all'1% (Zdanowicz, et al., 1995). Un valore, questo, approssimativo visto che non è assodato che i criteri utilizzati per gli adulti siano validi anche per la popolazione più giovane. È evidente il fatto che un bambino di 5 anni non si lamenta di una "mancanza di piacere o di interesse" o di un "umore depresso" come farebbe un adulto. Nel periodo adolescenziale la frequenza del disturbo va dal 6 al 9% e in tarda adolescenza è la stessa di quella riscontrata in età adulta, con un tasso di +/– il 20%. Come succede per gli adulti, per le ragazze esiste un rischio 2-3 volte superiore di presentare un EDM.

Pertanto, se l'EDM è nel complesso meno frequente che nell'età adulta, perché se ne parla così tanto? Possiamo accusare gli adulti di vedere i problemi nei giovani piuttosto che in loro stessi ma, probabilmente, sono tutti i problemi connessi all'EDM a spaventare.

In effetti, un EDM che si palesa durante l'adolescenza è quasi sempre associato a:

– difficoltà di apprendimento che aggrava il morale dei giovani;

– difficoltà nei rapporti sociali sia con gli adulti che con i propri coetanei che ipotecano l'inclusione sociale in un momento in cui il sostegno morale è necessario per vivere l'adolescenza;

– aumento dei rischi di gravidanze precoci;

– aumento della probabilità di comportamenti che danneggiano la salute. Tra queste si riscontra soprattutto il consumo di sostanze nocive legali (alcol, tabacco) ed illegali cosi come il sovrappeso dovuto ad una alimentazione compensatoria.

2. Il confine tra normalità e patologia

Quando si analizza la presenza di sintomi depressivi nella fascia di età dai 12 ai 20 anni notiamo che con l'incremento dell'età aumentano i sintomi depressivi

e maggiori sono gli adolescenti con sintomi depressivi (Zdanowicz, et al., 2002). Ciò significa che se è facile individuare un adolescente depresso nel periodo adolescenziale, perché in contrasto con le attitudini dei suoi coetanei, dai 16-17 anni è raro trovare un giovane che non presenti alcun sintomo depressivo. Pertanto, l'individuazione di un giovane che presenta un EDM diventa molto più complicata. Ovviamente i medici hanno l'ossessione del suicidio in adolescenza e forse bisogna ricercare in questa paura la causa del drastico aumento di prescrizioni di antidepressivi a cui abbiamo assistito tra il 1990 e il 2004 (Ma, et al., 2005; Skaer, et al., 2009; Meng, et al., 2014; Zito, et al., 2002). Prima del 1990 erano rari i casi di adolescenti a cui venivano prescritti antidepressivi. Le ragioni erano chiaramente legate al trattamento particolarmente pesante, dati gli effetti collaterali significativi, e al fatto che erano previste diverse somministrazioni al giorno, pertanto un trattamento spesso di difficile applicazione soprattutto nei pazienti giovani. Questi due fattori hanno limitano la prescrizione agli adolescenti ma, con la generazione Prozac, i suoi effetti collaterali meno critici e il passaggio ad un'unica somministrazione, abbiamo visto aumentare il numero di adolescenti curati con antidepressivi del 300% tra il 1990 e il 2004. Praticamente, nell'impossibilità di fare la differenza, molti sono trattati con antidepressivi. Si teme che troppi giovani, a cui sia stata diagnosticata una forma di depressione, sono trattati con antidepressivi senza realmente averne bisogno. La depressione è prima di tutto una fase di ridefinizione di sé stessi in periodi di grandi cambiamenti, come in adolescenza, o di dolore. La regola, che consiste nel dire "che ci vogliono almeno 15 giorni di sintomi", non è un criterio abbastanza significativo per distinguere tra coloro che hanno difficoltà ad attraversare questa fase e quelli che vi rimangono intrappolati (Zdanowicz N, Shepens P., 2013). Quindi solo quest'ultimi dovrebbero essere considerati come "malati" (Jadoul, et al., 2004).

Ciò che rende i sintomi depressivi così frequenti a questa età è il fatto che l'adolescenza comporta un processo di separazione - dolore. Gli adolescenti per diventare adulti devono affrontare la perdita dell'ideale di genitori posseduto nel periodo dell'infanzia, compiangere la perdita della loro infanzia e dello stile di vita felice legato ad essa, e, infine, devono affrontare la perdita della loro bisessualità. Le relazioni tra un adulto e i propri genitori sono diverse da quelle che ha un adolescente con il padre e la madre o se vi è il rispetto non c'è più ammissione di colpa, si rinuncia all'imprudenza dell'infanzia diventando uomo o donna. Se si può parlare di un processo di accettazione del dolore è, tuttavia, un dolore molto diverso da quello che risentono gli adulti ed in particolare le persone anziane. In quest'ultimi il dolore è legato a una riduzione del mondo che gli sta intorno (pensiamo ad una persona anziana che deve affrontare il momento della pensione, la perdita progressiva dei propri amici, del proprio compagno o della propria autonomia), al contrario, in adolescenza questi dolori sono il preludio di un mondo più ampio. Quest'ultimo infatti si estende al di là dei confini del nucleo familiare, in termini di autonomia e di relazioni sessuali.

Se molti adolescenti presentano dei sintomi di depressione, quando bisogna preoccuparsi dell'esistenza di un EDM? Esistono diversi indicatori: prima di tutto la presenza di un senso di colpa accentuato e di ansia in un adolescente molto inibito costituisce un segnale d'allarme. Generalmente un adolescente di questo

tipo ha comunque probabilmente avuto un'infanzia difficile e si parla allora di un processo evolutivo dall'infanzia all'adolescenza verso un EDM. L'EDM può allo stesso tempo celarsi dietro un mosaico di somatizzazioni, di dismorfofobia o di disturbi comportamentali. Bisogna inoltre appurare se l'adolescente è stato vittima di violenze, se ha delle attitudini che tendono a trascurare la salute (assunzione di rischi, consumo di sostanze nocive legali o illegali). In un quadro di depressione l'esistenza di una derealizzazione, di idee o atti suicidari e di un disinvestimento (relazioni con i parenti, impegno scolastico) sono dei fattori aggravanti. Infine bisogna essere consapevoli che gli stati depressivi più gravi non sono necessariamente i più evidenti e che i genitori sono più sensibili agli atteggiamenti di sfida che a quelli di remissività.

3. Epidemiologia del suicidio

Il suicidio è considerato come la terza causa di morte nella fascia di età che va dai 15 ai 25 anni. A breve potrà essere considerato come la seconda causa dati i progressi della medicina che permettono di dare delle prognosi migliori ai giovani malati di cancro. Inoltre il numero di suicidi è senza dubbio sottostimato per il fatto che non vengono conteggiati i decessi di adolescenti in incidenti stradali di cui una parte sono dei suicidi non riconosciuti. L'OMS stima che 1.3 milioni di adolescenti sono morti di suicidio nel 2012. La frequenza dei suicidi al di sotto dei 10 anni è molto bassa, pari all'1.5 su 100000 giovani nella fascia d'età tra i 10 e i 14 anni e raggiunge l'8.2 su 100000 per i giovani dai 15 ai 19 anni. Un adolescente su 5 prende seriamente in considerazione l'idea di metter fine alla propria vita, il 12% ha un piano ben preciso e il 5% tenta. Nelle ragazze sono maggiori i tentativi di suicidio rispetto ai ragazzi ma per quest'ultimi si registrano più morti.

Si contano 3 ragazzi morti per ogni ragazza. Se per gli adolescenti si registrano il doppio dei tentativi di suicidio (350/100000) rispetto agli adulti, fortunatamente la mortalità è due volte inferiore e si registra 1 suicidio su 10 tentativi.

4. Perché i tentativi di suicidio sono più frequenti che negli adulti?

Sono state date individuate tre principali ragioni: biologica, psicologica e psichiatrica. Nessuna correlazione è stata individuata tre queste cause e pertanto bisogna considerare che queste motivazioni si completano a vicenda piuttosto che escludersi l'un l'altra.

Per le ragioni biologiche (Manceaux, et al., 2015) il primo fattore coinvolto è il processo eterogeneo di crescita del cervello. Cosi, in adolescenza, il lobo frontale soffre di un ritardo di mielinizzazione e il lobo interviene nel controllo dell'impulsività. Gli adolescenti sono dunque più impulsivi degli adulti per la mancanza di autocontrollo e le ragazze lo sono meno dei ragazzi dato che il loro livello di estrogeni, maggiormente elevato, favorisce una maturazione della materia grigia più rapidamente. Gli adolescenti sono meno capaci di gestire lo stress rispetto agli adulti perché il feedback negativo tra il livello di cortisolo e l'ipotalamo è meno efficace. In questo caso i ragazzi sono avvantaggiati perché il loro livello di CBG (*Cortisol Bounding Protein*, che diminuisce il livello di cortisolo li-

bero e attivo) è più elevato. Più gli estrogeni aumentano il livello di cortisolo così gli androgeni lo riducono. Sappiamo inoltre che più alto è lo stress più è presente una diminuzione della neurogenesi a livello dell'amigdala e dell'ippocampo. Infine gli adolescenti sono più sensibili alla depressione perché l'alto livello di cortisolo riduce la sensibilità dei recettori di serotonina. Nuovamente le ragazze sono svantaggiate dato che gli estrogeni e i progestinici hanno un effetto sfavorevole sulla serotonina, la dopamina e il GABA (acido gamma-amino-butirrico). Esiste anche un effetto sfavorevole degli ormoni ovarici sul livello di BDNF (Brain derived neurotrophic factor) e sui recettori serotoninergici. Se le spiegazioni sono interessanti hanno tuttavia poco interesse clinico e non ne è stata necessariamente verificata la validità. Ad esempio per quanto riguarda la proverbiale impulsività degli adolescenti e la presa di rischio sconsiderata, abbiamo potuto dimostrare che innanzi a situazioni rischiose gli adolescenti sottovalutano il rischio rispetto agli adulti (Godenir, et al., 2004). Allo stesso modo l'abuso di bevande alcoliche negli adolescenti è direttamente connesso all'atteggiamento dei genitori rispetto a questo consumo. Diverse sono le tipologie di genitori oscillando tra genitori che vietano tutti i tipi di consumo, altri che non controllano e non vietano e alcuni che controllano ma non vietano, è in quest'ultimo caso che i giovani ne abusano meno. Se pertanto esiste l'impulsività, questa è particolarmente influenzata da altre variabili tra cui i genitori. Ritroviamo questo ruolo cruciale degli adulti anche nella sfera della sessualità. L'assunzione regolare di contraccettivi per via orale dipende direttamente dalla qualità del rapporto tra madre e figlia. Possiamo allo stesso modo prevedere il 90%della variazione del rischio di relazioni sessuali precoci a partire da 3 variabili: il controllo ostile della sessualità degli adolescenti da parte dei genitori, l'influenza dei coetanei e l'esistenza di disturbi comportamentali.

A livello psichiatrico il 90% dei giovani che muore è portatore di una diagnosi psichiatrica (De Hepcée, et al., 2015). Sono dei dati questi discutibili visto che da un lato si tratta parzialmente di una diagnosi retrospettiva e dall'altro lato la proporzione di adolescenti che realizzano un tentativo di suicidio e che soffrono di disturbi psichiatrici è senza dubbio inferiore. Come nel caso degli adulti, non c'è nesso tra la popolazione che si suicida e coloro che tentano di suicidarsi. Per quanto riguarda le diverse diagnosi evocate in letteratura siamo stupiti della variabilità delle rispettive proporzioni presenti nelle varie diagnosi degli autori. Sull'insieme dei suicidi, i disturbi psicotici rappresentano il 10%. La suicidalità tra le psicosi è maggiore del 10% ma i pazienti psicotici sono fortunatamente meno frequenti che gli adolescenti depressivi. La depressione è diagnosticata al 40-60% dei giovani suicidari. Questo fattore di rischio è aggravato se l'EDM è associato a dei disturbi ansiosi, disturbi comportamentali e abuso di sostanze. L'EDM, la depressione cronica, i disturbi ansiosi e gli attacchi di panico sono ugualmente connessi al rischio di realizzazione di molteplici tentativi di suicidio. Gli adolescenti bipolari rappresentano il10 15% dei giovani suicidari. Due forme hanno un pronostico particolarmente grave e sono gli stati melanconici, che sono rari, o i disturbi bipolari e associati a disturbi fisici e a comportamenti antisociali. Quest'ultima forma è decisamente più comune. Constatiamo anche l'esistenza di3 disturbi somatici contemporaneamente nel 40% dei giovani suicidari.

Infine il rischio di suicidio è associato a: l'uso cronico di sostanze (alcol in particolare tra i ragazzi), i disturbi di adattamento, i disturbi della personalità in particolare di tipo borderline.

Cosa spinge l'adolescente al suicidio? La depressione e il dolore sono facilmente sinonimo di un desiderio di morte. Ricordiamo cheil 70% dei depressi ha pensieri suicidi. Il suicidio può apparire come una soluzione a molti problemi. Rappresenta la fine della sofferenza causata dalla mancanza di ciò che è sparito, è il sogno di trovare l'altro attraverso la morte, è un modo per aggredire coloro che rimangono in vita e accusati di essere responsabili del malessere e, molto spesso, è un grido di aiuto per superare un periodo difficile.

L'adolescenza rappresenta un dolore, è la morte dell'infanzia associata alla domanda se la vita è degna di essere vissuta. In adolescenza la volontà di morire è una risposta a una privazione insopportabile e allo stesso tempo una richiesta al padre affinché testimoni il valore della vita. Si tratta della morte del padre ideale dell'infanzia che non può dare una ragione di vita al suo bambino, una richiesta d'aiuto all'uomo dietro il padre ideale. Il padre non può che spiegare come lui, da uomo semplice, ha vissuto l'adolescenza per dare un senso alla vita. Perché l'adolescente è intriso di un desiderio di non cambiare e di non perdere e il suicidio ingloba il desiderio di cancellare ciò che separa. Infine, nelle delusioni dell'adolescenza, il suicidio può essere la messa in opera di un progetto che finalmente vale la pena di essere vissuto, essere protagonisti di una condanna a morte piuttosto che essere anonimo, vivo. Come tale, la condanna a morte è portatrice di vita. Ciò si riflette nei giochi con la morte degli adolescenti dove si ritrovano al limite della non-esistenza e, mettendosi in gioco, dimostrano a loro stessi che esistono. "Penso, dunque esisto" diventa "muoio, dunque esisto". Questo è ciò che rende contagiosi i tentativi di suicidio in adolescenza. Il tentativo di suicidio è un atto di allontanamento dei dolori, un modo per liberarsi dall'assenza delle perdite dell'infanzia. Prevenire la voglia di morire in adolescenza significa aiutare i giovani a far nascere un nuovo adulto che, pur essendo un prolungamento dei genitori ma ovviamente diverso, in modo peculiare vivrà il suo corpo e la sua vita secondo il proprio desiderio. Si tratta di imparare a fidarsi del proprio desiderio, piuttosto che vivere con il desiderio di chi sta intorno, i genitori, gli amici. Per il giovane si tratta di non aver paura di perdere il rispetto della famiglia, le certezze dei genitori o ancora di non essere ferito perché non invitato ad una festa.

5. Fattori di rischio di suicidio

I fattori di rischio sono divisi in due grandi categorie, i fattori diretti ed indiretti.

5.1 Fattori di rischio diretti

5.1.1 Fattori individuali

Quando si mettono a confrontano gli adolescenti che hanno almeno fatto un passo verso l'atto suicidario e coloro che invece "non sono suicidari", emergono due caratteristiche:

– situazioni di fallimento scolastico/o di inizio precoce dell'attività lavorativa;

– Il sopraggiungere di inaspettati eventi della vita (come se l'atto suicidario risultasse da un esaurimento delle capacità del ragazzo di rispondere ai cambiamenti). Tra gli eventi della vita che hanno un forte impatto sulla suicidalità emergono la fine di una relazione amorosa, problemi di disciplina e giudiziari

5.1.2 *Fattori socioculturali e ambientali*

Il livello socio-culturale non appare come un fattore discriminante. Tuttavia, v'è una maggiore incidenza del suicidio tra i migranti di prima e seconda generazione.

Si sospetta l'esistenza del fenomeno di contagio e di emulazione nei giovani, tuttavia, su base di un'osservazione a lungo termine, non è stato rilevato un aumento del numero dei suicidi tra le persone prossime all'adolescente che si è suicidato. Ciò è interpretabile in questo modo: il suicidio favorisce il verificarsi di altri suicidi di adolescenti che si sarebbero effettivamente suicidati in seguito. Si potrebbe parlare di "accelerazione" invece che di "contagio" o "emulazione".

5.1.3 *Metodi utilizzati*

La via più comune è l'assunzione di medicinali (dall'80 all'85%). Tra il 15 e il 20%, troviamo l'ingestione orale o parenterale di vari prodotti tossici (detersivi, droghe, ...), più raramente la flebotomia, la defenestrazione, l'annegamento, il gettarsi deliberatamente sotto un veicolo in corsa, l'impiccagione e l'arma da fuoco (questi mezzi sono più comuni in età adulta). Non v'è alcuna stretta correlazione tra la gravità dell'atto suicidario, l'intensità del desiderio di morte e la gravità dei problemi psicopatologici. Tuttavia, i metodi che creano maggiori danni all'integrità del corpo sono spesso l'atto di adolescenti profondamente turbati e che ad esempio soffrono di psicosi. Inoltre, un atto suicidario premeditato e preparato è certamente l'atto di un adolescente depresso, che prova rabbia e disperazione.

5.1.4 *Fattori familiari*

Le famiglie disunite e l'assenza di un padre o di una figura paterna sono caratteristiche ricorrenti. Spesso, un genitore è in cura psichiatrica, soffre d' alcolismo o nel suo passato ci sono antecedenti di tentativi di suicidio. Il divorzio in sé non è un fattore di rischio: infatti, affinando i risultati in funzione dei disturbi genitoriali, si può constatare che il rischio di suicidio non è maggiore per i figli di genitori divorziati che non presentano un disturbo psicologico come sopra menzionato. Nelle famiglie di adolescenti suicidari, riscontriamo spesso la morte di un genitore avvenuta in precedenza. L'incesto o un clima incestuoso rappresentano spesso linfa vitale per un atto suicidario.

5.2 *Fattori di rischio indiretti*

Il principale fattore di rischio indiretto è la qualità dell'assistenza medica. Un atto suicidario risveglia nelle persone prossime all'adolescente un senso d'urgenza connesso al contesto drammatico. Il medico, pur se travolto dalla pressione della famiglia, deve comunque essere in grado di sviluppare una strategia adeguata e non passare all'azione anche lui impulsivamente. Non si è d'altronde riuscito a dimostrare che il ricovero ospedaliero degli adolescenti suicidari riduca

il livello di ideazioni suicidarie, tentativi di suicidio o suicidi riusciti. Questa informazione è rilevante perché rafforza la convinzione attuale che sia meglio evitare il ricovero ospedaliero di un adolescente in reparti psichiatrici per far si che non si identifichi come un paziente psichiatrico. Bisogna trovare un giusto equilibrio tra una adeguata considerazione del malessere espresso attraverso l'atto suicidario e la drammatizzazione stigmatizzante legata al ricovero in ospedale psichiatrico. In caso di tentato suicidio, una volta compiute le azioni di primo soccorso, c'è soprattutto l'urgenza di ascoltare. L'intesa che si crea in seguito tra il medico e l'adolescente è una risorsa importante per il resto del percorso di cura. Di solito un tentativo di suicidio si verifica quando parlare non è più possibile o perché non se ne riconosce più il valore o perché è pericoloso per il sistema familiare. Se siamo in grado di capire con l'adolescente cosa c'è di intollerabile per lui nella sua situazione, allora possiamo accompagnarlo verso i cambiamenti necessari affinché il desiderio di morte si dissolva.

6. Difficoltà del trattamento della depressione in adolescenza e la prognosi.

Trattare un problema di depressione in adolescenza è complicato dal fatto che l'utilità del trattamento antidepressivo è limitata. Sono due le ragioni. Da un lato la FDA ha approvato un solo farmaco: fluoxetina; nessun'altra sostanza ha dimostrato di essere efficace. Sotto i 16 anni l'efficacia degli antidepressivi è quindi incerta. Allo stesso tempo, se tra il 1990 e il 2004 c'è stata un'esplosione di prescrizioni agli adolescenti, nel 2004 la FDA ha lanciato un allarme per limitare le prescrizioni di antidepressivi sospettati di causare un aumento del suicidio in adolescenza. Non appena il livello delle prescrizioni si è stabilizzato in un primo momento, negli Stati Uniti, lo stesso è successo per il livello di suicidi. Tuttavia dal 2009 la frequenza ha ricominciato ad aumentare, escludendola responsabilità degli antidepressivi (Stone MB, 2014). Il trattamento della depressione in adolescenza rimane principalmente focalizzato sulla psicoterapia dal 2004. L'aspetto incoraggiante del trattamento è che in media la prognosi è buona. Olino e i suoi collaboratori (Olino, et al., 2010) hanno in effetti dimostrato che solo l'1,3% dei giovani presentava una depressione persistente. Invece, con il passare degli anni, la depressione diventa sempre più frequente.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Il funzionamento della famiglia ha un'influenza sulla salute degli adolescenti. Quando si considerano i fattori di rischio aggiuntivi, come la depressione cronica o comorbidità psichiatriche, la situazione è ancora più a rischio. Ad oggi le teorie biologiche hanno avuto poca utilità clinica. Ciò che sembra fondamentale è l'individuazione dei soggetti a rischio. Questa selezione deve essere migliorata. Su 5 adolescenti depressi visitati da un medico generalista solo ad1 di essi gli sarà diagnosticata (Katon, et al., 2010). Un modo per sensibilizzare l'anamnesi di coloro che effettuano una prima visita è di includere richiesti sul loro stato d'animo quei giovani con comportamenti volti a minare il loro stato di salute, come l'inattività fisica, l'obesità, il fumo, le droghe, l'alcool, o che presentano disfunzioni nella gestione delle questioni di vita quotidiana. Al contrario nell'ottica

di un'assistenza medica approfondita del giovane depresso, gli specialisti in psichiatria dovrebbero indagare sistematicamente questi stessi fattori di salute.

Bibliografia

De Hepcée C., Reynaert Ch., Jacques D., Zdanowicz N. *Suicide in adolescence: attempt to cure a crisis, but also the fatal outcome of certain pathologies. Psychiat Danub* 2015; 27: 296-299.

Godenir F., Algrain V., Zdanowicz N., Reynaert Ch. *Les conduites à risque chez les adolescents.* L'observatoire 2004; 42: 60-73.

Jadoul E., Zdanowicz N., Reynaert Ch. *Point de repères pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent en salle d'urgence.* L'Encéphale 2004; 3: 106.

Katon W., Richardson L., Russo J., McCarty C.A., Rockhill C., McCauley E., Richards J., Grossman D.C. *Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. Gen Hosp Psychiat* 2010; 32(3): 233-9.

Ma J., Van Lee K., Stafford R. *Depression treatment during outpatient visits by U.S. children and adolescents. J Adol Health* 2005; 37, 434-42.

Manceaux P., Jacques D., Zdanowicz N. *Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: a systematic review. Psychiat Danub* 2015; 27: 300-304.

Meng X., D'Arcy C., *Tempier R. Long-term trend in pediatric antidepressant use, 1983-2007: a population based study. Canadian J Psychiat* 2014; 59: 89-97.

Olino T.M., Klein D.N., Lewinsohn P.M., Rohde P. & Seeley J.R. *Latent trajectory classes of depressive and anxiety disorders from adolescence to adulthood: descriptions of classes and associations with risk factors. Compr Psychiatry* 2010; 51: 224-235.

Skaer T., Sclar D., Robison L. *Trends in prescriptions for antidepressant pharmacotherapy among US children and adolescents diagnosed with depression, 1990 through 2001: An assessment of accordance with treatment recommendations from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Clin Thera* 2009; 31: 1478-1487.

Stone M.B. *The FDA Warning on Antidepressants and Suicidality - Why the Controversy? N Engl J Med* 2014; 371: 1668-1671.

Zdanowicz N., Coremans E., Reynaert Ch. Depression at adolescence. *J of Europ Col of Neuropsychopharmacol*, 2002; 12, 173.

Zdanowicz N., Reynaert Ch., Janne P. *Dépression et suicide à l'adolescence.* Louvain Méd., 1995; 114: 357-364.

Zdanowicz N., Schepens P. *Tous fou ou la psychiatrie 5.0.* Harmattan, Paris, 2015.

Zdanowicz N., Tordeurs D., Reynaert Ch. *Vécu dépressif normal et pathologique à l'adolescence. Neurone*, 2002; 6: 153-157.

Zito J.M., Safer D.J., DosReis S., Gardner J.F., Soeken K., Boles M., Lynch F. *Rising prevalence of antidperessnts among US youth. Pediatrics* 2002; 109: 721-727.

Corrispondenza

Nicolas Zdanowicz, MD, PhD
Université Catholique de Louvain, Psychosomatics Unit
Mont-Godinne University Hospital
5530 Yvoir, Belgium
E-mail: *Nicolas.zdanowicz@uclouvain.be*

L'INTERVENTO PSICO-EDUCATIVO SULLA DEPRESSIONE: L'ESPERIENZA DEI GRUPPI DEP DEL CSM DI TRENTO

Wilma Angela Di Napoli[1], **Marco Gradassi**[2], **Paola Nardon**[3]

[1] *UO Psichiatria 2, APSS Trento*
[2] *UO Psicologia 1, APSS Trento*
[3] *AMA Trento*

RIASSUNTO

La depressione è una malattia che coinvolge a livello mondiale milioni di persone in tutte le fasce di età. Recenti studi confermano che sia tra le patologie più rappresentate nella utenza dei servizi psichiatrici e si stima che i medici di base vedano ogni giorno almeno un paziente con disturbo depressivo. Nella Provincia di Trento potremmo stimare che entro il 2020 circa 100.000 cittadini trentini ne saranno affetti, ma presumibilmente meno dell'1% sarà preso in carico come paziente dai servizi psichiatrici. La depressione è una malattia subdola e insidiosa, di durata variabile, e il ripetersi di più episodi depressivi nell'arco della vita rende il soggetto più vulnerabile alla cronicizzazione, e a maggior rischio suicidario. Alla luce di tali considerazioni il Servizio di salute mentale di Trento si è organizzato per offrire da diversi anni alla propria utenza un intervento terapeutico di gruppo che utilizza l'approccio cognitivo comportamentale, così da fornire al soggetto strumenti psicologici utili, in associazione alle cure farmacologiche, a favorire il recupero psichico, ma anche a sostenere la cura dove il soggetto è contrario all'utilizzo di presidi farmacologici e allo scopo di incentivare le strategie di prevenzione delle ricadute depressive. L'approccio cognitivo-comportamentale adottato nei Gruppi Dep risulta efficace quanto gli psicofarmaci nella maggior parte delle forme di depressione lieve e medio-lieve ed è preferibile ad essi in quanto la sua efficacia dura più a lungo e non ha effetti collaterali. Il Servizio di salute mentale di Trento inoltre, promuovendo un simile approccio terapeutico di gruppo, diffonde una modalità propositiva e positiva di affrontare la malattia depressiva, che riduce il timore e lo stigma che caratterizzano i servizi psichiatrici, e che fornisce ai medici di medicina generale uno strumento valido e facilmente fruibile per l'utenza affetta da depressione e a rischio di cronicizzazione.

Parole-chiave: *Depressione, gruppi, cognitivo-comportamentale, cronicizzazione, prevenzione.*

* * *

INTRODUZIONE

La depressione è una malattia che coinvolge milioni di persone in tutte le fasce di età della popolazione a livello mondiale. L'OMS la considera responsabile di un enorme peso per la società, non solo in termini di sofferenza umana ma anche di perdite economiche e quale concausa di numerose malattie fisiche.

Recenti studi scientifici confermano che si tratti di una delle condizioni psichiatriche più rappresentata nella utenza dei servizi psichiatrici e si stima che i

medici di base vedano ogni giorno almeno un paziente con un disturbo depressivo di una certa rilevanza.

In Italia, un adulto su quattro nel corso della vita è interessato da un episodio di depressione maggiore, le donne più degli uomini e se calcoliamo la popolazione attuale della Provincia di Trento, potremmo stimare che per il 2020 circa 100.000 cittadini trentini ne saranno affetti, ma presumibilmente, secondo i dati attesi, meno dell'1% sarà preso in carico come paziente dai servizi psichiatrici.

La depressione è una malattia subdola: alcuni sintomi sono più immediati da riconoscere (tristezza, stanchezza) altri più mascherati e ambigui (come la difficoltà ad interagire con gli altri, la perdita di piacere nelle attività comuni). Anche la durata dell'episodio depressivo è variabile, sicuramente il ripetersi di più episodi nell'arco della vita rende il soggetto più vulnerabile alla ricorrenza depressiva, che a sua volta è uno tra i fattori di rischio suicidario. Secondo l'OSM difatti circa il 50 per cento dei pazienti che guariscono da un primo episodio depressivo avranno in seguito almeno un secondo episodio fino alla cronicizzazione.

Senza una cura adeguata e tempestiva che sostenga la persona sofferente, si possono creare delle connessioni stabili tra umore depresso e pensieri negativi su di sè, predisponendo le persone a "ricadere" in depressione più volte nel corso della propria vita. Quando questa connessione è stabilita anche una transitoria tristezza può diventare la porta di accesso alla depressione, porta la cui chiave saranno i pensieri critici verso se stessi. In un periodo di relativo benessere, è più semplice riconoscere con chiarezza che questi pensieri sono delle distorsioni, ma quando si attraversa un disagio depressivo questi sembrano verità assolute. Si cerca una via di uscita alla sofferenza emotiva rimuginando incessantemente per "trovare una soluzione" che in tal modo si allontana sempre più, anzi la "ruminazione" diviene parte integrante del problema e costituisce il motore che alimenta emozioni e stati d'animo negativi.

Alla luce di tali considerazioni il Servizio di salute mentale di Trento si è organizzato per offrire da diversi anni alla propria utenza un intervento terapeutico di gruppo che utilizzi l'approccio cognitivo comportamentale e vada ad agire sulle convinzioni distorte alla base della depressione, seguendo il modello di Beck (concezione negativa sul mondo – autocommiserazione, concezione negativa su di sé - autosvalutazione e considerazioni negative sul futuro – disperazione), di Ellis (pensieri disfunzionali), e della Mindfulness Based Cognitive Therapy elaborato dall'equipe della Clinica per la depressione di Washington diretta da Marsha Lineahn, così da fornire al soggetto strumenti psicologici utili, in associazione alle cure farmacologiche, a favorire il recupero psichico, ma anche a sostenere la cura dove il soggetto è contrario all'utilizzo di presidi farmacologici e allo scopo di incentivare le strategie di prevenzione delle ricadute depressive.

L'intento dichiarato è di ridurre la percentuale di pazienti che si cronicizza nella depressione e per raggiungere tale scopo è necessario individuare gli utenti in tempo, ovvero al loro primo momento depressivo o al massimo al secondo episodio. Per questo motivo il Servizio salute mentale di Trento ha promosso una campagna di informazione rivolta ai cittadini, anche con la collaborazione del Pronto Soccorso locale, e un modulo di formazione rivolto ai medici di base, per diffondere e promuovere i Gruppi di terapia cognitivo comportamentale per

persone che soffrono di disturbo depressivo medio-lieve (gruppo Dep) nella popolazione di Trento.

METODI

Da una decina d' anni l'Unità Operativa di Psicologia 1 e l'Unità Operativa di Psichiatria 2 dell'Azienda Provinciale dei Servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento hanno stipulato un protocollo di collaborazione con lo scopo di creare un progetto di cura per pazienti con attacchi di panico e per pazienti con depressione a vari livelli di gravità.

Negli anni, grazie all'esperienza accumulata, è stato manualizzato il modello di intervento clinico sopra descritto. L'idea di manualizzare uno strumento clinico operativo come la terapia di gruppo con pazienti con diagnosi di depressione medio-lieve aiuta a descrivere dettagliatamente contenuti e struttura di un intervento, a saper spiegare alle persone quello che stiamo facendo e il motivo per cui lo stiamo facendo, quali sono i risultati che ci attendiamo e il tempo che dovranno investire per raggiungerli, a mantenere l'attenzione sul programma fornendo pratiche indicazioni. Questi fattori aiutano ad aumentare di molto l'adesione alle sedute, facilitando la relazione terapeutica e diminuendo i drop out.

L'intervento di gruppo di terapia cognitivo comportamentale per persone che offrono di disturbo depressivo medio-lieve (gruppo Dep) che si svolge a Trento utilizza un manuale che serve come testo di riferimento e viene fornito agli utenti anche come strumento di auto-aiuto a trattamento completato.

Tale manuale deriva dal testo di Morosini (Morosini, et al., 2004) ed è stato modificato per adattarlo ad un un intervento di gruppo anziché individuale ed è stato scritto con un linguaggio ancora più semplice. Esso funge da guida per i partecipanti al gruppo e al conduttore così da fornire una sorta di mappa da seguire, potenziando le abilità di coping e impedendo al terapeuta di perdersi o soffermarsi troppo su alcuni punti a scapito di altri. Il manuale inoltre serve anche al paziente per registrare le proprie esperienze personali, come una sorta di «diario di bordo».

L'uso del manuale è di estrema importanza in quelle terapie a tempo limitato dove il numero delle sedute, e la loro durata, è stabilita fin dall'inizio. A trattamento concluso, in presenza di nuovi eventuali momenti di difficoltà può essere usato per ripassare i principi e le tecniche di trattamento e come guida per mettere nuovamente in pratica le strategie indicate per i vari casi.

L'intervento si organizza in 9 incontri a cadenza settimanale, che si tengono presso la sede del Servizio di salute mentale di Trento. Nei primi sei anni di esperienza, il Gruppo Dep aveva una durata giornaliera di due ore dove si lavorava principalmente sulla spiegazione del funzionamento cognitivo e sulle abilità comportamentali per prevenire le ricadute. Dal 2014 ad oggi, si è deciso di aumentare l'impegno orario a sei ore, per introdurre spazi di lavoro su tecniche di rilassamento e mindfulness. Questo in linea con i recenti studi di efficacia sul trattamento dei pazienti con diagnosi di depressione medio-lieve e per favorire maggior coesione e possibilità di confronto fra i vari partecipanti. Attualmente il programma di trattamento prevede incontri strutturati in 3 momenti:

– modulo teorico: riflessioni sulla natura e causa della depressione, sviluppo di abilità che permettano di fronteggiarla;

– modulo di rilassamento: tecniche di respirazione e rilassamento muscolare;

– mindfulness.

Gli incontri si sviluppano su un programma già definito di obiettivi così composti:

– informazioni sulla depressione (caratteristiche, sintomi, conseguenze, vantaggi secondari, modello cognitivo-comportamentale) e gestione dell'ansia

– aumento delle attività

– soluzione di problemi e raggiungimento di obiettivi

– i pensieri e i virus mentali: errori di osservazione e comprensione della realtà

– riconoscimento dei pensieri disfunzionali

– valutare e contrastare i pensieri disfunzionali

– identificare e modificare le pretese assolute

– altri aspetti specifici della depressione: senso di colpa, senso di responsabilità e senso di impotenza eccessivi

– mantenere i progressi e prevenire le ricadute.

Il gruppo terapeutico dovrebbe avere massimo 10 partecipanti con un minimo di 6 persone, se motivate. Dalla nostra esperienza, durante i primi due incontri, alcune persone decidono di non partecipare più, a volte dichiarando questo al terapeuta altre volte semplicemente non presentandosi. Il problema dell'abbandono della terapia è un fenomeno più frequente con questa classe di sofferenza rispetto alla classe diagnostica dei disturbi d'ansia in quanto le caratteristiche stesse del disturbo depressivo portano il paziente a sviluppare maggiori resistenze al cambiamento. Per questo motivo, in fase di organizzazione, è bene prevedere un gruppo che sia in grado di assorbire questa naturale "mortalità" iniziale, rimanendo un gruppo. Dopo i primi due incontri, non abbiamo registrato un significativo drop out nel resto dei partecipanti.

La scelta dei partecipanti in base alla classe diagnostica è fondamentale per la riuscita del gruppo stesso, per questo motivo è necessario impiegare molte risorse su questo punto. Usualmente viene raccolta una lista di nominativi che provengono dalla segnalazione di colleghi della Uo di Psichiatria e di Psicologia, di medici di base, di pazienti che hanno già fatto il corso, o auto invii. Una primissima selezione avviene già telefonicamente dove si cerca di capire se la persona effettivamente soffre di un disturbo depressivo o se è arrivata a noi erroneamente. In un secondo tempo, le persone della lista di attesa vengono viste individualmente dal terapeuta che poi terrà il gruppo sia come conduttore o come co-conduttore.

Durante la visita individuale il terapeuta si accerta di alcune variabili:

1. la classe diagnostica che deve essere quella depressiva in stato di remissione o in stato acuto se medio lieve.

2. lo stile di personalità, cercando di escludere le persone con disturbi di personalità;

3. la motivazione

4. il tempo e le risorse cognitive

Vengono inclusi nei gruppi anche persone che nell'attualità stanno bene (stabile compenso) ma sono "vittime" di ricadute frequenti, che diventano il vero problema in questo disturbo.

Dopo la visita individuale le persone sono invitate ad un momento di confronto in gruppo (chiamato seduta zero). Durante questa seduta si spiega ai partecipanti il programma e le regole del gruppo e il senso di mettersi alla prova in una situazione di gruppalità sperimentando dal vivo cosa si prova e come si sta. Alla fine della seduta alcuni partecipanti potranno anche decidere di non partecipare al gruppo o di prendersi del tempo per valutare la proposta. Il terapeuta offre la possibilità a questi ultimi di un nuovo incontro individuale dove potranno essere consigliati e in alternativa re-inviati ad altri colleghi per un trattamento individuale.

Nella seduta zero avviene la presentazione del terapeuta al gruppo e del co-conduttore o osservatore e la presentazione dei partecipanti. Il terapeuta aiuta la presentazione attraverso alcune domande guida e al termine della presentazione è importante aver colto le seguenti informazioni:

– Qualche parola su di sè
– Precedenti terapie di gruppo o individuali
– Attuali terapie in corso
– Esordio e brevissima storia della sofferenza
– Momento clinico in cui si trova il paziente (in ricaduta vs fuori dalla ricaduta)
– Aspettative rispetto a questa terapia
– Commenti del conduttore sulle parole espresse fino a quel momento dai partecipanti, eventuali accenni alla possibilità che qualcuno di loro potrebbe non essere idoneo al gruppo (se necessario) in quanto per lui si delinea meglio un percorso diverso sempre in gruppo o in individuale.
– Domande dei partecipanti
– Consegne per la prossima seduta.
– Compiti a casa (Homework)

Circa quest'ultimo punto l'approccio cognitivo comportamentale è molto chiaro: ciò che si apprende durante le sedute di terapia deve diventare patrimonio personale del paziente anche al di fuori della terapia e per favorire questo apprendimento si chiede ai partecipanti di impegnarsi anche durante la settimana. Alcune ricerche hanno dimostrato come i pazienti che svolgono a casa i compiti dati in seduta raggiungano i risultati più in fretta e li mantengano più a lungo rispetto a chi non lo fa. I compiti di auto-aiuto possono includere il monitoraggio quotidiano del proprio umore, dei propri pensieri e dei propri comportamenti; l'elenco delle attività svolte; il cambiamento del modo in cui si comunica con gli altri e altre tipologie di compiti.

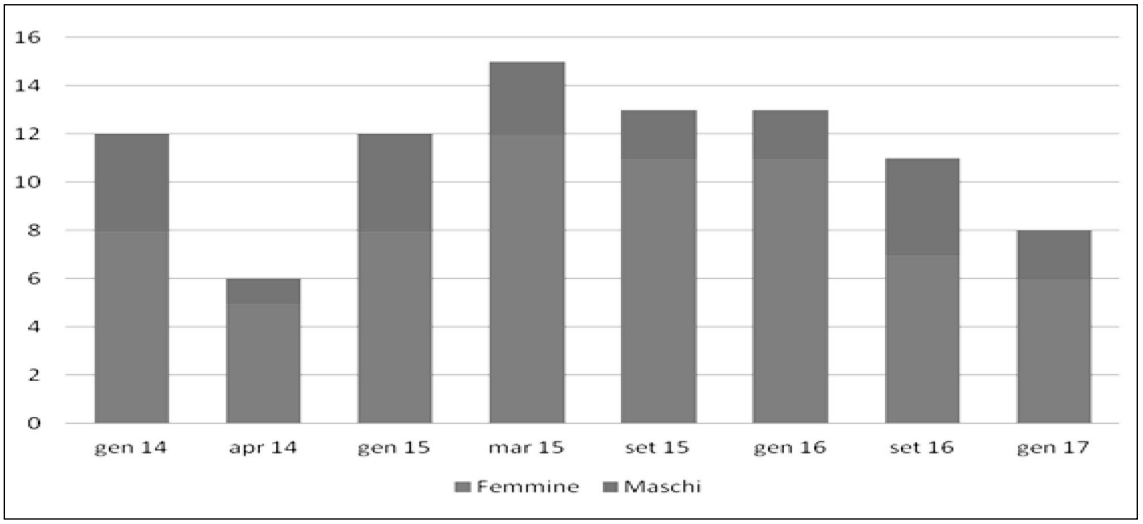
Inizialmente paziente e terapeuta identificano insieme gli obiettivi specifici da raggiungere, che possono essere modificati in itinere. Così il paziente stesso, anche attraverso la costante attività di auto-monitoraggio richiesta nei «compiti a casa», può valutare se si sta sentendo meno depresso, meno ansioso, meno arrabbiato e quindi i suoi progressi. Il terapeuta predispone un momento dedicato al feedback di questi compiti, generalmente all'inizio di ogni seduta, per sottolineare l'importanza degli stessi.

Il cuore dell'intervento consiste nel rendere consapevoli i pazienti delle modalità mentali che spesso caratterizzano i disturbi dell'umore e le modalità di ricaduta una volta usciti dall'episodio depressivo, contemporaneamente aiutarli a sviluppare un nuovo modo di relazionarsi alla propria esperienza interna (pensieri, emozioni e sensazioni). I pazienti verranno aiutati a vedere i pensieri come eventi mentali, indipendentemente dal loro contenuto e dalla loro carica emotiva, senza bisogno di metterli in discussione, fissarli o cambiarli, ma tenendoli in una dimensione di consapevolezza più ampia, coltivando e sviluppando un atteggiamento di efficace accoglimento e accettazione nonché di distanziamento e decentramento dai propri stati interni.

RISULTATI

Negli anni c'è stato un flusso costante di partecipanti ad entrambe le edizioni annuali.

Grafico 1 - Distribuzione presenze DEP 2014-2017

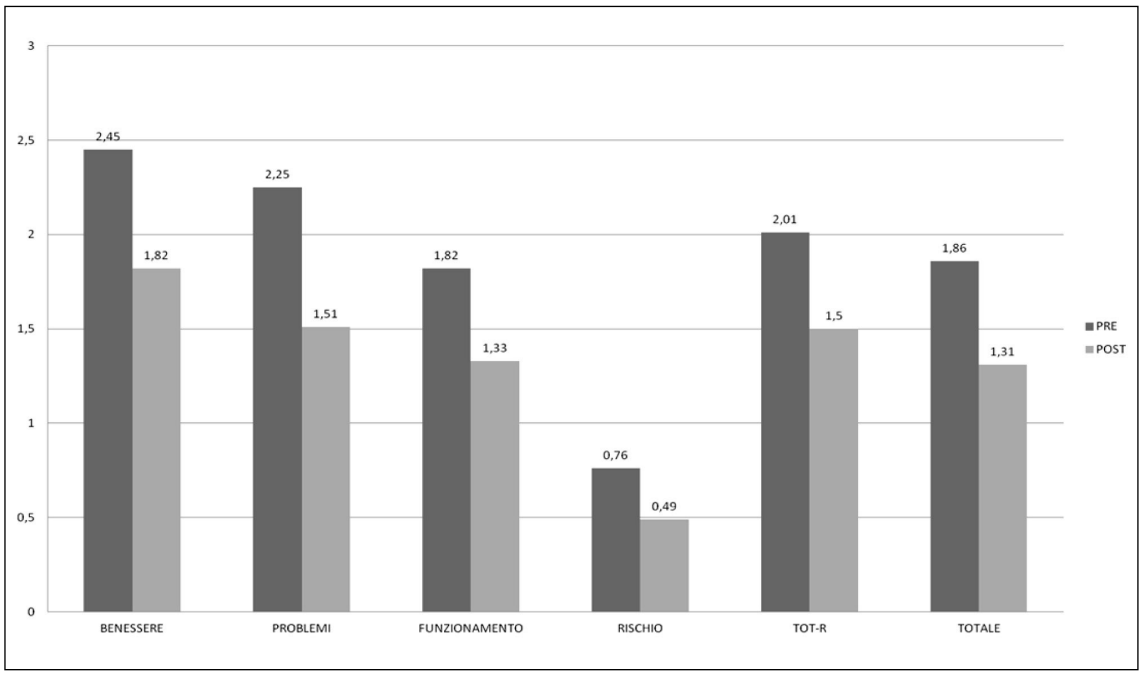


Nel Grafico 1 è possibile verificare il flusso di partecipazione nell'ultimo triennio e riferito all'intervento della durata di sei ore. Le partecipanti sono in maggioranza di sesso femminile, essendo l'utenza maggiormente interessata dal disturbo depressivo e più rappresentata nei servizi psichiatrici, come da recenti dati nazionali. L'età media dei partecipanti è di 35 anni.

Ai partecipanti ai gruppi Dep vengono di norma somministrati due test (CORE-OM e BDI II) in ingresso e in uscita dal percorso per ottenere una valutazione di esito del trattamento.

Il Grafico 2 mostra una sintesi delle medie dei valori Core-om pre e post gruppo nel triennio 2014-2017. I cambiamenti dei valori delle scale evidenziano come gli esiti del trattamento siano significativi. In base ai risultati ottenuti si può evincere che l'intervento qui descritto sia in grado di ottenere miglioramenti no-

Grafico 2 - Media CORE-OM pre e post gruppo



tevoli nel funzionamento generale e sociale dei pazienti. Inoltre si evidenziano dei miglioramenti clinicamente rilevanti in termini di riduzione della sintomatologia del disturbo (scala problemi), in termini di umore, ansia e riduzione del malessere fisico, ed in generale sulla qualità di vita dei pazienti (diminuzione del rischio e benessere soggettivo). Da quanto precede si può chiaramente osservare come il trattamento cognitivo-comportamentale dei Gruppi Dep riduca significativamente i valori in tutte le dimensioni sintomatologiche, da questi dati sembra quindi che il trattamento abbia ridotto sensibilmente il disagio clinico dei pazienti che vi hanno partecipato.

CONCLUSIONI

L'approccio cognitivo-comportamentale adottato nei Gruppi Dep risulta efficace quanto gli psicofarmaci nella maggior parte delle forme di depressione lieve e medio lieve ed è preferibile ad essi in quanto la sua efficacia dura più a lungo e non ha effetti collaterali.

Il Servizio di salute mentale di Trento inoltre, promuovendo un simile approccio terapeutico di gruppo, diffonde una modalità propositiva e positiva di affrontare la malattia depressiva, che riduce il timore e lo stigma che caratterizzano i servizi psichiatrici, e che fornisce ai medici di medicina generale uno strumento valido e facilmente fruibile per l'utenza affetta da depressione e a rischio di cronicizzazione.

Frequentemente difatti nell'attualità la disinformazione e lo stigma portano la persona a rivolgersi al professionista sanitario troppo tardi, molto spesso dopo tre o quattro anni di malattia, costellati da numerosi episodi depressivi che li hanno portati alla cronicità.

Alla luce dei risultati raggiunti possiamo ritenere questo approccio come efficace in termini di ricadute cliniche sul singolo, ed efficiente se considerato nell'ottica della sostenibilità dei costi, proponendo un intervento di gruppo con l'ausilio di soli due terapeuti afferenti alle due Unità Operative, rispettivamente

Grafico 3

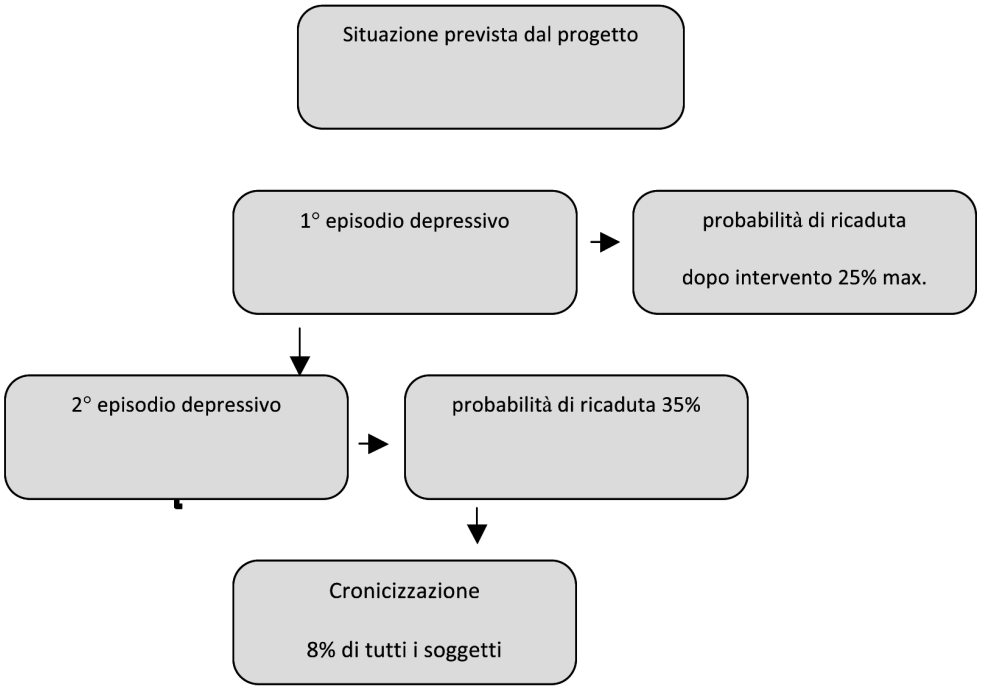
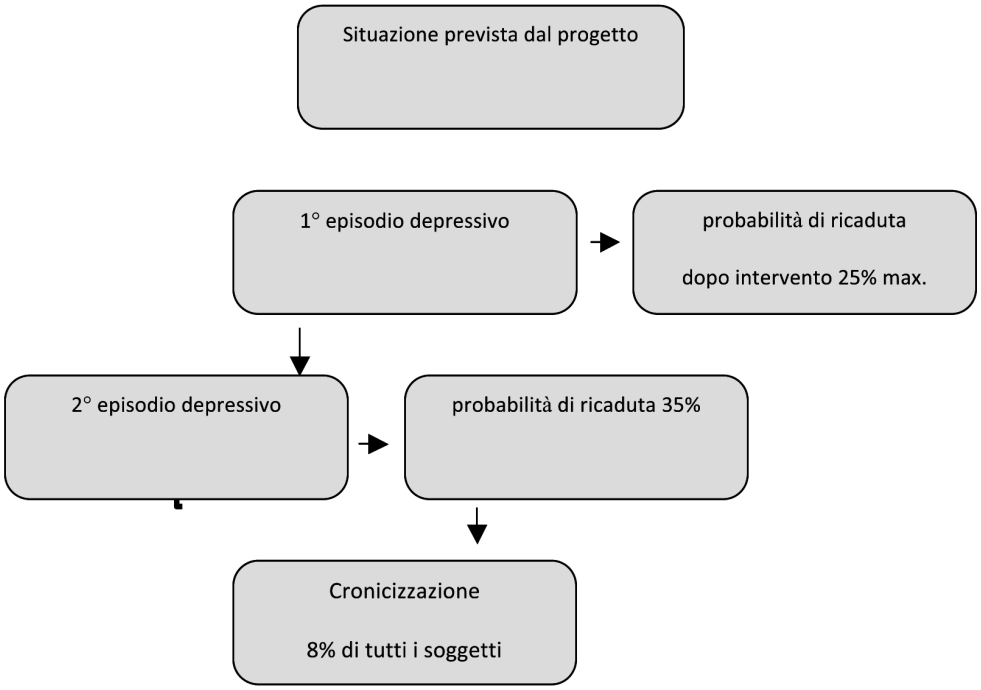


Grafico 4



di Psichiatria e Psicologia. In una realtà come quella attuale che prevede il continuo incremento dell'utenza dei servizi pubblici affetta da disturbi depressivi si tratta di una modalità terapeutica chiaramente da implementare.

La sfida futura sarà quella di mantenere un follow up dei partecipanti a tutti i gruppi che si sono succeduti negli anni per verificare il reale abbattimento delle ricadute depressive come previsto dal progetto.

Bibliografia

Gradassi M. *Liberarsi dalla depressione in otto passi.* Tecniche Nuove, Milano, 2016.

Kang Y., O'Donnell M.B., Strecher V.J. & Falk E.B. *Dispositional Mindfulness Predicts Adaptive Affective Responses to Health Messages and Increased Exercise Motivation.* Mindfulness 2016; 1-11.

Leveni D., Michielin P., Piacentini D. *Superare la depressione. Un programma di terapia cognitivo-comportamentale.* Eclipsi, 2014.

Morosini P., Piacentini D., Leveni D., McDonald G., Michielin P. L*a depressione: che cos'è e come superarla. Manuale di psicoterapia cognitivo-comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per i suoi famigliari.* Avverbi editore, Roma, 2004.

Papageorgiou C. & Wells A. *A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression.* International Journal of Cognitive Therapy 2009; 2: 123-131.

Papageorgiou C., Wells A. *Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: A baseline controlled trial.* Cognitive Therapy and Research 2015; 39: 14-22.

Rainone A., Mancini F. *Gli approcci cognitivi alla depressione.* Franco Angeli, 2012.

Wells A. *Terapia metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione.* Eclipsi, 2012.

Corrispondenza

Wilma Angela Di Napoli
Psichiatra
UO Psichiatria 2, APSS Trento
E-mail: *wilmaangela.dinapoli@apss.tn.it*

ASPETTI COGNITIVI DELLA DEPRESSIONE FRA STABILITÀ E INSTABILITÀ TIMICA

Francesco Franza

Responsabile I Raggruppamento Casa di cura Villa dei Pini, Avellino

RIASSUNTO

Introduzione. La ricerca clinica sta iniziando a produrre dati gli effetti sempre più numerosi sui deficits cognitivi nella depressione. Pochi sono, tuttavia, i dati positivi sull'efficacia di interventi terapeutici in grado di migliorare i deficit cognitivi nella depressione e sono il principale mediatore del disagio psicosociale e della performance lavorativa. In ambito lavorativo la depressione è, infatti, una delle principali cause di assenteismo lavorativo, di perdita del lavoro e di una ridotta performance lavorativa. Il costo totale della depressione in Europa è stato stimato nell'ordine di €118 miliardi / per anno, di cui il 64% è dovuto a una perdita di produttività. Metodo. È stato suggerito che i sintomi cognitivi del disturbo depressivo maggiore sono una delle principali cause di questa disabilità. Sono compromessi diversi domini cognitivi e in particolare le funzioni esecutive, l'attenzione, la memoria e la velocità psicomotoria. Mentre le strategie terapeutiche attualmente disponibili per il trattamento della depressione maggiore sono consolidate e agiscono efficacemente in un numero elevato di pazienti, i risultati sull'efficacia di tali strategie sulle disfazioni cognitive sono spesso insoddisfacenti e contraddittorie. Risultati. Le attuali evidenze scientifiche non sono sufficienti per raccomandare l'uso di specifici trattamenti pro-cognitivi sebbene alcuni nuovi trattamenti farmacologi inizino a presentare risultati incoraggianti. Conclusioni. La disfunzione cognitive nella depressione è un importante aspetto della malattia. È associata con un ridotto funzionamento della vita quotidiana dell'individuo, sulla qualità lavorativa; rappresenta un elevato rischio di ricadute sintomatologiche e persiste anche dopo la risoluzione della sintomatologia depressiva. È importante che le figure professionali che lavorano in ambito psichiatrico siano in grado di individuare, diagnosticare e ridefinire un approccio adeguato al fine di garantire un miglioramento delle funzioni cognitive nel paziente depresso.

Parole-chiave: *deficit cognitivi, depressione, terapia antidepressiva.*

* * *

INTRODUZIONE

Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo multidimensionale, grave e disabilitante spesso accompagnato da disfunzioni cognitive che interessano un ampio range di domini cognitivi tra i quali l'attenzione, la memoria e la velocità dell'elaborazione delle informazioni (McIntyre, et al., 2017; McIntyre, et al., 2013). Questi deficit cognitivi possono impedire le normali capacità socio-occupazionali e aumentare il rischio di ricadute sintomatologiche depressive. Interferiscono,

inoltre, sul funzionamento complessivo dell'individuo come sull'attività lavorativa, sulla qualità della vita e sul funzionamento psicosociale. Come confermato da numerose ricerche scientifiche i pazienti con disturbo depressivo maggiore hanno risposte peggiori rispetto ai soggetti di confronto sani nelle prove neuropsicologiche, in particolare nella velocità di elaborazione delle informazioni, nell'attenzione selettiva, nella memoria di lavoro e nella funzione esecutiva (Kaser, et al., 2017, Bora, et al., 2015).

Clinicamente i sintomi cognitivi sono comunemente osservati nei pazienti depressi sia durante la manifestazione sintomatologica della malattia, sia nella fase residuale come sintomi difettuali cognitivi residuali che possono persistere nel 44% dei casi anche dopo la remissione dei sintomi depressivi (Conradi, et al., 2011). In uno studio condotto nel 2015 dall'Istituto britannico della Clark Health Communications, è stato riscontrato che più del 90% dei pazienti con una storia di depressione ha riferito un significativo impatto dei problemi cognitivi sulle proprie attività della vita quotidiana. Ma solo nel 50% dei casi i disturbi cognitivi erano stati indicati dal proprio medico (Clark Health Communications, 2015). Malgrado l'evidente impatto sul decorso della depressione e, quindi, sulla qualità della vita complessiva, la sintomatologia cognitiva è ancora poco accettata come bersaglio del trattamento della depressione. È importante sottolineare che la persistenza delle disfunzioni cognitive può influenzare significativamente la capacità di *coping* e la *compliance* terapeutica. I processi cognitivi devono rappresentare, quindi, un obiettivo essenziale per una rapida valutazione e un precoce intervento terapeutico, al fine di evitare il decino cognitivo che può influenzare negativamente il decorso della malattia. (Gonda, et al., 2015).

LE DISFUNZIONI COGNITIVE NELLA DEPRESSIONE

Negli ultimi decenni la ricerca si è concentrata sul funzionamento cognitivo delle diverse fasi della depressione e oggi è largamente accettato che il deficit cognitivo sia già presente nella fase acuta della depressione, con compromissione di diversi domini cognitivi, così come le funzioni esecutive, l'attenzione, la memoria e la velocità psicomotoria (Hammar & Ardal, 2009). Dal punto di vista diagnostico e terapeutico è ritenuto utile riconsiderare i domini cognitivi alterati della depressione facendo una distinzione tra *cold cognition*, in cui il compito cognitivo è, per la maggior parte, indipendentemente dalle emozioni e *hot cognition*, in cui invece il compito è influenzato dalle emozioni (Vita & Barlati, 2016). Le funzioni di *cold cognition* comprendono l'apprendimento di informazioni neutre sul piano affettivo, le abilità di pianificazione e la flessibilità cognitiva. Sono particolarmente interessati tra i deficit cognitivi le funzioni esecutive, cioè funzioni complesse che richiedono la coordinazione di alcuni sub-processi, necessari al raggiungimento di un obiettivo (Elliott, 2003). I pazienti affetti da depressione hanno una ridotta capacità di modificare il proprio comportamento alla luce di nuovi stimoli, di nuove informazioni e di mettere in atto le strategie necessarie per il raggiungimento di un nuovo obiettivo. È particolarmente alterata l'attenzione necessaria per risolvere un compito, mentre una normale performance è osservata nell'elaborazione automatica delle informazioni.

L'associazione tra funzione cognitiva e disturbo depressivo maggiore a lungo termine è stata raramente analizzata e gli studi disponibili hanno portato a conclusioni spesso divergenti. Uno dei principali filoni della ricerca sui sintomi cognitivi cronici nella depressione è quella della valutazione delle disfunzioni della performance cognitive epifenomeni e influenzamento psicologico, come l'ansia da prestazione e scarso impegno, all'esitamento dei compiti, in presenza di una capacità cognitiva adeguata. In uno studio recente Moritz e coll. (Moritz, et al., 2017) hanno individuato che i pazienti depressi presentato un punteggio complessivo medio ai test cognitivi solo parzialmente inferiore al gruppo di controllo. I pazienti con depressione hanno riportano soprattutto una scarsa motivazione (valutazione retrospettiva), una maggiore preoccupazione sulla valutazione, maggiore timore dei risultati, una maggiore ruminazione dei propri sintomi cognitivi rispetto al gruppo di controllo. Gli autori concludono, che bisogna essere cauti a non interferire la disfunzione in aree cerebrali che governano il funzionamento cognitivo basandosi su punteggi neuropsicologici devianti quando i punteggi bassi potrebbero essere la conseguenza principalmente di fattori psicologici o quando il deterioramento è presente solo a causa degli effetti importanti di tali interferenze sul modello soggettivo della propria malattia e del benessere piscologico.

TERAPIA DEI DISTURBI COGNITIVI DELLA DEPRESSIONE

I trattamenti attualmente disponibili per la depressione maggiore agiscono efficacemente in un numero elevato di pazienti. Numerosi pazienti possono presentare, tuttavia, deficit cognitivi, anche nella fase residuale, con conseguente peggioramento del funzionamento psicosociale (Al-Sukhni, et al., 2015; Hasselbalch, et al., 2011). Per questo motivo è cresciuto negli ultimi anni l'interesse verso trattamenti efficaci non solo indirizzati alla sintomatologia depressiva ma anche alla disfunzione cognitiva in MDD. Gli studi clinici attualmente disponibili hanno dato, tuttavia, risultati spesso insoddisfacenti e contraddittori e alla conclusione che le disfunzioni cognitive e, in particolare, la disfunzione cognitiva non risponde adeguatamente con gli antidepressivi tradizionali. Recentemente, in una recente review Salagre, et al., 2017 hanno identificato che le attuali evidenze scientifiche non sono sufficienti per raccomandare l'uso di specifici trattamenti pro-cognitivi sebbene alcuni nuovi trattamenti farmacologi inizino a presentare risultati incoraggianti.

Antidepressivi

Il profilo di tollerabilità cognitiva degli SSRIs (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) a lungo termine non è stato ancora chiarito. A breve termine il loro effetto sulla cognizione differisce tra i pazienti giovani e anziani depressi in cui la maggior parte degli studi non ha dimostrato alcune efficacia degli SSRI sul funzionamento cognitivo. In uno studio condotto da Carrière e collaboratori (2017) in un'ampia popolazione di depressi anziani che assumevano antidepressivi triciclici avevano una più bassa performance del 9% della fluenza verbale, del 5% della memoria visiva e del 9% della velocità psicomotoria, a differenza dei pazienti che assumevano SSRI in cui si è osservato solo una ridotta performance del 3% della

fluenza verbale e del 7% della velocità psicomotoria. Risultati positivi sono stati, invece, osservati in pazienti depressi giovani (Herrera-Guzman, et al., 2010) trattati con sertralina in cui è stato osservato un miglioramento del rallentamento psicomotorio e delle funzioni esecutive. Risultati simili sono stati osservati in donne che assumevano escitalopram (Salagre, et al., 2017). Risultati contradditori sono stati osservati nei pazienti trattati con duloxetina (Tendolkar, et al., 2011). Pochi sono gli studi che hanno riscontrato effetti positivi sulla attenzione o sulla velocità del funzionamento cognitivo, come per la reboxetina o il buproprione. In tutti questi casi, così come per gli IMA0 i tricicli i risultati non sono chiari e spesso sono contraddittori (Sankar, et al., 2017).

Promettenti risultati sulla funzionalità cognitiva iniziano ad emergere con il nuovo antidepressivo, vortioxetina. La vortioxetina è un antidepressivo con azione multimodale, con affinità per il transporter della serotonina così come per altri recettori serotoninergici. Katona e collaboratori (2012) confrontando gli effetti della vortioxetina e della duloxetina in un gruppo di pazienti depressi ha osservato che entrambi i farmaci avevano migliorato la performance globale e della funzione esecutiva. Uno studio successivo condotto da McIntyre, et al., (2014) su gli effetti della vortioxetina sulla funzione cognitiva di un gruppo di pazienti depressi adulti ha evidenziato che gli effetti sulla funzione cognitiva sono indipendenti da quelli sulla sintomatologia depressiva. Nell'ambito dello studio multicentrico FOCUS (McIntyre et., 2017), sono stati per la prima volta valutati gli effetti della vortioxetina sul funzionamento cognitivo in lavoratori affetti da depressione maggiore indicando un miglioramento della performance cognitiva complessiva in questo gruppo di pazienti. Nei lavoratori con depressione maggiore, l'accesso a un efficace strumento terapeutico in grado di agire sui deficit cognitivi può facilitare il superamento delle barriere nella relazione lavoratore/carico lavorativo.

In sintesi, la somma delle evidenze scientifiche e cliniche supporta un benefico effetto degli SNRI e NRI sul sistema cognitivo e suggerisce che gli SSRI potrebbero essere utilizzati soprattutto nei soggetti depressi giovani. Una particolare attenzione deve essere prestata alla vortioxetina, la cui azione sembra essere indipendente dl miglioramento dell'umore.

Altri approcci terapeutici

Esistono poche evidenze certe sull'efficacia di altri composti farmacologici efficaci sul deficit cognitivo nella depressione. Mentre alcune molecole hanno fornito scarse o nulle capacità terapeutiche altre, così come l'eritropoietina (EPO), la S-adenosilmetionina (SAM), l'insulina, gli ipoglicemizzanti orali, la N-acetilcisteina (NAC) (Miskowiak, et al., 2016; Levkovitz, et al., 2012), hanno fornito in alcuni casi dati interessanti. Risultati interessanti sono stati ottenuti anche con tecniche non invasive, così come la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) e la stimolazione transcranica a corrente continua (tDCS) (Carle 2017). Diversi approcci psicoterapeuti sono stati utilizzati per migliorare la performance cognitiva dei pazienti depressi. In particolare, da sottolineare i training cognitivi, così come le tecniche di rimedio cognitivo sulle prestazioni cognitive – attenzione, apprendimento e memoria verbali, velocità psicomotoria e funzioni esecutive – nei pazienti con DDM.

CONCLUSIONI

La disfunzione cognitive nella depressione è un importante aspetto della malattia. È associata con un ridotto funzionamento della vita quotidiana dell'individuo, sulla qualità lavorativa; rappresenta un elevato rischio di ricadute sintomatologiche e persiste anche dopo la risoluzione della sintomatologia depressiva. È necessario che le figure professionali che lavorano in ambito psichiatrico siano in grado di individuare, diagnosticare e ridefinire un approccio adeguato al fine di garantire un miglioramento delle funzioni cognitive nel paziente depresso.

***Conflitti d'interessi*:** nessuno.

Bibliografia

Al-Sukhni M., Maruschak N.A., McIntyre R.S. *Vortioxetine: a review of efficacy, safety and tolerability with a focus on cognitive symptoms in major depressive disorder.* Expert Opin Drug Saf 2015; 14: 1291-1304.

Bora E., Harrison B.J., Yücel M., Pantelis C. *Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis.* Psychological Medicine 2013; 43: 2017-2026.

Clark Health Communications (2015). *Survey of British adults diagnosed with depression on behalf of Clark Health Communications* (http://www.comres.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Clark-Health-Communications_Cognitive-Dysfunction-in-Depression.pdf).

Carrière I., Norton J., Farré A., Wyart M., Tzourio C., Noize P., Pérès K., Fourrier-Réglat A., Ritchie K., Ancelin M.L. *Antidepressant use and cognitive decline in community-dwelling elderly people - The Three-City Cohort.* BMC Med 2017 Apr 19; 15(1): 81.

Carle G., Touat M., Bruno N., Galanaud D., Peretti C.S., Valero-Cabré A., Levy R., Azuar C. *Acute Frontal Lobe Dysfunction Following Prefrontal Low-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in a Patient with Treatment-Resistant Depression.* Front Psychiatry 2017 May 30; 8: 96.

Conradi H.J., Ormel J., de Jonge P. *Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study.* Psychol Med 2011; 41: 1165-74.

Culang ME, Sneed JR, Keilp JG, et al. *Change in cognitive functioning following acute antidepressant treatment in late-life depression.* Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17(10): 881-888.

Elliott R. Executive functions and their disorders. Br Med Bull 2003; 65: 49-59.

Gonda X, Pompili M., Serafini G., Carvalho AF, Rihmer Z., Dome P. *The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression.* Ann Gen Psychiatry 2015; 2214: 27.

Kaser M., Zaman R., Sahakian BJ. *Cognition as a treatment target in depression.* Psychol Med 2017; 47: 987-989.

Katona C., Hansen T., Olsen C.K. *A randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced, fixed-dose study comparing the efficacy and safety of Lu AA21004 in elderly patients with major depressive disorder.* Int Clin Psychopharmacol 2012; 27: 215-223.

Keefe RSE, McClintock S.M., Roth R.M., et al. *Cognitive effects of pharmacotherapy for major depressive disorder: a systematic review.* J Clin Psychiatry 2014; 75: 864-876.

Hammar A., Ardal G. *Cognitive functioning in major depression - a summary.* Front Hum Neurosci 2009; 25; 3: 26.

Hasselbalch B.J., Knorr U., Kessing L.V. *Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review.* J Affect Disord 2011; 134: 20-31.

Henry J., Crawford J.R. *A meta-analytic review of verbal fluency deficits in depression.* 2005 J Clin Exp Neuropsychol; 27, 78: 101.

Herrera-Guzman I., Herrera-Abarca J.E., Gudayol-Ferre E., Herrera-Guzman D., et al. *Effects of selective serotonin reuptake and dual serotonergic-noradrenergic reuptake treatments on attention and executive functions in patients with major depressive disorders.* Psychiatry Res 2010; 177: 323-329.

Levkovitz Y., Alpert J.E, Brintz C.E, Mischoulon D., Papakostas GI. *Effects of S-adenosylmethionine augmentation of serotonin-reuptake inhibitor antidepressants on cognitive symptoms of major depressive disorder.* J Affect Disord 2012; 136(3): 1174-8.

Marazziti D., Consoli G., Picchetti M., Carlini M., Faravelli L. *Cognitive impairment in major depression.* Eur J Pharmacol 2010; 626: 83-6.

McIntyre R.S., Cha D.S., Soczynska J.K., Woldeyohannes H.O., Gallaugher L.A., Kudlow P., Alsuwaidan M., Baskaran A. *Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions.* Depress Anxiety 2013; 30: 515-27.

McIntyre RS, Lophaven S., Olsen CK. *A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults.* Int J Neuropsychopharmacol 2014; 17: 1557-67.

McIntyre R.S., Florea I., Tonnoir B., Loft H., Lam R.W., Christensen M.C. *Efficacy of Vortioxetine on Cognitive Functioning in Working Patients With Major Depressive Disorder.* J Clin Psychiatry 2017; 78: 115-121.

Miskowiak K.W., Rush A.J. Jr, Gerds T.A., Vinberg M., Kessing L.V. *Targeting Treatments to Improve Cognitive Function in Mood Disorder: Suggestions From Trials Using Erythropoietin.* J Clin Psychiatry 2016; 77(12):e1639-e1646.

Moritz S., Stöckert K., Hauschildt M., Lill H., Jelinek L., Beblo T., Diedrich S., Arlt S. *Are we exaggerating neuropsychological impairment in depression? Reopening a closed chapter.* Expert Rev Neurother 2017; 17(8): 839-846.

Papakostas G.I. *Cognition in the Depressed Patient.* http://www.cmeinstitute.com/Psychlopedia/2017.

Papakostas G.I., Culpepper L. *Understanding and managing Cognition in the Depressed Patient.* J Clin Psychiatry. 2015 Apr; 76(4): 418-25.

Sankar A., Adams T.M., Costafreda SG, Marangell LB, Fu CH. *Effects of antidepressant therapy on neural components of verbal working memory in depression.* J Psychopharmacol 2017 Aug 1: 269881117724594.

Tendolkar I., van Wingen G., Urner M., Verkes R.J., Fernández G. *Short-term duloxetine administration affects neural correlates of mood-congruent memory.* Neuropsychopharmacology 2011; 36: 2266-75.

Vita A., Barlati S. *Depressione e cognitività.* Noos 2016; 2: 85-97.

World Health Organization. Investing in Mental Health; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2003.

Corrispondenza

Francesco Franza
Psichiatra
Responsabile I Raggruppamento
Casa di Cura "Villa dei Pini
83100 Avellino
+39 0825 672711
+39 348 5120363
E-mail: *franza.francesco@virgilio.it*

RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE, INTRATTENIMENTO E TERAPIE COMPLEMENTARI IN PSICHIATRIA

Maurilio G.M. Tavormina[1], **Romina Tavormina**[2]

[1] *Dipartimento di Salute Mentale ASL Na 3 Sud, Napoli - Italia*
[2] *Studio di Psicologia - Napoli - Italia*

RIASSUNTO

La riabilitazione psicosociale è intesa come un'attività di prevenzione terziaria, perché aiuta ad evitare le ricadute della malattia psichica e aumenta la compliance terapeutica. Ha l'obiettivo di far recuperare, sviluppare o mantenere le abilità personali e sociali alle persone che presentano una deficienza, una incapacità o un handicap dovuto al disturbo mentale, permettendo loro un migliore livello di autonomia. Essa si prende cura del paziente con terapie complementari, con tecniche e metodiche specifiche d'intervento ed ha la sua valenza riabilitativa nel recupero delle abilità a livello individuale, sociale e lavorativo, oltre ad avere un intervento attivo contro lo stigma sociale della malattia mentale.
L'intrattenimento, la terapia occupazionale e alcune terapie complementari o non convenzionali, nello specifico, sono solo strumenti del processo riabilitativo psicosociale. Esse non vanno confuse la con riabilitazione psicosociale propriamente detta e sono solo parte integrante della stessa.

Parole-chiave: *riabiltazione psicosociale, intrattenimento, terapia occupazionale, terapie complementari.*

* * *

INTRODUZIONE

Lo spunto per approfondire gli argomenti della ricerca nasce dalla necessità di provare a fare chiarezza su cosa si intende per riabilitazione psicosociale, intrattenimento e terapia complementare in psichiatria. A volte, anche tra il personale addetto ai lavori si fa confusione. L'intrattenimento, la socializzazione, la convivialità, le gite e le feste sono ampiamente utilizzate nei Centri Diurni dei Dipartimenti di Salute Mentale per aggregare gli utenti, invitarli a farli uscire di casa e socializzare. Si ritiene, da parte di alcuni, che questo sia la riabilitazione psicosociale. Altre volte la stessa viene valutata come una sorta di terapia complementare in psichiatria, secondaria alle cure farmacologiche e psicoterapeutiche. O peggio una terapia alternativa, come se fosse sufficiente da sola a curare il disturbo psichico. Una specie di cura che fa comunque bene ed è priva di effetti collaterali come invece ha quella convenzionale.

OBIETTIVI e METODI

Stimolati dalle contradizioni di fondo ritrovate e facendo seguito agli anni di esperienza clinica e di riabilitazione psicosociale trascorsi in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale Unità Operativa di Salute Mentale di Torre del Greco (NA) abbiamo fatto una revisione della letteratura scientifica in rete su PubMed, MedLine e Google Scholar, oltre a consultare libri e riviste specialistiche psichiatriche degli ultimi venti anni. L'obiettivo è quello di provare a fare chiarezza e valutare le modalità operative d'intervento tra la riabilitazione psicosociale, l'intrattenimento e le terapie complementari.

RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

La riabilitazione psicosociale è un processo che permette alle persone che presentano una deficienza, una incapacità o un handicap dovuto ad un determinato disturbo mentale di raggiungere il livello ottimale di autonomia nei confronti della comunità. Questo significa contemporaneamente migliorare le competenze individuali e modificare le condizioni ambientali (WHO, 1996). La riabilitazione secondo Spivak (1988), sono tutte le misure che consentono al malato di recuperare le capacità perdute, di sviluppare le sue potenzialità, e di acquisire comportamenti socialmente condivisi, che gli consentano di muoversi in modo adeguato ed efficace nel suo spazio sociale. L'attività riabilitativa può essere intesa pertanto come l'insieme degli interventi che consentono alla persona con disagio psichico di riavere, sviluppare o mantenere abilità personali e sociali. L'agire riabilitativo in psichiatria è volto anche a prevenire (prevenzione terziaria) o minimizzare le molteplici conseguenze della disabilità psichica, aiutando l'individuo a sviluppare e a usare le proprie risorse, acquisendo fiducia in sé stesso, attraverso positive esperienze di rapporto con l'ambiente sociale.

Le prime esperienze riabilitative venivano svolte già negli anni 50 e 60 all'interno delle strutture psichiatriche e ancor prima lo psichiatra Philippe Pinel, all'inizio dell'800 affermava quanto fosse importante il lavoro e le arti grafiche come valenza riabilitativa. I pazienti erano impegnati in attività di "Ergoterapia/terapia occupazionale" con elaborazioni di manufatti, piccole attività lavorative residenziali e di intrattenimento. Il concetto di fondo di tali attività era che per il paziente l'avere un impegno lavorativo gratificante era valido al miglioramento globale della sua salute psichica, oltre ad avere una utilità d'impiego del suo tempo. I ricoverati, migliorati da un punto di vista del controllo sintomatologico e comportamentale potevano avere una regressione nel passare le giornate senza alcun scopo e costretti alla residenzialità. Le attività di ergoterapia restituivano al paziente uno scopo d'impegno personale e sociale con gratificazione del suo operato. In tempi più recenti hanno avuto crescente diffusione le tecniche mutuate dalla psicologia dell'apprendimento e dall'impostazione cognitivo-comportamentale.

Numerosi contributi scientifici testimoniano il valore della riabilitazione sia per l'utenza del Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, sia per l'utenza territoriale e di comunità. Attualmente in Italia la riabilitazione psicosociale viene svolta

soprattutto nelle strutture intermedie dei Dipartimenti di Salute Mentale (Centri Diurni e Comunità Terapeutiche Residenziali).

I principali obiettivi della riabilitazione sono quelli di aumentare le capacità di azione dei pazienti, di lottare contro le discriminazioni e i pregiudizi, di migliorare le competenze sociali individuali degli utenti e di creare un sistema di sostegno duraturo. La riabilitazione psicosociale deve essere considerata come uno dei componenti della cura complessiva della salute mentale su base comunitaria (WHO, 2001). Lo scopo fondamentale della riabilitazione psichiatrica non è la semplice eliminazione dei sintomi e l'evitamento delle ricadute. Il trattamento è diretto a promuovere lo sviluppo di capacità che migliorino la qualità della vita.

La riabilitazione psicosociale si snoda intorno a due fondamentali strategie di intervento:

1) il recupero delle abilità individuali del paziente che vanno dalla più elementare capacità di prendersi cura di sé (pulizia personale, fare compere, riordinare l'abitazione ecc.) allo sviluppo di capacità sociali complesse (stare a contatto con gli altri, appartenere a un gruppo, fare nuove amicizie e tessere validi rapporti interpersonali);

2) lo sviluppo delle risorse dell'ambiente, per sostenere e facilitare l'intervento operato sull'individuo, agendo anche nell'accettazione del diverso e svolgendo opere contro i pregiudizi e lo stigma sociale.

Strategie d'intervento a livello individuale

La terapia farmacologica assume un ruolo importante all'interno del lavoro di riabilitazione psicosociale. La gestione accurata del trattamento farmacologico permette la riduzione dei sintomi e dei conseguenti disturbi e, soprattutto, la prevenzione delle ricadute. A questo scopo sono stati messi a punto programmi di conoscenza dei farmaci e di educazione al loro uso, non solo per aumentare la compliance, ma anche per insegnare all'utente a porre domande circa la propria terapia e, più in generale, a "trattare" con il proprio curante (Liberman, 1986).

L'addestramento alle abilità sociali (SST- Social Skill Training) e alle pratiche necessarie per una vita indipendente ricopre un ruolo importante nella riabilitazione psicosociale e comprende l'insieme di tutti quei metodi che utilizzano principi teorici, prevalentemente di matrice cognitivo-comportamentale, per insegnare e promuovere l'acquisizione, la generalizzazione e la stabilità nel tempo delle abilità. L'intensivo supporto psicologico agli utenti ed ai loro familiari è ampiamente utilizzato come una componente chiave dei programmi di riabilitazione. Il sostegno familiare (Family Intervention) e l'addestramento alle abilità sociali si ripercuotono positivamente anche sul processo di reinserimento lavorativo (Birchwood, 1992). L'intervento con i familiari rappresenta un significativo avanzamento nella gestione e comprensione della schizofrenia (Birchwood, 1992).

Il livello dei servizi e delle risorse umane

È importante che la riabilitazione psicosociale, nell'ottica della politica dei servizi di salute mentale, sia integrata e sinergica ai trattamenti medici e al supporto sociale. Il servizio di salute mentale di tipo comunitario deve diventare il

centro di gestione del caso ove si presta attenzione non solo al trattamento, ma anche a facilitare l'accesso alle risorse della comunità da parte degli utenti e dei familiari. Sarebbe auspicabile una formazione permanente per tutti gli operatori sanitari per migliorare la conoscenza dell'agire riabilitativo e facilitare la cooperazione nel lavoro d'équipe, oltre ovviamente all'impiego di figure professionali diplomate ed esperte nel settore.

La questione della qualità degli interventi è molto importante. La soddisfazione degli utenti può essere considerata l'indicatore più significativo della riabilitazione (Sartorius, 1993). Tra gli elementi che più hanno contribuito alla soddisfazione degli utenti inseriti nel programma riabilitativo gli autori registrano la concorde indicazione dell'utilità della relazione instaurata con gli operatori. Per quanto concerne gli interventi nell'ambiente sociale in senso lato un punto molto importante è la sensibilizzazione della comunità con il superamento dei pregiudizi sulla malattia mentale e la lotta allo stigma sociale. In esso sono coinvolti non solo i protagonisti, ma anche i loro familiari e gli operatori psichiatrici, con una intensità marcata prima della chiusura dei manicomi e che ancora resiste in forma attenuata nei tempi odierni. Pregiudizi e comportamenti evitanti possono essere presenti anche tra i pazienti e nello stesso personale psichiatrico, come evidenziato dalla ricerca multicentrica internazionale su progetto del Centro di Salute Mentale di Torre del Greco, Dipartimento di Salute Mentale ASL Napoli 3 Sud (Tavormina e al., 2015). D'importanza rilevante è la costruzione di concrete opportunità d'inserimento sociale e lavorativo per i pazienti come l'impiego della "borsa lavoro" e le "imprese sociali".

Modalità operative

Il processo riabilitativo, secondo il modello della scuola di Boston (Center for Psychiatric Rehabilitation), è articolato in tre parti principali: la diagnosi riabilitativa, la pianificazione e l'attuazione degli interventi (Anthony, 1990). Nella prima parte, quella della diagnosi riabilitativa, sono comprese le attività di valutazione della disponibilità dell'utente alla riabilitazione, definizione dell'obiettivo riabilitativo globale, valutazione del funzionamento e valutazione delle risorse. Nella seconda parte si ha la pianificazione degli interventi per lo sviluppo delle abilità e per lo sviluppo delle risorse. Nella terza parte si ha l'attuazione degli interventi con lo sviluppo della disponibilità alla riabilitazione, acquisizione delle abilità (Direct Skill teaching), programmazione delle stesse ed acquisizione delle risorse.

Il percorso riabilitativo attuato dal Dipartimento di Salute Mentale Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud si snoda seguendo precisi e condivisi step operativi. L'invio dell'utente alle attività riabilitative al Centro Diurno e nelle strutture residenziali intermedie avviene da parte dello psichiatra che ha in carico il paziente con una scheda d'invio. In essa sono indicate i riferimenti anagrafici, anamnestici, diagnostici e terapeutici presenti nella cartella clinica territoriale, oltre a considerazioni e suggerimenti del curante per le opportunità d'intervento. Lo psichiatra di riferimento ha contatti sia con il gruppo riabilitativo, sia con il responsabile del Centro di riabilitazione per la gestione coordinata del caso e delle attività terapeutico-riabilitative e non si limita al solo invio e delega delle cure. L'équipe di riabilitazione ha un colloquio iniziale con l'utente finalizzato alla va-

lutazione della disponibilità dello stesso alle attività riabilitative e alla diagnosi riabilitativa. Si evidenziano i punti di forza e di debolezza del paziente sui quali agire, sia durante il colloquio, sia con la somministrazione della VADO, test di riabilitazione per la Valutazione di Abilità e la Definizione degli Obiettivi (Morosini e al. 1998). Si evidenziano le aree deficitarie e le opportunità d'intervento nel PTRI (progetto terapeutico riabilitativo individuale) e si valuta l'opportunità d'inserimento del paziente nel progetto riabilitativo di gruppo. In esso il paziente interagisce con l'altro sia con attività ludico socializzanti e sia in attività strutturate come il gruppo coro, ballo, teatro, il gruppo editoriale giornalistico, musicale, presepe, ginnastica e calcio. Il progetto viene proposto al paziente ed ai suoi familiari cercando di avere anche la loro partecipazione attiva, sia con il sostegno psicologico ed educazionale sanitario, sia anche con la partecipazione degli stessi alle attività. Ottenuta la disponibilità del paziente e dei familiari si inizia il lavoro riabilitativo e si attuano controlli di verifica del processo riabilitativo a breve, medio e a lungo termine e si valuta il raggiungimento degli obiettivi e la soddisfazione egli utenti (Tavormina R., 2015).

Attività riabilitative

Le attività riabilitative possono essere suddivise in due livelli d'intervento. Il primo livello è indirizzato alla vita quotidiana dell'utente e le attività mirano allo sviluppo e al potenziamento delle competenze delle attività di base. Sono orientate prevalentemente sulla realtà esterna del soggetto, i comportamenti, il modo di interagire con l'ambiente ed utilizzano prevalentemente "l'agire". Le attività di secondo livello sono finalizzate al raggiungimento di un miglior livello di consapevolezza ed adattamento. Si rivolgono al mondo interno del paziente, alle ansie, ai conflitti e alle emozioni, oltre alla cognitività relazionale interpersonale. Sono presenti inoltre anche attività di sostegno con terapia individuale, di gruppo e familiare.

Tra le attività di primo livello abbiamo il Social Skills Training, con la cura del sé, del proprio corpo, dei propri averi, della gestione della casa, l'apprendimento dell'autonomia negli spostamenti, l'uso degli elettrodomestici e si ha un maggiore stimolo all'informazione (con lettura di quotidiani), alla cultura (supporto allo studio) e all'attività produttiva con il supporto al lavoro. Nelle attività di secondo livello troviamo interventi strutturati di gruppo e regolamentati dal protocollo operativo. Esse si avvalgono di tecniche e strumenti diversificati, l'Arteterapia, la DanzaMovimentoTerapia, Teatroterapia, Musicoterapia, gruppo editoriale il giornale, gruppo sportivo calcio, gruppo ginnastica e gruppo di discussione.

L'**Arteterapia** è una tecnica non verbale che utilizza il linguaggio dell'arte come mezzo di comunicazione, allo scopo di incanalare ed organizzare emozioni, conflitti o ricordi, dando loro forma all'interno di un'opera visiva concreta. L'attenzione è rivolta soprattutto al processo creativo di cui l'opera non è che il risultato visivo e le potenzialità terapeutiche sono presenti nel processo creativo, non nel prodotto.

La **DanzaMovimentoTerapia**/ballo utilizzano il movimento come strumento terapeutico per aiutare l'individuo a ritrovare la propria unità psicocorporea, facilitano e promuovono l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e psicosociale. La

sua specificità di azione è rivolta al linguaggio del movimento corporeo e al processo creativo. Il movimento è un mezzo per scoprire il corpo e le sue possibilità espressive. La DMT è una tecnica a mediazione corporea, rientra nelle terapie psicomotorie, agisce sugli aspetti psicocorporei, sensopercettivi ed affettivi del soggetto. Essa è anche una tecnica a mediazione corporea e di enunciazione non verbale con la mediazione artistica.

La **Musicoterapia** è un insieme di tecniche basate sull'uso del suono e della musica come strumenti idonei a facilitare lo sviluppo di una buona relazione. La Mt si pone come scopo principale quello di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione intra- e/o interpersonale, nonché una migliore qualità della vita (Bruscia 2010). Il fine principale è l'armonizzazione della personalità dell'individuo e la costruzione di uno stato di benessere. Si basa sulla capacità dei suoni di favorire una comunicazione che oltrepassa l'uso del linguaggio, promuovendo l'espressione dei vissuti più profondi, quali le pulsioni (aggressività, energia vitale), le emozioni di base (rabbia, tristezza, paura, sorpresa, gioia) e tutti gli affetti che animano l'uomo (vergogna, dubbio, incertezza, timore). La Musicoterapia si avvale di due diversi metodi d'intervento: quello dell'ascolto (Musicoterapia ricettiva) di brani musicali capaci di stimolare sensazioni, emozioni, immagini, ricordi e pensieri e quello di produzione (Musicoterapia attiva), con l'uso di semplici strumenti musicali, di facile impiego, per costruire un "dialogo sonoro" e facilitare l'espressione del proprio vissuto.

La **Teatroterapia** è una tecnica terapeutica che opera partendo dalle caratteristiche proprie del teatro inerenti all'identificazione con il personaggio, la rappresentazione, il palcoscenico, il gioco, la finzione scenica, l'espressività, la catarsi, la maschera, l'attività simbolica, il linguaggio verbale e non verbale e la comunicazione.

Le tecniche espressive (arte, danza, teatro, musica, ballo) agiscono sulla sfera emotivo affettiva dell'individuo, possono consentire una migliore modulazione delle emozioni e rappresentano una valida modalità comunicativa di ponte tra il verbale e il non verbale. Si presentano, apparentemente come attività ludiche e pertanto di piacevole impiego e il loro focus operativo si concentra più che sul prodotto artistico sulla valenza simbolica ed emotiva dell'opera, essa deve avere una essenza estetica soggettiva e non oggettiva. Il fine non è solo quello d'imparare la disciplina artistica, ma è soprattutto quello di utilizzarla per esternare il proprio vissuto, valutato dall'arteterapeuta e dal paziente. Ovviamente l'arteterapeuta deve avere oltre le competenze artistiche specifiche anche quelle psicologiche necessarie. Nel suo operato sono assenti giudizi di valore del prodotto e le difficoltà legate alla prestazione. Hannemann sostiene che "l'attività creativa è utile nel combattere l'apatia, l'ansia e l'agitazione, riduce la depressione e l'isolamento, migliora il benessere del paziente, l'umore, le capacità e le qualità sensoriali e, nelle fasi finali di vita, permette di liberare le proprie emozioni, agendo anche contro la mancanza di prospettiva di vita e di speranza" (Hannemann 2006). Studi condotti in Germania (Aissen-Crewett 1987) e in Svezia (Wikström 2000) hanno dimostrato che non solo l'operatività diretta ma anche la discussione su opere d'arte visive, mostrano effetti positivi su varie dimensioni (la comunicazione, il dialogo, la relazione, la capacità di discussione, l'autostima).

Il gruppo redazionale del giornale permette l'impegno delle capacità cognitive ed organizzative del pensiero, oltre alla cooperazione ed integrazione dei suoi componenti nell'elaborazione del prodotto. Il gruppo sportivo-ginnico utilizza lo sport per tonificare il fisico, stemperare le tensioni psichiche, imparare ad accettare ed eseguire le regole del gioco, utili nel rafforzare il significato delle stesse in società e nel lavoro di squadra.

L'INTRATTENIMENTO

L'intrattenimento in psichiatria sono delle attività ludico ricreative occupazionali con le quali il paziente è coinvolto dagli operatori a superare il suo isolamento sociale ed affettivo. La patologia psicotica, soprattutto nei pazienti istituzionalizzati, porta alla chiusura relazionale, con la rottura dei ponti sociali e della comunicazione con l'altro. Il paziente vive in solitudine con il suo Io pervaso dai sintomi psicotici. Le feste, le gite, le escursioni, i soggiorni presso località turistiche, l'andare al cinema, al teatro, la lettura del giornale, il ballare e il cantare con il Karaoke sono solo alcune delle attività d'intrattenimento. Esse hanno la funzione di fare gruppo, fare nuove amicizie e tessere rapporti interrelazionali che con il supporto ludico permettono di vivere la relazione terapeutica con gli operatori in un clima non medicalizzato. La partecipazione dei familiari agli eventi della festa serve oltre ad allentare tensioni interne al nucleo d'origine, permette loro di vivere, in un clima festoso e rilassante, un rapporto diverso con il congiunto malato.

La festa

Uno degli strumenti cui storicamente si è fatto ricorso nei programmi terapeutici e riabilitativi psichiatrici è l'**animazione**, intendendo tale termine l'insieme di iniziative e di interventi mirati a favorire la ripresa di capacità espressive e comunicative in quei pazienti ai quali essi sono rivolti. Capacità strettamente collegate a quella componente emozionale ed affettiva che più comunemente è detta anche anima. È noto come sia la sfera degli affetti e delle emozioni a subire i danni più gravi nel corso del processo psicotico e schizofrenico; l'esperienza clinica ci porta a riconoscere nell'apatia, nell'appiattimento affettivo, nell'atteggiamento di estraneità, in quella sorta di indifferenza a tutto e a tutti, le caratteristiche più profonde, resistenti e difficili da trattare in un paziente psicotico (Della Pietra, 1995).

Riproporre contesti festivi che possono funzionare come occasioni favorenti il riemergere di parti sane, sepolte da anni di sofferenza, di vissuti di contentezza sopiti e dimenticati nel corso dei tempi, significa tentare di ridare vita ad un piccolo mondo di emozioni ancora localizzato da qualche parte, all'interno di ogni paziente. La festa ha un coinvolgimento non impegnativo, infatti il paziente vi può partecipare spontaneamente e con le modalità di approccio che gli sono più congeniali. Infine la festa comprende un periodo di preparazione e di avvicinamento alla giornata in cui verrà realizzata e vissuta: in questo periodo i pazienti possono essere coinvolti nei preparativi e partecipare così al clima festivo che si sviluppa. Ciò può favorire nel paziente il riappropriarsi della dimensione tempo-

rale, del senso del tempo e del susseguirsi delle stagioni. Un'attività di animazione, condotta da operatori tecnici specifici, costante e quotidiana in un servizio psichiatrico per acuti, funziona, in virtù degli aspetti giocosi che propone, come un ammortizzatore che agisce gradualmente modificando l'atmosfera, allentando le tensioni e stemperando le conflittualità. Essa non si pone necessariamente obbiettivi mirati alla cura del sintomo, ma ha finalità indirette e collegate allo stabilirsi di un buon clima in reparto. Inoltre l'attività di animazione riempie dei tempi morti presenti nell'arco della giornata, permette di occupare degli spazi poco utilizzati e poco frequentati dai pazienti e favorisce una maggiore intesa tra gli operatori che vengono invitati a partecipare. Consente infine agli infermieri un contatto meno istituzionale con il paziente; un approccio che, mediato dal gioco animativo, può stimolare una maggiore alleanza terapeutica (Della Pietra, 1995).

Dall'intrattenimento alla riabilitazione psicosociale

Ottenuto il coinvolgimento attivo del paziente nelle pratiche d'intrattenimento, si raggiunge un primo obiettivo che come abbiamo visto è il superamento della solitudine e dell'isolamento sociale dell'utente. Il passo successivo può essere il momento della riflessione e della presa di coscienza dei sentimenti, delle emozioni provate, della partecipazione al gruppo e delle eventuali difficoltà incontrate nel relazionarsi con l'altro. Prendere consapevolezza dei propri limiti è il punto di partenza per migliorarli e superarli con l'aiuto degli operatori, utilizzando tecniche di rinforzo e disincentivazione cognitivo-comportamentali. Si può cantare con il Karaoke al Centro Diurno per il piacere di farlo e si può partecipare alle attività riabilitative del gruppo coro, attività strutturata, controllata e finalizzata non solo alla partecipazione attiva al gruppo, ma anche all'apprendimento di regole e comportamenti che, nel cantare insieme ed in armonia, stimolano abilità personali e sociali dell'utente. Si possono scrivere delle note o un articolo in modo autonomo nella scrittura creativa e si può far parte di una redazione di un giornale con finalità riabilitative psicosociali.

L'intrattenimento come tale, e fine a se stesso, è solo un momento ludico di partecipazione e non ha la connotazione riabilitativa senza uno specifico percorso e progetto operativo. È un piacevole "stare insieme" che a volte può anche essere non utile ed autoreferenziale. "Il malato è intrattenuto da un sistema di trattamenti che vengono somministrati con un notevole grado di casualità, di assenza di valutazione. La riabilitazione psicosociale costituisce la rottura di questo intrattenimento, la ricerca teorica e pratica delle strade quotidiane che consentono le microrotture di tutti quei microintrattenimenti tanto numerosi quanto inefficaci. La riabilitazione è ricostruzione della piena cittadinanza del paziente psichiatrico: restituzione dei suoi diritti formali e costruzione affettiva, relazionale, materiale, abitativa, produttiva dei suoi diritti sostanziali." (Saraceno, 1995)

TERAPIE COMPLEMENTARI

Il **National Center for Complementary and Alternative Medicine** degli Stai Uniti definisce le cure complementari come un "gruppo di sistemi e pratiche sa-

nitarie che non sono considerati come parte della medicina convenzionale e che solo per parte di essi esiste una prova scientifica della loro sicurezza ed efficacia" (NCCAM, 2002). Il termine *medicina complementare* è perlopiù usato per descrivere quelle pratiche che sono usate in congiunzione o come complemento di terapie convenzionali. Analogamente si parla di *medicina integrativa* per quella medicina che usa sia pratiche tradizionali che alternative. Le terapie complementari/alternative vengono più facilmente definite come terapie con convenzionali.

Secondo l'ISTAT negli ultimi anni le terapie non convenzionali hanno raggiunto un'importante diffusione. Nel 2005 circa 7 milioni 900 mila persone (il 13,6% della popolazione residente) hanno dichiarato di aver utilizzato metodi di cura non convenzionali nei tre anni precedenti l'intervista. Tra i vari tipi di terapie non convenzionali la più diffusa è l'omeopatia, utilizzata dal 7,0% della popolazione; seguono i trattamenti manuali (osteopatia e chiropratica) scelti dal 6,4% delle persone; la fitoterapia e l'agopuntura utilizzati rispettivamente dal 3,7% e dall'1,8% della popolazione e, infine, altri tipi di terapie non convenzionali (0,4%). I trattamenti omeopatici, così come la fitoterapia e i trattamenti manuali, vengono scelti in prevalenza da donne di 25-54 anni. L'agopuntura è invece più diffusa tra le persone anziane, in quanto spesso rappresenta un rimedio al dolore soprattutto per le donne, più frequentemente colpite da patologie invalidanti e dolorose (ISTAT, 2007).

Le terapie non convenzionali che più comunemente sono utilizzate in campo psichiatrico sono quelle che agiscono sulla interconnessione mente-corpo. Esse prevedono un approccio olistico alla salute che prende in considerazione la mente, il corpo e lo spirito, in base alla assunzione che la mente possa influire sulle funzioni e sintomi del corpo umano.

Agopuntura

È una delle tecniche terapeutiche più antiche della medicina cinese, consiste nella stimolazione di specifici punti cutanei identificati in particolari percorsi lungo il corpo, detti meridiani. La scelta dei punti è determinata da una complessa serie di regole basate sulle concezioni naturalistiche e filosofiche cinesi. Il metodo usuale è la puntura con aghi, ma è possibile utilizzare anche la digitopressione, la frizione, il riscaldamento, o impulsi elettromagnetici.

L'agopuntura è ampiamente utilizzata per il trattamento dell'ansia e della depressione e l'uso è in aumento. La base teorica per la diagnosi e il trattamento dell'agopuntura deriva dalla teoria della medicina tradizionale cinese. Sono stati condotti studi sulla depressione, disturbi d'ansia e ansia acuta a breve termine, ma gli interventi di agopuntura impiegati nei trial variano, così come i controlli contro i quali vengono confrontati. Molte prove provengono anche da piccole dimensioni del campione. Di conseguenza, non è risultato possibile valutare con precisione l'efficacia dell'agopuntura per queste condizioni o la relativa efficacia dei diversi regimi di trattamento. Oltre a misurare la risposta clinica, diversi studi clinici hanno valutato i cambiamenti nei livelli di neurotrasmettitori e di altri modificatori di risposta biologica al fine di chiarire le azioni biologiche specifiche dell'agopuntura. I risultati offrono alcuni dati preliminari che richiedono ulteriori indagini (Pilkington, 2010).

Ipnosi

L'ipnosi è una temporanea alterazione dell'attenzione la cui caratteristica peculiare è un'accresciuta suggestionabilità. Essa è abbastanza largamente usata come forma di terapia complementare, soprattutto in psicoterapia e psichiatria per indurre rilassamento e nel trattamento di timori irrazionali ed ossessioni. Inoltre, trova impiego in casi di malattie con forte componente psicosomatica come asma, emicrania, dermatosi, disfunzioni sessuali. Infine, l'ipnosi trova impiego come tecnica analgesica ed anestetica. La suscettibilità delle persone all'induzione della trance ipnotica è molto variabile.

Training Autogeno

Letteralmente, esercizio auto-generato. È una forma di auto-controllo e autoguarigione basata sul controllo del corpo da parte della mente. Si fonda su esercizi di rilassamento, sulla induzione di cooperazione di istinti, emozioni e funzioni neuro-vegetative. Sviluppato in Germania dal dr. J.H. Schulz (1884-1970). È indicato in situazioni nevrotiche poco strutturate, nel disturbo del ritmo sonno-veglia, nei casi di scarsa capacità di concentrazione e nella riduzione dell'efficienza e del rendimento da stress correlato (Schulz, 1975).

Biofeedback

Tecnica terapeutica di autocontrollo del corpo, della mente e delle emozioni che utilizza apparecchiature elettroniche per mezzo delle quali il paziente può prendere coscienza di modificazioni fisiologiche (pressione sanguigna, battito cardiaco, differenze di potenziali elettrici cutanei, tensione muscolare) associate alle turbe emotive, imparando quindi a controllare queste ultime secondo il principio del condizionamento.

Yoga

Lo Yoga è una disciplina tradizionale di origine orientale finalizzata a coordinare il corpo e la mente in modo più efficace. Consiste di un insieme elaborato di tecniche comprendenti 171 posizioni fisiche, pratiche di ritenzione del respiro, controllo degli organi di senso, contemplazione, meditazione, aumento dello stato di coscienza, perfezionamento del comportamento sociale (autocontrollo, non-violenza, ecc.). Diversi studi hanno mostrato che la pratica regolare dello yoga previene lo sviluppo dei disturbi psicosomatici, produce un aumento delle facoltà mentali come la memoria e l'intelligenza, coadiuva il controllo della pressione sanguigna, del peso corporeo e del metabolismo.

Omeopatia

Sistema clinico-farmaceutico che utilizza microdosi di sostanze (dette rimedi) derivate da vegetali, minerali o animali allo scopo di stimolare la risposta di guarigione naturale. I rimedi sono preparati secondo particolari metodiche di diluizione-dinamizzazione e vengono scelti secondo una complessa metodologia, che si basa essenzialmente sul cosiddetto principio di similitudine: il simile cura il simile (*similia similibus curantur*). Il medicinale omeopatico, secondo tale principio, è in grado di curare un ammalato che presenta sintomi simili a quelli che la stessa sostanza ha provocato nelle sperimentazioni eseguite sull'uomo

sano. Nata alla fine del Settecento per iniziativa del medico tedesco C.F.S. Hahnemann (Hahnemann1985), largamente diffusa nel mondo nell'Ottocento ha subito una temporanea eclissi nella prima parte del secolo ventesimo. Oggi è una delle medicine complementari più diffuse nei paesi occidentali. In ambito psichiatrico viene utilizzata in patologie nevrotiche, sindromi ansioso-depressive ed ansia.

Naturopatia

In Europa e particolarmente in Germania, dove esiste ufficialmente dal 1939, il naturopata opera in un contesto spiccatamente clinico, servendosi di tutte le tecniche diagnostiche e terapeutiche delle principali forme di medicina naturale: agopuntura, osteopatia, chiropratica, omeopatia, vitamine, erboristeria, diete, rilassamento. La naturopatia si considera quindi come un sistema integrale che prende in considerazione corpo, mente e spirito. Anche se in molti paesi esistono scuole naturopatiche ben organizzate, non è chiara la collocazione di questa disciplina, che ha obiettivi che in pratica vanno a coincidere con quelli delle varie forme di medicina complementare (Bellavite e al. 2000).

Fiori di Bach

Rimedi costituiti da acqua in cui sono stati immersi, esposti alla luce del sole per alcune ore, dei fiori o dei boccioli. Esistono 38 fiori, ciascuno dei quali sarebbe specifico per uno stato emozionale o per un tipo di personalità.

Anche la **Musicoterapia** e l'**Arteterapia** in generale vengono incluse nelle terapie non convenzionali e complementari.

CONCLUSIONI

La riabilitazione psicosociale è un elemento cardine nella cura del paziente, che libero dai sintomi della malattia, consapevole del funzionamento psicologico del proprio Io, rioccupa il proprio posto in società, non soltanto perché si sente meglio e può ritornare al suo lavoro, ma anche perché ha imparato a gestire meglio le proprie difficoltà, a governare le tendenze distruttive della malattia e a vivere meglio con un'opportunità concreta della cura del sé (Tavormina e al. 2013). La riabilitazione si avvale di varie tecniche e metodiche operative quali, Social Skill training, addestramento alle capacità sociali e personali, la terapia occupazionale, l'intrattenimento, l'animazione, i gruppi strutturati, le tecniche espressive, l'Arteterapia, la DanzaMovimentoTerapia, la Musicoterapia, quest'ultima intesa anche come terapia complementare. Le terapie complementari e/o alternative alla medicina ufficiale, nello specifico sono cure non convenzionali che pur non essendo ancora provata del tutto la loro scientifica efficacia sono largamente impiegate nelle patologie psichiatriche minori. Pertanto, "non si può confondere la parte con il tutto". Le terapie complementari, l'intrattenimento occupazionale e ludico sono tecniche terapeutiche, metodi operativi e cure che vengono utilizzate nel processo riabilitativo e non sono di per sé la riabilitazione psicosociale ma solo una parte di essa.

Bibliografia

Aissen-Crewett M. *Esthetic training of the elderly with special reference to the therapeutic effects of pictorial creative activities.* Z Geronto 1987. 20, 5, 314-317.

Anthony W., Cohen M., Farkas M. *Psychiatric Rehabilitation.* Editore: Boston Univ Center for 1990-08.

Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale.* Milano, Franco Angeli editore, 2002.

Basurto C. *Esperienze di danzaterapia nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, pubblicato nel libro: Se la cura è una danza: la metodologia espressivo relazionale nella danzaterapia, di V. Bellia.* Franco Angeli editore, 2007.

Bellavite P., Conforti A. Lecchi A., Menestrina F., Pomari S. *Le medicine complementari. Definizione, applicazioni, evidenze scentifiche disponibili.* Utet Periodici, Milano. 2000.

Birchwood M. *Interventi psicosociali nella schizofrenia: controversie e tematiche emergenti.* Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, Idelson, Napoli,1992. vol. I, n. 1/92,

Bruscia K.E. *Definire la Musicoterapia.* Ismez, Roma. 2010.

Carozza P. *Centri diurni e approccio ai processi cronici in psichiatria. Il Metodo Spivak e nuovi modelli di terapia.* Franco Angeli editore, 2000.

Carozza P. *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni. Aspetti clinici e organizzativi.* Franco Angeli editore, 2003.

Carozza P. *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione.* Franco Angeli editore, 2006.

Ciompi L., Dauwalder HP, Agué C. *Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico.* Psicoterapia e scienze umane; 1987. 21: 47-64.

Cerruto E. *A Ritmo di Cuore, la danza terapeutica.* Xenia Edizioni, 1994.

Della Pietra F. *Una via italiana alla riabilitazione?* Atti del IV Congresso Nazionale SIRP, luglio 1995.

De Vera d'Aragona P. *Una Danza per la Psicosi.* Riza Psicosomatica, 1985 n.48.

De Vera d'Aragona P. *Curarsi Danzando: il Movimento come Psicoterapia.* Riza Scienze, 1986 n. 13.

Garcìa M.E., Plevin M. *Gli aspetti non verbali della relazione: il contributo della Danza Movimento Terapia.* Seminari del sabato. Ordine degli Psicologi del Lazio, Roma, 4 giugno 2004.

Hahnemann S.C.F. *Organon dell'arte del guarire.* Sesta Ed.; Red. Studio redazionale; Como 1985.

Hannemann B.T. *Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively? Gerontology* 2006. 52, 1, 59-65.

Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Korblinth S.J., Greenwald D.P., Ulrich R.F., Carter M. *Family psycho-education, social skills training, and mainteinance chemotherapy in the after care treatment of schizophrenia.* Archives of General Psychiatry 1991. 48, 340-347.

ISTAT. *Le terapie non convenzionali in Italia Anno 2005.* Roma 21 agosto 2007. www.istat.it

Liberman R.P. *La riabilitazione psichiatrica.* Raffaello Cortina Editore, 1998.

Liberman R.P. *Social and independent living skill, medication management module, trainer's manual, Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness.* Los Angeles 1986.

Michielin P. *Le caratteristice della riabilitazione psicosociale.* 2013. Pol.it http://www.psychiatryonline.it/node/1116.

Morosini P., Magliano L., Brambilla L. *Test VADO - Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi.* Edizioni Erickson, 1998.

National Center for Complementery and Alternative Medicine. *What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?* 2002. https://nccih.nih.gov/health/integrative-health.

Pilkington K. *Anxiety, depression and acupuncture: A review of the clinical research.* Auton Neurosci. 2010 Oct 28; 157(1-2): 91-5. doi: 10.1016/j. autneu. 2010. PubMed.

Puxeddu V. *Danzaterapia e Riabilitazione, in AA.VV. Le Arti Terapie in Italia*, Ed. Gutenberg Roma, 1995.

Rezzonico G., Meier C., Fortunati L. *La valutazione del programma riabilitativo e dei suoi effetti da parte delle persone riabilitate.* Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, Idelson, Napoli, 1992. Vol. I, n. 1-3/92.

Ruggeri M., Dall'Agnola R. *Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale.* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000.

Sacco N. *L'arte del movimento. Educazione e terapia attraverso la danza Musicoterapia e danzaterapia a cura di Maria Favorini.* Franco Angeli ed. Milano. 2004.

Saccorotti C. *Il processo creativo nel percorso verso l'autonomia,* Atti del convegno "Il corpo e la gioia". Milano, maggio 2000.14-15-16.

Saccorotti C. *La complessità e l'autonomia del processo terapeutico, Danzamovimentoterapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana.* Edizioni scientifiche Magi, Roma, 2004.

Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica.* Milano: Etas Libri, 1995.

Scala A. L'agire riabilitativo. *Manuale di riabilitazione psicosociale.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.

Saraceno B., De Luca L. *I modelli teorici della riabilitazione: rilevanza e significati per la pratica.* Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale, Napoli, Idelson, 1992. Vol. I, n. 1-3/92, pp.15-18.

Sartorius N., de Girolamo G., Andrews G., German A., Eisenberg L. (eds.). *Treatment of Mental Disorders. A Review of Effectivness*, American Psychiatric Association Press. 1993.

Schultz J.H. *Il training autogeno.* Milano, Feltrinelli Ed., 1975.

Spinetti G., Lisa G., Bosso A., Bongioanni M., Timitilli C., Longo F., Barbaro M., Ciancia V., Molino A., Cirillo A., Ranise A. *La Riabilitazione Psichiatrica in SPDC: basi teoriche e generalità, con particolare riferimento all'esperienza svolta nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura degli Ospedali di Imperia e Bordighera.* Psicocardio.org, Journal on-line "Ecology, Psychiatry and Mental Health". 2016 Gennaio-Dicembre Anno 4 n 1-2.

Spivak M. *La Riabilitazione psico-sociale: che cosa è?* 1° Convegno S.I.R.P., Verona, 1988.

Spivak M. *Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento.* Riv Sper Fren; 1987. 111: 52274.

Tavormina G., Nardini M., Tavormina MGM, Vacca A. Mendolicchio L. *Luce sul male oscuro.* Sardini editrice srl. Brescia. 2013. pg 19.

Tavormina M.G.M., Tavormina R., Nemoianni E. *The Singing-Group: a new therapic rehabilitathion for mood desorders*

Psychiatria Danubina, Zagreb, Croatia. 2014 Vol. 26, Suppl. 1, pp 173-177.

Tavormina M.G.M., Tavormina R., Nemoianni E., Tavormina G. *A questionnaire to assess social stigma.* Psychiatria Danubina. Zagreb, Croatia. 2015 Vol. 27, Suppl. 1, pp 328-331.

Tavormina R., Tavormina M.G.M., Nemoianni E. *"Dance and Go On": a project of Psychosocial Rehabilitation on the road.* Psychiatria Danubina, Zagreb, Croatia. 2015 Vol. 27, Suppl. 1, pp. 143-147 S147 10.

Tavormina R., Tavormina M.G.M., Nemoianni E. *The advantages of "Dance-group" for psychotic patients.* Psychiatria Danubina, Zagreb, Croatia. 2014 Vol. 26, Suppl. 1, pp. 162-166.

Tavormina R., Diamare S., D'Alterio V., Nappi B., Ruocco C., Guida E. *Development of the life skills for promotion of health with Art-Therapy.* Psychiatria Danubina, Zagreb, Croatia. 2014 Vol. 26, Suppl. 1, pp 167-172.

Wikström B.M. *Visual art dialogues with elderly persons: effects on perceived life situation.* J Nurs Manag 2000. 8, 1, 31-37.

World Health Organization. *Psychosocial Rehabilitation: a consensus statement. Division of Mental Health and preventio of substance abuse.* Geneva, WHO, 1996.

World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health (ICF).* Geneva, WHO, 2001.

Corrispondenza

Dr. Maurilio Giuseppe Maria Tavormina
Psichiatra
Viale Leone 4/f - 80055 Portici (NA), Italia
E-mail: *mtavormina@virgilio.it*

MALATTIA MENTALE E PREGIUDIZI: STUDIO MULTICENTRICO SULLO STIGMA SOCIALE

Maurilio G.M. Tavormina[1], **Romina Tavormina**[2], **Giuseppe Tavormina**[3]

[1] *Dipartimento di Salute Mentale ASL Na 3 Sud, Napoli - Italia*
[2] *Studio di Psicologia - Napoli - Italia*
[3] *Centro Studi Psichiatrici (CEN.STU.PSI) - Brescia - Italia*

RIASSUNTO

I pregiudizi e lo stigma sulla malattia mentale sono ancora presenti in società. I pazienti soffrono sia per la patologia, sia per i comportamenti di emarginazione nei loro confronti e dei loro familiari. Anche gli operatori psichiatrici si ammalano e soffrono per la stessa motivazione. Gli autori di questo studio multicentrico internazionale si sono posti il quesito se ci possono essere pregiudizi e/o stigma tra i curanti nei confronti dei colleghi sofferenti, tra i pazienti nei confronti del personale curante affetto dalla stessa patologia e tra i pazienti stessi. Utilizzando due questionari standardizzati ed inediti sono stati testati 207 operatori psichiatrici e 407 pazienti, di nazionalità italiana, belga, ungherese e croata. È emerso che anche tra i curanti sono presenti dei pregiudizi sulla malattia mentale dei colleghi rispondendo che non possono curare bene i pazienti con la loro stessa patologia. Non sono però presenti comportamenti francamente emarginanti o stigmatizzanti nei loro confronti. Tra i pazienti invece è prevalsa l'opinione che gli operatori psichiatrici, con patologia mentale, possono capire meglio gli ammalati, perché anche loro sono sofferenti. Questo dato è in analogia con la tesi junghiana del "Guaritore ferito" nel mito del centauro Chirone. I pazienti non hanno un rifiuto o comportamenti di emarginazione nei confronti degli altri ammalati. Ed infine sia i curanti che le persone curate sono diffidenti, nei confronti dei sani e tendono a non rivelare le loro sofferenze per paura di essere giudicati male o emarginati.

Parole-chiave: *stigma sociale, pregiudizi, malattia mentale, questionario operatore psichiatrico, pazienti psichiatrici.*

* * *

INTRODUZIONE

I disturbi mentali sono ancora visti con sospetto e non sono considerati come le altre malattie. I pregiudizi sono ancora forti e presenti. I retaggi storici del vecchio manicomio, della pericolosità sociale e della difficoltà alla cura sono ancora vivi. La disinformazione, o peggio la cattiva informazione contribuisce a mettere in risalto l'aggressività del paziente psichiatrico, dimenticando che il comportamento aggressivo è presente sia nel sano che nel malato di mente. Lo "stigma" (che significa contaminazione, dall'antica ÛÙ›ÁÌ· greco) è un segno che distingue negativamente una persona: è come una difficoltà aggiuntiva per lui / lei che colpisce profondamente la vita sociale dei pazienti e delle loro famiglie (Casacchia 2005). Esso si manifesta sia nei paesi occidentali, ad esempio in

Germania (Angermey 1997) o nel Regno Unito (Crisp 2000), e nei paesi dell'Est, per esempio a Hong Kong (Chou 1996) e Singapore (Lai 2001).

Lo scopo del nostro progetto etico è quello di valutare quanto sia rilevante la paura dello stigma nei rapporti interpersonali degli operatori della salute mentale e dei pazienti psichiatrici. E di quanto i pregiudizi sulla malattia mentale possano eventualmente influenzare negativamente la cura e la fiducia nel rapporto medico-paziente.

PRESUPPOSTO TEORICO

Lo psichiatra psicoanalista C. Jung, nel mito greco del centauro Chirone (Smith, 1997) il "Guaritore ferito", ritiene che chi ha sperimentato la sofferenza della malattia è più sensibile nel comprendere e curare chi soffre. Ellison Barr, psicanalista inglese, nel 2006 ha evidenziato come il 73,9% dei 253 psicoterapeuti e counsellors intervistati, che lavorano nella salute mentale, hanno avuto problemi psichici personalmente (65%) o nelle loro famiglie (10%), e ciò ha indirizzato la loro scelta lavorativa in psichiatria (Barr 2006).

Vicini alla posizione del "guaritore ferito" gli autori di questo lavoro hanno voluto approfondire se fossero presenti pregiudizi o comportamenti stigmatizzanti negli operatori psichiatrici, nei pazienti e nel rapporto terapeutico. Vedere quanto eventualmente fosse gravosa la cura degli stessi per il terapeuta malato e valutare quanto è presente il pregiudizio tra gli operatori nei confronti del collega affetto da patologia mentale.

Un operatore psichiatrico sofferente può curare i pazienti che hanno le sue stesse patologie? Ha difficoltà a curarli e li allontana, affidandoli ad un collega? O li cura con impegno e professione? I suoi colleghi come si relazionano con lui? Lo aiutano e lo curano, o lo evitano e lo isolano? I suoi pazienti come lo giudicano se venissero a sapere che è stato o è affetto della stessa loro malattia? In che modo i pazienti giudicano gli altri malati mentali e come si relazionano con loro? Queste sono state le domande che hanno ispirato i ricercatori di questo studio etico.

OBIETTIVI e METODI

Lo stigma per la malattia mentale, è un marchio sociale indelebile che personalizza il malato psichico e si proietta anche sul gruppo socio-famigliare di appartenenza. Esso è ancora oggi presente ed è uno dei principali ostacoli ai programmi di terapia e di assistenza dei pazienti psichiatrici. I malati mentali continuano a rimanere discriminati ed essere fonte di pregiudizi, perché delle malattie mentali e delle sofferenze psichiche ancora ci si vergogna. Vincere il disagio con la conoscenza: è l'obiettivo che vuole raggiungere il gruppo di ricercatori del presente lavoro. I pazienti psichiatrici spesso soffrono per un duplice motivo, il primo causato direttamente dalla loro malattia e il secondo correlato allo stigma sociale. Esso aumenta le difficoltà e il dolore psichico di chi è affetto da disturbo psichiatrico grave. Il fine specifico di questa ricerca è stato quello di studiare e di testare quanto siano eventualmente presenti i pregiudizi e/o lo stigma sociale per la malattia mentale tra gli operatori psichiatrici e nei pazienti. Il pro-

getto etico, multicentrico, statistico, osservazionale, proposto da un gruppo di lavoro del Dipartimento di Salute Mentale ASL Napoli 3 Sud, Italia ed approvato dal Comitato Etico Aziendale con atto deliberativo, ha avuto l'inizio dei lavori il 1 luglio 2015 ed è stato ultimato in sei mesi (31 dicembre 2015).

Il comitato scientifico ha effettuato la formulazione, l'elaborazione e lo sviluppo di due questionari: uno per gli operatori psichiatrici (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tecnici per il servizio di riabilitazione) ed un altro per i pazienti. Entrambi i questionari sono stati autosomministrati a persone maggiorenni, non interdette e totalmente informati circa lo scopo dello studio. I questionari sono inediti, standardizzati, a domanda chiusa, formulati in italiano e tradotti in inglese. Essi sono anonimi e tutelano i diritti della privacy. L'esaminato è libero anche di non rispondere alle domande poste nel test. I questionari sono stati valutati su campione, prima della somministrazione, per confermare la loro semplicità e funzionalità (Tavormina MGM ed altri 2015).

Il progetto è uno studio di ricerca multicentrico internazionale: Italia, Belgio, Ungheria e Croazia, ed interessa le province di Napoli, Avellino, Roma, Bari, Brescia, Yvoir, Budapest e Split. I questionari sono stati autosomministrati ad operatori e pazienti psichiatrici, lavoranti e curati sia nel settore pubblico, sia nel privato. In Italia l'Unità Operativa di Salute Mentale di Torre del Greco del Dipartimento di Salute Mentale ASL Napoli 3 Sud è il Centro di riferimento della ricerca nel settore pubblico. L'Associazione Scientifica Internazionale non profit Cen.Stu.Psi. (Psychiatric Studies Centre), con sede in Provaglio Iseo (Brescia), è il Centro di riferimento per il settore privato.

RICERCA DATI

Tavola 1

QUESTIONARIO PER L'OPERATORE PSICHIATRICO - PARTE A

N° **207** OPERATORI INTERVISTATI

Età:	*a*) da 18/30 anni = 23	*b*) da 31/40 anni = 46	*c*) da 41/50 anni = 57
	d) da 51/60 anni = 63	*e*) oltre i 60 = 18	
Sesso:	M = 88 F = 119	Sede di lavoro *a*) pubblico = 146	*b*) privato = 61
Provincia:	= 8 (Napoli, Avellino, Roma, Bari, Brescia, Yvoir, Budapest, Spalato)		
4 Nazioni:	Italia = 138 operatori, Belgio = 16, Ungaria = 45, Croazia = 8		
	Totale = **207** Operatori		
Qualifica:	*a*) Psichiatra = 44	*b*) Psicologo = 36	*c*) Infermiere = 76
	d) Assistente sociale = 21	*e*) Animatore di Riabilitazione = 20	

Domande (Dare unica risposta e scegliere quella più rappresentativa)

1) Hai scelto di lavorare in Psichiatria? SI = 126 NO = 81
2) Perché hai scelto di lavorare in questo settore?
   a) Per interesse personale = 96
   b) Per interesse scientifico = 27
   c) Per faciltà d'inserimento e/o opportunità lavorativa = 68
3) Perché continui a lavorare in psichiatria?
   a) Per scelta = 150
   b) Per necessità = 57

4) Hai avuto/hai difficoltà psicologiche e/o psichiatriche? SI = 66 NO = 141
(*Inversione di tendenza in Ungaria: SI = 41 NO = 4*)
(*vai alla domanda 13 se la risposta è NO*)
5) Se SI, di che tipo?
a) Disturbi dell'Umore = 23
b) Disturbi d'Ansia = 32
c) Disturbi Psicotici = 3
d) Disturbi di personalità = 1
e) Abuso di sostanze stupefacenti/alcoliche = 6
6) In quale periodo della tua vita sono iniziati?
a) Infanzia = 10 *b*) Adolescenza = 21 *c*) età adulta = 35
7) Sei o sei stato in cura per il tuo problema? SI = 37 NO = 28
8) Che tipo di terapia?
a) Farmaci = 23 *b*) Psicoterapia = 32 (*è possibile la risposta multipla*)
9) La tua sofferenza psichica ti ha creato difficoltà nell'esercizio della professione?
SI = 22 NO = 48
10) Pensi che un paziente con infermità analoga alla tua possa causarti sofferenze?
SI = 33 NO = 37
11) Avresti difficoltà a curare un paziente con problemi simili ai tuoi?
a) NO = 40 *b*) poco = 19 *c*) abbastanza = 10 *d*) molto = 1
12) Cosa faresti?
a) Mi prendo cura di lui = 43
b) Delego la cura ad un college = 21
c) minimizzo la malattia = 6

Tavola 2

QUESTIONARIO PER L'OPERATORE PSICHIATRICO - PARTE B

Domande - (Indicare una sola risposta: quella più rappresentativa o frequente)
13) Hai mai lavorato con un collega affetto da patologia mentale? SI = 129 NO = 78
(in controtendenza in Ungaria SI = 44 NO = 1)
(*vai alla 19 se la risposta è NO*)
14) Se si, qual'è la diagnosi?
a) Disturbi dell'Umore = 37
b) Disturbi d'Ansia = 35
c) Disturbi Psicotici = 25
d) Disturbi di Personalità = 28
e) Abuso di sostanze stupefacenti/alcoliche = 14
15) Come ti relazioni con lui?
a) Lo/la evito = 23 *b*) Sono costretto a lavorarci insieme = 36
c) Gli/le dico di curarsi = 39 *d*) Mi prendo cura di lui/lei = 35
16) Come valuti il tuo comportamento nei suoi confronti?
a) Buono = 67 *b*) Necessario = 44 *c*) Di difesa = 16
17) Come reagisce il collega?
a) È aggressivo = 28 *b*) È diffidente = 50
c) Si assenta spesso dal lavoro = 14 *d*) Mostra gratitudine = 37
18) Secondo te può curare chi è ammalato? SI = 65 NO = 90
19) Sei tu ad avere problemi psichici? SI = 23 NO = 168 NR = 16
(*continuare solo se la risposta è SI*)

20) Come si comportano con te i colleghi? *a*) bene = 18 *b*) male = 5
21) Hai paura di rivelare ai colleghi la tua malattia? SI = 15 NO = 8
22) Ti fanno notare le tue eventuali assenze dal lavoro? SI = 9 NO = 14
23) Ti senti emarginato dai colleghi? SI = 9 NO = 14
24) Credi che tu debba essere tutelato dal loro comportamento? SI = 11 NO = 12
25) Ti è mai venuta voglia di cambiare ambiente di lavoro? SI = 14 NO = 9
26) Ti hanno mai "suggerito" di cambiare ambiente di lavoro? SI = 13 NO = 10
27) Hai voglia di continuare a lavorare in psichiatria? SI = 17 NO = 6

Tavola 3

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE PSICHIATRICO

N° **476** PAZIENTI INTERVISTATI

Età: *a*) dai 18/30 anni = 76 *b*) dai 31/40 = 99 *c*) dai 41/50 = 149
d) dai 51/60 anni = 90 *e*) oltre i 60 = 62
Sesso: M = 212 F = 264
Dove ricevi il trattamento terapeutico? *a*) pubblico = 244 *b*) privato = 232
Provincia: = 8 (Napoli, Avellino, Roma, Bari, Brescia, Yvoir, Budapest, Spalato)
Nazione: Italia = 321 pazienti, Belgio = 128, Ungaria = 18, Croazia = 9
Totale = 476 pazienti
Che scuola hai fatto? *a*) elementare = 54 *b*) scuola media = 141 *c*) liceo = 143
d) università = 76 altro = 54
Posizione lavorativa: *a*) studente = 30 *b*) disoccupato = 115 *c*) lavoratore = 169
d) casalinga = 54 *e*) pensionato = 80

Domande (*Per favore indica una sola risposta; quella più rappresentativa o frequente*)

1) *Sai di essere e/o di essere stato malato/a?* SI= 408 NO=18 Non risposte=50
(non continuare se la risposta è NO)
2) *Per quale tipo di sofferenza psichica sai di essere in cura?*
a) Disturbi dell'umore (Depressione/eccitazione) = 232
b) Disturbi d'ansia (ansia, paure immotivate, ossessivo) = 140
c) Disturbi psicotici (Schizofrenia, deliri) = 66
d) Disturbi di personalità = 34
e) Ritardo Mentale = 10
f) Abuso di sostanze = 36
g) Altro = 9
3) *In che periodo della tua vita hai iniziato a stare male?*
a) Infanzia = 57 *b*) Adolescenza = 174 *c*) Età adulta = 140
4) *Sei attualmente in cura per il tuo problema?* SI = 452 NO = 24
5) *Che tipo di terapia?* (*sono possibili più risposte*)
a) Farmaci = 386 *b*) Psicoterapia = 181 *c*) Riabilitazione psicosociale = 42
6) *La tua sofferenza ti crea/ti ha creato problemi con gli altri?* SI = 370 NO = 106
7) *Hai difficoltà/vergogna a parlare agli altri della tua malattia mentale?* SI = 295 NO = 181
8) *Se SI: per quale motivo?* (scegli la risposta più significativa)
a) Mi giudicano male = 112 *b*) Non mi capiscono = 131
c) Non voglio essere compatito = 52
9) *Come ti comporti con gli altri pazienti psichiatrici?* (scegli la risposta più significativa)
a) Li allontano = 93 *b*) Li capisco perché soffrono = 257 *c*) Ci faccio amicizia = 109
10) *Cosa penseresti degli operatori di psichiatria se avessero problemi mentali?*
a) Non possono curare bene i loro pazienti = 135

b) Dovrebbero cambiare lavoro = 76
c) Possono capirmi meglio perché pure loro sono ammalati = 237 Non risposta = 28

11) *Ti hanno mai detto: "sei un matto e non capisci niente?"*
SI = 223 NO = 228 Non Risposta = 25

12) *Quando gli altri ti evitano e/o si comportano male con te cosa fai?*
a) Mi arrabbio = 127 *b*) Mi isolo/piango = 150
c) Non mi evitano = 93 Non Risposta = 106

VALUTAZIONE DATI

Questionario per l'Operatore Psichiatrico

Dal numero maggiore di risposte alle domande emerge la figura di "un operatore psichiatrico-tipo" (prevalente) che, nella maggior parte dei casi è una donna (57,48%), con qualifica d'infermiera (il 36,71% dei testati), ha un'età media compresa tra i 51/60 anni (30,43%), lavora in struttura pubblica (70,53%) ed è di nazionalità italiana (138 su 207 intervistati, pari al 66,66%). Ha scelto di lavorare in psichiatria per interesse personale (60.86%), continua a lavorare nel settore per scelta e non ha avuto problemi psichiatrici (68,11%). A 129 operatori su 207 (il 62,31%) è capitato di lavorare con colleghi affetti da patologia psichica.

Rispetto alla popolazione testata, in Ungheria si è manifestato un dato in controtendenza: 44 persone su 45 (il 97,77% degli intervistati) hanno lavorato con colleghi sofferenti. Inoltre 41 operatori su 45 (91,11%) hanno risposto di aver avuto problemi psichici.

Per quanto riguarda la popolazione complessiva intervistata, le patologie più frequenti sono state l'ansia (48,48%) e la depressione (34,84). "L'operatore-tipo" ha consigliato loro di curarsi 39 persone (il 30,23%), anche se ben 36 operatori hanno risposto che sono costretti a lavorarci insieme (il 27,90%) e solo il 17,82% ha evitato di relazionarsi con loro e ritiene che il proprio comportamento nei loro confronti sia stato giusto e necessario (53,62%).

Il collega malato è diffidente (50 operatori su 66, il 75,75% di risposte) e l'opinione prevalente tra gli operatori è stata che chi è ammalato non può curare gli altri (90 No/ 65 SI) e si tende ad escludere l'efficacia terapeutica di chi soffre o ha sofferto di patologie mentali. Questa preconcetto è in contrapposizione da quanto emerso nel questionario per i pazienti. Essi invece si fidano maggiormente degli operatori sofferenti ed hanno risposto "possono capirmi meglio perché pure loro sono ammalati" (237 risposte su 476, pari al 49,78%). Alla domanda n°18: "secondo te può curare chi è malato?" hanno risposto 155 operatori (90 NO e 65 SI), anche se nel questionario era indicato di rispondere alla domanda solo se si avessero avuto esperienze lavorative con un collega affetto da patologia mentale (129 SI, pari al 62,31%). Ciò evidenzia quanto sia importante per l'intervistato rispondere a questa domanda anche se non richiesto.

Un'altra indicazione significativa è che su 207 operatori psichiatrici che hanno fatto il questionario alla domanda n° 4: "hai avuto/hai problemi psicologici/psichiatrici", 141 persone (68,11%) hanno risposto NO e 66 (31,88%) SI. In Ungheria, invece, si è avuto un'inversione di tendenza rispetto agli altri colleghi

con 41 persone (91,11%) che hanno risposto SI e 4 NO. Prevalgono i disturbi d'ansia (48,48%) e dell'umore (34,84%), curati con medicine e psicoterapia. Gli operatori ammalati (72,72%) non si sentono in difficoltà a curare persone con uguali infermità, il 56,06% ritiene che il paziente predetto non possa causare sofferenze ed il 65,15% si prende cura di lui. Alla domanda diretta, n° 19: "Sei tu ad avere problemi psichici?", 168 operatori (81,15%) hanno risposto NO, 23 hanno risposto SI (11,11%) e 16 (7,72%) non hanno risposto, rilevando una resistenza alla domanda. Si evidenzia la discrepanza di percentuale tra la risposta SI alla domanda n° 4 (31,88%) e la somma della risposta SI + la Non Risposta alla n°19 (totale = 18,83%). Quest'ultima, "Sei tu ad avere problemi psichici?", è una domanda diretta e di controllo della n° 4: "Hai avuto/hai problemi psicologici/psichiatrici". La diversità di risultati evidenzia maggiormente quanto è difficile per l'intervistato esprimere al presente lo stato di disagio per problemi psichici.

"L'operatore-tipo", sofferente, ritiene che gli altri colleghi si comportano bene con lui (78,26%), ha paura di rivelare a loro la sua malattia (15 su 23 = 65,21%), non gli fanno notare le sue assenze dal lavoro (60,86%), non si sente emarginato (60,86%) ed il 52,17% ritiene che non deve essere tutelato dal comportamento dei colleghi. "L'operatore-tipo" ha avuto voglia di cambiare ambiente di lavoro nel 60,86% dei casi e gli hanno suggerito di farlo il 56,52%, ma ha ancora voglia di continuare a lavorare in psichiatria il 73,91%.

Questionario per il Paziente Psichiatrico

Dal numero di maggiore frequenza alle risposte al questionario si può tracciare il profilo del "paziente psichiatrico-tipo" (prevalente). Esso è di sesso femminile (55,46% delle risposte), con una fascia d'età compresa tra i 41/50 anni (31,30%), è diplomata (30,04%), lavora (35,50%), si cura in una struttura pubblica (51,26%) ed è di nazionalità italiana (67,43%). La paziente sa di essere o di essere stata ammalata (85,71%), anche se 50 persone su un totale di 476 (10,56%) non hanno risposto alla domanda, manifestando una evidente resistenza ad esprimere la conoscenza del proprio stato di salute. La paziente tipo è affetta con maggiore frequenza da un disturbo dell'umore (48,73%), poi da ansia (29,41%) e da disturbi psicotici (13,86%). Si è ammalata più frequentemente in adolescenza ed è ancora in cura prevalentemente con farmaci. Il 77,73% dei pazienti intervistati affermano che a causa della loro patologia hanno problemi di rapporto interpersonale (370 pazienti su 476). Il 61,97% (295 persone) ha difficoltà/vergogna a parlare con gli altri della propria malattia mentale. I pazienti più frequentemente non si sentono capiti (131 persone), si sentono giudicati male (112 pazienti) e non vogliono essere compatiti (52 persone).

Come si vede la patologia mentale crea difficoltà di rapporto tra le persone ed è motivo di preoccupazione e di giudizio negativo per i sofferenti psichici in società.

Alla domanda n° 9 del questionario: "come ti comporti con gli altri pazienti psichiatrici?" formulata per vedere se ci sono atteggiamenti o comportamenti stigmatizzanti tra i pazienti nei confronti di altre persone affette da disturbi psichiatrici, 257 persone hanno risposto: "li capisco perché soffrono" e 109 "ci faccio amicizia". Come si vede prevalgono nettamente sentimenti di comprensione,

condivisione e solidarietà tra i pazienti, senza pregiudizi od esclusione sociale per la patologia psichiatrica. Solo il 19,53% dei testati (93 pazienti su 476) ha risposto: "li allontano", manifestando intolleranza verso di loro.

Alla domanda n° 10: "cosa pensi degli operatori psichiatrici che hanno problemi mentali" 237 pazienti su 476 (49,78%) hanno risposto "possono capirmi meglio perché pure loro sono ammalati", scongiurando giudizi negativi sui loro curanti. 135 pazienti (28,36%), al contrario, ritengono che "gli operatori ammalati non possono curare bene i loro pazienti", 76 persone (15,96%) ancora più determinate pensano che "dovrebbero cambiare lavoro e 28 (5,88%) non rispondono. Come si vede circa la metà dei pazienti non esprime pregiudizi stigmatizzanti nei confronti degli operatori ammalati. Si fidano e si sentono più capiti, mentre meno di un terzo dei pazienti intervistati non si fida di loro e ritiene che l'operatore infermo non possa curare bene gli altri. Atteggiamenti di franca sfiducia ed esclusione solo in 76 persone (15,96%) e 28 pazienti (5,88%) non rispondono.

Per valutare come un ammalato vive la sua infermità è stata formulata la domanda: "ti hanno mai detto sei matto e non capisci niente?" e 223 pazienti (46,84%) hanno risposto SI, 228 persone No (47,89%) e 25 non hanno risposto (5,25%). Sentirsi esclusi e giudicati incapaci è una opinione presente in circa la metà dei pazienti esaminati e questa è una sofferenza ulteriore alla loro malattia. La reazione più frequente dei pazienti davanti a comportamenti di emarginazione e di stigma sociale ad opera di altri è: "mi isolo/piango" (150 persone, pari al 31,51%), seguita da "mi arrabbio" (127 pazienti, 26,68%) e 106 pazienti non rispondono (22,26%). Solo 93 persone (19,53) hanno risposto: "non mi evitano". Queste risposte evidenziano come tutt'oggi è ancora presente un forte sentimento di esclusione sociale nei pazienti, che rispondono allo stigma isolandosi a loro volta, piangendo, arrabbiandosi o semplicemente chiudendosi e non rispondendo, neanche alla semplice domanda del questionario.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati emerge che tra gli operatori psichiatrici sono ancora presente dei pregiudizi sulla possibilità di curare bene un ammalato affetto della stessa patologia mentale del curante. È presente una certa diffidenza e resistenza a comunicare ai colleghi i loro problemi psichiatrici. La resistenza è determinata forse oltre ad un motivo di tutela della privacy anche per non essere giudicati male dai compagni di lavoro, per motivi di pregiudizio e stigma sociale. Non sono emersi comunque comportamenti significativi da un punto di vista statistico di emarginazione, esclusione o di franco stigma sociale nei confronti del collega ammalato. Sebbene a 13 persone su 23 (56,52%) sia stato suggerito loro di cambiare il posto di lavoro e a 14 (60,86%) sia venuta voglia di farlo. Come si vede nel personale sanitario è presente un franco disagio nel lavorare con operatori sofferenti.

I colleghi che hanno avuto problemi psicologici/psichiatrici (66 su 207, il 31,88%) affermano di non avere difficoltà a curare pazienti con la loro stessa pa-

tologia, non esprimendo comportamenti emarginanti. Solo il 34,84% di loro delega la cura ad un collega. Sono diffidenti (75,75%) nei confronti degli altri operatori, hanno paura di rivelare le loro sofferenze (65,21%) e solo il 21,73% risponde che gli altri colleghi si comportano male nei loro confronti. Traspare una evidente diffidenza e una certa resistenza a dire di aver avuto o di avere delle difficoltà psichiatriche, preferendo non rispondere.

I pazienti psichiatrici (il 49,78% degli intervistati), invece, si fidano dei curanti affetti da problemi mentali, mentre solo il 28,36% risponde che non possono curare bene i loro pazienti. Solo il 15,96% afferma che dovrebbero cambiare lavoro, esprimendo un franco pregiudizio sulle loro capacità terapeutiche. Anche i pazienti hanno difficoltà/vergogna a parlare della loro malattia (61,97%), la loro patologia crea problemi con gli altri (77,73%), non si sentono capiti (27,52%) o si sentono giudicati male (23,52%). Non hanno comportamenti emarginanti con gli altri pazienti (76,89%) e soffrono perché si sentono emarginati ("mi arrabbio" 26,68%, "mi isolo e/o piango" 31,51% ed il 22,26% non risponde alla domanda). Solo il 19,53% di loro non si sentono evitati dagli altri.

Si può affermare quindi che negli intervistati, sia pazienti che operatori, malati e sani, non ci sono comportamenti di franca emarginazione e di stigma sociale. Mentre prevalgono tra gli operatori idee preconcette e pregiudizi sulla possibilità che hanno i curanti di curare bene i pazienti, affetti dalle stesse malattie. Sono presenti sentimenti di diffidenza e vergogna nel rivelare le malattie mentali, sia tra gli operatori che nei pazienti, per paura di non essere capiti o giudicati male. Infine, il 49,78% dei pazienti intervistati si fida degli operatori sofferenti perché si sente maggiormente capito. In perfetta sintonia con il concetto di efficacia terapeutica del "guaritore ferito".

Eventuali ulteriori approfondimenti multicentrici statistici futuri potranno dare ulteriori contributi per meglio comprendere quanto il disagio personale, degli operatori e dei pazienti, relativo alle malattie mentali fosse o meno di notevole entità; oppure ulteriori futuri approfondimenti potrebbero cercare di mettere in evidenza quanto disagio rivolto alle malattie mentali esiste anche fra la popolazione generale.

Ringraziamenti: si ringrazia il dr. Manlio Grimaldi Direttore del Dipartimento di Salute Mentale ASL Na 3 Sud, i colleghi e i responsabili delle Unità Operative di Salute Mentale di Torre del Greco, Nola e Torre Annunziata, provincia di Napoli, Italia. Si ringraziano inoltre i dottori/esse Eugenio Nemoianni, Francesco Franza, Immacolata d'Errico, Maria Grazia Spurio, Nicolas Zdanowicz, Stephanie De Mesmaeker, Judit Harangozó, Anna Nyulászi, Tünde Bulyáki, Ivan Urlic, Andrea Russo e Mark Agius che hanno collaborato attivamente alla ricerca multicentrica internazionale.

Conflitti d'interessi: nessuno.

Chi volesse avere i questionari ufficiali, si prega di contattare gli autori di questo studio.

Bibliografia

Angermeyer M.C., Matschinger H. *Social distance towards the mental ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany* - Psychol 1997; 27: 131-41.

Baranzini F. *Discriminazione e accoglienza della persona con disturbo psichico nella popolazione.* Noos, 2005 n° 3-4; 245-268.

Barr Alison. *Wounded Healer Counsellor Psychotherapist Research* - COSCA Research Dialogue, from The Green Rooms, 2006.

Baumann A.E. *Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'.* Int Rev Psychiatry. 2007 Apr; 19(2): 131-5. DOI: 10.1080/09540260701278739 PubMed.

Casacchia M. *Lo stigma di chi soffre di un disturbo mentale e dei familiari.* Noos 2005 n° 3-4; 197-218.

Chou K.L., Mak K.Y., Chung P.K., et al. *Attitudes towards mental patients in Hog Kong.* Int J Soc Psychiatry 1996; 42: 213-9.

Crisp A.H., Gelder MG, Rix S., et al. *Stigmatisation of people with mental illnesses.* Br. J Psychiatry 2000; 177: 4-7.

Dyduch A., Grzywa A. *Stigma and related factors basing on mental illness stigma.* Pol Merkur Lekarski. 2009 Mar; 26 (153): 263-7.

Gaebel W., Zielasek J. *Overcoming stigmatizing attitudes towards psychiatrists and psychiatry.* Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 131, Issue 1 January 2015 Pages 5-7, DOI: 10.1111/acps.12362.

Hankir A., et al. *The Wounded Healer: an effective anti-stigma intervention targeded at the medical profession.* Psychiatria Danubina, 2014 Vol. 26 (suppl. 1), 89-95.

Jackowska E. *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia–a survey of studies and psychological mechanisms.* Psychiatria Polska. 2009 Nov-Dec; 43(6): 655-70.

Kao Y.C., Lien Y.J., Chang H.A., et al. *Stigma Resistance in Stable Schizophrenia: The Relative Contributions of Stereotype Endorsement, Self-Reflection, Self-Esteem, and Coping Styles.* Can J Psychiatry. 2017 Jan 1: 706743717730827. doi: 10.1177/0706743717730827.Abstract PubMed.

Lai Y.M., Hong C.P., Chee C.Y. *Stigma of mental illness.* Singapore Med J 2001; 42: 111-4.

Mangili E., Marco Ponteri M., et al. *Attitudes toward disabilities and mental illness in work settings: a review.* Epidemiology and Psychiatric Sciences Inizio modulo. Volume 13, Issue 1 March 2004, pp. 29-46 Abstract PubMed 11/102011.

Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. *Stigmatization on the way to recovery in mental illness - the factors associated with social functioning.* Psychiatr Pol. 2014 Nov-Dec; 48(6): 1201-11. doi: 10.12740/PP/20364. PubMed.

Robert C. Smith *The Wounded Jung: Effects of Jung's Relationships on His Life and Work.* Psychosocial Issues, Paperback - October 29, 1997; 177.

Tavormina M.G.M., et al. *A questionnaire to assess social stigma.* Psychiatr Danub. 2015; 27 (Suppl. 1): S328-31.

Tavormina M.G.M., et al. *Thinking of Psychiatric disorders as normal illness. Data from a questionnaire on social stigma: a multicenter study.* Psychiatria Danubina, 2016; Vol. 28, Suppl. 1, pp 125-131.

Vender S. *Stigma interiorizzato e vergogna,* 2005, Noos, n° 3-4. 233-243.

Corrispondenza

Dr. Maurilio Giuseppe Maria Tavormina
Psichiatra
Viale Leone 4/f -80055 Portici (NA), Italia
E-mail: *mtavormina@virgilio.it*

RUOLO DELLA FAMIGLIA NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BIPOLARE

Gino Aldi, Barbara Felisio, Maria Russiello

Associazione Zetema - Istituto di Ricerca e Formazione in Psicoterapia e scienze umane - Caserta

RIASSUNTO

Il disturbo bipolare incide intensamente non solo sulla vita del paziente ma anche sulla sua famiglia causando modificando in senso peggiorativo la qualità delle relazioni interpersonali all'interno del nucleo familiare. I comportamenti dei pazienti suscitano reazioni di ostilità e di rifiuto e spesso i familiari non sono in grado di interpretarli come manifestazioni di una malattia ma, al contrario li considerano espressione della volontà del paziente. L'isolamento, la svalutazione, l'aggressività subita e reattiva che viene a determinarsi incide negativamente sulla prognosi della malattia. D'altro canto i livelli di frustrazione vissuto dai membri della famiglia è molto elevato e spesso insostenibile se non direzionato da personale esperto. Il trattamento di psicoterapia di famiglia vuole incidere in modo particolare sulla emotività negativa che si è strutturata a causa della malattia attivando le risorse della famiglia, recuperando un'adeguata comunicazione, favorendo la comprensione della fenomenologia della malattia in modo da individuare precocemente i segni di ricaduta e prevenire fenomeni di auto ed eterolesionismo. Un trattamento familiare è raccomandabile quale integrazione del trattamento farmacologico perché incide positivamente su tutti i membri del nucleo familiare e elimina o limita i fattori che contribuiscono ad alimentare la chiusura difensiva del paziente, elemento cardine di ogni fallimento terapeutico. L'articolo espone i criteri generale che guidano un costruttivo approccio di cura mediante il coinvolgimento dei familiari del paziente.

Parole-chiave: *disturbo bipolare, psicoterapia della famiglia, psicoterapia*

* * *

INTRODUZIONE

Il disturbo bipolare è una malattia che determina notevole stress e sofferenza non solo nel paziente che ne è affetto ma anche nella sua famiglia. Sia la fase depressiva che, forse ancor più, la fase maniacale del disturbo producono comportamenti che alterano in maniera significativa gli equilibri familiari costringendo ciascun membro a sviluppare strategie di adattamento e atteggiamenti difensivi. Si può pertanto considerare il disturbo bipolare un elemento che aumenta in maniera considerevole la vulnerabilità non solo del paziente ma dell'intero nucleo familiare coinvolto.

Altra considerazione importante è che l'evento critico, rappresentato dall'esordio di malattia e dal suo successivo decorso, è fortemente influenzato dalla

qualità delle comunicazioni intrafamiliari, le quali possono contribuire ad indirizzare i pazienti verso una prognosi più favorevole o, al contrario, favorire un decorso a evoluzione negativa. Nonostante la malattia alteri profondamento il funzionamento cognitivo ed emotivo del paziente egli resta sensibile alla qualità delle relazioni parentali entro le quali è cresciuto e ha formato la sua personalità. Allo stesso modo la sofferenza indotta dai comportamenti del paziente sui membri della famiglia è enorme in quanto altera completamente il piano delle aspettative che fino a quel momento hanno caratterizzato i reciproci rapporti, induce enormi timori per il futuro, mette a confronto con comportamenti imbarazzanti, obbliga a confrontarsi con nuovi problemi, alcuni dei quali riguardano aspetti vitali della famiglia quali la gestione finanziaria, la incolumità del paziente stesso o di altri membri del nucleo familiare, la gestione di comportamenti problema e molto altro. Per tutte queste ragioni è assolutamente normale che il terapeuta che accoglie la famiglia di un paziente con disturbo bipolare si trovi ad osservare un clima relazionale fortemente compromesso, all'interno del quale le relazioni si sono strutturate in maniera disfunzionale e problematica.

In particolare va posto l'accento sulla spirale di reciproca squalifica che si è venuta sviluppando man mano che la malattia procedeva nel suo decorso. Il paziente si trova spesso ad essere oggetto di critiche feroci, di rabbia ostile, di comportamenti di controllo cui fanno seguito concessioni, ammiccamenti, acritiche nonché adesioni alle sue bizzarrie. Del resto lo stesso paziente non ha fatto mancare tribolazioni alla sua famiglia mettendo in atto inganni, comportamenti azzardati, infedeltà coniugale, perdite economiche, tutte azioni che giustificano i sentimenti osservati. Il clinico sa bene che questo circuito malevolo di reciproche squalifiche è causa di una esacerbazione dei comportamenti problema e può essere un fattore di insuccesso del trattamento. In particolare il clinico dovrà prestare molta attenzione alla qualità della *alta emotività negativa* espressa, elemento prognostico considerato significativo da diversi autori (Kavanagh 1992, Miklowitz 1994). In queste famiglie le interazioni evolvono rapidamente in una escalation rabbiosa, fatta di reciproche accuse, che impedisce la focalizzazione dei problemi e di conseguenza la loro risoluzione. Ancor più si osserva un non riconoscimento del punto di vista altrui e quindi una incapacità di concordare soluzioni. In queste famiglie i membri sono impegnati a far prevalere ciascuno il proprio punto di vista, a vincere più che a convincere, a utilizzare uno stile attributivo che nega lo status di malattia del paziente e identifica tutti i suoi comportamenti come fonte di malevola volontà. Famiglie a *bassa emotività negativa* espressa hanno una maggiore capacità di contrattazione, reagiscono come meno veemenza alle provocazioni del paziente mostrando di considerare con maggior peso l'incidenza della malattia nella determinazione dei comportamenti problema.

La lacerazione delle relazioni significative del paziente è un elemento prognostico estremamente sfavorevole perché accentua di fatto l'isolamento che egli già sta vivendo in ragione della malattia. L'incremento di atteggiamenti difensivi e di chiusura ostile da parte del paziente, la perdita di speranza, il senso di fallimento, l'incapacità di trovare soluzioni alla dissoluzione del proprio mondo relazionale non potranno che aumentare il rischio di fallimento terapeutico. Il paradosso con il quale tutti i curanti e gli stessi familiari devono confrontarsi è che

tanto più il paziente è avvolto dalla nebbia che oscura la sua lucidità tanto più ha bisogno di aiuto, tanto più agisce in modo disfunzionale, tanto più reclama la necessità di essere soccorso. Per inibire il comportamento maniacale e contenere il ritiro depressivo è necessaria la presenza amorevole di un sostegno, ancor più del sostegno di chi ci ha profondamente amato.

Non possiamo però sottovalutare il peso emotivo che le famiglie con membro bipolare sono costrette a sopportare. Diverse ricerche hanno confermato che il livello di sofferenza dei familiari di pazienti bipolari è molto elevato (Chakrabati e al, 1992). L'incidenza di separazioni coniugali causate da questo disturbo è molto elevato, spesso a causa dei comportamenti infedeli. Non è possibile pertanto chiedere ai familiari di un paziente bipolare una collaborazione al trattamento senza predisporre azioni di sostegno che li aiutino ad affrontare il le difficoltà attraverso una loro adeguata comprensione e ricevendo indicazioni chiare e precise sulle strategie di fronteggiamento con cui esse dovranno essere gestite.

L'INTERVENTO SULLA FAMIGLIA

Assessment e alleanza terapeutica

Diversi sono gli obiettivi di un intervento familiare per la gestione di un disturbo bipolare e un preciso piano di trattamento non potrà che sorgere da un'adeguata osservazione delle dinamiche familiari. I primi incontri saranno dedicati pertanto alla conoscenza della famiglia, alla storia familiare, alla osservazione delle loro dinamiche relazionali e alla descrizione dei comportamenti, sia del paziente che della famiglia, che hanno preceduto l'esordio di malattia. La raccolta anamnestica è una occasione importante per proporre all'intera famiglia un modello di ascolto funzionale, centrato sull'empatia, attraverso il quale il terapeuta permette a tutti i presenti di esternare i propri vissuti e il proprio dolore ponendosi spesso come mediatore di comunicazioni che il circuito di risentimento e rabbia ha interrotto. La stanza di terapia diventa un luogo in cui si alimenta la speranza di ripristinare i contatti lacerati dalla malattia. Questo compito di "aggancio" è assolutamente necessario per la costruzione di una adeguata alleanza terapeutica. Il terapeuta è impegnato quindi in un doppio ruolo, acquisire informazioni che permettano di comprendere le dinamiche della famiglia e creare un clima per cui la famiglia stessa ritenga utile affidarsi allo psicoterapeuta.

Definizione del setting

Per lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica è necessario definire in maniera adeguata modalità di svolgimento del percorso, risorse e limiti del terapeuta, compiti e impegno della famiglia, gestione della riservatezza e del segreto professionale. La complessità della malattia e le sue molteplici manifestazioni, la presenza di rischio suicidale e di comportamenti ad alto rischio di incolumità, la possibile necessità di dover ricorrere a trattamenti sanitari obbligatori, nonché le aspettative magiche che il nucleo familiare ripone nel trattamento cui si stanno affidando richiedono un lavoro di chiarificazione e contrattazione atto a prevenire incomprensioni e barriere difensive che provocheranno in futuro il fallimento del trattamento. Oltre alla definizione della frequenza e della durata delle

sedute è necessario regolamentare le modalità con le quali il terapeuta può ricevere informazioni dalla famiglia. Può rendersi necessario, stante la gravità dei fenomeni in atto, un contatto telefonico da parte dei familiari e dello stesso paziente per gestire situazioni di crisi. Di questa possibilità occorre discutere con il paziente e informarlo che sarà messo al corrente di quanto riferito e deciso nel corso della telefonata. A volte può rendersi necessario un setting che prevede anche sedute individuali con il paziente o con qualche membro della famiglia. In questo caso è utile prevedere una liberatoria scritta che consenta al terapeuta di condividere le informazioni che dovesse ritenere necessarie con il resto della famiglia. Non dimentichiamo che stiamo lavorando in situazioni di alto rischio e gravità per cui alla necessaria lealtà del rapporto terapeutico deve corrispondere un margine di manovra amplio e flessibile che l'abilità e l'esperienza del curante devono utilizzare per raggiungere un obiettivo di guarigione. I setting rigidi possono rivelarsi fallimentari in questi frangenti. D'altro canto la flessibilità non deve corrispondere ad una abdicazione alle regole di correttezza che costituiscono fonte di fiducia nei confronti del terapeuta. È importante inoltre definire il ruolo dello psicoterapeuta e quello dello psichiatra, figure chiamate a collaborare nel rispetto dei reciproci compiti. È bene tenere separate le due funzioni nel caso il terapeuta sia anche uno psichiatra. Ciò permette di gestire eventuali resistenze o rifiuti riguardo il trattamento con una figura neutrale e diversa dal prescrittore. Inoltre sarà delegata allo psichiatra la decisione di un eventuale TSO lasciando al terapeuta un margine di dialogo, qualora esso sia stato vissuto come punitivo, per farne comprendere le ragioni.

Psicoeducazione

Uno dei primi obiettivi dell'intervento terapeutico è rompere le negazioni che portano a una cattiva interpretazione dei fenomeni in atto, specie alle chiavi di lettura che comportano una colpevolizzazione del paziente. Occorre che la malattia venga percepita per quello che è: una patologia altamente stressante che mette a dura prova l'intero nucleo familiare. Per raggiungere questo obiettivo occorre modificare, attraverso opportuni interventi le credenze errate e le distorsioni cognitive che alimentano il conflitto tra i membri della famiglia. Alcuni punti fermi per raggiungere questo obiettivo sono:

– Nessuna persona sceglie di essere depresso o maniacale. Essere malato non porta reali vantaggi per nessuno. Dobbiamo sicuramente combattere la tendenza del paziente a chiudersi in un mondo autoreferenziale ma non possiamo dimenticare che molte manifestazioni del suo agire sfuggono a un suo reale controllo.

– Lo stress peggiora la situazione clinica del paziente. È molto importante imparare a gestire lo stress in modo da evitare conflitti e comunicazioni disfunzionali. I farmaci non sono in grado di gestire, da soli, l'impatto di relazioni disfunzionali.

– I farmaci sono assolutamente necessari per il trattamento del disturbo ma non sono una panacea miracolosa. Può essere necessario modificare dosaggi, molecole utilizzate e associazioni farmacologiche. Per evitare reazioni di sfiducia e abbandono nel caso di fallimento del primo approccio farmacologico la famiglia va informata sui limiti e la complessità del trattamento farmacologico e sualla possibilità che esso possa risultare anche inefficace.

– Il suicidio è una evoluzione possibile del disturbo bipolare. Occorre che sia il paziente che i familiari segnalino pensieri, gesti, azioni che testimoniano un'intenzione suicidaria senza mai sottovalutarne la portata.

– L'ospedalizzazione, se necessaria, non è una punizione ma una protezione del paziente, una necessità indotta dall'aggravarsi della sintomatologia.

– Fattori prognostici positivi sono: un'adeguata compliance, la presenza di un buon supporto nei confronti del paziente, l'assenza di alcolismo o uso di sostanze, la collaborazione dell'ambiente familiare, l'intervento precoce.

– Fattori negativi sono: l'uso di sostanze o di alcol, l'isolamento sociale, la scarsa collaborazione della famiglia, complicanze che impediscono l'uso dei farmaci

Validare le esperienze dei membri della famiglia

L'intervento sulla famiglia inizia in un clima di forte risentimento e sfiducia. Ciascun membro sperimenta emozioni di rabbia verso altri membri e di sfiducia e fallimento per quanto ottenuto fino all'inizio del trattamento. Compito del terapeuta è recuperare, sia nel paziente che nei membri della famiglia, un senso di fiducia nelle proprie risorse. Egli svolgerà quindi un'opera di correzione delle numerose distorsioni cognitive che si sono strutturate, darà un senso alla sfiducia e alla disperazione, aiuterà a leggere i numerosi errori commessi come conseguenza dello stress vissuto, offrirà ad ogni membro la possibilità di raccontarsi e sentirsi compreso nei suoi pensieri, emozioni e comportamenti negativi nonché nel riconoscimento delle proprie risorse.

Correggere la comunicazione disfunzionale

Il terapeuta impegna l'intero nucleo familiare a correggere le comunicazioni disfunzionali che alimentano disagio e incomprensione reciproca. In particolare viene svolto un lavoro di addestramento affinché i membri della famiglia imparino ad ascoltarsi, comprendersi, riconoscersi reciprocamente nei vissuti e rispettarsi. Il metodo utilizzato per giungere a questi obiettivi consiste:

– Nell'apprendere le metodiche di ascolto attivo seguendo lo schema "*comprendere prima di rispondere*". In questo modo si supera la tendenza a sovrapporre il proprio bisogno di imporre il proprio punto di vista rispetto a capire quello altrui.

– Evitare termini offensivi, insulti, commenti sarcastici e irriverenti. Il terapeuta invita a sostituirli con messaggi "Io" che esprimono il disagio di chi sta parlando senza attaccare l'interlocutore.

– Trasformare lamenti in richieste. Ogni critica verso l'altro deve dimenticare una richiesta di modificare aspetti del proprio comportamento

– Usare un linguaggio costruttivo e di conferma che sappia valorizzare il positivo, i miglioramenti, gli aspetti che producono vicinanza e contatto piuttosto che distanza e ostilità.

Problem solving

Altro aspetto importante del trattamento è insegnare a risolvere problemi. La famiglia di un paziente bipolare può essere gravata da una serie di difficoltà pregnanti e impegnative che possono essere conseguenza del ritiro sociale de-

pressivo oppure della disinibizione maniacale. Problemi finanziari, problemi conseguenti alla disinibizione sessuale o ad atti sconvenienti, tentativi di suicidio, sono solo una parte della complessità delle problematiche da gestire. Il terapeuta deve utilizzare le abilità comunicative precedentemente descritte per orientare i familiari a risolvere il carico di difficoltà che essi devono fronteggiare indirizzandoli verso le soluzioni più realistiche e idonee a salvaguardare il paziente e l'intero nucleo familiare.

Comorbilità dei familiari

Il paziente bipolare può essere solo uno dei membri di famiglie con comorbilità psichiatrica. È possibile quindi imbattersi in famiglie che, in ragione della presenza di disturbi psichiatrici in altri membri del nucleo familiare, non riescono a garantirgli il sufficiente sostegno. In questo caso è importante fare in modo che il paziente non diventi capro espiatorio dell'intero nucleo familiare, valutare forme di sostegno (farmacologico, psicoterapico) per gli altri membri della famiglia, promuovere l'autonomia o una eventuale collocazione alternativa del paziente.

CONCLUSIONI

La presa in carico della famiglia è uno strumento estremamente importante per la gestione del paziente bipolare. Attraverso essa possiamo ottenere:

– una riduzione della emotività negativa che ostacola i processi di miglioramento e guarigione
– una maggiore adesione al trattamento farmacologico
– una maggiore capacità di individuare i segni prodromici di ricaduta
– un minore incidenza dell'evoluzione suicidaria
– una protezione psicologica dei membri non sintomatici della famiglia

Cardini del trattamento sono:

– una buona alleanza terapeutica
– la validazione e la comprensione dei vissuti di tutti i membri
– la correzione delle distorsioni cognitive e l'assunzione di un atteggiamento di accoglienza reciproco
– la gestione costruttiva del conflitto e la capacità di problem solving

È auspicabile che si ricorra con sempre maggiore incidenza a forme di trattamento che coinvolgano il nucleo familiare.

Bibliografia

Cain D.J., Keenan K., Rubin S., *Humanistic Psychoterapy, American Psychological Association*, Washiugton, DC, 2016.

Gurman e Kniskern, *Handbook of family therapy*, Brunner Mazel, New York, 1981.

Kavanagh D.J. (1992). *Recent developments in expressed emotion in schizophrenia*, *British Journal of Psichiatry* 160, 601-620.

Miklowitz D.J. Bipolar Disorder, *A family-focused tratment approach*, 2008 Guilford Presse tradotto in Italia *Il disturbo bipolare*, Giovanni Fioriti Editore, 2013).

Miklowitz D.J. (1992). *Longitudinal outcome and medication non compliance among manic patients whit without mood-incongruents psichothic features, Journal of nervous and Mental diseases* 180, 703-711.

Miklowitz D.J. (1994). *Family risk indicators in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin* 20, 137-149.

Miklowitz D.J., Goldstein M.J. (1997). *Bipolar disorder: a family-focused treatment approach.* Guilfoird, New York.

Miklowitz D.J. e altri (1996). *Family risk indicators in the course of bipolar affective disorder.* In C.H. Mundt, M.J. Goldstein, K Halweg and Fielder, *Interpersonal factors in the origin course of affective disorders*, pp 204-217. Gaskell Books, London

Miklowitz D.J., Simoneau T.L., Tachs-Ericson, N., Warner R. (1998). *Targeting dysfunctional family interactions and high expressed emotion in the psicosocial treatment of bipolar disorder.* In-Session: Psichoterapy in Practice 4, 25-38.

Newman e altri, *Bipolar Disorder A Cognitive approach, American Psychological Association*, Washington, DC, 2005.

Paris Joel, *Lo spettro bipolare*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.

Stanghellini G., *Antropologia della Vulnerabilità*, Feltrinelli, Milano 1997.

Corrispondenza

Aldi Gino
Medico-Chirurgo-Psicoterapeuta
Via Piave 7,8110 Caserta
tel. 0823 423108
Mobile. 3358105216
E-mail: *gino.aldi@gmail.com*

L'USO DEGLI HOMEWORK NEI DISTURBI DELL'UMORE

Patrizia Amici

Psicoterapeuta, Vice Presidente Associazione ONlus "Un porto per noi"

RIASSUNTO

Gli homework sono una componente chiave della Cognitive Behavioral Therapy (CBT) della depressione. Nella terapia della depressione essi svolgono importanti funzioni: aumentare il tempo della terapia, consentire un sempre maggior approfondimento del legame tra pensieri automatici negativi ed emozioni, evidenziare gli schemi maladattivi messi in atto dal paziente, rompere i circoli viziosi che mantengono il paziente nella sua sofferenza, aumentare le capacità di fronteggiamento e di risoluzione delle problematiche emotive, sperimentare maggior senso di autoefficacia, sperimentare nuove emozioni. Gli homework permettono al paziente di sperimentare se stesso in un contesto controllato e graduale, frutto di una collaborazione esplicita con il terapeuta. Sia che il paziente riesca o non riesca nel compito, l'homework diventa un importante strumento che consente di fornire esperienze che divengono oggetto di approfondimento in terapia. Inoltre l'analisi della non compliance del paziente al compito "assegnato", permette una riflessione sulla relazione terapeutica. Attraverso una disamina che trae avvio dalle ricerche effettuate su tale argomento, si cercheranno di definire modalità di assegnazione, discussione e gestione all'interno della relazione terapeutica con il paziente depresso, di questo delicato ed importante strumento di cambiamento.

Parole-chiave: *Homework, psicoterapia, depressione*

* * *

INTRODUZIONE

Gli homework, in italiano letteralmente "compiti a casa", rappresentano uno dei nuclei centrali nella terapia cognitivo comportamentale. Per homework intendiamo qualsiasi compito determinato in seduta, svolto tra un incontro e l'altro, che abbia intenzionalità terapeutica e sia discusso specificatamente in terapia. Nella pratica terapeutica tale strumento non è appannaggio esclusivo della CBT (Cognitive Behaviour Therapy). Il modello sistemico- relazionale, per esempio, postula che la sofferenza dell'individuo sia determinata dal sistema di relazioni. L'intervento terapeutico sul comportamento della persona in seno alle relazioni, acquista valore anche nell'assegnazione dei compiti che individuino nuove strategie comportamentali. La terapia strategica, utilizza l'assegnazione di homework strutturati (addirittura paradossali), ritenuti fondamentali al cambiamento del paziente. Le terapie di gruppo, pur usandoli sovente nella sessione te-

rapeutica, non sono codificali in quanto spesso utilizzano metodi che rimandano alla cornice teorica di riferimento. Non utilizzano compiti a casa, le terapie psicodinamiche di orientamento freudiano e junghiano, che hanno sempre escluso tale strumento applicando metodi di lavoro che prevedono che il paziente utilizzi solamente la seduta per operare il cambiamento desiderato. Nonostante ciò alcuni psicoanalisti suggeriscono di annotare i sogni oppure usano le riflessioni scritte del paziente durante le sedute. Alcune terapie psicoanalitiche non ortodosse, quindi più libere nella prassi clinica, usano homework di tipo comportamentale o assegnano esercizi di rilassamento per allentare emozioni negative. In generale tali compiti a casa non sono inseriti nel focus terapeutico e servono solo ad alleviare la tensione emozionale.

Si ritiene che gli homework rappresentino strumenti terapeutici assai duttili, da iscrivere specificatamente nella singola terapia, nati dallo specifico rapporto con il paziente e dalla problematica emotiva vissuta dallo stesso, strumenti da usare dando sfogo alla fantasia ed alla profondità della singolare esperienza umana che si vive di volta in volta con il singolo paziente. Solo in quest'ottica l'homework assume un significato ed una utilità reali, divenendo strumento di riflessione e cambiamento terapeutico.

PERCHÉ USARE GLI HOMEWORK IN TERAPIA

Il razionale dell'uso degli homework in psicoterapia trae ispirazione, in primo luogo, dalla constatazione della sproporzione tra tempo della vita vissuta e il tempo della terapia; gli homework diventano così, un mezzo per permettere di abbreviare tale spazio, mantenendo presenti nella mente del paziente gli obiettivi terapeutici ed i temi trattati nel corso della seduta. Attraverso i compiti a casa, come sottolinea De Silvestri (1999), il paziente assume un ruolo attivo e si rende responsabile del cambiamento. I compiti a casa permettono quindi di stabilire e cementare quello che Beck (1995) definì empirismo collaborativo nel quale la relazione terapeutica di natura paritaria richiede la collaborazione esplicita del paziente nella definizione degli obiettivi terapeutici e nel raggiungimento di essi. Ovviamente l'homework deve essere inscritto in una alleanza terapeutica in cui siano presenti alleanza di lavoro, consenso, rispetto, empatia, genuinità, reale interesse per l'esperienza umana del paziente.

L'esecuzione dell'homework, permette al terapeuta di verificare, attraverso uno stile collaborativo ed orientato al raggiungimento dei goals terapeutici, lo sviluppo della terapia. I compiti a casa divengono un importante segnale che permette al terapeuta di valutare la relazione terapeutica: la non compliance ai compiti a casa può evidenziare difficoltà pratiche o emotive o di relazione terapeutica.

Oltre ad i sopraelencati effetti sullo svolgimento della terapia, i compiti a casa svolgono importanti funzioni. Gli homework stimolano fortemente l'auto riflessione, soprattutto nella prima fase del trattamento, consentendo al paziente di avere una visione sempre più chiara della sua problematica. Consentono di aumentare le capacità di fronteggiamento e di risoluzione delle problematiche emotive, di sperimentare tecniche e strumenti, sperimentando maggior senso di autoefficacia e di efficienza personale verso le problematiche oggetto del tratta-

mento. L'impatto emotivo che i compiti a casa comportano, essendo controllato e pensato precedentemente, permette al paziente di sperimentare situazioni in cui le emozioni negative, prima ritenute insopportabili, sono tollerate; ciò permette al paziente di modificare le convinzioni che ha su di sé. Gli homework permettono inoltre di generalizzare i nuovi schemi cognitivi ed i nuovi apprendimenti su di sé al di fuori della stanza della terapia.

L'ASSEGNAZIONE DEGLI HOMEWORK

La letteratura clinica e l'esperienza stessa suggeriscono di seguire alcuni accorgimenti nell'assegnazione degli homework (Baldini, 2004; Fehm e Mrose, 2008; Gaynor e al, 2006; Beck e Emery, 1979). In primo luogo gli homework vanno proposti in termini collaborativi all'interno del lavoro quotidiano nella seduta terapeutica. Assume importanza infatti, l'idea di continuità tra quanto affrontato nell'incontro e quanto esperito fuori da esso, nella vita quotidiana della persona. È dalla seduta che l'ampliamento dell'esperienza emotiva e cognitiva del paziente trae valore; i compiti a casa non possono essere la mera applicazione di un canovaccio ma vanno ritagliati a misura della persona, della problematica che porta in terapia, della fase della stessa, nonché della fase in cui si situa la relazione terapeutica con il paziente.

In secondo luogo, va sottolineata con il paziente la natura di "esperimento" dei compiti a casa. Essi sono occasione per aumentare comprensione e consapevolezza. I compiti vanno fatti nascere dalle tematiche dell'incontro terapeutico, elaborati e concordati con il paziente e, non semplicemente assegnati.

Fondamentale dedicare alla loro definizione un tempo utile a chiarire in modo preciso in cosa consista, come svolgerlo, quando e per quanto tempo. Importante risulta, inoltre, dedicare tempo ad identificare ostacoli alla pratica oppure emotivi. (Kazantzis & Deane, 1999). Se il compito richiede la presenza di terze persone dedicare tempo a definire come coinvolgerle. I compiti a casa non devono provocare ansia (Leahy, 2002). Nella mia esperienza, inoltre, risulta di primario valore concordare, con il/la paziente, i criteri attraverso i quali si possa ritenere effettuato o riuscito il compito. Il soffermarsi su questo punto ha il senso di evidenziare e contrastare i bias cognitivi del paziente: le idee di perfezionismo, l'intolleranza per l'errore, l'intolleranza alla frustrazione, gli alti standard oppure idee relative all'incapacità personale.

Può essere utile con alcune persone particolarmente depresse far scrivere il compito assegnato per contrastare la sensazione del paziente di aver poca memoria, essere distratto o poco attento e, diminuire gli effetti del rimuginio (ruminazione) depressivo (Caselli e Sassaroli, 2017; Scott e al, 1996).

LA VERIFICA DEGLI HOMEWORK

Gli homework andrebbero discussi preferibilmente ad inizio seduta. È certamente importante cercare di ricordare di verificare lo svolgimento degli homework. Non farlo significa sottostimare l'importanza di un qualcosa che abbiamo chiesto ai pazienti di fare; ciò può ingenerare una diminuzione della motivazione

alla terapia oppure, in alcuni pazienti depressi una diminuzione della dimensione fiduciaria nel rapporto terapeutico (Fehm e Mrose, 2008). Nel paziente depresso tale aspetto assume particolare peso in quanto il paziente può sentirsi "non amato", non tenuto in considerazione, sottovalutato. Spesso questi pazienti riportano tematiche abbandoniche o di perdita che possono risuonare anche in aspetti che potremmo esser portati a considerare marginali.

Non trattenere schede o altro materiale (Garland, et al., 2002). Elicitare un feedback dal paziente rispetto a quanto svolto con il "compito a casa" è di vitale importanza nell'ottica di rielaborare il materiale mettendone in luce le credenze, le attribuzioni, gli aspetti emotivi su di sé, sul rapporto terapeutico e sul problema preso in esame (Garland, et al., 2002). Qualora i compiti a casa non venissero svolti risulta fondamentale andare oltre la frustrazione che il terapeuta stesso può provare e non indulgere nel ritenere veri alcuni pensieri automatici, es: "questo paziente non è motivato"; "non ci ha nemmeno provato!"; "sta resistendo" oppure "non è idoneo alla CBT". È importante rielaborarli nella propria supervisione e, soprattutto approfondire le motivazioni in terapia col cliente medesimo. Spesso il paziente depresso vede attivare attraverso l'homework alcuni pensieri automatici negativi. Alcuni esempi vengono descritti nella sessione sui casi clinici.

I compiti a casa permettono di accedere a molto materiale terapeutico, spesso di grande valore e delicatezza. Ragion per cui l'analisi del compito a casa richiede attenzione e dedizione particolari. In terapia cognitiva ogni compito a casa serve per evidenziare sia gli aspetti emotivi che i pensieri che hanno accompagnato lo svolgimento dei compiti. Spesso essi ci permettono di accedere ad alcuni schemi cognitivi disfunzionali, oppure ad alcuni bias cognitivi che possono esser particolarmente legati al malessere del paziente. In particolare dedicare ampio spazio ai pensieri negativi inerenti il disvalore, la faticabilità, l'impossibilità del cambiamento, etc.

COSA SOTTOLINEA LA RICERCA

Brevemente si riportano alcuni risultati sperimentali.

Il completamento di homework correla significativamente con i risultati terapeutici nella CBT, con un effetto moderato della variabile sulla varianza (Kazantzis e al, 2000; Nelson e Borkocev, 1989). In aggiunta, i pazienti la cui terapia include l'uso di homework riportano maggior risultato in termini soggettivi (Kazantzis, et al., 2010). Una ricerca di Burns e Spangler (2000), trova correlazione tra il numero di homework completati ed il miglioramento; la severità del sintomo depressivo non ha effetto sulla compliance. La riduzione del sintomo depressivo in questo studio era otto volte maggiore rispetto al gruppo di controllo, misurato al Beck Depression Inventory. L'effetto del miglioramento potrebbe esser dovuta ad una maggiore esposizione dei pazienti e ad un maggior rinforzo terapeutico.

Alcuni studi sembrano contraddire tale idea enfatizzando piuttosto il valore della qualità dei compiti assegnati e le modalità di assegnamento, piuttosto della numerosità (Meuret, Wolitzky-Tailor, 2012; Schimidt, et al., 2000). Gli studi che analizzano il rapporto tra valore dato all'esecuzione dei compiti a casa nel paziente e nel terapeuta sembrano risentire di molti errori metodologici ed eviden-

ziano come i pazienti che rispondono meglio al trattamento possono stimare gli homework come di maggior valore nel processo terapeutico (Addis & Jacobson, 2000) ciò a causa di alcuni bias cognitivi (come sottolinea lo studio di Craske e Tsao, 1999, in particolar modo per i disturbi d'ansia).Una revisione (Conklin e al, 2015) evidenzia alcune limitazioni metodologiche tra cui: molti studi usano report compilati dai terapeuti o dai pazienti a fine terapia, probabilmente influenzati dal risultato terapeutico, dal tempo trascorso o dal modo in cui il paziente accettava i compiti a casa. Inoltre le variabili esaminate sono quantitative e mai qualitative, non vengono fatte distinzioni nelle diverse fasi di terapia, né vengono indagate le caratteristiche dei pazienti che possano aumentare la risposta positiva ai compiti a casa. Di fatto la compliance non è stabile nel corso della terapia e tende a decrescere (Gaynor at al, 2006). Lo studio sottolinea alcuni risultati interessanti: le credenze del cliente e accettazione del modello CBT (Addis e Jacobson, 2000) così come l'ingaggio in alcuni homework (auto-monitoraggio e compiti cognitivi) sono associati alla maggior diminuzione sintomatica (Rees, et al., 2005); allo stesso modo, la competenza del terapeuta e l'aderenza alla CBT nell'uso dei compiti a casa correlano positivamente con la diminuzione sintomatica e l'ingaggio del paziente. Alcuni studi non trovano correlazione tra la il ruolo del terapeuta come facilitatore verso i compiti a casa e l'aderenza del paziente (Startup e Edmonds, 1994). In aggiunta sottolineano Dattilo e Kazantzis (2010) diversi approcci usano ugualmente i compiti a casa nella pratica clinica e sembra che le tecniche usate non possano definire la terapia in accordo con quanto sostenuto con precedenti ricerche (Thoma e al., 2006).

Ajzen's (1988) sottolinea l'importanza dell'analisi dei costi e benefici da parte del paziente nell'accettazione dei compiti a casa, assegnando valore alla valutazione della controllabilità del compito e dell'autoefficacia nel suo svolgimento. Riso e Thase (2007) sottolineano l'importanza di due costrutti: hopelessness e helplessness (si veda la teoria dell'Impotenza Appresa di Seligman, 1972) come due ostali severi al successo dei compiti a casa. I pazienti infatti tendono a considerare i compiti assai pesanti ed inutili con conseguente diminuzione nella esecuzione ed, a fronte del minor risultato terapeutico, un rinforzo delle credenze disfunzionali. Un altro costrutto che riveste importanza nella determinazione dell'atteggiamento del paziente verso i compiti a casa è lo stile attribuzionale (Abramson, et al., 1978). Quando l'attribuzione degli eventi negativi è interna, stabile e globale possiamo parlare di pessimismo; lo stile pessimistico risulta correlato con l'aspetto depressivo da un lato, con la diminuzione dell'applicazione degli homework dall'altro e con il minor risultato terapeutico soggettivo.

GLI HOMEWORK NEL DISTURBO DEPRESSIVO

Gli homework sono raccomandati nelle prime fasi del trattamento con pazienti depressi, soprattutto nelle depressioni gravi (Beck, et al., 1979). Occorre ricordare come sia buona norma non sovraccaricare di homeworks i pazienti depressi per non elicitare attribuzioni personali legate all'incapacità ed al disvalore. Nelle prime fasi della terapia sono assai utili i compiti di monitoraggio: le schede ABC e il monitoraggio dell'umore depresso. Le schede ABC (leggi: Antecedente-A-, Belief Sistem ovvero B., and Conseguence -C- Behaviour and Emotion dalle

diciture usate dalla terapia Razionale Emotiva di Ellis; vedi Fig. 1, Appendice) hanno lo scopo di focalizzare l'attenzione sul sistema di credenze del paziente, a partire dal suo dialogo interno e dai pensieri automatici. Le schede ABC permettono di evidenziare i circoli ricorsivi tra B e C., tra C comportamentali e B., tra C e pensieri etc. Hanno il vantaggio di consentire un rapido insight. Le medesime schede si usano nella fase più avanzata per modificare gli schemi depressogeni del paziente. Esistono schede specificatamente create per la fase di discussione delle idee disfunzionali, tali schede possono servire qualora il paziente mostri fatica nel riuscire a contrastare i pensieri disfunzionali e gli schemi depressogeni e le convinzioni (Fig. 4, Appendice). **MANCA FIG.IN APPENDICE**

Nelle fasi iniziali, è utile, fornire al paziente informazioni dettagliate a veritiere sul disturbo. Uno dei primi homework può riguardare la richiesta di astenersi dal consultare internet per reperire informazioni; altresì è uso fornire informazioni attraverso biblioterapia oppure la visione di film. Risulta fondamentale che il materiale sia inerente agli aspetti idiografici del paziente.

Alcuni pazienti riportano un umore estremamente basso in ogni momento della loro giornata. Sono utili in questi casi le schede di monitoraggio dello stato depressivo (vedi Fig.2, Appendice) che permettono di evidenziare l'andamento dell'umore e l'intensità dell'emozione incrociandoli con le attività, le situazioni che il paziente vive. Ciò appare utile nella misura in cui consente al paziente di diminuire l'idea disfunzionale di essere "sempre depresso" e permette di evidenziare legami tra emozione e cognizione o situazioni di vita. A volte, nelle prime fasi del trattamento, l'estrema faticabilità del paziente rende allo stesso assai arduo e poco soddisfacente impegnarsi in qualsivoglia attività. Il costrutto della faticabilità ed il circolo vizioso che si evidenzia rispondono molto bene ad alcuni interventi di automonitoraggio, tra questi il più usato è la scheda di registrazione settimanale delle attività (vedi fig. 3, Appendice). La lettura, in seduta, del risultato portato dal paziente permette, in genere, di sottolineare e quindi contrastare/confutare l'idea disfunzionale del paziente di non far nulla e che il suo umore sia sempre invariabilmente basso. Inoltre il lavoro sulle attribuzioni permetterà di contrastare l'idea, comune a molti pazienti, che il valore personale si basi sulla performance effettuata. Lo spostamento dell'attenzione sul piacere apre ad interessanti rielaborazioni, rimettendo in gioco qualcosa di dimenticato. In una fase di trattamento, tale scheda, può essere usata per aiutare quei pazienti che lamentano mancanza di volizione ed hanno ritirato gli investimenti dalla vita quotidiana. A volte, in casi gravi, può essere necessario strutturare la giornata con il paziente. Risulta un movimento terapeutico delicato, da utilizzare con ben selezionati pazienti e quando ve ne sia estrema necessità terapeutica. Esistono schede per far ciò, in alternativa si possono usare le stesse della fig. 3. Altri tentativi di "muovere" la persona ed elicitare le idee disfunzionali possono riguardare la richiesta di inserire nella settimana/giornata alcune attività piacevoli con lo scopo di aumentare il tono dell'umore e contrastare l'isolamento sociale.

In alcuni pazienti si riscontra la tendenza a utilizzare la lamentela verso terzi per diminuire la ruminazione depressiva e la tristezza. Le conseguenze relative all'utilizzo eccessivo della lamentela sono principalmente due: l'aumento dell'umore depresso e disforico e le conseguenze sul tessuto relazionale (reazioni

negative, esclusione dalle situazioni sociali, sensazione di esser di peso). In tal caso è molto utile utilizzare un compito comportamentale chiedendo al paziente di limitare il tempo che dedica a parlare della sua tristezza. Con il paziente si analizzeranno in seduta le implicazioni emotive e cognitive.

Alcuni pazienti si descrivono frustrati e depressi al dover affrontare situazioni di ogni tipo. In genere sono pazienti che mantengono un buon funzionamento sociale e lavorativo ed un elevato monitoraggio sugli stati emotivi, elevato perfezionismo, alti standard e la convinzione di dover provare determinati stati emotivi a seguito di situazioni specifiche. Un homework comportamentale utile consiste nel redigere una lista di attività o situazioni in cui prova frustrazione e affrontarle partendo dalla meno intensa. In seduta saranno discusse le implicazioni cognitive ed emotive. Se le situazioni da affrontare sono considerate con estrema ansietà ma risulterebbero fondamentali per il paziente, si può utilizzare la "bilancia decisionale", aiutandolo a considerare i pro e i contro di fare o non fare una determinata cosa, avendo cura di evidenziare con il paziente i fattori a breve e lungo termine.

Altrettanto importanti sono gli homework relativi alla gestione della preoccupazione eccessiva. Molti pazienti depressi traggono giovamento dall'utilizzo di tecniche e quindi di homework sulla gestione delle preoccupazioni. Possono essere utili sia homework cognitivi che comportamentali. Negli homework cognitivi si chiede al paziente di scrivere i pensieri che accompagnano la preoccupazione, esaminarne realisticità, logicità, evidenze, probabilità delle conseguenze temute; analizzare e valutare le evidenze a favore e contro la sua preoccupazione permette di disvelare i bias cognitivi relativi all'opportunità di preoccuparsi. Infine il paziente può essere aiutato ad creare un nuovo pensiero più realistico e a decatastrofizzare le possibili conseguenze che l'attività ruminativa vorrebbe controllare. A livello comportamentale si chiede alla persona di decidere un "tempo della preoccupazione" giornaliero. Negli altri momenti il paziente deve cercare di controllare metacognitivamente la sua preoccupazione oppure prender nota dei temi della stessa per potersene occupare successivamente senza cercare di addentrarsi nei pensieri preoccupanti. Se il paziente riporta la presenza, nel suo quotidiano, di molti problemi che avverte come difficilmente risolvibili può essere utile usare il Problem Solving.

A volte i pazienti sofferenti di depressione tendono a riportare uno scarso beneficio dalle sedute, a volte tendono a desiderare una operazione miracolistica del terapeuta che magicamente dovrebbe "asportare" la tristezza; inoltre la tendenza cognitiva a soffermarsi sull'oggetto del loro malessere, rendono i primi sforzi del terapeuta assai difficoltosa. Personalmente trovo che sia utile a fine seduta chiedere al paziente cosa porta a casa "nel suo cestino"; ciò aiuta a cementare i temi trattati in seduta e ferma nella mente del paziente gli aspetti acquisiti.

PERCHÉ A VOLTE GLI HOMEWORKS NON VENGONO ESEGUITI: CASI CLINICI

Di seguito sono riportati due casi clinici di pazienti depressi nei quali gli homework sono stati fondamentali.

K è una donna di 50 anni con una diagnosi di Depressione Maggiore. Ha una lunga storia di invalidazioni, cominciata con l'infanzia trascorsa in un paesino del sud ed esitata dalla storia familiare, nel difficile rapporto con la madre che le preferisce i maschi di casa e la svaluta, paragonandola in senso diminutivo ad altri (considerati sempre migliori) e relegandola ad un poco gratificante ruolo da cenerentola. K. soffre di dislessia e disgrafia; seppur mai riconosciute e ciò condiziona fortemente le sue scelte scolastiche e di vita. Nonostante ciò mette in atto sue personali strategie per riuscire a scuola. Le successive invalidazioni la portano a costruire un pensiero disfunzionale: "Non so gestire la vita, non faccio che sbagliare, sono incapace e una fallita". Fin dalle prime fasi della terapia K. appare assai preoccupata dalla valutazione del terapeuta rispetto al suo modo di parlare, l'eloquio lento e le frequenti pause, l'uso di parole semplici e di frasi brevi, rendono la paziente difficoltosa all'ascolto. Nelle prime due sessioni (seduta due e tre), le vengono assegnati i primi homework (schede ABC di monitoraggio) tale richiesta fa emergere le paure della paziente che infatti non svolge il compito. Il lavoro svolto in terapia ha permesso di evidenziare fin da subito le attribuzioni della paziente sia rispetto al disprezzo di cui secondo lei il suo problema di linguaggio sarebbe fatto oggetto (anche dal terapeuta) e l'idea disfunzionale per cui "se non fai una cosa con facilità allora sei incapace". Le tecniche cognitive standard utilizzate in terapia e l'uso di un esperimento comportamentale poi attentamente discusso hanno permesso di affrontare e superare in terapia le attribuzioni di disvalore, incapacità e fallimento della paziente. La pz ha svolto poi tutti i compiti a casa e si è iscritta ad un gruppo di discussione al quale ha partecipato attivamente.

F. è un giovane di 30 anni con una diagnosi di Depressione Maggiore, con elevate quote ansiose e di ruminazione depressiva che lo bloccano dal punto di vista comportamentale. F. non lavora se non saltuariamente nell'attività paterna, ha abbondonato gli studi universitari, annullato qualsiasi vita sociale. Riferisce di esser depresso da quando ha 17 anni. Quando giunge in terapia fin dai primi incontri si dimostra sfiduciato ma all'apparenza coinvolto. Fin da subito dimostra difficoltà nello svolgere i compiti a casa che puntualmente dimentica, non trova, riporta non completati. L'indagine di questo comportamento, prende avvio dalla sensazione del terapeuta di trovarsi sempre allo stesso punto con questo paziente. Di fatto gli homework vengono usati come metafora del cambiamento per indagare questa sensazione di circolarità nella terapia, la sensazione di non andar da nessuna parte. I sintomi maggiormente implicati nel quadro depressivo sono la faticabilità e la ruminazione depressiva di tipo disforico. Si cerca di focalizzare l'assetto terapeutico su tali sintomi. Sin da subito appare evidente che F. interpreta la fatica a fare e lo scarso piacere nel fare le cose come indice della sua incapacità a uscire da tale situazione ed, a luogo di considerarli un sintomo, sembra viverli come qualcosa di ineluttabile e di appartenente alla sua personalità. Il focus sugli homework ha permesso di discutere le implicazioni, evidenziando la possibilità del cambiamento passo dopo passo, confutando l'idea che la depressione fosse un deficit caratteriale ineluttabile ed insuperabile.

Appendice

Figura 1 - SCHEDA ABC (Antecedent - Belief System and Conseguence)

Istruzioni: Inizi la compilazione dal punto C., poi vada al punto A ed infine completi al punto B.

Data	**A: SITUAZIONE** *Descriva brevemente la situazione in cui si trovava*	**B: PENSIERI** *Scriva ciò che le è venuto in mente*	**C: EMOZIONE** *Descriva come si è sentito/a*	**INTENSITÀ** Da *uno a 5*	**C: COMPORTA-MENTI** *Descriva ciò che ha fatto in quel momento*

Figura 2 - *MONITORAGGIO UMORE*

Istruzioni: associ alle ore indicate sia l'attività che sta svolgendo e con chi (es. lavoro e colleghi) sia l'emozione e la sua intensità. Usi una scala che va da 0 (bene), 1 (un poco triste), 2 (triste), 3 (molto triste), 4 (depresso).

Ora	*Dove sono/cosa faccio*	*Con chi sono*	*Come mi sento*
8			
10			
12			
14			
…			

Figura 3 - *SCHEDA DI REGISTRAZIONE SETTIMANALE DELLE ATTIVITA'*

Istruzioni: Segnare per ogni fascia oraria le attività svolte. Ad ogni attività si consiglia di associare una valutazione per la Piacevolezza dell'attività (P) ed una per l'Utilità della stessa (U). In entrambi i casi usare una scala da 0 (per nulla) a 10 (il massimo possibile).

Ore	*Lunedì*	*Martedì*	*Mercoledì*	*Giovedì*	*Venerdì*	*Sabato*	*Domenica*
7-9							
9-11							
…							
21-24							

Bibliografia

XVI Congresso Nazionale SITCC, *Questioni Controverse in Psicoterapia Cognitiva*, Abstract Book, Roma, 4/7 ottobre 2012.

Andrews G., Hunt C., Jarry M., Morosini P., Roncone R., Tibaldi G. D*isturbi mentali: competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori.* Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.

Baldini F. *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche.* McGraw-Hill, Milano, 2004.

Beck A.T., Rush J., Shaw B.F. and Emery, G. *Cognitive therapy of Depression.* New York: Guilford, 1979.

Conklin L.R., Strunk D.R. *A session-to-session examination of homework engagement in cognitive therapy for depression: Do patients experience immediate benefits? Behaviour Research and Therapy* 2015; 72: 56-62.

Cronin T.J., Lawrence K.A., Taylor K., Kazantzis N. *Integrating Between-Session Interventions (Homework) in Therapy: the importance of the therapeutic relationship and cognitive case conceptualization. Journal of Clinical Psychology*: in session, 2015 vol. 71(5): 439-450.

Fehm L., Mrose J. *Patient's perspective on homework assignments in Cognitive-Behavioural Therapy. Clinical Psychology e Psychotherapy* 2008; 15: 320-328.

Gaynor S.T., Lawrence P.S., Nelson-Gray R. *Measuring homework compliance in Cognitive Behavioral Therapy for adolescent depression. Behavior modification* 2006, vol. 33 num. 5: 647-672.

Garland A., Scott J. *Using Homework in therapy for depression. Journal of Clinical Psychology (session: Psychoterapy in Practice)*, May 2002, Vol. 58 (5): 489-498.

LeBeau R.T., Davies C., Culver N.C and Craske M.G. *Homework Compliance Counts in Cognitive-Behavioral Therapy. Cognitive Behaviour Therapy*,2013; 42: 171-179.

Kazantzis N., Dattilo F.M. *Definitions of homework, types of homework, and ratings of the importance of homework among psychologists whit cognitive behaviour therapy and psychoanalitic theoretical orientations. Journal of Clinical Psychology* 2010; 66 7: 758-773.

Kazantzis N., Deane F.P., Ronan K.R. *Homework assigments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analisis. Clinical Psychology. Science and Practice* 2000; 2: 189-202.

Kazantzis N., Petrik A.M., Cummins A. *Homework assignment*, 2012. In: www.commonlanguagepsychoterapy.org.

Kazantzis N. and Ronan K.R. *The use of between session (homework) activities in different psychoterapy approaches (Special Iusse). Journal of Psychoterapy Integration* 2006, 16: 115-258.

Klosko J., Sandeerson W. *Trattamento cognitivo comportamentale della depressione*, McGraw-Hill, Milano, 2001.

Mausbach B.T., Moore, Roesch S., Carneas V., Patterson T.L. *The relationship between homework compliance and therapy outcomes: an updated meta-analysis. Cognitive Therapy Research*, 2010, 34: 429-438.

Morosini P., Leveni D., Piacentini D., Michielin P., McDonald G. (a cura di) *La depressione: che cosa è e come curarla.* Edizioni Avverbi, Roma, 2004.

Persons J., Burns D., Perloff J.M. *Predictors of drop out and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. Cognitive Therapy and Research* 1988; 12, 557-575.

Scott J., House R., Harrington J. & Ferrier I. *A preliminary study of relationship between personality, cognitive vulnerability, symptom profile and outcome in major depressive disorder. Journal of Nervous e Mental Diseases* 1996; 18: 503-505.

Startup M., Edmonds J. *Compliance wiht homework assignments in Cognitive Behaviour Therapy for depression: Relation to outcome and method enhancement. Cognitive Therapy and Research* 1994; vol. I.

Reda M.A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci Editore, Roma, 2006.

Thoma N.C., Cecero J.J. *Is integrative use of techniques in psychotherapy the exception ot the rule? Results of a national survey of doctoral-level pratictitioners. Psychoterapy Theory, Research, Practice, Training* 2009, 46: 405-417.

Corrispondenza

Patrizia Amici
Psicoterapeuta Bergamo.
Vice Presidente dell'Associazione ONlus Un porto per noi, socio EDA
tel. 340/3463181
E-mail: *patrizia.amici@teletu.it*

BULLISMO E CYBERBULLISMO NELLA SOCIETÀ MODERNA

Marilisa Amorosi

CSM Pescara Nord - DSM AUSL Pescara

RIASSUNTO

Il fenomeno del cyberbullismo diventa sempre più dilagante nelle fasce di età sempre più basse. La comprensione del fenomeno, delle sue caratteristiche e delle sue conseguenze consente una precoce individuazione del fenomeno.
Luogo di osservazione privilegiato sono gli istituti scolastici e le famiglie, su cui gli specialisti dovrebbero insistere con la corretta informazione.
Nel presente lavoro viene fatta una disamina del fenomeno e dei loro protagonisti e vengono suggeriti alcuni elementi di prevenzione.

Parole-chiave: *bullismo, cyberbullismo, prevenzione.*

* * *

Il **cyberbullismo** o **ciberbullismo** (ossia «*bullismo* online») è il termine che indica un tipo di attacco continuo, ripetuto, offensivo e sistematico attuato mediante la rete. Il termine *cyberbullying* è stato coniato dall'insegnante canadese *Bill Belsey*. I giuristi anglofoni distinguono di solito tra il *cyberbullying* (cyberbullismo), che avviene tra minorenni, e il *cyberharassment* ("cybermolestia") che avviene tra adulti o tra un adulto e un minorenne. Tuttavia nell'uso corrente *cyberbullying* viene utilizzato indifferentemente per entrambi i casi. Il cyber-bullo non è altro che un soggetto che indossa una sorta di maschera virtuale, e che sfrutta questa nuova situazione per compiere dei comportamenti disinibiti e aggressivi. È importante sottolineare che non solo il bullo ha l'impressione di essere invisibile, ma anche che è la stessa vittima ad apparire tale: entrambi, infatti, assumono identità virtuali e nicknames.

Se da una parte perciò il bullo si crede invisibile e quindi non accusabile e non scopribile, dall'altra parte la vittima appare al bullo non come una persona vera e propria, bensì come un'entità semi-anonima e non dotata di emozioni o sentimenti. Mancano cioè, nel rapporto tra cyber-bullo e cyber-victim, tutta quella serie di feedback che fanno capire al bullo che la vittima sta soffrendo.

A tal riguardo gli studi di psicologia sociale hanno stabilito che la "distanza sociale" possa essere la causa di atti violenti e orribili. "Distanza sociale" che negli scambi comunicativi eseguiti tramite computer viene amplificata. Infatti vengono a mancare il linguaggio del corpo, il suono della voce, e tutti gli altri aspetti della comunicazione che sono presenti nel mondo reale e conseguentemente il

bullo non riesce a capire che il dolore, la frustrazione, l'umiliazione, generata nei confronti della vittima, sono tutti dei sentimenti reali.

Infatti vengono a mancare il linguaggio del corpo, il suono della voce, e tutti gli altri aspetti della comunicazione che sono presenti nel mondo reale e conseguentemente il bullo non riesce a capire che il dolore, la frustrazione, l'umiliazione, generata nei confronti della vittima, sono tutti dei sentimenti reali. Oggi il 34% del bullismo è online. In Italia, secondo l'Indagine nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza pubblicata nel 2011 [fonte: Eurispes, Telefono Azzurro, 2011] un quinto dei ragazzi ha trovato in Internet informazioni false sul proprio conto: "raramente" (12,9%), "qualche volta" (5,6%) o "spesso" (1,5%). Con minore frequenza si registrano casi di messaggi, foto o video dai contenuti offensivi e minacciosi, ricevuti "raramente", "qualche volta" o "spesso" dal 4,3% del campione; analoga percentuale (4,7%) si registra anche per le situazioni di esclusione intenzionale da gruppi on-line. Prendendo in considerazione un campione di 2000 studenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni, il 25 per cento ha dichiarato di essere stato vittima di cyber bullismo negli ultimi due mesi

In Italia 1 studente su 4 è vittima di cyberbullismo e di questi 1 su 10 tenta il suicidio.

Rispetto al bullismo tradizionale nella vita reale, l'uso dei mezzi elettronici conferisce al cyberbullismo alcune caratteristiche proprie:

Anonimato del molestatore: in realtà, questo anonimato è illusorio: ogni comunicazione elettronica lascia pur sempre delle tracce. Per la vittima, però, è difficile risalire da sola al proprio molestatore; inoltre, a fronte dell'anonimato del cyberbullo, spiacevoli cose sul conto della vittima (spesse volte descritta in modo manifesto, altre in modo solo apparentemente non riconducibile alla sua identità) possono essere inoltrate a un ampio numero di persone.

Difficile reperibilità: se il cyberbullismo avviene via *SMS*, *messaggistica istantanea* o *mail*, o in un forum online privato, ad esempio, è più difficile reperirlo e rimediarvi.

Indebolimento delle remore etiche: le due caratteristiche precedenti, abbinate con la possibilità di essere "un'altra persona" online (a guisa di un *gioco di ruolo*), possono indebolire le remore etiche: spesso la gente fa e dice online cose che non farebbe o direbbe nella vita reale.

Assenza di limiti spaziotemporali: mentre il bullismo tradizionale avviene di solito in luoghi e momenti specifici (ad esempio in contesto scolastico), il cyberbullismo investe la vittima ogni volta che si collega al mezzo elettronico utilizzato dal cyberbullo (*WhatsApp*, *Facebook*, *Twitter*, *blogs*, ecc.).

Come nel bullismo tradizionale, però, il prevaricatore vuole prendere di mira chi è ritenuto "*diverso*", solitamente per aspetto estetico, timidezza, *orientamento sessuale* o politico, abbigliamento ritenuto non convenzionale e così via. Gli esiti di tali molestie sono, com'è possibile immaginarsi a fronte di tale *stigma*, l'erosione di qualsivoglia volontà di aggregazione ed il conseguente isolamento, implicando esso a sua volta danni psicologici non indifferenti, come la *depressione* o, nei casi peggiori, ideazioni e intenzioni *suicidarie*. Spesso i molestatori, soprattutto se giovani, non si rendono effettivamente conto di quanto ciò possa nuocere all'altrui persona.

Categorie di cyberbullismo:

– *Flaming*: messaggi online violenti e volgari (vedi "*flame*") mirati a suscitare battaglie verbali in un forum.

– *Molestie* (*harassment*): spedizione ripetuta di messaggi insultanti mirati a ferire qualcuno.

– *Denigrazione*: sparlare di qualcuno per danneggiare gratuitamente e con cattiveria la sua reputazione, via e-mail, messaggistica istantanea, gruppi su *social network*, etc.

– *Sostituzione di persona* ("impersonation"): farsi passare per un'altra persona per spedire messaggi o pubblicare testi reprensibili.

– *Inganno*: (*trickery*); ottenere la fiducia di qualcuno con l'inganno per poi pubblicare o condividere con altri le informazioni confidate via mezzi elettronici.

– *Esclusione*: escludere deliberatamente una persona da un gruppo online per provocare in essa un sentimento di emarginazione.

– *Cyber-persecuzione* ("*cyberstalking*"): molestie e denigrazioni ripetute e minacciose mirate a incutere paura.

– Sostituzione di persona

– Minacce di morte

Modalità di atti di cyberbullismo:

– Pettegolezzi diffusi attraverso messaggi su cellulari, mail, social network

– Postare o inoltrare informazioni, immagini o video imbarazzanti (incluse quelle false)

– Rubare l'identità ed il profilo di altri, o costruendone di falsi

– Insultare o deridere la vittima

– Fare minacce fisiche

Il cyberbullismo è un fenomeno molto grave perché in pochissimo tempo le vittime possono vedere la propria reputazione danneggiata in una comunità molto ampia, anche perché i contenuti, una volta pubblicati, possono riapparire a più riprese in luoghi diversi. Spesso i genitori e gli insegnanti ne rimangono a lungo all'oscuro, perché non hanno accesso alla comunicazione in rete degli adolescenti. Pertanto può essere necessario molto tempo prima che un caso venga alla luce.

Gli autori, i cosiddetti «bulli» o il cosiddetto «branco», sono spesso persone che la vittima ha conosciuto a scuola, nel quartiere o in un'associazione. Offendono, minacciano o ricattano le loro vittime direttamente o facendo pressione psicologica su di loro, le diffamano, le mettono alla gogna e diffondono dicerie sul loro conto. Chi ne è vittima può subire conseguenze molto gravi, come la perdita della fiducia in se stesso, stati di ansia e depressione.

L'individuazione della Vittima

Di solito le vittime sono individuate in quanto ritenute 'diversi', vuoi per aspetto estetico, timidezza, orientamento sessuale o politico, abbigliamento ritenuto non convenzionale e così via. Spesso i messaggi offensivi si diffondono molto

rapidamente fra un bacino di utenti molto vasto. Di conseguenza, le vittime non si sentono più al sicuro da nessuna parte, poiché le vessazioni le raggiungono via internet persino nelle proprie mura. È inoltre difficile cancellare le offese, che quindi, una volta pubblicate in rete, possono essere rilette e riguardate ripetutamente. Per la vittima è dura dimenticare e superare le violenze subite. Il cybermobbing contribuisce in questo modo a rafforzare la sofferenza della vittima.

Le vittime frequentemente sviluppano un'autostima bassa, depressione, ansia, paure, problemi di rendimento scolastico e interrompono per tali motivi la frequentazione della scuola o del gruppo di amici Per **le vittime** il rischio è quello di manifestare il disagio innanzitutto attraverso sintomi fisici, ad esempio mal di pancia o mal di testa, oppure segnali psicologici, quali incubi o attacchi d'ansia. Alla lunga, le vittime mostrano una svalutazione di sé e delle proprie capacità, insicurezza, difficoltà relazionali, fino a manifestare, in alcuni casi, veri e propri disturbi psicologici, tra cui ansia o depressione.

L'AUTORE

Anche per quanto riguarda l'autore vi sono differenze rispetto al bullismo tradizionale: l'anonimato di internet gli permette di agire al coperto; a causa dell'invisibilità e della distanza della vittima le inibizioni sono minori rispetto a quando autore e vittima si trovano uno di fronte all'altra. Anche per quanto riguarda l'autore vi sono differenze rispetto al bullismo tradizionale: l'anonimato di internet gli permette di agire al coperto; a causa dell'invisibilità e della distanza della vittima le inibizioni sono minori rispetto a quando autore e vittima si trovano uno di fronte all'altra.

COSA SPINGE DEI RAGAZZINI A PRENDERE DI MIRA UN COETANEO?

Il profilo psicologico del cyber bullo mette in luce una mania del controllo, attraverso il quale egli tenta di mettersi in mostra: è uno sgrammaticato sociale, non conosce le regole del viver comune e dello stare in contatto con le persone. È una persona immatura dal punto di vista affettivo, che presenta un'incapacità di gestione delle emozioni autocoscienti come il senso di colpa o la vergogna. In genere compie azioni di prepotenza per ottenere popolarità all'interno di un gruppo, per divertimento o semplicemente per noia.

I bulli possono presentare un calo nel rendimento scolastico, difficoltà relazionali, disturbi della condotta. L'incapacità di rispettare le regole può portare, nel lungo periodo, a veri e propri comportamenti antisociali e devianti o ad agire comportamenti aggressivi e violenti in famiglia.

GLI OSSERVATORI

Gli osservatori vivono in un contesto caratterizzato da difficoltà relazionali che aumenta l'insicurezza, la paura e l'ansia sociale. Il continuo assistere ad episodi di "violenza" può rafforzare una logica di indifferenza e scarsa empatia, portando i ragazzi a negare o sminuire il problema.Le vittime, gli autori e gli spetta-

tori di atti di bullismo in rete hanno spesso remore a parlare. Di conseguenza per i familiari e gli insegnanti è difficile riconoscere il problema. Nonostante gli indizi del cyberbullismo non siano facilmente riconoscibili, vi sono alcuni segnali rivelatori. Non è sempre possibile distinguere chiaramente tra autori e vittime, perché molti giovani rimasti vittime del mobbing lo hanno praticato anche in prima persona. Il consiglio più utile è pertanto quello di mantenere alta la guardia e di parlare apertamente non appena sorge un sospetto concreto.

A CHE COSA DEVONO FARE ATTENZIONE I GENITORI E GLI INSEGNANTI

Il figlio appare afflitto, offeso, arrabbiato? Si ritira in se stesso? Soffre maggiormente di disturbi della salute? Accusa mal di testa, mal di pancia, problemi di sonno? Le sue prestazioni scolastiche segnano improvvisamente un calo? Non vuole più andare a scuola? Evita le gite, i viaggi e i soggiorni in campeggio organizzati dalla scuola? I compagni di scuola non si fanno più vivi? Notate che improvvisamente spariscono soldi o gli oggetti preferiti di vostro figlio?

Il clima in classe sta peggiorando? Non c'è coesione tra i compagni di classe? Si crea complicità soltanto nel prendersela con capri espiatori? Gli alunni hanno un comportamento sgarbato tra loro?

Il clima in classe sta peggiorando? Non c'è coesione tra i compagni di classe? Si crea complicità soltanto nel prendersela con capri espiatori? Gli alunni hanno un comportamento sgarbato tra loro?

Marinano spesso la scuola? Le loro prestazioni sono calate nettamente? Diventano aggressivi? Evita le gite, i viaggi e i soggiorni in campeggio organizzati dalla scuola? I compagni di scuola non si fanno più vivi? Notate che improvvisamente spariscono soldi o gli oggetti preferiti di vostro figlio?

COSA FARE?

Genitori ed insegnanti dovranno aiutare i ragazzi a riflettere sul fatto che, anche se non vedono la reazione delle persone a cui inviano messaggi o video, esse possono soffrire o subire violenza. Nei casi di persecuzione online è infatti la dimensione della socialità a risentirne.

Fondamentale Educare alla differenza tra reale e virtuale.

Educare che l'uso delle tecnologie non sostituisce le relazioni umane e chi ne fa uso eccessivo può ammalare.

Educare alla sana comunicazione ed a difendersi dalle cattiverie

Corrispondenza

Marilisa Amorosi
Direttore CSM Pescara Nord
DSM AUSL Pescara
Via Nazionale Adriatica Nord, 23
Pescara 65124
tel.: 3397903982
E-mail: *marilisaamorosi@gmail.com*

VULNERABILITÀ PSICOPATOLOGICA E NEUROSVILUPPO: IL PARADIGMA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Anna Maria Angelilli

Neuropsichiatra Infantile

RIASSUNTO

I disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorders, ASDs) sono disturbi del neurosviluppo, ad eziologia multifattoriale, con esordio generalmente entro i primi anni di vita e definiti da una diade di sintomi (cosiddetti sintomi 'core') che coinvolgono la comunicazione e l'interazione sociale, e la presenza di pattern comportamentali ritualistici e ripetitivi, con interessi ristretti e una particolare sensibilità a stimoli sensoriali. La ricerca ha infatti evidenziato come il disturbo di spettro autistico si esprima in modo diverso nelle varie età e con livelli di gravità differenti dei sintomi 'core' ovvero con diversa espressività fenotipica del disturbo. Inoltre, la ricerca riporta la frequente comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo, con altre condizioni cliniche e altri disturbi emozionali o psicopatologici. In particolare, le persone con ASD sembrano presentare una vulnerabilità psicopatologica, significativamente superiore a quella della popolazione generale, con quadri che persistono, seppur con pattern fenotipici distinti, in età adulta, condizionando significativamente il livello di autonomia individuale e la qualità di vita delle persone con ASD e dei loro familiari.

Parole-chiave: *neurosviluppo, disturbi dello spettro autistico, vulnerabilità psicopatologica*

* * *

INTRODUZIONE

I disturbi dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorders, ASDs*) sono disturbi del neurosviluppo, ad eziologia multifattoriale, con esordio generalmente entro i primi anni di vita e definiti da una diade di sintomi (cosiddetti sintomi '*core*') che coinvolgono la comunicazione e l'interazione sociale, con compromissione nello sviluppo delle competenze sociali, della comunicazione verbale e non-verbale, in differenti contesti, e la presenza di pattern comportamentali ritualistici e ripetitivi, con interessi ristretti e una particolare sensibilità a stimoli sensoriali. Da un punto di vista nosografico, la recente edizione del Diagnostic and Statistic Mental Disorders Manuel (APA, 2013) ha incluso gli *ASDs* nella categoria, di nuova concettualizzazione, dei 'disturbi del neurosviluppo', che comprende, al suo interno, anche la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo specifico dell'apprendimento, i disturbi del movimento, i disturbi da tic e altri disturbi del neurosviluppo con altra o senza specificazione. Questi quadri clinici sono inseriti

nello stesso *cluster* perché costituiscono un insieme di condizioni tra loro correlate, che condividono dimensioni sintomatologiche, vulnerabilità genetica, possibili substrati e fattori di rischio neurobiologici, secondo un modello di malattia multifattoriale e un approccio clinico dimensionale inscritto in una cornice categoriale.

ASPETTI PATOGENETICI

La multifattorialità nei quadri *ASDs* presuppone l'interazione e la combinazione tra una predisposizione genetica, come documentata dalla significativa ereditabilità dei disturbi riportata negli studi sui gemelli monozigoti e dalla ricorrenza dei disturbi all'interno delle famiglie, e fattori ambientali, di varia natura, intercorrenti in una fase molto precoce dello sviluppo (Folstein et al., 2001). Da un punto di vista neurofunzionale, l'interazione tra componenti genetiche multiple, epigenetiche e fattori ambientali (Persico & Bourgeron, 2006) modula e condiziona i processi di differenzazione, organizzazione e maturazione neuronale, esitando in un disturbo della connettività neurale, tanto da definire l'ASD una '*disconnettivopatia*', caratterizzata da un eccesso di connessioni locali e da un difetto di connessioni a distanza tra differenti regioni funzionali del cervello. L'ipotesi è che uno sviluppo anomalo dei processi di morte cellulare programmata (apoptosi), di potatura delle arborizzazioni neuritiche superflue (pruning), di migrazione neuronale e di mielinizzazione, esitino nel fallimento della giusta orchestrazione tra eccitazione ed inibizione neurotrasmettitoriale sinaptica (Penzes et al., 2011). Queste evidenze corroborano ulteriormente la necessità di una impostazione dimensionale: i diversi quadri clinici, all'interno del cluster del disturbi del neurosviluppo, mostrano di non essere rigidamente distinti e separati, come entità categoriali discrete, ma disposti lungo un continuum di gravità e qualità. In altri termini, possono coesistere, avere dimensioni cliniche contigue ed aree di sovrapposizione o uno specifico *fenotipo clinico* può transitare in un altro; inoltre, all'interno di uno specifico disturbo del neurosviluppo si possono avere presentazioni cliniche diverse, cioè *sottofenotipi clinici.*

PREVALENZA E COMORBIDITÀ

Nelle ultime decadi si è assistito ad un aumento significativo delle stime di prevalenza dei quadri *ASDs*, tanto da arrivare a parlare di '*epidemia*' per le condizioni di autismo. I dati più recenti, relativi agli Stati Uniti, riportati dal sistema di sorveglianza *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network* (ADDM), sono di un caso ogni 68 abitanti nel 2012, un caso su 88 nel 2008, un caso su 151 nel 2002 (Christensen et al., 2012). Tuttavia, non esiste una stima di prevalenza unica ed univoca, ma stime di prevalenza diverse tra i vari paesi (Elsabbagh et al., 2012).

L'aumento comunque delle stime di prevalenza degli ASDs e la considerazione che questi disturbi hanno un decorso *long-life*, ovvero si mantengano per tutto l'arco della vita della maggior parte delle persone affette (Brugha et al., 2011), ha sollecitato, con sempre maggiore urgenza, la riflessione rispetto alla ti-

pologia dei trattamenti di cura e dei livelli di assistenza in funzione dei momenti della vita, con particolare riferimento alla criticità della transizione dall'età evolutiva all'età adulta e quindi al raccordo tra servizi e professionisti sanitari dell'età evolutiva e servizi e professionisti sanitari dell'età adulta. La ricerca ha infatti evidenziato come il disturbo di spettro autistico si esprima in modo diverso nelle varie età e con livelli di gravità differenti dei sintomi '*core*' ovvero con diversa espressività fenotipica del disturbo. Ciò è da mettersi in relazione a diversi fattori, sia intrinseci che estrinseci al disturbo: fattori intrinseci sono, ad esempio, la complessità patogenetica menzionata, e la frequente comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo, in particolare la disabilità intellettiva, i disturbi di linguaggio, il disturbo da deficit di attenzione con iperattività, con altre condizioni cliniche come l'epilessia o sindromi genetiche, altri disturbi emozionali o psicopatologici; fattori estrinseci sono la tipologia dei trattamenti ricevuti, condizioni ambientali, disponibilità di una rete di raccordo tra agenzie sanitarie sociali ed educative. Tutti questi fattori concorrono a determinare in che misura e fino a quando le difficoltà comunicativo-relazionali della persona affetta da *ASD* siano gestibili e/o permettano l'adozione di strategie di compenso rispetto alle richieste e alle esigenze comunicativo-sociali ambientali: quindi, i sintomi si presentano con una espressività clinica che cambia in funzione del tempo e dei contesti di vita.

La riflessione su questi aspetti diviene ancora più contingente se si considera che soprattutto la comorbidità psicopatologica persiste, seppur con pattern fenotipici distinti, in età adulta e costituisce uno dei fattori condizionanti maggiormente il livello di autonomia individuale e la qualità di vita delle persone con *ASD* e dei loro familiari (Bertelli M et al., 2015).

VULNERABILITÀ PSICOPATOLOGICA E PECULIARITÀ FENOTIPICHE

Le persone con *ASD* sembrano presentare una vulnerabilità psicopatologica, significativamente superiore a quella della popolazione generale, anche se le peculiarità di presentazione dei disturbi psichiatrici rendono difficile stabilirne con esattezza la prevalenza, soprattutto nelle persone con *ASD* associato a disabilità intellettiva. Gli studi sui bambini hanno rilevato tassi di comorbidità con almeno un disturbo psichiatrico variabili dal 70 all'80.9% (Mattila et al., 2010, Salazar et al., 2015); anche la frequenza di più disturbi psichiatrici è risultata elevata (Skokauskas & Gallagher, 2012). In età evolutiva, i disturbi più frequentemente riportati sono: nei più piccoli, disturbo da deficit d'attenzione con iperattività, disturbi del comportamento, disturbo oppositivo provocatorio, disturbi d'ansia; in adolescenza, accanto ai disturbi d'ansia ed attentivi, i disturbi dell'umore e i disturbi ossessivo-compulsivi (de Bruin et al., 2007; Simonoff et al. 2008; Sinzig et al. 2009). Negli adulti, i tassi di prevalenza dei disturbi psichiatrici rimangono molto alti (Croen et al. 2015): in particolare, per i disturbi depressivi, soprattutto nei giovani adulti con *ASD* e disabilità intellettiva e negli adulti più anziani senza disabilità intellettiva (Roy et al., 2015). Tutti gli studi concordano nel rilevare che nelle persone con *ASD* la presenza di uno o più disturbi psichiatrici peggiora la qualità di vita e spesso anche l'intensità dei sintomi *core*. D'altra parte, le proble-

matiche specifiche dell'età adulta, come ad esempio la riduzione delle opportunità di inserimento e condivisione sociali per gli adulti *ASD*, il maggior carico e il vissuto di isolamento delle famiglie, la maggiore difficoltà a reperire un raccordo tra agenzie e risorse sanitarie e sociali, concorrono ad impoverire il repertorio di esperienze e di incontri possibili e, quindi, a creare e sostenere condizioni di vulnerabilità psicopatologica.

La corretta individuazione della natura psicopatologica di alcune manifestazioni nei disturbi di spettro autistico, può risultare complicata e quindi esitare in una diagnosi non sempre tempestiva. Diverse sono le spiegazioni ipotizzabili: innanzitutto, la tendenza a ricondurre ogni manifestazione epifenomenica alla condizione 'autistica' di base e non ad un disturbo aggiuntivo o ad entrambi. Inoltre, è possibile che segni e sintomi psichiatrici nelle condizioni ASDs, presentino una manifestazione fenotipica differente da quanto si verifica nei soggetti non ASDs: i sintomi possono essere atipici, caotici o fluttuanti. D'altra parte, i sintomi core dell'ASD, soprattutto in presenza di significative difficoltà socio-emozionali e/o comunicative o con disabilità intellettiva severa, possono rendere difficile la raccolta diretta delle informazioni, l'accesso al colloquio o la diagnosi differenziale rispetto ad una risposta di distress o disagio emozionale aspecifica (Raymaker et al., 2016). Ciò acquista ancora più rilevanza considerata la frequente presenza negli ASDs di pattern di ipersensibilità sensoriale, ad esempio uditiva, tattile, che condiziona le risposte individuali a stimoli ambientali, sia esterni sia interni.

La valutazione della comorbidità psichiatrica nella popolazione ASD presenta delle criticità anche per gli strumenti testologici disponibili: per l'età adulta sono stati definiti strumenti di screening psicopatologico per la popolazione con disabilità intellettiva, che tuttavia rivelano dei limiti di sensibilità (Bertelli et al., 2012; Matson et al., 1991; Pilone et al., 2000); in età evolutiva, invece, si utilizzano gli strumenti standardizzati per questa fascia di età nella popolazione generale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Tenuto conto di tutti gli aspetti descritti la valutazione della comorbidità psichiatrica nei ASDs deve avvalersi di professionisti con competenze specifiche nei disturbi del neurosviluppo, attraverso un *assessment multidisciplinare* e *multicomponenziale*. La multidisciplinarietà della valutazione implica la collaborazione e lo scambio di informazioni e di modalità operative tra neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicoterapeuti, psicanalisti infantili, terapisti, educatori, insegnanti e genitori: ciò permette una caratterizzazione precisa e puntuale delle manifestazioni e dei sintomi. La valutazione multicomponenziale richiede l'utilizzo di strumenti diversificati: osservazioni semistrutturate, test standardizzati, interviste, questionari, nei vari contesti di vita (famiglia, scuola, attività extrascolastiche, attività di inserimento lavorativo) e con le varie persone (familiari, insegnanti, educatori, terapisti, amici)che fanno parte della vita della persona con disturbo di spettro. Un intervento integrato rispecchia un *approccio* alla *salute olistico, ecologico e biopsicosociale*: considera l'individuo nella sua interezza, ne definisce interventi e tratta-

menti individualizzati, centrati sui bisogni, sulle sue caratteristiche e le sue potenzialità, per migliorare la qualità di vita delle persone affette da disturbo dello spettro autistico e dei loro familiari.

Conflitto di interesse: nessuno.

Bibliografia

APA. *Diagnostic and statistical manual.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Bertelli M., Rossi M., Scuticchio D., Bianco A. *Diagnosing psychiatric disorders in people with intellectual disabilities: issues and achievements. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 2015; 9(5): 230-242.

Bertelli M., Scuticchio D., Ferrandi A., Lassi S., Mango F., Ciavatta C., Porcelli C., Bianco A., Monchieri S. *Reliability and validity of the SPAID-G checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability.* Research in Developmental Disabilities 2012; 33(2): 382-9.

Brugha T.S., McManus S., Bankart J., Scott F., Purdon S., Smith J., Bebbington P., Jenkins R., Meltzer H. *Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Archives of General Psychiatry* 2011; 68(5): 459-465.

Christensen D.L., Bai J., Braun K.V. et al. *Prevalence and characyeristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*, 11 Sites, United States, 2012, *MMWR Surveill Summ* 2016; 65 (No. SS-3): 1-23.

Croen L.A., Zerbo O., Qian Y., Massolo M.L., Rich S., Sidney S. & Kripke C. *The health status of adults on the autism spectrum. Autism. The International Journal of Research and Practice*, 2015; 19(7): 814-823.

Elsabbagh M., Divan G., Koh Y.J., Kim Y.S., Kauchali S., Mrcin C., et al. *Global Prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. Autism Res*, 2012; 5: 160-179.

Folstein S.E., Rosen-Sheidley B. *Genetics of autism: complexaetiology for a haterogeneou disorder. Nature Reviews Genetics*, 2001; 2: 943-955.

Lever A.G. & Geurt H.M. *Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders* 2016; 46: 1916-1930.

Matson J.L., Gardner W.I., Coe D.A., Sovner R. *A scale for evaluating emotional disorders in severely and profoundly retarded persons: Developmental of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH-II). Research in Developmental Disabilities* 1991; 18, 457-69.

Mattila M.L., Hurtig T., Haapsamo H., Jussila K., Kuusikko-Gauffin S., Kielinen M., Linna SL, Ebeling, H., Bloigu R., Joskitt L., Pauls D.L., Moilanen I. *Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community- and clinic-based study. Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010; 40 (9): 1080-1093.

Penzes P., Cahill M.E., Jones K.A., Van Leeuwen J.E., Wollfrey K.M. *Dendritic spine pathology in neuropsychiatric disorders. Nature Neuroscience*, 2011; 14: 285-293.

Pilone M., Muzio C., Levrero A. *Valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handicap.* Trento: Erikson; 2000.

Raymaker D.M., McDonald K.E., Ashkenazy E., Gerrity M., Baggs A.M., Kripke C., Hourston S., Nicolaidis C. *Barriers to healthcare: Instrument development and comparison between autistic adults and adults with and without other disabilities.* Autism 2016; 22.

Salazar F., Baird G., Chandler S., Tseng E et al. *Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders* 2015; 45: 2283-2294.

Skokauskas N., Gallagher L. *Mental health aspects of autistic spectrum disorders in children. Journal of Intellectual Disability Research* 2012; 56(3): 248-257.

Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T. & Baird G (2008). *Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

Sinzig J., Walter D. & Doepfner M. (2009). *Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder symptom or syndrome? Journal of Attention Disorders,* 13(2), 117-126.

Roy M., Prox-Vagedes V., Ohlmeier M.D. & Dillo W. (2015). *Beyond childhood: Psychiatric comorbidities and social background of adults with asperger syndrome. Psychiatria Danubina*, 27(1), 50–59.

Corrispondenza

Anna Maria Angelilli
Neuropsichiatra Infantile
Asl 1 Abruzzo
U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile
E-mail: *a.m.angelilli@tiscali.it*

I DISTURBI AFFETTIVI IN CARCERE: ABBATTIAMO IL MURO

Calogero Anzallo

Psichiatra AAS2 Bassa Friulana-Isontina

RIASSUNTO

L'ambiente carcerario si differenzia per le varie tipologie di detenuti ospitati e per i contesti locali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati, situazione socioculturale, accesso ai servizi sanitari di base e/o ai servizi di salute mentale, etc.… Ognuno di questi fattori può influenzare le condizioni affettive del cittadino privato della libertà e condurre ad una sintomatologia dello spettro affettivo, dall'ansia lieve reattiva fino alla depressione maggiore con rischio suicidario.

Presso la casa circondariale di Gorizia dal luglio 2015 si è attivato un programma di assistenza sanitaria integrata. Il DSM in collaborazione con il Distretto sanitario e gli altri servizi territoriali (SERT), associazioni di volontariato, enti locali ha sviluppato un progetto per la prevenzione e la cura del disagio psichico, comportamentale e del suicidio come previsto dalle linee regionali.

La costruzione del progetto è discusso al tavolo regionale e si ispira ad una politica inclusiva, di medicina d'iniziativa e di prossimità che tende a considerare l'istituto di pena come un pezzo del territorio dove ogni risorsa può essere messa in campo esattamente come per il resto del territorio, cercando di creare quella continuità socio-assistenziale attraverso progetti personalizzati e finalizzati ad un esito in termini di salute, riabilitazione, reinserimento sociale e quindi benessere del cittadino privato della libertà.

* * *

INTRODUZIONE

L'ambiente carcerario si differenzia per le varie tipologie di detenuti ospitati e per i contesti locali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati, situazione socioculturale, accesso ai servizi sanitari di base e/o ai servizi di salute mentale, etc.… Ognuno di questi fattori può influenzare le condizioni affettive del cittadino privato della libertà e condurre ad una sintomatologia dello spettro affettivo, dall'ansia lieve reattiva fino alla depressione maggiore con rischio suicidario.

Ogni carcere fa parte di un territorio e bisogna tenerne conto nel progettare un intervento socio-sanitario che funga da collettore tra interno ed esterno, tra i cittadini privati della libertà e la comunità attorno a loro. Il rischio che un cittadino privato della libertà possa andare incontro a disagio mentale e quindi disturbi affettivi in genere e conseguenza della combinazione tra la predisposizione

individuale e la condizione ambientale particolare. I fattori di rischio sono costituiti da: *a*) gli istituti di pena di solito concentrano i gruppi di persone più a rischio (giovani maschi, disagio mentale, socialmente isolate, con problemi di tossicodipendenza); *b*) l'impatto psicologico dell'arresto e della carcerazione, i problemi di astinenza da sostanze; *c*) lo stress quotidiano della vita carceraria; *d*) l'attesa di un giudizio o la certezza di una lunga condanna; *e*) Non in tutti gli ambienti carcerari esistono protocolli e/o procedure che mirano ad individuare precocemente gli stati a rischio; *f*) sovraccarico lavorativo per il personale e scarso o nullo addestramento riguardo al riconoscimento dei disagi affettivi; mancanza di servizi di salute mentale che operano nell'Istituto di pena e/o limitato accesso alla consulenza specialistica.

Fondamentale appare quindi istituire all'interno del carcere ambulatorio medici di medicina generale e consulenze specialistiche periodiche strutturate all'interno del carcere con iniziative volte alla prevenzione e cura dei disagi mentali ed al reinserimento sociale del cittadino attraverso progetti personalizzati che mettano in comunicazione i canali interni dell'amministrazione carceraria con i canali esterni dei servizi territoriali e degli enti locali. Un altro importante punto è la formazione della polizia penitenziaria e del personale degli uffici amministrativi del carcere in modo da creare una continuità di dialogo tra le istituzioni dell'amministrazione penitenziaria (DAP, Tribunale, Magistratura di sorveglianza, UEPE, etc.) e i servizi territoriali (Azienda Sanitaria, servizi sociali, mondo dell'associazionismo, comunità terapeutiche, etc.).

Il dialogo continuo e la comunicazione condivisa attraverso la strutturazione di un linguaggio comune potrebbe rappresentare una chiave di volta per l'indioviduazione tempestiva delle situazioni di disagio. Pertanto appare necessaria che la formazione attorno al benessere e salute del cittadino privato della libertà passi da una gestione multidisciplinare e non soltanto a livello sanitario.

IL PROGETTO GORIZIANO

Dal luglio 2015 il DSM dell'AAS2 fornisce all'interno del carcere di Gorizia un servizio composto ad un ambulatorio medico e da un gruppo ascolto a cadenza quidicinale. Si integra con lo staff medico-infermieristico presente quotidianamente in casa circondariale e con altri servizi che territoriali che accedono SERT; UEPE; caritas; servizi sociali; magistratura di sorveglianza e Tribunale. Offre inoltre momenti di formazione multidisciplinare con la finalità di armonizzare le varie figure professionali che ruotano attorno al cittadino privato della libertà personale addestrando ogni figura a riconoscere i segnali che potrebbero essere utili a rilevare situazioni di disagio mentale e/o di rischio autolesivo o suicidario.

La casa circondariale di Gorizia è ad alto turn over con una capienza massima attualmente di 54 ospiti con un progetto di ampliamento fino a 78 cittadini. L'alto turn over pone quindi l'accento sull'alta frequenza dei nuovi giunti, sull'attesa di giudizio, sulle condizioni ambientali che mutano rapidamente, e le condizioni individuali. L'alto turn over non favorisce celle omogenee, la possibilità di attivare affinità sulla base della provenienza, della lingua, della religione, della scolarizzazione.

CONCLUSIONI

Attivare particolare attenzione ai momenti trigger del rischio (nuovi giunti, attesa di giudizio, tossicodipendente, disagio mentale franco, isolato, impossibilità a comunicare, udienza a breve; sentenza definitiva).

Favorire la crescita e la formazione di un'equipe integrata multidisciplinare ed interfacciarsi con tutte le agenzie che si occupano della parte giuridica, sociale e sanitaria del cittadino privato della libertà ci ha aiutato finora a cercare di prevenire e/o a individuare precocemente i momenti di disagio affettivo. Per le peculiarità descritte della casa circondariale di Gorizia è stato fondamentale integrare tutte le figure professionali che operano attorno ai cittadini privati della libertà favorendo una comunicazione assertiva, chiara e circolare con un linguaggio condiviso e momenti di In-formazione e supervisione in modo da connettere il Mondo interno con quello esterno al carcere dando la possibilità ai cittadini internati di provare la sensazione che oltre il muro la società li attende.

Bibliografia

Beccaria Cesare. *Dei delitti e delle pene,* ed. Einaudi, 1965.

Erving Goffman. *Asylums, le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, ed. Einaudi, 1968.

Concato, Rigione. *Per non morire di carcere, esperienze di aiuto nelle prigioni italiana tra psicologia e lavoro di rete*, ed. Franco Angeli 2005.

Castellano, Stasio. *Diritti e castighi, storie di umanità cancellate in carcere*, ed. Il saggiatore, 2009.

Manconi, et al. *Abolire il carcere*, ed. Chiarelettere, 2015.

Manconi, Torrente. *La pena ei diritti, il carcere nella crisi italiana*, ed. Carocci, 2015.

Esposito. *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, ed. Franco Angeli, 2007.

Corrispondenza

Calogero Anzallo
Psichiatra AAS2 Bassa Friulana-Isontina
E-mail: *calogero.anzallo@aas2.sanita.fvg.it*

LA "GRANDE BELLEZZA": GIOIE E DOLORI DELLA MATERNITÀ. *MATERNAL BLUES*, DEPRESSIONE POST-PARTUM: REVIEW

Alba Cervone

Psichiatra e Psicoterapeuta, ASL NA 2 Nord

RIASSUNTO

La depressione postpartum (DPP) è un disturbo mentale disabilitante che interessa le donne in età fertile con un'alta prevalenza (compresa tra il 5e il 60,8%). DPP influenza negativamente la salute fisica e psichica della madre e del bambino, causando in questi soprattutto disordini dello sviluppo psicomotorio. ***Scopo dello studio*** *è illustrare le ultime evidenze scientifiche presenti in letteratura su questo argomento.* ***Materiali e Metodi****: Sono stati, dunque, analizzati studi in inglese dal 2000 al 2017 che indagavano le caratteristiche cliniche, i fattori di rischio ed il trattamento della depressione postpartum presenti nei database PubMed, ScienceDirect. Sono state utilizzate parole chiave come depressione post partum, fattori di rischio, anamnesi ostetrica, fattori sociali in combinazione tra loro.* ***Risultati****: La revisione dei dati in letteratura ha evidenziato che la DPP è il risultato di una complessa interazione tra ormoni sessuali ed altri fattori di vulnerabilità (anamnesi positiva per disturbi dell'umore ed'ansia, traumi ostetrici, etc.). lo stigma, la scarsa consapevolezza e conoscenza del disturbo sono la causa maggiore di mancata richiesta di aiuto da parte delle pazienti e dei familiari. La diagnosi precoce e precisa, l'aumento di efficaci misure di prevenzione e la scelta di un trattamento adeguato determinano una prognosi migliore e rappresentano uno dei principali obiettivi.* ***Conclusioni****: Nonostante la DPP rappresenti una delle complicanze più frequenti nel puerperio, rimane un argomento di scarso interesse globale. Un trattamento integrato, farmacologico, psicoterapico e di sostegno sociale rappresenta il gold standard per la cura della DPP e la prevenzione delle ricadute. I dati presentati in questo studio potrebbero essere uno spunto per successive campagne di screening e programmi di prevenzione nelle donne gravide ad alto rischio.*

Parole-chiave*: depressione postpartum, prevenzione, farmacoterapia in gravidanza.*

* * *

INTRODUZIONE

La gravidanza rappresenta per la donna una "rivoluzione copernicana", un periodo di profondi cambiamenti fisici, psicologici e sociali che genera sentimenti contrastanti di gioia e paura, di intensità variabile da persona a persona. È luogo comune, infatti, dare per scontato che una neomamma debba sentirsi felice in ogni istante, dimenticando che occorre del tempo per adattarsi alla maternità. La depressione rappresenta il disturbo dell'umore più diffuso nella popolazione generale, con incidenza doppia nel genere femminile. In alcune donne con fattori predisponenti (biologici, psicopatologici e sociali) possono presen-

tarsi episodi depressivi maggiori o minori durante la gravidanza o nel periodo del puerperio e si parla rispettivamente di *depressione perinatale* e *postpartum*. Scopo di questo articolo è una revisione della letteratura sull'argomento con particolare riferimento ai fattori di rischio, alla cura e alla prevenzione del disturbo.

La depressione perinatale non trattata può determinare un attaccamento madre-bambino disfunzionale, un aumento del rischio suicidario della madre (o nei casi più gravi omicidio/suicidio) ed è associata a complicanze perinatali quali basso peso alla nascita, ritardo di crescita intrauterino, alterazioni cognitive e ridotta aspettativa di vita del neonato. Secondo uno studio condotto da Craig ed Howard anche il padre avrebbe un maggior rischio di soffrire di depressione e legarsi al figlio in maniera disfunzionale (Craig & Howard, 2009). Purtroppo nonostante ci siano a disposizione trattamenti adeguati disponibili, donne affette da DPP non vengono curate soprattutto perché spesso scelgono di non comunicare il proprio disagio. La scarsa cultura e consapevolezza del disturbo, lo "stigma" della malattia mentale rappresentano, infatti, i principali motivi del mancato riconoscimento dello stato psicologico e della scarsa propensione alla richiesta di aiuto. L'essere una madre "incapace" è poi un aggravante, una colpa indelebile e una debolezza da nascondere alla comunità. La maternità in una società in cui trionfano i valori dell'individualismo, della massima produttività, dell'efficienza e dell'eccellenza, in cui il tempo scorre ad un ritmo veloce, implica un'inversione di rotta, un ritorno alle origini dell'umanità: rallentare per poter accogliere e far crescere. Un tempo una madre era assistita praticamente ed emotivamente da altre donne, così che lei potesse occuparsi solo del suo cucciolo e avesse il tempo per adattarsi a questa nuova realtà bella ed irreversibile.

Le donne affette da DPP provano sentimenti di inadeguatezza, ambivalenza o al più rifiuto del proprio bambino, mettono in discussione la capacità di essere madri e spesso dubitano di un aiuto esterno, soprattutto da parte dei servizi sociali perché paventano una perdita dei propri diritti genitoriali. La gravità del disturbo dipende dal temperamento di base, dal supporto familiare e dalla comorbidità con altre patologie psichiatriche. È auspicabile che, una volta riconosciuti i sintomi di un malessere, i familiari si stringano intorno alla madre al fine di sostenerla nel compito più difficile finora presentatosi.

METODO

Per scrivere questa revisione narrativa sono stati analizzati studi sulla PDD dal 2000 al 2017 utilizzando parole chiave come depressione postpartum, fattori di rischio e trattamento in combinazione con anamnesi ostetrica, fattori sociali e fattori biologici. I database di ricerca sono stati Pubmed, ScienceDirect.

RISULTATI

La depressione perinatale è un disturbo che colpisce, con diversi livelli di gravità, dal 10-15% delle neomamme nei pesi ad altro reddito, e il 15-50% delle donne in quelli a basso e medio reddito. In Italia oltre 90.000 donne soffrono di disturbi depressivi ed ansia nel periodo perinatale (Niolu & Croce Nanni, 2014).

Circa la metà delle depressioni perinatali ha inizio durante il periodo gestazionale con una prevalenza del 13% nel I trimestre, del 2,5-7% nel II e II trimestre (APA, 2014; Palladino, et al., 2011). La DPP, invece, esordisce generalmente tra la 6ª e la 12ª settimana dopo la nascita del figlio.

Caratteristiche cliniche, inquadramento diagnostico.

Le caratteristiche cliniche della DPP non si discostano particolarmente da quelle dell'episodio depressivo maggiore se non per l'esordio che è legato al periodo perinatale (APA, 2014) (*specifier* del Disturbo Depressivo Maggiore nel DSM-5, *ndr*); sono presenti dunque umore deflesso, astenia, apatia, abulia, difficoltà di concentrazione, sentimenti di inadeguatezza e senso di colpa. Sono descritti nel 10-20% dei casi anche sintomi contropolari di marca eccitativa quali euforia, aumento delle attività finalizzate, logorrea che insorgono di solito a ridosso del parto, di intensità e frequenza variabile configurando in alcuni casi dei veri e proprio quadri misti (Niolu & Croce Nanni, 2014). Il contenuto del pensiero è prevalentemente polarizzato su scarsa autostima, dubbi sulla propria capacità genitoriale e, in percentuale minore è presente ideazione suicidaria. Il passaggio all'atto avviene nei casi più gravi (10%) in presenza o meno di deliri o allucinazioni; l'infanticidio è, di solito associato alla presenza di labilità emotiva, aggressività ed allucinazioni uditive (voci imperative) (APA, 2014). La presenza di vissuti di rabbia e paura, che investono le madri affette da PPD, associata a comportamenti ambivalenti, possono determinare una difficoltà ad instaurare una sana comunicazione affettiva con il proprio bambino. Il 67% delle madri depresse riferiscono, infatti, difficoltà di interazione e attaccamento al proprio figlio. L'interscambio è stato riconosciuto come essenziale per un'efficace relazione madre-bambino, capace di prevenire le conseguenze a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Dennis & Chung-Lee, 2006; Patton, et al., 2015).

La DPP va distinta da una reazione piuttosto comune, denominata "*baby blues*" o "*maternity blues*" ("blues" significa malinconia), caratterizzata da labilità emotiva, tristezza, irritabilità, inquietudine e facilità al pianto che raggiunge il picco 3-4 giorni dopo il parto e tende a svanire nel giro di pochi giorni, generalmente entro i primi 10-15 giorni dal parto. La sua insorgenza è dovuta principalmente al drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto (crollo degli estrogeni e del progesterone) e alla spossatezza fisica e mentale dovuta al travaglio e al parto e può verificarsi in oltre il 70% delle madri. La depressione postpartum presenta invece sintomi più intensi e duraturi.

Fattori di rischio

L'identificazione dei fattori di rischio consente una diagnosi precoce ed un trattamento adeguato facilitando una prevenzione primaria e secondaria e migliorando la prognosi più efficace per la salute della madre e del bambino (Dennis & Chung-Lee, 2006). Dall'analisi dei dati presenti in letteratura emergono fattori di rischio a livello biologico[7,8] (presenza di alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e nel rilascio di serotonina secondari alle modifiche dei livelli di estrogeni), psicopatologico (temperamento di base, anamnesi positiva per di-

sturbi dell'umore, familiarità, comorbidità, stile di attaccamento insicuro), sociale (basso reddito, basso livello socioculturale, violenza domestica, scarsità del supporto sociale/familiare, madre single) e legato a complicanze ostetrico-ginecologiche (gravidanza complicata, trauma da parto, allattamento problematico) (Lancaster, et al., 2010; Sahapiro, et al., 2012; Ghaedrahmati, 2017).

Il ruolo cruciale degli estrogeni è stato più volte indagato. Oltre alla funzione riproduttiva, questi ormoni possiedono un potente effetto di neuroregolazione che modula le funzioni cognitive e l'umore, fornendo un contributo sia allo sviluppo che alla vulnerabilità per i disturbi dell'umore. Il recettore β dell'estradiolo è presente, infatti, in maniera significativa in aree cerebrali connesse con la regolazione dell'umore come l'amigdala mediale, l'ippocampo e il sistema limbico, dove regola la trasmissione serotoninergica incrementando il numero dei 5-HT_1 e riducendo quello dei recettori 5-HT_2; regolando l'espressione genetica e modulando il metabolismo, la sintesi e il rilascio di serotonina. Sono state altresì riscontrate alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene più gravi che in analoghi episodi depressivi non insorti durante il puerperio. Negli ultimi anni, l'interesse si è spostato sul ruolo dell'ossitocina nell'insorgenza della PPD. L'ossitocina ("*ormone dell'amore*" o "*ormone della felicità*") è un ormone prodotto dalla neuroipofisi, coinvolto nel travaglio, nell'allattamento, negli aspetti sociali e cognitivi del legame madre-bambino (*matèrnage*), nell'attaccamento e nella regolazione dello stress. Bassi livelli di ossitocina sono stati correlati ad un aumentato rischio di sviluppare un episodio depressivo nel postpartum.

La violenza domestica, psicologica o fisica durante o prima di una gravidanza rappresenta un grave fattore di rischio per la depressione materna. Analogamente uno stile di attaccamento insicuro, l'anamnesi positiva per disturbi dell'umore o disturbi d'ansia, l'abuso di sostanze, l'insonnia costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo di depressione perinatale.

Prevenzione

Le ultime linee guida del National Centre for Health and Clinical Excellence-NICE (2015) raccomandano strategie di screening per la depressione perinatale da effettuare durante la gravidanza, a 4-6 settimane e 3-4 mesi dal parto. Anche L'American Congress of Obstetriscians and Gynecologist (ACOG) e l'Academy Pediatrics americane hanno proposto programmi di screening almeno una volta durante il periodo gestazionale. Le metodiche di screening adeguate includono strumenti di autovalutazione di semplice e somministrazione quali l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, la Beck Depression Inventory e il Patient Health Questionnaire, al fine di identificare precocemente la malattia depressiva per promuovere l'adesione ai controlli ginecologici e prevenire il suicidio e l'infanticidio (Avalos, et al., 2016).

Trattamento

La cura della depressione post-partum prevede un trattamento integrato farmacologico, psicoterapico e di sostegno alla genitorialità. In linea generale tutti i farmaci passano attraverso l'allattamento, per cui le linee guida scoraggiano l'al-

lattamento al seno in una madre che assume psicofarmaci. È opportuno tuttavia individualizzare il trattamento sulla paziente cercando un compromesso quanto più incline alle aspettative oltre che alle esigenze della madre e del bambino (Becker, et al., 2016). Dall'analisi dei dati presenti in letteratura si evince un miglioramento in soggetti trattati con SSRIs, sebbene ulteriori studi siano richiesti per indicare una superiorità rispetto ad altri trattamenti (De Crescenzo, et al., 2014). La psicoterapia si è dimostrata efficace nella remissione clinica e nella prevenzione delle ricadute, soprattutto se coinvolge l'intero nucleo familiare in cui si suggeriscono strategie di adattamento e sostegno reciproco (Avalos, et al., 2016; Becker, et al., 2016). Per quanto riguarda il trattamento di un episodio depressivo durante la gravidanza occorre fare un bilancio rischio-benefici, considerare l'epoca gestazionale e le eventuali conseguenze dell'esposizione del feto ai farmaci (teratogenesi nel primo trimestre, tossicità neonatale ed esposizione a lungo termine) e alla depressione materna (ritardo di crescita intrauterino, parto pretermine, basso peso alla nascita). Nei casi in cui si stabilisca la necessità di un trattamento farmacologico, dovrebbe essere preferita la monoterapia ed usata la dose minima efficace. Tra i farmaci antidepressivi, gli SSRIs sarebbero associati ad un maggior rischio di insorgenza di malformazioni fetali (soprattutto a livello cardiaco: 5-2% di rischio di malformazioni cardiache), sebbene non vi sia ad oggi un'effettiva correlazione tra l'utilizzo di SSRIs e teratogenicità. L'uso di SSRIs è stato, inoltre, associato al riscontro di basso peso alla nascita paragonati a bambini nati da madri non depresse; tali dati, tuttavia, non differivano da madri depresse non trattate farmacologicamente. L'esposizione a lungo termine a SSRIs può determinare complicanze neonatali transitorie quali ittero, sindrome da distress respiratorio, tachipnea, ipoglicemia, ipotonia e letargia; la cui eziopatogenesi non è chiara se attribuibile ad un'intossicazione o un'astinenza da farmaci (Eke, et al., 2016).

CONCLUSIONI

La DPP rappresenta una grave ed insidiosa complicanza e un problema di salute pubblica di notevole importanza, se si considerano la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari, nonché le limitazioni e i costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione del suo funzionamento personale, sociale e lavorativo.

Il crescente interesse della comunità medica e psichiatrica in particolare è importante in termini di prevenzione primaria (suicidio) e secondaria (infanticidio).

Bibliografia

AA.VV., *Manuale Diagnostico e Statistico*, quinta ed. DSM-5, APA 2014.

Avalos LA, Raine-Bennet T., Chen H., et al. *Improved perinatal depression screening, treatment and outcomes with a universal obstetric progra. Obstet Gynecol* 2016; 127: 917-25.

Becker M., Weinberger T., Chandy A., Schmukler S. *Depression during pregnancy and postpartum. Curr Psychiatriy Rep* 2016; 18: 32.

Craig M., Howard L. *Postnatal depression. BMJ Clinical Evidence* 2009; 01: 1407.

De Crescenzo F., Perelli F., Armando M., Vicari S. *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for post-partum depression (PPD): a systematic review of randomized clinical trials. J Affect Disord* 2014; 152: 39-44.

Dennis C.L., Chung-Lee L. *Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative and systematic review. Birth* 2006; 33: 323-31.

Eke AC, Saccone G., Berghella V. *Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and risk of pretem birth: a systematic review and meta-analysis. BJOG* 2016; 123: 1900-1907.

Ghaedrahmati M. *Postpartum depression risk factors: A narrative review.* J Educ Health Promot. 2017; 6: 60.

Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., Yoo H., Marcus S.M., Davis M.M. *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 5-14.

Niolu C., Croce Nanni R. *I Disturbi dell'umore nel ciclo vitale femminile.* In: Balestrieri M., Bellantuono C., Berardi D., et al., *Manuale di Psichiatria*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2014: 384-418.

Palladino C.L., et al. *Homicide and suicide during the perinatal periods: findings from the National Violent Death Reporting System. Obstet Gynecol* 2011; 118: 1056-63.

Patton G.C., et al., *Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. Lancet* 2015; 386: 875-83.

Shapiro G.D., Fraser W.D., Séguin J.R.. *Emerging risk factors for postpartum depression: Serotonin transporter genotype and omega-3 fatty acid status. Can J Psychiatry* 2012; 57: 704-12.

Corrispondenza

Alba Cervone
Psichiatra e Psicoterapeuta,
ASL NA 2 Nord
E-mail: *alba.cervone@gmail.com*

I "SOCIAL NETWORKS": NUOVA SFIDA O NUOVA DIPENDENZA?

Annalisa Colucci

Psicologa, Psicoterapeuta

RIASSUNTO

La realtà dei social networks negli ultimi anni ha assunto nuovi ed arricchenti scenari per conoscere in modo più articolato le problematiche e le complesse dinamiche di vita che circondano le generazioni di preadolescenti ed adolescenti. Questo lavoro è maturato nell'arco di tre anni, interagendo con le scuole del territorio campano (sud Italia), incontrando e dialogando con insegnanti, genitori e alunni, osservando la realtà che li circonda. Il territorio di Napoli e provincia è stato quello in cui si è svolta principalmente l'attività. Si è constatato come le nuove frontiere del linguaggio giovanile trovino la loro massima forma di esposizione nella condivisione, esibizione, "esposizione" mediatica, attraverso il canale della narrazione del proprio vissuto quotidiano "in diretta" (la maggior parte delle volte), ciò spesso comporta un'alta probabilità di incorrere in insidie e pericoli difficilmente gestibili, poiché "figli "di un'epoca in cui esibire è conforme al momento storico. La definizione data dagli esperti è di "NATIVI DIGITALI", gli IMMIGRATI DIGITALI sono gli adulti. Pericoli, insidie e molto altro ancora amplificati attraverso la semplice condivisione dei propri vissuti. Questo lavoro ha beneficiato dell'ausilio di diverse figure professionali, ciò ha fatto in modo che emergessero al meglio alcuni aspetti e contesti difficili. Si distinguono in modo più specifico ed autentico alcune problematiche di questa realtà legata ai social.

Parole-chiave: *Social network, Internet addiction, grooming (adescamento).*

* * *

INTRODUZIONE

In questo lavoro la presentazione di una realtà italiana, attraverso una visione più accurata e completa degli aspetti di vita della maggior parte degli adolescenti di questo territorio, è stato di grande impatto. La raccolta di dati emersi da una larga fetta di territorio ha fatto emergere un interessante coinvolgimento psicofisico ed emotivo per molti alunni, insegnanti e genitori, spesso non consapevoli della gestione corretta collegata ad alcune situazioni. Si è potuto riscontrare che vi è una nuova tipologia di comportamento legato alle addiction, attraverso lo scambio di informazioni nella rete vi è un linguaggio poliedrico, affascinante e contemporaneamente pericoloso, poiché la rete è una risorsa per tutti, ma anche fonte di pericoli ed insidie, trappole da cui è complesso uscirne.

Social network…nuova sfida, nuovo cambiamento….o nuove addiction?

Da qui la nascita di un titolo insolito che lasciasse emergere più aspetti di un unico tema.

Durante questi tre anni di "conoscenza "delle risorse e delle problematiche dei social sul territorio campano attraverso incontri, ma anche convegni e seminari nelle scuole, si è potuto appurare che gli istituti visitati convogliano in una stessa modalità di comportamenti a rischio sia per i ragazzi che per gli adulti, in particolar modo nella comunicazione non sempre comprensibile, poiché non "*alla pari"* tra le diverse generazioni. Nonostante l'incontro tra mondo adulto e mondo giovanile sia di difficile gestione da sempre, le nuove generazioni hanno difficoltà importanti ad interagire e a relazionarsi anche tra loro, in virtù della mancanza in alcuni contesti di "reazioni emozionali" agli eventi. Fino a qualche decennio addietro, i contesti giovanili erano legati ad interazioni con la "familiarità" del proprio contesto, perché ci si comportava secondo esempi di genitori, fratelli, nonni…ecc, ora il vissuto esperenziale è osservato, coltivato, elaborato spesso attraverso social, che funzionano per immagini e non emozioni attraverso il vissuto sensoriale, ma attraverso il visivo e l'uditivo, penalizzando l'olfatto ed il tatto, importanti nella sfera dei sensi, per conoscere emozioni e sensazioni. Gli argomenti toccati maggiormente, le problematicità conformi ed infine l'interfacciarsi con alunni, genitori e docenti ha portato a ripercorrere ed a ribadire con estrema chiarezza alcuni studi a cui fare riferimento.

METODOLOGIA

Presentazione della equipe formata da specialisti delle" rete "(psicologo, forze dell'ordine specializzate in comunicazione (pol postale), con la partecipazione attiva in alcuni contesti di docenti e genitori. Presentazione delle difficoltà e dei pericoli della rete, esposizione conoscitiva della problematicità; **questionario conoscitivo** (domande legate alla competenza, alla esperienza dei social, all'uso se considerato "consapevole e sicuro" con esempi di coetanei coinvolti in attività rischiose per sé stessi ed altri) valutazione del grado di **conoscenza** e **condivisione della rete** da parte dei ragazzi (adolescenti a partire dai 10 ai 18 anni di età); successivamente con la visione di alcuni filmati, si evince l'importanza e l'efficacia dei "neuroni specchio" (mirror neurons), studio di *Gallese, Rizzolati, et al.* (1996) e la loro funzionalità. I *neuroni specchio* sono una classe di neuroni che attivandosi selettivamente sia quando compiamo un'azione sia quando la osserviamo attivano aree che permettono sia all'osservatore che al soggetto osservato di compiere la stessa azione, attivano ciò che avviene nella mente del soggetto. Infatti molti ragazzi raccontano di episodi di "*emulazione",* o "*sindrome della popolarità "*pur di essere parte di un gioco di ruolo che a loro sembra importante; sono emerse varie situazioni di rischio nella rete in cui sono implicati la maggior parte degli adolescenti, proprio perché espongono spesso un loro tratto privato, senza comprendere le reali incognite a cui andranno incontro. La stragrande difficoltà è legata al raffronto con gli adulti ("*immigrati digitali*"), poiché meno esperti dei ragazzi con la tecnologia e meno preparati ai danni "velati" in rete. Ciò amplifica la "dipendenza" dalla rete, creando anche episodi di stress, disagio da "depriva-

zione dalla rete". A conclusione dell'incontro, la restituzione spesso è di grande impatto, poiché vi è una constatazione che la realtà dei social sia di grande impatto, tuttavia sia una probabile arma (bomba), di difficilissima gestione.

Il lavoro di interazione comincia attraverso la condivisione, "focus group" o attraverso racconti in cui i ragazzi lasciano libertà e spazio ai loro pensieri, paure, incertezze e spesso anche alle loro sicurezze rispetto alla conoscenza dei pericoli e alla convinzione che riescano a gestire tutto. Un intervento efficace e sinergico ai fini del lavoro, comprendere le reali difficoltà, ma hanno creato uno spazio comunicativo in cui potersi confrontare.

RISULTATI

La Tabella illustra non solo la crescita rispetto alla domanda, ma anche la richiesta dell'esperienza formativa ed il grande coinvolgimento che ha portato ad un importante successo.

Anno Scolastico 2013/2014	Alunni N 8000	Scuole visitate N 62	Insegnanti 120	Genitori 500
Anno Scolastico 2014/2015	Alunni N 7502	Scuole N 54	Insegnanti N 653	Genitori N 667
Anno Scolastico 2015/2016	Alunni N 30975	Scuole N 228	Insegnanti N 2665	Genitori N 2033

"Internet addiction"

Svegliarsi e come primo pensiero controllare chi è online o se qualcuno ha "postato" o "condiviso" o commentato foto, stati, questa è una forma di Addiction una condizione di dipendenza caratterizzata da pattern di comportamenti "disfunzionali" con un continuo desiderio di controllo contro la propria volontà, con ripercussioni sul piano psicofisico. Addiction ha lo stesso effetto della dipendenza da sostanze. Il cambiamento consiste nel percepire attraverso il cervello, ma anche l'organismo. La **condivisione delle emozioni** attraverso la rete ed in rete comporta non solo un nuovo linguaggio, ma anche una Sfida (challenge) in cui gli adulti *immigrati digitali* non possono accedere, ciò implica molte difficoltà.

Consonanza intenzionale: in ambito fenomenologico è importante la *intersoggettività*; la consonanza è la non alienazione dalle azioni, dalle emozioni o sensazioni che provano gli altri, il mondo degli altri con il nostro. Grazie ai meccanismi di rispecchiamento e simulazione, l'altro è vissuto come "altro sé", questo carattere" speculare" a volte è sinonimo di decodificazione di sentimenti altrui, attraverso i social alcune situazioni problematiche non hanno tale decodifica.

Simulazione incarnata: considerata strategia conoscitiva permette di avere esperienza dell'altro, Gallese parla di *Sistema multiplo conoscitivo.* La comunicazione o la comprensione avviene attraverso la reciprocità delle intenzioni.

Ciò comporta la difficoltà in futuro di doversi continuamente "uniformare" a quello che viene propinato di continuo da social, fonti televisive, ecc. Comportamenti differenti hanno portato alcuni ragazzi ad essere vittime di **cyberbullismo, ed a soffrire di problematiche da stress, ansia o depressione.**

Comportamenti a rischio:

– Disturbi specifici (ossessivo compulsivi);
– Ritmo circadiano compromesso;
– Solipsismo telematico;
– IAD (Internet addiction desorder);
– Difficoltà relazionali;
– Sindrome H (isolamento per navigare);
– Second life (automatismi, deprivazione);
– **Depressione**;
– Relazioni reali, bisogni maggiori
– Bullismo, Cyberbullismo (**Menesini**, ***esclusione sociale intenzionale***).

Feedback di problematicità emerse.

In TUTTE le scuole vi sono stati momenti di forte disagio nel far emergere circostanze, episodi in cui vi fosse un sospetto legato ad una eventualità di rischio per il ragazzo. Quasi tutti sono stati contattati da *Fake* (profili falsi), probabilmente vittime di scherzi tra coetanei…altre volte da adulti intenzionati ad altro. Le probabilità di rischio maggiore emerse sono legate al grooming.

Grooming

Adescamento, fascino dei molteplici personaggi che sono presenti in rete. Tecniche di manipolazione multimediale e psicologica, la vittima subisce il fascino di un personaggio, attraverso la conoscenza in rete e può incorrere a situazioni dannose per sé o per la sua famiglia.

Idealizzazione del personaggio.

6 fasi:
– Selezione della vittima
– Creazione di amicizia
– Creazione della relazione
– Valutazione del rischio
– Esclusività del rapporto
– Relazione fisica / sessualità

UN NUOVO FENOMENO: *THIS CRUSH*

È un social network per farsi insultare. (Instagram)

Nuova moda, nuovo social: permette di postare, anche in forma anonima, messaggi con contenuti prevalentemente ricchi di insulti, violenze e sfera sessuale in forma molto volgare. Il problema emerso è quello del cyberbullismo che

"esploderebbe" ancora di più. Adolescenti che prendono "di mira "altri adolescenti. Luca Pisano, psicologo e psicoterapeuta, supervisore interno dell'osservatorio nazionale, ha segnalato di recente questo social, evidenziando gli aspetti pericolosi, poiché funziona come una vera e propria gogna mediatica; la problematica è che a farne utilizzo maggiore sono i ragazzi di 12 anni circa, cala sempre di più l'età dei ragazzi in rete, senza "tutela". Vi sono stati episodi di diffamazione, i genitori purtroppo non sono informati della rilevante pericolosità.

FENOMENO DEPRESSIVO:

Diversi studi si sono occupati del fenomeno depressivo con **l'abuso dai social**, Instagram sarebbe il peggiore. Una indagine britannica (Royal Society for Pubblic Health), attraverso un campione di giovani (nr 1479) tra i 14 ed i 24 anni, ha studiato come i ragazzi subiscano il fenomeno social e come subiscano rischi per la propria salute mentale. Si passa dalla pro anoressia ai più complessi fenomeni di autolesionismo, fino alla "mediaticità" del suicidio. I fenomeni che colpiscono maggiormente i ragazzi sono:

– Carenza di espressività;
– **Ansia e depressione** (forme di esclusione getta nel panico)
– Disconnessione
– **Rappresentazione poco realistiche del corpo** (second life)
– **Profili famosi o seguiti comportano rischi di DEPRESSIONE**
– **Depersonalizzazione.**

Tuttavia i soggetti a rischio non sempre attraverso il "like" cambiano il loro malessere, il loro stato legato alla malattia.

CONCLUSIONI

Nel corso di questi anni l'esperienza sul campo ha avuto un enorme riscontro con feedback ottimali; in ogni realtà il territorio forma e influenza la crescita dei ragazzi, i social networks sono una grande risorsa, ma anche un grande contenitore di inganni ed anche artefici di "dipendenze" che oramai sono alla pari con le "dipendenze da sostanze stupefacenti." La preoccupante relazione tra social e depressione dovrebbe far riflettere rispetto all'uso "improprio", il fenomeno non riguarda solo gli adolescenti, ma anche una larga fetta di adulti, già affetti da problematiche relazionali, di scarsa autostima e aspetti depressivi.

Ringraziamenti

Un grazie al **P.D Silvestri D.ssa Fabiola**, Dirigente del Compartimento Polizia Postale e delle Comunicazioni "Campania" per la disponibilità e la professionalità con cui ho potuto interfacciare il mio lavoro, un grazie alla signora Rosaria Galbiati per la celerità e la grande efficienza con cui ha accolto le mie richieste, grazie al V.Q.A. dr. Michele Decapola, un grazie particolare all'Ass. C. **Dr. Francesco Gatta** ed all'Ass.C. **Dr. Francesco Giobbe**, nei quali ho riscontrato grande

competenza, efficacia negli interventi, amore e professionalità per il loro immane lavoro e per il loro territorio, e per la sinergia con cui sono state accolte le mie richieste professionali, grazie davvero; un grazie sentito al **Dr. Francesco Franza** per lo scambio e l'aiuto nel preparare il tutto, un ringraziamento al **Dr Giuseppe Tavormina.**

Un grazie ai miei affetti…

Bibliografia

Aboujaoude E., Koran L.M., Gamel N. Large M.D., Serpe R.T. *Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 22,513 adults. CNS Spectr* 2006; 11: 750-5.

Abraham F.D. *Cyborgs, cyberspace, cybersexuality: the evolution of everyday creativity in everday creativity and news views of human nature psychological, social and spiritual perspective* (Ruth Richards, ed.). APA, Washington DC. 2007.

Andreoli V. *La vita digitale*, Rizzoli, Milano, 2007.

AA.VV. *Chattare, scenari di relazione in rete*, Meltemi editore, Roma, 2007.

Arkowitz H., Westra H.A., Miller W.R., Rollnick S. *Il colloquio motivazionale per i trattamenti dei problemi psicologici*, 2010.

Baratta A. *Chat e instant messaging*, Apogeo, Monza, 2006.

Bouna-Pyrrou P., Mühle C., Kornhuber J., Lenz B. *Internet gaming disorder, social network disorder and laterality: handedness relates to pathological use of social networks. J Neural Transm* 2015; 122: 1187-1196.

Cantelmi T. *Tradimenti online*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Cantelmi T., Grifo L.G. *La mente virtuale*, Edizione Sanpaolo, Milano, 2002.

Carli V1, Durkee T., Wasserman D., Hadlaczky G., et al. *The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. Psychopathology* 2013; 46: 1-13.

Ferree M. *Women and the web: cybersex activity and implications, sexual and relationship therapy*. Sexual and Relationship Therapy 2003; 3: 385-393.

Gallese V., Goldman A. *Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading*, Trends Cogn Sci 1998; 2: 493-501.

Gallese V., Migone P., Eagle M.N. *La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. Psicoterapia & Scienze Umane* 2006; 3; 543-580.

Giusti E., Militello F. *Neuroni specchio e psicoterapia*, Sovera, 2001.

Giusti E., Iacono M. *Abusi e maltrattamenti*, Sovera, 2010.

Lewis B. *Raising Children in a Digital Age*, Lion Hudson plc, Oxford, England, 2014.

Padrini P. *Chat luogo e tempo della comunicazione e dell'incontro*, Effatà Editrice, Cantalupa, Torino, 2006.

Suler J. *Cyberspace as psychological space* (online). http://users.rider.edu/~suler/psycyber/decade.html, 1999.

Wallance P. *La psicologia di internet*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Windley P.J. (2006). *Identità digitali*, Tecniche Nuove, Milano.

Corrispondenza

Annalisa Colucci
Psicologa, psicoterapeuta
E-mail:

LA DEPRESSIONE POST PARTUM: APPROCCIO E GESTIONE DELLA FASE ACUTA

Serena De Guglielmo

Psicologa, psicoterapeuta

RIASSUNTO

La gravidanza e il parto sono di per sé eventi stressanti per la vita di una donna e la presenza di ulteriori fattori negativi portano la donna a "cedere" dal punto di vista psicologico, sfociando in una depressione post partum. La depressione post partum è una vera e propria condizione patologica che, secondo la letteratura, colpisce nei paesi occidentali il 10-15% delle donne. Nella depressione puerperale si possono manifestare: l'incapacità di prendersi cura del figlio, la paura e l'insicurezza dovuta alla "fragilità" del bambino, sentimenti ambivalenti o negativi e la paura di nuocere al neonato. La sintomatologia della depressione post partum compromette la salute della donna e la sua relazione con il bambino. La valutazione iniziale per identificare se la donna è a rischio, comprende una dettagliata anamnesi, seguita da un esame fisico ed esami di laboratorio routinari. I sintomi più frequenti sono: instabilità o sbalzi emotivi, facilità al pianto, mancanza di energie, senso di inadeguatezza e pensieri pessimistici, dubbi e timori circa le capacità di prendersi cura del bambino, sentimenti ambivalenti verso il bambino, senso di colpa, ansia, sentirsi prive di valore, disturbi del sonno e dell'alimentazione, paura dei contatti esterni e chiusura, perdita di interesse sessuale, pensieri frequenti sulla morte e a volte sul suicidio. Gli effetti della depressione post partum si rivelano molteplici, coinvolgendo non solo la donna, ma anche tutto il nucleo familiare. Il trattamento è guidato dalla gravità della sintomatologia, dalle risposte a precedenti interventi, dalle preferenze e dal metodo di allattamento scelto dall'utente. Con l'appropriato trattamento molte depressioni puerperali guariscono entro un anno, ma il ritardo della diagnosi, il più delle volte comporta sintomi più duraturi e resistenti agli interventi messi in atto. Gli interventi psicologici più utilizzati nel trattamento della depressione post partum sono la psicoterapia cognitivo comportamentale (CBT) e la psicoterapia interpersonale (IPT).

Parole-chiave: *depressione post-partum, psicoterapia cognitivo comportamentale, eziologia multifattoriale.*

* * *

"La gravidanza e il puerperio
sono gli eventi più complessi dell'esperienza umana"
(Ian Brockinton, 2015).

INTRODUZIONE

La nascita di un figlio è in genere un evento lieto che procura gioia, eppure per alcune madri dopo il parto scatta un senso di malessere, definito "Depres-

sione Post-Partum". Si tratta in alcuni casi di lievi disturbi transitori che scompaiono dopo poche settimane ma, in altri casi, si configurano quadri clinici di una certa gravità che possono durare vari mesi, caratterizzati da sentimenti di odio verso se stesse e verso il bambino. Nei primi giorni di vita del piccolo, il mondo emotivo della madre ha un improvviso viraggio: la donna si sente prostrata da un insieme di responsabilità riguardanti l'accudimento del figlio – come ad esempio il bagnetto, il cambio del pannolino e l'allattamento – che l'investiranno dopo il ritorno a casa. E poiché familiari ed amici danno per scontato che la nascita di un figlio sia un evento che porta solo gioia, la madre cerca di dissimularequeste preoccupazioni, anche se sente crescere dentro di sé un'inspiegabile sfiducia per il futuro.La depressione post partum viene indicata come un problema di sanità pubblica, a causa della sua alta incidenza e delle conseguenze sul benessere della donna e sulla qualità della relazione madre-bambino.

La depressione è una malattia molto comune nelle donne in età fertile e rappresenta una delle principali complicanze durante la gravidanza e il maggiore fattore di rischio per la depressione post partum. La depressione post partum è una vera e propria condizione patologica che, secondo la letteratura, colpisce nei paesi occidentali il 10-15% delle donne (Società italiana di Ginecologia e Ostetricia: SIGO, 2008).Nella depressione puerperale si possono manifestare: l'incapacità di prendersi cura del figlio, la paura e l'insicurezza dovuta alla"fragilità" del bambino, sentimenti ambivalentio negativi e la paura di nuocere al neonato. Se le difficoltà della madre non vengono riconosciute e la donna non è supportata, porteranno ad una permanenza del disturbo sino a 6 mesi o più. È opportuno quindi che la neomamma sia seguita dai familiari, dal personale sanitario e dal medico, in quanto i mesi dopo il parto sono molto delicati sia per lei che per il suo bambino, come ha sottolineato anche lo psicologo britannico J. Bowlby (1907-1990) nei suoi studi sull'attaccamento. Bowlbyha compiuto diverse ricerche riguardanti la relazione madre-bambino, evidenziando la necessità di una madre che sorrida, parli, accarezzi e soprattuttosia in gradodi trasmettere serenità al proprio bambino.

La depressione post partum, nonostante la gravità e il tasso di incidenza, rimane un fenomeno sottodiagnosticato poiché solo il 49% delle donne in gravidanza con sintomi depressivi è consapevole del disagio e richiede l'intervento medico, mentre il restante 51% dei casi sottovaluta il disturbo. La SIGO, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, ha riconosciuto come necessaria una corretta informazione al momento delle dimissioni ospedaliere da parte del personale medico, ostetrico ed infermieristico del Dipartimento Materno Infantile, così da prevenire seri danni, ma questo non avviene quasi mai perché non si percepisce l'importanza del problema prima che questo si manifesti.

SINTOMI DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

La sintomatologia della depressione post partum compromette la salute della donna e la sua relazione con il bambino. La valutazione iniziale per identificare se la donna è a rischio, comprende una dettagliata anamnesi, seguita da un esame fisico ed esami di laboratorio routinari. I sintomi più frequenti sono: insta-

bilità o sbalzi emotivi, facilità al pianto, mancanza di energie, senso di inadeguatezza e pensieri pessimistici, dubbi e timori circa le capacità di prendersi cura del bambino, sentimenti ambivalenti verso il bambino, senso di colpa, ansia, sentirsi prive di valore, disturbi del sonno e dell'alimentazione, paura dei contatti esterni e chiusura, perdita di interesse sessuale, pensieri frequenti sulla morte e a volte sul suicidio (SIGO, 2008). Oltre a questi sintomi, si manifestano dei disturbi anche nella relazione madre-bambino. Questi disturbi si riscontrano nel 10-25% delle madri e determinano delle difficoltà quali: avvertire il bambino come un peso, non riuscire a provare emozioni nei confronti del bambino, avere dei pensieri di avversione verso il bambino e la paura di restare sole con lui, pensare di essere madri e mogli incapaci, non riuscire a concentrarsi nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con l'interazione madre-bambino (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna: ONDA, 2005). In casi molto rari, soprattutto quando la donna ha già sofferto o ha una predisposizione allo sviluppo di depressione bipolare o mista, è possibile che la depressione post partum sia accompagnata anche da sintomi di tipo psicotico come: confusione e disorientamento, allucinazioni, paranoie, comportamenti che possono mettere a rischio la salute propria o del bambino. Queste situazioni sono le più critiche e vanno monitorate molto attentamente da uno specialista, esperto nel trattamento della depressione post partum. Talvolta, possono richiedere il ricovero della mamma o l'allontanamento temporaneo del bambino, finché la situazione non migliora (ONDA, 2005).

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (ONDA) ha individuato che le cause della depressione post partum sono molteplici e coinvolgono:

– Fattori ormonali: dopo la nascita del bambino, una brusca caduta dei livelli ormonali (estrogeni, progesterone e cortisolo) può contribuire alla depressione post partum. Altri ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea possono diminuire drasticamente, lasciando una sensazione di stanchezza, pigrizia e depressione;

– Fattori fisici: stanchezza indotta dai ritmi imposti dal bambino; la fatica del post partum diventa un potente induttore di stress, che a sua volta agisce sul sistema immunitario materno riducendo le capacità di difesa e di reazione, tanto da rendere la donna più vulnerabile alla depressione; le alterazioni del sonno che possono slatentizzare un episodio depressivo;

– Fattori psicologici: una personalità caratterizzata da bassa autostima o tendente al perfezionismo.

– Fattori sociali: la giovane età, l'inesperienza, la scarsità di aiuto e sostegno sia da parte dei familiari che del partner, basso status economico.

– Fattori cognitivi: nutrire aspettative irrealistiche sull'essere madre o sul bambino.In letteratura esistono numerose ricerche sull'eziologia del problema, che hanno studiato la correlazione tra l'incidenza della depressione post partum e caratteristiche sociali, psicologiche e fisiche della donna. Due meta-analisi approfondite condotte su 70 studi e valutando oltre 12000 pazienti, hanno permesso di stratificare i fattori di rischio in diversi livelli di impatto sulla base del coefficiente di Cohen (Cohen LS, 1988), che fornisce una misura della forza di associazione tra depressione e fattori di rischio, che possono essere distinti in tre gruppi: fattori di rischio da forti a moderati, fattori di rischio moderati e fattori di rischio deboli.

FATTORI DI RISCHIO DA FORTI A MODERATI

Molti studi sono d'accordo sul fatto che la presenza di ansia, stress e depressione in gravidanza sono i fattori maggiormente incisivi sulla comparsa della depressione post partum. L'aver sofferto di depressione o di ansia in gravidanza è uno dei fattori maggiormente correlati all'insorgenza di depressione postnatale. O'Hara and Swain (2004) attraverso una meta-analisi hanno valutato 14 studi con oltre 3000 pazienti che avevano avuto una precedente storia di disturbi psichiatrici o depressione post partum. Da questa ricerca è emerso che queste donne avevano un maggior rischio di sviluppare depressione post partum e che questo fattore aveva un impatto da alto a moderato sull'insorgenza della patologia. La depressione prenatale è considerata il principale fattore di rischio per lo sviluppo di depressione post partum, così pure l'ansia prenatale. Un altro fattore importante è la presenza di disturbi psichiatrici precedenti alla gravidanza. Infatti la presenza di famigliarità predispone al lo sviluppo della patologia in questione. O'Hara and Swain (2004) hanno esaminato circa 900 pazienti che avevano partecipato a 6 diversi studi, concludendo che non vi fosse un'associazione significativa tra una storia psichiatrica familiare positiva e lo sviluppo di una depressione post partum.

Tuttavia Johnstone et al. hanno individuato un lieve aumento del rischio di sviluppare la patologia depressiva in un campione di 490 donne con anamnesi familiare psichiatrica positiva. La difficoltà rispetto a questo fattore di rischio è di riuscirlo ad indagare correttamente, poiché spesso le donne intervistate in gravidanza non hanno consapevolezza o conoscenza dei parenti con problemi di salute mentale. Anche la relazione tra eventi di vita e insorgenza di depressione post partum riveste un ruolo importante; infatti esperienze come la morte del coniuge, la fine del un rapporto con il partner, la perdita del lavoro o il trasloco, sono eventi stressanti che rappresentano dei fattori scatenanti della depressione post partum. La gravidanza e il parto sono di per sé eventi stressanti per la vita di una donna e la presenza di ulteriori fattori negativi portano la donna a "cedere" dal punto di vista psicologico, sfociando in una depressione post partum. Milgrom, et al. (2008) utilizzando uno studio retrospettivo, hanno scoperto che eventi di vita negativi nel passato o in tempi recenti come: aborti o morte del figlio alla nascita, problemi di salute del neonato o di un membro della famiglia, problemi lavorativi, sono stati associati ad una maggiore probabilità di diagnosi clinica di depressione. Assume molta importanza il sostegno sociale.

È stato ipotizzato infatti che la percezione di un sostegno sociale attraverso parenti e amici durante i periodi di stress possa essere un fattore protettivo contro l'insorgenza di depressione (Milgrom, et al.,2008). Donne con inadeguato supporto sociale e familiare, difficoltà coniugali, insoddisfazione o recenti eventi di vita avversi, sono più soggette a sviluppare una depressione post partum. Il sostegno sociale può essere apportato dal coniuge, dai parenti, dagli amici o da persone in qualche modo collegate alla donna. Studi recenti hanno dimostrato che l'isolamento sociale percepito o la mancanza di supporto sociale è un forte fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi nel post partum. Acquista valore il sostegno informativo, ad esempio quello ricevuto dal personale specializ-

zato nei corsi pre-parto o nelle visite di routine, che può rivestire un ruolo protettivo rispetto al disturbo. Diversi ricercatori hanno individuato consistenti differenze tra la percezione di sostegno da parte della donna e il sostegno realmente ricevuto. Le donne con la tendenza a sviluppare sintomi depressivi, infatti, tendono a valutare tutto in modo negativo, di conseguenza anche un buon supporto da parte del partner o di una rete affettiva, può essere percepito come scarso o poco utile.

FATTORI DI RISCHIO MODERATI

I fattori di rischio che hanno una moderata incidenza sulla depressione post partum sono: la personalità e la relazione col partner. Le donne che in gravidanza sono state classificate come nervose, timide, preoccupate, o donne con uno stile di attribuzione negativo (pessimiste, arrabbiate, con tendenza a pensieri ruminanti) sarebbero più predisposte allo sviluppo della depressione post partum. Un aumento del rischio di depressione post partum si manifesta nelle donne che soffrono di problemi coniugali durante la gravidanza. A volte, il diventare genitori può mettere in discussione l'organizzazione dell'intero sistema famigliare. Generalmente la madre assume il ruolo di accudimento del bambino e della casa, mentre il padre gestisce gli aspetti lavorativi. Inoltre, la cura del bambino prende tempo alla vita di coppia. Questi cambiamenti di ruolo a volte vengono accettati e in altri casi no, comportando conflittualità nella coppia.

FATTORI DI RISCHIO BASSI

La disoccupazione, un basso reddito ed un basso livello culturale sono da sempre considerati fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi mentali, ed in particolare per la depressione (WHO, 2001). Il basso reddito, la presenza di problemi finanziari, lo stato lavorativo del partner, lo stato socio economico meno elevato avrebbero una relazione significativa con la depressione post partum e questi aspetti si manterrebbero costanti anche in paesi e culture diverse. Complicazioni nella gravidanza come: minaccia d'aborto, preeclampsia, travaglio precoce o parto cesareo, sarebbero considerati fattori di rischio di lieve entità per l'insorgenza della malattia depressiva.

CRITERI DIAGNOSTICI PER INDIVIDUARE LA DEPRESSIONE POST PARTUM

La depressione post partum può essere diagnosticata utilizzando il manuale diagnostico dei disturbi mentali: DSM-V (American Psychiatric Association 2013). Per gli scopi diagnostici viene raccomandato di seguire le indicazioni contenute in questo manuale e di tenere a mente che nell'esperienza pre e postnatale ci sono cambiamenti normali nel funzionamento psicologico della donna, quali: disturbi del sonno, stanchezza, perdita d'interesse e piacere per le cose, pensieri ansiosi circa il bambino, che non devono portare ad alcuna diagnosi. Secondo il

DSM-5 per fare diagnosi di depressione il paziente deve presentare almeno 5 o più sintomi, tratti da un determinato elenco, per un periodo di almeno due settimane. Nei cinque o più sintomi devono inoltre comparire "umore depresso" o "perdita di interesse o piacere". I sintomi elencati nel DSM-5 comprendono: umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno; marcata diminuzione di interesse o piacere (anedonia) per tutte, o quasi tutte le attività, per la maggior parte del giorno; perdita di peso significativa in assenza di diete o aumento di peso (ad esempio può essere significativa una variazione del peso corporeo superiore al 5% nell'arco di un mese), o riduzione/aumento dell'appetito quasi ogni giorno; insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno; agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno; fatigue o mancanza di energia quasi ogni giorno; perdita di energia; sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno; ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione quasi ogni giorno; pensiero ricorrente di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o tentato suicido, piano specifico per suicidarsi (APA, 2013).

CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

La depressione post partum è un disturbo psicologico ad eziologia multifattoriale, che include il contributo di variabili biologiche, ambientali e psicosociali. Pertanto anche gli effetti della depressione post partum si rivelano molteplici, coinvolgendo non solo la donna, ma anche tutto il nucleo famigliare.

EFFETTI SULLA DONNA

La depressione produce nelle madri una limitazione nell'espressione dell'affettività e la tendenza ad interpretare negativamente il comportamento del bambino: si sentono infastidite, poco responsive, hanno difficoltà ad interpretare le richieste, non riescono a soddisfare le esigenze primarie. La depressione interferisce in modo significativo sulle funzioni e sull'accudimento genitoriale; tale disagio crea una ridotta responsività sui segnali del bambino e quindi la compromissione di un modello di attaccamento sicuro. Soffrire di un disordine mentale tende ad isolare la donna dai suoi rapporti sociali, creandole disagio. Quando la depressione si instaura nel pre e post partum questa si somma al disturbo iniziale, aggravando la patologia e quindi si hanno nuovi sintomi, quali: la preoccupazione di non riuscire a svolgere nelle modalità necessarie il ruolo di madre, nel prendersi cura di sè stesse durante la gravidanza e successivamente del neonato.

EFFETTI SUL BAMBINO

Molti studi negli ultimi anni hanno evidenziato come la depressione materna abbia influenze negative sullo sviluppo del bambino e come su di esso si possano verificare disturbi di tipo comportamentale, cognitivo ed emotivo. I bambini delle madri affette da depressione manifestano con maggiore probabi-

lità problemi comportamentali, ritardi nello sviluppo cognitivo, disregolazione emotiva e sociale, insorgenza precoce della malattia depressiva, problemi di sonno e allattamento, manifestazioni di evitamento (distoglimento dello sguardo, allontanamento del corpo), regolazione affettiva deficitaria, disturbi dell'alimentazione e della crescita. Diversi studi mostrano anche che l'umore depresso fa si che i bambini siano meno stimolati dalla voce delle madri e quindi tendono ad avere meno interesse nei loro confronti. Questo problema spesso continua anche dopo la guarigione dalla depressione. L'inadeguata interazione madre-figlio può ripercuotersi negativamente a livello della morfologia e fisiologia cerebrali, della reattività allo stress, delle abilità sociali, emotive e cognitive, riscontrabili fino all'età puberale e persino adulta.

EFFETTI SUL SISTEMA FAMILIARE

Alcuni studi dimostrano come le difficoltà della madre si riversano sulla relazione di coppia, con aumento dei disturbi dell'umore anche nel partner della donna con depressione postpartum. Spesso le donne depresse valutano come più carente la relazione con il partner, intesa nelle dimensioni dell'accordo, della soddisfazione e del sostegno reciproco. Talvolta l'irritabilità e l'ostilità correlate all'umore depresso si estendono al compagno ed a eventuali altri figli; ciò si ripercuote in modo più o meno marcato sul comportamento e sullo sviluppo dei bambini, sul clima familiare e sulla tenuta della relazione di coppia.

TRATTAMENTO

Il trattamento è guidato dalla gravità della sintomatologia, dalle risposte a precedenti interventi, dalle preferenze e dal metodo di allattamento scelto dall'utente. Con l'appropriato trattamento molte depressioni puerperali guariscono entro un anno, ma il ritardo della diagnosi, il più delle volte comporta sintomi più duraturi e resistenti agli interventi messi in atto.

INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICOSOCIALI

Molti studi considerano questi interventi come la prima scelta nel trattamento della depressione puerperale da mite a moderata, riservando la farmacoterapia alle depressioni più gravi che non rispondono alla consulenza psicologica. Gli interventi psicoterapeutici sono generalmente preferiti dalle donne perché molte di esse sono preoccupate dei possibili effetti collaterali dei farmaci, della loro dipendenza e dal loro passaggio nel latte materno. Questi interventi psicologici e psicosociali sono volti alla conoscenza della diagnosi e della depressione per permettere alla paziente di acquisire un automonitoraggio dei sintomi, una consapevolezza della malattia e una maggior adesione alla cura. La durata dell'intervento di psicoterapia per le depressioni da lievi a moderate dovrebbe essere di circa dieci-dodici settimane. Gli interventi psicologici più utilizzati nel trattamento della depressione post partum sono: la psicoterapia cognitivo com-

portamentale (CBT) e la psicoterapia interpersonale (IPT). La psicoterapia cognitivo comportamentale (CBT) prevede interventi di tipo individuale o di gruppo allo scopo di insegnare un modo alternativo di pensare e di agire. Lo scopo è quello di identificare i pensieri disfunzionali e le emozioni conseguenti ad essi, con l'obbiettivo di introdurre pensieri alternativi che modifichino lo stato emotivo e i comportamenti della paziente. La CBT si concentra sull'identificazione delle percezioni distorte che i pazienti possono avere del mondo e di se stessi, sulla modifica di queste percezioni, e sulla scoperta di nuovi modelli di azioni e comportamenti. Queste percezioni, note come schemi, sono presupposti negativi sviluppati durante l'infanzia che possono precipitare nella depressione. La CBT funziona sul principio che tali schemi possono essere riconosciuti e modificati, cambiando così la risposta al problema ed eliminando la depressione. In primo luogo, il paziente impara a riconoscere le reazioni depressive e i pensieri che si verificano, di solito tenendo un diario giornaliero su cui annotare i sentimenti, e le reazioni a eventi quotidiani; vengono spesso assegnati dei compiti al paziente, per mettere alla prova i vecchi presupposti negativi contro la realtà e si richiedono risposte diverse; il paziente e il terapeuta esaminano queste reazioni radicate e i pensieri; quando il paziente comincia a capire la falsità dei presupposti di fondo che causano la depressione, si possono cominciare a sostituire i nuovi modi per affrontare le cose. Nel corso del tempo, tali esercizi possono contribuire a creare fiducia e, infine, alterare il comportamento. La CBT è un trattamento limitato nel tempo, di solito della durata di 12-14 settimane. In uno studio di confronto fra terapia farmacologica e CBT è emerso che i pazienti in terapia CBT avevano la stessa diminuzione dei sintomi depressivi dei soggetti in terapia con i farmaci.

La psicoterapia interpersonale (IPT) è una terapia breve, focalizzata sui sintomi della paziente, sui rapporti interpersonali e sugli eventi della vita. Il suo obiettivo è quello di risolvere i conflitti interpersonali attuali, migliorando le relazioni sociali e la rete di supporto, riducendo i sintomi depressivi. Altri importanti interventi, utili nella diminuzione della sintomatologia depressiva sono i gruppi di muto aiuto (anche online), il massaggio infantile, il ristabilimento di un modello di riposo adeguato, la terapia di coppia, e le terapie incentrate sulla relazione madre-bambino.

INTERVENTI FARMACOLOGICI

La farmacoterapia viene utilizzata nelle depressioni puerperali gravi, qualora i sintomi persistano nonostante l'attuazione di interventi psicologici e psicoterapeutici e quando la sintomatologia interferisce con la normale attività di vita quotidiana e di cura del neonato. Il trattamento deve durare per almeno sei mesi per evitare possibili ricadute e la sospensione deve essere graduale. Prima di cominciare il trattamento la madre e i familiari devono essere adeguatamente informati circa i rischi/benefici di tale pratica e deve essere tenuta in considerazione la volontà della madre di continuare ad allattare al seno. Gli antidepressivi passano nel latte materno, in quantità che differiscono da farmaco a farmaco. La quantità che vi passa dipende da vari fattori tra i quali: la dose del farmaco, la via

di somministrazione, la durata dell'attività del farmaco e lo stato di salute e l'età del neonato. Le madri che assumono antidepressivi vengono monitorate, così come i loro bambini peridentificare possibili effetti collaterali, quali: irritabilità, diminuzione dell'appetito, diminuzione del peso e sonnolenza.

Bibliografia

Aceti F., Aveni F., Baglioni V., Carluccio G., Colosimo D., Giacchetti N., et al. *Depressione perinatale e nel postpartum: Tra attaccamento e personalità*, 2012.

Agostini F., Monti F., Marano G. & Baiamonte C. *Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi: Differenze di genere. Psychofenia: Ricerca Ed Analisi Psicologica* 2004; 89-104.

Ammaniti M., Cimino S., Trentini C. *Quando le madri non sono felici.* Roma, 2007.

Bobo W.V. & Yawn B.P. 2014, *Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression, Mayo Clinic proceedings* 2014; 6: 835-844.

Bowlby J. *Loss: Sadness and depression.* Random House, 1998.

Brand S.R., Brennan P.A. *Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? Clinical Obstetrics and Gynecology* 2009; 52:, 441-455.

Cabrera G. & Schub T. *Postpartum Depression.* Cinahl Information Systems, 2015.

Camp J.M. *Postpartum Depression: Teaching and Supporting the Family. International Journal of Childbirth Education* 2013; 4,28: 45-49.

DSM-5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Arlington: American Psychiatric Publishing, 203.

Forman E.M., Herbert J.D., Moitra E., Yeomans P.D., Geller P.A. *A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behavior Modification* 2007; 31: 772-799.

Gaffney K.F., Kitsantas P., Brito A., Swamidoss C.S. *Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. Journal of Pediatric Health Care* 2014; 28: 43-50.

Gjerdingen D., McGovern P., Attanasio L., Johnson P.J., Kozhimannil K.B. *Maternal depressive symptoms, employment, and social support.* Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM 2014; 27: 87-96.

Johnstone S.J., Boyce P.M., Hickey A.R., Morris-Yates A.D., Harris M.G. *Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 69-74.

Kumar R., Robson K.M.. *A prospective study of emotional disorders in childbearing women.* The British Journal of Psychiatry: *The Journal of Mental Science* 2002; 144: 35-47.

Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., Yoo H., Marcus S.M., Davis M.M. *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010; 202: 5-14.

Lovestone S., Kumar R. *Postnatal psychiatric illness: The impact on partners.* The British Journal of Psychiatry: The *Journal of Mental Science* 2007; 163: 210-216.

Mencacci C., Anniverno R. (2010). *La depressione post partum in Italia: fotografia del problema. Manuale italiano di Ostetricia e Ginecologia* 2010; *9:* 35-52.

Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., et al. *Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. Journal of Affective Disorders* 2008, 108(1), 147-157.

Misri S., Kostaras X, Fox D; Kostaras D. *The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. Canadian journal of psychiatry. Revuecanadienne de psychiatrie* 2000; 6: 554-558.

O'hara M.W., Swain A.M. *Rates and risk of postpartum depression-a metaanalysis.* International Review of Psychiatry 2004; 8: 37-54.

World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF.World Health Organization, 2001.

Corrispondenza

Serena De Guglielmo
Psicologa - Psicoterapeuta
E-mail: *serena8502@libero.it*

LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE DEPRESSO: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Pasquale De Venezia

Infermiere professionale

RIASSUNTO

Lo svolgimento della ventennale attività infermieristica presso un reparto di psichiatria di una casa di cura ha permesso di affrontare diverse situazioni di emergenza e di gestione della routine assistenziale. Al di là della formazione e delle informazioni ottenute durante il percorso formativo universitario e di aggiornamento, numerosi pensieri e un'analisi delle problematiche assistenziali hanno determinato l'acquisizione di modalità di affrontare pazienti affetti da depressione, che risentono del proprio bagaglio emotivo, esperenziale e individuale.

Parole-chiave: *depressione, infermiere, tristezza.*

* * *

INTRODUZIONE

Una delle principali problematiche che l'infermiere affronta quando si trova di fronte al paziente depresso è la differenziazione tra la comune esperienza di tristezza e l'umore depresso indicante un disturbo depressivo conclamato. È, infatti, idea comune e diffusa quella di pensare che la tristezza possa essere sinonimo di depressione. La tristezza presenta caratteristiche che ogni persona ha sperimentato nel corso della propria vita, aspetti che ogni individuo può conoscere, capire e comprendere. La depressione, invece, nella quotidianità annulla l'individuo e spesso genera vergogna in chi ne soffre e in chi si trova vicino a persona depressa. Uno dei compiti dell'infermiere professionale è quello di aiutare il paziente depresso e i propri familiari a superare lo stigma, questa vergogna, che impedisce la richiesta di aiuto, portandoli alla ghettizzazione sociale, lavorativa e familiare. Chiunque persona ha vissuto nel corso della propria esistenza un periodo caratterizzato da tristezza; riuscire a capire la differenza tra tristezza e depressione è un compito in cui l'infermerei può aiutare a individuare, diagnosticare e, quindi, a curare. Il tema dell'intervento è quello di parlare della depressione dal punto di vista infermieristico, prendendo come spunto un caso clinico di un paziente depresso.

L'ESPERIENZA E LA GESTIONE DELLA DEPRESSIONE

La capacità di lavorare produttivamente è un fattore fondamentale per il benessere individuale. Una componente chiave della definizione di benessere ela-

borata dall'organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) è l'importanza della capacità di partecipare attivamente nella vita comunitaria, e non soltanto della tradizionale definizione di "assenza di malattia". Tutte le figure professionali che assistono persone affette da disturbi psichiatrici durante lo svolgimento del proprio lavoro ingaggiano la propria esperienza emotiva di empatia, di sofferenza e di fatica. Nell'ambito della propria attività professione l'infermiere deve confrontare il proprio benessere personale con il personale del suo assistito. In particolare, il paziente depresso pone all'infermiere delle sfide e un agire professionale in cui diventa essenziale mantenere o cerca un equilibrio orientato al benessere innanzitutto del paziente ma anche dell'operatore professionale.

La depressione è una condizione morbosa mondiale che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 2020 sarà la seconda causa di malattia dopo le malattie cardiovascolari (WHO, 2007). Numerose ricerche scientifiche suggeriscono che un precoce intervento di screening, attraverso l'individuazione dei primi segnali di malattia, l'utilizzo di farmaci antidepressivi e di un supporto psicoterapeutico possa migliorare il decorso della depressione (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2004). Tuttavia, la valutazione e il trattamento della depressione da parte di operatori sanitari non specialisti non è sempre considerato nelle linee guida attuali probabilmente per la bassa motivazione o la inadeguatezza dei percorsi educativi e di aggiornamento professionale.

La conoscenza del problema diventa il primo e fondamentale passo per la gestione del paziente depresso. È comune per chiunque aver provato una esperienza di umore ridotto ma per la maggior parte delle persone ciò rappresenta una reazione normale di perdita che può influenzare negativamente vari aspetti della vita quotidiana. Il raggiungimento della diagnosi di depressione richiede grandi capacità e un acume clinico per il processo valutativo e successivamente della valutazione del programma terapeutico e la valutazione degli esiti. In questo ambito la figura professionale infermieristica può assumere un ruolo fondamentale. Per ovviare alle carenze suddette e per favorire l'intervento infermieristico nella gestione del paziente depresso sono state programmate diverse iniziative di politiche sanitarie in diverse nazioni. Sono stati istituite delle comunità, ad esempio il *Specialist Community Public Health Nurses*, il cui ruolo è quello di contribuire alla promozione della salute mentale al fine di ridurre le inefficienze e le lacune assistenziali. Il miglioramento del livello di integrazione tra i medici e gli infermieri rappresenta un elemento essenziale nell'ottimizzazione della gestione della depressione in setting infermieristici. Con un collaborativo lavoro sul paziente tra caregivers, formatori, familiari, infermieri e medici può determinare un approccio olistico di cura basato sulle evidenze.

CASO CLINICO

A questo proposito vorrei condividere un caso clinico che mi ha visto coinvolto in quanto infermiere. Qualche anno fa, un ragazzo di circa 27 anni, venne ricoverato in una struttura neuropsichiatrica dove lavoro con una diagnosi di disturbo depressivo. Questo ragazzo trascorse i primi tre giorni nel completo silenzio, chiuso nella sua stanza, senza mangiare e senza permettere a nessuno di av-

vicinarlo anche solo per curare la sua igiene personale. Una mattina, però, contrariamente alle altre mattine, entrai nella sua stanza cantando la canzone di Battiato: "*E gira tutto intorno alla stanza …*" e, inaspettatamente, il giovane paziente si rivolse a me dicendo: "*Per favore stai zitto?*". Mai parole, per me, furono più gradite!

Da quel momento, sia perché realmente non voleva più sentirmi cantare, sia perché aveva capito e apprezzato il mio cercare di stargli vicino, fece ogni giorno un passo in avanti, riprendendo a socializzare, a mangiare, ecc. Tutto questo per condividere la mia esperienza in un paziente depresso, in cui piccoli gesti, piccole attenzioni, unitamente ad una terapia farmacologica e psicoterapeutica possono migliorare la loro sofferenza.

Aggiungo un'ultima cosa e poi chiudo il mio breve intervento: mai dire ad un paziente depresso "*datti da fare*"; si rischia di sortire l'effetto contrario, mentre è anche compito nostro, degli infermieri, riuscire a trovare la frase e le modalità giuste di supporto ad una persona depressa.

Corrispondenza

Pasquale De Venezia
Infermiere professionale
Casa di Cura Villa dei Pini, Avellino
E-mail: *rosydellasala@gmail.com*

LA STADIAZIONE CLINICA NEL DISTURBO BIPOLARE?

Gianfranco Del Buono

Dirigente medico della Struttura Aziendale di Psichiatria
AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno

Parole-chiave: *Disturbo bipolare, stadiazione clinica, neuroprogressione, trattamento appropriato allo stadio, risposta ai farmaci.*

* * *

INTRODUZIONE

Gli attuali approcci nosografici ai disturbi mentali enfatizzano la sintomatologia trasversale senza considerare il contesto, i fattori di rischio rilevanti, e trascurando ciò che si sa della storia naturale della malattia. La stadiazione clinica può essere un utile strumento concettuale per raffinare la conoscenza dei fenotipi di malattia secondo le varie fasi dello sviluppo del disturbo. La stadiazione clinica (in inglese: staging) è un concetto che ha avuto successo nella medicina generale, ed è largamente applicato in oncologia e in cardiologia. Infatti in oncologia è abbastanza diffuso il sistema di classificazione TNM, introdotto per la prima volta nel 1946, da Pierre Denoix, che distingue la estensione della invasione locale, il coinvolgimento linfatico, la presenza di metastasi a distanza. In cardiologia ricordiamo il sistema di classificazione delle cardiopatie del NYHA (New York Hearth Association), che va dalla classe I alla classe IV; così come in neurologia ricordiamo "la stadiazione" delle demenze in tre fasi.

Il termine stadiazione vuole definire la progressione della malattia ad un particolare momento del decorso, indicando la condizione in cui si trova la persona lungo il continuum temporale della malattia, differenziando i fenomeni clinici precoci e più lievi da quelli che si manifestano negli stadi più tardivi.

L'importanza della stadiazione clinica risiede nella possibilità di raffinare quanto più possibile la diagnosi, definire meglio la prognosi per quella persona, e nella scelta del trattamento più efficace rispetto allo stadio (Berk, et al., 2014). Proprio su quest'ultimo punto emerge la grande utilità clinica della stadiazione, cioè nello scegliere i trattamenti più adatti allo stadio, e quindi meno invasivi negli stadi precoci, più pesanti e/o invasivi negli stadi avanzati. Le malattie (compresi i classici disturbi psichiatrici) acquistano il significato di un evento che si modifica nel tempo, secondo una progressione di fasi relativamente specifiche, partendo da una fase ad alto rischio (probabilmente identificabile con una storia familiare di malattia), passando poi ad un'altra prodromica (con sintomi aspeci-

fici) alla fase della prima manifestazione clinica piena (nel bipolare: episodio depressivo o maniacale franco), e per terminare poi con una fase di una certa gravità con tendenza alla cronicità (senza periodi di remissione sintomatologica) e molto difficile da trattare (sviluppo di una resistenza ai trattamenti). In ambito psichiatrico, tali stadi finali potrebbero accompagnarsi a deficit funzionali e alterazioni della struttura cerebrale. Il modello dello staging concettualizza il disturbo bipolare (DB) come *"una condizione in evoluzione con manifestazioni che cambiano nel corso del suo sviluppo"* (Frank, et al., 2015).

Oltre un secolo fa, Kraepelin, ha basato la sua classificazione in psichiatria proprio sulla base del diverso decorso delle due maggiori sindromi psichiatriche, separando nettamente la demenza precoce (la schizofrenia) dalla psicosi maniaco-depressiva: mentre la prima veniva descritta come una malattia che evolve verso una stadio in cui c'è un deterioramento (cognitivo, comportamentale, del funzionamento globale della persona (detta appunto *"dementia praecox"*), la seconda veniva caratterizzata da episodi psicopatologici con intervalli liberi di sintomi (con una remissione sintomatologica completa). Ma Kraepelin riconosceva che in qualche caso si poteva sviluppare una certa cronicità, con presenza di sintomi residui anche nelle fasi intercritiche. Secondo il modello dello staging, qui proposto, anche il DB condivide una progressione temporale per quello che riguarda fenomenologia, risposta al trattamento, neurobiologia e deficit funzionale.

Il concetto di staging incorpora 5 assunti, secondo Scott et al. (2013):

1) il trattamento degli stadi precoci è associato con una migliore risposta e prognosi;

2) i trattamenti nelle fasi precoci hanno un rapporto costi-benefici più favorevole;

3) l'impatto di ciascun intervento può essere valutato rispetto allo stadio del decorso in cui la persona si trova;

4) il trattamento appropriato allo stadio modifica il rischio individuale di progressione del disturbo;

5) con lo sviluppo ulteriore delle conoscenze si potrebbero caratterizzare "markers biologici" che possono convalidare o ridefinire gli stadi.

Il concetto di stadiazione clinica è stato a lungo trascurato in psichiatria, tanto che un articolo (Fava e Kellner, 1993) portava come titolo significativo "Lo staging: una dimensione negletta della classificazione psichiatrica".

ESEMPI DI STADIAZIONE CLINICA

Ad oggi gli studiosi hanno proposto vari modelli di stadiazione clinica, che presentano molti punti di contatto insieme a qualche differenza. McGorry ed il suo gruppo (2006) hanno proposto un modello generale di staging dei disturbi mentali gravi ("Severe Mental Disorders") e quindi non specifico per il disturbo bipolare (vedi tabella 1).

Tabella 1 - Lo staging clinico nei disturbi mentali gravi (psicosi e bipolare) adattato da McGorry, 2006

STADIO	CARATTERISTICHE DELLO STADIO
0	Nessun sintomo attuale. Aumentato rischio di disturbo psicotico o di grave disturbo mentale.
I a	Sintomi lievi o non specifici (inclusi sottili deficit neurocognitivi) di psicosi o disturbo mentale grave. Lieve cambiamento o declino funzionale.
I b	Ultra-high risk: sintomi moderati ma sottosoglia, con cambiamenti neurocognitivi e declino funzionale lieve (GAF <70).
II	Primo episodio psicotico o grave dell'umore. Disturbo franco con sintomi da moderati a gravi, deficit neurocognitivi e declino funzionale (GAF: 30-50).
III a	Remissione incompleta, dopo il primo episodio trattato. (La gestione del paziente potrebbe essere associata o fatta avanzare rapidamente allo stadio IV).
III b	Ricorrenza o recidiva del disturbo psicotico o dell'umore, che si stabilizza con un trattamento ad un livello di GAF < 30, o con sintomi residui o con funzionamento cognitivo al disotto del livello raggiunto dopo la remissione dal primo episodio.
III c	Recidive multiple con peggioramento del quadro clinico ed impatto della malattia obiettivamente presente.
IV	Malattia grave, persistente, senza remissione sintomatologica, con disabilità e deficit cognitivi.

Il modello di McGorry, che ripetiamo vale per il DB e per le psicosi, definiti genericamente come Disturbi Mentali Gravi, presenta alcune peculiarità, che forse richiedono un breve chiarimento. È tenuta in gran conto la valutazione della funzionalità globale, che avviene tramite i punteggi della GAF ("Global Functioning Scale") che rappresentava l'Asse V del DSM-IV. Il termine "alto rischio" si riferisce a individui che, a causa del carico genetico, hanno un rischio di sviluppare il disturbo mentale superiore a quello della popolazione generale; mentre il termine "ultra-high risk" è riferito a quegli individui che hanno un familiare di primo grado con un esordio precoce del disturbo bipolare, e con sintomi sottosoglia a rischio imminente (entro un anno) di sviluppare un episodio pieno. Non tutte le persone a rischio elevato svilupperanno il DB, perché per avere la piena espressione sintomatologica della predisposizione concorrono anche fattori ambientali ed epigenetici. Lo stadio asintomatico può essere seguito o meno da fenomeni clinici sottosoglia (ipomania breve o ricorrente, alterazione del ciclo sonno veglia, aumento o riduzione del livello di energia). I sintomi depressivi, psicotici o di altro tipo possono rappresentare sia uno stadio precoce di un disturbo dell'umore (cioè precedente al primo episodio sindromico del DB) che uno stadio tardivo ("sindrome di uscita") di molti episodi depressivi.

Da questo modello si differenzia il modello di Cosci e Fava (2013), che negano la presenza di uno stadio stadio 0, in quanto, a loro giudizio, mancano evidenze scientifiche robuste che supportino l'identificazione di una popolazione definibile ad alto rischio (vedi tabella 2).

Tabella 2 - Staging secondo Cosci e Fava (2013).

Stadio 0:	mancanza di evidenze che supportano il riconoscimento di una popolazione ad alto rischio.
Stadio 1	A → Sintomi lievi e non specifici dei disturbi dell'umore (fase prodromica?) B → ciclotimia
Stadio 2	Manifestazioni acute di depressione maggiore o mania e ipomania
Stadio 3	Sintomi della fase residuale con alterazioni del funzionamento e della cognizione nonostante trattamento con stabilizzatori dell'umore
Stadio 4	Manifestazioni acute nonostante un trattamento a base di stabilizzatori dell'umore

NEUROPROGRESSIONE

La stadiazione clinica del DB è stata da sempre collegata al concetto di neuroprogressione, dove tale termine viene utilizzato per definire una riorganizzazione del Sistema Nervoso Centrale che si verifica nel decorso dei disturbi mentali gravi. Nel bipolare, la reattività del substrato neurale cambia, si modifica dopo ripetuti episodi di alterazione dell'umore, promuovendo probabilmente una ristrutturazione dei circuiti nervosi (il *"rewiring"*) che avrà come conseguenza un aumento della vulnerabilità allo stress. Nel DB sono stati riscontrati non solo dei dati biochimici che sono diversi negli stadi iniziali e finali del disturbo. Vari tipi di noxae patogene potrebbero determinare una riorganizzazione strutturale e/o funzionale del Sistema Nervoso: l'infiammazione e lo stress ossidativo (Gama, 2013).

Per quello che riguarda il meccanismo dell'infiammazione, alcune sostanze che facilitano il processo infiammatorio (citochine pro infiammatorie IL-6 e il TNF-alfa) sono aumentate negli stadi precoci e tardivi del DB; anche se il TNF-alfa risulta più elevato negli stadi finali. La citochina IL-10, che invece è una citochina antiinfiammatoria, che ha un significato protettivo verso la infiammazione è elevata solo negli stadi precoci del bipolare (McGorry, 2014).

L'altro meccanismo alterato nel DB è lo stress ossidativo, infatti alcuni prodotti indici di uno stress ossidativo sono aumentati nel disturbo bipolare come i TBARS (cioè sostanze reattive all'acido tiobarbiturico), l'ossido nitrico (NO), mentre sono diminuite sostanze antiossidanti (come il SOD, superossido-dismutasi). Lo stress ossidativo gioca un ruolo chiave nell'indurre danni al DNA e alla funzione della parete vasale, ed infatti nei pazienti bipolari è più frequente la presenza di un'alterazione del DNA rispetto a una popolazione di controllo (Vieta 2013), così come la funzione endoteliale è danneggiata nei bipolari in fase eutimica, e tale danno endoteliale è a sua volta indice di un rischio cardiovascolare maggiore. Lo stress ossidativo può costituire un legame con l'invecchiamento, con il decadimento cognitivo e con gli indici di mortalità più elevati riscontrati nei bipolari. A conferma di tali ipotesi, alcuni farmaci come il celecoxib, l'aspirina, le statine, la N-acetil-cisteina, che hanno effetti antiossidanti e antiinfiammatori, sono risultati utili anche nella terapia e nella prevenzione di episodi di alterazione dell'umore in alcuni bipolari.

Non possiamo dimenticare che i meccanismi della neuroprotezione, e del neurotrofismo siano implicati nella fisiopatologia del DB, infatti il BDNF (cioè il fattore neurotrofico di derivazione cerebrale), si comporta da "marker" stato-dipendente in quanto si riduce negli episodi di alterazione dell'umore (sia in senso euforico che depressivo), e negli stadi tardivi del DB (Gama 2013). Il BDNF ha un ruolo di primaria importanza e decisivo nella neuroprotezione, proliferazione e sopravvivenza dei neuroni.

ALTERAZIONI NEUROANATOMICHE, DEL NEUROIMAGING E DELLE PRESTAZIONI COGNITIVE

Le immagini morfometriche del parenchima cerebrale hanno dimostrato che i pazienti con DB e con molteplici episodi di malattia presentano una dilatazione del terzo e quarto ventricolo, una riduzione della sostanza grigia della corteccia orbitale, della corteccia prefrontale mediale, della corteccia mesotemporale, e dello striato ventrale e un aumento di dimensioni dell'amigdala. Alcuni di questi cambiamenti strutturali (e precisamente l'aumento di volume dell'amigdala e la riduzione delle dimensioni della corteccia prefrontale e dell'ippocampo) potrebbero spiegare il perdurante malfunzionamento dei circuiti nervosi coinvolti nell'attribuzione del valore emotivo alle esperienze. Se il sistema di co-

Tabella 3 - Lo staging secondo Kapczinski e i suoi collaboratori che tiene conto dei marker biologici, del funzionamento generale, della cognitività e delle caratteristiche interepisodiche

Stadio latente	Sintomi ansiosi e dell'umore, aumento del rischio di sviluppare DB	Il polimorfismo genetico può determinare la suscettibilità alla malattia
Stadio 1	Pazienti con DB, seguiti da periodi di eutimia e assenza di qualunque sintomo psichiatrico tra gli episodi	Aumento delle concentrazioni seriche di TNF-alfa IL-6
Stadio 2	Pazienti che presentano cicli rapidi o un'attuale comorbidità dell'Asse I o II	Aumento delle concentrazioni seriche di TNF-alfa IL-6 Riduzione del BDNF
Stadio 3	Pazienti con deterioramento cognitivo e funzionale clinicamente rilevante, così come alterazioni dei biomarker	Alterazioni morfometriche cerebrali, con aumento marcato di TNF-alfa Il-6 e riduzione di BDNF
Stadio 4	Pazienti incapaci a vivere in maniera autonoma con alterazione dei marker biologici e della morfometria cerebrale	Aumento marcato di TNF-alfa Il-6 e riduzione di BDNF, aumento del glutatione reduttasi (stress ossidativo); dilatazione dei ventricoli cerebrali e/o iperintensità della sostanza bianca

difica delle esperienze come stressanti è iperattivo o difettoso, tale malfunzionamento renderà i pazienti bipolari più vulnerabili allo stress e alle sue conseguenze neurobiologiche (Vieta 2013).

Vieta et al. (2013) dimostrano che tutte le alterazioni dell'architettura del tessuto nervoso cerebrale (il rimodellamento delle sinapsi dendritiche, la ridotta neurogenesi con atrofia dell'ippocampo e ipotrofia prefrontale) hanno un impatto negativo su alcune prestazioni neurocognitive. I dati emersi fino ad ora riportano un'alterazione delle funzioni esecutive, cioè di quelle funzioni che servono a pianificare i comportamenti, alla creazione di strategie soprattutto in situazioni nuove a cui non siamo abituati; ma in alcuni sottogruppi di bipolari si riscontrano anche alterazioni, anche se solo di grado moderato, in altri ambiti neuropsicologici, come la memoria verbale. Le sottili alterazioni neuro-cognitive potrebbero costituire gli endofenotipi, che potrebbero distinguere i bipolari dai controlli, e recentemente si è discusso se inserirle nei criteri diagnostici dei principali sistemi classificativi (Vieta 2013).

Nella tabella 3, è presentato un altro schema di stadiazione del DB elaborato da Kapczinski et al. (2009), che sono riusciti nell'intento di costruire un modello di staging che tiene conto anche delle variazioni dei marker biologici in ogni fase.

STAGING E INTERVENTI TERAPEUTICI

La funzione più importante della stadiazione clinica dovrebbe essere la scelta del trattamento più appropriato, che praticato precocemente, può arrestare la progressione del disturbo. Esempi a questo proposito potrebbero consistere nell'evitare l'uso di stabilizzanti dell'umore in individui a basso rischio, così come l'identificazione del momento più opportuno per introdurre uno stabilizzante e massimizzarne i benefici. Alcuni stabilizzatori dell'umore (litio e ac. valproico) possono avere un effetto protettivo verso le alterazioni strutturali che favoriscono la neuroprogressione. Infatti il trattamento con litio fa aumentare la sostanza grigia negli individui con disturbo bipolare (Moore, et al., 2000). Ma le evidenze attestano anche che la durata di malattia si associa a cambiamenti nella risposta ai trattamenti. La fase finale del DB (lo stadio 4) potrebbe essere carat-

Tabella 4 - Numero di farmaci secondo lo stadiazione (Goi et al. 2015)

N. farmaci	I stadio (%)	II stadio (%)	III stadio (%)	IV stadio (%)
1 farmaco	13,2	8,5	2,3	2,3
2 farmaci	5,4	10,9	7,8	4,7
3 farmaci	3,9	7	9,3	6,2
4 farmaci	1,6	7,8	3,9	3,1
5 farmaci	0	0	0,8	1,6

terizzata proprio da una mancata risposta ai farmaci, tanto che i sintomi acquistano un decorso cronicizzante senza l'intervallo libero, oltre ad un deterioramento globale della persona.

La risposta al litio secondo alcuni studi potrebbe essere inversamente correlata alla durata di malattia e al numero di episodi; altri studi riportano come la risposta all'olanzapina sia più efficace nelle prime fasi di malattia; e gli stessi trattamenti psicosociali (terapia cognitivo-comportamentale o psicoeducazione familiare) sono meno attivi nei pazienti con molteplici episodi di malattia. Lo studio STEP-BD (Berk, et al., 2011) ha certificato che i bipolari con più di 10 episodi hanno una peggiore risposta al trattamento.

Goi et al. (2015), rivedendo la terapia di 129 soggetti bipolari in trattamento farmacologico, hanno visto che ai bipolari nei primi stadi del disturbo viene prescritto molto frequentemente il litio, anche da solo (in monoterapia) mentre negli stadi tardivi (3 e 4 stadio) diventa più frequente la politerapia, e aumentano nello specifico le prescrizioni di BDZ, antipsicotici tipici e antiepilettici, con la riduzione contemporanea di litio.

Tabella 5 - Tipo di farmaco secondo lo stadio (Goi et al. 2015)

Tipo di farmaco	I stadio (%)	II stadio (%)	III stadio (%)	IV stadio (%)
Litio	15,5	21,7	10,9	9,3
Antiepilettici	7,0	14,7	16,3	10,1
Antipsicotici atipici	7,8	15,5	10,9	8,5
Antipsicotici tipici	2,3	7,8	6,2	7,8
Antidepressivi	2,3	8,5	8,5	2,3
Benzodiazepine	2,3	9,3	3,9	6,2

Uno studio di Duffy e dei suoi colleghi (2014) ha dimostrato che i pazienti possono avere delle diverse traiettorie di sviluppo del DB, in relazione alla storia familiare e precisamente al tipo di risposta al trattamento con Sali di litio che si è avuto nella famiglia del probando. I bipolari sono stati suddivisi in due sottogruppi di pazienti, il primo formato da pazienti che appartengono a famiglie, i cui membri bipolari avevano una buona risposta al litio, ed il secondo gruppo era formato da bipolari, che appartenevano a famiglie che rispondevano in maniera insufficiente al trattamento con Sali di litio.

Nelle famiglie del primo gruppo, quello che rispondeva bene al litio, il decorso del disturbo era più classicamente bipolare, e aveva una prognosi migliore rispetto all'altro gruppo (non responsivo al litio). Non solo, ma in questo secondo gruppo di famiglie, il DB si presenta più complesso e caratterizzato dalla presenza di manifestazioni psicotiche con maggiore frequenza. Inoltre già dall'infanzia in questo secondo gruppo si rilevavano delle problematiche a livello della cognitività, delle difficoltà scolastiche, di socializzazione. Questo sotto-

gruppo di pazienti sembrava rispondere meglio a farmaci come la lamotrigina e/o antipsicotici atipici. Tutti questi dati vengono riassunti nelle tabelle 6 e 7.

Tabella 6 - Decorso del disturbo bipolare nelle famiglie con membri che rispondono al litio

Stadio 0	Infanzia	Benessere	
Stadio 1	Infanzia	Disturbi del sonno Ansia	
Stadio 2	Adolescenza	Disturbi dell'adattamento Disturbi affettivi sottosoglia	Uso di sostanze
Stadio 3	Adolescenza Giovane adulto	Depressione maggiore	
Stadio 4	Giovane età adulta	Bipolare II Bipolare I	

Tabella 7 - Decorso del disturbo bipolare nelle famiglie i cui membri bipolari non rispondono al litio

Stadio 0	Infanzia	Sintomi cognitivi, della socializzazione, dell'umore	
Stadio 1	Infanzia	Ansia Sonno Apprendimento Tratti cluster A ADHD	
Stadio 2	Adolescenza	Adattamento Sintomi sub affettivi	Uso di sostanze
Stadio 3	Adolescenza	Depressione maggiore	
Stadio 4	Giovane età adulta	Bipolare II Bipolare I Spettro psicotico	

L'esigenza dei clinici e dei ricercatori consiste nell'elaborare dei trattamenti che facciano sentire l'efficacia anche negli stadi finali del DB, quando il paziente può non rispondere più a trattamenti che avevano dimostrato la loro efficacia in periodi precedenti. A questo proposito, Berk (2014) ha presentato uno schema di staging che essenzialmente ripropone quello di McGorry, ma associa lo stadio clinico ai trattamenti ipotizzati più efficaci, sia di tipo farmacologico che psicosociale.

Nell'approccio illustrato nella tabella 8, è da notare che sintomi residui nello stadio 3 potrebbero richiedere e trarre beneficio di un trattamento psicoterapico, in aggiunta alla farmacoterapia. Esistono evidenze che l'approccio psicoterapeutico in questa fase può essere più efficace di una psicoterapia che sia iniziata nel periodo acuto della malattia.

Tabella 8 - Stadiazione clinica e possibili interventi clinici, secondo Berk (2007)

Stadio clinico	Definizione	Interventi potenziali
0	Rischio aumentato di disturbo dell'umore (cioè storia familiare, abusi infantili, uso di sostanze). Nessun sintomo specifico attuale	Conoscenze generali ("Literacy) riguardo la salute mentale Auto-Aiuto
1a	Lievi o non specifici sintomi di disturbo dell'umore	Conoscenza approfondita formale della salute mentale Psicoeducazione familiare Riduzione delle sostanze di abuso Terapia cognitivo-comportamentale Counseling di supporto
1b	Manifestazioni prodromiche: "ultra-high risk"	**1a** + terapia fase specifica per l'episodio o stabilizzatore dell'umore
2	Primo episodio pieno di disturbo dell'umore	**1b** + gestione del caso, attività riabilitative per l'inserimento professionale, psicoterapia specifica
3a	Ricorrenza di sintomi sottosoglia dell'umore	**2** + enfasi sui farmaci di mantenimento e strategie psicosociali per la piena remissione
3b	Prima recidiva completa	**3a** + strategie di prevenzione della ricaduta
3c	Molte recidive	**3b** + combinazione di stabilizzanti dell'umore
4	Malattia persistente senza fasi di remissione	**3c** + clozapine aed altre terapie di terza scelta, e partecipazioni ad attività sociali nonostante la disabilità

BREVE CONCLUSIONE

È opportuno segnalare che non tutti sono d'accordo con lo staging del DB. Martino (2016) afferma che è difficile escludere la possibilità che la variabilità in termini di gravità clinica, di deficit cognitivi e funzionali e di risposta al trattamento sia caratteristica intrinseca ad ogni paziente e tali fenomeni potrebbero essere presenti sin dall'inizio del disturbo, per cui esisterebbero solo dei sottogruppi di pazienti con una differente gravità del quadro clinico, e non una progressione graduale di malattia.

Comunque, nonostante questa obiezione, bisogna riconoscere che nella letteratura scientifica degli ultimi anni sono comparsi molti lavori sullo staging del DB, indice che tale concetto ha attirato l'attenzione di molti esperti del settore. La possibilità di una stadiazione induce a ripensare il disturbo bipolare da una prospettiva longitudinale e con un andamento progressivo e non più episodico, e a tentare di identificare possibili markers biologici sia di tratto che di stato.

Questo nuovo modo di immaginare il DB può avere degli effetti euristici e pratici di grande valore, con ripercussioni sulla gestione e sul trattamento dei pazienti, per cui molti hanno chiesto incorporare il modello dello staging del DB nelle linee guida, permettendo di condure una personalizzazione del trattamento secondo le necessità peculiari di ogni individuo.

Bibliografia

Fava G.A., Kellner R. *Staging: a neglected dimension in psychiatric classification.* Acta Psychiatr Scand. 1993; 87: 225-230. [PubMed: 8488741]

McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R., et al. *Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions.* Aust NZ J Psychiatry 2006; 40: 616-22.

Frank E., Nimgaonkar V.L., Phillips M.L., et al. *All the world's a (clinical) stage: Rethinking bipolar disorder from a longitudinal perspective.* Mol Psychiatry. 2015 February; 20(1): 23-31. doi: 10.1038/mp.2014.71.

Gama C.S., Kunz M., Magalhães P.V.S., Kapczinski F. *Staging and neuroprogression in bipolar disorder: a systematic review of the literature.* Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35:070-074.

Cosci F., Fava G.A. *Staging of Mental Disorders: Systematic Review.* Psychother Psychosom 2013; 82: 20-34.

McGorry P., Keshavan M., Goldstone S., et al. *Biomarkers and clinical staging in psychiatry.* World Psychiatry 2014; 13: 211-223.

Kauer-Sant'Anna M., Kapczinski F., Andreazza A.C., et al. *Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early-vs. late-stage bipolar disorder.* Int J Neuropsychopharmacol. 2009; 12: 447-458. [PubMed: 18771602]

Vieta E., D. Popovic, A.R. Rosa, et al. *The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder.* European Psychiatry 28 (2013) 21-29.

Michael Berk M., Berk L., Dodd S., et al. *Stage managing bipolar disorder.* Bipolar Disord. 2014 August; 16(5): 471-477. doi: 10.1111/bdi.12099.

Goi PD, Bucker J., Vianna-Sulzbach M., et al. *Pharmacological treatment and staging in bipolar disorder: evidence from clinical practice.* Revista Brasileira de Psiquiatria. 2015; 37: 121-125.

Duffy A., Horrocks J., Doucette S., et al. *The developmental trajectory of bipolar disorder.* The British Journal of Psychiatry (2014) 204, 122-128. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126706.

Berk M., Hallam K.T., McGorry P.D. *The potential utility of a staging model as a course specifier: a bipolar disorder perspective.* J Affect Disord 2007; 100: 279-281.

Kapczinski F., Dias V.V., Kauer-Sant'Anna M., et al. *Clinical implications of a staging model for bipolar disorders.* Expert Rev Neurother 2009; 9: 957-966.

Berk M., Brnabic A., Dodd S., et al. *Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention.* Bipolar Disord. 2011 Feb; 13(1): 87-98. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00889.x.

Moore G.J., Bebchuck J.M., Wilds I.B., et al. *Lithium-induced increase in human brain grey matter.* The Lancet. Vol. 356, No. 9237, p1241-1242, 7 October 2000.

Kapczinski F., Dias V.V., Kauer-Sant'Anna M., et al. *Clinical implications of a staging model for bipolar disorders.* Expert Rev Neurother. 2009; 9: 957-66.

Martino D.J., Samamé C., Marengo E., et al. *A critical overview of the clinical evidence supporting the concept of neuroprogression in bipolar disorder.* Psychiatry Research, (2016), 235, 1-6.

Corrispondenza

Gianfranco Del Buono
Psichiatra, psicoterapeuta
Dirigente medico della Struttura Aziendale di Psichiatria
AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno
E-mail: *delbuono.g@alice.it*

SOLI IN POPOLOSI DESERTI: UNA NUOVA DEPRESSIONE ESISTENZIALE?

Immacolata d'Errico[1], **Domenico Mastrofilippo**[2]

[1] *Psichiatra, psicoterapeuta costruttivista post-razionalista, in libera professione, Bari*
[2] *Psicologo, psicoterapeuta costruttivista post-razionalista, in libera professione, Bari*

RIASSUNTO

Ragazzi che chiudono il mondo fuori. Gioventù ai margini della vita sociale. Giovani anoressici sociali che si costringono a vivere ritirati in un mondo dalle pareti ovattate, circondandosi di gadget elettronici, unica via di comunicazione con il mondo esterno. Ragazzi che non rincorrono un futuro, sostituendo la vita reale con quella virtuale. Gli eterni Peter Pan, i "bamboccioni" che bighellonano senza meta. Sono malati nell'"anima"? assistiamo a forme di malessere inedite? È una depressione che cambia volto? Si tratta di quadri psicopatologici emergenti o fenomeni cultural bound? In questo articolo cercheremo di dare senso a questi fenomeni così peculiari di quest'era post-moderna. La società postmoderna è ricca di ambiguità e controsensi e rotture che creano una nuova forma di identità del sé, caratterizzata da confini fluidi, la cui unità si converte in una pluralità di sfaccettature, la cui sostanza cede il posto alla "superficie", il contenuto alla forma. E tenersi stretta l'unica identità possibile mettendo insieme i vari pezzi di sé, rappresenta un compito arduo per l'uomo della cosiddetta società liquida. Nelle difficoltà e complessità del rapporto dialettico tra sé e il Mondo, tra sé e l'Altro, nel contesto della società post-moderna, liquida, crediamo di poter collocare i "fenomeni/deriva" delle Generazioni Y e Z (Hikikomori, NEET, Otaku, Parasite Singles, Boomerang Generation).

Parole-chiave: *auto-reclusione, psicopatologia, sindrome cultural bound, generationi Y e Z.*

* * *

Hai bisogno di sentirti amata. Ti manca chiunque.
Siamo una moltitudine di solitudini, mancanze che si attraversano, contenitori senza contenuto. E allora viene facile guardarsi in uno schermo, fotografarsi fino alla nausea e consegnarsi a qualcuno. Ci sono tante forme di resistenza, una è sopravvivere a se stessi. Ci si sopravvive nella condivisione ma siamo certi di non parlare ai muri?
Ci sono infiniti deserti che s'incontrano e miscelano ma restano deserti. Per resistere al nulla ci vuole il qualcosa. Superare lo specchio, attraversarlo, seguire il Bianconiglio nel Paese delle Meraviglie.
Quando sei troppo dentro non vedi più il fuori. È questo forse? Questo smembrarsi di tutto che si ritorce dentro? Ti dicono che sbagli, che non sei all'altezza, che c'è troppo dolore. E così il dolore aumenta. Insormontabile, si eleva sul mondo e vi pone un velo. Il velo dei selfie seriali, delle chat erotiche con il primo nessuno che si sia mostrato interessato. Abbandoni improvvisi al nuovo chiunque che sappia fingere di guardare. Allora lanci bombe su segni e simboli. Le lanci su te stessa. Perché ti accorgi prima o poi che non esiste nessuno dall'altra parte. È il tuo vuoto che, immane, risuona. Ti cattura dentro.
Danziamo nella folla in piena notte, sempre in mezzo ai corpi, eppure così soli.

(Ilaria Palomba)

Questi versi della scrittrice e poetessa Ilaria Palomba, cui abbiamo inviato il tema per riceverne suggestioni, colgono gli elementi nucleari del "sentire", propri di quest'epoca storica post-moderna definita da Zygmunt Bauman "società liquido-moderna". Un sentire ed un narrarsi caratterizzato da una velocità nuova che ha modificato il senso del tempo e dello spazio con conseguente variazione del modo attraverso cui un individuo costruisce la propria esperienza. "*L'essere sempre vigile per cogliere subito il senso degli eventi e far fronte immediatamente a essi induce a porre l'uomo con lo sguardo rivolto verso l'esterno. Il modo con cui l'uomo moderno era abituato a darsi senso viene totalmente frantumato dalla velocità, tanto che si comincia a porre il tema di che cosa significhi il tempo. Da qui si comprende come nel momento in cui i tempi sono diventati veloci, necessariamente l'uomo abbia dovuto ristrutturarsi e adattarsi e … l'identità sia diventata discontinua, cosa caratterizzante la post-modernità*" (d'Errico, et al., 2009).

Il primo sociologo che comprese e studiò questo cambiamento fu David Riesman, negli anni '50, descrivendo questo nuovo "carattere sociale"come etero-diretto (other-directed type), in cui l'individuo modella il proprio sentire ed agire sui mutevoli segnali esterni come fosse orientato da un radar. L'elemento distintivo di questo nuovo modo di conformarsi alla società è la sensibilità a cogliere i segnali provenienti dall'esterno. Una modalità di essere, tipica di questa società post-moderna in cui la vita liquida non mantiene inalterata la propria forma o tiene la propria rotta a lungo.

Vita liquida come vita precaria. Paura di essere presi alla sprovvista, di non tenere il passo di avvenimenti che si muovono velocemente, ciò che conta è la velocità e non la durata. La discontinuità, che caratterizza la società liquido-moderna, si accompagna ad una frammentazione della struttura sociale ed identitaria dove è possibile assistere ad un riciclaggio continuo delle identità, in un eterno presente colmo di ansie di sopravvivenza e di gratificazione, dove il male oscuro è rappresentato dalla solitudine, dall'abbandono e dall'alienazione e dove il non-successo o l'errore-di-riciclaggio lasciano dietro di se individualità dismesse e abbandonate. In questa società post-moderna l'industria di *smaltimento dei rifiuti* assume un ruolo dominante e in particolar modo i rifiuti umani ne rappresentano la deriva che possiamo leggere in termini sia fenomenologici che psicopatologici e sociologici. Il tema dell'esposizione, la paura del giudizio, il bisogno di approvazione (senza esporsi), l'ansia perenne di essere/non essere all'altezza, il sentirsi autore/protagonista della propria esperienza, l'ambivalenza tra il bisogno di demarcarsi e quello di identificarsi con l'Altro (un sé che in assenza dell'Altro percepisce il vuoto), il problema della scelta e il tema della responsabilità (scegliere significa identificarsi, definirsi in modo netto, ma in questo modo vengono a chiudersi delle possibilità), la consapevolezza della propria vulnerabilità, la difficoltà di gestire gli svariati ruoli da sostenere, l'Altro fonte di incertezza, la necessità di lasciare aperta ogni possibilità di scelta e vie di fuga o incastri, l'inquietudine di perdere le fonti di riferimento esterne, l'ansia cronica del vuoto, l'incubo della solitudine e così via, si traducono in una gamma di fenomeni quali Hikikomori, NEET, Otaku, Parasite Singles, Boomerang Generation. Scegliamo di approfondire il fenomeno degli hikikomori in quanto questa epidemia sociale silente sta travalicando i limiti geografici del Giappone e sta divenendo un fenomeno emergente in nazioni industrializzate comprese la nostra.

Gli hikikomori (che letteralmente significa "stare in disparte", dalle parole "hiku" cioè "tirare" e "komoru" cioè "ritirarsi"), sono giovani giapponesi che si ritirano dalla società, vivendo totalmente isolati nelle loro stanze, privi della voglia e anche dell'energia, di abbandonare il proprio "rassicurante" mondo/rifugio. Vivono in auto-reclusione, disertando la scuola e tutte le attività sociali tipiche dell'età giovanile. Sono "inghiottiti dalla rete", attraverso cui comunicano con l'esterno[1]: un'esistenza tra chat e social network che diventa prioritaria, e il più delle volte sostitutiva, rispetto alla vita reale. Forme lievi possono condividere il pasto con i genitori ma è più usuale farsi portare il cibo fuori la porta e urlare e agire con violenza ad ogni tentativo di "interferenza" dei genitori/fratelli/parenti. Nei casi più gravi l'hikikomori non esce dalla stanza nemmeno per lavarsi e questo anche per svariati anni. In Giappone è un "problema" sociale dalla seconda metà degli anni '80: circa 850 mila giovani fra i 14 e i 30 anni che vivono praticamente rinchiusi in casa, a carico della famiglia, incapaci o determinati a non rientrare nel mondo sociale. Il Governo Giapponese, vista la rilevanza sociale del problema ha individuato alcuni criteri diagnostici specifici di Hikikomori: non è una sindrome; ritiro completo dalla società da almeno 6 mesi; rifiuto scolastico/lavorativo; assenza di patologie psichiatriche al momento dell'esordio; assenza completa di relazioni sociali.

La storia emblematica dell'hikikomori è raccontata dal giornalista americano Michael Zielenziger in un importante testo "Non voglio più vivere alla luce del sole" che esplora il mondo nascosto degli hikikomori facendo una disamina molto approfondita della società nipponica. Nelle storie di molti hikikomori ritornano frequentemente il senso di essere stati rifiutati dal gruppo e di non aver mai trovato nessuna comprensione nei momenti di difficoltà ed esperienze pregresse di bullismo. Il bullismo è imperante in tutti i gradi della scuola giapponese (ma anche sul lavoro). I docenti non si intromettono nelle dinamiche della classe, chi non si uniforma viene emarginato e spinto a farsi da parte (hikikomori, espatrio lavorativo o suicidio che sia). Questa sacralità del gruppo spinge le madri dei ragazzi/e vittime del bullismo a dire loro: "Che cosa hai combinato a scuola per essere maltrattato?" Ed è difficile per i ragazzi stessi combattere il bullismo.

Un'altra condizione che spesso è associata all'insorgenza di hikimori tra i giovani è lo stress da studio. La società giapponese considera il curriculum scolastico uno dei principali criteri di valutazione delle abilità individuali e dell'importanza sociale; perciò gli studenti percepiscono una pressione fortissima sin dai primi anni, gli esami sono molto difficili e gli abbandoni scolastici non vengono segnalati perché in Giappone non c'è l'obbligo di andare a scuola. Gli abbandoni scolastici non vengono segnalati anche perché i presidi, insieme agli insegnanti, preferiscono fingere che gli abbandoni non ci siano, in quanto questo li farebbe vergognare di non aver adempiuto al loro compito di docenti. I genitori a loro volta si vergognano della situazione e non intervengono: la rassegnazione giapponese, che nasce dal "shikata ga nai" (non c'è niente da fare) impedisce una reazione pronta e di solito passano anni prima che i genitori chiedano un qualche supporto esterno.

[1] Qui occorre sottolineare come Internet e i giochi di ruolo siano solo una conseguenza, non una causa.

In Giappone esiste il "sekentei" (chiamato anche "il sistema di regole invisibili"), ovvero il modo in cui una persona è vista agli occhi della società, o anche il bisogno di salvare le apparenze. Perciò non conta quello che sei, ma quello che devi far finta di essere per non incrinare l'uniformità della società giapponese. A proposito di ciò una testimonianza riportata da Zielenziger, l'hikikomoto Jun dice: "*A me sembra che il mondo là fuori sia piuttosto duro e io non ho il fegato per affrontarlo*".

Gli hikikomori rinnegano questo sistema fatto di pressione, obblighi e reciproco sacrificio, a cui manca la tolleranza e la compassione. Come estrema protesta e difesa si rinchiudono nella propria stanza. Il disgusto per un mondo esterno sempre più veloce e più competitivo, il chiudersi in un bozzolo fino a un'improbabile "guarigione" spontanea (o, più di frequente, fino all'ospedalizzazione coatta o al suicidio) si sta diffondendo, oltre che in America, anche in Europa, a partire dai paesi del nord (Svezia, Finlandia e Danimarca in testa). Infatti la tendenza all'autoreclusione con modalità hikikomori sta colpendo soprattutto under 18, anche in Italia. Molto intelligenti, creativi, ma introversi, letteralmente giovani "in ritiro", ragazzi che senza un apparente motivo si chiudono nella loro stanza, chi per incapacità di affrontare il mondo, chi per esprimere la sua rabbia. Chi per mesi, chi per anni. Il record italiano: 3 o 4 anni, quello nipponico: 15 e più.

Tamaki Saito, il primo psicoterapeuta a studiare quello che viene definito un disturbo (non una patologia) ha evidenziato alcuni punti di contatto tra i ragazzi giapponesi e quelli italiani soprattutto per lo stretto rapporto con una madre iperprotettiva che "può rendere il figlio narcisista e fragile che alla prima difficoltà si ritira".

Gli hikikomori sono figli della cultura giapponese, ma i nostri autoreclusi condividono con loro più di un aspetto, e soprattutto lo scarto tra il piano di realtà e quello dell'ideale, le eccessive aspettative dei genitori. Ma mentre i ragazzi giapponesi fuggono da regole troppo severe, i nostri scappano più spesso dall'incapacità di gestire relazioni e nel gruppo e con il mondo esterno, in senso lato. Identico il risultato: si chiudono in una stanza sostituendo la vita reale con quella virtuale[2].

Altro fenomeno interessante sono i NEET, (chiamati così con un acronimo inglese, "Not in Education, Employment or Training") che appaiono in netto contrasto rispetto al ritiro sociale e alla sofferenza dei giovani autoreclusi. Questo termine è stato usato per la prima volta nel 1999 in un report della Social Exclusion Unit della Gran Bretagna come termine di classificazione di una fascia di popolazione sempre più vasta. La rapida diffusione e la persistenza del fenomeno dell'inerzia giovanile e dell'assenza di un'attività di apprendimento si è estesa e continua ad espandersi gradualmente anche in altri paesi, non solo europei ma

[2] Ci sono altre facce del malessere sociale giapponese. Altri al posto di rinchiudersi si lanciano nel consumismo più sfrenato. Aspettandosi di ricevere dagli oggetti di marca il relativo status che essi rappresentano. Più si sentono insicuri più acquistano beni. Qui si inseriscono gli Otaku, (stimati in 3 milioni) con il loro feticismo ossessivo per gli anime e manga. Fin dagli anni ottanta gli appassionati di manga e anime hanno fatto esperienza di disapprovazione sociale e stigmatizzazione. Il termine aveva, e in parte ha ancora, una forte connotazione negativa, essendo comunemente riferito a persone che si isolano volontariamente dalla società per inseguire passioni ritenute sconvenienti. Vanno inoltre citati i Parasite Singles, individui che finiti gli studi vivono ancora con i genitori e dipendono economicamente da loro. Lo psichiatra nipponico Saito li considera come un'ulteriore indicazione dell'emergente tendenza all'asocialità tra i giovani giapponesi (fortemente espressa dagli hikikomori) e sottolinea l'analogia con i Bamboccioni italiani.

anche in altri contesti culturali, asiatici e americani. Sono giovani tra i 15 e i 35 anni che non studiano, non lavorano e nemmeno seguono corsi di formazione o di aggiornamento professionale. Nel nostro Paese secondo l'Istat, nel 2009, i NEET della fascia di età tra i 15 e i 29 anni erano circa due milioni, il 21,2 per cento della popolazione nazionale di riferimento. Ma chi sono questi ragazzi? Dove vivono? Dalla letteratura sociologica e/o fenomenologica emerge che vivono con il sostegno della famiglia, tendenzialmente non hanno problemi relazionali, trascorrono la maggior parte del tempo fuori casa, insieme a gruppi di giovani con cui condividono lo stesso stile di vita. Viene sottolineata una mentalità non progettuale e passiva con visione ristretta della vita e del futuro (con tendenza ad accontentarsi di quello che si ha senza mirare a qualcosa di meglio), un atteggiamento di continua aspettativa di soluzioni e possibilità dall'esterno, una propensione per il divertimento piuttosto che per l'impegno personale e sociale, uno scarso senso di responsabilità ed una scarsa disponibilità a mettersi in gioco e ad impegnarsi con fatica, una facile demotivazione rispetto alle difficoltà della vita, una facile disillusione verso le promesse della società, scarsa capacità di adattamento. Non si pongono minimamente il problema della dipendenza dalla propria famiglia e quindi dell'autonomia, economica, psicologica, affettiva anche arrivando alle soglie dei 30 anni e a volte anche oltre. Le famiglie spesso non avvertono disagio per l'immobilità del giovane oppure se l'avvertono sono inefficaci nell'affrontare il problema. Le condizioni economiche familiari non sembrano influire sulla condizione se non, in caso di insufficienza economica, accentuando degli aspetti depressivi secondari[3].

In generale si potrebbe osservare che per questi "fenomeni/deriva" dei Millennials e Centennials[4], il "disagio psicologico" esprima un bisogno di restringimento del campo dell'esplorazione/azione/volitività tipiche di quel momento di vita che è l'adolescenza dove il contraddistinguersi, la rivendicazione di identità, il caparbio bisogno di autonomia ne dovrebbero rappresentare l'essenza. In adolescenza il problema nucleare è la gestione dell'identità. Molti comportamenti "strambi" possono essere pensati come uno stato provvisorio di formazione, come un fare "le prove generali" della vita. Gestire l'identità da parte di un adolescente è un compito difficile; l'identità è un processo complesso che si compie per tentativi ed errori, non sapendo mai dove sta "la verità" o la "virtù". E questo rapporto dialettico con se stessi e con gli altri, va sempre negoziato e rinegoziato ed è in continuo rimodellamento, nulla è statico nella ricerca di quell'unicità del proprio modo di dare senso a se stessi e alla vita. Questo "fisiologico" processo di generazione di nuove possibilità di senso che aprano a prospettive sempre più aperte verso l'adultità sembra risultare problematico in questi "casi/deriva" delle Generazioni Y e Z. È disagio emotivo o è una forma di depressione diffusa? Si può parlare di depressione esistenziale? O sono fenomeni cultural-bound?

[3] Da annoverare tra i fenomeni di quest'epoca post-moderna, il fenomeno Boomerang Generation, giovani compresi tra i 20 e i 30 anni che a causa della crisi continuano a vivere con i genitori ma anche giovani che dopo gli studi ritornano a casa a compiere lavori "umili" e non in linea con gli studi effettuati, per paura del debutto?

[4] I millenials nati: 1985-1994 detta Generazione Y. I nati 1995-2010 sono la Generazione Z o Centennials. Generazioni figlie di internet che si muovono nel non luogo della rete, dove i modi, i tempi e l'intensità delle relazioni sono senza controllo in uno spazio anonimo popolato da un indistinto flusso di persone senza volto che si incrociano senza incontrarsi.

In psichiatria si incontrano spesso casi clinici non inquadrabili nelle ordinarie categorie diagnostiche e dalle caratteristiche transnosografiche. In determinati contesti geografici si possono manifestare quadri sindromici legati alla cultura e alla società di quell'area, che possono originare specifiche patologie legate ad una detta popolazione. Questi quadri sindromici per effetto di un contagio transculturale legato ai media, possono uscire dai confini di una nazione ed essere assorbiti da altre culture, integrate e trasformate e ulteriormente amplificate e diffuse. La complessità della realtà umana non permette di trovare una singola causa. Dati gli elevati numeri è molto più probabile dare significato e comprensione ad un fenomeno così complesso se ricorriamo ad un incrocio di fattori (sociali, sociologici, culturali, psicologici, politici, economici) che meglio possono spiegare i giovani e il loro modo di accostarsi alla vita.

Questi fenomeni descrivono una realtà soggettiva ed oggettiva estremamente complessa legata alla trasformazione del mondo e delle relazioni. Sono fenomeni che non possiamo ignorare, anzi diventa imperativo porvi l'attenzione massima al fine di evitare che esitino in quadri psicopatologici specifici nosograficamente definiti. L'evoluzione futura di questi quadri è scritta nelle vite di queste persone ma anche nelle iniziative sociali/economiche/politiche che verranno messe in atto. Non crediamo di dover rispondere alle domande poste nella relazione. Il mondo psichiatrico e psicologico non si deve porre il problema di una definizione diagnostica nosografica, ma deve cercare di entrare dentro il fenomeno comprendendolo e così reindirizzando (se possibile/ove possibile) il percorso di vita. In tutti i quadri sopra descritti sicuramente è possibile rintracciare una condizione esistenziale che possiamo definire anche depressione esistenziale, ma al momento non è possibile parlare di disturbo depressivo, anche se, a nostro avviso, il rischio di strutturazione/evoluzione in quadri psichiatrici veri e propri è alto.

Bibliografia

Aguglia E., Signorelli M.S., et al. *Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente? Giornale Italiano di Psicopatologia* 2010; 16; 157-164.

Arciero G. *Studi e dialoghi sull'identità.* Bollati Boringhieri, 2002.

Arciero G. *Sulle tracce di Sé.* Bollati Boringhieri, 2007.

Bauman Z. *Intervista sull'identità.* Edizioni Laterza, 2006.

Bauman Z. *Modernità liquida.* Edizioni Laterza, 2006.

Bauman Z. *Il disagio della post-modernità.* Mondatori Bruno, 2007.

d'Errico I., Mastrofilippo D. *Come la Società orienta la costituzione dell'Identità Personale: ieri, oggi e … domani.* In *Educazione alla salute in età pediatrica* a cura di Maria Teresa Montagna, Alessia Quaranta e Osvaldo Montagna. Cacucci Editore, Bari, 2009; 85-99.

Gergen K. *Exploring the Post-modern: Powers or Potentials? American Journal of Psychology,* 1994; vol. 23, 747-61.

Riesman D. *La folla solitaria. Edizioni Il Mulino,* 1956.

Saito T. *Social withdrawal: a neverending adolescence. PHP Shinsho,* Tokio, 1998.

Zielenziger M. *Non voglio più vivere alla luce del sole. Il disgusto per il mondo esterno di una nuova generazione perduta.* Elliot ed., Roma, 2008.

Corrispondenza

Immacolata d'Errico
psichiatra, psicoterapeuta costruttivista post-razionalista, in libera professione, Bari
E-mail: *immalibera@gmail.com*

MONDO DEL LAVORO E DISTURBI DELL'UMORE: DEPRESSIONE COME MALATTIA PROFESSIONALE

Danilo Di Meo

Avvocato civilista del Foro di Napoli
Membro EDA ITALIA

RIASSUNTO

La depressione sul lavoro è un fenomeno più sviluppato di quanto si creda e l'importante aumento dei casi ha indotto l'INAIL ad approfondirne gli aspetti più complessi e controversi ed a dettare linee guida per il riconoscimento di tale patologia nel novero delle malattie professionali. Per malattia professionale si intende uno stato patologico del soggetto, determinato, in via esclusiva o concorrente, da una causa lenta e subdola contratta nell'esercizio ed a causa di un'attività lavorativa morbigena. A seguito di due importanti arresti della Corte Costituzionale, i cui principi sono stati trasfusi nel D.Lgs. n.38/2000, è stato introdotto un sistema cd. misto in base al quale accanto alle malattie indicate nelle tabelle e per le quali vige una presunzione legale della loro origine lavorativa, sono state ritenute indennizzabili, altresì, anche le patologie che il lavoratore dimostri siano state causate dall'attività ovvero dall'ambiente lavorativo. Se nella fase amministrativa, il lavoratore può giovarsi del supporto dei poteri ispettivi dell'INAIL nell'accertamento dell'origine professionale della depressione, la prova del nesso causale è particolarmente difficile nell'ipotesi di accertamento giudiziale per la posizione di controparte dell'Istituto e la stessa deve tradursi nella concreta e specifica dimostrazione, secondo criteri di probabilità qualificata, della idoneità dell'esposizione al rischio a causare l'evento morboso. Il D.Lgs. n.81/2008 ha dato molto rilievo al tema della prevenzione prevedendo all'art. 28 l'obbligo per il datore di lavoro di dedicare una considerevole parte del Documento Valutazione Rischi alla valutazione del rischio stress lavoro correlato. Ma questo non è sufficiente per garantire una piena tutela per il lavoratore per la quale sarebbe opportuno che l'INAIL riacquistasse la propria centralità nel rendersi promotore, come in passato, di concrete proposte per il riconoscimento dei disturbi psichici nel novero delle malattie professionali e, soprattutto, nel garantire quell'apporto collaborativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso causale che sembra aver perso.

Parole-chiave: *Depressione, malattia professionale, multifattorialità.*

* * *

INTRODUZIONE

Il fenomeno della depressione, ed in genere dei disturbi dell'umore, ha assunto un'incidenza sempre maggiore nel mondo del lavoro e sulla produttività delle aziende.

Secondo recenti ricerche, in Europa, a causa di tale patologia, sono state perse oltre 21.000 giornate di lavoro, un dipendente su dieci ha chiesto permessi

retribuiti ed uno su 10 ha perso il lavoro. In Italia, la situazione non è migliore: il 12% dei lavoratori soffre di forme di depressione più o meno accentuate; sono in media 23 i giorni annui di assenteismo sul lavoro dovuti al cd. male oscuro. La depressione sul lavoro, pertanto, è un fenomeno più sviluppato di quanto si creda e percepisca e l'importante aumento dei casi, anche tra i lavoratori, è stato tale da indurre l'INAIL, già nel 2001, ad approfondirne gli aspetti più complessi e controversi ed a dettare le linee guida ai fini del riconoscimento di tale patologia nel novero delle malattie professionali.

LA NOZIONE DI MALATTIA PROFESSIONALE

Per malattia professionale, detta anche tecnopatia, si intende uno stato patologico di un soggetto, determinato, in via esclusiva o concorrente, da una causa lenta (e spesso subdola) contratta nell'esercizio ed a causa di un'attività lavorativa morbigena. Essa si distingue dall'infortunio sul lavoro, il quale, invece, è determinato da una causa violenta verificatasi in occasione di lavoro. Al fine del riconoscimento della malattia professionale è, pertanto, necessario la concorrenza di due presupposti: *a*) la sussistenza di una patologia; *b*) la sussistenza di un rapporto causale, o concausale, diretto ed efficiente tra il rischio professionale, da intendersi non solo come attività lavorativa ma anche come ambiente in cui la stessa si svolge (cd. rischio ambientale) e la malattia.

La originaria normativa in materia (Segheri, 2016) prevedeva un sistema "a lista chiusa", costituito da tabelle che indicavano tassativamente le malattie riconoscibili come professionali e le lavorazioni che potevano esserne causa. Tale sistema, nel predeterminare il nesso causale necessario ai fini del riconoscimento della natura professionale di una patologia, aveva da, un lato, il pregio di agevolare il lavoratore grazie alla presunzione legale dell'origine professionale delle patologie; dall'altro, però, era estremamente rigido e non lasciava spazio al riconoscimento dell'origine professionale di patologie diverse da quelle indicate.

Successivamente, a seguito di due importanti arresti della Corte Costituzionale[1] che hanno tenuto conto anche delle innovazioni tecnologiche e dell'organizzazione del lavoro, nasceva un sistema cd. misto. Accanto alle malattie indicate nelle tabelle e per le quali vige la suddetta presunzione legale della loro origine lavorativa, sono state ritenute indennizzabili, altresì, tutte quelle patologie che il lavoratore dimostri siano state causate con un rilevante grado di probabilità dall'attività ovvero dall'ambiente lavorativo.

LA DEPRESSIONE COME MALATTIA PROFESSIONALE

Alla luce dei principii introdotti dalle citate sentenze del Giudice delle Leggi e recepiti dal D.Lgs. n. 38/2000 e delle innovazioni tecnologiche e organizzative dei processi produttivi, ha indotto l'INAIL a non trascurare il fenomeno dei disturbi psichici e della depressione nell'ottica del riconoscimento delle stesse nel novero delle malattie cd. professionali.

[1] Corte Cost. 18.2.1988 n. 179; Corte Cost. 25.2.1988 n. 206.

La depressione, pertanto, così come gli altri disturbi psichici può essere considerata di origine professionale solo se causata, oppure concausata in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro (cd. costrittività organizzativa) che siano strutturali, durature ed oggettive.

Tali situazioni sono state elencate nella Circolare INAIL n. 71 del 17.12.2003: Marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione degli strumenti di lavoro, ripetuti trasferimenti ingiustificati, prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto, prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psicofisici, impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie, inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro; esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale, esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo. La stessa circolare ha ritenuto, invece, di escludere dal rischio tutelato i fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro e le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni agli ambienti di lavoro che a quelli della vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazioni ecc.).

Tali elencazioni, quindi, pur allargando il concetto di "rischio tecnopatico assicurativamente rilevante" anche alle condizioni dell'attività e dell'organizzazione aziendale, definiscono in maniera ben precisa i margini entro i quali la depressione, così come tutti i disturbi psichici, può avere origine professionale riconducendola esclusivamente a situazioni, in un certo senso, patologiche del rapporto di lavoro, quali il cd. *mobbing* e la sua forma "affievolita" denominata *straining*"[2].

Tale circolare è stata, successivamente, annullata dalla Giustizia Amministrativa, la quale ha censurato l'allargamento del "rischio tecnopatico assicuramente rilevante" nei termini suddetti in quanto, allo stato della normativa vigente, la tutela assicurativa non può che riferirsi a quelle patologie contratte nell'esercizio di quelle lavorazioni, presuntivamente e preventivamente valutate pericolose dal legislatore.

Ad onor del vero, tale decisione non ha avuto rilevanti effetti pratici.

[2] Ege definisce lo *straining* come "una situazione di stress forzato sul posto di lavoro, in cui la vittima subisce almeno una azione che ha come conseguenza un effetto negativo nell'ambiente lavorativo, azione che oltre ad essere stressante, è caratterizzata anche da una durata costante. La vittima è in persistente inferiorità rispetto alla persona che attua lo straining (strainer). Lo straining viene attuato appositamente contro una o più persone, ma sempre in maniera discriminante" (Ege H., *Oltre il mobbing, Straining, Stalking ed altre forme di conflittualità sul posto di lavoro,* Franco Angeli ed. 2012). Tale forma di costrittività è stata per la prima volta definita in sede giudiziale dal Tribunale di Bergamo, giudice Bertoncini, con la sentenza resa in data 21.4.2005.

L'accertamento ed il riconoscimento della malattia professionale, infatti, è rimessa alla competenza del Giudice Ordinario, il quale, nell'ultimo ventennio, esprimendo un costante orientamento diametralmente opposto, ha anch'esso allargato il concetto di occasione di lavoro fino a ricomprendervi il cd. rischio ambientale.

L'evoluzione normativa, infine, ha reso merito alla Circolare INAIL anzidetta.

Il T.U. sulla sicurezza e la salute suoi luoghi di lavoro, infatti, nel recepire un insieme di direttive europee, ha introdotto, tra i rischi particolari che il datore di lavoro deve valutare e prevenire per tutelare la salute dei lavoratori, lo stress e ne ha individuato il contenuto nella quantità di lavoro eccessivo o insufficiente, nel tempo insufficiente per portare a termine il proprio lavoro nella mancanza di una chiara descrizione del lavoro da svolgere, nella precarietà del posto di lavoro, nell'incertezza della posizione occupata, nell'impossibilità di esprimere lamentele. Tali contenuti richiamano alla mente proprio l'elenco delle costrittività organizzative individuate dall'INAIL nella citata circolare.

L'ACCERTAMENTO DELL'ORIGINE PROFESSIONALE DELLA DEPRESSIONE

Nell'accertamento amministrativo dell'origine professionale della depressione, fondamentale è il ruolo dell'INAIL. In seguito alla denuncia da parte del lavoratore, infatti, oltre a procedere all'accertamento della sussistenza e della gravità della patologia lamentata, l'Istituto ha il compito istituzionale di attivarsi al fine di acquisire, attraverso ispezioni sul luogo di lavoro, riscontri oggettivi all'esistenza di ipotesi di costrittività organizzativa.

In caso di esperimento negativo dell'iter amministrativo, il lavoratore può impugnare il provvedimento di rigetto della propria istanza dinanzi al Tribunale competente in funzione di Giudice del Lavoro.

Se, però, nella fase amministrativa relativa al riconoscimento dell'origine professionale della depressione il lavoratore può "giovarsi" della collaborazione dell'INAIL e dei suoi poteri ispettivi, ben più difficile è fornire tale in ambito processuale in virtù della posizione di "controparte" che lo stesso istituto assume. La prova dell'origine professionale della depressione, in particolare, si dimostrerà particolarmente gravosa per il lavoratore causa la loro eziologia multifattoriale e non potrà consistere in semplici presunzioni desunte da ipotetiche tecniche teoricamente possibili, ma dovrà necessariamente tradursi nella concreta e specifica dimostrazione, secondo criteri di probabilità qualificata, della idoneità dell'esposizione al rischio a causare l'evento morboso.

È, pertanto, opportuno che il lavoratore, prima di intraprendere il giudizio, da un lato, raccolga elementi probatori per il riconoscimento della vantata patologia (certificati del medico di base, certificati specialistici dello psicologo e/o del medico psichiatra, una perizia medico-legale); dall'altro, precostituisca elementi probatori idonei a provare la sussistenza di una delle ipotesi di costrittività organizzativa (eventuali lettere di contestazione, schede di valutazione delle prestazioni eventuali email dal contenuto offensivo, ordini di servizio non attinenti al ruolo, ogni documento che possa essere utile per ricostruire la fattispecie).

CONCLUSIONI

I disturbi mentali e la depressione provocati da stress, mobbing e problemi relazionali sul posto di lavoro sono una malattia professionale sempre più denunciata, tanto che l'OMS stima che nel 2020 la depressione rappresenterà la seconda causa di inabilità in tutto il mondo.

Le "nuove malattie professionali" di origine ambientale ed organizzativa più che produttiva hanno un costo altissimo per i lavoratori, per le aziende e per lo Stato.

Il T.U. sulla sicurezza e la salute suoi luoghi di lavoro ha dato molto rilievo al tema della prevenzione prevedendo all'art. 28 l'obbligo per il datore di lavoro obbliga il datore di lavoro a dedicare una considerevole parte del Documento Valutazione Rischi alla valutazione del rischio stress lavoro correlato.

Ma questo non è sufficiente per garantire una piena tutela per il lavoratore. A sommesso avviso dello scrivente, è necessario che l'INAIL riacquisti la propria centralità nel rendersi promotore, come in passato, di concrete proposte per il riconoscimento dei disturbi psichici nel novero delle malattie professionali e, soprattutto, nel garantire quell'apporto collaborativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso causale che, negli ultimi tempi, sembra aver perso.

Bibliografia

Segheri L., *Diritti Sociali dalla A alla Z,* L&P Editrice.

Cerbone M., *Il giudice e l'INAIL nell'applicazione delle norme sulle malattie professionali*, in *I working papers di Olympus*, 32/2014, Univ. Degli studi di Urbino Carlo Bo.

Ege H., *Oltre il mobbing, Straining, Stalking ed altre forme di conflittualità sul posto di lavoro,* Franco Angeli ed. 2012.

Corrispondenza

Danilo Di Meo
Avvocato civilista del Foro di Napoli
Membro EDA ITALIA
E-mail: *avv.dimeo@gmail.com*

SPETTRO BIPOLARE E MUSICA

Sandro Elisei

Direttore sanitario, Istituto Serafico di Assisi
Docente di Psichiatria, Università di Perugia

L'alternanza o il coesistere di episodi di depressione e mania, è solo la punta estrema di un insieme di disturbi dell'umore che nel suo complesso si definisce Spettro Bipolare che delineano differenti condizioni psicopatologiche, classificati lungo un percorso che vede la condizione depressiva da un lato e la maniacalità al suo opposto. Una corretta diagnosi è fondamentale soprattutto per le fondamentali implicazioni nella scelta della corretta terapia.

Oggi, pur nella convinzione di vivere in un'epoca caratterizzata dal benessere, la depressione rappresenta uno dei principali problemi in materia di sanità, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel 2020 la depressione sarà la seconda causa di disabilità dopo le malattie cardiocircolatorie.

La storia della depressione inizia nella lontana Grecia antica, quando Ippocrate descrisse un particolare stato d'animo coniando la parola "malinconia", un termine che, letteralmente, significa "bile nera", nella convinzione che il disturbo nascesse da un eccesso di bile.

Quella lontana e pittoresca teoria umorale come causa di depressione, trova paradossalmente un curioso parallelo proprio nelle più moderne indagini biologiche, che hanno individuato un'alterazione "umorale" di alcuni mediatori chimici e neurotrasmettitori all'origine dei disturbi dell'umore: ecco quindi che alla teoria dell'eccesso di bile nata dall'intuito di Ippocrate, si sostituisce oggi quella dello squilibrio di serotonina e melatonina delle attuali evidenze scientifiche.

Fin dall'antichità dunque, i disturbi dell'umore, in particolar modo la malinconia, hanno sempre stimolato una grande curiosità negli osservatori del comportamento umano, in tutti campi della conoscenza: medicina, letteratura, teologia, pittura e musica.

Da sempre perciò, la malinconia, quando assume le caratteristiche patologiche della depressione, esprime l'incapacità umana ad agire, l'impoverirsi delle potenzialità, lo stato d'animo di chi non ha più fiducia, di chi è immerso nel proprio umore nero, il senso della di-sperazione e de-solazione, cioè la mancanza di speranza e di "sole".

La depressione è diventata per eccellenza la malattia dell'uomo moderno, delle sue contraddizioni e del suo complicato rapporto con se stesso e con gli altri.

Le riflessioni intorno a questo complesso stato d'animo fanno quasi da *trait d'union* tra pensiero antico e moderno, al punto che molti autori sono portati a considerare la malinconia come una "costante antropologica".

Anche la musica trova le sue origini da lontano e affonda le sue radici nella natura, piena di rumori e di suoni.

La musica infatti, attraverso gli strumenti che nel corso del tempo sono stati inventati per esprimere le più intime emozioni e le comunicazioni non verbali, accompagna l'uomo in tutti i momenti della sua esistenza individuale e collettiva; riesce a dar voce ad un arcipelago di emozioni, dalla gioia all'amore, dal dolore fino alla morte.

Il prodotto musicale, può essere letto e vissuto come esperienza relazionale e tradotto in impressioni e sensazioni che influenzano direttamente il vissuto emozionale.

Fin dagli albori delle vicende umane, si pongono alcuni quesiti strettamente legati a questi due aspetti: perché la malinconia è così spesso legata al mondo dell'arte, al punto che tanti uomini che spiccano nella poesia, nelle arti figurative o nella musica sono dei melancolici? La persona che vive un momento depressivo è innanzitutto un malato oppure è un essere umano ai limiti della sua esperienza di vita, ma capace ancora di "operazioni creative" addirittura non possibili all'individuo ordinario?

Sia il pensiero antico che la psichiatria moderna si interpellano spesso su questi dubbi.

L'opinione che il talento artistico sia spesso connesso a spese dell'equilibrio psichico, ha avuto ed ha un vasto seguito; in passato come oggi, le interpretazioni e i pareri sono discordi anche perché in letteratura e nel linguaggio popolare, si è spesso fatto uso di una terminologia che spesso si è rivelata ambigua e che non ha contribuito a rispondere a molte delle domande aperte.

Il termine "malinconia" ad esempio ha assunto varie "sfumature" di significato per diventare, di volta in volta, una malattia o una semplice stravaganza, ma anche una particolare attitudine alla meditazione e alla contemplazione.

La relazione tra creatività e depressione perciò, costituisce un enigma che affascina ed inquieta il pensiero da millenni e lo stereotipo dell'artista eccentrico o dello scienziato pazzo ha spesso svolto un ruolo di protezione, nell'immaginario collettivo, nei confronti della paura che la malattia psichica suscita nella maggioranza delle persone, anche quando si esprime nell'eccellenza.

In quest'ottica, la "malinconia dei musicisti" si configura spesso tra i limiti sfumati della ispirazione creativa o di una stravaganza del comportamento dell'artista; sicuramente, caratterizza le persone che riescono in un compito apparentemente impossibile: trasformare uno stato d'animo di tristezza in una vera e propria forma artistica compiuta.

Quali siano i nessi tra la natura melanconica e la produzione artistica, tra essere un paziente o essere un artista, tra la commozione suscitata da un'opera e la psicologia del musicista, è una questione che suscita domande complesse a cui non si possano dare risposte semplici e concordi; di certo però, stimolano in tutti riflessioni, sentimenti ed emozioni.

È indubitabile che nei secoli si sia sviluppata un'affinità tra chi si interessa del mondo della mente e chi si occupa del mondo della musica, evidenziando anche una serie di legami suggestivi che legano questi due mondi; ad esempio entrambi "lavorano" sulle emozioni.

Infatti, noi conosciamo le "cose di questo mondo" non solo attraverso la semplice razionalità astratta e calcolante, ma anche con il linguaggio del cuore, che "parla" attraverso una varietà di sentimenti quali l'amore, il dolore, la nostalgia, la vergogna, la tenerezza, l'ansia, il timore di vivere o di morire, la gelosia, la timidezza, la paura, la gioia, la tristezza, la malinconia.

Le emozioni, nelle loro connotazioni tematiche, sono molteplici, ma l'elemento che le accomuna è dato dal fatto che tutte riescono a portarci fuori dai confini del nostro Io, ci mettono in contatto con il mondo delle cose e delle persone e ci consentono di cogliere non solo il senso di ciò che "noi" proviamo, ma anche ciò che "l'altro" prova. Gli Africani del Sud parlano di "Ubuntu" cioè "io esisto perché mi vedo attraverso di te".

Fa parte della straordinaria ricchezza della vicenda umana perciò, la possibilità di sperimentare e comunicare stati affettivi intensi e variegati, che spaziano tra i poli opposti delle esperienze: dalla pienezza nella felicità fino alla desertificazione nella tristezza.

Tristezza ed euforia sono perciò condizioni tipicamente umane che svolgono una funzione adattiva molto importante, perché ci permettono di modulare le nostre risposte al mutare delle circostanze, favorendo l'adozione di modelli comportamentali più adeguati al contesto.

Quando le oscillazioni del tono dell'umore vanno oltre le richieste adattive e manifestano un'alterazione della durata e dell'ampiezza, allora hanno origine quelle condizioni psicopatologiche caratteristiche dei disturbi bipolari, che sono scanditi da un'oscillazione ciclica tra prostrazione ed euforia maniacale, tra depressione ed eccitamento, tra eloquio eccessivo e ostinato silenzio.

Questi due aspetti, possono trovare nella musica una materializzazione esplicita e facilmente decifrabile; è il caso, ad esempio, del movimento finale del "Quartetto per archi op 18 n. 6 del giovane Beethoven intitolato appunto "La malinconia" dove l'oscillazione ciclotimica è tutta giocata sull'alternanza tra tempi lenti e tempi veloci.

Theodor Amadeus Hoffman ammette che è difficile stabilire con rigore, quanto l'essere malinconico dei musicisti sia percepibile nella loro arte e quanto condizioni la loro ispirazione e il tipo di musica.

La musica è fatta di emozioni organizzati; il musicista crea suoni che hanno una coerenza interna e molti studiosi concordano nell'affermare che i grandi capolavori nascono da una perfetta sintesi tra la musica interna del compositore e la sua capacità di piegare ad essa le risorse della tecnica e del mestiere; la melodia possiede la magica facoltà di commuovere l'animo umano"

In questo senso, il musicista è colui al quale la musica interna "sale a livello della coscienza"; egli perciò trasforma ogni cosa osservata nel mondo, in suoni, melodie ed armonie, che vibrano di continuo nella parte più profonda del suo Io.

La musica esprime e contemporaneamente nasconde tutte le sfumature del pensiero e dell'immaginazione; la musica sostituisce gli stati d'animo ai concetti, le emozioni e i sentimenti alle parole.

Per Schumann, la musica apre uno spiraglio all'esistenza dell'immaginario, circoscrivendo uno "spazio di pensiero" in cui l'Io può tentare di riformulare la realtà con nuove intonazioni, I sentimenti, le passioni e le emozioni, cioè la ma-

teria prima dell'ispirazione, costituiscono la condizione per una "creazione musicale capace di rappresentare dei contenuti".

Il linguaggio musicale perciò, non è semplicemente un mezzo utile ad esprimere i sentimenti, ma è anche uno strumento privilegiato adatto a manifestare le *reveries* amorose e melanconiche, le esigenze dell'anima, i sentimenti indefiniti e misteriosi che le parole non sanno esprimere.

La musica riesce ad esprimere le più fini sfumature del sentimento e a "mandar luce nel profondo del cuore umano".

L'ascolto della musica diventa quasi analogo al tipico modo di ascoltare durante la psicoanalisi, caratterizzato da una modalità di ascolto fluttuante, cioè non preordinato: in entrambe le situazioni si ascolta "qualcos'altro" rispetto al brano musicale o alle parole dell'analizzato.

L'analista infatti, nel suo lavoro terapeutico, compie operazioni integrative molto simili alla prassi del musicista; infatti, egli cerca di far risuonare in se stesso (come in una cassa armonica interiore) il tono vocale, il respiro, il pianto, il silenzio, che rappresentano elementi e stimoli che possono contare spesso più delle parole.

Allo stesso modo, quando ascoltiamo un brano musicale si possono cogliere pensieri ed immagini direttamente prodotti dai suoni musicali, così come possiamo cogliere l'umore ''ascoltando'' le parole.

La musica quindi, ha "poteri" speciali e misteriosi sulla persona: come le parole del terapeuta, trasmette messaggi simbolici più o meno significativi, capaci addirittura di modificare il nostro stato d'animo e il nostro sguardo sulle cose della vita.

La musica parla all'anima, ma anche l'anima ha bisogno della musica.

In conclusione: fa parte dell'esperienza umana trovarsi spesso nella condizione di dover contrastare, attenuare e affrontare i disturbi del nostro umore; è proprio durante questi momenti che non dobbiamo dimenticare che, se la malinconia, come malattia depressiva, fa morire ogni musica e creatività, come introspezione e atteggiamento positivo, è anche il presupposto di cambiamento, di creatività, di speranza e di riparazione delle nostre ferite.

Bibliografia

Binswanger L. *Malinconia e mania.* Boringhieri Ed. Torino, 2002.
Borgna E. *L'arcipelago delle emozioni.* Feltrinelli Ed. Milano, 2005.
Cooke D. *The language of Music.* Oxford Ed., 1959.
D'Alessandro P. *Le armonie della mente.* Morlacchi Editore, 2016.
Galimberti U. *Paesaggi dell'anima.* Mondadori Ed. Milano, 1996
Lombroso C. *L'uomo di genio.* Roma, 1984.
Shumann R. *La musica romantica.* Trad. it. Torino, 1979.
Volterra V. *Melancolia e Musica.* Franco Angeli Ed. Milano, 2002.

Corrispondenza

Sandro Elisei
Direttore sanitario, Istituto Serafico di Assisi
Docente di Psichiatria, Università di Perugia
E-mail: *sandro.elisei@unipg.it*

VECCHI E NUOVI DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Luigi Juli

Psichiatra-psicoterapeuta
Referente DCA presso il CSM di Catanzaro

Nutrirsi, attraverso il comune atto del mangiare, non ha il solo scopo di estrarre energia dai cibi, necessario per il buon funzionamento dell'organismo ed assicurare buone performances mentali. Gli individui, probabilmente sin dagli albori, hanno aggiunto modalità, simbolismi e molteplici valori. Già nell'antico testamento un forte legame congiungeva cibo e religiosità considerandolo un dono divino o propiziatorio. Tracce ulteriori si rilevano nel nuovo testamento e nelle opere agiografiche più recenti. Dunque la manna nel deserto, la moltiplicazione miracolosa, il digiuno, la selezione dei cibi, le modalità ed i contesti per il consumo, configurano altri significati, simboli, liturgie. Ed ancora nutrirsi, cibarsi, è comunicazione di un corpo (ed una mente) che allatta, che si emacia, che si ingrandisce ovvero che socializza o condivide. Nelle società c. d. occidentalizzate, dove la disponibilità di cibi da oltre mezzo secolo è assicurata, difetti di espressione e comunicazione possono dar luogo a difetti e/o Disturbi.

L'uso transazionale del cibo può essere una condizione essenziale per lo sviluppo ed il mantenimento di un disturbo del comportamento alimentare (DCA) o di più semplici quadri di abitudini o "discondotte" alimentari (L. Juli 2010).

I più comuni DCA, ricevono un primo inquadramento nosografico tra gli anni 70 ed 80 con continue revisioni imposte da un rapido incremento dei più comuni quadri psicopatologici ad elevata diffusione tra gli adolescenti e giovani adulti.

I principali DCA scorrono lungo criteri e modalità di classificazione sia assiale che dimensionale. Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, rappresentano quadri psicopatologici a sempre più elevata incidenza e prevalenza, mentre i disturbi Non Altrimenti Specificati riuniscono molteplici entità cliniche con difficoltà di collocazione nosografica.

L'Anoressia Nervosa (AN) è caratterizzata da:

– Una rilevante perdita del peso corporeo;
– Paura di ingrassare anche se si è in condizione di sottopeso;
– Alterazioni della propria immagine corporea

La Bulimia Nervosa (BN) è caratterizzata da:

– Abbuffate alimentari ricorrenti con perdita del controllo;
– Intensi sensi di colpa;

– Tentativi di compenso tesi ad evitare l'incremento ponderale, come ad esempio autoinduzione di vomito, uso improprio di diuretici, lassativi, enteroclismi, ecc.;
– Digiuno protratto e/o esercizio fisico eccessivo;
– Bassa autostima influenzata da peso e forma corporea

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) non prevede comportamenti di compenso per cui i soggetti spesso vanno incontro ad incremento ponderale ed obesità.

I Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati comprendono numerosissimi disordini che non soddisfano a pieno modalità e criteri per uno specifico inquadramento nosografico.

Tutti i DCA sono più frequenti nel sesso femminile: per l'Anoressia Nervosa i maschi rappresentano il 5,5% dei casi, nella Bulimia Nervosa il 10-15%, mentre nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata fino al 40%.

L'età d'insorgenza di AN e BN è compresa tra i 15 ed i 19 anni con una progressiva tendenza all'abbassamento dell'età d'esordio o di quadri premorbosi; nel DAI essa è distribuita in un ampio intervallo che va dall'infanzia alla terza età.

La comparsa di un qualsiasi DCA a seconda della gravità del quadro psicopatologico e del suo andamento nel tempo, spesso comporta compromissioni gravi del funzionamento sociale, relazionale, scolastico, lavorativo. Frequentissima la presenza di conflittualità familiare ed interpersonale fino a creare "seconde vittime" (L. Juli 2012).

Disturbi Depressivi, Disturbi d'ansia, Disturbi di Personalità, Uso/Abuso di alcool o Sostanze, si trovano spesso in comorbilità.

Pur trattandosi di patologie di competenza psichiatrica molte complicanze organiche possono verificarsi a carico di tessuti, organi o apparati sensibili agli effetti di un eccesso o difetto di nutrienti. Ne conseguono disabilità multiple ed elevato rischio di mortalità tra i giovani.

L'eziopatogenesi, ancora non del tutto chiarita, pretende un modello biopsicosociale.

Recenti studi genetici di linkage hanno dimostrato che alcune aree cromosomiche sono implicate non solo in una aumentata vulnerabilità ma anche alla espressione fenotipica dei DCA. Ad esempio al cromosoma 4 sarebbe correlato l IMC, ai cr. 6 e 9 l'ossessività, al cr. 15 l'ossessività per il cibo. L'individuazione di endofenotipi potrà in futuro fornirci più dettagliate risposte rispetto alla predisposizione, vulnerabilità, fragilità ed esposizione al rischio.

Fattori familiari favorenti l'insorgenza ed il mantenimento di DCA possono essere: genitori conflittuali o separati, genitori periferici o ossessivi oppure alcolisti o affetti da gravi patologie depressive.

Fattori socioculturali sia storici che attuali possono essere il primum movens verso abitudini e comportamenti ad elevata carica patogena. Palestre, scuole di danza, stilisti, concorsi di bellezza, industrie alimentari possono concorrere alla creazione ed esaltazione di falsi modelli di riferimento. Altre significative cause

possono essere correlate ad abuso psicofisico recente o passato; gravi disturbi d'ansia o malattie depressive.

Le più comuni complicanze mediche della AN sono:
– Cute secca e distrofica, segno di Russell;
– Fragilità dei capelli e comparsa di lanugo;
– Alterazioni del cavo orale con gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari, erosione dello smalto e della dentina;
– Esofagiti con reflusso gastroesofageo, ritardo dello svuotamento gastrico, erosioni ed ulcere esofagee, stipsi, emorroidi, prolasso rettale, ecc.;
– Bradicardia, ipertensione arteriosa, prolasso mitralico e tricuspidale, aritmie da alterazioni elettrolitiche, allungamento del tratto QT e del tratto QRS, depressione del tratto ST ed inversione dell'onda T, riduzione del volume cardiaco (cuore a goccia);
– Osteopenia, osteoporosi, ipotrofia muscolare, fragilità ossea;
– Ipoglicemia, ipotermia, dislipidemia, disidratazione, chetosi, chetonuria, iperazotemia e iperuricemia, ipoprotidemia, alcalosi metabolica, ipocloriemia, ipopotassiemia, iponatriemia, ipomagnesemia, ipofosfatemia;
– Amenorrea, ipotiroidismo, riduzione della leptina, aumento della grelina.

Le più importanti complicanze mediche della BN sono:
– Cute secca e distrofica, segno di Russell, petecchie peripalpebrali, emorragie congiuntivali, irritazioni ed ulcerazioni periorali;
– Ipertrofia delle ghiandole salivari, erosione dello smalto dentale, gengiviti;
– Ipopotassiemia;
– Bradicardia, aritmie cardiache
– Infiammazioni del colon

Le più comuni complicanze mediche del BED sono:
– Obesità patologica, diabete mellito di tipo 2;
– Ipertensione arteriosa, placche aterosclerotiche, varici agli arti inferiori;
– Dispnea notturna ed insufficienza respiratoria;
– Lesioni cartilaginee agli arti inferiori, lesioni artrosiche diffuse;
– Sfiancamento delle pareti gastriche, epatomegalia, calcolosi della colecisti

Le più importanti complicanze psichiche sono: Depressione Maggiore, Gravi disturbi d'Ansia, Psicosi, Suicidio.

I "NUOVI DCA"

Disturbi del comportamento alimentare di recente osservazione ed impropriamente denominati "nuovi" DCA, sono patologie emergenti a sempre più larga diffusione tra gli adolescenti e i giovani adulti, con o senza alterazioni dell'immagine corporea ma con idee ossessive sul cibo e comportamenti inconsueti. L'Ortoressia, la Vigoressia, il disturbo da Abbuffate Notturne, il disturbo del Mastica e Sputa, il Piluccamento e le mode alimentari sebbene non possono essere considerate entità patologiche ma possono essere prodromiche ad un vero e proprio DCA.

TRATTAMENTO DEI DCA

Non ancora disponibile è un protocollo univoco di prevenzione e cura dei DCA. Sono tuttavia in continuo divenire linee guida nazionali ed internazionali che prevedono un approccio multidisciplinare integrato, ovvero un insieme di figure professionali formate ed esperte che adoperino un comune linguaggio. Nessuna terapia farmacologica ha indicazione specifica per la cura dei DCA. Tuttavia più classi di farmaci sono disponibili per il trattamento dei disagi psichici spesso a questi correlati. La psicoterapia e gli interventi psicoeducazionali integrati giocano un ruolo essenziale per un miglioramento ed una eventuale guarigione dai disturbi.

Convenzionalmente si distinguono più livelli di cura che partono dal medico di medicina generale o dal pediatra con un successivo livello ambulatoriale e la presenza di vari specialisti ed altre figure con competenze psicoeducazionali. I casi più complessi possono richiedere un regime di cura di tipo semiresidenziale o residenziale per un limitato periodo di tempo. Il ricovero ospedaliero va riservato a complicanze severe con pericolo di vita o di danni irreversibili.

Corrispondenza

Luigi Juli
Psichiatra-psicoterapeuta
Referente DCA presso il CSM di Catanzaro
Vle Stazione 60/am 88100, Catanzaro
Cell.3337994440
E-mail: *luigijuli@libero.it*

COME ORIENTARE LA PSICOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

Annapaola Altieri[1], **Maria Rosaria Juli**[2]

[1] *Psicologa- psicoterapeuta famigliare*
[2] *Psicologa-psicoterapeuta strategica*

RIASSUNTO

Nessuna terapia dovrebbe respingere un qualsiasi metodo che possa alleviare la malattia: non vi sono due pazienti che possono essere curati esattamente nello stesso modo. Ed è certo che la complessità della diagnosi e del trattamento dell'individuo e/o della famiglia richiede una grande flessibilità. Flessibilità che implica necessariamente che il terapeuta esca dal rigore metodologico e colga a pieno l'unicità della storia del paziente, dei suoi bisogni e delle sue trame relazionali. La depressione paralizza il paziente designato e congela l'intero sistema famiglia: quale pratica psicoterapeutica seguire? Come orientare la psicoterapia? Il presente lavoro parte dalla considerazione che la depressione è malattia che coinvolge l'intero sistema famiglia e/o relazionale dell'individuo (Andolfi, et al., 2011).
Il campione è costituito da 14 pazienti, 10 donne e 5 uomini di età media di 39 anni. Tutti hanno una diagnosi di Depressione. Il campione è stato suddiviso in gruppo di controllo (7 pazienti che hanno seguito regolarmente il percorso individuale ad orientamento psicodinamico) e gruppo sperimentale (7 pazienti ai quali, oltre al percorso individuale, è stato proposto un numero di 7 consulenze familiari con cadenza mensile). La durata stabilita del percorso psicoterapeutico è di circa 9 mesi. I risultati mostrano un netto miglioramento del tono dell'umore e qualità della vita nei pazienti sottoposti alle consulenze familiari. L'integrazione del modello psicodinamico e quello sistemico-relazionale evidenzia nel gruppo sperimentale una media dell'indice di miglioramento pari al 31,06% rispetto al gruppo di controllo la cui media dell'indice di miglioramento è del 3,68%. Tali risultati ci spingono a riflettere sul fatto che l'unica terapia efficace è quella aperta ad integrazioni e arricchimenti sia teorico-concettuali sia tecnici.

Parole-chiave: *depressione, terapia individuale nella depressione, terapia familiare nella depressione, consulenza sui sintomi depressivi.*

* * *

INTRODUZIONE

Secondo i nuovi dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 300 milioni di persone, ovvero circa il 4,4% della popolazione mondiale, è affetta da depressione. Recenti studi statistici evidenziano che in Europa un terzo della popolazione è affetta da disturbi psichici di cui il 12% è depresso. Gli stessi studi sottolineano che in Italia questa percentuale è dell'11% e così appare per i Paesi Latini, mentre il resto d'Europa arriva anche al 14%. L'OMS prevede che nel 2020 la depressione sarà la seconda malattia per la frequenza nel mondo,

dopo le malattie cardiovascolari e nel 2030 la depressione sarà la prima malattia per frequenza nel mondo. I quadri clinici del Disturbo Depressivo sono diversi, di maggior o minor gravità. Fra questi i sintomi principali sono: Iperattività alternata a periodi di serio rallentamento psicomotorio, Umore depresso e/o irritabile, Comportamento Antisociale, Abuso di sostanze (alcoliche o stupefacenti), Disturbo della Condotta Alimentare, Ideazione Suicidaria, Senso di disperazione, Anedonia e apatia generalizzata, Deliri ed allucinazioni, Iper/Ipo attività sessuale, Insonnia/Ipersonnia, Ridotta capacità di concentrazione, Disturbi gastrointestinali, cefalee e somatizzazioni varie (Tavormina, 2013).

La depressione è una predatrice di vita, deforma il passato, il presente e il futuro. Molto spesso il vissuto di chi vive accanto ad una persona malata di depressione è di smarrimento, confusione, impotenza, frustrazione ed esasperazione. Nel tentativo di aiutare il proprio caro, i familiari finiscono per farsi fagocitare dalla depressione dell'altro. La sofferenza della persona malata agisce come onda d'urto nel contesto in cui l'individuo è inserito: il dolore di un figlio, di una madre, di un padre coinvolge – e sconvolge al tempo stesso – l'intero nucleo familiare; l'intero sistema familiare ha la sensazione di "essere malato" (Bowen, 1979). Sulla base di quanto detto consideriamo che l'approccio terapeutico ai disturbi dell'umore dovrebbe partire da una valutazione non solo individuale, ma anche psicosociale della famiglia nel suo insieme (Andolfi, et al., 2011).

Per sua natura, la psicoterapia è un'esperienza interpersonale, ogni decisione concernente i suoi obiettivi e i criteri della sua efficacia deve tener conto tanto delle esigenze del paziente quanto del metro di giudizio del terapeuta. Valutazioni di questo genere, così come la decisione in merito all'integrazione di due orientamenti terapeutici (quello psicodinamico e quello sistemico/relazionale), non dovrebbe mai rispecchiare soltanto in modo unilaterale la volontà del terapeuta, ma piuttosto il consenso tra terapeuta e paziente.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di descrivere in termini qualitativi i risultati ottenuti al termine di un intervento psicoterapico su pazienti con diagnosi di depressione, al fine di dimostrare che nessuna delle tecniche psicoterapeutiche è di per sé completa, dal momento che ognuna guarda aspetti diversi del processo patologico.

CAMPIONE

Il campione è costituito da 14 pazienti di cui 10 donne e 5 uomini di età media di 39 anni, tutti con diagnosi di depressione. Otto di loro chiedono una psicoterapia sulla base di diagnosi psichiatrica di depressione maggiore e contemporaneamente seguono una cura farmacologica; sei si rivolgono spontaneamente allo psicoterapeuta per iniziare un percorso presentando allo stesso modo sintomi depressivi invalidanti.

Il campione è stato diviso in gruppo di controllo (7 pazienti che hanno seguito regolarmente il percorso individuale) e gruppo sperimentale (7 pazienti ai quali, oltre al percorso individuale, è stato proposto un incontro mensile con la presenza dei familiari). Il gruppo di controllo è costituito da pazienti che hanno seguito da almeno 3 mesi una cura farmacologica e si sono mostrati resistenti alla

convocazione dei membri della famiglia d'origine e/o nucleare. Del gruppo di controllo un solo paziente sottoposto a cura farmacologica da sole due settimane ha accettato di convocare i familiari.

STRUMENTI

Per un inquadramento della personalità ai pazienti è stato somministrato il **Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2** (MMPI-2, Pancheri, P.; Sirigatti, S. *MMPI-2. Manuale di istruzione*, Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2002) ed il **World Health Organization Quality Of Life,** (WHOQOL-BREVE, G. De Girolamo, M.A. Becchi, F.S. Coppa, D. De Leo, G. Neri, P. Rucci, P. Scocco, 2001).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2: Questionario di 567 item a doppia alternativa di risposta ("vero" o "falso"), consta di otto *scale di validità*, dieci *di base*, sedici *supplementari*, quindici *di contenuto*, le cinque *PSY-5* e 27 sottoscale relative alle *componenti delle scale di contenuto*, 28 sottoscale di *Harris-Lingoes* e 3 sottoscale *Si*.

Le scale di validità, servono ad accertare con quale accuratezza e sincerità il soggetto ha compilato il questionario. La scala **L** misura la tendenza a fornire un'immagine di sé socialmente accettabile; la **F** è un indice della validità del test; la **K** evidenzia l'atteggiamento difensivo verso le indagini psicologiche; la **Fb** permette di valutare il mantenimento d'attenzione durante la somministrazione; la **VRIN** e la **TRIN** la tendenza a rispondere vero o falso alle domande per dare un'immagine non credibile di sé; **Fp** (*Frequenza-Psicopatologica*) fornisce una misura delle risposte attinenti ad aspetti ad aspetti psicopatologici e infrequentemente fornite dalla popolazione generale e da pazienti psichiatrici in regime di ricovero; **S** (*Superlativa Presentazione di Sé*) valuta l'approccio difensivo assunto nella compilazione del questionario.**Scale di base e relative sottoscale**, vanno a sondare le dimensioni più significative della personalità. La scala **Hs** (*Ipocondria*) riguarda problemi fisici caratteristici dei nevrotici ipocondriaci; la **D** (*Depressione*) varie forme sintomatiche di depressione; la **Hy** (*Isteria*) problemi somatici e paure, tipici di soggetti affetti da isteria di conversione; la **Pd** (*Deviazioni psicopatiche*) riguarda personalità psicopatiche, sociopatiche, caratterizzate da carenza di controllo sulle risposte emotive; la **Mf** (*Mascolinità-femminilità*) l'insieme degli interessi mascolini o femminili; la **Pa** (*Paranoide*) i sintomi paranoidi (ideazioni deliranti, fragilità psicologica e manie di grandezza); la **Pt** (*Psicoastenia*) le fobie e i comportamenti ossessivo-compulsivi; la **Sc** (*Schizofrenia*) le esperienze insolite e le sensibilità particolari tipiche degli schizofrenici; la **Ma** (*Mania*) gli stati maniacali di moderata entità (idee di grandezza, alto livello di attività); la **Si** (*Introversione sociale*) le difficoltà sperimentate in situazioni sociali. La standardizzazione delle scottoscale *Harris-Lingoes* e *Si* mette a disposizione del professionista ulteriori indici per compendere i correlati di particolari scale cliniche. **Scale supplementari**, approfondiscono la trattazione dei problemi clinici e dei vari disturbi. La scala **A** (*Ansia*) valuta il livello di stress, disagio o stato emotivo turbato; la **R** (*Repressione*) il livello di convenzionalità, sottomissione e tendenza ad evitare situazioni spiace-

voli; la **Es** (*Forza dell'Io*) la capacità di trarre profitto dalla psicoterapia; la **MAC-R** (*Scala MacAndrew dell'alcolismo corretta*) la presenza di problemi di tossicodipendenza o alcolismo; la **O-H** (*Ostilità ipercontrollata*) la capacità di tollerare la frustrazione; la **Do** (*Leadership*) la tendenza ad assumere il controllo nelle relazioni interpersonali; la **Re** (*Responsabilità sociale*) il livello di responsabilità sociale percepito; la **Mt** (*Disadattamento scolastico*) discrimina tra studenti emotivamente adattati e non. Le scale **Gm** e **Gf** (*Scale di ruoli sessuali*) forniscono indicazioni sulla percezione del ruolo sessuale. Le **Pk** e **Ps** (*Scale di disturbo da stress post-traumatico*) diagnosticano questo tipo di disturbi. La **MDS** (*Scala di disagio coniugale*) identifica contrasti nelle relazioni di coppia; la **APS** (*Scala di tossicodipendenza potenziale*) la potenzialità a sviluppare problemi e dipendenza da sostanze; la **AAS**(*Scala di ammissione di tossicodipendenza*) concerne tale abuso, la **Ho** (*Ostilità*) identifica le persone che possono lavorare armoniosamente all'interno di un gruppo e stabilire rapporti positivi con gli altri.

Scale di contenuto e relativi componenti, permettono di descrivere diverse variabili di personalità. La scala **Anx** (*Ansia*) mette in luce sintomi generali di ansia, problemi somatici, difficoltà di sonno e concentrazione; la **Frs** (*Paure*) le fobie; la **Obs**(*Ossessività*) l'ossessività; la **Dep** (*Depressione*) pensieri significativamente depressivi; la **Hea** (*Preoccupazioni per la salute*) individua soggetti che dichiarano sintomi fisici su tutto il corpo; la **Biz** (*Pensiero bizzarro*) processi di pensiero di tipo psicotico; la **Ang** (*Rabbia*) problemi di controllo della rabbia; la **Cyn** (*Cinismo*) convinzioni misantropiche; la **Asp** (*Comportamenti antisociali*) soggetti che hanno avuto problemi di comportamento antisociale nel passato; la **Tpa** (*Tipo A*) soggetti del tipo A; la **Lse** (*Bassa autostima*) persone con bassa opinione di sé; la **Sod** (*Disagio sociale*) il disagio a stare in gruppo; la **Fam**(*Problemi familiari*) la presenza di conflitti familiari; la **Wrk** (*Difficoltà di lavoro*) quella di contrasti sul lavoro; la **Trt** (*Indicatori negativi di trattamento*) gli atteggiamenti negativi verso i trattamenti di salute mentale. Sono adesso disponibili anche le 12 sottoscale delle componenti che evidenziano aspetti tematici distinti e dotati di significato per la relativa scala di contenuto. **Scale PSY5,** consentono rilevanti collegamenti teorici con modelli di personalità e di psicopatologia attuali.

La scala **AGGR** (*Aggressività*) prende in considerazione l'aggressione strumentale e offensiva; la **PSYC** (*Psicoticismo*) valuta il distacco dalla realtà; la **DISC** (*Alterazione dell'Autocontrollo*) analizza la disinibizione comportamentale; la **NEGE** (*Emozionalità Negativa/Nevrocitismo*) individua la predisposizione a provare effetti ed emozioni negative; la **INTR** (*Introversione/Bassa Emozionalità Positiva*) valuta la capacità di provare gioia o di coinvolgere positivamente da un punto di vista affettivo.

World Health Organization Quality Of Life: È un questionario che valuta il costrutto della qualità della vita. Nasce dalla proposta dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) quando ha posto l'accento sulla necessità di valutare lo stato di salute del paziente, in particolare puntualizza la definizione di Salute: la salute come la percezione del soggetto di vivere una vita in relazioni adeguate in base alle sue esigenze e non in assenza di malattia. La maggior parte degli strumenti forniscono una valutazione dell'impatto che la malattia ha sull'individuo e

non valutano la Qualità della vita in termini di percezione soggettiva da parte del paziente.

Il questionario si basa su un modello che considera la salute come capacità evolutiva positiva cioè deve inglobare tante aspettative. Tale strumento consente di calcolare rapidamente la media dei punteggi delle aree interessate, ma non la valutazione delle singole aree; consente inoltre di individuare le aree della vita del paziente maggiormente compromesse dalla malattia, e inoltre ci fornisce una guida al trattamento. I punteggi elevati esprimono una Qol (Qualità della Vita) elevata. Le aree interessate sono:

Area Fisica (dolore e malessere fisico, energia e stanchezza, sonno e riposo);

Area Psicologica (emozioni positive, capacità di ragionamento, apprendimento, memoria e concentrazione, autostima, immagine corporea e aspetto esteriore, emozioni negative);

Rapporti Sociali (rapporti interpersonali, sostegno sociale, attività sessuale);

Ambiente (sicurezza e incolumità fisica, ambiente domestico, risorse economiche, assistenza sanitaria e sociale, opportunità di acquisire nuove conoscenze e abilità, partecipazione e opportunità ricreative e di svago, ambiente fisico, trasporti).

METODO

La durata del percorso psicoterapeutico è stata di 9 mesi; ciascuno dei pazienti seguiva una psicoterapia individuale con una frequenza settimanale. I test sono stati somministrati durante i primi tre incontri ed a distanza di quattordici mesi è stato concordato un follow up testologico.

Le consulenze familiari, proposte al gruppo sperimentale, sono state effettuate a cadenza mensile per un numero totale di 7 incontri e sono state strutturate nel modo seguente:

incontro di coppia: analisi delle modalità comunicative. Nella depressione si riscontra un'elevata incidenza di due modalità comunicative: la squalifica e i messaggi paradossali. Attraverso la storia narrata emerge la modalità comunicativa della coppia, il sintomo viene risignificato e la storia vissuta ristruttura la relazione attraverso il linguaggio verbale (Feixas, et al., 2014).

Incontro di coppia: analisi delle modalità di relazione. Nella depressione il comportamento di *care eliciting* è particolarmente evidente ed esasperato. Solitamente si mantiene costante per tutta la durata della fase depressiva e, in alcuni casi, oltre la fase, richiamando interventi consolatori e rassicuranti da parte degli altri e soprattutto da parte del proprio partner. Si tratta di cicli interattivi suscettibili di essere ripetuti più volte durante ogni singolo episodio depressivo. Attraverso l'analisi comportamentale del "qui ed ora" l'obiettivo in questa fase è quello di provare a rompere pattern comportamentali disfunzionali (Loriedo, 2004).

Coinvolgimento sottosistema figli. Lavorando con il sottosistema figli indirettamente emergono le funzioni genitoriali con l'obiettivo di restituire al genitore depresso le proprie competenze come care giver.

Il sintomo e la traduzione analogica. Durante questo incontro, che avviene con l'intera famiglia nucleare, si analizza il sintomo, la "funzione relazionale" e le

conseguenze in termini emotivi che ciascun componente della famiglia sperimenta sulla sua pelle (Satir, 1967).

Feedback sullo stato attuale del sintomo.

Coinvolgimento del trigenerazionale. Per i membri della famiglia salire e scendere da un piano generazionale all'altro permette di incontrarsi con mondi relazionali diversi dal proprio. Inoltre gli scambi intergenerazionali diventano ambiti elettivi per la diagnosi (Framo, 2011).

Incontro conclusivo

La terapia individuale e le consulenze familiari sono state condotte da due terapeuti diversi; ogni nuovo "attore relazionale" (dal terapeuta familiare a ciascun membro della famiglia convocato in seduta) diviene elemento di novità che aggiunge all'interazione una dimensione nuova che rappresenta un importante stimolo all'emergere di risorse nascoste del paziente designato e all'evoluzione stessa del sistema famiglia (Selvini Palazzoli, et al. 1975). Passo dopo passo, la diagnosi e la terapia familiare procedono attraverso una serie di sedute pianificate con l'obiettivo di ridefinire il ruolo del familiare del malato senza sostituirsi né a lui né ai curanti e di rendere chiaro il messaggio rispetto alle possibilità? di cura del disagio e della malattia.

RISULTATI

I risultati mostrano un netto miglioramento dei pazienti del gruppo sperimentale; l'indice di miglioramento del tono dell'umore e della qualità della vita è pari al 31,06% rispetto al gruppo di controllo la cui media dell'indice di miglioramento è pari al 3,68%. La terapia individuale integrata con le consulenze familiari sembrano non solo portare il paziente ad una maggiore consapevolezza della propria depressione, ma a rivolgersi verso l'esterno. Solitamente, la famiglia del depresso presenta confini poco permeabili. Il partner sano ha a volte qualche rapporto di amicizia o, meglio, qualche rapporto in cui assume il suo abituale atteggiamento parentale e stabilisce l'ennesima relazione di aiuto. Il paziente identificato, dal canto suo, ha solo relazioni superficiali con persone che mantengono nei suoi confronti benevoli atteggiamenti di rassicurazione. È probabile che nel gruppo sperimentale la presenza del partner, dei figli e della famiglia d'origine abbia favorito la rottura degli schemi relazionali disfunzionali, attivati con e attraverso il sintomo, permettono al paziente designato di uscire gradualmente dalla chiusura emotiva nella quale si era ritirato, di liberarsi gradualmente dal senso di colpa e dall'inadeguatezza sperimentata. Durante l'incontro conclusivo le famiglie riportano di aver ripreso i contatti con l'esterno; di essere capaci di chiedere aiuto e di non nascondere la "depressione". Nel gruppo di controllo, seppur è stato registrato un lieve miglioramento i pazienti restano ancorati alla diagnosi, si affidano maggiormente alla cura farmacologica e rifiutano l'idea di coinvolgere la famiglia.

CONCLUSIONI

La strategia di presa in carico descritta nella sezione metodo parte dall'accettazione della definizione della depressione come malattia che coinvolge l'intero sistema famiglia e/o relazionale dell'individuo. Il coniuge, i parenti intervengono come assistenti o informatori. Il successo della terapia si gioca da un lato sull'integrazione di diversi metodi terapeutici e dall'altra, su un processo di più consulenze che conduce consensualmente sia il paziente che il partner e i caregiver a capire/vedere la rilevanza e l'attinenza delle problematiche relazionali rispetto all'origine ed al mantenimento del problema. L'idea della psicoterapia diviene così oggi quella di una procedura che è insieme strutturata, flessibile e consensuale, dove il paziente è parte attiva di questo processo. In questo modo diviene possibile una ben più mirata verifica dei risultati: siamo in grado di affermare cosa esattamente stiamo valutando; e non solo, si può così cominciare a riflettere su quali procedure siano più adatte ai bisogni dei pazienti. Ogni persona che soffre di un disturbo depressivo dovrebbe essere seguito da un professionista con competenze specifiche sulla diagnosi ed il trattamento di questa malattia. Gestire bene le malattie dell'umore è fondamentale per la qualità della vita del paziente e dei familiari; tutto ciò si può verificare con l'applicazione e la comprensione di alcuni parametri essenziali: la depressione è una malattia con alterazioni biologiche significative e non è segno di debolezza o di pigrizia: pertanto non può essere vinta con un atto di volontà; è cruciale una forte alleanza terapeutica con il paziente, per la sua corretta aderenza alle cure; lo Psichiatra e lo Psicoterapeuta devono essere il punto di riferimento (Tavormina, et al., 2013).

Bibliografia

Andolfi M., Loriedo C., Ugazio, V. *Depressioni e sistemi. Il peso della relazione.* Editore Franco Angeli, 2011.

Bowen M. *Dalla famiglia all'individuo.* Astrolabio. Roma, 1979.

De Girolamo G., M.A. Becchi, F.S. Coppa, D. De Leo, G. Neri, P. Rucci, P. Scocco, *World Health Organization Quality Of Life*, 2001.

Feixas G., Montesano A., Compañ V., Salla M., Dada G., Pucurull O., Trujillo A., Paz C., Muñoz D., Gasol M., Saúl L.Á., Lana F., Bros I., Ribeiro E., Winter D., Carrera-Fernández M.J. y Guàrdia J. *Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence.* British Journal of Clinical Psychology, 53, 369-385, 2014.

Framo J.L. *Terapia intergenerazionale.* Raffaello Cortina Editore, 2011.

Loriedo C. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, n. 1 pp. 155-165, 2004.

Pancheri P., Sirigatti S. MMPI-2. *Manuale di istruzione*, Firenze, Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, 2002.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano, 1975.

Tavormina G. *Approccio diagnostico-terapepeutico al paziente con patologia dello bipolare dell'umore. Atti convegno Depressione e comunicazione: nuovi traguardi.* Pescara, 2013.

Tavormina G., Nardini M., Vacca A., Mendolicchio L., Tavormina M.G.M. *Luce sul male oscuro: Disturbi dell'umore: identikit, prevenzione e cura.* Sardini Editrice. Milano, 2013.

Corrispondenza

Annapaola Altieri
Psicologa-psicoterapeuta famigliare
Consulente presso Consultorio Familiare "Il Faro"
via C. Baffi n. 1 Cap 71121, Foggia
E-mail: *altieri.annapaola@libero.it*

Maria Rosaria Juli
Psicologa-psicoterapeuta strategica
Consulente presso Consultorio Familiare "Il Faro"
via C. Baffi n. 1 Cap 71121, Foggia
E-mail: *mariarosaria.juli@libero.it*

DEPRESSIONE E BURN OUT DEI MEDICI IN AMBITO PSICHIATRICO DI URGENZA

Gianluca Lisa

Imperia

Lo *stress* è la condizione nella quale un Collega si trova quando deve adattarsi ad una situazione ansiogena che gli si presenta sul lavoro. Può essere occasionale per i Colleghi ma nei reparti psichiatrici e nei Pronti Soccorsi è la routine.

E non parliamo dello Stress che la classificazione di Selye (1976) riconosce nel primo tipo di stress: il primo, giudicato positivo e vitale (*eustress*), è quello che serve a "…rendere le persone in grado di aumentare la capacità di comprensione e concentrazione, di decidere con grande rapidità, di mettere i muscoli in condizione di muoversi repentinamente (per attaccare, difendersi, fuggire), di avere a disposizione l'energia necessaria ad agire, a combattere e così via". Parliamo del secondo tipo, lo stress continuo, cronico, quotidiano continuo (*distress*), è invece negativo e devastante, in particolare per gli Psichiatri ed I Medici dei Pronti Soccorsi è la certezza che ogni giorno si possa essere aggrediti e non si sa se la sera si torna a casa vivi quando si esce la mattina. Questi Colleghi sono è sottoposti a uno stress intollerabile, cronico, avviene un vero e proprio sconvolgimento biochimico e muscolare, e lo Swatch sulla depressione diventa sempre più costante, anche per la consapevolezza che le misura di sicurezza spesso sono inesistenti e/o insufficienti.

Nella genesi della Depressione reattiva a quanto suddetto, un ruolo fondamentale è rivestito dalle caratteristiche organizzative del lavoro, le quali possono interagire con gli attributi psicologici e la personalità dei singoli individui.

Le reazioni individuali dei Colleghi al suddetto Stress allo stress lavorativo sono legate soprattutto alle caratteristiche psicologiche del soggetto, ma in ogni caso si possono delineare tre tipi di risposta frequentemente osservate:

– Disordini comportamentali
– Disordini Ansioso Depressivi
– Burn-out

La risposta da stress lavorativo è particolarmente frequente in tutte quelle professioni in cui lo specialista contatta utenti/clienti che vivono una o più situazioni di sofferenza psicologica e clinica e formulano continue richieste d'aiuto nei suoi riguardi.

Medici, infermieri, psichiatri, psicologi, insegnanti, educatori, pedagogisti, assistenti sociali, e tanti altri, sono i professionisti maggiormente coinvolti, per le peculiarità del loro lavoro, in relazioni d'aiuto con i loro utenti, e sono perciò tra le categorie maggiormente a rischio di sviluppare una risposta di stress lavorativo.

LA NUOVA FRONTIERA DEI TRATTAMENTI INTEGRATI NELLA DEPRESSIONE E NEI DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO: PSICOTERAPIA ANALITICA E RIABILITAZIONE. UNA SINTESI RAGIONATA DELLA LETTERATURA ATTUALE SUI DSA

Adelia Lucattini*

*Psicoanalista**

RIASSUNTO

Secondo le definizioni internazionali, le difficoltà di apprendimento in età evolutiva sono suddivisibili in Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e Disturbi Non specifici di Apprendimento (DNSA). Da un punto di vista nosografico, nella recente edizione del DSM-V (2013), i Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono inclusi all'interno della categoria, di nuova concettualizzazione, dei disturbi del neurosviluppo. Questi quadri clinici sono inseriti nello stesso raggruppamento o cluster perché costituiscono un insieme di condizioni tra loro correlate, che condividono fattori di rischio genetici, neurobiologici, aspetti neurofunzionali e dimensioni sintomatologiche psichiche.In un'ottica dimensionale, sono previsti degli specificatori del livello di gravità del disturbo (lieve, medio, grave) per differenziare in che misura le difficoltà di apprendimento previste interferiscano con l'apprendimento e il benessere complessivo dell'alunno e che tipologia e l'intensità di facilitazioni e supporti occorre fornire affinché l'alunno possa sviluppare le competenze accademiche. Anche se le difficoltà di apprendimento scolastico riguardano il 10-20% della popolazione in età scolare, la prevalenza dei DSA viene posta dalla maggioranza degli autori tra il 2 ed il 5%.I DSA sono frequentemente associati a disturbi dell'umore, la comorbilità può sottendere relazioni diverse, con diverse implicazioni teoriche e cliniche, anche se non sempre chiaramente distinguibili nel singolo soggetto, soprattutto se la diagnosi viene posta tardivamente. In alcuni casi il disturbo psicopatologico sembra essere una conseguenza del DSA, in altri il DSA è un fattore scatenate di un disturbo psicopatologico già presente, in altri ancora il DSA rappresenta un sintomo del disturbo psicopatologico. È ormai dimostrata l'efficacia del trattamento psicoanalitico nella regressione dei sintomi, nel bambino con DSA e disturbo dell'umore, trattamento associato al sostegno psicologico per i genitori e per questo dovrebbe essere inserito nei protocolli di cura. L'analisi è inoltre indicata come prevenzione primaria rispetto allo sviluppo di patologie depressive e break-down evolutivi in adolescenza, e disturbi dell'umore nell'età adulta.

Parole-chiave: *DSA, depressione, riabilitazione, potenziamento, psicoanalisi*

* * *

Secondo le definizioni internazionali e delle Linee Guida della SINPIA (2011), le difficoltà di apprendimento in età evolutiva sono suddivisibili in Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e Disturbi Non specifici di Apprendimento (DNSA).

**Psicoanalista Ordinario, analista esperto nella psicoanalisi di bambini e adolescenti della Società Psicoanalitica Italiana e Full Member, expert in Psychoanalysis with children and adolescents of the International Psychoanalytic Association Psichiatra, Dirigente presso Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma 1 - Roma*

DEFINIZIONE

«Si può porre una diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento quando, a test standardizzati di lettura, scrittura e calcolo, il livello di una o più di queste tre competenze risulta di almeno due deviazioni standard inferiore ai risultati medi prevedibili, oppure l'età di lettura e/o di scrittura e/o di calcolo è inferiore di almeno due anni in rapporto all'età cronologica del soggetto, e/o all'età mentale, misurata con test psicometrici standardizzati, nonostante una adeguata scolarizzazione. Tali disturbi (denominati dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia) sono sottesi da specifiche disfunzioni neuropsicologiche, isolate o combinate» (SINPIA, 2011).

Da un punto di vista nosografico, nella recente edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Distubi Mentali (APA, 2013), i disturbi specifici dell'apprendimento sono inclusi all'interno della categoria, di nuova concettualizzazione, dei disturbi del neuro sviluppo, assieme alla disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, i disturbi dello spettro autistico, i disturbi del movimento, i disturbi da tic e altri disturbi del neurosviluppo con altra o senza specificazione.

Questi quadri clinici sono inseriti nello stesso *raggruppamento o cluster* perché costituiscono un insieme di condizioni tra loro correlate, che condividono fattori di rischio genetici, neurobiologici, aspetti neurofunzionali e dimensioni sintomatologiche di origine psichica.

Inoltre, in un'ottica dimensionale, sono previsti degli specificatori del livello di gravità del disturbo per differenziare in che misura le difficoltà di apprendimento previste interferiscano con l'apprendimento e il benessere complessivo dell'alunno e che tipologia e l'intensità di facilitazioni e supporti occorre fornire affinché l'alunno possa sviluppare le competenze accademiche: il disturbo è lieve se ci sono difficoltà solo in uno o due ambiti scolastici, ma lievi e tali da essere facilmente compensabili con facilitazioni e supporti; il disturbo è moderato se le difficoltà in uno o due ambiti scolatici richiedono facilitazioni e supporti più intensivi sia a scuola sia a casa; il disturbo è grave se le difficoltà comprendono diversi ambiti scolastici e sono tali da richiedere interventi didattici altamente individualizzati.

«Prima di includere il disturbo di un bambino in questa categoria diagnostica è necessario escludere la presenza di una eziologia tra quelle che notoriamente possono incidere negativamente sull'apprendimento e che possa di per sé giustificare il quadro clinico» (*ibid.*, 2011).

I DATI EPIDEMIOLOGICI

«Anche se le difficoltà di apprendimento scolastico riguardano il 10-20% della popolazione in età scolare, la prevalenza dei disturbi specifici di apprendimento (dislessia, disgrafia e disortografia, discalculia) viene posta dalla maggioranza degli autori tra il 2 ed il 5% (1, 32).

In particolare Kavale e Fornes riportano per il disturbo di lettura una prevalenza del 4%, con range da2-10%; per il disturbo di scrittura prevalenza nel range 2-8%, per il disturbo del calcolo nel range 1-6%.

In Italia, dove esiste un sistema linguistico trasparente, la prevalenza viene valutata intorno al 2,5-3,5% da Stella, in accordo con Levi e Soresi; mentre sono rilevati valori inferiori da Coscarella (0.88-1.23%) e superiori da Curci e Ruggerini (3.65%), Mazzotta (4.35%) e Tressoldi (5-10%)» (*ibid.*, 2011).

COMORBILITÀ

«Nel caso in cui il DSA sia associato ad un disturbo psicopatologico, frequentemente si riscontrano disturbi dell'umore, la comorbilità tra le due affezioni può sottendere relazioni diverse, con diverse implicazioni teoriche e cliniche, anche se non sempre chiaramente distinguibili nel singolo soggetto, soprattutto se la diagnosi viene posta tardivamente.

In alcuni casi il disturbo psicopatologico sembra essere una conseguenza del disturbo di apprendimento e dell'insuccesso scolastico che esso comporta; in questi casi il disturbo psicopatologico tende a ridursi spontaneamente in parallelo con la riduzione delle difficoltà scolastiche; in altri casi il DSA appare agire come un fattore scatenante per la strutturazione di un disturbo psicopatologico già presente, sia pur in forma larvata, negli anni precedenti; in questo caso l'andamento dei due disturbi appare relativamente indipendente.

Queste due situazioni non vanno in ogni caso confuse con il percorso inverso, quando cioè il disturbo di apprendimento è aspecifico e rappresenta solo un sintomo del disturbo psicopatologico.

La comprensione della natura dei rapporti tra DSA e disturbi del comportamento richiede una interpretazione esplicativa che a sua volta deve fare riferimento a una precisa teoria psicopatologica.

I Disturbi d'ansia sono spesso associati ai Disturbi di apprendimento, nelle varie articolazioni: attacchi di panico, disturbo di ansia di separazione, fobie semplici, fobia sociale. Questi disturbi possono condurre anche a ritiro dalla scuola, per periodi transitori o prolungati, e comunque interferiscono sulle possibilità di trattamento e recupero delle difficoltà nel settore didattico. I Disturbi somatoformi possono essere espressione di reazioni secondarie agli insuccessi e frustrazioni in campo didattico e produrre disadattamento e ritiro transitorio o prolungato dalla scuola. I Disturbi dell'umore possono subentrare secondariamente a disturbi specifici delle abilità scolastiche o essere una componente causale di disturbi aspecifici di apprendimento.

Rappresentano un rischio sia per il fenomeno di abbandono della scuola, spesso collegato a ritiro sociale, sia – più raramente – per la comparsa di idee suicide» (*ibid.*, 2011).

RIABILITAZIONE DSA

Come scrive Lo Presti (2012) «dopo la diagnosi di DSA molti genitori iniziano per i loro figli un percorso di incontri con Psicologi, Logopedisti, Educatori, Pedagogisti, Psicomotricisti, (ognuno di questi, adeguatamente formato con competenze specifiche per i DSA) al fine di migliorare le abilità. Nei DSA, dal punto di vista puramente Formale si parla di Riabilitazione o di Rieducazione

Funzionale. E' dunque un "linguaggio" ufficiale. Infatti nei manuali diagnostici si parla di "Disturbo", e DSA significa, appunto, "Disturbo Specifico di Apprendimento". Associato alla parola "disturbo" vi è poi la parola "Riabilitazione". Nonostante ciò, proprio negli ultimi anni si è cercato sottolineare che i DSA più che dei "Disturbi" siano delle "Caratteristiche". Nel dettaglio il PARCC sui DSA indica che: "Dislessia, disortografia e discalculia possono essere definite caratteristiche dell'individuo, fondate su una base neurobiologica; il termine caratteristica dovrebbe essere utilizzato dal clinico e dall'insegnante in ognuna delle pos- sibili azioni (descrizione del funzionamento nelle diverse aree e organizzazione del piano di aiuti) che favoriscono lo sviluppo delle potenzialità individuali e, con esso, la Qualità della Vita" (PARCC, 2011)».

Per riabilitazione si intende un percorso di recupero di funzioni ed abilità già possedute ma che, con vari livelli di gradi e diverse cause, sono state disattivate o meno attivate, sono state rese non funzionanti o ipofunzionanti: ad esempio se avessimo un bambino che prima legge e poi, di colpo (causa trauma, incidente, etc.) non legge più allora parleremmo di riabilitazione, di difficoltà secondarie, ma non di DSA inteso come disordine del neurosviluppo.

Nei DSA le caratteristiche sono innate: dunque, è un qualcosa che non c'è mai stata e che stenta a svilupparsi e quindi il termine riabilitazione sembra meno appropriato a definire l'insieme delle metodiche e supporti che possono essere adottati per facilitare e promuovere l'apprendimento, riducendo gli effetti limitanti delle caratteristiche neuro funzionali di base.

«Visto che è dunque nelle nostre intenzioni dare il più aiuto possibile nello svilupparsi dell'abilità: noi "Potenziamo" le abilità di velocità e correttezza della lettura nella Dislessia; "Potenziamo" le abilità ortografiche per la diminuzione degli errori ortografici nella Disortografia; "Potenziamo" le abilità grafiche di scrittura per migliorare la qualità del gesto grafico; "Potenziamo" le abilità di calcolo per aumentare la velocità ma soprattutto diminuire gli errori» (Lo Presti, 2015).

PSICOTERAPIA ANALITICA E DSA

Marco Mastella (2009, 2012) ha scritto ed esposto in molteplici occasioni seminariali e congressi, sull'utilità della ricerca neuropsicologica tesa ad evidenziare i processi di funzionamento normale della mente e i fenomeni sottesi alle disabilità, auspicando fertili collaborazioni tra approccio cognitivo, neuropsicobiologico e psicoanalitico.

«Il rischio di 'frammentare' gli ambiti valutativi di un bambino, a scapito di un intervento terapeutico specifico, immediato, 'relazionale-cognitivo', che può dare, come nel caso illustrato, risultati sorprendenti. Nei bambini affetti da DSA, sono accentuati gli aspetti di piacere e di dolore che caratterizzano la curiosità di sapere, di conoscere e la spinta ad apprendere e ad entrare nel mondo della scrittura, della lettura e del calcolo, accettandone le regole, che inevitabilmente si scontrano con le difficoltà di rinunciare almeno in parte alle fantasie magico onnipotenti.

Le differenze tra Difficoltà scolastiche (20% della popolazione) e DSA (3% della popolazione), sono spesso artificiose, nei principali contributi scientifici sui DSA, una parte di tali contributi sostiene l'esistenza di una peculiare vulnerabilità neurobiologica dei bambini (soprattutto dislessici) che sarebbe all'origine dei disturbi e del successivo disadattamento scolastico e dei frequenti problemi emotivi correlati; un'altra parte, di ricercatori di indirizzo psicoanalitico, mettono in evidenza le correlazioni tra i disturbi di apprendimento e le fantasie, i vissuti e le esperienze della prima infanzia di questi bambini, in particolare per quanto riguarda le difese adottate nei confronti delle angosce di separazione.

Lo sviluppo del pensiero, del linguaggio, del disegno, della personalità sono elementi fondamentali per apprendere, e all'importanza della situazione in cui si realizza e condivide l'apprendimento di lettura, scrittura, calcolo (caratteristiche della scuola, dei docenti e delle relazioni formative, nonché dell'ambiente familiare)» (Mastella, et al., 2009).

Anna Maria Nicolò (2005) ha scritto con altri psicoanalisti dell'importanza del trattamento psicoanalitico nel bambino con disabilità o problematiche specifiche e dell'efficacia del trattamento nella regressione dei sintomi, trattamento che è sempre accompagnato da un sostegno alla genitorialità o da un setting parallelo (una propria terapia analitica) per i genitori.

Secondo molti autori, la psicoterapia nei bambini e adolescenti affetti da DSA costituisce una prevenzione primaria rispetto allo sviluppo di patologie depressive e break-down evolutivi in adolescenza e nell'età adulta.

La depressione nasce dalla consapevolezza di avere una diversità che se non intercettata e accettata può essere vissuta come una disabilità più importante da un punto di vista psichico rispetto al disturbo dell'apprendimento in sé.

L'intelligenza in questi bambini e adolescenti è un fattore che li rende emotivamente più vulnerabili, proprio perché più consapevoli delle proprie difficoltà, più in grado di percepire le differenze con i propri compagni di classe e più bisognosi di essere compresi nella loro fatica, nel sottoporsi ai trattamenti riabilitativi plurisettimanali, nello sforzo quotidiano che svolgono in classe e a casa nell'eseguire i compiti, nel convivere con una difficoltà oggettiva.

Per questo, nei protocolli riabilitativi, a nostro parere, dovrebbe essere inserito un percorso psicoterapeutico di tipo psicoanalitico proprio per venire incontro a queste specifiche necessità, favorire la risoluzione dei sintomi depressivi quando già presenti e prevenirne una possibile insorgenza negli anni a venire.

Anche ai genitori è necessario offrire un supporto, poiché il dolore dei figli non è sopportabile per nessun genitore (Lupinacci et al., 2015), affinché possano essere risollevati da possibili sensi di colpa, dal timore di non fare abbastanza o non essere in grado di aiutarli.

I genitori hanno anche necessità di essere supportati psicologicamente come persone e nel loro ruolo, proprio per le necessità riabilitative dei figli che richiedono tempo, impegno, fatica e molta tenuta, inoltre molte energie vengono loro richieste anche nell'interfacciarsi con la scuola e i terapeuti dei loro figli.

La psicoterapia analitica fornisce una possibilità di miglioramento e guarigione, e gli strumenti per affrontare diversamente, in modo più efficace il presente, in funzione del futuro che verrà.

Bibliografia

APA. *Diagnostic and statistical manual.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Carnaroli F., Mastella M. (a cura di), *Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile*, Dibattiti Teorico-Clinici su www.spiweb.it, 15 settembre 2012 - 15 gennaio 2013.

Cornoldi C. (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, Ed. Il Mulino Collana "Strumenti", Bologna, 2007.

De Beni R., Cisotto L., Carretti B., *Psicologia della lettura e della scrittura*, Ed. Erickson, Trento, 2001

Lo Presti G., *Nostro figlio è dislessico. Manuale di autoaiuto per i genitori di bambini con DSA*, Ed. Erickson, Trento, 2015,

Lo Presti G., *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico*, Ed. Erickson, Trento, 2012.

Lupinacci, MA, Lucattini A., et al.: *Il dolore dell'analista. Dolore psichico e metodo psicoanalitico,* Astrolabio, Roma, 2015.

Mollon P., *Esperienze di disintegrazione*, Astrolabio, Roma, 2017.

Mastella F., Mastella M., Tugnoli S. *Appunti di psicologia dello sviluppo* Aracne, Roma, 2009

Nicolò A.M., Trapanese G.*, Quale psicoanalisi per la famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2005

PARCC 2011, *DSA Documento d'intesa*, in www.lineeguidadsa.it, pp. 21-22, Bologna, 2011.

Saccomanni L., Chiarezza G.A., *I disturbi specifici di apprendimento*, in *Linee guida per i disturbi di apprendimento, parte I*, SINPIA, Milano, 2011.

Tressoldi P.E., Vio C., *Diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico*, Ed. Erickson, Trento, 1996.

Vicari S., Caselli M.C., *Neuropsicologia dello Sviluppo*, Ed. Il Mulino, Bologna, 2010.

Corrispondenza

Adelia Lucattini
Cell.: +39 329 3766099
E-mail: *adelia.lucattini@gmail.com*

"SULLA RIVA DEL FIUME", ANZICHÉ PORTATI VIA DALLA CORRENTE: LA DEPRESSIONE INCONTRA LA MINDFULNESS

Domenico Mastrofilippo[1], **Immacolata d'Errico**[2]

[1]*Psicologo Psicoterapeuta, Insegnante Mindfulness (Bari)*
[2]*Psichiatra Psicoterapeuta (Bari)*

RIASSUNTO

Il termine Mindfulness indica sia un modo d'essere caratterizzato da una piena consapevolezza del momento presente, sia quell'insieme di pratiche tese a sviluppare questa qualità. L'incontro tra Mindfulness e depressione nasce dalla sfida lanciata dal problema delle ricadute nella depressione, sfida alla quale i terapeuti Z. Segal, M. Williams e J. Teasdale hanno risposto con la creazione del protocollo MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (elaborato sulla base del programma MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction, ideato da Jon Kabat-Zinn), che integra Mindfulness (MBSR) e terapia cognitiva (CBT). L'efficacia del trattamento Mindfulness, e quindi il focus delle pratiche insegnate, è da ricondurre ad un cambiamento nel modo di relazionarsi con le esperienze difficili: il paziente è invitato ad un cambio di marcia dalla c.d. modalità del fare (volta a colmare la discrepanza tra stato attuale e stato desiderato) alla modalità dell'essere, caratterizzata da una consapevolezza calda e accogliente, in grado di lasciar essere ciò che è così com'è, e in tal modo recuperare la calma e la chiarezza necessarie a muovere azioni più adeguate (rispondere anziché reagire). Attraverso le pratiche – incentrate sulla consapevolezza del respiro e delle sensazioni corporee – il partecipante ha modo di rendersi conto dell'inconsapevolezza con la quale si muove nel presente (pilota automatico), della sofferenza che costantemente alimenta attraverso la non-accettazione dell'esperienza presente, e soprattutto ha modo di riconoscere quel meccanismo ritenuto fondamentale nel mantenimento del disturbo depressivo che è la ruminazione. Alla base delle ricadute depressive sembra esserci una maggior vulnerabilità di chi ha sofferto di depressione che porta, in presenza anche di una lieve tristezza, alla riattivazione di pattern di pensiero negativo consolidatisi nei precedenti episodi depressivi, i quali innescano circoli viziosi che conducono a una spirale discendente dell'umore e quindi a una ricaduta.

Parole-chiave: *consapevolezza, accettazione, ruminazione.*

* * *

INTRODUZIONE: MINDFULNESS, COS'È?

Mindfulness è la traduzione inglese della parola *Sati* (in lingua Pali), che significa attenzione consapevole, ovvero piena consapevolezza del momento presente. J. Kabat-Zinn (ideatore del *protocollo MBSR*, il primo e più diffuso programma mindfulness-based, sulla base del quale sono stati ideati gli altri) definisce la mindfulness come la capacità di porre attenzione – in modo intenzionale e non giudicante – al momento presente, in uno stato di calma non reattiva. Di

contro, invece, si assiste frequentemente ad una vita condotta col *pilota automatico*, senza consapevolezza: il corpo (collocato nel *presente*) fa una cosa, mentre la mente è da un'altra parte (*passato* o *futuro*). La Mindfulness si riferisce ad un modo di accedere all'esperienza del qui ed ora "con curiosità, apertura, accettazione e amore" (Siegel, 2009, p. 22), un modo d'essere nel mondo, libero dai *condizionamenti* derivanti da un inconsapevole *giudizio* di fondo del proprio accadere – nel continuo confronto tra *com'è* una situazione e *come dovrebbe essere* – e dal continuo desiderio di modificare il presente, anche quando le condizioni non sono tali da esercitare un controllo su di esso. Ne deriva che il concetto di consapevolezza non può prescindere da quello di *accettazione*, poiché nel momento stesso in cui la mente rifiuta l'esperienza intercorrente, ne è già inconsapevole, proiettata com'è nel passato (vecchi abiti mentali) o nel futuro (fantasia/desiderio/ruminazione su come dovrebbe essere una situazione).

L'INCONTRO TRA MINDFULNESS E PSICOTERAPIA

L'incontro/integrazione tra Mindfulness e psicoterapia si può delineare su tre strade (descritte da Germer, et al., 2005) che confluiscono nella c.d. *psicoterapia orientata alla mindfulness*: (I) *terapeuta mindful*: si riferisce a caratteristiche che dovrebbe avere qualsiasi terapeuta, una presenza consapevole, calda, accogliente, empatica; (II) *psicoterapia improntata alla mindfulness*: consiste nell'applicazione di una cornice di riferimento improntata alla teoria-ricerca sulla mindfulness e alla psicologia buddhista; (III) *terapia basata sulla mindfulness*: al paziente vengono insegnate in modo esplicito le pratiche mindfulness (protocolli MBSR, MBCT, MBEAT, … ACT, DBT).

Il protocollo MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) nasce a fine anni '70 ad opera di J. Kabat-Zinn (Boston) e, da allora, si è diffuso a livello mondiale, ricevendo moltissimi riconoscimenti scientifici per la sua efficacia in diversi ambiti di applicazione (clinico, aziendale, sociale, scolastico…). È fondato sulla tradizione meditativa *Vipassana* (che significa *visione profonda*) e ha come fulcro del programma la meditazione seduta, nella quale ai partecipanti è richiesto di mantenere la consapevolezza focalizzata sul respiro, considerando le distrazioni/difficoltà incontrate nella pratica come opportunità per allenarsi a riorientare in modo intenzionale l'attenzione e coltivare un nuovo approccio – aperto, accogliente, curioso, paziente, non giudicante – nei confronti delle esperienze sgradevoli. Il focus della meditazione viene poi gradualmente allargato (spostandosi su: sensazioni, suoni, pensieri, emozioni, camminata…) fino all'invito a rimanere aperti alla totalità dell'esperienza, accettando qualsiasi cosa emerga così com'è.

Il protocollo MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) viene elaborato, a fine anni '90, da Zindel V. Segal, Mark G. Williams e John D. Teasdale (esperti nel trattamento cognitivo-comportamentale della depressione) in risposta alla sfida lanciata dal problema delle ricadute nella depressione. Incuriositi dall'ondata di interesse per l'MBSR e dalle prove a sostegno della sua efficacia, i tre terapeuti si resero ben presto conto che l'approccio mindfulness poteva fornire un interessante contributo nella gestione della depressione ricorrente e della tendenza a rimuginare, tipica di tale condizione; approdarono così (con l'aiuto di J.

Kabat-Zinn e partecipando in prima persona al programma MBSR) alla creazione del protocollo MBCT, che integra MBSR e terapia cognitiva standard (CBT). Fin dalle prime ricerche l'MBCT, confrontato col trattamento classico (TAU, treatment-as-usual), ha mostrato la sua efficacia nel ridurre/contenere le ricadute. Anche nella ricerca su persone attualmente depresse, l'MBCT (combinato al TAU) vs. TAU ha mostrato una riduzione nei punteggi relativi ai sintomi depressivi e benefici del tipo: maggior energia e accettazione, minor ansia, ridotta tendenza alla ruminazione, migliore capacità di coping nelle situazioni difficili.

Uno degli tratti peculiari dell'approccio Mindfulness, che Segal e coll. notarono durante la partecipazione al protocollo MBSR, consiste nel *modo di lavorare con le emozioni dolorose*: gli istruttori, anziché aiutare i partecipanti a risolvere i problemi o eliminare le esperienze indesiderate, si limitano a incoraggiarli ad assumere consapevolezza delle loro difficoltà e a *respirare con esse*, permettendo a pensieri, sensazioni ed emozioni negative di *esserci*, anziché vederli come questioni da risolvere o metter su inutili lotte contro di essi. Ben più saggio e salutare è, invece, *sedersi sulla riva del fiume*, o fare un passo indietro per sostare dietro la cascata, in modo da osservarne il flusso, senza esserne travolti.

FONDAMENTO TEORICO alla base di tale approccio è un modello di spiegazione della vulnerabilità cognitiva alle ricadute depressive che ipotizza che nei soggetti in remissione (vs. individui che non hanno sofferto di depressione) possono riattivarsi – anche a partire da un umore lievemente depresso- pattern di pensiero negativo simili a quelli dominanti nei precedenti episodi depressivi, che -attraverso una modalità di tipo ruminativo – possono alimentare pericolosi circoli viziosi e portare a una ricaduta. Episodio dopo episodio, le associazioni tra stati di umore depresso e pattern di pensiero negativo si consolidano sempre più, con la conseguenza che ad ogni nuovo episodio il rischio di ricadute aumenta e il processo diviene via via più autonomo, automatico e autorafforzantesi, nel senso che ogni successivo episodio richiede sempre meno cause esterne (eventi stressanti) (Segal, et al., 2006; Shapiro e Carlson, 2013).

Le pratiche proposte nell'MBCT sono simili all'MBSR, ma il focus (e il materiale didattico) è sulla depressione (anziché sullo stress), concepita come una spirale tendente verso il basso, alimentata da una modalità di tipo ruminativo (problem-solving logico-concettuale). Diversamente dalla CBT tradizionale, che ha sempre visto nella modificazione dei contenuti mentali (credenze e atteggiamenti disfunzionali) il perno del cambiamento terapeutico, si insegna a non modificare deliberatamente alcun pensiero o sostituirlo con idee ritenute più sane, limitandosi "semplicemente" a considerare i pensieri, le sensazioni e le emozioni come cose che attraversano la mente, eventi passeggeri che sorgono e svaniscono coi loro tempi, senza dovervisi identificare, vale a dire senza vederli come definizioni statiche della propria identità e realtà. L'importanza di questo distanziamento/decentramento/disidentificazione era sì riconosciuta nel dibattito sulla terapia cognitiva, ma di solito come un mezzo per un fine – la modificazione dei contenuti dei pensieri – e non come un fine in sé. Il decentramento diventa, invece, nella prospettiva mindfulness, un fattore terapeutico fondamentale, il vero

fine terapeutico. Il programma MBCT punta, quindi, non al cambiamento dei contenuti della mente, ma al cambiamento della relazione con essi e, dunque, l'enfasi è sulla consapevolezza, sull'accettazione, sul disinserire il pilota automatico, sul disidentificarsi dai propri pensieri, …; tutti aspetti che nulla hanno in contraddizione con la terapia cognitiva, aspetti essenziali affinché le persone uscite dalla depressione imparino a riconoscere prima possibile i segnali d'allarme di un umore in declino. A questi elementi di convergenza tra mindfulness e teoria cognitiva, si aggiunge – come peculiarità degli interventi mindfulness – una maggiore attenzione alle sensazioni corporee e l'esplicita indicazione di permettere a pensieri, emozioni e sensazioni di andare e venire nella mente, notando i continui moti di giudizio, attaccamento (alle esperienze positive) e avversione (rifiuto/evitamento delle esperienze negative) (Segal, et al., 2006; Shapiro e Carlson 2013).

Il LAVORO COL CORPO è centrale nella prospettiva Mindfulness, poiché come dicono Segal e coll. (2006, p. 27) *"il corpo è una finestra sulla mente"* e, a differenza della mente, "*è più saldamente ancorato nel «qui e ora»"* (p. 191), per cui consente di accedere all'esperienza del momento presente nella sua immediatezza sensoriale, anziché confonderla e sostituirla con le storie e i film costruiti su di essa. Inoltre, le emozioni, oltre che come pensieri/eventi mentali, si manifestano attraverso i loro effetti sul corpo, come sensazioni corporee: una maggiore consapevolezza dei segnali fisici emozionali può, quindi, permettere di riconoscere, comprendere e discriminare meglio i propri stati emotivi ed è, dunque, essenziale per la loro regolazione. È possibile arrivare all'emozione da una nuova prospettiva, chiedendosi: «*in quale parte del corpo la sto avvertendo? Come la sento nel mio corpo?*», favorendo così lo sviluppo di un'attitudine di curiosità, gentilezza, accettazione nei confronti della propria esperienza. L'importanza del lavoro sulle sensazioni corporee deriva inoltre dal fatto che il corpo – e l'effetto che il sentire del corpo fa sulla mente – è parte integrante di quei circoli viziosi promotori di una spirale discendente dell'umore. Tipicamente, nella condizione depressiva, la mente tende a rimuginare riguardo ai motivi per cui ci si sente in un certo modo; e così, quella che inizia come semplice sensazione del corpo, diventa immediatamente, inconsapevolmente, automaticamente una reazione a quella sensazione, che innesca una spirale discendente dell'umore. La Mindfulness, allenando la persona ad abitare il corpo, la allena ad abitare la vita, con le difficoltà e le esperienze sgradevoli che essa comporta, senza costruirci attorno ulteriore sofferenza. Essa offre – come alternativa alla ruminazione – la possibilità di sedersi sulla riva del fiume e osservare ciò che si palesa all'attenzione, accogliendo le sensazioni, così come sono, anche quando sono disagevoli; e, nel caso di sensazioni particolarmente intense, provare ad ammorbidirle, portandovi il respiro. Inoltre, il semplice atto di notare il vagare della mente e riportare intenzionalmente l'attenzione sul respiro, libera la mente dalla morsa della ruminazione e promuove quel decentramento necessario a impedire lo sviluppo di spirali negative nei periodi di potenziale ricaduta.

CONCETTI CHIAVE: uno dei primi concetti sui quali è posta l'attenzione nei percorsi Mindfulness è quello di *pilota automatico*, termine che indica un com-

portamento automatico, senza una vera consapevolezza di ciò che accade, legato ad una mente che è spesso passiva, persa in pensieri, ricordi, progetti… Questo vagabondare inconsapevole della mente diventa particolarmente pericoloso se si ha una storia di depressione, poiché favorisce e nutre l'escalation di pensieri ed emozioni negative. Ne consegue che uno dei fondamenti della prevenzione delle ricadute, consiste nell'insegnare ai pazienti a riconoscere quanta *sofferenza aggiunta* viene prodotta da queste modalità automatiche e dalla ruminazione (Segal, et al., 2006; Siegel D.J., 2009; Williams, et al., 2010). Come sottolinea il Dalai Lama (2009, p. 171) "è nella mente che convertiamo il dolore in sofferenza", per cui diventa fondamentale distinguere "il male vero e proprio [il dolore originario, da] quello che noi stessi generiamo con i nostri pensieri su di esso", vale a dire la sofferenza apportata dalla reazione automatica avversiva che si genera attorno all'esperienza dolorosa. Questa infelicità aggiunta è ciò che la Mindfulness ci invita a eliminare, partendo dal fondamentale tema dell'*accettazione* (centrale anche nella psicoterapia), spesso confuso con la sua peggior veste, la rassegnazione- dalla quale, invece, si distingue per essere un processo attivo che invita a diventare *contenitori equanimi* delle esperienze sgradevoli, permettendo loro di restare nella consapevolezza (lasciarle *essere*), anziché precipitarsi a modificarle, e dunque decidere come rispondervi. Il buddhismo vede nell'*attaccamento* al desiderio che le cose siano differenti da come sono, e dunque nella *resistenza* a quello che sta succedendo, una delle principali cause di sofferenza umana. Di contro, l'invito è quello di *dimorare in ciò che è* e incontrare con apertura ed equanimità l'esperienza; questo atteggiamento diventa ancora più importante se consideriamo che la non-accettazione è sostanzialmente il primo anello della catena che può ridestare vecchie configurazioni mentali legate alla ricaduta (Segal, et al., 2006). Il tema dell'accettazione invita, inoltre, a fare i conti con un altro concetto chiave del buddhismo e della mindfulness, e caratteristica imprescindibile dall'esperienza di esser vivi: l'*impermanenza*, la verità che tutto cambia (cose, persone, esperienze…); rifiutare o pretendere di controllare la natura mutevole delle cose significa generare tanta inutile sofferenza. L'approccio Mindfulness invita caldamente a *far pace* con questo ineludibile tratto della condizione umana. Non si tratta di inculcare concettualmente queste nozioni (consapevolezza, accettazione, impermanenza, equanimità…) da sostituire a idee disfunzionali; piuttosto, la pratica si fa maestra di una modalità più saggia, che insegna a *stare con* le esperienze difficili.

QUANDO LA DEPRESSIONE INCONTRA LA MINDFULNESS

Come ben sappiamo (a partire dalle concettualizzazioni di A. Beck) l'umore è fortemente influenzato dai pensieri, e le emozioni – più che dagli eventi in sé – sono determinate dalle personali credenze e interpretazioni di tali eventi. Più recentemente l'interesse dei ricercatori si è orientato a esplorare l'effetto, opposto, dell'umore sul pensiero, un filone di ricerca che nasce dalla constatazione che gli atteggiamenti disfunzionali sembrano non spiegare la vulnerabilità alle ricadute: come mostrato da varie ricerche, i punteggi nella *Dysfunctional Attitudes Scale* ottenuti dai pazienti usciti dalla depressione non presentano differenze si-

gnificative rispetto ai punteggi delle persone che non sono mai state depresse. La differenza andrebbe, invece, attribuita a quella che J. Teasdale (1988) ha definito *ipotesi dell'attivazione differenziale*: mentre la maggior parte delle persone non sono condizionate da una occasionale tristezza, nei soggetti che in passato hanno sofferto di depressione anche una lieve oscillazione dell'umore/una fugace (normale) tristezza possono, con più probabilità, riattivare modalità di pensiero associate a precedenti episodi di depressione, risvegliando pensieri tipicamente caratterizzati da giudizi negativi e globali su di sé («non valgo niente»), con la conseguenza di generare stati di tristezza più intensi e persistente. Uno degli aspetti fondamentali nella comprensione della vulnerabilità alle ricadute depressive è, dunque, da ricondurre alla connessione che la depressione forgia nel cervello tra umore depresso e pensieri negativi. Anche Robert Post (1992), psichiatra di indirizzo biologico, passando in rassegna una grande quantità di dati sperimentali invita a riconsiderare il legame tra eventi stressanti e depressione, evidenziando che mentre i primi episodi depressivi sono spesso preceduti da eventi negativi importanti, nel susseguirsi di diversi episodi la soglia neurobiologica per l'innesco della depressione sembrerebbe abbassarsi sempre più, riducendo progressivamente l'impatto degli eventi stressanti, al punto che gli episodi sembrano verificarsi spontaneamente e in modo indipendente da quanto accade nella vita del paziente. Va inoltre considerata nella depressione (come in tutte le esperienze di vita) la complessa – e spesso invisibile – interazione tra sentimenti, pensieri, sensazioni fisiche e comportamenti: è proprio questa interazione a render conto del perché sia sempre più facile innescare un umore depresso quando si è stati depressi in passato, poiché la connessione tra queste quattro componenti dell'anatomia della depressione (che episodio dopo episodio diventa sempre più forte) fa sì che ciascuno di essi sia in grado di scatenare da sé la depressione. Anche un piccolo evento, un banale intoppo, una sensazione sgradevole di poco conto (es. sentirsi indolenziti al risveglio) o un lieve cambiamento d'umore, possono innescare un fugace pensiero (ad es. di inadeguatezza o fallimento) e con esso una valanga di emozioni e pensieri negativi, che sembrano emergere dal nulla (percezione che non fa che aumentare il senso di impotenza)… producendo un progressivo peggioramento dell'umore, e quindi una ricaduta, apparentemente immotivata. Come è facile dedurre, a rendere pericolose queste connessioni e il girovagare della mente è l'inconsapevolezza nella quale avvengono (Segal, et al., 2006; Williams, et al., 2010).

La MODALITÀ DEL FARE e la RUMINAZIONE: è chiaro, dunque, che il problema della depressione persistente e ricorrente non è soltanto che l'umore comporta il riaffiorare di determinati contenuti e non è la tristezza (naturale ingrediente della condizione umana), ma ciò che succede dopo, vale a dire come la mente vi reagisce, generando importanti modificazioni nel pensiero negativo anche a seguito di lievi cambiamenti di umore (c.d. *reattività cognitiva*) (Segal, et al., 2006). È naturale, di fronte a qualcosa di indesiderato, sentire una *spinta a fare* qualcosa per modificare la situazione. Il guaio è che la stessa spinta, si attiva, nel caso della depressione, contro ciò che è *dentro* (l'esperienza interiore), anziché fuori (nell'ambiente), innescando una inutile lotta contro pensieri, emozioni

e sensazioni negative e una estenuante *ruminazione* tesa a risolvere il problema. Il concetto di ruminazione indica, infatti, una eccessiva/compulsiva pre-occupazione per la propria condizione di infelicità, con una tensione a riflettere sul senso della propria tristezza, sulle sue cause, conseguenze e possibili soluzioni. La pericolosità della ruminazione è, inoltre, da attribuire all'*autoreferenzialità* che la caratterizza, vale a dire la tendenza continua a giudicare/svalutare sé stessi per la condizione nella quale ci si trova, con conseguenti sentimenti di inadeguatezza, vergogna, inferiorità e colpa. Al cuore delle ruminazioni c'è una sorta di *rilevatore di discrepanza*, che tiene costantemente sotto controllo lo stato attuale rispetto allo stato desiderato/atteso; un processo tipico della c.d. *modalità del fare*: una modalità (che in modo eloquente Segal e coll. definiscono *modalità della mente spinta a…*) improntata all'obiettivo e tesa a colmare il suddetto divario. Quando applicata intenzionalmente e consapevolmente per risolvere i problemi nel mondo esterno, questa modalità è adeguata; diventa invece inutile e nociva nel momento in cui viene messa in atto per cambiare il mondo interiore e conseguire la felicità. Le discrepanze rilevate oltre a innescare sentimenti negativi e un cronico senso di insoddisfazione, attivano schemi mentali abituali destinati a ridurre il divario, cosa che invece produce ulteriore vulnerabilità e sofferenza. Questo accade perché quando non è possibile intraprendere un'azione immediata, "per la mente l'unica azione possibile è continuare a lavorare sulle sue idee (le sue rappresentazioni di come le cose sono e di come si vorrebbe che fossero)" (Segal, et al., 2006, p. 118), ripiegandosi su sé stessa in un'analisi del passato e del futuro, che priva l'esperienza presente della sua vividezza, rendendo ciechi alle vie d'uscita. In definitiva, scrive Gradassi (2016, p. 108) "nel mondo esterno *agire* è la modalità giusta, [mentre] nel mondo interno, agire va sostituito con *vedere*"… e lasciar essere.

La MODALITÀ DELL'ESSERE come ANTIDOTO: la *modalità dell'essere* non è orientata al raggiungimento di particolari obiettivi, per cui non richiede un costante monitoraggio per valutare la discrepanza tra situazione attuale e stato perseguito; la mente in questa modalità non ha pretesa di essere, fare, modificare o raggiungere nulla di particolare; si limita ad accettare e lasciar essere ciò che è. La consapevolezza tipica della modalità dell'essere, oltre che intenzionale ed esperienziale, ha un'altra virtù fondamentale: *non giudica* e lascia che le cose siano esattamente come sono. Ne consegue che la persona è veramente nell'esperienza del momento presente, e può, più prontamente, rendersi conto dei collegamenti tra eventi esterni, sentimenti, pensieri e comportamenti e così disinnescare quei circoli viziosi pericolosi. La consapevolezza della modalità dell'essere invita alla *curiosità*, intesa non come indagine finalizzata a risolvere un problema, ma come interesse gentile verso sé stessi e la situazione, in modo da discernere ciò che è possibile fare e ciò che è inutile o non salutare; è un percorso attivo (ben diverso da una passiva rassegnazione) che aumenta i gradi di libertà in una situazione (seppur dura e difficile), permettendo di scegliere come agire.

Il programma mindfulness offre diverse occasioni per allenarsi a riconoscere e abbandonare la modalità del fare e coltivare la modalità dell'essere. Coltivando la *consapevolezza del corpo nella modalità dell'essere*, ci si allena a stare con le espe-

rienze sgradevoli con un atteggiamento di esplorazione curiosa, gentile e accettante semplicemente chiedendosi «cos'è questo? vediamo cosa c'è in questo momento; e in questo momento; e in questo momento», anziché «odio questa cosa, non la voglio» (Williams, et al., 2010, p.122). La stessa modalità potrà essere adottata nella *relazione col disagio emotivo*: spostando l'attenzione sul corpo e diventando consapevoli della manifestazione nel corpo di un'emozione (sotto forma di tensione, dolore, contratture …), si ha modo di disinnescare (disautomatizzandola) la reattività abituale della mente, permettendo una distanza che consente di entrare in relazione con le emozioni difficili in modo più calmo e saggio. Per quanto riguarda la *relazione coi pensieri*, la modalità dell'essere invita a diventare sufficientemente distaccati dal flusso dei pensieri, in modo da diventare consapevoli (anziché prede) del vagare della mente, limitandosi a etichettarli gentilmente come "pensieri", semplici prodotti mentali impermanenti, fenomeni metereologici (*nuvole*) che attraversano il cielo (Segal, et al., 2006; Williams, et al., 2010).

Nella 7ª seduta si recupera un altro aspetto essenziale sul quale la terapia cognitivo-comportamentale pone l'attenzione, relativo al tema dell'*AZIONE*. È ben noto come, nei momenti di tristezza o mood tendente al depresso, il paziente tenda a ritirarsi dalla vita, abbandonando proprio quelle attività che, invece, potrebbero aiutarlo a risollevare l'umore: attività che danno piacere e attività che danno un senso di padronanza, responsabilità e controllo della propria vita. Ne deriva che recuperare anche minimamente quelle attività un tempo ritenute piacevoli e mettere in atto anche semplici azioni quotidiane può consentire al paziente di "sentire di avere un effetto [anche piccolo] sul mondo, [cosa che] può contrastare il senso di impotenza e di mancanza di controllo che spesso si accompagna all'umore depresso" (Williams, et al., 2010, p. 200). I terapeuti cognitivi sottolineano a tal riguardo il fatto che *l'umore depresso inverte il processo della motivazione*: normalmente si parte dalla voglia di fare qualcosa, prima di farla effettivamente; nella depressione, invece, è necessario mobilitarsi per fare qualcosa *prima* ancora di averne voglia. Anche se la mente, il corpo e l'umore dicono che è inutile, difficile, impossibile, bisogna continuare a svolgere le normali attività quotidiane e "rimanere nel flusso della vita" (Williams, et al., 2010, p. 200). Contrastare l'inattività diventa anche fondamentale perché essa favorisce la ruminazione, che, come già detto, è una delle componenti principali della sofferenza umana (nella depressione, ma anche in altre forme di disagio). Nell'MBCT questo si traduce nell'aiutare i partecipanti a pianificare delle attività che possono tornare utili nei momenti di peggioramento dell'umore (Segal, et al., 2006; Williams, et al., 2010).

CONCLUSIONI

La Mindfulness, concordemente con le attuali concettualizzazioni cognitiviste, riconosce il ruolo centrale del pensiero ripetitivo e della ruminazione nel mantenimento del disturbo depressivo e invita ad abbandonare questa modalità, che anziché risolvere il problema, ne diventa parte fondamentale. L'atteggiamento al quale gli istruttori invitano è, invece, quello di fare un passo indietro

per vedere che cosa succede se ci si accosta alle difficoltà con un atteggiamento non reattivo, di delicata consapevolezza (Segal, et al., 2006). Questo cambio di marcia (che sposta dalla modalità del fare alla modalità dell'essere) vede nella disidentificazione/deautomatizzazione una dei principali meccanismi d'azione alla base dell'efficacia della Mindfulness: si tratta sviluppare la capacità di osservare i contenuti della propria coscienza, senza fondersi/identificarsi con essi, senza farsi da essi definire e condizionare; piuttosto, concependoli come eventi mentali transitori che accadono in un contesto, un contenitore, più ampio e saggio: la consapevolezza. La prospettiva offerta dalla Mindfulness è quella di sedere sulla riva del fiume, per guadagnare una *saggia distanza* dalla quale osservare tutto come semplice *testimone* imparziale/equanime e non giudicante della propria esperienza, permettendo l'emergere di una maggiore calma e chiarezza, e quindi una gestione più adeguata della situazione.

In definitiva, il senso dell'approccio Mindfulness può essere ben espresso nelle parole di Segal e coll. (2006, p. 146): "n*on possiamo controllare quello che arriva dentro la nostra mente, ma quello che possiamo controllare è quello che facciamo dopo, il passo successivo.* [Il programma Mindfulness] *è tutto dedicato al diventare capaci di raggiungere una posizione di consapevolezza dalla quale poter scegliere quale sarà il prossimo passo, invece di lasciar agire automaticamente i vecchi abiti mentali.*

Bibliografia

Dalai Lama, Cutler H.C. *The art of happiness.* 1998. Trad. it. *L'arte della felicità.* Ed. Oscar Mondadori, 2009.

Germer C.K., Siegel, R.D., Fulton P.R. *Mindfulness and psychotherapy.* Guilford Press, New York, 2005.

Gradassi M. *Liberarsi dalla depressione in 8 passi. Vincere il male oscuro con gli insegnamenti della Mindfulness.* Ed. Tecniche Nuove, Milano, 2016.

Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* Delacourt, New York, 1990. Trad it. *Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la saggezza di corpo e mente.* Ed. TEA, Milano, 2010.

Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: healing ourselves and the world trough mindfulness.* Hyperion, New York, 2005. Trad. it. *Riprendere i sensi. Guarire se stessi e il mondo con la consapevolezza.* Ed. TEA, Milano, 2009.

Post R.M. *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder.* Am. J. Psychiatry, 1992 Aug; 149: 999-1010.

Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A new approach to preventing relapse.* The Guilford Press, New York, 2002. Trad. it. *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero.* Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

Shapiro S.L. e Carlson L.E. *The art and science of mindfulness.* American Psychological Association, 2009. Trad. it. *L'arte e la scienza della mindfulness.* Ed. Piccin Nuova Libraria, Padova, 2013.

Siegel D.J. *The Mindful brain. Mind your brain Inc, 2007.* Trad. it. *Mindfulness e cervello.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.

Teasdale J.D. *Cognitive vulnerability to persistent depression.* Cognition and Emotion, 1988; 2: 247-74.

Williams J.M.G., Teasdale J.D. Segal Z.V., Kabat-Zinn J. T*he Mindful way through depression.* The Guilford Press, 2007. Trad. it. *Ritrovare la serenità. Come superare la depressione attraverso la consapevolezza.* Ed. Raffaello Cortina, Milano, 2010.

Corrispondenza

Domenico Mastrofilippo
Psicologo Psicoterapeuta, Insegnante Mindfulness (Bari)
Cell: +39 349 788 19 67.
E-mail: *mimmo.mastrofilippo@alice.it*

Immacolata d'Errico
Psichiatra Psicoterapeuta (Bari)
E-mail: *immalibera@gmail.com*

LA TERAPIA METACOGNITIVA DELLA DEPRESSIONE

Mariangela Perito

Psicologa/Psicoterapeuta
Associazione Neamente

RIASSUNTO

Uno dei possibili trattamenti della depressione è rappresentato dalla terapia metacognitiva; fondatore di questo modello è Adrian Wells. Premessa fondamentale di questo approccio è che i pensieri hanno un forte impatto sul benessere psicologico, in particolare, rilevante è il "modo "in cui pensiamo agli eventi, il modo in cui ci relazioniamo alle nostre esperienze interne, sensazioni, emozioni, pensieri. Il cuore della sofferenza emotiva sta nel controllo dei processi mentali e nella selezione di alcune idee persistenti. I pattern di pensiero che si osservano nei disturbi psicologici hanno una qualità ripetitiva, auto-perpetuante e di rimuginazione. La Terapia Metacognitiva pertanto, si focalizza sulla rimozione degli stili di pensiero inadeguati, proponendo che qualsiasi modificazione del contenuto cognitivo possa avvenire solo se venga affrontato a livello metacognitivo. Nella depressione, la modalità di pensiero prevalente è caratterizzata dalla ruminazione, definita come un pensiero ripetitivo e passivo, relativo al disturbo stesso e alle cause del disturbo. Fondamentalmente, il trattamento Metacognitivo della depressione mira a promuovere la meta-consapevolezza, aumentare la flessibilità delle strategie di controllo, reindirizzare le risorse cognitive. Questa terapia, si focalizza inoltre, sull'interruzione della ruminazione e sulla modificazione delle credenze metacognitive.

Parole-chiave: *metacognizione, processi, ruminazione, depressione.*

* * *

La MCT aiuta i pazienti a regolare il proprio modo di pensare
e a sviluppare nuovi modi di reagire ai pensieri negativi
(Wells, 2008)

INTRODUZIONE

Adrian Wells, professore di Psicopatologia Clinica e Sperimentale all'Università di Manchester e professore in Psicologia Clinica all'Università di Manchester ha fondato la terapia Metacognitiva. Premessa fondamentale di questo approccio è che la presenza di un disturbo psicologico sia il segnale che i pensieri si stanno protraendo nella nostra mente, creandoci disagio. In questo approccio, a differenza della TCC tradizionale, non è il contenuto dei pensieri ad essere rilevante, quanto i processi mentali che sostengono le nostre cognizioni. Fondamentale è il "modo" in cui pensiamo agli eventi, il "modo in cui ci relazioniamo alle nostre esperienze interne. Quando siamo in presenza di una psicopatologia, tendiamo a

non considerare i nostri pensieri e le nostre credenze come eventi interni, ma li fondiamo come realtà. Grazie alla TMC si insegna al paziente il modo "metacognitivo" di esperire i pensieri, grazie al quale questi possono essere osservati a livello cosciente, e quindi possono essere vissuti come eventi interni, separati da sè e dal mondo. Le persone non si definiscono più e non si autoregolano piùin base ai propri pensieri. Nel caso della patologia depressiva, attraverso questo tipo di terapia si va a lavorare sulle modalità di pensiero autoperpetuanti e ripetitive attivate. Nel disturbo depressivo maggiore i pazienti reagiscono all'abbassamento del tono dell'umore, focalizzando l'attenzione sulle proprie sensazioni e mettendo in atto un processo continuo di ruminazione.

Il trattamento della Terapia Metacognitiva della depressione, mira prima di tutto ad un'attivazione comportamentale del paziente depresso, propone infatti, una serie di esercizi da svolgere quotidianamente, questo affinché il paziente esca dal suo stato di passività e possa trovare piacere nello svolgere dell'attività. Le varie fasi del trattamento mirano attraverso la relazione terapeutica e l'utilizzo di varie tecniche a promuovere la meta-consapevolezza, reindirizzare le risorse cognitive, rendere più flessibili le strategie di controllo attivate.

LA TERAPIA METACOGNITIVA

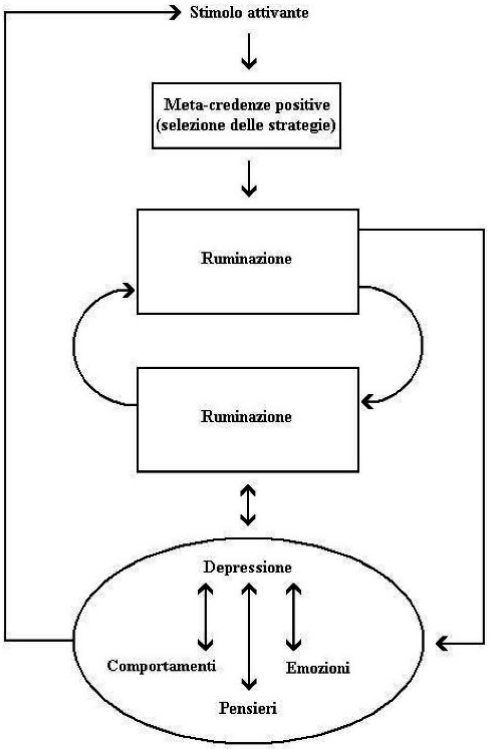
La terapia Metacognitiva considera i disturbi psicologici come il risultato di pattern di pensiero che hanno una qualità ripetitiva e autoperpetuante, che l'individuo difficilmente riesce a tenere sotto controllo; la modalità con il quale l'individuo si relaziona ai propri eventi mentali, alle proprie sensazioni, emozioni ha un grande impatto sulla propria vita. La tendenza a preoccuparsi eccessivamente, a ruminare, a focalizzare l'attenzione sulla minaccia e a far fronte ad un problema ad esempio, per mezzo dell'evitamento cognitivo, interferisce con il normale processo di adattamento psicologico e conduce ad un pensiero orientato al pericolo e al mantenersi dei sintomi. Questo trattamento, differisce dalla terapia cognitiva tradizionale, in quanto non si basa sulla modificazione del contenuto dei pensieri stessi, ma consiste nell'insegnare ai pazienti un nuovo modo di relazionarsi alle proprie esperienze interne, ai propri pensieri. La metacognizione, non è altro che il pensiero applicato al pensiero, secondo questo approccio, alcune persone non riescono ad uscire dalla propria esperienza emotiva, e a distaccarsi dalla propria sofferenza, perché la loro metacognizione (cioè il pensiero sul pensiero), di fronte a determinate esperienze interiori, dà vita ad un modello di risposta che contribuisce a mantenere e rinforzare si le emozioni che le idee negative. Questo pattern prende il nome di CAS (Sindrome cognitiva attentiva) e si manifesta con fenomeni di preoccupazione, ruminazione, focalizzazione dell'attenzione e con l'uso di strategie di coping e/o di autoregolazione disfunzionali.

Secondo la MCT, la difficoltà dei pazienti riguarda l'incapacità del paziente di prendere le distanze dalla propria realtà interna, riguarda inoltre, il modo di pensare ricorrente e inflessibile, che si presenta in risposta alla comparsa di pensieri, emozioni, sensazioni e credenze negative. La Terapia Metacognitiva si focalizza pertanto sulla rimozione degli stili di pensiero inadeguati, proponendo che qualsiasi modificazione del contenuto cognitivo, così come avviene nella TCC classica, possa avvenire solo esso viene affrontato a livello metacognitivo.

IL MODELLO METACOGNITIVO DELLA DEPRESSIONE

Il modello metacognitivo della depressione ed il relativo trattamento si incentrano sulle credenze che sostengono la ruminazione, al fine di interrompere il funzionamento cognitivo maladattivo. Nella depressione la ruminazione è la caratteristica centrale del CAS, Nolen-Hoeksema ha definito la ruminazione come un pensiero ripetitivo e passivo relativo al disturbo stesso e alle loro possibili cause e conseguenze. Nelle persone depresse le strategie cognitive principalmente utilizzate sono la **ruminazione** ed il **rimuginio.** La ruminazione può essere vista come un 'elaborazione mentale volta a comprendere la causa delle emozioni negative sperimentate, quali ansia, tristezza, angoscia e a trovare dei modi per gestire i pensieri e le emozioni disturbanti, mentre il rimugino è volto ad anticipare possibili situazione future spiacevoli per prevedere ed evitare il pericolo; entrambe le strategie, sembrano essere finalizzate all'evitamento delle esperienze interne negative. Nella patologia si osservano inoltre, comportamenti di copingmaladattivi che includono l'evitamento delle attività e dei rapporti sociali, che vengono ridotti in modo da avere ancora più tempo per ruminare, inoltre, i pazienti per cercare di sopprimere le emozioni negative, possono mettere in atto gesti autolesionistici o autopunitivi, o ricorrere all'abuso di sostanze.

Secondo questo modello, la depressione è mantenuta in vita e intensificata dall'attivazione della ruminazione e comportamenti di coping controproducenti. Ad esempio, particolari stimoli interni, che in situazioni di non patologia sono neutri, come un sintomo fisico, come una sensazione di tristezza o persistente affaticamento, oppure un pensiero negativo su di sè, sul mondo o sul futuro, divengono attivanti. Questi stimoli attivando il circolo vizioso del CAS che si attiva nella depressione:



Le metacredenze positive riguardano l'importanza per l'individuo di monitorare costantemente e tenere sotto controllo i pensieri e le emozioni negative (ruminazione, rimuginazione). Ad esempio, alcune persone ritengono sia utile mantenere un tono emotivo appiattito, perché convinti così di evitare una possibile delusione. Le credenze metacognitive positive danno luogo ad una condizione di ruminazione persistente che prolunga e intensifica i sintomi depressivi. A causa della persistenza dei sintomi depressivi, si rinforzano anche le credenze metacognitive negative, relative alla preoccupazione in merito all'incontrollabilità dei sintomi, ad esempio: "Sto perdendo il controllo: c'è qualcosa che non va nella mia mente". Si attiva così questo circolo vizioso della depressione, che è impossibile rompere lavorando solo a livello metacognitivo senza un'attivazione comportamentale, a loro volta comportamenti quali, la perdita di motivazione, la modificazione di pattern cognitivi facilitano la ruminazione.

STRUTTURA DEL TRATTAMENTO METACOGNITIVO PER LA DEPRESSIONE

– Concettualizzazione del caso
– Familiarizzazione con il modello
– Training attentivo e addestramento alla detachedmindfulness
– Modificazione delle credenze metacognitive negative (incontrollabilità dei sintomi, modello di malattia)
– Modificazione delle credenze metacognitive positive in merito alla ruminazione
– Rimozione dei comportamenti disfunzionali
– Rinforzo di nuovi piani di elaborazione
– Prevenzione delle ricadute.

In linea generale quindi, nella fase di trattamento il terapeuta, ricerca insieme al paziente gli stimoli interni attivanti, associati alle modificazioni dell'umore; di solito questi stimoli possono essere una sensazione angosciante, quali tristezza improvvisa o nodo alla gola, o pensieri negativi come "Ho fallito", "Sono colpevole", "La mia condizione non cambierà mai". Inizialmente, è importante che il paziente inizi a familiarizzare con un modello, che non va a focalizzarsi sulla veridicità o meno dei pensieri, ma dà importanza ai processi cognitivi.Dopo aver individuato il pensiero automatico negativo, si cercano di identificare i pensieri implicati nel processo di ruminazione e si cerca di far comprendere ai pazienti gli effetti deleteri sull'umore e sul comportamento della ruminazione. Si vanno ad esplorare e poi successivamente a modificare prima le meta-credenze negative e poi le meta-credenze positive. Ad esempio il terapeuta usa le descrizioni delle emozioni fornita dal paziente per esplorare le sue credenze negative, in merito all'incontrollabilità delle emozioni negative e della malattia, dopo aver fatto emergere le meta-credenze negative, il terapeuta esplora le credenze positive in merito alla ruminazione, ad esempio si chiede al paziente: "Qual è l'obiettivo della ruminazione? Ha qualche vantaggio nell'analizzare ripetutamente i suoi problemi e il modo in cui si sente?". Naturalmente durante la terapia, il paziente terrà sempre sotto controllo la motivazione del paziente e la disperazione,

è molto importante che i pazienti prendano coscienza di come possono modificare inizialmente i propri comportamenti, e poi i loro pensieri per uscire dalla patologia.

Due strategie metacognitive molto interessanti, utilizzate in questo approccio per modificare i processi cognitivi sono il training attentivo e la detachedmindfulness. L'ATT si usa per aiutare il paziente a divenire consapevole dell'uso della ruminazione, e sviluppare un controllo più flessibile dell'attenzione, i pazienti vengono istruiti a trattare i pensieri e le sensazioni intrusive come "rumori", questa tecnica consente di prendere consapevolezza degli eventi interni attivanti, senza che l'attenzione venga completamente assorbita. Un altro metodo proposto al paziente per evitare la ruminazione e la DetachedMindfulness, attraverso varie tecniche e l'esercizio si insegna al paziente ad osservare i propri eventi interni, senza tentare di controllarli o di reprimerli. Questo si può fare, aiutando il paziente ad esempio a non preoccuparsi di fronte ad un pensiero intrusivo, senza intraprendere alcun giudizio o interpretazione. L'obiettivo non è per il paziente di scacciare il pensiero/l'emozione dalla sua mente, ma è quello di cercare di non rimanerne coinvolto.

CONCLUSIONI

Lavorare a livello metacognitivo, significa quindi rendere il paziente consapevole dei suoi stili di pensiero maladattivi, al fine di modificare il modo in cui si relaziona ai propri pensieri e alle proprie esperienze interne. Pertanto, non è tanto il contenuto del pensiero che sembra essere rilevante il "cosa"pensiamo, quanto piuttosto il modo, il "come" pensiamo a qualcosa. Gli obiettivi generali sono:

– L'aumento della consapevolezza di come usiamo la nostra mente
– La riduzione del rimuginio/ruminazione
– Il miglioramento del controllo della propria mente

La caratteristica rilevante osservata nel disturbo depressivo maggiore è la ruminazione, che implica l'utilizzo inconsapevole da parte del paziente di stili di pensiero ripetitivi e autoperpetuanti al fine di ridurre le emozioni negative, questa modalità di pensiero porta anche a comportamenti di copingmaladattivi e disfunzionali, come l'evitamento e l'uso di sostanze. Compito del terapeuta allora, sarà quello di analizzare le credenze disfunzionali che sono dietro al problema ed interrompere il circolo vizioso della depressione, aiutando il paziente attraverso varie tecniche, ad elaborare nuove strategie di pensieropiù flessibili e funzionali, per gestire le emozioni negative sperimentate.

Conflitti d'interessi: nessuno.

Bibliografia

Caselli G. *Le Metacredenze, il rimuginio e la ruminazione.* In C. La Mela (a cura di). *Fondamenti di Terapia Cognitiva* (pp. 120-131). Firenze: Maddali e Bruni, 2014.

Normann N., Van Emmerik AP, Morina N. *The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression and anxiety. Depress Anxiety* 2014; 31: 402-11.

Papageorgiou C., Wells A. *Ruminazione depressiva.* Erikson, 2008.
Wells A. *Terapia Metacognitiva dei disturbi d'ansia e della depressione.* EclipsiEd, 2014.
Wells A. *Detached mindfulness in cognitive therapy. A metacognitive analysys and ten techniques. J Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*2005;: 337-355.
Wells A. Emotional *Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy.* Chichester, UK: Wiley. Trad. it. *Disturbi Emozionali e Metacognizione. Nuovestrategie di psicoterapiacognitiva.* Trento: Edizioni Erikson, 2002.

Corrispondenza

Mariangela Perito
Psicologa, psicoterapeuta
Associazione Neamente
Cel. +39 328 8477655.
E-mail: *mariangelaperito@gmail.com*

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE: LIMITI E CONFINI

Marina Santocchio

...

INTRODUZIONE

Come è noto all'interno di ogni procedimento diagnostico è possibile individuare due fasi: quella diagnostica e quella prognostica. Nella prima fase vi è la formulazione del caso attraverso l'anamnesi, la semeiotica e la diagnostica differenziale, nella seconda vi sono le modalità di intervento quali la terapia e il trattamento. Dalla prima fase dipende strettamente la seconda. Risulta quindi cruciale importanza, per la riuscita di un efficace percorso terapeutico, l'individuazione di una corretta fase diagnostica. Una diagnosi errata, invertita o mancata non solo pone in crisi l'intero procedimento diagnostico, ma soprattutto incide fortemente sulla scelta terapeutica, che risulta così inadeguata.

Appare quindi necessario approfondire al meglio le definizioni, i criteri e i sintomi dei vari disturbi ed a tal proposito, tra le controversie attualmente più in "auge", spicca il confronto fra disturbo bipolare e disturbo di personalità borderline.

LA SFIDA DELLA DIAGNOSI

Il disturbo di personalità borderline ed il disturbo bipolare presentano sia aspetti sintomatologici comuni che differenti. Per quanto riguarda gli aspetti similari, questi purtroppo, possono determinare una sovrapposizione sintomatologica, generando una diagnosi invertita con un consequenziale fallimento del piano terapeutico e cronicizzazione della malattia. Così ad esempio, quando ad un paziente bipolare viene diagnosticato un disturbo borderline il soggetto viene potenzialmente escluso dall'utilizzo di terapie farmacologiche efficaci. Al contempo attribuire una diagnosi di bipolarismo ad un paziente con disturbo di personalità lo espone al rischio di trattamenti insufficienti, piuttosto che ad un adeguato trattamento psicologico.

A tutto questo vanno aggiunti una serie di bias cognitivi e pratici che aggravano il problema in essere. Per quanto riguarda i bias di tipo cognitivo è importante citare J. Paris, che nel suo "Lo spettro bipolare - Diagnosi o moda?", attribuisce tale errata formulazione diagnostica al fattore "moda" dettato più dal momento storico e ideologico "bipolarista" che dalla effettiva realtà clinica, cosicché i clinici tendono a diagnosticare con maggiore probabilità il disturbo bipolare, di

cui sono maggiormente esperti, rispetto al disturbo borderline. Le ragioni di tale bias possono essere ricercate in numerosi fattori, spiega Paris, tra i quali sicuramente quello per cui la ricerca scientifica degli ultimi decenni si è maggiormente concentrata sul disturbo bipolare rispetto al disturbo borderline di personalità. Altro fattore, da non sottovalutare, è la maggiore compliance dei pazienti bipolari rispetto a quelli borderline storicamente e frequentemente descritti come "manipolativi ed oppositivi". Senza dimenticare che un altro elemento in grado di far pendere l'ago della bilancia verso la diagnosi di bipolarismo è rappresentato da un miglior outcome sul lungo periodo nel bipolarismo rispetto al disturbo borderline di personalità. In ultimo la predisposizione ereditaria del disturbo bipolare costituirebbe una più solida base diagnostica che, oltre a rassicurare il clinico, lo aiuterebbe anche nel descrivere al paziente la diagnosi, la quale nel caso del disturbo borderline di personalità spesso viene difficilmente accettata e maggiormente stigmatizzata. Un bias di natura pratico, risiede invece nella tendenza degli specialisti a concentrarsi soltanto sui sintomi trasversali, ad esempio all'interno del disturbo bipolare vengono sottolineate le alterazioni dell'umore solo in fase episodica (maniacale, depressiva, mista) e non quando il soggetto si trovi in fase eutimica.

DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE E DISTURBO BIPOLARE: DESCRIZIONE E SINTOMATOLOGIA

Il disturbo di Personalità Borderline è caratterizzato da un quadro duraturo e inflessibile di pensieri, sentimenti e comportamenti che ostacola la funzione psico-sociale di un individuo.

Secondo il Manuale diagnostico dei disturbi mentali DSM oggi alla sua V edizione per fare diagnosi del DPB abbiamo bisogno dei seguenti sintomi:

– Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono

– Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.

– Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.

– Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (es. spese sconsiderate, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, …)

– Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (autolesionismo, tagli su braccia e gambe, bruciature di sigaretta, ndc).

– Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni).

– Sentimenti cronici di vuoto.

– Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).

– Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Il disturbo Bipolare è un insieme di sintomi del tono dell'umore che si presentano in forma acuta o subacuta in uno o più momenti di vita. Le variazioni patologiche dell'umore persistono per mesi e anni ed hanno sulla persona un effetto invasivo tanto da influenzarne ed alterarne la capacità di giudizio. Sia la Mania che la Depressione influiscono notevolmente sulla vita dell'individuo e sono fortemente debilitanti sia sul piano lavorativo, sociale, affettivo che familiare. Si stima che ci sia una storia famigliare positiva per malattia, con trasmissione su base ereditaria.

Il Manuale diagnostico dei disturbi mentali DSM-V edizione descrive il disturbo bipolare attraverso una serie di episodi, maniacale, depressivo e misto, da qui una puntuale elencazione.

– *Episodio Maniacale*

L'Episodio Maniacale è caratterizzato da un umore persistentemente elevato, decisamente superiore alla norma, sia sul versante dell'espansività che dell'irritabilità. L'autostima del soggetto è ipertrofica, definita da aspirazioni eccessive e un forte senso di grandiosità. Vi è la presenza di una spiccata ed eccessiva loquacità, affiancata da un'agitazione psicomotoria con netta riduzione delle ore di sonno (3 sono sufficienti per sentirsi riposati), dovuta probabilmente in parte dalla successione continua dei pensieri come se si rincorressero uno dopo l'altro. L'attenzione viene catturata da ogni stimolo, anche quelli meno pertinenti, provocando una distraibilità continua, che conduce successivamente ad una diminuzione della capacità di giudizio e dell'autocritica. L' episodio maniacale del disturbo bipolare è caratterizzata inoltre da un aumento delle attività lavorative, scolastiche e sociali, con un relativo aumento dell'interesse nell'attività sessuale, ed un eccessivo coinvolgimento in attività con il rischio di conseguenze potenzialmente dannose (shopping eccessivo, comportamento sessuale sconveniente, investimenti avventati).

– *Episodio Depressivo*

L'Episodio Depressivo è caratterizzato da umore depresso e/o perdita di interesse verso attività fino ad allora piacevoli, con uno stato emotivo prolungato di sconforto, sensazione di vuoto, pessimismo, scoraggiamento e disperazione. Vi è la presenza di una netta alterazione del comportamento alimentare caratterizzato da diminuzione o aumento dell'appetito con conseguenti variazioni ponderali. Le alterazioni del sonno sia sul versante dell'insonnia che dell'ipersonnia ed alterazioni del bioritmo caratterizzate da risvegli precoci sono una costante di questa fase, e insieme agli altri sintomi portano ad un rallentamento della capacità di pensare e forte indecisione. La persona è soggetta a mancanza di energia e faticabilità, visibile anche attraverso il rallentamento psicomotorio. Forti sentimenti di autosvalutazione e senso di colpa eccessivo (spesso inappropriati) affiancano il soggetto nella quotidianità. L'Episodio Depressivo nel disturbo bipolare è inoltre caratterizzato da ricorrenti pensieri di morte, ideazione suicidaria con o senza pianificazione e tentativo di suicidio.

– *Episodio Misto*

Questa fase, spesso di passaggio tra la fase depressiva e quella maniacale del disturbo bipolare, è caratterizzata dalla presenza contemporanea di sintomi de-

pressivi e ipomaniacali. Frequentemente la persona in questa fase soffre di una pervasiva ansia e irritabilità.

Inoltre il DSM-V fa un ulteriore suddivisione del disturbo, classificandone due tipologie: disturbo bipolare di tipo I e disturbo bipolare di tipo II, a questi si aggiungono anche ciclotimia e disturbi bipolari sotto soglia.

Dal punto di vista diagnostico, si incontrano minori difficoltà nel distinguere un paziente bipolare di tipo I da uno affetto da disturbo borderline, dal momento che il sintomo cardine del bipolarismo di tipo I è la mania, ovvero uno stato di elevata eccitabilità e iperattività e/o aggressività generalmente di agevole riconoscimento e che, a volte, porta a manifestazioni assai marcate come la psicosi. Nel disturbo borderline osserviamo frequentemente ideazione paranoide, essa però non raggiunge mai il grado di un delirio sistematizzato, anche i sintomi dissociativi caratterizzati dall'assenza di connessione nel pensiero e nel senso di identità, non sfociano mai in un completo distacco dalla realtà: il paziente resta in grado di capire che gli sta succedendo qualcosa di strano. Il bipolare invece può sperimentare vere e proprie allucinazioni e deliri sia in fase maniacale che depressiva. Nella prima prevarranno tematiche d'onnipotenza e grandezza, mentre nella seconda deliri di rovina. Le problematiche diagnostiche maggiori, invece, si verificano quando il paziente presenta criteri diagnostici sfumati e non chiaramente identificabili. Gli stati di elevazione dell'umore o ipomaniacali possono mimare le fluttuazioni di umore tipiche del disturbo borderline di personalità. Inoltre, il paziente bipolare di tipo II può presentare alcuni tratti tipici degli stati maniacali ma in forma più attenuata.

DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ E DISTURBO BIPOLARE DI TIPO II: SIMILITUDINI E DIFFERENZE

Il disturbo borderline e il disturbo bipolare di tipo secondo evidenziano sintomatologie comuni quali l'impulsività, l'umore instabile, la rabbia inadeguata, un elevato rischio suicidario e relazioni affettive instabili, tuttavia i pazienti con disturbo borderline di personalità tendono a mostrare una maggiore instabilità e impulsività e ostilità rispetto ai pazienti con bipolarismo. Le oscillazioni del tono dell'umore nel disturbo borderline sono più frequenti e più brevi, spesso innescate da un evento esterno e descritti come una risposta emotiva eccessiva rispetto alle proporzioni dell'evento scatenante (una perdita, un rifiuto percepito, una frustrazione). Durante questi episodi, che durano solitamente poche ore o al massimo qualche giorno, la persona può sperimentare emozioni forti come rabbia o tristezza, o diversi gradi di irritabilità o ansia. Le oscillazioni del tono dell'umore nel disturbo bipolare sono, invece, più discontinue e durature e possono presentarsi in modo inatteso. Ad esempio, un episodio depressivo, per essere tale, deve persistere per almeno due settimane e un episodio maniacale per almeno una settimana. L'irritabilità o la rabbia possono essere presenti sia negli episodi depressivi che in quelli maniacali (o ipomaniacali) ma non fanno parte della personalità del soggetto. Lo stesso vale per i comportamenti impulsivi, che nel disturbo borderline fanno parte del nucleo personologico e si esprimono nella difficoltà di gestione di comportamenti potenzialmente dannosi, mentre nel disturbo bipolare sono presenti solo nei periodi maniacali o ipomaniacali.

Molti studi hanno confermato come l'instabilità affettiva e il comportamento impulsivo sembrino essere tratti appropriati per confrontare i due disturbi, è stata effettuata una revisione della letteratura internazionale degli ultimi 15 anni, è emerso come questi due aspetti, pur presenti in entrambe le diagnosi, si presentino sia qualitativamente che fenomenologicamente in modo differente. Nell'instabilità affettiva risultano differenze nella velocità di cambiamento, nell'area interpersonale, nella modulazione affettiva, per il disturbo borderline da eutimia verso ansia, depressione e rabbia mentre per il disturbo bipolare II da eutimia verso euforia e depressione. Infine, la diagnosi di disturbo borderline richiede la soddisfazione di almeno 5 dei 9 criteri presenti nel DSM, e solo 3 di essi hanno una possibile sovrapposizione con il disturbo bipolare.

Nonostante il livello di sovrapposizione sembri essere così elevato, altri studi evidenziano delle differenze che risultano di grande aiuto nel processo diagnostico e perciò di cura (Leblanc et al., 2016). In merito all'esordio i dati mostrano come il disturbo bipolare sia raro nell'infanzia, con un esordio medio in tarda adolescenza o prima età adulta (Distel et al., 2008; Luby&Navsaria, 2010) che rappresenta un distinto cambiamento del funzionamento della persona (Möller& Curtis, 2007). Al contrario, non c'è un esordio ben definito nel disturbo borderline di personalità, con un'affettività negativa che esordisce precocemente (Lewinsohn, Seeley & Klein, 2003) e, come riportato dai pazienti, uno stato depressivo che «dura da tutta la vita» (World HealthOrganisation, 1992).

IL PROBLEMA DELLA COMORBILITÀ DIAGNOSTICA

Ad aggravare la situazione diagnostica vi è il fatto che il disturbo borderline di personalità e il disturbo bipolare spesso coesistono. Questa comorbilità diagnostica si aggira intorno al 29,0% nel disturbo bipolare di tipo I e al 24,0% nel disturbo bipolare di tipo II (McDermid et al., 2015). Tale comorbilità influenza negativamente il trattamento. A tal proposito gli studiosi hanno ipotizzato che entrambi i disturbi fossero da includere in un'unica dimensione definita "Spettro Bipolare". A partire dagli anni '80 e '90 del novecento, numerosi studiosi hanno avanzato teorie e ipotesi sulla relazione fra disturbo bipolare e disturbo borderline; il fondamento teorico alla base di tali teorie riguarda gli aspetti affettivi nei due disturbi. Numerosi studiosi propongono di considerare il disturbo borderline di personalità come un disturbo bipolare di spettro, basandosi sull'elevato tasso di comorbilità e sulla sovrapposizione sintomatologica precedentemente evidenziata.

Tuttavia, gli studi prima di Akiskal nel 1985 e poi di Gunderson nel 2006 hanno evidenziato come la relazione fra disturbo borderline di personalità e bipolarismo sia modesta e la possibilità di una relazione forte di spettro sia inverosimile, sconfermando quindi l'ipotesi di un unico spettro bipolare.

ANAMNESI, CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA E DECORSO DEL DISTURBO

Nonostante le teorie e le ipotesi dei diversi studiosi, il problema del clinico rimane il medesimo: come distinguere nella quotidianità i due disturbi e porre una diagnosi certa. Allo stato attuale, per condurre una diagnosi corretta è ne-

cessario conoscere adeguatamente i criteri diagnostici più recenti (DSM-V), nonché affidarsi allo strumento di più grande rilievo nel campo psicologico/psichiatrico: l'anamnesi. La raccolta della storia di vita e della malattia del paziente rappresenta la base essenziale per ogni ulteriore provvedimento. La stesura di una storia psichiatrica, in modo completo e rigoroso, consente al clinico di discernere fra un disturbo bipolare e un disturbo di personalità borderline. Come già detto in precedenza il disturbo bipolare ha una forte componente di ereditarietà genetica, tale componente risulta assente nel disturbo di personalità borderline. Invece l'organizzazione borderline di personalità si associa con una frequenza elevatissima a traumi infantili, abusi, maltrattamenti, importanti carenze affettive subite nell'infanzia. Il tema dell'abbandono è centrale e fa da sfondo ad ogni comportamento disfunzionale tipico.

In ultimo appare essenziale valutare il decorso della malattia: poiché i disturbi di personalità sono da considerarsi come un pattern di comportamento cronico, costante durante la vita, sarà utile lo studio del decorso longitudinale e non solo dei sintomi trasversali. In altre parole, la presenza di una modalità di comportamento e di "espressione umorale e funzionale" sostanzialmente costante nel tempo, depone maggiormente per un disturbo borderline di personalità, rispetto ad un decorso caratterizzato da ciclicità, nel quale a fasi di disturbi dell'umore e di perdita di capacità funzionali, si alternano periodi di benessere e eutimia. I pazienti con disturbo borderline spesso evidenziano fasi di fluttuazioni umorali che mutano velocemente nell'arco di minuti e/o ore, molto difficilmente di durata superiore.

CONCLUSIONI

Appare evidente come disturbo bipolare e disturbo di personalità borderline configurino due entità nosologiche differenti, sebbene presentino aspetti sintomatologici e fenomenologici comuni e possano presentarsi come disturbi coesistenti nello stesso soggetto. L'errore nel riconoscimento diagnostico fonda le sue radici su molteplici aspetti. Un'approfondita conoscenza dei criteri diagnostici nonché una maggiore attenzione alla cronologia e agli eventi della storia di vita e del disturbo del paziente possono contribuire a superare questo bias, fornendo così al paziente la possibilità di fruire di un adeguato trattamento, evitando, al contempo, una sequela di conseguenze di difficile gestione sia sul piano terapeutico, sia sul piano psico-sociale, riducendo il rischio di stigmatizzazione e emarginazione del paziente.

Conflitti di interesse: nessuno.

Bibliografia

Akiskal H.S. *Sub affective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm.* Psychiatr Clin North Am 1981; 4: 25-46.

Akiskal H.S., Hirschfeld R.M., Yerevanian BI. *The relationship of personality to affective disorders.* ArchGenPsychiatry 1983; 40: 801-10.

Akiskal H.S. (1983). *The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis.* In L. Grinspoon (Ed.), Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review (pp. 271-292). Washington: American Psychiatric Press.

Akiskal et al. (1985). *Borderline: an adjective in search of a noun.* Journal of ClinicalPsychiatry.

Akiskal H.S., Bourgeois M.L., Angst J., Post R., Moller H. & Hirschfeld R. (2000). *Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders.* Journal of AffectiveDisorders, 59, 5-30.

Akiskal H.S. (2004). *Demystifying borderline personality: critique of the concept and un orthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 401-407.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V®).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barbato N., Hafner R.J. *Comorbidity of bipolar and personalitydisorder.* Austr NZ J Psychiatry 1998; 32: 276-80.

Barroilhet S., Vöhringer P.A. & Ghaemi S.N. (2013). *Borderline versus bipolar: differences matter.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 128, 385-386.

Basset D. (2012). *Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? Are view.* Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46, 327-339.

Bayes A., Parker G. & Fletcher K. (2014). *Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder.* Current Opinion in Psychiatry, 27, 14-20.

Benazzi F. (2008). *A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder?* Progress in Neuro-Psychopharmacology & BiologicalPsychiatry, 32, 1022-1029.

Bøen E., Hummelen B., Elvsåshagen T., Boye B., Andersson S., Karterud S. & Malt U.F. (2015). *Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder.* Journal of Affective Disorders, 170, 104-111.

Bolton S. & Gunderson J.G. (1996). *Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications.* American Journal of Psychiatry, 153, 1202-1207.

De Santis, N. Varrucciu, M. Saettoni, A. Gragnani, *Disturbo borderline di personalità o disturbo bipolare II? Una revisione della letteratura per andare oltre una lettura categoriale*, Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale (pp. 163-188) Vol. 23, n. 2, 2017.

Deltito J., Martin L., Riefkohl J., Austria B., Kisselenko A., Corless P., et al. *Do patients with borderline personality disorder be long to the bipolar spectrum?* J Affect Disord 2001; 67: 221-8.

Dunayevich E., Sax K.W., Keck P.E. Jr, McElroy S.L., Sorter M.T., McConville B.J., et al. *Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders.* J ClinPsychiatry 2000; 61: 134-9.

Feliu-Soler A., Soler J., Elices M., Pascual J.C., Pérez J., Martín-Blanco A., Santos A., Crespo I., Pérez V. & Portella M.J. (2013). *Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder.* Psychiatry Research, 210, 1307-1309.

George E.L., Miklowitz D.J., Richards J.A., Simoneau T.L. & Taylor D.O. (2003). *The comorbidity not bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates.* Bipolar Disorder, 5, 115-122.

Gunderson J.G., Phillips K.A. *A current view of the interface between borderline personality disorder and depression.* Am J Psychiatry 1991; 148: 967-7.

Gunderson et al. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality an bipolar disorder. American Journal of Psychiatry 163: 1173-1178.

Henry C., Mitropoulou V., New A.S., Koenigsberg H.W., Silverman J. & Siever L.J. (2001). *Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences.* Journal of Psychiatric Research, 35, 307-312.

Kernberg OF. (1976). *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica.* Milano: Raffaello Cortina 1980.

Joyce P.R., Light K.J. & Rowe S.L. (2010). *Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character.* Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44, 250-257.

Mackinnon D.F., Pies R. *Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders.* BipolarDisord 2006; 8: 1-14.

Magill C.A. (2004). *The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges.* Canadian Journal of Psychiatry, 49, 551-556.

Paris J., Gunderson J. & Weinberg I. (2007). *The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders.* Comprehensive Psychiatry, 48, 145-154.

Paris J. (2013). *Borderline personality and bipolar disorder: the limits of phenomenology.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 128, 384.

Paris J. (2015). *Lo spettro bipolare: diagnosi o moda?* Raffaello Cortina Editore.

Reich D.B., Zanarini M.C., Hopwood C.J., Thomas K.M. & Fitzmaurice G.M. (2014). *Comparison of affective instability in borderline personality disorder and bipolar disorder using a self-report measure.* Personality and Mental Health, 8, 143-150.

Reich D.B., Zanarini M.C. & Fitzmaurice G. (2012). *Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder.* Comprehensive Psychiatry, 53, 230-237.

Renaud S.M., Corbalan F. & Beaulieu S. (2012). *Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension.* Comprehensive Psychiatry, 53, 952-961.

Ruggero C.J., Zimmerman M., Chelminski I. & Young, D. (2010). *Borderline personality disorder and misdiagnosis of bipolar disorder.* Journal of Psychiatric Research, 44, 405-408.

Sadock S., V.A. Sadock, P. Ruiz. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 9th Ed., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Smith D.J., Muir W.J., Blackwood D.H. *Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum?* HarvRevPsychiatr 2004; 12: 133-9.

Jess G. Fiedorowicz, Donald W. Black (2010). *Borderline, bipolar, or both?* Current Psychiatry pp. 20-32.

Wilson S.T., Stanley B., Oquendo M.A., Goldberg P., Zalsman G. & Mann J.J. (2007). *Comparing Impulsiveness, Hostility, and Depression in Borderline Personality Disorder and Bipolar II Disorder.* Journal of Clinical Psychiatry, 68, 1533-1539.

Corrispondenza

Marina Santocchio
…
…
E-mail: *marinasantocchio@gmail.com*

DEPRESSIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: COMORBIDITÀ E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Barbara Solomita

Psicologa, psicoterapeuta - Associazione Neamente

RIASSUNTO

I Disturbi del Comportamento alimentare rappresentano un disturbo transnosografico. La maggior parte dei pazienti con Disturbo dell'Alimentazione soddisfa i criteri per almeno un altro disturbo psichiatrico. Le patologie conviventi più frequenti sono i Disturbi dell'Umore. L'osservazione clinica mostra sintomi in comune come la bassa autostima, il pensiero autocritico, i disturbi del sonno, la compromissione del funzionamento interpersonale etc. Seppur il concetto di comorbidtà in psichiatria assume connotazioni differenti dal punto di vista teorico, clinico ed epidemiologico, la conoscenza riguardo la comorbidità nei DCA risulta significativa sia per valutare la sintomatologia del DCA sia per sviluppare adeguate strategie terapeutiche. Quando si valuta la comorbidità fra Depressione clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare bisognerebbe tener presente che gli aspetti depressivi se prevalenti potrebbero inficiare il trattamento psicoterapeutico; c'è da considerare, inoltre, che la comorbidità potrebbe essere solo apparente quando il disturbo depressivo precede l'insorgenza del DCA o quando è una sua conseguenza.

* * *

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno un altro tasso di comorbidità con altri disturbi mentali, soprattutto con il disturbo depressivo maggiore (*major depressive disorder* (MDD)). I risultati di numerosi studi indicano che il MMD è molto frequente nei soggetti affetti da DCA (Balzafiore, et al., 2017; Mischoulon, et al., 2011; Kaye et al, 2008). L'*American Psychiatric Association* ha evidenziato che il tasso lifetime di MDD in soggetti affetti da DCA è compreso tra il 50% e il 75% dei soggetti esaminati (*American Psychiatric Association Workgroup on Eating Disorders*, 2006) e che la comorbidità con DCA è stata associata a un decorso peggiore, insieme a una maggiore frequenza di tentativi di suicidio e una elevata mortalità per suicidio (Kostro, et al. 2014; Pompili, et al., 2006). Altri studi clinici hanno individuato una associazione tra sintomi depressivi più gravi a una risposta terapeutica peggiore del DCA e la percentuale di remissione della sintomatologia depressiva è peggiore nei pazienti affetti da anoressia nervosa rispetto a quelli affetti da bulimia. Lo studio condotto da Mischoulon e collaboratori ha confermato che il decorso della sintomatologia depressiva è protratta nei pazienti con DCA e che il recupero sintomatologico da DCA può essere associato

a una perdita di identità (una perdita del sé) e una paura immotivata di aumentare di peso. Tutti sintomi che possono portare all'insorgenza di un MDD.

Diverse meta-anali di studi longitudinali suggeriscono che anche la depressione e l'obesità siano reciprocamente associate, in cui l'obesità aumenta il rischio di depressione e la depressione è un predittore per una futura obesità o aumento di peso (Luppino, et al., 2010). Diversi meccanismi fisiologici, psicologici e comportamentali sono coinvolti in questa correlazione, tra cui l'*emotional eating* (alimentazione emotiva) in cui l'alimentazione è la risposta emotiva negativa a sentimenti depressivi. Un altro mediatore è il cosiddetto *external eating* (alimentazione esterna) che consiste in una alimentazione in risposta a uno stimolo alimentare come la vista, l'odore e il gusto di un cibo attraente, indipendentemente dalla sensazione interna di fame e sazietà. Il terzo mediatore possibile nel collegamento depressione-peso è il *restrained eating (alimentazione controllata)* in cui si mangia meno di quanto desiderato per mantenere o perdere peso corporeo. Recenti studi, infine, indicano un'importante associazione tra gli effetti emotivi dell'alimentazione e i sintomi depressivi con *linkage* genetici specifici, indicando una predisposizione genetica a questa comorbidità (van Strien, et al., 2016).

ANALISI CRITICA DEGLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Il concetto di comorbidità nasce dalla medicina interna ed indica: "ogni distinta entità clinica aggiuntiva (*additional*), che c'è stata o che può comparire (*occur*) durante il decorso clinico di una paziente che ha la malattia indice sotto osservazione". Diverse definizioni sono state suggerite basate su differenti concettualizzazioni, quali la natura della condizione patologica, la relativa importanza delle condizioni presenti contemporaneamente, la cronologia della presentazione delle condizioni morbose e, infine, l'ampiamento dei concetti delle singole patologie. La coesistenza di due o più malattie nello stesso individuo suscita due importanti domande cliniche: se esiste un percorso etiologico comune e / o quale sia il loro impatto sulla cura clinica. Numerose critiche, tuttavia, possono essere rivolte agli approcci metodologici utilizzati negli studi di comorbidità come ad esempio una insufficiente ampiezza dei campioni; risultati difficilmente generalizzabili, il bias di selezione del campione, l'assenza di gruppi di controllo, la variazione della definizione temporale della prevalenza e la variabilità degli strumenti diagnostici (Valderas, et al., 2009).

MODELLI INTERPRETATIVI DELLA COMORBIDITÀ TRA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DEPRESSIONE E ANSIA

Cinque modelli essere individuati nell'interpretazione dei modelli di comorbidità tra DCA, depressione e disturbi d'ansia possono (Bulik, 2002). I seguenti modelli risultano essere più coerenti nel giustificare la relazione tra disturbi alimentari, disturbi affettivi e disturbi d'ansia:

1. Depressione ed ansia sono conseguenze del disturbo alimentare. Questo modello afferma un miglioramento della sintomatologia depressiva/ansiosa con l'instaurarsi delle normali condotte alimentari.

2. Il secondo modello afferma che il disturbo alimentare sarebbe una conseguenza del disturbo affettivo.
3. Il modello della forma frusta ribadisce che il disturbo alimentare altro non è che la manifestazione clinica di un disturbo affettivo o di ansia latente.
4. Il quarto modello afferma che il disturbo alimentare depressivo o di ansia sia espressione di un unico deficit neuroendocrino.
5. I tre disturbi fanno parte di un unico spettro psicopatologico e potrebbero avere fattori eziologici in comune.

DCA E SPETTRO AFFETTIVO

La presenza di Disturbi dell'Umore è stata ritenuta un fattore predittivo di decorso sfavorevole e di peggiore risposta al trattamento in vari studi di follow-up sia nella bulimia nervosa sia nell'anoressia nervosa (Maddoccks & Kaplan, 1991; Halmi et al, 1973). Studi basati su interviste diagnostiche strutturate e strumenti autosomministrati hanno riscontrato che un range che va dal 25% all'80% di persone affette da anoressia e bulimia, presenta tutti i criteri per una diagnosi di Depressione Maggiore. Gli autori, inoltre, concordano che la depressione presente in individui affetti da disturbi del comportamento alimentare risulta essere meno grave che in soggetti con la sola diagnosi di Depressione Maggiore (Srober & Katz, 1997).

I primi risultati ottenuti da Bushnell, et al. (1994) su una popolazione di donne scandinave affette da bulimia nervosa avevano evidenziato una più elevata presenza di disturbo affettivo di tipo depressivo rispetto al gruppo di controllo (Bushnell et al, 1994); l'84% del campione analizzato aveva presentato una sintomatologia depressiva durante la propria vita e il 44% delle stesse donne bulimiche aveva presentato un disturbo da abuso alcolico o uso di sostanze stupefacenti. Questi risultati sono stati confermati da uno studio su ampia scala elaborato dalla *World Health Organization World Mental Health Surveys* (Kessler, et al., 2013). Indagini retrospettive suggeriscono che la presenza di un disturbo depres-

Tabella 1

DIAGNOSI	ANORESSIA NERVOSA	BULIMIA NERSOSA	BINGE DISORDER
Depressione	25% - 85%	25% - 75%	23% - 41%
DAG	20% - 65%	13% - 70%	9%
Fobia sociale	16% - 55%	15% - 55%	
Agarofobia	14,5%	27% - 34,5%	
Disturbo di panico	4% - 8,1%	9% - 15%	
DOC	15% - 62%	0 - 43%	
Abuso di sostanze	12% - 23%	55%	
Abuso di alcol	5%	46%	

Modificata da Siracusano, et al., 2003

sivo (che soddisfa i criteri diagnostici del DSM) predice lo sviluppo della Bulimia Nervosa in misura maggiore del *binge eating disorder* e che a sua volta la bulimia nervosa predice lo sviluppo di un disturbo depressivo in misura maggiore del *binge eating disorder*. Inoltre, una significativa comorbidità con condizioni fisiche è dovuta quasi interamente alla bulimia nervosa. Infine, il verificarsi di percentuali così alte di comorbidità sembra indicare la possibilità che i DCA siano una entità psicopatologica transnosografica presente in vari disturbi psichiatrici.

DEPRESSIONE CLINICA COESISTENTE

La maggior parte delle persone affette da un disturbo della condotta alimentare soddisfa i criteri diagnostici per almeno un altro disturbo psichiatrico. Un range considerevole di pazienti con Disturbi dell'Alimentazione, trasversale ai tre gruppi diagnostici, presenta depressione clinica semi-indipendente, la quale interferisce significativamente con il trattamento del disturbo dell'dlimentazione per tali motivazioni:

– Il pensiero depressivo comporta l'assenza di speranza riguardo il cambiamento.

– Vi è la riduzione della motivazione al trattamento.

– La difficoltà di concentrazione comporta un immagazzinamento minore delle informazioni terapeutiche.

DEPRESSIONE CLINICA VS DISTURBO DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

Esistono caratteristiche comuni in entrambi i disturbi. Nella tabella 2 sottostante sono evidenziate le caratteristiche principali

Tabella 2 - Caratteristiche comuni depressione vs DCA

– Bassa autostima
– Pensiero autocritico
– Tono dell'umore basso
– Disturbi del sonno
– Perdita di interesse verso l'attività sessuale
– Restrizione cognitiva e calorica
– Compromissione del funzionamento interpersonale
– Trascuratezza delle attività quotidiane
– Esordio tardivo del disturbo dell'alimentazione
– Comportamenti atipici in seduta
– Pensieri ricorrenti di morte
– Pensieri e progetti sul comportamento suicidario
– Colpa eccessiva per eventi o circostanze non legati alla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione

IL RUOLO DELLA LEPTINA NELLA COMORDIDITÀ DEPRESSIONE-DCA

Uno sbilanciamento tra introduzione energetica e spesa energetica può portare ad un aumento o a una perdita di peso patologico. Nella regolazione del peso corporeo adeguato ha un ruolo importante la massa del tessuto adiposo. In questo contesto la leptina ha un ruolo importante. L'identificazione della leptina ha indotto la ricerca scientifica a studiare il processo dei segnali responsabili nella regolazione della massa adiposa. La leptina, ormone secreto principalmente dalle cellule adipose, agisce sui recettori ipotalamici inibendo l'alimentazione e aumentando la termogenesi. È stato identificato un ciclo di regolazione a feedback con tre componenti distinte: 1) un sensore (la produzione della leptina dalle cellule adipose) monitora l'ampiezza della massa del tessuto adiposo; 2) i centri ipotalamici ricevono e integrano il segnale della leptina attraverso i recettori della leptina (LRb); 3) il sistema effettore, compreso il sistema nervoso simpatico, controlla le due principali determinanti dell'equilibrio energetico: l'assunzione di energia e il consumo energetico.

Tuttavia, la leptina non è un fattore di sazietà nell'uomo perché le variazioni dell'introduzione di alimenti non inducono aumenti a breve termine dei livelli di leptina nel plasma. Dopo il suo legame al recettore LRb nell'ipotalamo, la leptina stimola una specifica cascata di segnalazione che determina l'inibizione di diversi neuropeptidi orexigenici, mentre stimola diversi peptidi anoressigenici. Le persone obese hanno elevati livelli plasmatici di leptina in relazione alle dimensioni della massa adiposa, ma i conseguenziali segnali indotti dalla leptina non inducono la risposta aspettata (ad es, riduzione dell'assunzione di cibo o aumento della spesa energetica). Ciò suggerisce che gli esseri umani, a differenza di quanto avviene negli animali di laboratorio, sono resistenti agli effetti della leptina endogena (Jéquier 2002). Diversi studi hanno suggerito che la mancanza di leptina porta a disfunzioni neuroendocrine, compresi i disturbi neurodegenerativi, ictus e disturbi cognitivi.

Numerose evidenze cliniche hanno indicato che la leptina può avere effetti antidepressivi. Differenti meccanismi biologici sono alla base di questo comportamento, compresa l'azione neuroattiva che la letptina ha sui recettori ipotalamici e dell'amigdala, miglioramento della neurogenesi e della plasticità nelle strutture corticali e ipotalamiche e modulazione dell'attività della asse Ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) (Milaneschi, et al., 2017). La somministrazione sistemica di leptina esercita effetti comportamentali antidepressivi-simili nelle cavie. Altre linee di ricerca suggeriscono che ciò avviene attraverso l'azione antidepressiva diretta della leptina nella attivazione dei recettori ipotalamici (Li, et al., 2016). È stato ipotizzato che la riduzione dei segnali della leptina (invece che la sua concentrazione assoluta) al sistema nervoso centrale agisca sul tono dell'umore; inoltre, la iperleptinemia dovuta a una resistenza funzionale nelle persone obese (un processo paragonabile all'insulina resistenza) possa rappresentare un rischio per la depressione. Uno studio recente sottolinea che una possibile leptino-resistenza può rappresentare un meccanismo che è alla base del legame tra obesità e depressione con aspetti atipici (Milaneschi, et al., 2017).

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE. APPROCCIO TRANSDIAGNOSTICO (CBT-E) DI CHRISTOPHER G. FAIRBURN

Malgrado la sovrapposizione tra DCA e depressione, la terapia antidepressiva non si è mostrata promettente nell'alleviare la depressione nei pazienti con DCA. La fluoxetina è stata approvata dalla *Food and Drug Administration* americana per il trattamento della bulimia nervosa; tuttavia, gli studi effettuati hanno dimostrato risultati contrastanti e altri farmaci antidepressivi non si sono dimostrati statisticamente efficaci nel trattamento della anoressia nervosa. Nuove strategie terapeutiche, pertanto, sono state individuate nel trattamento della comorbidità DCA-MDD con risultati soddisfacenti.

La CBT-E (*Enhanced Cognitive Behavior Therapy*) si basa sulla teoria cognitivo-comportamentale transdiagnotica dei disturbi dell'alimentazione e analizza principalmente i processi di mantenimento cognitivi e comportamentali applicabili in modo trasversale alle categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione. Il nucleo psicopatologico comune alle categorie è rappresentato dall'eccessiva valutazione del corpo, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione. Le varie manifestazioni cliniche dei disturbi dell'alimentazione mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale. (Riccardo Dalle Grave. CBT-E www.dallegrave.it). È consigliabile, secondo Fairburn, l'uso della terapia combinata, ovvero l'utilizzo della CBT-E e di un antidepressivo; in particolare risulta efficace, la fluoxetina inizialmente con una dose di 20 mg. Al raggiungimento del dosaggio efficace, il farmaco viene mantenuto per i nove mesi successivi, mentre si continua con la CBT-E. Fairburn sottolinea, infine, che la presenza della depressione clinica in soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare, rende il disturbo maggiormente trattabile.

Conflitto di interesse: nessuno.

Bibliografia

Balzafiore D.R., Rasgon N.L., Yuen L.D., Shah S., Kim H., Goffin K.C., Miller S., Wang P.W., Ketter T.A. *Lifetime eating disorder comorbidity associated with delayed depressive recovery in bipolar disorder. Int J Bipolar Disord.* 2017; 5(1): 25.

Bulik C.M. Anxiety, *Depression, and Eating Disorder.* In: Fairburn C., Brownell K., eds. Eating Disorder and Obesity. *A comprehensive handbook.* New York: Guilford Press, 2002.

Bushnell J.A., Wells E., McKenzie J.M., et al. *Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. Psychosom Med* 1994; 24: 605-11.

Halmi K.A., Brodland G., Loney J. *Prognosis in anorexia nervosa. Ann Int Med* 1973; 78: 907-9.

Jéquier E. *Leptin signaling, adiposity, and energy balance. Ann N Y Acad Sci* 2002; 967: 379-88.

Kaye W.H., Bulik C.M., Plotnicov K., Thornton L., Devlin B., Fichter M.M., et al., *The genetics of anorexia nervosa collaborative study: methods and sample description. Int J Eat Disord* 2008; 41: 289-300.

Kessler R.C., Berglund P.A., Chiu W.T., Deitz A.C., Hudson J.I., et al. *The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry* 2013 1; 73: 904-14.

Kostro K., Lerman J.B., Attia E. *The status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. J Eat Disord* 2014; 11; 2: 19.

Li X.M., Yan H.J., Guo Y.S., Wang D. *The role of leptin in central nervous system diseases. Neuroreport* 2016 23; 27: 350-5.

Luppino F.S., de Wit L.M., Bouvy P.F., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx B., et al. *Overweight, obesity, and depression a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(3): 220-229.

Maddoccks S.E., Kaplan A.S. *The prediction of treatment response in Bulimia Nervosa. A study of patient variables. Br J Psychiatry* 1991; 159: 846-9.

Milaneschi Y., Lamers F., Bot M., Drent M.L., Penninx B.W. *Leptin Dysregulation Is Specifically Associated With Major Depression With Atypical Features: Evidence for a Mechanism Connecting Obesity and Depression. Biol Psychiatry* 2017; 81: 807-814.

Mischoulon D., Eddy K.T., Keshaviah A., Dinescu D., Ross S.L., Kass A.E., Franko D.L., Herzog DB. *Depression and eating disorders: treatment and course. J Affect Disord* 2011; 130(3): 470-7.

Pompili M., Girardi P., Tatarelli G., Ruberto A., Tatarelli R. *Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eat Behav* 2006; 7: 384-94.

Siracusano A., Troisi A., Marino V., Tozzi F. *Comorbilità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura.* Noos, 2003.

Srober M.M., Katz J.L. *Depression in the eating disorders: a review and analysis of descriptive, family and biological findings.* In: Garner D.M., Garfinkel P.E., eds. *Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.* New York: Brunner/Mazel, 1997.

van Strien T., Konttinen H., Homberg J.R., Engels R.C., Winkens L.H. *Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. Appetite* 2016; 100: 216-24.

Valderas J.M., Starfield B., Sibbald B., Salisbury C., Roland M. *Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann Fam Med* 2009; 7: 357-63.

Woodside D.B, Johnson C.L., Halmi K., Brandt H.A., Crawford S., Mitchell J.E., Strober M., Berrettini W., Jones I. *The genetics of anorexia collaborative study: methods and sample description. Int J Eat Disorders* 2008; 41: 289-300.

Corrispondenza

Barbara Solomita
Psicologa clinica
Associazione Neamente
Cell. +39 327 0103764
E-mail: *barbarasolomita@alice.it*

DEPRESSIONE COME SINTOMO E DEPRESSIONE COME MALATTIA

Giuseppe Stranieri

Dirigente Medico C.S.M. Catanzaro sede di Catanzaro Lido

RIASSUNTO

La parola "depressione" che deriva dal verbo latino "deprimere" che significa "premere verso il basso", è un termine di uso comune al quale viene dato un significato che il più delle volte non corrisponde al suo significato tecnico usato in psichiatria per identificare un Disturbo che va sotto il nome di Depressione e che rappresenta attualmente una delle prime cause di disabilità nel mondo e interessa secondo l'OMS 350 milioni circa di persone. Questo lavoro, attraverso una revisione della letteratura scientifica e della pratica clinica nel nostro Centro di Salute Mentale, mette in evidenza da una parte l'importanza della Diagnosi Differenziale nei Disturbi dell'Umore e in particolare la differenza tra Depressione come condizione esistenziale e Depressione come malattia, e dall'altra la necessità di una revisione del concetto di Salute Mentale in una prospettiva non edonica e la necessità di una formazione in primo luogo dei medici di medicina generale e degli psichiatri in una prospettiva di tipo fenomenologico che superi il dualismo tra mente e corpo e consideri l'individuo come Persona. Come scrive E. Borgna in "Come se finisse il mondo": La Psichiatria, come scienza di confine, si deve negare alla sua ragione d'essere di scienza naturale, saltando al di là del mondo "categoriale", nel contesto delle scienze umane, delle scienze riscattate dal senso. Solo negandosi come scienza (naturale) e riemergendo nella sua radicale contestazione di ogni oggettivazione dell'altro-da-sé, la psichiatria si colloca (salta) al di là di ogni ideologia e si rifonda come scienza umana.

Parole-chiave: *depressione, diagnosi differenziale, terapia, salute mentale.*

* * *

INTRODUZIONE

Come è ormai noto, la Depressione, secondo i dati dell'OMS, affligge più di 350 milioni di persone di tutte le età in ogni società, rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia. Nonostante esistono ormai trattamenti efficaci per curarla, meno del 10% delle persone che ne avrebbe bisogno riceve cure adeguate. In Italia i dati disponibili di prevalenza dei disturbi mentali sono stati raccolti nell'ambito del progetto europeo ESEMED (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders). I risultati dello studio, relativi al nostro Paese, indicano che circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita. In particolare, la depressione maggiore, le fobie specifiche e la distimia sono risultati i disturbi più

comuni, con percentuali di prevalenza nel corso della vita rispettivamente pari al 10,1%, al 5,7% e al 3,4%. Il disturbo post traumatico da stress, la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzata sono invece stati riscontrati nel 2% circa dei soggetti intervistati. Le donne sono risultate molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. I dati Esemed confermano anche che l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici. Accanto a questi dati che dimostrano quanto le malattie mentali e la Depressione in particolare siano diventate di rilevante impatto sanitario, sociale ed economico, è anche vero che negli ultimi 15 anni c'è stato un aumento di 40 volte di diagnosi di Disturbo Bipolare nell'infanzia e di 20 volte di quello di Autismo, e che sopra i 32 anni, nel corso della vita, il 50% della popolazione riceve una diagnosi di Disturbo d'Ansia e il 40% di Disturbo dell'Umore. Con l'avvento del DSM-5 si è verificato un aumento dell'eccesso di diagnosi con falsi positivi e un eccesso di trattamenti farmacologici, col rischio di medicalizzare la normalità e trasformare la criminalità in patologia Da tener presente infine, che l'obiettivo della prevenzione in psichiatria, può diventare pericoloso in assenza di una diagnosi accurata, di terapie efficaci e di trattamenti sicuri. Per combattere la depressione, l'uso di farmaci rimane uno degli approcci più utilizzati anche in Italia, non bisogna però trascurare i dati disponibili grazie ai sistemi di monitoraggio delle prescrizioni che dimostrano che l'utilizzo dei farmaci, tra cui gli antidepressivi, nella popolazione italiana dal 2000 al 2011. sono aumentate del 340%. Un aumento dovuto certamente a una molteplicità di fattori, ma che deve far riflettere sugli aspetti legati a appropriatezza d'uso, efficacia e sicurezza. La riflessione su questi dati ci fa comprendere quanto sia importante una buona formazione in psichiatria della classe medica, in modo particolare per i medici di medicina generale, una corretta diagnosi differenziale e un'approccio di tipo fenomenologico alla patologia psichiatrica e quindi alla depressione.

METODO

Il primo autore ad usare il termine Depressione come malattia autonoma, fu il medico greco Ippocrate che col temine "malinconia", denominò quel raggruppamento di segni fisici e mentali che duravano a lungo ed erano caratterizzati da umore depresso, scoraggiamenti e paure immotivate. Anche se la Depressione è presente in tutte le società l'impatto che essa ha nelle varie culture varia ampiamente, cosi come cambia la sua percezione di malattia o condizione esistenziale. La diagnosi di Depressione come malattia viene fatta per es. molto meno in Cina che in occidente, molti autori hanno poi pareri discordi sul concetto di Depressione, James Hillman scrive che la depressione può essere salutare per l'anima.sostenendo che i tentativi terapeutici per eliminare la depressione fanno eco sul tema cristiano della resurrezione, ma hanno l'effetto perverso di demonizzare uno stato dell'anima. È importante pertanto rivedere per prima cosa il concetto di Salute Mentale, cosi come ha fatto la Prof.ssa Silvana Galderisi, neopresidentessa della European Psychiatric Association che in occasione del Congresso SOPSI 2017, mettendo in discussione quanto dice l'Organizzazione Mondiale

della Sanità che propone una definizione incentrata su una necessaria condizione di benessere fisico, psicologico e sociale contrappone un concetto di Salute Mentale come la ricerca di un equilibrio tra le varie componenti della vita psichica che rappresenta in sé la possibilità di superare il concetto di benessere come fondante la salute. Un equilibrio dinamico, quindi soggetto a crisi, cambiamenti e alla ricerca di una sempre nuova stabilità Nella società post-moderna nella quale viviamo che vede la tecnica come potenza assoluta, con la perdita dei valori e dei punti di riferimento, "società liquida" come la definisce Bauman ci sta conducendo verso un nichilismo che inevitabilmente non può che realizzare un umore triste e demotivato, ma questa condizione non è Depressione, ma piuttosto l'incapacità di sentirsi persona nel mondo con una progettualità, con la capacità di esperire sentimenti positivi e negativi, non la ricerca spasmodica di un benessere fisico e psichico, ma appunto quell'equilibrio dinamico che prevede anche momenti di crisi e difficoltà. Come magistralmente scrive Jaspers nella sua Psicopatologia Generale: "il nucleo della malinconia è formato da una immotivata e profonda tristezza, alla quale si aggiunge un'inibizione di tutta l'attività psichica che, oltre a essere sentita molto dolorosamente in senso soggettivo, è anche constatabile oggettivamente. Tutte le pulsioni sono inibite, il malato non ha voglia di nulla. Da una diminuzione dell'impulso al movimento e all'attività, si giunge fino una completa inattività. Nessuna risoluzione, nessuna attività possono essere intraprese. Le associazioni non sono più disponibili. Ai malati non viene in mente più niente, si lagnano della loro memoria completamente sconvolta, sentono la loro incapacità di rendimento, si lamentano della propria insufficienza, dell'insensibilità e del vuoto. Sentono la profonda afflizione come una sensazione nel petto e nell'addome, quasi che si potesse cogliere lì. Nella profonda tristezza il mondo appare loro come grigio, indifferente e sconsolante. Di ogni cosa cercano solo il lato sfavorevole e infelice. Nel passato hanno avuto molte colpe, (autorimproveri idee di colpevolezza), il presente offre loro solo disgrazie (idee di impoverimento." È per questo motivo che il DSM5 deve essere usato con molta cautela, perché come scrive sempre Jaspers, la depressione non è un insieme di sintomi che vanno catalogati, ma uno smarrimento, un'Impotenza psicologica, un'incapacità di volere, un senso di vuoto interiore La Depressione non intesa quindi come o soltanto un'inibizione biologia o vitale, ma una modificazione dell'oggettività temporale quindi dell'intenzionalità.

Quello che osserviamo nel nostro centro di salute mentale è il ritardo col quale ci vengono inviati molti pazienti che sono depressi gravi da molto tempo, con terapie fatte da ansiolitici e una documentazione clinica fatta di Tac Cerebrali, Radiografie ed esami del sangue che risultano il più delle volte nella norma, e nello stesso tempo pazienti che fanno uso da molto tempo di antidepressivi senza nessun miglioramento del loro stato di salute, che non sono depresse, ma vittime di una società schiava della tecnica che depotenziando i valori e i sentimenti fa sentire la persona infelice. Non è sufficiente consultare il DSM5 e sommare una serie di sintomi che possono descrivere un disturbo, ma non comprendere la "persona "nella sua unicità. La Depressione, come scrive Binswanger, è come "un letto di un torrente in secca" o un "binario su cui non scorre niente", uno svuotamento della coscienza senza più un progetto. Se la so-

cietà postmoderna col nichilismo imperante, la perdita dei valori e i punti di riferimento, la globalizzazione nella quale viviamo, non può che determinare una desertificazione dell'anima, un impoverimento dei sentimenti e quindi un vissuto esistenziale che non dà speranza, il passaggio successivo ad uno stato depressivo e frequente. Sarebbero necessarie, come scrive Holderlin, dosi minori di analgesici, sonniferi, di tranquillanti e magari di insulina nei diabetici, se i pazienti potessero essere ascoltati, alleggerendo la loro solitudine. Più che seguire linee guida in modo asettico, è necessario mettere al centro della relazione la Persona, leggere i sintomi che presenta, tenendo presente il suo vissuto. L'adolescenza, la vecchiaia, la maternità, sono passaggi della vita in cui la "crisi" è necessaria per poter "riemergere", se la società non da quei valori e punti di riferimento che servono per superare i momenti difficili, di scoraggiamento, la cosa più facile e far ricorso agli antidepressivi, col rischio che invece di star bene si diventa depressi. I centri di Salute Mentale dovrebbero, come da molto tempo cerca di fare il nostro Centro, tenere uno stretto contatto con i medici di medicina generale, entrare nelle scuole e privilegiare la formazione degli operatori, per essere nelle condizioni di fare una giusta diagnosi differenziale tra Depressione come malattia e depressione come stile di vita.

RISULTATI

L'approccio di tipo fenomenologico, che viene usato nel nostro Centro di salute Mentale, ha migliorato l'aderenza alla terapia dei pazienti, è permesso di meglio inquadrare i vari tipi di Depressione.

CONCLUSIONI:

La Depressione, cosi come prevede l'OMS, nel 2030, sarà la prima causa di disabilità nel mondo, anche se le cause che la determinano sono come è ormai noto multifattoriali, possiamo con ragionevole certezza, affermare che la società nella quale viviamo, favorisce in modo consistente l'insorgenza di questa malattia.

Nell'epoca dell'edonismo, della tecnica e della mancanza di futuro. sono anche spiegabili gli aumenti di suicidio come conseguenza di uno stato depressivo, come scrive S. Kierkegard: quando il maggior pericolo è la morte, si spera nella vita. Ma quando si conosce il pericolo ancora più terribile, si spera nella morte. Quando il pericolo è così grande che la morte è divenuta speranza, allora nasce la disperazione perché viene a mancare la speranza di poter morire.

Per prevenire la depressione è necessario un'attenta diagnosi differenziale tra le varie forme di malattia, e tutte quelle forme di disagio dovute ad un malessere generale determinato da una società "malata"

Molte malattie nascondono a volte delle Depressioni anche gravi, e molte condizioni patologiche di natura internistica e neurologica sono diagnosticate come Depressione.

È di fondamentale importanza, come scrive U. Galimberti proporre un approccio di tipo fenomenologico alla sofferenza mentale, sostituendo al dualismo

anima e corpo la relazione del nostro corpo con il mondo della vita, da cui emerge che la follia, non è tanto una deviazione dalla norma, ma l'estremo tentativo, da parte del folle, di essere comunque al mondo, e di progettare, nonostante tutto, un mondo.

Bibliografia

Borgna E. *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica. Feltrinelli Editore*, 2015.
Galderisi G. *Congresso SOPSI.* 2017.
Jaspers K. *Psicopatologia Generale.* Il Pensiero Scientifico Editore, 2000.
Kierkegaard S. *La malattia Mortale.* Sansoni Editore, Firenze, 1965.
Galimberti U. *Psichiatria e Fenomenologia.* Feltrinelli Editore, 2006.
Binwanger L. *Che cos'è metafisica?* Adelphi, Milano 1987.

Corrispondenza

Giuseppe Stranieri
Dirigente Medico C.S.M. Catanzaro
Sede di Catanzaro Lido
E-mail: *straniti@virgilio.it*

LA DANZATERAPIA COME STRUMENTO DI ESPRESSIONE E CURA NELLE PATOLOGIE DELL'UMORE

Romina Tavormina

Studio di Psicologia - Napoli - Italia

RIASSUNTO

Si sente spesso parlare degli effetti positivi della danza sul benessere dell'individuo e questo frequentemente genera confusione nel differenziare la Danzamovimentoterapia (DMT) dalla danza. Il seguente studio, dopo aver definito la differenza tra le due discipline, tende a mostrare come la DMT sia un potente ed efficace strumento terapeutico per la cura delle patologie dell'umore. Difatti benché la danza sia un evento psicofisico integrato, in quanto attraverso il corpo, nella sua totalità, vengono espresse emozioni, sensazioni, che determinano un cambiamento nella persona, favorendone un vissuto di amplificazione dell'io e delle sue potenzialità percettive, comunicative ed espressive (Linda Franchini, et al. 2014) la DMT ha un elemento in più rispetto ad essa: lo strumento terapeutico.
Nello specifico la DMT in quanto disciplina specifica che utilizza l'espressività corporea per regolare le emozioni e il sé psicofisico dell'individuo è orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale, la maturità affettiva e psicosociale e la qualità della vita della persona. Essa si è rivelata strumento prezioso soprattutto nell'espressione e nella cura di pazienti depressi. Diversi studi condotti sia su adolescenti, che anziani o pazienti psichiatrici con disturbi dell'umore che hanno praticato dei laboratori di DMT hanno evidenziato come essi mostrano una riduzione del disagio psicologico collegato alla malattia, un miglioramento della qualità di vita percepita sia a livello fisico che psicologico ed un miglioramento nei rapporti relazionali. Questi risultati positivi incoraggiano lo sviluppo per ulteriori ricerche in questo campo d'intervento.

Parole-chiave: *DanzaMovimentoTerapia, disturbi dell'umore, espressione emozioni, cura.*

* * *

INTRODUZIONE

Oggi si sente parlare molto spesso degli effetti benefici della danza sul benessere psico-fisico e relazionale della persona considerando così spesso erroneamente il semplice danzare di per sé un elemento terapeutico. Se tutto questo è vero bisogna però prestare molta attenzione a quando si usa il termine terapeutico in quanto spesso, soprattutto nel caso della danza, esso viene utilizzato impropriamente come un termine equivalente a benefico. Dunque se è vero che danzare produce degli effetti benefici in chi la pratica non è detto che essi siano necessariamente terapeutici.

DIFFERENZA TRA DANZA E DANZAMOVIMENTOTERAPIA (DMT)

Occorre dunque fare una rigorosa distinzione tra cosa sia la danza e cosa la danzaterapia distinguendo gli effetti che l'una e l'altra possono avere sul benessere della persona.

Il termine "danza" descrive l'insieme di movimenti del corpo, eseguiti individualmente o collettivamente con finalità rituali, ludiche o estetiche, generalmente in accordo con un accompagnamento musicale. La danza è un evento psicofisico integrato, in quanto attraverso il corpo, nella sua totalità, vengono espresse emozioni, sensazioni, che determinano un cambiamento nella persona, favorendone un vissuto di amplificazione dell'Io e delle sue potenzialità percettive, comunicative ed espressive. (Linda Franchini, et al. 2014)

Dagli albori della civiltà il flusso della danza attraversa le pratiche di guarigione e di aggregazione sociale e anima ancor oggi i rituali terapeutici di tante tradizioni. Anche nelle culture giovanili riemerge in nuove forme l'eterno e ubiquitario "bisogno di danzare" (Schott-Billmann 2000).

Spesso la grande confusione nel definire la differenza tra danza e danzaterapia è suffragata proprio dal fatto che fin dall'antichità la danza è stata utilizzata dall'essere umano come strumento privilegiato di espressione/comunicazione corporea e delle proprie emozioni. Numerose figure, descrizioni e scritti dell'epoca protostorica testimoniano infatti come già dalla più remota antichità, in ogni civiltà, la danza sia stata una potente e unificante forma di espressione dei momenti significativi della vita sociale (come il matrimonio, la caccia, la semina e il raccolto, la guerra e infine la morte). Attraverso la danza, i membri di ogni comunità potevano condividere profonde esperienze emotive, dalle più terrificanti alle più estatiche. E fu attraverso l'uso rituale del proprio corpo in movimento che gli esseri umani tentarono all'origine di rendersi propizie le divinità e le forze della natura, creando in tal modo un ponte comunicativo con quanto ignoto avvertivano nell'universo (Adorisio A. 2004).

È in queste prime esperienze di danza terapeutica che la DanzaMovimentoTerapia trova le sue radici tuttavia per parlare proprio di nascita e sviluppo della DMT, così come la intendiamo oggi, bisogna aspettare gli inizi del'900 in America quando alcune danzatrici per apportare delle modifiche agli schemi troppo rigidi della danza classica scoprirono gli effetti terapeutici della danza. La danza intesa come terapia deriva infatti dalla trasformazione della Danza Moderna contrapposta alla Danza Accademica nel senso della Danza Espressiva.

Prima di descrivere i primi sviluppi della DMT, per definire/circoscrivere, l'ambito entro il quale si muove il seguente articolo e differenziarlo dalla danza diventa necessario innanzitutto dare una definizione della DMT.

Possiamo iniziare col dire che la danzaterapia oltre a gli effetti benefici del danzare vi aggiunge un aspetto in più lo strumento "terapeutico". Difatti chi si occupa di DanzaMovimentoTerapia deve aver conseguito un diploma di specializzazione nella suddetta disciplina.

DEFINIZIONE DMT

La **DanzaMovimentoTerapia (DMT)** è un'arteterapia nella quale il corpo e il movimento sono lo strumento primario per raggiungere gli scopi terapeutici. È

quindi una tecnica di riabilitazione che utilizza l'espressività corporea per regolare le emozioni e il sé psicofisico dell'individuo, considerando quest'ultimo come un'unità mente-corpo inscindibile.

Nello specifico nell'art. 2 dello Statuto della Associazione Professionale Italiana DanzaMovimentoTerapia (APID) la DMT viene definita e descritta come una disciplina specifica, orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale, la maturità affettiva e psicosociale e la qualità della vita della persona.

La specificità della DanzaMovimetoTerapia si riferisce al linguaggio del movimento corporeo e della danza e al processo creativo quali principali modalità di valutazione e di intervento all'interno di processi interpersonali finalizzati alla positiva evoluzione della persona. Considerando questa forte connessione tra mente e corpo, la DanzaMovimentoTerapia cerca di lavorare sui comportamenti muscolari collegati ad una emozione per esternarla. In particolare, la danzaterapia diventa una forma di espressione di sentimenti (colpa, dipendenza, abbandono) così opprimenti e violenti da non poter essere esternati verbalmente ma esprimibili attraverso il movimento. In questo senso, infatti, il movimento nasce dal profondo "sentire" di ogni partecipante. La musica (il suono) funge da mediatore della relazione tra il paziente e il terapeuta e ha la funzione di stimolare il movimento nonché creare un ambiente favorevole dove sia possibile dare forma corporea ad una emozione nascosta. La DanzaMovimentoTerapia, oltre ad aumentare le competenze relazionali attraverso la condivisione di un'esperienza di gruppo, aumenta la creatività e può essere un'ottima possibilità per accrescere la sensibilità verso sé stessi e gli altri. Naturalmente, la danzaterapia utilizza esercizi fisici che tendono ad apportare benefici al corpo e a dare sensazioni di benessere come: ampliare la respirazione, potenziare la muscolatura, migliorare l'equilibrio e l'estensione del proprio corpo. Gli incontri di DanzaMovimentoTerapia non hanno mai mostrato controindicazioni e possono essere rivolti a singoli individui, a coppie oppure a gruppi: la scelta del contesto in genere viene effettuata in relazione alle necessità relative alla problematica specifica che si sta trattando.

STORIA E SVILUPPO DELLA DMT

Una volta definita cosa sia la DanzaMovimentoTerapia e quali sono le sue modalità di intervento/azione che la differenziano dalla danza ora è utile fare un breve excursus sulla nascita e storia della DMT prestando particolare attenzione a quegli elementi che possano essere utili per il nostro discorso successivo su DMT nella cura dei disturbi dell'umore.

All'inizio del Novecento (in particolare, intorno agli anni'40), alcune danzatrici americane, Marian Chace e Trudy Schoop, iniziarono a scoprire, partendo dalla propria esperienza personale, che la danza ha degli effetti terapeutici.

Marian Chace (1896-1970), attraverso la sua grande esperienza nel mondo della danza e dell'insegnamento, scoprì e sperimentò la spontaneità e la profondità del linguaggio del corpo. In particolare, intravide nel movimento una con-

creta possibilità per tutti di esternare le proprie emozioni e soprattutto le proprie sofferenze. Questa sua intenzione derivò in seguito all'osservazione (1930) di alcuni bambini che, nonostante una scarsa propensione fisica alla danza, mostravano un grande entusiasmo ed un'encomiabile tenacia nel continuare a praticarla. In aggiunta, la Chace trovò nel potere comunicativo del corpo, una risorsa per dare parola a chi non è in grado di comunicare attraverso il linguaggio verbale. Guidata da questa convinzione, nel 1942 Marian Chace iniziò a lavorare all'interno dell'ospedale psichiatrico St. Elisabeth di Washington, dove incontrò la disponibilità dei dirigenti che si trovarono a dover affrontare tempestivamente una situazione molto grave: prendersi cura di quei soldati che nell'immediato dopoguerra tornarono dai campi di battaglia, affetti da disturbi della personalità. Marian Chace si occupò di progettare degli interventi diversi in base alle diverse patologie: schizofrenia, depressione, isteria. Nel 1960, Marian Chace fondò un programma di training per i "dance therapists" a New York e nel 1966 ha fondato l'"American Dance Therapy Association" della quale è stato il suo primo presidente.

Altra pioniera della DMT è stata **Trudy Schoop**, che iniziò in tenera età a danzare per placare le sue ansie ed esternare emozioni e sentimenti; lei stessa affermò di essere guarita grazie alla danza, che le permise di dare una forma concreta alle proprie fantasie angoscianti e alle ossessioni e in tal modo ad accettarle, vivendo il male e l'angoscia come una parte di sé. Dopo aver compiuto degli studi di danza classica si accostò alla danza moderna, seguendo gli insegnamenti di un'allieva di Isadora Duncan e negli anni successivi si dedicò sia all'insegnamento, in una scuola da lei stessa avviata, sia alla rappresentazione di pantomime all'interno del Cabaret Corniction. Qualche anno dopo, al termine del secondo conflitto mondiale, la Schoop si recò in America ed in seguito alla morte del marito si trasferì in California, dove scelse di lavorare con i pazienti schizofrenici di una clinica psichiatrica, elaborando una sua strategia di intervento. Infatti, la Schoop riteneva che la danza offre la possibilità, attraverso movimenti da lei definiti "archetipi" come strisciare, raggomitolarsi e saltare di avvertire la percezione di sé. Quindi, guidata da questa convinzione, decise di utilizzare questo approccio esclusivamente artistico (senza riferimento ad alcuna teoria psicologica) su gruppi composti a un numero limitato di pazienti e preferibilmente con lo stesso tipo di patologia, poiché riteneva dispersivo e inefficace lavorare con tante persone affette da disturbi differenti.

È opportuno sottolineare che il potere terapeutico della danza, proposto da queste due danzatrici, ha dato risultati sorprendenti, soprattutto con i pazienti che non erano assolutamente in grado di comunicare mediante la parola e che, tramite questo approccio, hanno avuto la possibilità di comunicare ed essere capiti grazie al movimento. Sono state, dunque, le danzatrici, ovvero delle artiste, a sperimentare su sé stesse e successivamente sugli altri il valore terapeutico della danza, senza avvalersi di modelli psicologici e di nozioni teoriche di psicopatologia, in quanto non erano di loro competenza. Nei decenni successivi, in seguito a queste esperienze, si sono sviluppate delle scuole e degli orientamenti ad opera di danzatori e psicologi che hanno cercato di conferire alla danza terapia i pre-

supposti scientifici necessari per utilizzarla come terapia sostitutiva o di sostegno a quella convenzionale.

Il primo significativo accostamento tra danza e intervento terapeutico si deve senz'altro a **Carl Gustav Jung**, che nella sua Psicologia Analitica 1902, chiaramente identifica nella danza un processo creativo cui l'uomo ricorre, così come ricorre ai miti e ai riti, per evocare vissuti profondi. Per Jung ogni atto creativo (come appunto è la danza) può essere uno strumento di richiamo alla memoria dell'inconscio individuale e collettivo. In tal senso il corpo può assumere intensi connotati simbolici proprio esprimendosi nella danza che, scandita dal ritmo, lascia fluire ogni gesto in risonanza con quello successivo, come in un rispecchiamento con la ciclicità della vita, ricordandoci il senso dell'unione e della continuità della nostra esistenza (Jung 1974).

La danzaterapia analitica trae dunque le sue fondamenta dal metodo di psicoterapia analitica junghiana dell'"immaginazione attiva", che comporta la graduale apertura dell'inconscio mantenendo però il contatto con la coscienza. In Mysterium Coniunctionis Carl Gustav Jung (1955) afferma che: "fin dai tempi più antichi, ogni qual volta diviene impossibile la realizzazione di un proprio desiderio mediante l'uso della sola volontà, gli esseri umani hanno sempre ricorso ad azioni rituali, come danze, sacrifici… nell'evidente tentativo di esorcizzare, ammaliare, ridestare e riportare alla memoria quei profondi strati della psiche che sono inaccessibili alla luce della ragione e alla forza di volontà".

Altro contributo importante allo sviluppo della DMT è stato dato da **Joan Chorodow**, danzaterapeuta e analista junghiana (membro ordinario ed ex presidente dell'American Dance Therapy Association), la quale mette in luce come attraverso la danza, le persone arrivino a toccare il mondo interiore in modo generalmente più immediato e diretto rispetto ad un percorso di analisi tradizionale centrato sugli aspetti verbali, punti molto profondi. (Chodorow,2004). Joan Chodorow nel suo libro "Danzaterapia e Psicologia del Profondo", sostiene in accordo con Jung che il movimento costituisce a buon diritto una delle possibilità più tangibili di cui l'inconscio dispone per esprimersi e prendere forma. Quindi secondo Joan Chodorow per Danza Movimento Terapia deve intendersi e definirsi sostanzialmente non solo la danza ma anche l'uso del movimento quale matrice espressiva comunicativa di stati interiori. Dunque non solo danza, ma soprattutto spontaneo movimento come parte del processo creativo artistico che coniuga l'energia cinetica del corpo con l'esperienza spirituale ed emotiva di chi la compie.

DMT COME ESPRESSIONE E CURA NELLE PATOLOGIE DELL'UMORE

In generale, la danzaterapia viene spesso adottata, a supporto di altri metodi o come forma esclusiva di cura, per disturbi di carattere psicologico, quali: autismo, nevrosi, psicosi, disturbi alimentari, comportamenti ossessivi, depressioni, disturbi del linguaggio, problematiche post-traumatiche, problemi di ansia e disturbi correlati, disturbi dell'infanzia, assistenza alla gravidanza e post parto, casi

di violenza ed abusi, dipendenza da sostanze, pazienti ospedalizzati, problemi psicosomatici ed altri. Qui ci soffermeremo nel descrivere come possa essere specificatamente utilizzata nelle patologie dell'umore riportando anche degli esempi di applicazione con alcune categorie di persone quali adolescenti, anziani e pazienti psichiatrici affetti da disturbi dell'umore.

Una recente rivisitazione della Letteratura (Dirmaier, et al. 2010) inserisce la DMT tra gli interventi riabilitativi nei Disturbi dell'Umore insieme alla musicoterapia, alle tecniche di rilassamento e ad altri interventi orientati all'immagine corporea. Una prima osservazione nasce dalla constatazione che già alcune prime pioniere della DMT l'hanno utilizzata come strumento di espressione e cura per persone con problematiche d'umore. Maria Fux, ad esempio, danzatrice e coreografa argentina scoprì il valore terapeutico della danza in seguito ai benefici osservati su sé stessa, ottenuti approfondendo il rapporto con la danza durante un periodo di profonda depressione. Ella concepisce la danza come una forma di espressione che appartiene alla stessa natura dell'essere umano e durante il periodo di profonda depressione utilizzò la danza istintiva come momento di ascolto, di conoscenza e riscoperta di sé che porta ad un miglioramento del suo benessere psicologico (senza utilizzare tecniche di interpretazione e verbalizzazione degli stati interiori sperimentati con il ballo). In seguito a questa esperienza, Maria Fux sperimentò l'efficacia del proprio metodo lavorando sia con soggetti normodotati sia con portatori di handicap.

Il suo metodo si basa fondamentalmente sulla funzione catartica liberatoria della danza e sulla capacità da parte del conduttore di stimolare nell'altro l'espressione di sé e delle proprie potenzialità creative. La Fux ricerca continuamente nuovi stimoli creativi da proporre ai suoi gruppi, a partire dal corpo stesso, dal movimento e dal ritmo interno (il battito cardiaco ad es.) fino all'utilizzo di vari materiali, in genere appartenenti alla nostra quotidianità, che possono aiutare i pazienti a ritrovare movimenti nascosti, magari dimenticati e riscoprirne il senso. Questo si rileva prezioso nel lavoro con pazienti depressi caratterizzati spesso da ridotta capacità immaginativa e riduzione della quantità e qualità dei movimenti. Il suo metodo però non cerca di far emergere contenuti inconsci come quello della Whitehouse e non utilizza forme di psicoterapia. Lo scopo di questo metodo è piuttosto quello di utilizzare il potere liberatorio della danza senza porsi però obiettivi specifici ma migliorando la salute psico-fisica nel suo complesso.

In un'altra direzione si muove la Whitehouse, che a partire dall'osservazione dei suoi allievi e dalle proprie conoscenze, sviluppò il concetto di "movimento autentico", cioè un movimento totalmente spontaneo attraverso il quale il soggetto entra in contatto con i contenuti più intimi del proprio inconscio. In tal modo, il "mover" (cioè colui che si muove) si lascia trasportare dalle proprie emozioni, dalle immagini che gli vengono suggerite dal suo mondo interiore, articolando una serie di movimenti liberi (naturali) compiuti ad occhi chiusi. Fondamentale è il ruolo dello "witness" (cioè colui che è testimone) il quale osserva il mover attentamente senza intervenire e, solo in seguito, lo aiuterà a verbalizzare (cioè esprimere verbalmente) il vissuto di questa esperienza (nonché le sue emozioni). Con questo tipo di approccio, la Whitehouse ottenne notevoli risul-

tati nel trattamento di pazienti nevrotici che grazie al movimento autentico riuscivano ad abbandonarsi liberamente alle proprie emozioni e ad entrare in relazione con l'altro. Questo tipo di approccio è molto valido per persone depresse per consentire l'espressione delle proprie emozioni ed il recupero della socializzazione e della relazione con l'altro, aspetti che vengono a mancare nel depresso che si chiude nella sua malattia.

ESEMPI DI STUDI SU DMT E DISTURBI DELL'UMORE

DMT con adolescenti depressi

Uno studio di Jeong Y. (Jeong 2005) analizza il legame tra la depressione, il disagio psicologico e l'applicazione della DMT. Esso ha valutato i profili di salute psicologica (tramite l'utilizzo del questionario autosomministrato Symptom Cheek List 90-revision (Derogatis 1977) e i cambiamenti neuro-ormonali dei soggetti partecipanti ai gruppi di DMT (tramite la misurazione della concentrazione plasmatica di serotonina e dopamina). Alla fine del percorso terapeutico, di 12 settimane, tutti i punteggi relativi al disagio psicologico erano considerevolmente diminuiti e la concentrazione di serotonina e dopamina era stata modificata in maniera efficace.

DMT con anziani depressi

Dati di letteratura mostrano che l'associazione tra sintomi depressivi e invalidità nelle persone anziane è moderata dall'attività fisica (Lee, et al. 2008), inoltre l'attività fisica, soprattutto aerobica, influenza in modo positivo l'umore dei soggetti anziani affetti da Disturbo dell'Umore (Blumenthal, et al. 1999, Babyak, et al. 2000, Knubben, et al. 2007).

La Danza Movimento Terapia, in quanto tipo di attività fisica che utilizza il movimento a scopo terapeutico per aiutare l'individuo a ritrovare la propria unità psicocorporea rappresenta dunque una possibile strategia riabilitativa nei Disturbi dell'Umore (Dirmaier, et al. 2010).

Uno studio su DMT e depressione è stato condotto da Linda Franchini et al. (2014) con l'applicazione sperimentale di un training fisico di Danza Movimento Terapia (DMT) della durata di tre settimane, durante la degenza, in pazienti anziani (età>60 anni), ricoverati per un episodio depressivo, in associazione a trattamento antidepressivo standard e la valutazione di eventuali differenze qualitative e quantitative nella remissione della sintomatologia depressiva e nella qualità di vita percepita tra il gruppo oggetto di studio e un gruppo di controllo attraverso le seguenti scale:World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Breve); State-Trait Anxiety Inventory (STAI); Beck Depression Inventory (BDI); Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES); The Body Investment Scale (BIS); Hamilton Depression rating Scale 21 (HDRS).

Il campione analizzato era composto da 104 pazienti depressi sia unipolari che bipolari: 71 nel gruppo sperimentale, 33 nel gruppo di controllo, le cui condizioni cliniche erano sovrapponibili. I risultati dello studio hanno evidenziato che entrambi i gruppi nel corso del trattamento globale dell'episodio depressivo

hanno presentato un miglioramento della sintomatologia depressiva sia alla scala di Hamilton che alla scala di Beck, così come migliorava in entrambi i gruppi l'ansia di stato e la qualità di vita percepita nell'area delle relazioni sociali. I pazienti che hanno effettuato la DMT presentavano in aggiunta un miglioramento significativo dal punto di vista statistico nella loro qualità di vita percepita nelle aree fisica e psicologica.

I risultati confermano allora ciò che era già emerso in altri studi: la DMT può stabilizzare il sistema nervoso simpatico e ridurre marcatamente i sintomi di disagio psicologico in alcune forme depressive: un aspetto riabilitativo nella cura dei Disturbi dell'Umore, in cui è da sottolineare il ruolo fondamentale del Danza Movimento Terapeuta, in questo caso un membro dell'equipe terapeutica, che deve essere in grado di coinvolgere emotivamente e favorire la partecipazione dei soggetti al gruppo. Sentirsi parte di un gruppo è fondamentale per questi pazienti, per smentire l'errata convinzione di essere senza uguali nella loro sofferenza. Questo senso di unicità è intensificato dal loro isolamento sociale; a causa delle difficoltà interpersonali, tipiche della fase depressiva e aggravate dall'età anziana, spesso nella loro quotidianità non incontrano né cercano occasioni di conoscenza di esperienze e vissuti degli altri, analoghi o simili ai propri.

DMT con pazienti psichiatrici depressi

Un altro progetto che ha previsto l'utilizzo della DanzaMovimentoTerapia come cura ed espressione nelle patologie dell'umore è stato condotto con i pazienti psichiatrici del DSM dell'UOSM di Torre del Greco ASL NA 3 Sud.

Il progetto denominato "Balla che ti passa" è nato nel 2010 come un laboratorio di DMT svolto una volta a settimana per la durata di 2 ore all'interno del centro diurno del DSM con i seguenti obiettivi:

1. scoraggiare l'isolamento del paziente depresso e stimolare la socializzazione con gli altri utenti attraverso l'utilizzo della danza;
2. favorire attraverso il linguaggio del corpo in movimento l'espressione dei propri vissuti emotivi con una successiva verbalizzazione e condivisione in gruppo;
3. ritrovare nella danza il piacere funzionale del proprio corpo, migliorando la cura di sé ed il rapporto col proprio corpo spesso appesantito dai farmaci e dalla malattia depressiva;
4. innalzare il tono dell'umore coinvolgendo il paziente in una danza di gruppo;

Il progetto è stato monitorato con interviste e colloqui con i singoli pazienti e con la somministrazione della VADO, un test di riabilitazione psicosociale ogni sei mesi.

I risultati emersi dai colloqui con i pazienti ad opera del medico curante, infermieri ed operatori coinvolti hanno rilevato che c'è stato, in seguito alla frequentazione di questo laboratorio di DanzaMovimentoTerapia, una maggiore cura ed attenzione positiva al proprio corpo, una maggiore scioltezza nei movimenti, un miglioramento del tono dell'umore ed un aumento dell'autostima.

I risultati della VADO hanno rilevato un aumento dei punteggi sulla scala FPS (Funzionamento Personale e Sociale) che valuta il funzionamento del pa-

ziente in diverse aree di vita tra cui quella dei Rapporti personali e sociali, che è stata l'area che ha riscontrato un miglioramento in tutti i pazienti che hanno frequentato il laboratorio da un livello di disfunzione marcata ad una evidente.

CONCLUSIONI

Dall'analisi degli studi evidenziati in precedenza si può notare come la DanzaMovimentoTerapia per le sue caratteristiche estrinseche (espressione diretta ed immediata, naturale delle proprie emozioni attraverso il corpo in movimento) possa essere utilizzata come valido strumento nell'espressione e nella cura delle patologie dell'umore in associazione alle terapie classiche/convenzionali (psicoterapia, farmacoterapia), sostenendo ed ampliando i risultati che si possono ottenere dall'utilizzo combinato di quest'ultime (terapia integrata). Si evidenzia inoltre di come buoni risultati si ottengano con persone affette da patologie dell'umore in età differente (adolescenti, adulti e anziani) e con patologie psichiatriche più gravi come la schizofrenia ed altre. Pertanto i risultati emersi, incoraggiano ad approfondire il tema d'intervento con ulteriori ricerche e studi di approfondimento della DTM nella cura delle patologie dell'umore.

Bibliografia

Adorisio A. *La danza e il movimento. L'immaginazione attiva*, a cura di F. De Luca Comandini e R. Mercurio, Vivarium, Milano, 2002.

Adorisio A., Garcìa M.E. *DanzaMovimentoTerapia. Modelli e pratiche nell'esperienza Italiana.* Ed. Ma. Gi. Srl. Roma 2004.

Andreescu C., Reynolds CF. *3rd. Late-life depression: evidence-based treatment and promising new directions for research and clinical practice. Psychiatr Clin North Am.* 2011. 34, 2, 335-55, vii-iii.

Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale.* Franco Angeli editore, Milano, 2002.

Babyak M., et al. *Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months.* Psychosom Med. 2000. 62, 5, 633-8.

Bellia V. *Dove danzavano gli sciamani, il setting nei gruppi di Danza Movimento Terapia.* Ed. Franco Angeli, Milano 2005.

Bellia V. *Se la cura è una danza, la metodologia espressivo-relazionale nella danzaterapia.* Ed. Franco Angeli, Milano 2007.

Blazer D., et al. *The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration.* J Gerontol. 46, 6, M210-5. 1991.

Blumenthal J.A., et al. *Effects of exercise training on older patients with major depression.* Arch Intern Med. 1999. 159, 2349-2356.

Cakar E., et al. *Jumping combined exercise programs reduce fall risk and improve balance and life quality of elderly people who live in a long-term care facility.* Eur J Phys Rehabil Med. 2010. 46, 1, 59-67.

Cerruto E. *A Ritmo di Cuore, la danza terapeutica.* Xenia Edizioni, 1994.

Cerruto E. *Danzaterapia: una danza nella pelle.* La Salute Olistica 2002 marzo.

Derogatis LR. *SCL-90-R. Manual I.* Baltimore: John Hopkin University School of Medicine 1977.

De Vera d'Aragona P. *Una Danza per la Psicosi*, Riza Psicosomatica 1985 n. 48.

De Vera d'Aragona P. *Curarsi Danzando: il Movimento come Psicoterapia.* Riza Scienze 1986 n. 13.

De Vera d'Aragona P. *Vinci la Depressione.* Riza Psicosomatica 1992 n.143.

Dirmaier J., et al. *Evidence-based treatments in the rehabilitation of patients with depression a literature review.* Psychother Psychosom Med Psychol. 2010. 60, 3-4, 83-97.

Franchini L., et al. *Applicazione sperimentale di un laboratorio di danza movimento terapia nel trattamento riabilitativo ospedaliero della depressione nell'anziano.* Psichiatria e Psicoterapia. 2014. 33, 2, 151-169.

Garcìa ME, Plevin M., Macagno P. *Movimento Creativo e Danza, metodo Garcia/Plevin.* Gremese Editore, Roma, 2006.

Groenlund E., Renck B., Vaboe N.G. *How depressed teenage girls can be helped by dance movement therapy.* In Presentation on the 2nd International Research Colloquium in Dance Therapy. 2006 Feb. 10-11.

Heber L. *Dance movement: a therapeutic program for psychiatric clients.* Perspect Psychiatr Care. 1993. 29, 2, 22-9.

Jeong Y.J., et al. *Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression.* Int J Neurosci. 2005. 115, 12, 1711-20.

Jung C.G., *Mysterium Coniunctionis*, in *Opere* vol. XIV, Bollati Boringhieri, Torino, 1991 (1955).

Jung C.G., 1935, *Psicologia analitica. Conferenze alla Clinica Tavistock*, Mondatori, Milano, 1975.

Kivela S.L. e Pahkala K. *Relationship between health behaviour and depression in the aged.* Aging, Milano, 1991.

Knubben K., et al. *A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression.* Br J Sports Med. 2007. 41, 1, 29-33.

Koch S.B., Morlinghaus K., Fuchs T. *The joy dance Specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression.* The Arts in Psychotherap. 2007. 34 340-349.

Lampinen P., Heikkinen E. *Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study.* Aging Clin Exp Res. 2003. 15, 3, 205-11.

Lapierre A e Aucouturier B. *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia.* Ed. Armando, Roma 1984.

Lawlor D.A. e Hopker S.W. *The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials.* BMJ. 2001. 322, 763767.

Lee Y e Park K. *Does physical activity moderate the association between depressive symptoms and disability in older adults?* Int J Geriatr Psychiatry. 2008. 23,3, 249-56.

McNeil J.K., et al. *The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly.* Psychol Aging. 1991. 6, 487-488.

Morosini P., Magliano L., Brambilla L. *Test VADO - Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi.* Edizioni Erickson. 1998.

North T.C., et al. *Effect of exercise on depression.* Exerc Sport Sci Rev. 1990. 80, 379-416.

Reynolds C.F. 3rd, et al. *Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report.* Am J Psychiatry. 1992. 149, 12, 1687-92.

Schneider L.C. *Pharmacologic considerations in the treatment of late life depression.* American Journal of Geriatric Psychiatry. 1996. 4, Suppl. 1, S56.

Schott-Billmann. *L'esprit de la danse.* Editeurs Odile Jacob 2000.

Singh N.A., et al. *A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders.* J gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997. 52, M27-M35.

Sirkka-Liisa Kivela. *The effect of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systemaic review.* Int J geriatr psychiatry. 2006. 21, 410-418.

Tavormina R., Tavormina M.G.M., Nemoianni E. *The advantages of "Dance Group" for psychotic patients* in International Twined Congress Psychiatry beyond DSM-5. Psychiatria Danubina. 2014. 26 (suppl. 1).

Trivedi M.H., et al. *Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison.* J Clin Psychiatry. 2011. 72, 5, 677-84.

Vampini e Bellantuono. *La terapia dell'ansia e della depressione nell'anziano.* Psicofarmacoterapia dei pazienti a rischio. 2002. 7-46.

Volpe U., Facchini D., Magnotti R., Diamare S., Denti E., Viganò C.A. *Le arti-terapie nel contesto della riabilitazione psicosociale in italia: una rassegna critica.* Psichiatria e Psicoterapia. 2016. 35, 4, 154-180.

Weyerer S. Physical inactivity and depression in the community. Evidence from the upper Bavarian Field study. *Int J Sports Med* 1992; 13, 492-496.

Xia J., Grant T.J. *Dance therapy for schizophrenia.* Cochrane Database Syst Rev. 2009. 1, CD006868.

Ziarko B., Twardowska M. *Dance therapy in the treatment of psychiatric and somatic disorders.* Wiad Lek. 2002. 55, 7-8, 472-7.

Corrispondenza

Romina Tavormina, psicologa,
Viale Leone 4/F - 80055 Portici (Na), Italia
E-mail: *romina.tavormina@libero.it*

LA DEPRESSIONE
TRA IMMAGINE ED IMMAGINARIO

Sergio Tartaglione

Direttore CSM Isernia

Il termine "malinconia" rinvia generalmente alla depressione grave e/o psicotica. In questo intervento, per malinconia indicherò tutte le varietà cliniche di depressione ed in ogni grado di gravità, cercando di coglierne gli elementi iconografici salienti.

LE IMMAGINI ARCHETIPICHE: UMORI, TEMPERAMENTI, MALINCONIA

La Melancolia (dal greco Mélas-nero e Kholé-bile) è dovuta all'ostruzione del fegato che fa prevalere la «bile nera». È l'umore ippocratico assurto a inconsapevole ma perfetto simbolo di uno stato d'animo resistente all'elaborazione da parte della «luce» della coscienza. È questa la doppia natura della malinconia: nasce dal biologico (la bile nera) che la radica nel corpo come patologia organica, ma si manifesta prevalentemente attraverso sintomi psichici. Dunque., la malinconia si configura sin dai suoi esordi come concetto limite (tra corpo e anima, tra esterno e interno, tra medicina e filosofia) e come incerto confine tra normalità e patologia.

L'astrologia medioevale, stabilisce un legame tra i pianeti e gli umori ed in particolare tra Saturno e la bile nera. Secondo la mitologia greca, a Saturno (o Crono), salito al potere detronizzando il padre Urano, fu profetizzato che un giorno sarebbe stato detronizzato da uno dei suoi figli. Perciò li divorava appena nati. Si salvò il sesto figlio, Giove, che detronizzò Saturno e divenne il nuovo governatore del cosmo.

LA VISIONE CRISTIANA: LA MELANCONIA COME VIZIO

Per la Chiesa, l'accidia (a-kedia, mancanza di cura, incuria, svogliatezza, languore inattivo, indifferenza per ogni cosa) assale spesso i monaci nelle loro celle. L'accidia è demone meridiano, perché è stato d'animo che investe specificamente a mezzogiorno. È la noia claustrale, il mal di cella che fa cedere alle tentazioni. Quelle del Sant'Antonio di Dalì, surrealista fortemente suggestionato dalla psicoanalisi. Definiva il suo un metodo artistico paranoico-critico. I temi prediletti erano quelli psicanalitici dell'inconscio, del sogno e della sessualità. L'accidia rende la persona preda di fantasie incontrollate, ossessioni ed allucinazioni, che trasportano alla sonnolenza fino alla pazzia e al suicidio per disperazione.

E la disperazione è un peccato grave per il cristiano, perché testimonia il vuoto dell'anima e la perdita della speranza nella misericordia divina. S. Benedetto, proporrà come rimedio ai mali dell'accidia-melanconia, l'*ora et labora:* la preghiera per la cura dell'anima, per disciplinare lo spazio interiore; *Il lavoro* per la cura del corpo, per educare lo spazio esteriore attraverso la fatica fisica. Una terapia ancora valida? …

Per il Cristianesimo, la melanconia è eredità dalla colpa originaria di Adamo ed Eva, che degenera in patologia ogniqualvolta il cristiano cade in peccato. È una dottrina morale centrata sul sistema dei Vizi e delle Virtù. Il conflitto psichico è proposto in chiave di una sequenza fatta da peccato, colpa, espiazione, salvezza.

L'esame di coscienza e la contrizione richieste al fedele con la confessione, spingono al dialogo interiore (come nel cognitivismo) con le proprie angosce, prima attribuite ad entità esterne (le tentazioni del demonio) ed ora ricondotte a se stesso. Nasce il senso di colpa. La melanconia si insedia come interrogativo sul senso dell'esistenza, invito alla riflessione psicologica che fa leva sul *Purgatorio* (dal Concilio di Lione nel 1274), sito per l'espiazione ed il riscatto, dove si piange per il male commesso, luogo intermedio tra Paradiso e Inferno, spazio per il possibile ed il probabile, categorie mentali che aprono vie inedite all'autonomia dell'individuo. Come le nostre Strutture Residenziali?

La Chiesa rivaluta come positive alcune valenze della malinconia: la meditazione e la capacità di riflessione su se stessi. La melanconia è "prova" inviata dal Cielo per temprare lo spirito in funzione dell'ascesi e dell'annullamento in Dio. La fede guarisce ed è mezzo di salvezza. Anche per il giovane (*Epilessia? Isteria? Possessione?*) a destra nel quadro di Raffaello, circondato e contenuto da parenti, additato da alcuni (lo stigma, il pregiudizio sulla malattia mentale) ed invitato da altri alla cura attraverso la contemplazione del divino.

LA MELANCONIA COME "MALE DI VIVERE"

Nel Rinascimento la melanconia è dimensione esistenziale entro cui situare il malessere di un nuovo modello di uomo che riflette sui nuovi valori nella piena consapevolezza della propria identità di persona. Ma anche del proprio limite e della propria finitezza, espressi in questa Tavola Anatomica di Andrea Vesalio, anatomista fiammingo che fondò l'anatomia descrittiva con il suo *"De humani corporis fabrica"* del 1543.

IL RINASCIMENTO: ICONOLOGIA SIMBOLICA ED ALLEGORIE DELLA MALINCONIA

Per alcuni artisti "non c'è vera arte senza melanconia", invocata come travaglio necessario per raggiungere vette creative e subìta come scotto da pagare per la propria realizzazione. Nella *"Melencolia l"* di Albrecht Durer: La donna alata poggia il capo sulla mano sinistra, simbolo del dolore ma anche di pensiero creativo; Il melanconico ha tratti di oralità possessiva (il potere è simbolizzato dalle

chiavi) e tratti anali di repressione–autocontrollo (l'avarizia della borsa); Il cane addormentato è abitualmente associato a dotti e profeti, soggetti alla malinconia perché troppo avidi di sapere; Parallelepipedo, scala, bilancia, clessidra, campana, un quadrato magico con numeri che danno sempre come somma 34: simboli di un'eccessiva e difensiva aspirazione al sapere totale, tipica dell'artista del Rinascimento; Per Durer, il melanconico ha bisogno di chiudersi entro il rassicurante confine dell'ordine, che è limite ma anche protezione ed è pertanto esposto al rischio dell'infelicità quando vengono meno quelle categorie d'ordine che gli rendono possibile la vita terrena.

Il trattato di Cesare Ripa sintetizza i tratti salienti della "complessione melanconica", cioè l'abito costituzionale o temperamento melanconico. Scrive Ripa: *La complessione malinconica, va raffigurata come un uomo di color fosco, che posandosi col piede destro sopra di una figura quadrata, o cuba, tenga colla sinistra mano un libro aperto, mostrando di studiare. Avrà cintata la bocca da una benda, e colla mano destra terrà una borsa legata, ed in capo un passero, uccello solitario. La benda che gli copre la bocca, significa silenzio, che nel Malinconico suol regnare, essendo egli di natura fredda, e secca … Il libro aperto e l'attenzione dello studiare dimostra il malinconico esser dedito a studi … Gli si dipinge il Passero solitario sopra il capo, essendo uccello che abita in luoghi solitari … La borsa serrata significa l'avara natura …*".

LA FISIOGNOMICA DELLA MALINCONIA

La medicina comincia poi a servirsi della **fotografia,** che permette di rivelare l'intimità delle persone attraverso l'oggettiva evidenza del loro aspetto e di superare la nebulosità di miniaturisti e ritrattisti del passato. Maximilian Leidesdorf, psichiatra austriaco, arricchisce il suo Trattato delle malattie mentali con ritratti fotografati dal vivo e riprodotti sull'acciaio. Immagini che non riproducono esattamente la persona e commentano vagamente la vita. La tavola *"Malinconia con delirio ansioso"* pone l'accento sulla dolorosa espressione del volto dovuta, riferisce l'autore, ad un'esistenza sofferta. Neppure il supporto fotografico moderno pare di grande aiuto al discorso scientifico. Sono immagini stereotipate che esibiscono il volto morboso della melanconia, rilevandone la chiusura emotiva e l'estraneità alle sollecitazioni del mondo. Una oggettivazione che elicita solo sensazioni vaghe e superficiali.

GLI STEREOTIPI DELLA MALINCONIA: PREGIUDIZI E STIGMA

Nella cultura popolare e folkloristica, la melanconia segna lo spartiacque tra sano e malato, tra civile e selvaggio. La ritroviamo nei panni allegorici di figure di emarginati, straccioni. Galleria di personaggi che contempla il giullare, il misero. Tutti zombi reclusi nei manicomi e raffigurati più come macchiette che come persone che soffrono. Hogart, incisore inglese, rende istrionici i musicisti maniacali e lo stupor malinconico o catatonico dei personaggi di destra; l'esaltazione per il delirio mistico a sinistra; il paranoico dietro la porta; il visionario con cannocchiale ed il giullare del centro. Altri folli sono oggetto di curiosità e di

scherno da parte dei visitatori (le damine a destra) o di pietismo (gruppo a sinistra che assiste un uomo in catene).

E i melanconici erano chiusi in manicomio. Goya rappresenta l'inferno nel buio del manicomio: caricature dei pazzi, dipinti con passionalità istintiva e critica beffarda dei poteri del suo tempo. Ed offre una drammatica testimonianza del suo tempo: nei manicomi finivano solo pazienti appartenenti alle classi sociali più basse. Il recinto dei pazzi rinchiude e seppellisce per sempre il dolore e la sofferenza in ambienti lugubri e malsani. Sicuramente mai terapeutici. La denuncia sociale è fatta anche dagli italiani, come il fiorentino Telemaco Signorini, esponente dei macchiaioli. La drammaticità è resa dallo squallido stanzone e con il biancore della luce riflessa dalle pareti calcinate, contro le quali si stagliano anonime figure delle povere pazienti ammassate o isolate, destinate alla reclusione perpetua.

LE PASSIONI DELL'ANIMO: L'IMMAGINARIO DELLA MALINCONIA

Nella poetica cavalleresca, narratori e trovatori cantano la *malattia d'amore,* la sofferenza struggente per l'amore irraggiungibile fino all'esplosione della follia. La fuga nella foresta (la "selva oscura" di Dante) dei Tristano (da Isotta) o dei Lancillotto (da Ginevra), rappresenta il luogo simbolico della perdizione, ma anche la possibilità di rinascita spirituale. Lo stato melanconico è ripiegamento su se stessi, riflessione tutta soggettiva sui propri affetti, emozioni e passioni legati alla nostalgia ed alla perdita.La melanconia, nelle sue sfumature dalla intensa tristezza alla malattia depressiva, fino alla psicosi, è l'aprirsi di una ferita mortale che però non conduce mai alla morte. Amedeo Modigliani, con il suo stile lineare che risente dell'arte negra e del cubismo, in molti ritratti, come questa *Donna dagli occhi blu,* mostra questa ferita come un ripiegamento su di sé che rende assente lo sguardo. Gli occhi cessano di lanciare sguardi e di attenderli o cercarli, ma non smettono mai di guardare, non rinunciano mai ad aspettare attenzioni.

Un simbolo adatto alla melanconia è il vampiro: un «non-morto», un «fantasma» che anche da morto resta in vita. Il vampiro è un modo d'essere melanconico assurdamente straziante, perché sempre sospeso: tra una vita costantemente invocata e presente, e una morte che incessantemente la distanzia.

Lo stato d'animo del melanconico: sempre incerto tra il vivere ed il morire. Franz Kafka (1883-1924), nel racconto *Il cacciatore Gracco,* la più struggente figurazione letteraria dello stato mentale melanconico, narra l'arrivo di un misterioso vascello in un altrettanto misteriosa città. Il sindaco, sale a bordo e incontra il cacciatore Gracco disteso in una bara, ma vivente. *"È morto, lei?",* domanda il sindaco. *«Sì, come vede»,* risponde Gracco. Il sindaco incalza dicendo *«e tuttavia ella vive anche"*. Gracco risponde: *«In certo qual modo vivo anche»*.

Quanto alle origini della ferita interna del malinconico, per alcuni psicoanalisti la madre, già dal momento della gravidanza, è depressa o immersa in conflitti e lutti. La depressione cui il figlio potrà andare incontro è definita *«complesso della madre morta»*. È una ferita devitalizzante che abiterà il figlio dall'interno e che Egon Schiele, capace di esprime drammatiche visioni del corpo umano, nel

suo dipinto *La madre morta*, rende spettralmente evidente. Schiele è un artista austriaco deceduto a soli 28 anni per la spagnola, pandemia influenzale che fra il 1918 e il 1920 uccise decine di milioni di persone nel mondo.

In questo dipinto dall'atmosfera dolce e glaciale, la vicenda di Ofelia di Shakespeare, che s'innamora di Amleto ma, non corrisposta, si suicida annegandosi. Le ferite dell'animo spingono il melanconico a chiedere e cercare, ma nello stesso tempo a rifiutare e ritrarsi perché non può aver fiducia. Così, sceglie inconsapevolmente situazioni o persone impossibili e rifiutanti. Un ibrido, tra l'esistere e il non esistere, che può condurre al suicidio come estrema autoaffermazione rivolta contro l'altro, nonostante che apparentemente uccidendosi distrugga se stesso. Il suicidio diventa massima «cancellazione» di sé, ma anche dell'altro e dell'interscambio emozionaIe tra loro. Per Freud, nel melanconico *«gli autorimproveri sono in realtà rimproveri rivolti ad un oggetto d'amore»*. Ma l'amore non è semplice per chi può viverlo soltanto come riattivazione di una ferita e dunque solo disperatamente.

Per Giotto, la disperazione è il peccato di Giuda che non ha più speranza in Dio e che, impiccandosi, consegna l'anima al diavolo. La *di-sperazione,* è la mancanza della speranza, struttura portante della melanconia, dove il divenire è pietrificato e chiuso a quell'apertura verso il futuro che costituisce invece l'intima essenza dello sperare. Anche il pensiero, nei melanconici, è lacerante, come allude nell*'Allegoria della Melanconia* Domenico Fetti. La mano alla fronte esprime un pensiero turbato, immerso in una pensosità dolorosa. In effetti, nella melanconia, il pensiero apparentemente tenta di afferrare l'emozione ma non vi riesce, anzi se ne distacca sempre più. Gli occhi socchiusi fissano un teschio che sembra un'emozione materializzata, la concretizzazione di un vissuto «pesante» e concreto, evidente quanto irraggiungibile e indecifrabile, apparentemente vivente ma in realtà sterile e morto.

L'ordine coatto del melanconico emerge in questa *Melanconia di De Chirico,* tesa a cogliere il mistero al di là dell'apparenza fenomenica delle cose. Il tentativo di abbracciare l'infinito diventa immobilità profondamente radicata nella solitudine e nelle ombre del concreto. È come se il malinconico, ormai marmorizzato nella sua malattia, abbia paura di immergersi in quell'unico «infinito» possibile che è il fluido contatto con la Vita e con gli altri.

La solitudine è la compagna prediletta della malinconia. Il seno scoperto della donna sola di Mario Sironi, sembra indicare l'eventualità di un possibile godimento, a lei reso però inaccessibile perché attanagliata dalla malattia che la isola da tutti.

Solitario è anche il disperato *Nabucodonosor re di Babilonia* (605-562 a.C.) che, secondo il Vecchio Testamento, da re diventa, ad opera dell'Altissimo, folle e derelitto compagno delle bestie. Emerge l'identificazione tra il folle e la regressione all'animalità selvaggia. Nabucodonosor recupera poi la ragione e ridiventa re, quando riconosce *«che al Cielo appartiene il dominio»*. Egli è emblema di quell'incapacità ad accettare i limiti, propri e altrui, tipica del melanconico, sempre proteso a criticare e a criticarsi in nome di un ideale di perfezione eretto inconsapevolmente a sostituto dell'amore con l'altro.

La malinconia è dolore mentale, qui espresso con tragico realismo da Giuseppe Pellizza da Volpedo che proietta simbolicamente il dolore da lui provato per la morte della sorella, avvenuta nel 1889. La donna, con uno sguardo attonito, ha in mano un vecchio quaderno, che le fa presentificare e rivivere, sull'onda dei ricordi, una penosa emozione passata che sembra non lasciarle più la possibilità di futuro.

LA MANIA (**apparentemente**, opposta alla Malinconia) **E LA PSICOSI MANIACO-DEPRESSIVA** (il Disturbo Bipolare).

Un'incisione tratta dal poema *"La nave dei folli"* di Sebastian Brant, umanista alsaziano: a sinistra Diogene che piange ha dietro una maschera che ride, a destra Democrito che ride ha dietro una maschera che piange. Due facce della stessa medaglia: ogni malinconico ha tratti maniacali ed ogni maniacale ha la sua malinconia.

Michelangelo Buonarroti: Poesia n. 267. *I' sto rinchiuso come la midolla. LA MIA ALLEGREZZ' È LA MALINCONIA"*. Può un melanconico dipingere la Sistina se, contemporaneamente o a momenti, non è anche maniacale?

CONCLUSIONI

La salute mentale non è faccenda che riguarda esclusivamente gli psichiatri e la melanconia non può essere solo competenza della PSICOCRAZIA! Quando la psichiatria si rinchiude nello specialismo aristocratico ed autistico, senza alcuno scambio che con se stessa e non coadiuvata da altre discipline come quelle antropologiche ed umanistiche, esclude dal proprio orizzonte la possibilità di comprender appieno la più autentica problematica umana ed esistenziale, che è più complessa d'ogni riduzionismo tipico di manuali e classificazioni. La psichiatria, permeata così dalla solitudine, diventa essa stessa triste e malinconica.

LE EMOZIONI NELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Antonella Vacca

Psicologa Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista
Comunità Riabilitative "Don Tonino Bello" Brindisi Associazione M.I.T.A.G. Onlus;
"Villa Carlo Alberto Dalla Chiesa" Latiano (BR) Città Solidale Cooperativa Sociale

RIASSUNTO

La dimensione emozionale, rappresenta lo spazio di lavoro più interessante nell'approcciarsi alla riabilitazione psichiatrica, perché sia la clinica, che la riabilitazione hanno progressivamente messo a disposizione nuove prospettive di intervento che sono centrate proprio attraverso il lavoro sulle emozioni, con interessanti prospettive di ricerca nell'area della regolazione emotiva. Risulta ben chiaro che per lavorare con le emozioni in ambito riabilitativo è assolutamente necessario saper mettere da parte le tabelle di riferimento, le definizioni, le etichette e le categorie e partire dalla soggettività del vissuto emotivo del paziente, utilizzandolo come uno strumento, una torcia, una chiave d'accesso al suo mondo interiore. Le emozioni del paziente e i suoi sintomi smettono di rappresentare la parte cattiva e turpe del sé che dev'essere cancellata ed eliminata con un farmaco o con un intervento meramente comportamentale che vede la persona come una macchina difettosa. Nell'emozione ritroviamo l'esperienza della persona, così come l'ha vissuta e questo è il varco verso la cura, un cambiamento consapevole che rende il paziente autore del proprio cambiamento e non semplicemente attore di un copione scritto in un protocollo o negli effetti di trattamento farmacologico. Un cambiamento profondo e stabile e non semplicemente un controllo del sintomo, che, quando il disagio di fondo che lo ha generato rimane intatto, inevitabilmente si trasforma in un altro sintomo. Il fulcro dell'approccio post-razionalista nella riabilitazione dei disturbi mentali gravi consiste proprio nella maturazione, a seconda delle potenzialità individuali, di un'autonomia emotiva, primo passo verso l'indipendenza psicologica e sociale.

Parole-chiave: *emozione, riabilitazione psichiatrica, cognitivismo post-razionalista*

* * *

INTRODUZIONE

La dimensione emozionale, rappresenta lo spazio di lavoro più interessante nell'approcciarsi alla riabilitazione psichiatrica, sia perché è proprio attraverso le emozioni che le persone con sofferenza psichica comunicano la loro sofferenza – amplificandole, e portandole a vette di intensità estrema, o nascondendole e controllandole per sentirsele esplodere dentro in modo improvviso – sia perché la clinica e la riabilitazione ha progressivamente messo a disposizione nuove prospettive di intervento che sono centrate proprio attraverso il lavoro sulle emozioni, con interessanti prospettive di ricerca nell'area della regolazione emotiva.

METODO

L'ottica utilizzata è quella cognitiva post-razionalista, che mette al centro l'individuo e il suo modo di attribuire significato all'esperienza emotiva. Il cognitivismo post-razionalista rappresenta un approccio mirato e personalizzato alle emozioni, sia sul piano epistemologico, sia su quello diagnostico-investigativo e clinico.

Un aspetto centrale da evidenziare, è che la prassi post-razionalista pone il suo fulcro d'interesse terapeutico sulla *soggettività* e in particolare sulle *attivazioni emozionali*, differenziandosi così dall'ortodossia terapeutica cognitivista, che vede nel pensiero il centro dell'agire terapeutico. Gli "scompensi emotivi", i sintomi e le sindromi psicopatologiche sono proprio la conseguenza della difficoltà a riconoscere e a far proprie, regolandole attraverso i cosiddetti significati personali, cogliendo il senso che hanno per ciascuno di noi, le sensazioni emergenti dalle interazioni con l'ambiente e con altri individui: "bloccare le emozioni e tentare di combattere con quello che stiamo provando rappresenta il maggior pericolo per la nostra salute e il nostro senso di benessere psicologico" (Mahoney, 2003).

La cornice teorica di riferimento costruttivista pone l'accento sulla persona e la sua costruzione individuale del disturbo, il conseguente impatto sul sé e l'adattamento, durante lo sviluppo del disturbo psicotico (Arciero 2009).

Il sistema emotivo affettivo è la forma di base della conoscenza dell'altro. Infatti la conoscenza non è considerata soltanto come attività cognitiva tesa ad oggettificare l'esperienza attraverso la logica analitica e la razionalità, ma è principalmente il vissuto emozionale che ci informa sulle situazioni rilevanti che ci circondano nelle interazioni con l'ambiente. Attraverso le conoscenze emozionali-affettive o "conoscenze tacite" si tende a sviluppare il senso di identità personale e di coscienza di sé.

Quindi, per riabilitare il paziente, diventa di primaria importanza considerare le emozioni, con la convinzione che il cambiamento inizia a livello emotivo e con la consapevolezza che il livello cognitivo rappresenta una rete ampia di costrutti che è comunque finalizzata a intervenire a plasmare il livello del cambiamento emozionalmente innescato (Guidano, 1991).

Infatti, la dimensione cognitiva/verbale utilizzata nella gestione delle emozioni ha la funzione di provocare dei cambiamenti di tipo emotivo, avendo ben presente che le due dimensioni si situano solo apparentemente all'interno di una gerarchia in cui una precede o e sovraordinata all'altra. Si tratta piuttosto di due dimensioni coesistenti, due facce della stessa medaglia, il funzionamento mentale, in cui ad ogni pensiero corrisponde sempre e necessariamente un'attivazione emotiva e ad ogni emozione corrisponde sempre un processo cognitivo e in cui il pensiero modula le emozioni e le emoziono orientano i processi di pensiero (Barrett, 2009). Il cambiamento può avvenire solo attraverso il live Le emozioni dunque in ambito riabilitativo psichiatrico, non devono essere ricondotte al solo sub-stato fisiologico oggettivo che designa l'aspetto clinico disturbante, ma vanno viste nel loro aspetto adattivo. Esse, anche causando disagio, non devono essere soppresse o tenute sotto controllo come si agisce attraverso gli approcci clinici tradizionali o ancor peggio con la psicofarmacologia, ma considerarle nella loro interezza concependole per ciò che sono: messaggeri informa-

zionali che hanno la loro ragion d'essere nel valore conoscitivo che è prioritario rispetto ai processi cognitivi, poiché esprimono più direttamente la soggettività che emerge tra l'esperienza immediata e la successiva spiegazione che la persona da a se stessa.

Le emozioni non possono essere ridotte quindi, ad un semplice correlato oggettivo del quadro clinico, disturbato e disturbante, per cui, se sono causa di disagio, vanno tenute sotto controllo o soppresse mediante la terapia, come si fa negli approcci clinici tradizionali sia psicofarmacologici che psicoterapeutici. Esse rivestono infatti un valore conoscitivo fondamentale, prioritario rispetto ai processi cognitivi, in quanto esprimono prima e più direttamente la soggettività che emerge nell'interfaccia tra l'esperienza immediata, vissuta in presa diretta, e le successive spiegazioni che il soggetto si dà allo stato emozionale e attraverso un'emozione, più precisamente attraverso una relazione emotivamente orientata.

Attraverso l'ottica cognitivo costruttivista post- razionalista, il cambiamento sarà realizzato aumentando nel paziente la *consapevolezza della esperienza emotiva* e di come questa viene da lui riconosciuta, spiegata e attribuita a sé. Per esempio si può utilizzare il racconto come mezzo per riconoscere, elicitare ed esprimere le emozioni legate al ricordo. Tutto ciò permette alla persona di appropriarsi delle proprie esperienza emotiva. Ci si può avvalere nella tecnica, anche del supporto di strumenti video-musicali e della proiezione d'immagini ed anche l'arte può essere un linguaggio utile per la riconfigurazione narrativa del proprio mondo emotivo. Si è cerca quindi, di allenare le strategie per identificare e comprendere le proprie emozioni, al fine di trovarsi, scoprirsi e raccontarsi emotivamente situati, per comprendere che, il modo in cui ognuno si sente nelle diverse situazioni, è stabilito dalle diverse tonalità emotive.

CONCLUSIONI

Lavorare in presa diretta con le emozioni nell'ambito della riabilitazione psichiatrica dunque, non è più una scelta alternativa, un'opportunità, ma la strada maestra dalla quale non si può prescindere; d'altra parte come operatori della salute mentale siamo, più di altri, chiamati a lavorare non solo con le emozioni della persona che dobbiamo aiutare, ma anche con le nostre, portando in primo piano un lavoro personale di autoconsapevolezza emotivamente orientata.

Da qui è possibile affermare che, in pazienti con disturbi mentali gravi, con la giusta ottica di intervento e con gli strumenti adeguati, è possibile attuare una vera riabilitazione che porti, secondo le possibilità del disturbo, ad un'autonomia emotiva, intesa come capacità di riconoscere e leggere il proprio modo di emozionarsi e di attribuire significato, la base di una vera indipendenza psicologica e sociale.

Bibliografia

Arciero G., Bondolfi G. (2009). *Sé, identità e stili di personalità.* Bollati Boringhieri.

Arciero G., Gaetano P., Maselli P., Gentili N. *Identity, personality, and emotional regulation.* Constructivism in the Human Sciences 2003; 8: 7-18.

Gaetano P., Maselli P., Nicolò Mendolesi G., Picardi A. *Una psicoterapia cognitiva centrata sull'esperienza: verso una terapia fenomeno logicamente orientata.* Riv Psichiatr 2015; 50 (2): 51-60.

Guidano V.F. *The Self in process.* Toward a post-rationalist cognitive therapy, New York: Guilford Press, 1991.

Mahoney M.J. *Theoretical developments in the cognitive and constructive psychotherapies.* In: Mahoney M.J (ed.). *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice.* New York: Springer, 1995.

Picardi A. *First steps in the assessment of cognitive-emotional organisation within the framework of Guidano's model of theself.* Psychother Psychosom 2003; 72: 363-5.

Corrispondenza

Antonella Vacca
"Città Solidale" Cooperativa Sociale Latiano (Br)
E-mail: *antonellavacca@yahoo.com*

POSTER

RUOLO DELLA PERSONALITÀ NEL DECORSO E NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE DEPRESSO

Gino Aldi[1], **Maria Russiello**[2], **Barbara Felisio**[3]
Maria Teresa Albini[4], **Fabio Migliorini**[5]

[1] *Medico-chirurgo-psicoterapeuta* - [2] *Psicologa-Psicoterapeuta*
[3] *Psicologa-Psicoterapeuta* - [4] *Psicologa-Psicoterapeuta* - [5] *Psicologo-Psicoterapeuta*
Associazione ZETEMA - Istituto di ricerca e formazione in psicoterapia e scienze umane, Caserta

ABSTRACT

L'osservazione di un gruppo di pazienti diagnosticati con disturbo depressivo maggiore in trattamento con psicoterapia individuale ha individuato connessioni tra struttura di personalità, tipo di depressione e suo decorso e la conseguente risposta alla farmacoterapia. In particolare è parsa utile la distinzione tra depressione intervenuta in pazienti con personalità rigida e depressione sviluppata da pazienti con personalità borderline. Nel primo caso si sono osservati una maggiore incidenza di sintomi quali: anedonia, ritiro sociale, ideazione pessimistica e ruminazione, tutti sintomi coerenti con la pregressa capacità di comprimere e contenere il proprio mondo emozionale. Nel caso dei pazienti borderline erano presenti sintomi che esprimono la sottostante disregolazione emotiva: ansia, turbe del sonno, aggressività etero o autodiretta, oltre al classico corredo dei sintomi del disturbo depressivo. Questi pazienti vedono attribuirsi con maggiore frequenza una diagnosi di disturbo depressivo in comorbiltà con ansia.

Il decorso di questi pazienti e la risposta al trattamento è differente potendo i pazienti con personalità rigida rispondere in maniera adeguata al trattamento antidepressivo farmacologico in linea con le aspettative del curante. Fanno eccezioni i pazienti "non responders" per i quali si assiste a un sostanziale fallimento del trattamento psicoterapico e farmacologico e un'evoluzione caratterizzata da una stasi sintomatologica che può evolvere verso azioni suicidarie quale esito finale e disperante di una condizione vissuta come insopportabile. Nel caso dei pazienti borderline si osserva precocemente con maggiore frequenza passaggi all'atto, acting out suicidari in corso di trattamento e viraggi psicotici come risposta al trattamento antidepressivo. Per questi pazienti pare opportuno integrare fin dall'inizio del trattamento una associazione con neurolettici, garantire una maggiore sorveglianza e un coinvolgimento del nucleo familiare nella fase iniziale del trattamento. Si conclude quindi che è importante, nella fase di assessment considerare la personalità di base del paziente ai fini di impostare un adeguato trattamento.

Corrispondenza

Gino Aldi
Associazione ZETEMA - Istituto di ricerca e formazione in psicoterapia e scienze umane
Via Cladio, 8 - 81100 Caserta
tel: +39 0823 459083
E-mail: *istituto.zetema@gmail.com*

HEALING GARDENS
COME TERAPIA PER LA DEPRESSIONE

Chiara Aufiero

Architetto paesaggista

ABSTRACT

Il lavoro intende illustrare una revisione della letteratura in merito all'importanza della natura come terapia per il benessere psico-fisico.

In particolare verranno evidenziate le varie terapie basate sull'interazione uomo-natura, specificando l'importanza degli Healing Gardens e le specie vegetali utilizzate come cura per i disturbi dell'umore.

Autori di riferimento

Francesco Tei, Giorgio Gianquinto, Adriano Gradi, Marco Nieri, Francesca Neonato, Cristina Gagliardi, Monica Botta, Stefano Capolongo, Francesco Ferrini.

Corrispondenza

Chiara Aufiero
Architetto paesaggista
E-mail: *chiara.aufiero@yahoo.it*

IL DISEGNO COME "SFIDA" PER LA COMUNICAZIONE NEI PAZIENTI DEPRESSI GRAVI

Maria Giovanna Barbieri, Rossella Nutile

Psicologhe Psicoterapeute

ABSTRACT

Il progetto è stato realizzato nella casa di cura Villa dei Pini di Avellino ed è stato rivolto a pazienti cronici e istituzionalizzati con diagnosi di depressione. Si è scelto di avvalersi del disegno come stimolo per favorire la comunicazione del mondo interno del paziente e la trasmissione di regole relazionali. La mancanza di stimolazioni ambientali continue e adeguate alle capacità e ai tempi di tali pazienti determina, infatti, un impoverimento dei vari aspetti della personalità e delle funzioni cognitive, emotive e relazionali già gravemente compromesse dalla malattia e dalla cronicità.

Il disegno è stato utilizzato, quindi, come strumento per creare un ponte comunicativo con lo psicologo, ponte attraverso cui è stato possibile fornire stimoli positivi (emotivi, visivi, tattili e interattivi) che hanno permesso ai pazienti di ristabilire la capacità di provare interesse e piacere nell'attività svolta e nella relazione con l'altro. Sulla base di questi primi incoraggianti risultati si spera di sviluppare l'uso della modalità grafica per rendere sempre più condivisibili e verbalizzabili le immagini interiori dei pazienti all'interno della relazione con lo psicologo, con gli operatori e, in generale, con gli altri.

Corrispondenza

Maria Giovanna Barbieri
Psicologa-psicoterapeuta
Cell: 3296674219
Email: mariagbarbieri@libero.it

Rossella Nutile
Psicologa-psicoterapeuta
Cell: 3291260617
E-mail: *rossella.nutile@gmail.com*

LA DEPRESSIONE INFANTILE EZIOLOGIA E MODALITÀ D'INTERVENTO NELL'AMBITO DELLA PSICOLOGIA FUNZIONALE

Annarita Bavaro

Psicologa - Psicoterapeuta funzionale in formazione

ABSTRACT

La depressione costituisce attualmente una delle psicopatologie dell'età evolutiva più diffuse, con gravi conseguenze sia sulla vita attuale del bambino sia sul suo sviluppo in età adulta. Il Modello Funzionale studia l'evoluzione dell'individuo partendo dalle sue radici più antiche, indaga l'eziologia del disturbo considerando la complessità dell'essere umano in un'ottica olistica ed al tempo stesso concreta e dettagliata, valutandone l'espressione a livello emotivo, cognitivo, posturale e fisiologico.

La Psicologia Funzionale permettere di giungere all'origine del malessere, per agire direttamente sulle cause profonde del disagio, capire cosa si è alterato nei comportamenti, pensieri o emozioni durante lo sviluppo, consentendo di riportare questo assetto a livello grafico evidenziandone debolezze e potenzialità.

Il bambino è considerato una persona completa ed integrata, sin dalla vita intrauterina, il suo sviluppo armonico e sano dipenderà da un insieme di fattori, come la soddisfazione di bisogni ricettivi, la qualità dell'accudimento, l'ambiente in cui vive e le caratteristiche specifiche dei genitori. Se al bambino non sarà concessa la possibilità di esprimere e sperimentare le numerose sfumature della sue potenzialità, alcune funzioni potranno subire delle alterazioni. La depressione infantile è caratterizzata da specifiche alterazioni, infatti nel corso della pratica clinica sono emerse esperienze basilari e fondamentali per il bambino che se non vissute pienamente causano disagi.

In un sistema integrato la diagnosi non si basa sull'insieme dei sintomi o sulla malattia, in quanto è sempre l'intero organismo ad ammalarsi, un intervento mirato permette di recuperare le esperienze non attraversate pienamente e ristabilire le basi per uno sviluppo armonico. Le diagnosi sono sempre più precoci per potenziare la prevenzione del malessere.

Parole-chiave: *Depressione; Età evolutiva; Funzionalismo; Diagnosi.*

Corrispondenza

Annarita bavaro
Psicologa - Psicoterapeuta funzionale in formazione
E-mail: *annaritabavaro@libero.it*

ASPETTI COGNITIVI E PSICOLOGICI DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA): LA DEPRESSIONE COME FATTORE STABILE NEL TEMPO

Autilia Casillo[1,2,4], **Valentina Di Mauro**[1,2,4], **Monica Vitolo**[2,4]
Carmela De Rosa[2,4], **Vincenzo Capuano**[1], **Laura Sagliano**[3,4]

[1] *Unità Operativa Complessa di UTIC e Cardiologia, Ospedale "G. Fucito", Mercato San Severino, SA*
[2] *Casa di Cura di Riabilitazione "G. Montesano", Roccapiemonte, SA*
[3] *Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Caserta, CE*
[4] *"Psicologia Cognitiva - APS", San Giuseppe Vesuviano (NA)*

ABSTRACT

La fibrillazione atriale è un disturbo molto comune negli individui adulti e anziani e risulta essere un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie trombotiche e di infarti.

Obiettivo di questo studio era valutare se la fibrillazione atriale costituisse anche un fattore di rischio per l'emergere di disturbi cognitivi o di sintomi ansiosi e depressivi.

Per valutare questo aspetto un gruppo di 21 pazienti con fibrillazione atriale (11 femmine; età: media: 68 anni; scolarità media: 6 anni) e un gruppo controllo costituito da 21 individui sani (13 femmine; età media: 73 anni; scolarità media: 5 anni) sono stati sottoposti ad una batteria neuropsicologica per la valutazione dei livelli di ansia (sia di tratto che di stato) e depressione e di diverse funzioni cognitive: memoria a breve e a lungo termine, attenzione, abilità logico astrattive, funzionamento cognitivo generale. Tale valutazione è stata effettuata in due tempi: all'inizio dello studio (T1) e dopo 12 mesi (T2).

I punteggi ottenuti al T2 sono poi stati sottratti a quelli ottenuti al T1 (punteggio positivi indicano quindi un peggioramento delle prove o un aumento della sintomatologia). L'analisi dei dati effettuata covariando età e scolarità ha evidenziato che sebbene i livelli di depressione dei due gruppi non risultassero statisticamente differenti nella valutazione al T1, al T2 i pazienti mantenevano livelli stabili di depressione mentre risultano diminuiti nei controlli ($p < .05$). Inoltre, i due gruppi non differivano nelle diverse prove psicologiche somministrate.

Si può concludere, quindi, che nonostante le difficoltà che la fibrillazione atriale determina, questa non è un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi cognitivi o psicopatologici nel breve periodo.

Corrispondenza

Autilia Casillo
Unità Operativa Complessa di UTIC e Cardiologia
Ospedale "G. Fucito", Mercato San Severino, SA
E-mail: *valentinaemiliadimauro@gmail.com*

L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO DI AUTO-AIUTO IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI CON SINTOMI DEPRESSIVI

Rita Ciriello, Ciro Ferraro, Giuseppe Giamundo, Lucia Iossa

UOSM Terzigno ASL Napoli 3 Sud

ABSTRACT

Alla UOSM di Terzigno da circa 4 anni è stato istituito un '"Ambulatorio per Adolescenti", con accesso libero. Tra i pazienti che hanno avuto accesso all'ambulatorio tra settembre 2016 e settembre2017 sono stati scelti 7 giovani (6F, 1M) di età compresa tra i 15-20a. per costituire un gruppo di auto-aiuto.

Tutti i giovani presentavano sintomi di tipo depressivi pur non presentando tutti una diagnosi di Depressione. Sono stati esclusi Pazienti con patologia Psicotica. Ciascun paziente ha compilato il BDI prima di iniziare l'esperienza di gruppo e dopo averla conclusa. Il gruppo si è incontrato 19 volte con cadenza quindicinale.

Alcuni pazienti si sono scambiati e numeri telefonici ed hanno costituito un gruppo WhatsApp, talvolta sono usciti insieme.

Risultati. Diminuzione dei sentimenti depressivi e dell'isolamento sociale e tutti hanno giudicato l'esperienza positiva.

Corrispondenza

Rita Ciriello
UOSM Terzigno ASL Napoli 3 Sud
E-mail: *cir.rita@libero.it*

DIVERSITÀ, VIOLENZA, BULLISMO, INCONTRO CON L'ALTRO: IL RUOLO DELLE EMOZIONI NELL'EDUCAZIONE PSICOSOCIALE

Immacolata Mara Festa[1], **Mariangela Perito**[2]

[1] *Psicologa, Psicoterapeuta ACLI Avellino, marafesta@yahoo.it*
[2] *Psicologa, Psicoterapeuta ACLI Avellino, mariangelaperito@gmail.com*

ABSTRACT

Introduzione. Le osservazioni e lo studio qualitativo relativi ai temi della diversità, del bullismo e della discriminazione, nascono dall'idea di sensibilizzare la cultura locale rispetto alle tematiche in questione e osservare le dinamiche emozionali di un gruppo classe all'interno del contesto scolastico.

Obiettivi. L'obiettivo primario del progetto è stato quello di diffondere la cultura dell'incontro autentico con l'altro al di fuori di ogni categoria mentale del "diverso", e stimolare una riflessione sul tema della "differenza" come unicità da rispettare e contemporaneamente luogo di scoperta del sé. In fase di "macroprogettazione" è stata valutata la possibilità di strutturare un vero e proprio "percorso formativo" per stimare in maniera qualitativa il cambiamento di atteggiamenti e opinioni rispetto ai temi del bullismo, della violenza, della discriminazione e del rispetto emozionale.

Metodologia. Nelle attività progettuali sono stati coinvolti circa 300 studenti, le metodologie utilizzate sono state le seguenti: osservazione partecipante, psicoeducazione, focus group, brainstorming, esercizi corporei, drammatizzazioni, videoproiezioni, disegni e collage.

Conclusioni. Dalla sperimentazione effettuata è emerso che la consapevolezza emozionale (riconoscimento ed espressione) ha portato negli studenti un'acquisizione delle capacità di problem solving, una maggiore apertura nei confronti del nuovo e del diverso, un miglioramento delle capacità di ascolto e comunicazione, un miglioramento evidente nella gestione delle relazioni interpersonali.

Bibliografia

Bertrando, P., *Il Terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*, Raffaello Cortina Editore.

Ekman, P. (2010). *Te lo leggo in faccia: riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste*, Torino: Amrita.

Fedeli, D. (2006). *Emozioni e successo scolastico*, Roma: Carocci Faber.

Goleman, D. (1998). *Lavorare con l'intelligenza emotiva*, Milano: Rizzoli.

Greenspan, S.I. (1997). *L'intelligenza del cuore: le emozioni e lo sviluppo della mente,* Milano: Mondadori.

Corrispondenza

Immacolata Mara Festa
Psicologa, Psicoterapeuta
ACLI Avellino
E-mail: *marafesta@yahoo.it*

PATOLOGIE REUMATICHE AUTOIMMUNI E RISCHIO DI DEPRESSIONE

Arianna Pallavicino, Carmen Ricciardelli

Centro Studi Psicosoma (Salerno)

ABSTRACT

La letteratura classica ha associato frequentemente le malattie reumatiche su base autoimmune con i sintomi caratteristici della depressione. Quest'ultima, quando legata o conseguenza di altre malattie, è per lo più sottovalutata, quasi considerata un effetto collaterale scontato. Per approfondire tale aspetto, è stato preso in esame un campione composto da 21 soggetti, di cui 18 femmine e 3 maschi con un'età compresa tra i 22 e i 75 anni, affetti da patologie reumatiche autoimmuni. Ai soggetti è stato somministrato l'Hamilton Rating Scale for Depression.

Dalla media del punteggio ottenuto (11,09) è emersa la presenza di sintomi caratteristici della depressione che incidono sul funzionamento globale dei soggetti. Dal colloquio effettuato durante la somministrazione del test, è emerso che nessuno dei soggetti avesse mai intrapreso un percorso di sostegno psicologico, sebbene il 23,8% del campione abbia espresso spontaneamente sentimenti come la tristezza e la mancanza di speranza. Sono state anche riferite preoccupazioni relative a questioni di scarsa importanza (42,8 %) e la presenza di cefalee, palpitazioni e iperventilazione (28,5%). Inoltre una percentuale importante di soggetti (42,8) ha lamentato una perdita della libido. Ciò è stato riscontrato anche in un recente studio di Onda (2017), che ha preso in esame la relazione tra la depressione ed alcune malattie come, ad esempio, quelle reumatiche.

Dallo studio emerge che il 27% dei pazienti con patologie reumatiche sviluppa anche un disturbo depressivo e che tra questi solo la metà si rivolge al medico di medicina generale anche per la gestione della depressione e solo 1 su 5 si rivolge allo psichiatra. Il rischio di sviluppare questo disturbo è elevato e trasversale ancora più forte nei pazienti in cui la depressione è associata ad una patologia primaria. Appare quindi opportuno implementare interventi ad ampio raggio che tengano conto della persona nella sua totalità.

Corrispondenza

Carmen Ricciardelli
Psicologa, psicoterapeuta
E-mail: *carmen.ricciardelli@gmail.com*

MIGRANTI E SINTOMI PSICOSOMATICI: UNA VALUTAZIONE IN UN CENTRO DI EMERGENZA

M. Perito[1], Raffaella Monia Calìa[2], Michela Forgione[2]
Daniela Scotti[2], Annamaria Ricci[2]

[1] *"Neamente" Neuroscience Association, Neuroscience, Avellino*
[2] *"YouThink" Associazione di mediazione culturale, Avellino*

ABSTRACT

Negli ultimi anni si è registrato un aumento della migrazione in Europa. I rifugiati spesso sperimentano eventi traumatici associati alla guerra, alla persecuzione, alla tortura, alla violenza sessuale e alle sfide di reinsediamento nell'esilio (Lolk, et al., 2016). In particolare, l'Italia è stata uno dei più importanti luoghi d'atterraggio. I rifugiati sono a rischio di sviluppare disturbi post-traumatici (PTSD), sintomi ansiosi e depressivi. Mentre alcuni gruppi di immigrati possono avere tassi più bassi di problemi di salute mentale, altri possono avere ostacoli alla ricerca di aiuto (Straiton et al., 2014). Alcuni studi hanno trovato tassi significativamente più elevati di comorbidità somatica tra i migranti con PTSD e depressione rispetto ai migranti senza un disturbo psichiatrico diagnosticato. L'interesse psicologico sulla migrazione e il suo impatto sui modelli di stile di vita è aumentato negli ultimi anni.

Le differenze linguistiche e le differenze nell'esprimere dei problemi di salute, nonché la scarsa conoscenza dell'organizzazione e della struttura dei sistemi sanitari locali, possono anche costituire ostacoli che frenano la fornitura di servizi sanitari ai migranti, soprattutto all'arrivo (Fadnes et al., 2017). Nel loro vocabolario, parole come ansia, tristezza, paura, quasi non esistono. Tendono a minimizzare il dolore psicologico, non perché non lo sentono ma perché lo spostano sul corpo. Hanno difficoltà a parlare di emozioni, non solo di cultura e di lingua, ma anche perché si vergognano.

Bibliografia

Fadnes L.T., Diaz E. *Primary healthcare usage and use of medications among immigrant children according to age of arrival to Norway: a population-based study.* BMJ Open. 2017 Feb 1; 7(2): e014641

Lolk M., Byberg S., Carlsson J., Norredam M. *Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression - a prospective cohort study. BMC Psychiatry.* 2016 Dec 13; 16(1): 447.

Straiton M., Reneflot A., Diaz E. *Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. BMC Health Serv Res.* 2014 Aug 13; 14: 341.

Corrispondenza

Mariangela Perito
Psicologa, psicoterapeuta - Associazione Neamente
Cel. +39 328 8477655 - E-mail: *mariangelaperito@gmail.com*

TERAPIA NEUROLETTICA COME FATTORE PROTETTIVO ANTI-TUMORALE IN PAZIENTI SCHIZOFRENICI CON SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA. STUDIO OSSERVAZIONALE.

Petruzziello L.[1], **Petrillo L.**[1], **Milone M.R.**[2]

[1] *Neuropsychiatric Centre "Villa dei Pini", Via Pennini, 86/a, Avellino, Italy*
[2] *Centro Ricerche Oncologiche Mercogliano, Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale - IRCCS, Naples, Italy*

ABSTRACT

La schizofrenia è un grave disturbo psicotico che compare in età adolescenziale o giovanile. I sintomi della schizofrenia sono molto variabili sia in relazione alla fase della malattia che alla sottotipologia clinica. Possono presentarsi in momenti critici (episodici) oppure in modo stabile e cronico e generalmente vengono suddivisi in due gruppi antitetici: sintomi positivi (manifestazioni nuove e anomale dovute alla malattia) e negativi (derivanti dalla perdita di capacità che erano presenti prima dell'esordio della malattia).

Per ristabilire l'equilibrio biochimico è fondamentale una terapia farmacologica e i nuovi neurolettici vengono considerati la prima opzione terapeutica, poiché più tollerabili e dotati di azione positiva anche sulle funzioni cognitive.

Il rapporto tra schizofrenia e cancro è stato oggetto per lungo tempo di controversie tra gli psichiatri. Questa controversia è stata sostenuta dalla mancanza di evidenze empiriche conclusive circa il verificarsi di tumori in pazienti schizofrenici (Masterson & O'Shea, 1994). Achterberg ed altri nel 1978 hanno evidenziato che solo l'1% di tutti i pazienti schizofrenici moriva di cancro (Achterberg et al. 1978). White nel 1929 ha riscontrato un'incidenza di tumore del 13% in "paranoidi schizofrenici" e solo del 4% in "schizofrenici" (White, 1929). Al contrario, Craig & Lin hanno rilevato tassi di morte per cancro di età simili nei pazienti psichiatrici rapportati a quelli della popolazione generale (Craig & Lin, 1981). Ancora nel 1979 Rice affermava che il carcinoma broncogeno non era mai stato osservato negli in pazienti schizofrenici cronici di lunga durata, nonostante la loro pesante assunzione di tabacco (Rice, 1979). Questa osservazione è stata sostenuta da Craig e Lin (1981), che hanno trovato una bassa incidenza di cancro ai polmoni (Craig & Lin, 1981). Alla luce di tali evidenze sarebbe di notevole interesse dimostrare una differente ricorrenza del cancro in questi pazienti, che sono soggetti a vissuti speciali e a condizioni che potrebbero modificare il rischio di cancro. I pazienti schizofrenici formano dunque una sottopopolazione che offre l'opportunità di studiare la ricorrenza del cancro in presenza di fattori speciali quali i farmaci psicotropi.

Bibliografia

Achterberg J., Collerain I., Craig P. *A possible relationship between cancer, mental retardation and mental disorders. Social and Scientific Medicine* 1978; 12.

Craig T.J., Lin S.P. *Cancer and mental illness. Comprehensive Psychiatry* 1981.
Masterson E., O'Shea B. *Smoking and Malignancy in Schizophrenia. British Journal of Psychiatry* 1984, 145,
Rice D. *No lung cancer in schizophrenics. British Journal of Psychiatry* 1979; 134, 128
White M.A. *The social significance of mental disease. Archives of Neurology and Psychiatry* 1929.

Corrispondenza

Luciano Petrozziello
Casa di cura Neuropsicitrica "Villa dei Pini"
Via Pennini, 86/a, (83100) Avellino
E-mail: *luciano.petruzziello@uniroma1.it*

LA DEPRESSIONE COME FORMA DI DISEMBODIMENT: UNA PROSPETTIVA FENOMENOLOGICA

Giuseppe Salerno

Psicologo, Esperto in Psicodiagnostica e in Psicologia dello Sport

ABSTRACT

Negli ultimi anni il concetto di embodiment sta diventando la chiave di volta di un paradigma multidisciplinare che tiene insieme la fenomenologia e le scienze cognitive nell'ambito della psicopatologia (Fuchs e Schlimme, 2009; Stanghellini, 2004). Partendo dall'idea che il corpo è il veicolo fondamentale del nostro essere-nel-mondo (Merleau-Ponty, 1945) alcuni studi hanno dimostrato un'alterazione del sé corporeo e dei processi di embodiment in diversi disturbi psicopatologici (Ferri et al, 2012) tra cui quelli depressivi (Fuchs, 2003). Da un punto di vista fenomenologico, il caso della depressione è caratterizzato da una particolare forma di disembodiment del sé, che si configura come una "oggettificazione del corpo vissuto" (Fuchs, 2003). Il *Leib* (corpo vissuto, corpo-soggetto), normalmente fluido e trasparente a se stesso, si appesantisce sotto la spinta delle tensioni e delle restrizioni corporee, fino a solidificarsi in un corpo reificato (corpo-oggetto). Tali restrizioni si manifestano sia come oppressioni corporee locali (schiacciamento del torace, cerchio alla testa etc.) sia come una tensione corporea generale (ansia generalizzata).

Questa alterazione dell'esperienza corporea preriflessiva nella depressione sta alla base della generale inibizione degli impulsi vitali e delle alterazioni dello spazio e del tempo vissuti. Non consentendo più un accesso fluido al mondo fisico e relazionale, il corpo restringe patologicamente il proprio spazio peripersonale, fatto di possibilità d'azione e di 'affordances' (Gibson, 1979), fino a giungere allo stupor depressivo. A partire dal disembodiment dell'esserci anche la struttura temporale della coscienza subisce un'alterazione, nel senso di un ripiegamento verso il passato (Binswanger, 1964; Straus, 1960) e di una desincronizzazione dal tempo intersoggettivo (Fuchs, 2001).

Questa ipotesi fenomenologica del disembodiment nella depressione è confermata da alcuni studi sperimentali che hanno dimostrato un irrigidimento degli schemi motori della camminata nella depressione (Michalak et al, 2009). Altre prove sperimentali in questo senso potrebbero venire dall'analisi degli schemi corporei nei casi di depressione.

Bibliografia

Binswanger L. (1964). *Tre forme di esistenza mancata: esaltazione fissata, stramberia, manierismo,* Bompiani, Milano 2001.

Ferri F., Frassinetti F., Ardizzi M., Costantini M. & Gallese V. (2012). *A sensorimotor network for the bodily self.* Journal of Cognitive Neuroscience, 1-12.

Fuchs T. (2001). *Melancholia as a desynchronization: towards a psychopatology of interpersonal time*, in Psychopatology, n. 34, p. 179-186.

Fuchs T. (2003). *The phenomenology of shame, guilt and the body in bodydysmorfic disorder and depression*, in Journal of phenomenological psychology, n. 33, p. 223-243.

Fuchs T. and Schlimme E. (2009). *Embodiment and psychopatology: a phenomenological perspective*, in Current Opinion in psychiatry, n. 22, p. 570-575.

Gibson J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*, Houghton Mifflin, Boston, trad. it. *Un approccio ecologico alla percezione visiva*, Mimesis, Milano-Udine, 1999.

Michalak J., Troje N.F., Fischer J., et al. (2009). *Embodiment of sadness and depression: gait patterns associated with dysphoric mood*, Psychosom Med, n. 71, p. 580-587.

Merleau-Ponty M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, 1945; trad. it. Fenomenologia della percezione, Bompiani, Milano, 2003.

Stanghellini G. (2004), *Disembodied spirtits and deanimeted bodies: the psychopatology of common sense,* Oxford University Press, Oxford.

Straus E. (1960), *Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung* (The experience of time in endogenous depression and in psychopathic mood disorder). In: Straus, E., *Psychologie der menschlichen Welt* (Psychology of the human world), pp. 126-140. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

LA DEPRESSIONE COME FORMA DI DISEMBODIMENT: STUDIO DI UN CASO CLINICO

Giuseppe Salerno[1], **Roberta Petrosino**[2], **Vincenzo Torsiello**[3]

[1] *Psicologo, Esperto in Psicodiagnostica e in Psicologia dello Sport*
[2] *Medico specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia, Casa di Cura Neuropsichiatrica Villa dei Pini*
[3] *Vincenzo Torsiello, Medico chirurgo, Casa di Cura Neuropsichiatrica Villa dei Pini*

ABSTRACT

Da un punto di vista fenomenologico il nucleo centrale dei disturbi depressivi è una particolare forma di disembodiment del Sé, caratterizzata dalla "oggettificazione del corpo vissuto" (Fuchs, 2003). Per falsificare questa ipotesi è necessario avvicinare l'esserci depressivo con i metodi d'indagine della psicodiagnostica e della psicologia clinica, interpretando strumenti ed indicatori adatti a cogliere la dimensione corporea dell'esistenza attraverso un modello di matrice fenomenologica.

Abbiamo analizzato il caso di un paziente con una diagnosi di depressione maggiore con caratteristiche psicotiche (ICD-9-CM:296.34). La diagnosi è confermata, oltre che dall'anamnesi, dalla HAMD-D e dal BDI. La TAC cranica e l'EEG hanno escluso la possibilità di lesioni cerebrali focali.

Per indagare il livello preriflessivo corporeo dell'esperienza del soggetto (schemi corporei) abbiamo scelto di utilizzare i seguenti test psicodiagnostici qualitativi: il test di Rorschach e il test della figura umana.

Al test di Rorschach il soggetto ha fornito un numero di risposte di movimento pari a zero. Dal punto di vista fenomenologico-esistenziale questo difetto di percezione cinestesica può essere interpretato come una incolmabile distanza dalla spontaneità e dall'autenticità del *Leib* (Barison, Passi-Tognazzo, 1993). Sulla stessa linea, anche l'*Erlebnistypus* di tipo coartato (0/0) rimanda all'idea di un "corpo muto" (Ariano, 2014). La presenza di fenomeni particolari come lo shock al nero alla tavola VI e il rifiuto della tavola X, parla di una condizione nella quale la distanza dal corpo è alla base di una struttura esistenziale (*Daseingestalt*) di tipo psicotico.

Il test della figura umana conferma la devitalizzazione del corpo, che si presenta primitivo, statico e ad una sola dimensione. Anche il volto è stilizzato e privo di qualsiasi tipo di espressione emotiva. Lo schema corporeo, pur presente nei suoi tratti essenziali, risulta ridotto al minimo.

In conclusione, l'approfondimento psicodiagnostico conferma l'ipotesi di disembodiment dell'esserci nel caso da noi analizzato.

Bibliografia

Ariano G. (2014), *Il Metodo Rorschach. Teoria e pratica secondo il Modello Strutturale Integrato,* Sipintegrazione, Casoria.

Ariano G., Farace A. (2010), *Il test della figura umana. Il test della famiglia*, Sipintegrazioni, Casoria.

Barison F. (1949), *Attivazione e inattivazione dell'Erlebnistypus*, Arch. Di Psicol. Neurol. Psich., n. 10, pp. 157-173.

Barison F., Passi-Tognazzo D. (1993), *Il Rorschach fenomenologico*, FrancoAngeli, Milano.

Fuchs T. (2001), *Melancholia as a desynchronization: towards a psychopatology of interpersonal time*, in Psychopatology, n. 34, p. 179-186.

Fuchs T. (2003), *The phenomenology of shame, guilt and the body in bodydysmorfic disorder and depression*, in Journal of phenomenological psychology, n. 33, p. 223-243.

Fuchs T. and Schlimme E. (2009), *Embodiment and psychopatology: a phenomenological perspective*, in Current Opinion in psychiatry, n. 22, p. 570-575.

Klopfer B., Davidson H. H. (2005), *The Rorschach Technique. An introductory manual*, trad. It. *La tecnica Rorschach. Un manual introduttivo,* Giunti, Firenze.

Machover K. (1948), *Il disegno della persona umana*, O. S. Firenze, 1978.

Minkowska F. (1952), *La tipologie costitutionelle vue à travers le Rorschach et les dessins d'enfants*, Reveu Morph-Physiol. Hum.

Rorschach H. (1921), *Psychodiagnostik*, trad. It. *Psicodiagnostica. Metodologia e risultati di un esperimento diagnostic basato sulla percezione (Interpretazione di forme causali)*, Edizioni Kappa, 1981, Roma.

Stanghellini G. (2004), *Disembodied spirtits and deanimeted bodies: the psychopatology of common sense,* Oxford University Press, Oxford.

Corrispondenza

Giuseppe Salerno
Psicologo
Esperto in Psicodiagnostica e in Psicologia dello Sport
Editor di psicologiafenomenologica.it
Psicoterapeuta in formazione presso SIPI (Società Italiana di Psicoterapia Integrata)
Casa Alloggio Eidòs di Agape
E-mail: *giuseppe.salerno1990@gmail.it o giuseppe.salerno@psypec.it*

STUDIO DELLA FIBRILLOGENESI AMILOIDEA, MEDIANTE ATOMIC FORCE MICROSCOPY, IN PRESENZA DI CURCUMINA

Giuseppe Sanseverino

Dipartimento di Scienze e Tecnologie Università degli Studi del Sannio

ABSTRACT

Il morbo di Alzheimer è caratterizzato dalla presenza di grosse strutture filamentose, dette fibrille amiloidi, derivanti dall'aggregazione ordinata di specifiche proteine o polipeptidi. Le fibrille amiloidi costituiscono lo stadio finale di un processo di aggregazione caratterizzato da intermedi oligomerici che, secondo i più recenti studi, costituiscono i veri agenti citotossici che portano all'apoptosi della popolazione neuronale dell'area tegmentale ventrale. In particolar modo, i neuroni di quest'area sono deputati alla sintesi neurotrasmettitoriale dopaminergica. La ridotta, o assente, sintesi causa il mancato rilascio della dopamina all'interno della regione ippocampale (con successiva perdita della memoria) e del nucleus accumbens (area coinvolta alla base dei meccanismi di *reward* e *reinforcement*). I pazienti, sin dagli esordi del morbo di Alzheimer, presentano, di concerto con la perdita della memoria, alterazione dell'umore e calo di interesse, fino a sfociare nella depressione. All'interno di questo contesto si cala lo studio biofisico proposto, che è stato focalizzato sull'osservazione degli intermedi di aggregazione del peptide A (25-35) su mica, tramite AFM (*Atomic Force Microscopy*). Successivamente, lo stesso, è stato ripetuto in presenza di curcumina, estratto vegetale dal noto carattere fitoterapico. Quest'ultima ha dimostrato di non bloccare l'aggregazione, bensì di alterare i tempi di comparsa e la morfologia di alcuni intermedi di aggregazione fisiologicamente prodotti, lasciando aperti vasti scenari di ricerca neurobiofisica.

Corrispondenza

Giuseppe Sanseverino
Dipartimento di Scienze e Tecnologie
Università degli Studi del Sannio
E-mail: *sanseverino.bio@gmail.com*

LA REGOLAZIONE EMOZIONALE ATTRAVERSO LA CONSAPEVOLEZZA

Maria Vincenza Minò[1], **Carella Valentina**[1], **Antonella Vacca**[1]

Associazione M.I.T.A.G. - Onlus, C.R.A.P. "Don Tonino Bello" Brindisi
[1] *Psicologa Psicoterapeuta Cognitivista Post-Razionalista*

ABSTRACT

Introduzione. Diverse ricerche hanno focalizzato l'attenzione sugli specifici processi psicologici legati al disturbo depressivo, individuando nella mancanza di speranza, nell'impulsività, nell'eccessiva tendenza a evitare le esperienze spiacevoli e nell'elevata reattività emozionale alcuni dei principali fattori che ne aumenterebbero il rischio. Studi scientifici mostrano come gli interventi basati sulla mindfulness – vale a dire sulla consapevolezza del momento presente e sull'accettazione in modo non giudicante dei propri pensieri – possano agire positivamente sui processi psicologici associati alla depressione.

Metodo. Il presente studio descrive gli effetti di un corso di 8 settimane di MBCT associato a un percorso psicoterapeutico su alcuni utenti inseriti in una Comunità Riabilitativa che presentavano atteggiamenti disfunzionali e ruminazioni.

Risultati e conclusioni. I risultati emersi hanno permesso di affermare che i pazienti hanno ridotto notevolmente i pensieri ripetitivi, facendo emergere l'emozione, il reale sentire, svincolandolo dalle spiegazioni cognitive che rischiavano di ostacolare fortemente i processi di appropriazione e di regolazione.

Bibliografia

Arciero G., Bondolfi G. (2012). *"Sé, identità e stili di personalità"*. Bollati Boringhieri.

Bondolfi G. et al. "*Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system"*. Journal Of Affective Disorders 2009.

Jacob Piet, Esben Hougaard. *"The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis"*. Clinical Psychology Review 31 (2011) 1032-1040.

Kabat-Zinn J. *Vivere momento per momento.* Tascabili degli Editori Associati 2010.

Corrispondenza

Maria Vinenza Minò
E-mail: *marenza.m@virgilio.it*

"CONOSCI I 5 SEGNI DEL DISAGIO": CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE E PREVENZIONE DEI DISTURBI DELL'UMORE

Antonella Vacca[1*]**; Maria Vincenza Minò**[1]

[1]*Psicologa Psicoterapeuta - Associazione M.I.T.A.G. Onlus - C.R.A.P. "Don Tonino Bello" Brindisi*
[*]*"Città Solidale" Cooperativa Sociale Latiano (Br)*

ABSTRACT

Introduzione. Questa iniziativa si collega alle diverse campagne preventive, come le iniziative collegate alla Giornata mondiale della salute mentale o il Depression Day, per diffondere nelle comunità una maggiore comprensione delle condizioni di disagio mentale, dei disturbi che necessitano di trattamento e delle cure disponibili. Molti sforzi sono stati fatti anche per combattere gli ancora persistenti pregiudizi attorno alla sofferenza mentale e per ridurre lo stigma associato alle condizioni psichiatriche.

Obiettivi. Ispirandosi alla campagna statunitense "Cambiare direzione", la Comunità Riabilitativa "Don Tonino Bello" e "Città Solidale" Coop. Sociale, insieme al Centro di salute mentale di Brindisi, l'Associazione Gulliver 180 e altre strutture riabilitative attive sul territorio brindisino hanno deciso di coinvolgere la cittadinanza nell'impegno per l'apprendimento diffuso dei segni più comuni di disagio mentale e, in occasione del Depression Day 2017, soprattutto dei disturbi dell'umore. Così come è utilissimo saper riconoscere i segni di un attacco cardiaco, allo stesso modo è possibile ed utile riconoscere i Cinque segni di sofferenza emotiva più comuni allo scopo di intervenire tempestivamente sostenendo la persona sofferente nella ricerca di aiuto specialistico.

Metodi e Strumenti. In questa prima fase, lo scopo è dunque di diffondere nella società (scuole, servizi pubblici, famiglie, luoghi di lavoro …) la capacità di riconoscere cinque condizioni basiche di sofferenza mentale attraverso la relativa mimica facciale: l'agitazione, il ritiro sociale, il cambiamento di personalità, la scarsa cura di sé e la disperazione. Lo strumento che verrà utilizzato, da qui fino agli inizi del 2018, è costituito dalle 'faccine' che scorrono sui social network e che le nuove generazioni conoscono benissimo.

Conclusione. La campagna ha coinvolto tutti, operatori ed utenti anche attraverso l'implementazione di laboratori riabilitativi permanenti sulla conoscenza e prevenzione dei disturbi mentali ed, in particolare, dei disturbi dell'umore.

Bibliografia

www.changedirection.org.

Corrispondenza

Vacca Antonella
E-mail: *antonellavacca@yahoo.com*

"ESSERE EMOTIVAMENTE SITUATI". ESPERIENZA DI CLOWNTERAPIA IN COMUNITÀ RIABILITATIVA PSICHIATRICA

Antonella Vacca[1], **Maria Vincenza Minò**[1]

[1] *Psicologa Psicoterapeuta - Associazione MITAG Onlus*
CRAP "Don Tonino Bello" Brindisi

ABSTRACT

Introduzione. La dimensione emozionale, rappresenta lo spazio di lavoro più interessante nell'approcciarsi alla riabilitazione psichiatrica, sia perché è proprio attraverso le emozioni che le persone con sofferenza psichica comunicano la loro sofferenza – amplificandole, e portandole a vette di intensità estrema, o nascondendole e controllandole per sentirsele esplodere dentro in modo improvviso – sia perché la clinica e la riabilitazione ha progressivamente messo a disposizione nuove prospettive di intervento che sono centrate proprio attraverso il lavoro sulle emozioni, con interessanti prospettive di ricerca nell'area della regolazione emotiva.

Obiettivi e Metodi. La Clownterapia, come tecnica espressiva, è utilizzata come attività riabilitativa rivolta a ciascun utente per prendere maggiore conoscenza e consapevolezza del proprio vissuto emotivo, riconfigurarlo, dandogli un orizzonte di senso con il solo utilizzo del corpo e del sorriso creativo. Il clown, infatti, utilizza il corpo per esprimere se stesso attraverso l'espressione e lo stimolo delle emozioni.

Strumenti. È stata utilizzata questa tecnica espressiva in maniera strutturata, da due esperti clowterapeuti con la presenza di una psicoterapeuta, con un gruppo di pazienti con disturbi psichici inseriti in una CRAP e provenienti dal territorio, di cui è stato rilevato un cambiamento in termini di riconoscimento ed espressione delle emozioni, anche attraverso l'utilizzo della TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale - Bagby, Parker, Taylor, 1994).

Risultati. Dai risultati ottenuti è possibile affermare che, nei pazienti con disturbi mentali gravi, con la giusta ottica di intervento e con gli strumenti adeguati, è possibile attuare una vera riabilitazione che porti, secondo le possibilità del disturbo, ad un'autonomia emotiva, intesa come capacità di riconoscere e leggere il proprio modo di emozionarsi e di attribuire significato, la base di una vera indipendenza psicologica e sociale.

Bibliografia

Arciero G., Bondolfi G. (2012). *"Sé, identità e stili di personalità"*. Bollati Boringhieri.

Corrispondenza

Vacca Antonella
E-mail: *antonellavacca@yahoo.com*

Finiti di stampare
nel mese di ottobre 2017
dalla La Buona Stampa srl (Napoli)