

Smarrimenti della psichiatria nella palude normativa

Con la confusione terminologica e le ambiguità concettuali si può nascondere la morte dell'identità e della verità. Può accadere con attribuzioni e deleghe improprie nell'area della **salute mentale**, che concettualmente corrisponde a quel profilo utopico indicato nella stessa definizione dell'OMS del 2-12-2022: "stato di benessere psichico in cui ogni individuo può realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità". L'OMS aggiunge, quali "determinanti della salute mentale", fattori individuali di tipo demografico – culturale, di tipo socio – economico, nonché fattori ambientali e politici. Questi vanno ben oltre le concrete possibilità di qualsiasi sistema sanitario e quindi rinviano a responsabilità di altri sistemi. L'area della salute mentale presenta certamente i più alti livelli di complessità perché necessita di continue mediazioni e rilanci di credibilità. Si deve inoltre interrogare sui suoi confini e limiti, sui livelli uniformi ed essenziali di assistenza previsti dalle normative vigenti (d.Lgs. n. 502/92 e successivi). In una condizione di discrepanza crescente tra paese legale e paese reale, negli ultimi anni si è registrato anche un depotenziamento delle strutture pubbliche con chiusura di servizi ospedalieri (SPDC) già carenti. Nel territorio di una AUSL del Lazio sono stati chiusi, con la motivazione della carenza di psichiatri, due SPDC su tre esistenti. Anche servizi ambulatoriali sono in grave affanno. Però sono state realizzate nello stesso territorio dell'AUSL FR due REMS per un totale di 51 "residenti" con un rapporto di circa 5 a 1 rispetto ai posti letto rimasti in SPDC.

Ho già analizzato nel precedente numero di questa rivista il pasticciaccio delle REMS sul piano normativo e attuativo, la loro scarsa utilità sul piano clinico, lo spreco di risorse umane e finanziarie, la reale inefficacia sui livelli di sicurezza della società civile e la loro inappropriata rispetto ad una cultura di psichiatria di comunità. Ho partecipato nel frattempo a diversi incontri con colleghi di varie regioni, interessati a modifiche legislative in tema di imputabilità di infermi di mente e di misure di sicurezza. Nel forum di confronto e proposta del numero precedente, dedicato alla memoria di Barbara Capovani, ho riportato riflessioni critiche di diversi colleghi sulle incongruenze dell'attuale sistema normativo e sulle reali criticità assistenziali. Si è preso atto dei rapporti difficili con il mondo giudiziario e i suoi tempi. L'ambiguità e contraddittorietà di tali rapporti, specialmente quando riguardano attribuzioni e deleghe improprie, si ritrovano nello stesso testo della **L. 81/2014**, istitutiva delle REMS. Queste rappresentano, come ci ha ricordato nel nostro forum la collega Susanna Arcari, "un non senso sanitario e giuridico", insito nel conferimento ope legis della

titolarità sanitaria a realtà che equivalgono di fatto a nuovi manicomi criminali. C'è progresso per la società civile e per l'assistenza psichiatrica nell'accettare tali realtà, in modo subordinato a miopi impostazioni politiche e manipolazioni ideologiche, solo perché hanno cambiato denominazioni e luoghi? Come si incontrano cultura giuridica e psichiatrica nella stessa L. 81/2014, su cui si è basata la realizzazione di queste nuove strutture carcerarie a titolarità psichiatrica? Esaminiamone il testo. In esso si definisce l'istituzione di strutture sanitarie (REMS) per l'attuazione delle misure di sicurezza su autori di reato infermi o semi infermi di mente riconosciuti socialmente pericolosi. La loro "accoglienza" viene resa obbligatoria dal Giudice quale misura di sicurezza detentiva e residuale. Infatti dovrebbe essere disposta, ai sensi dell'art. 1 di questa legge, solo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che "ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a far fronte alla pericolosità sociale...". Conseguono inevitabili commenti, cominciando dagli aspetti terminologici. Considerato che il loro mandato è quello di curare e custodire perché non si sono chiamate case di cura e custodia? Perché non si sono utilizzate, eventualmente riadattate, quelle già esistenti con tale nome e funzione, gestite dal Ministero della Giustizia? Occorre una diversa denominazione per giocare la titolarità scaricandola al sistema sanitario? E' evidente inoltre il paradosso che essendo la cura nelle REMS volontaria può essere rifiutata dal residente, che però vi è recluso proprio per farla. A queste contraddizioni corrisponde la **sentenza n. 22 del 2022 della Corte Costituzionale** in cui si precisa: "l'assegnazione ad una REMS – così come oggi concretamente configurata nell'ordinamento – non può essere considerata come una misura di natura esclusivamente sanitaria. L'assegnazione in parola consiste, anzitutto, in una misura limitativa della libertà personale, il che è evidenziato già dalla circostanza che al soggetto interessato può essere legittimamente impedito di allontanarsi dalla REMS. Durante la sua esecuzione possono essere praticati al paziente trattamenti sanitari coattivi, ossia attuabili nonostante l'eventuale volontà contraria del paziente. Essa si distingue peraltro dal trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale disciplinato dagli articoli da 33 a 35 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), esso pure di carattere coattivo, giacché presuppone non solo a) una situazione di malattia mentale (un "vizio di mente", secondo la terminologia del codice penale), ma anche b) la previa commissione di un fatto costitutivo di reato da parte del soggetto che vi deve essere sottoposto (art. 202 cod. pen.), nonché c) una valutazione di pericolosità sociale di quest'ultimo (ancora, art. 202 cod. pen.), intesa quale probabilità di commissione di nuovi

fatti preveduti dalla legge come reati (art. 203 cod. pen.); è applicata non già dall'autorità amministrativa con successiva convalida giurisdizionale, come nell'ipotesi disciplinata dall'art. 35 della legge n. 833 del 1978, bensì dal giudice penale, con la sentenza che accerta il fatto (art. 222 cod. pen.) ovvero in via provvisoria (art. 206 cod. pen.); sulla sua concreta esecuzione sovrintende il magistrato di sorveglianza". Tale sentenza sta suscitando tuttora molte discussioni e contrarietà nell'ambito sanitario. Però è evidente che l'attuazione delle cure rappresenti formalmente la motivazione prioritaria del legislatore, il quale nella legge n. 81 raccomanda che le cure siano "adeguate a far fronte alla pericolosità sociale" durante il periodo di detenzione nelle REMS. Al contempo stabilisce tale misura quando le cure "idonee" non possono essere assicurate da misure diverse. Quali? Quelle di un territorio che può presentare gravi carenze assistenziali, che aumentano l'incidenza di quei reati, pochi in realtà, commessi dai veri infermi di mente? Curioso anche il concetto di "idoneità" delle cure con cui il legislatore sembra entrare genericamente nel merito dell'appropriatezza di prassi mediche atte a superare la pericolosità tramite la cura, che lascia aperta la vexata quaestio della posizione di garanzia. Ancora più criptico ed ambiguo il testo legislativo quando recita: "Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici idonei". A cosa serve tale ambigua precisazione? Ad evitare di mettere in discussione le criticità di un contesto assistenziale carente nella stessa elaborazione di programmi terapeutici idonei? Permane però la "posizione di garanzia" del sanitario, che può incorrere in responsabilità penale (ai sensi dell'art. 40 c.p.) se non adempie ad obblighi di cura, controllo e sorveglianza per neutralizzare situazioni di pericolo anche per altri. In base a tale disposto sono stati già condannati psichiatri per omicidi commessi da loro pazienti.

In merito poi alla **pericolosità sociale** dobbiamo precisare che trattasi di concetto ambiguo, quasi esclusivo del nostro paese, che si presta a bizantinismi e sbilanciamenti tra elementi valutativi soggettivi ed oggettivi, come dimostrano diverse leggi e sentenze. Infatti nei reati minori, anche a fronte di evidente probabilità di reiterazione di illeciti penali per condizione di infermità psichica (elemento soggettivo di competenza psichiatrica della pericolosità sociale), i giudici tendono a non riconoscerla, svalutando di fatto il giudizio peritale. Invece per i reati maggiori prevale la commisurazione, da parte del giudice, non solo della pena ma anche delle misure di sicurezza (nella tipologia e durata delle stesse) all'elemento oggettivo di gravità del crimine commesso. Ne deriva che questa categoria giuridica della pericolosità sociale, a cui consegue l'applicazione delle misure di sicurezza, è soggetta nella realtà processuale ad un "ondivago" riconoscimento ed alle misure più diverse, a seconda della gravità del reato e della conseguente valorizzazione delle componenti soggettive o di quelle oggettive del crimine.

Significativa a riguardo la sentenza che definisce la superiorità decisionale del magistrato rispetto al responso del perito: "la nozione di pericolosità sociale come individuata ai

sensi dell'art. 203 c.p. non può essere confusa con la pericolosità valutata esclusivamente sul piano psichiatrico in riferimento alla natura e alla evoluzione dello stato patologico del soggetto, sicché la valutazione indicata dall'art. 203 c.p. costituisce compito esclusivo del giudice, il quale non può abdicarvi in favore di altri soggetti né rinunciarvi, pur dovendo tenere conto dei dati relativi alle condizioni mentali dell'imputato ed alle implicazioni comportamentali eventualmente indicate dal perito".

Altra sentenza specifica che: "Il giudice dovrà pertanto tenere conto dei rilievi peritali sulla personalità, sugli effettivi problemi psichiatrici, sulla loro evoluzione, ma anche di ogni altro elemento desumibile dall'art. 133 c.p. fra cui la gravità dei reati commessi, le condizioni di vita dell'infermo, il suo ambiente familiare e sociale, i supporti su cui può contare all'esterno, così da approdare ad un giudizio di pericolosità che deve essere quanto più possibile esaustivo e completo" (Cass. 4094/2010, Lovely).

Uscendo dalla nebulosa delle leggi e sentenze, è indubbio che, a fronte della disponibilità delle REMS e della diversa titolarità (sanitaria) sia più facile e frequente l'adozione di misure di sicurezza in tali strutture. Ciò ne ha comportato l'uso inflazionato anche per autori di reato con disturbi di personalità o tossicodipendenze, riconosciuti infermi o seminfermi di mente. Ma in queste costose strutture di detenzione di cui gli psichiatri sono responsabili, quali reali possibilità di cura ed effettivi risultati terapeutici? Esse rappresentano una infelice formula di compromesso tra obiettivi politici (chiusura degli OPG) e obiettivi giudiziari (assicurare contenitori istituzionali alternativi a carceri affollate). Si ripropone così una cultura tipicamente manicomiale di luoghi dove contenere insieme "follie" indistinte di violenza e criminalità. Peraltro, anche per l'opinione pubblica, è facilmente accettabile e rassicurante psichiatrizzare e confinare soggetti con comportamenti incomprensibili nella loro efferatezza. In queste criticità culturali e organizzative l'area socio-sanitaria della salute mentale risulta inadeguata ad accogliere ed incapace di respingere deleghe improprie. Essa manifesta una intrinseca debolezza, non solo nella sua rete assistenziale estremamente difforme e spesso carente, ma anche nella sua stessa oggettiva capacità di difendersi da poteri più forti come quelli giudiziari e politici, che possono "rifilare" deleghe improprie, come accaduto con le REMS. Talora i servizi socio-sanitari cercano riconoscimenti di autorevolezza in una difficile interlocuzione con il mondo politico. Possono trovarla in patti sociali con le realtà locali, ma più difficilmente nel Palazzo, con poche eccezioni per rapporti subordinati e strumentali. Le vere istanze di cura e l'appropriatezza delle risposte terapeutico-riabilitative rappresentano invece il **mondo reale della psichiatria**, per la quale non si possono modificare ruoli e sottrarre risorse. Per questo riteniamo che sia da abrogare la L. 81/2014 e restituire le REMS alle loro effettive competenze e titolarità: quelle del sistema giudiziario penale.

Per quanto riguarda l'area della salute mentale, essa dovrebbe meglio vigilare sui suoi incerti confini, pur mantenendoli aperti a tutte le collaborazioni interistituzionali e alle più ampie contaminazioni culturali. I suoi progetti non de-

vono essere onnipotenti, ma possono essere utopici, credendo nel **valore dell'utopia** che indica comunque la direzione ideale a prescindere dalla raggiungibilità della meta. La rete dei suoi servizi ha bisogno però di concretezza ed efficienza. Non può permettersi sprechi di risorse, né livelli difformi e carenti di assistenza territoriale. Nell'area della salute mentale si devono confrontare varie formazioni e culture, nel rispetto delle diverse competenze e senza prevaricazione di ruoli. In essa abita la psichiatria con i problemi reali dei suoi pazienti, che non sono più riducibili solo a quelli degli psicotici e tantomeno delle loro cronicità e difettualità. Queste possono sconfinare nella disabilità psicosociale, per la quale sono attivabili anche competenze altre. Le più frequenti istanze di cura rivolte agli psichiatri dall'inquieta società contemporanea sono specialmente nell'ambito dei disturbi dell'umore nelle loro molteplici espressioni, nell'ambito delle dipendenze, le più diverse e distruttive specialmente nel mondo giovanile, nell'ambito dei disturbi alimentari devastanti tra gli adolescenti. Sono in progressivo aumento anche altri disturbi in cui si ha difficoltà a gestire emozioni e controllare impulsi aggressivi, in particolare quelli di personalità narcisistiche e antisociali. E' indispensabile una formazione adeguata per saper valutare e curare. A tal fine è più importante conoscere la psicopatologia generale che non la nomenclatura diagnostica categoriale, che imperversa spesso nelle aule di giustizia a facile uso e consumo di psicologi, avvocati e giudici. Non bastano corsi privati di "psicologia giuridica" ma solide basi di formazione psicopatologica e psichiatrico forense con adeguate conoscenze di concetti giuridici ed onestà intellettuale per espletare attività peritale.

E' necessario inoltre capire il limite dei nostri interventi terapeutici e delle nostre competenze effettive. Non possiamo curare forme di dissocialità che rappresentano scelte consapevoli di un mondo criminale, ma dobbiamo studiarne la responsabilità, le espressioni e i loro confini, senza confonderli con l'infermità di mente. Possiamo essere disponibili ad un dialogo con il mondo giuridico e politico, utile a far comprendere la cultura psichiatrica e le reali dimensioni e bisogni della vera patologia psichica al fine di orientare scelte importanti per la società civile. Però la nostra disponibilità non deve essere mai equivocata in rapporti di subordinazione od acquiescenza, con soluzioni normopatiche.

Ricordiamo che la storia della psichiatria è stata caratterizzata da tante ideologie e violenze, agite e subite, ma i primi psichiatri sono stati quelli che hanno liberato i malati dalle catene, con Pinel alla Salpêtrière (1796), separandoli dai criminali comuni. Ora paradossalmente li possiamo ritrovare insieme nelle REMS.

La malattia mentale si può considerare come disturbo della libertà, intesa come capacità di pensare ed agire in piena autonomia. E' la stessa libertà e dignità che rivendichiamo per i nostri pazienti e la nostra professione. Non possiamo essere ridotti a custodi, né a carcerieri. Tradiremmo la nostra identità, la nostra storia, la nostra cultura.

Questo libro non rappresenta solo la storia dell'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia, ma anche quella della vita di **Piero Benassi**,



grande esempio di coraggio civico e di impegno scientifico. Nel lontano 1954, dopo un periodo presso l'Università di Parigi con Jean Delay (scopritore con Deniker della clorpromazina), Henry Ey ed altri grandi della psichiatria francese, rientrava all'Università di Bologna portandosi una valigia piena di Largactil per i suoi pazienti. Iniziava così in Italia l'era psicofarmacologica.

ATTIVITA' S.I.F.I.P. GIOVANI



Dopo la costituzione della sezione speciale della S.I.F.I.P., denominata "S.I.F.I.P. giovani", su impulso dei colleghi Donatella Marazziti e Franco Garonna, si è realizzato a Preganziol il 24 novembre 2023, presso la casa di cura Park Villa Napoleon, il suo primo convegno con il titolo "**Nuove frontiere in psichiatria**", organizzato dal Dr. Alessandro Sarzetto e dal Dr. Federico Mucci.

Fondamentale è stato il supporto della struttura ospitante, di cui si ringraziano il Presidente Dr. Bellussi e tutti gli operatori. Il successo dell'iniziativa incoraggia a proseguire su questi percorsi formativi aperti non soltanto ai giovani professionisti della salute mentale ma specialmente a quel pensiero giovane che serve per tante sfide della contemporaneità e nuove frontiere della psichiatria.



XXIV ANNUAL MEETING S.I.F.I.P. DI CULTURA PSICHIATRICA

Società Italiana per la Formazione in Psichiatria

in collaborazione con

A.R.F.N. onlus (Ass. Ricerca e Formazione in Neuroscienze)

SIDEP (Soc. Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria)

Libertà, violenza e psichiatria

Evento RES - 23 crediti ECM

Castel di Sangro (AQ) 8-10 aprile 2024

Sport Village Hotel

Segreteria scientifica: S.I.F.I.P. – Via dell'Umiltà, 49 - Roma

Segreteria organizzativa: A.R.F.N. onlus - Cell. 3334524981



Scultura "Wer sind das Volk" di Rolf Biebl

Presentazione

La tematica proposta per questo annuale incontro di Castel di Sangro è inerente agli aspetti più complessi ed inquietanti della libertà e della violenza nel mondo contemporaneo. Nonostante gravi lacerazioni della convivenza civile e sanguinosi conflitti in varie parti del mondo, le istanze di libertà e l'orrore della violenza restano caratteristiche identitarie e valori irrinunciabili della cultura psichiatrica.

La storia della psichiatria è stata caratterizzata da tante ideologie e violenze, agite e subite, ma i primi psichiatri sono stati quelli che hanno liberato i malati dalle catene e li hanno separati dai criminali comuni. Poi è venuto il tempo del prendersi cura di loro, che non significa limitarsi a favorirne libertà esteriori, cambiando luoghi e modelli organizzativo - assistenziali, bensì aiutarli a recuperare, superando i disturbi che limitano l'autonomia, quella dimensione interiore di libertà che rende realmente possibili opzioni esistenziali dignitose e autentiche. Per questo la stessa malattia mentale si può considerare come disturbo della libertà e tutto il campo della psichiatria è pervaso da istanze di cura. Consapevoli della nostra storia e della nostra formazione affrontiamo in questo meeting varie e complesse emergenze cliniche, organizzative e sociali, ambiguità del presente e pericoli del futuro.

PROGRAMMA

8 APRILE 2024

h. 14.30 - Presentazione e introduzione ai lavori – *S. Merra, S. Tartaglione, F. Valeriani*

h. 15.00 – 20.00 - **Libertà e violenza nell'età dello smarrimento**

Sessione dedicata alla memoria di Gennaro Barone

- Quale psichiatria per la libertà e contro ogni violenza nell'utopia della salute mentale? – *F. Valeriani*
- Lo smarrimento della civiltà occidentale. Tra guerra e pace. – *S. Merra*
- Psichiatria e potere nella storia e nell'attualità – *N. Castaldo*
- Ambiente violento e violato – *S. Tartaglione, G. Barone*
- Psicodinamica del corpo-memoria: tatuaggi, selfie e dintorni – *M. Alesandrini*
- Le nuove dipendenze comportamentali – *M. De Vanna*
- Libertà dal dolore e dalla sofferenza in una società orientata verso il male di vivere – *M. Castaldo*

9 APRILE 2024

h. 08.30 – 11.30 – **Disturbi psichiatrici e problematiche psicosociali**

- Depressa da morire: l'eutanasia nei disturbi mentali? – *M. De Vanna*
- Casi "rari" in psichiatria – *F. Garonna*
- La psichiatizzazione abusiva del disagio psicosociale – *A. Scala*
- Esperienze di discriminazione su base razziale in psicopatologia: rivisitazione della letteratura scientifica – *G. Valeriani*
- Disturbi psichiatrici maggiori, disoccupazione ed invalidità – *A. Bellomo*
- I complotti della mente - libro di Antonello Bellomo: presentazione dell'Autore

h. 11.30 – 13.30 – **Intelligenza artificiale: pericolo o risorsa?**

- La paura dell'intelligenza artificiale – *M. De Vanna*
- Prospettive dell'intelligenza artificiale nei disturbi dell'umore – *A. Tundo*

h. 15.00 – 20.00 – **I volti della violenza. Il limite della psicopatologia e delle norme giuridiche**

- Dallo stalking al femminicidio: i diversi volti della violenza di genere – *G. Marzi, A. Zeppieri*
- Aggressività e violenza nei pazienti con disturbi mentali: dalle basi neurobiologiche alle opportunità di trattamento psicofarmacologico – *S. La Pia*
- La mente del terrorista – *D. Marazziti*
- Infanticidio e psichiatria, aspetti clinici e giuridici – *M. Mauri*
- Depressione perinatale – *A. Bellomo*
- La paura dell'Altro oltre i confini del Se' – *M. Conte*
- Questioni psicopatologiche e giuridiche su imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza – *F. Valeriani*

10 APRILE 2024

h. 08.30 – 11.00 – **Neuroscienze e psicopatologia. Prospettive della ricerca e della clinica.**

Chairman: *R. De Simone*

- L'approccio neuroscientifico negli agiti – *R. Businaro*
- Clinica degli agiti e strategie di intervento. – *P. Tripepi*
- Nuove strategie farmacologiche nella cura del sonno – *F. Garonna*
- Genetica di laboratorio nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi mentali – *A. Sarzetto*

h. 11.00 – 13.30 – **Simposio S.I.F.I.P. Giovani**

h. 15.00 – 17.00 – **Simposio S.I.D.E.P. – Consorzio Con-vivere**

Violenza e stigma contro di noi

Moderatrice: *S. Fascia*

Interventi di: pazienti ed operatori residenze psichiatriche della provincia di Isernia

h. 17.00 – 18.00 – **Conclusioni e somministrazione del questionario Ecm**



FORUM

"Benessere e Medicina dell'Anima"

PRESENTAZIONE DI NELLO CASTALDO

“E’ importante il Benessere del singolo,
ma più ancora la Dignità dell’Uomo”

Papa Francesco, dalla preghiera di Domenica 24/9/2023

Il Forum che apriamo su Benessere e Medicina dell’Anima vuole coinvolgere le Coscienze per un dibattito che integri varie Medicine su un problema, quello dell’Anima, nelle sue articolazioni con le Filosofie e i Credi religiosi. Si parla dell’Anima *come se* la conoscessimo, al di là del fatto specifico che un Corpo de animato è un Corpo morto. Ma l’Anima, il Soffio vitale, lascia il corpo solo attraverso le conoscenze, che ci derivano dalla Rianimazione clinica (la Coscienza) oppure ci sono modalità più raffinate, più *ritualizzate*, che al momento del trapasso intervengono all’accompagnamento dell’Anima nell’Al-dilà?

Stessa sorte tocca al Benessere, che in questo momento storico, abbiamo idolatrato come unico fine spendibile dell’Uomo in vita.

D’altro canto il concetto di Benessere è vago, pieno di luoghi comuni, che seppure sono esatti, diventano stucchevoli e ripetitivi: Benessere quale assenza di Malattia, buona cenestesi del Corpo, Dieta mediterranea, un’ora di camminata al giorno, circa e via scorrendo. Ma il Benessere è anche avere una casa, un lavoro e buone amicizie, diciamo questo soprattutto perché spesso i nostri pazienti necessitano proprio di questi beni primari.

L’Anima, il suo significato, la sua rappresentazione che ne riceviamo è quella catechistica cristiana, un soffio (divino); allora attrezziamoci per capire qualcosa di più delle cose che vorremmo trattare. L’Anima ha quindi più aspetti e significati: per esempio, nella “Mentalità Primitiva” (1).

Secondo il sociologo-antropologo, Levy-Brühl, le rappresentazioni collettive dei riti, degli Aborigeni del Cen-

tro Africa, riportati dall’Autore con studi sul campo negli anni ’20, hanno il potere, tramite la Magia, di rievocare lo Spirito degli Antenati. L’Anima si incorpora anche nelle pietre e nelle piante della foresta, questo al di là di una riflessione razionale. Anche la Malattia e la Morte sono considerate come eventi del tutto anormali, soprannaturali spesso dovute agli stregoni ed ai loro malefici, dice: “la distinzione fra il Mondo Naturale e il soprannaturale non esiste. Essi hanno l’idea di una fine completa nell’Azione di forze visibili e generalmente inaccessibili ai sensi. L’insieme degli esseri invisibili è inseparabile da quello degli esseri visibili”. Il concetto di rappresentazione collettiva chiama in causa la Comunità; d’altro canto l’Inconscio collettivo di Jung si compone di Anima ed Animus, che agiscono di concerto nella stessa persona; non sempre sono visibili: non sempre si tratta di visibilità quanto di “non riconoscibilità”.

Un altro esempio più vicino alla Mentalità occidentale è tratto dal libro di Ernesto De Martino (2), in cui viene descritto un rituale legato al morso della tarantola, nel Salento Pugliese, ripreso dallo stesso antropologo negli anni ‘50, rituale che appunto presuppone alcuni “spettatori”, che assistono alla catarsi finale del soggetto morso, in un’atmosfera atterrita, in cui l’elemento musicale e l’elemento coreutico hanno un ruolo essenziale, di reminiscenza greca arcaica (bacchica).

Il significato di queste crisi, che in senso psicopatologico posso essere lette come forme estreme di isteria e fasi epilettiche, nel significato simbolico-storico che ne dà l’Autore, ha un valore di riscatto sociale proiettato nel futuro per una palingenesi che rimodelli l’Apocalisse culturale di fine del Mondo, lo spaesamento radicale dell’Uomo occidentale.

L’Anima non è solo un argumentum cristiano (Tertuliano), ma anche induista (Upanishad, testi sacri vedici dell’8° secolo a.c.), buddista (Doghen); quindi faremo un cenno ai Filosofi Presocratici, ai Misteri Eleusini, Orfici, che fanno parte di una stessa narrazione sul concetto di Trascendenza, di Oltre la Morte, di Reincarnazioni. Chi

vuole può integrare con la sua conoscenza della Religione Islamica di cui io sono sprovvisto. Abbiamo ospitato, tra gli Articoli della Rivista, quello del Maestro Fausto Taiten Guareschi abate del Monastero Zen Soto di Fudenji presso Bargone-Salsomaggiore (Parma), già noto ai lettori per un suo contributo sul Cinema della Guerra; qui, più oltre, nell'”Anima chiama a raccolta” (Guareschi), si potranno leggere ed imparare, ma il nostro Corpo già lo sa, elementari norme dello Star bene in un contesto di Comunità. Perché l'Anima agisce in concerto con altre Anime, anche con quelle anima-li come vuole la parola stessa e con il Cosmo o Creato.

Perché è proprio qui, nell'”essere insieme, nel Bene-nella Virtù” che si “forma” la Dignità e il Benessere dell'Uomo.

L'Uomo senza Testa

E', se non altro singolare che su una Rivista di Psichiatria si descriva l'Uomo senza Testa, Mente o Cervello che sia, ma così ci facilitiamo il compito di definire cos'è l'Uomo, ma solo in apparenza probabilmente, perché altri organi “nobili” quali il Cuore e l'Addome, devono essere tenuti in Salute se vogliamo parlare di Benessere e Medicina dell'Anima; l'Anima o chi per essa (Spirito?), si nasconde e/o gioca con l'Io nelle pieghe del Corpo animale, creando una Coscienza corporea del Vivente. “Guarda in basso se vuoi trovare l'Anima” dice il distico di Parmenide (DK 25)? Gli Orfici greci erano Sapiienti che attingevano alle Filosofie orientali dell'Uno che è il Tutto, una Gnosi del Mondo che assimilava l'Uomo, la Terra e il Creato in un impasto-crogiolo senza limiti e confini l'uno dall'altro. Guarda in basso e trovi il Torace, il Cuore, la Forza e il Coraggio ed i Poemi Omerici questo stanno ad insegnarci; guarda ancora più in basso e siamo come seduti sul nostro Addome, la Pancia, l'Hara Buddista e qui contempliamo ... dove in precedenza abbiamo utilizzato il Corpo per azioni cruente e muscolari. Ancora più in basso i Genitali, la Sessualità che si impatta con le pulsioni freudiane che ritornano nel Cuore che pulsa e che si acquietano nell'Addome dopo un lavoro continuo di ammaestramenti (o di sedute psico). L'Anima occidentale è il Cuore di Maria, il Cuore di Gesù, l'Anima orientale buddista è la pancia del Buddha che ospita anche la Compassione del Cuore, e se per Tertulliano l'Anima è naturaliter cristiana, per il Bodhisatwa è il Respiro, il viatico dell'accesso al Corpo Anima, il mantice diaframmatico che regola e regala i battiti cardiaci più calmi e meditativi. Ma le due visioni sono sempre integrate, L'Anima come Respiro dell'Uomo e del Cosmo. Quando lavorano in sinergia Cuore ed Intestino, si può apprezzare la Salute dell'Essere e della Terra. Come vediamo, i nostri Bioritmi, sono in sintonia con quelli della Terra e viceversa. Ma prima torniamo alla Testa fino ad ora quasi innominata e vediamo come Jung la tratta nel suo libro “Realtà dell'Anima” (3), in riferimento soprattutto al primo capitolo dal titolo: Il problema

fondamentale della psicologia contemporanea del 1931. Sono 13 pagine dell'edizione Boringhieri del '63 che io consiglio di leggere ben articolate nella disamina dell'Anima così come concepita dalle Scienze psicologiche, e dai Concetti occidentali ed orientali di stampo filosofico-religioso (ricorre spesso la parola Spirito) e che si chiudono con queste righe finali: “L'indagine psicologica non ha saputo togliere i molteplici veli che ricoprono il volto dell'anima: giacché esso è inaccessibile e oscuro come tutti i profondi segreti della vita. Alla fine noi non possiamo fare molto più che parlare di ciò che abbiamo già cercato e di ciò che vorremmo fare in avvenire per avvicinarci alla soluzione del grande mistero”.

Qui sembra, dalle parole di Jung, che possiamo fare quasi a meno della Testa, come sede del Pensiero e dell'Intelligenza speculativa e rivolgerci alla Pancia e al Cuore, che condividono i sentimenti, le sensazioni, le emozioni della Paura dell'Attacco e fuga e dell'Affettività. E come i battiti del Cuore e i movimenti del Respiro sono in parte guidati dal nostro Io, così lo è anche per i Circuiti Neuronalì del Sistema Nervoso Autonomo, Simpatico e Parasimpatico, secondo un gioco di attivazione e di inibizioni reciproche.

Sistemi che devono restare in equilibrio. Conosciamo, per esempio, le innervazioni estese del nervo Vago, che è la nota teoria poligavale-evolutiva di Porges.

La Medicina ufficiale e quella meno ortodossa alternativa tengono presente, non da ora, sia le Tecniche dello yoga (Eliade) sia le posizioni Za-Zen sia le matrici medio-orientali della Preghiera cristiana, in una dimensione olistica della Mente/Corpo dell'Uomo.

L'Incontro con l'Altro nella dimensione religiosa dell'Anima genera Benessere?

Chi sono io, chi sei tu, Borgna (4): “Nella ovvietà e nella improblematicità della nostra esistenza quotidiana noi siamo consapevoli di esistere, di essere *nel* mondo della nostra unicità e nella nostra unitarietà, di essere *separati* gli uni dagli altri, di essere gli *stessi* nel corso del tempo e di essere *autonomi* nella realizzazione degli atti psichici. Queste diverse esperienze, queste diverse modalità di rivivere le relazioni che noi abbiamo con noi stessi e con gli altri, fanno parte di quella fondamentale funzione della vita psichica che è stata definita da Karl Jaspers – sulla base della conoscenza che egli, nella Clinica psichiatrica dell'Università di Heidelberg e nei primi anni del secolo scorso, ha potuto avere dei mondi psicotici – *coscienza dell'io, io-coscienza*, dalle sconfinare risonanze non solo in psichiatria ma anche in filosofia e in letteratura”. Le parole di Borgna ci invitano ad avere buone relazioni ed efficaci pratiche terapeutiche, che generano Benessere, grazie all'Empatia, all'Intuizione, alla Reciprocità, Sentimenti che ci aiutano a superare le ostilità che pur fanno parte della vita sociale e biologica dell'Uomo e creano scompensi psichici.

Ma la posta in gioco è più alta, perché coinvolge la Relazione dell'Uomo con l'Assoluto, si declina nelle forme diverse del Divino, come se l'Io nelle sue mutazioni antropo-psicologiche, l'Io molteplice, metamorfico proprietà di ciascuno che si costruisce giorno per giorno nelle sue variazioni ultradiane (il Corpo-Mente nelle normali attività-funzioni dell'Organismo) e nelle relazioni sociali e con l'Ambiente, volesse assecondare la Necessità di un incontro con l'Altro carico di indefinibili contorni (l'Inconscio freudiano, l'Archetipo di Jung, il Mistero trinitario, la Trasmutazione alchemica etc, i Beati cristiani etc.) ma quasi sempre nella prospettiva di una Salvezza, di un Nirvana, di un Paradiso islamico che stanno al di là della Terrestrità del Vivente.

Solo i Morti hanno la competenza giusta dell'Anima

Jung quando parla della Religione come una "relazione viva con i processi psichici che non dipendono dalla coscienza, ma che si svolgono al di là di essa, nell'oscurità del profondo psichico", accenna, a nostro parere, all'Ombra che fa parte della nostra natura oscura; a proposito invece di Dio, in "Tipi psicologici", fa riferimento a Dio come una funzione essenziale dell'Inconscio.

Il tema dell'Io-Tu, quindi del Noi, è una faccenda molto delicata, perché coinvolge sia le Scienze dello Spirito che quelle della Natura, per coltivare una comprensione della Realtà che in Medicina e Psichiatria pur non eliminando l'esercizio del dubbio e l'approccio problematico, ci servono per "impostare" un concetto di *guarigione* e di *cura* che dovrebbero generare Benessere in chi li riceve, coinvolgendo sia il Corpo-korper, sia il Corpo-lieb. Nelle pratiche terapeutiche sia occidentali (Psicoterapie e Farmacoterapie) che orientali (preghiera e meditazione) bisogna avere una *consapevolezza* di ciò che stiamo ricevendo, per avvicinarci il più possibile alla *Centralità emotiva-affettiva dell'Altro*. A volte ciò non basta, perché oltre ad affidarsi all'empirismo delle cure, bisogna fare i conti con il *Destino*. Questa è la parola che incontriamo nelle ultime righe di Eugenio Borgna: "Al di là delle loro radicali differenze, ciò che collega l'identità in senso psico(pato)logico e l'identità in senso sociologico è la domanda *comune* che è in gioco, quella che si rivolge a ciascuno di noi chiedendoci "chi sei tu" e "chi sono io" nelle diverse dimensioni fenomenologiche e antropologiche; nella consapevolezza che l'identità dell'io, quella che fa parte della nostra vita interiore, e le sue crisi *non* dipendono da noi, ma sono il nostro destino, e che invece l'identità nella sua immagine sociale, e le sue metamorfosi, dipendono almeno in parte dai contesti culturali in cui viviamo. Ci sono identità di questa natura che ci sono imposte da *altri* e che ci rimangono oscure ed enigmatiche. Il mio discorso si arena su questi scogli ermeneutici".

Come vincere la Paura

Ora ci serviremo del Mito di Perseo e della Gorgone, che

ci aiuta a comprendere come la Paura, la Malattia e la Morte devono essere fronteggiate secondo il Mito greco. Perseo, figlio di Zeus, dopo varie peripezie, raggiunse le Gorgoni e tagliò la testa di una di esse, Medusa, guardandone l'immagine riflessa nello specchio, (che è lo scudo lucido di Atena), per evitare di essere pietrificato dal suo sguardo, come era successo alle creature della foresta degli Iperborei, scambiate per statue. Come non ricordarci le creature pietrificate dei pazienti ospiti dei Manicomi, immobili nelle loro posizioni catatoniche? L'essere pietrificato riprende l'idea di Cronicità, che ci sia una grave regressione del Corpo e dell'Anima in queste isole ghiacciate e desolate, o peggio ancora che il tempo si sia fermato.

Dice Angelo Tonelli (5), grecista e Maestro di Teatro iniziatico: "che cosa simboleggia lo specchio, se non una *posizione della mente* nei confronti dell'oggetto sensoriale o mentale, che suscita la paura. Il mito invita a guardare in faccia la Gorgone ma attraverso *lo specchio della mente* e la funzione specchiante della Mente è di due tipi, *riflessiva e contemplativa*."

La riflessione è un esercizio che si ottiene tramite la Filosofia, la Psicanalisi, l'Arte, tutte attività dell'Uomo che ci invitano ad interpretare, creare per non rimanere paralizzati dal Terrore. La *contemplazione* coincide, invece, con *la meditazione di presenza (trasformazione)*, che consiste in un guardare non pensante e non interpretativo". Quindi Meditazione e Catarsi finale (*nel Teatro greco*) ci servono per gestire la nostra fragilità dovuta alla paura della Morte.

L'Anima si stacca dal Corpo ma continua a vivere sia nell'Orfismo del quinto-quarto secolo a.c. come si legge nelle Lamine d'oro orfiche sia nel Libro Tibetano dei Morti, che è il corrispettivo del libro platonico dei morti ovvero il Fedone di Platone, sia ancora nella Resurrezione cristiana.

Condivisa con l'Oriente, in Grecia la Teoria della Rincauzione compare nel Pitagorismo e nell'Orfismo. Questi principi li troviamo sia in Parmenide che nelle Upanishad. Certamente esistono delle pratiche e dei luoghi più propizi alla Rincauzione, per esempio spazi sacri, quali boschi, giardini, che ci fanno incamminare verso la tranquillità d'animo e il silenzio. Un'Ecologia dell'Anima-Corpo che tenga lontano i guasti dell'Uomo antropocene, genera Benessere per se stessi e per gli altri.

Nelle Terapie di stampo occidentale, le Psicoterapie e la Cura in senso generale vogliono alla fine ottenere l'attenuazione della Paura e della Malattia psichica e fisica; la Sofferenza e la Paura fanno parte del nostro essere al mondo, un corredo necessario alla *comprensione* degli altri; l'onnipotenza pervasiva e perversa, il narcisismo e la non integrazione benevola "sostenibile" con l'Ambiente che ci ospita, ci fanno ammalare. Per le Scuole Buddiste, la pratica delle 4 nobili Verità, quali la Sofferenza, l'Attaccamento alle cose e al proprio Io e il Superamento di

esse ci mettono in condizione di arrivare al distacco e all'Illuminazione; questo trova un corrispettivo nell'Ascesi cristiana e nell'abbandono dei beni materiali come San Francesco d'Assisi ci insegna.

Alla fine la figura dello Psicoterapeuta è lo specchio che ci rinvia, attraverso la trasformazione della parola, ai nostri stati di coscienza, dopo che sono stati affinati con l'interpretazione e la consapevolezza della nostra finitudine (delle nostre soglie). Nella seduta classica freudiana, il Terapeuta si siede dietro al paziente affinché gli sguardi non si incontrino nell'angoscia delle due presenze. Ciò che prevale è l'ascolto incondizionato. Forse Freud aveva letto il Mito di Perseo oltre quello di Edipo, quale studioso dei miti; ora gran parte delle Psicoterapie brevi avvengono vis à vis, perché avviene questo?

Perché forse abbiamo fretta di superare le nostre paure e di non tollerare la sofferenza: il Focus è sul sintomo, che una volta decifrato, appare però poi, sotto altre sembianze. Il Corpo-Anima dell'Uomo è un Tutto che è più della somma delle sue parti; anche i significati possono cambiare, perché "l'Uomo non si bagna mai nella stessa acqua due volte, in quanto sia l'Uomo che le Acque del fiume non sono sempre le stesse" (Eraclito).

Ma anche senza volare così in alto, Borgna (6) ci insegna

nel paragrafo "Agonia dell'Anima", che invece delle contenzioni fisiche, psicologiche e farmacologiche, dovrebbe prevalere, per salvare la Dignità di chi è curato e di chi cura, oltre che l'*ascolto* individuale, il silenzio degli sguardi, che è il Principio e la Fine dell'Incontro con l'Altro.

Parma, 09.10.2023

Dott. Aniello Castaldo

Già Dirigente Dipartimento di Salute Mentale – AUSL - Parma

Bibliografia:

- (1) Levy-Brühl, L., *La Mentalità Primitiva*, Torino, Boringhieri, 1963.
- (2) De Martino, E., *La fine del Mondo*, Torino, Einaudi, 2019.
- (3) Jung, G., *Realtà dell'Anima*, Torino, Boringhieri, 1963.
- (4) Borgna, E., *La crisi dell'Io, oggi*, Centro Studi Chiavari, Recco, Edizioni, 2000.
- (5) Tonelli, A., *I Greci in noi*, Milano, Meltemi, 2023.
- (6) Borgna, E. *L'agonia della Psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 2022.

L'anima chiama a raccolta

Fausto Taiten Guareschi *

Corps at âme sont solidaires, è un'evidenza.

Senza anima il corpo non è animato;

senza corpo l'anima non è incarnata.

François Cheng

«Verso sera, finita la meditazione, il Ven. Mālunkyāputto si recò là dove si trovava il Sublime. Salutò con rispetto, si sedette accanto e, dopo avergli riferito ciò che gli era venuto in mente durante la meditazione, aggiunse: "Se il Sublime sa se il mondo è eterno o non lo è; se il mondo è finito o infinito; se vita e corpo sono la stessa cosa o se bisogna distinguere uno dall'altra; se il Compiuto, dopo la morte, esiste o non esiste, o esiste e non esiste, o ancora non esiste né non esiste, che il Sublime mi renda partecipe di ciò; ma se non lo sa, è bene che riconosca che chi non sa, chi non vede, conviene che lo dica lealmente: non so, non vedo".

"Ma, Mālunkyāputto, ti ho forse detto: 'Vieni a seguire presso di me la vita religiosa: io ti farò partecipe di tutti quei problemi che hai detto?'"

"Questo no, Signore!"

"O forse sei stato tu a chiedermi che ti partecipassi tutti quei problemi che hai detto?"

"Questo no, Signore!"

"Così confessi che né io ho detto ciò a te, né tu hai detto

ciò a me. Se è così, stolto, chi critichi?»¹

L'âme est d'une nature qui n'a aucun rapport à l'étendue ni aux dimension ou autres propriétés dont le corps est composé.

R. Descartes, *Les passions de l'âme*.

Allora, i seguaci del Buddha-Dharma credono in un'anima? E ne conoscono la medicina e il benessere? «È come se un uomo fosse colpito da una freccia con la punta spalmata di veleno» figura ricorrente nel Canone Pali dove l'ignoranza (avidya) è paragonata al veleno e il Dharma al corretto medicamento.

"L'approccio buddhista è sorprendente - scrive Aldo Natale Terrin ne *Il respiro religioso dell'Oriente* -. Esso afferma che la vera coscienza dell'assoluto è non averne alcuna". E prosegue: "Il Buddha, infatti, a livello dell'esperienza della trascendenza appare più problematico e nello stesso tempo più profondo di ogni altra religione poiché si muove tra due estremi eretici: l'inutilità della posizione della trascendenza o la sua esaltazione iperbolica che sconfinava con l'inafferrabilità totale, dietro cui si nasconde solamente il vuoto".

Su un versante leggermente diverso Raimundo Panikkar dipingeva così il Risvegliato: per così dire perennemente insoddisfatto.

"Aveva in mano la possibilità di utilizzare tutti i mezzi che permette di possedere un regno. Poteva cambiare il

mondo se così avesse voluto, cambiare le cose se lo riteneva giusto. Ma sembrava che disprezzasse tutte le agevolazioni del potere come un mezzo per fare il bene. E come più tardi egli stesso darà ad intendere, rinuncia ad utilizzare il potere; e come più tardi anche un altro giovane, più o meno della sua stessa età, dirà “lascia che le pietre siano pietre e non volerle cambiare in pane”: rispetta le cose e non utilizzare il tuo potere, nemmeno per fare il bene. Voler salvare il mondo è la grande tentazione, voler salvare se stessi era il grande pericolo. Non fare niente era impossibile, fare piccole cose non lo convinceva. Fare tutto era quello a cui aspirava”.

Ed ecco diventarci un poco più familiari gli insegnamenti dei vari Buddha (*zeshō bukkō*): “Tutto il male non fare, fare ogni bene. E naturalmente la vostra mente verrà purificata automaticamente”. Di conseguenza qualcuno potrebbe obiettare: “Se è così anche un bimbo di tre anni può capire”. “E no! - replica il Maestro - tu non stai capendo la verità dell’animo del Buddha. Così conosci o no i passi di un bimbo di tre anni? Come potrebbe darsi che qualcuno che non conosce i Buddha dei tre tempi conosca un bimbo di tre anni?”

Spesso il Canone antico assimila metaforicamente l’ignoranza (*avidya, mumyo*) a una freccia avvelenata e il Giusto Dharma a una medicina giusta o appropriata.

Imprescindibile: “Da quel concentrar-si che cela il proprio corpo nel palmo della mano. Quel corpo che designiamo come i 4 elementi e i 5 aggregati”.

(4 elementi: aria acqua terra fuoco 5 aggregati: forma sensazione percezione volontà coscienza).ū

“Anche il tramandamento successivo – continua ancora il fascicolo *Udonge* dello Shōbōgenzō – enfatizzato dal grande Patriarca Bodhidharma che, venendo dall’Ovest, l’India, trasmette il verbo all’Est, la Cina, altro non è che quel gioco dell’anima (*seikon*), di quel demone fiore-evento comunicato-comunicante che vuole dire *semplicemente-assisi*, spogliati del corpo e del cuore”.

*C’est moi, c’est a dire l’âme
par la quelle je suis ce que je suis,
est entierment distincte du corps.*

Discours de la methode, R. Descartes

Interessante notare quanto numerosi siano i caratteri cinesi che alludono all’anima: *tama, rei, ryō* □, *kon, tamashii* □, *haku, taku, tamashii* □.

«*Tama, rei* (cin. *ling*), □ è l’efficienza spirituale, il potere creatore, la virtù di cui il cielo ci ha dotati, in particolare nel corso dei nove mesi di gravidanza, in risposta alla nostra richiesta, il nostro *creusement d’etre* (scavando per essere) che rappresenta *shin, kami* (cin. *shen*), lo spirito individuale, la relazione, un po’ prima, al momento e dopo la concezione. Questa pioggia benevola, discendente a seguito delle preghiere e i canti salmodiati e i maghi (sciamani) che hanno effettuato le danze consacrate secondo l’asse verticale cielo e terra, ci ricorda [la pioggia]

che il potere vitale, i gioielli, i simboli e i diagrammi magici che costituiscono la base indispensabile della vita non ci sono donati che in risposta al desiderio e all’intenzione armoniosa, intellegibile d’essere.

E’ giustamente la presenza o l’assenza del desiderio che caratterizzano il dialogo fra cielo posteriore (luogo della manifestazione del soggetto e degli oggetti nell’universo) e il cielo anteriore (tela di fondo tutto appagante, essere indifferenziato, sostanza ultima). Con *tama, rei* si tratta quindi di un’irruzione del senza forma verso la forma, al contempo diritto di passaggio e viatico che fa la potenza, l’equilibrio e la radiazione dello spirito individuale, *shin, kami*. “Fin dal primo momento della tua nascita hai già parte nel ruggito del leone”. [Il che vuol dire] designa la virtù acquisita del così venuto [del ben arrivato] che mette in moto la Ruota del Dharma, nient’altro che la rotazione della Ruota del Dharma».

*Le corps humain pourrait bien n’être qu’une apparence.
Il cache notre réalité. La réalité c’est l’âme.*

Le travailleurs de la mer, Victor Hugo

D’altra parte l’anima può forse essere ridotta alla nozione di mente, come se fosse una semplice “proprietà” di un organismo del tutto limitato? Certo, tutto ciò che attiene all’anima oggi è ritenuto secondario se non obsoleto. A questo proposito ci vengono in aiuto le brillanti riflessioni di François Cheng col suo “*De l’âme. Sette lettere a un’amica*” dove parla della triade “corpo-anima-mente”. Per Cheng parlare di corpo-mente trascurando la triade corpo-anima-mente - che abbraccia e oltrepassa le due polarità - rischia di produrre un abisso dualistico sterile e limitato. L’anima potrebbe essere allora intesa come un’articolazione del rapporto corpo-mente, tanto individuale quanto collettivo. Il ricorso alla ritualità, tuttavia, può richiamarci a questa presenza altra: espressione di una spinta e di una potenzialità capace di riportarci in un orizzonte di senso ampio, smisurato, in definitiva imperscrutabile con le nostre sole forze.

“Certo è che per coloro che pretendono la mente razionale nel senso ristretto e limitato del termine come il suo criterio di valore (...) tutto quello che nella vita reale si manifesta sotto forma di sentimenti, di sensibilità, di rapimento davanti al canto di un uccello o al sorriso di un bambino; di emozione davanti a un volto o a un paesaggio; delle lacrime che sgorgano quando la nostalgia vi assale; d’una ninna nanna allorquando il canto di una donna vi cattura; d’un gesto tenero invece di parole; all’inginocchiarsi che richiama di fronte alla grandezza di un sacrificio... pare assumere altro che un valore secondario. Se ci limitiamo a dividerlo riduttivamente e se ciò non può che farsi oggetto d’un approccio scientifico non è più nemmeno reale, né degno d’essere feccia o tutt’al più deposito di rifiuti d’una cantina o di un granaio”.

*E a quei dal cuor confuso dicomi estinto,
ma inver son vivo, perché sempre vedendomi
non diventino arroganti nei cinque desideri perduti
e nel sentiero del male caduti.*

Del Tathagata la vita eterna Sutra Loto

L'insegnamento di Taisen Deshimaru² - ampio, profondo, ricco di riferimenti e paralleli con la filosofia e le scienze occidentali - ritornava sempre su un punto essenziale: praticare con il corpo. Lo Zen è la Tradizione ma non solo. Perciò deve creare (favorire) un nuovo ordine e dinamismo. Dall'India alla Cina, al Giappone e infine all'Europa, insegnato nella sua purezza non si indirizza alla sola intelligenza/comprendimento mentale, ma attraverso la pratica all'intera esistenza corpo, mente e anima. Taisen Deshimaru fu il primo a diffondere la semenza della tradizione Zen Sōtō.

“I precetti tradizionali sono troppo datati, troppo moralisti” insegnava in questo caso Taisen Deshimaru. “Vorrei augurare ai giovani l'equilibrio, la purezza, la bellezza, l'energia”. “Raccomando – continuava – dieci nuovi precetti: 1. Aver paura, nutrire il timore per l'ordine cosmico. Rispettarlo profondamente. Non c'è bisogno di temere altro. 2. Risvegliarsi alla coscienza cosmica, alla vita universale. 3. Essere felici, cioè amare ogni forma di vita. 4. Credere. A cosa? Non dubitare a partire dai tre elementi che animano lo zazen: fede, coscienza, amore per tutto l'universo. 5. Alzarsi presto, svegliarsi col sole. 6. Sedere calmi: nello zazen l'essenza dello Zen. 7. Camminare, passeggiare, esplorare, scalare... ma la tenuta adeguata è importante. 8. Nutrirsi appropriatamente con prodotti fre-

eschi e naturali. Invitati accettate di buon grado. Non insistete nel sentirvi o ritenervi speciali. 9. Lavorare, sistemare, mettere in ordine concentrati su quello che si fa. 10. Dormire presto e profondamente.

E per finire, eccoci a un brevissimo richiamo a quel Primo Patriarca³ che giunse dall'Ovest per tramandare l'antico destino fatto di benessere e medicina (antica cura). Celato lo splendore dell'anima, avvolto dalla presenza dell'anima; non più anima nel corpo, ma quel corpo grande che passeggia nel giardino dell'anima. “*Gioco dello spirito e del soffio vitale (l'anima) che risponde alla triturazione d'un fiore*”⁴.

* *Fondatore del tempio zen Fudenji, a Bargone di Salsomaggiore. Tempio fondato nel 1984 Centro di Spiritualità e dialogo della Cultura religiosa Oriente-Occidente segreteria cell:3357883387*

Bibliografia

¹ Majima Nikaya 63: Cūla-Malunkyovāda Sutta - Il figlio della Malunkya

² Taisen Deshimaru: caso più unico che raro di missionario, apostolo e profeta del XX secolo che consacrò gli ultimi quindici anni della sua vita alla sua missione europea.

³ Bodhidharma, Primo Patriarca cinese (483-540). Da notare che lo stesso Taisen Deshimaru Daioshō fu da più parti riconosciuto come quel Patriarca che portò l'antico Dharma in Europa.

⁴ *Shōbōgenzō Udonge* nella versione a cura di Yoko Orimo, Sully edizioni.



Le Nuove Dipendenze dei Nativi Digitali (Generazione Zeta)

Riassunto

Le nuove dipendenze (il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da sesso, da esercizio fisico, da internet, da lavoro, da social media) rappresentano un gruppo di patologie emergenti, con caratteristiche simili alla dipendenza da sostanze e ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo e impulsivo. Negli ultimi anni si assiste ad un crescente interesse per questi disturbi ma le conoscenze ad oggi sono piuttosto limitate in relazione ai correlati neurobiologici che sottendono queste patologie. I dati presenti in letteratura fanno riferimento soprattutto ai modelli biologici della dipendenza da sostanze, che secondo alcuni autori implicano meccanismi biologici che potrebbero essere comuni ad altre forme di dipendenza.

Parole chiave: nuove dipendenze, neurobiologia.

Summary

New addictions (pathological gambling, internet addiction, sex addiction, exercise addiction, work, social media addiction) represent a group of emerging disorders sharing some aspects with drug addiction, obsessive-compulsive spectrum disorders and with impulsive spectrum disorders. Recently there is a growing interest towards these disorders, but the knowledge about their neurobiological correlates is still incomplete. Literature data refer mostly to substance addiction biological models, which may share some biological aspects with new addictions.

Key words: new addiction, internet, social media, neurobiology.

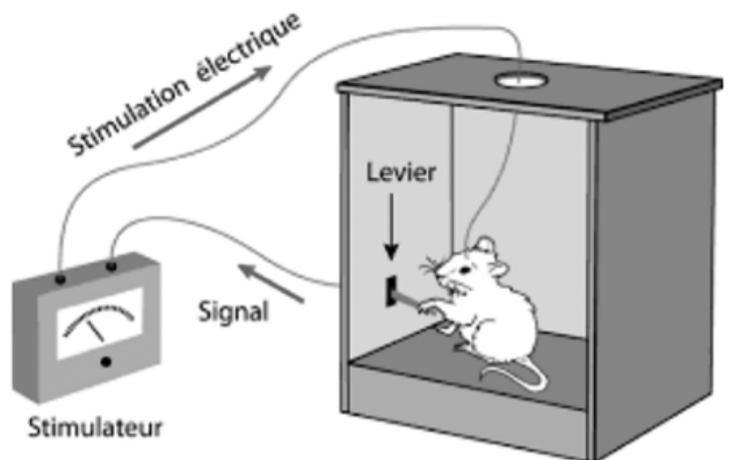
Accanto alle classiche dipendenze da uso di sostanze, sono comparse, nella seconda metà del secolo scorso, altre forme di dipendenza legate alla ripetizione incontrollata di attività di per sé socialmente accettate, come ad esempio gioco, shopping, sesso, tv, relazioni affettive, lavoro, esercizio fisico.

Negli ultimi 20 anni, il sempre più veloce progresso scientifico ha prodotto altre forme di dipendenza, connesse all'innovazione tecnologica e alla spinta della società verso una gratificazione immediata: la Dipendenza da Internet, da Social Media o Network e quella da cellulare (smartphone).

Il sintomo cardine che definisce la **dipendenza** è la perdita del controllo volontario del comportamento, nonostante la consapevolezza delle eventuali conseguenze negative. L'elemento in comune di tutte le dipendenze, che si tratti di assunzione di sostanze o di mettere in atto comportamenti ripetitivi e dannosi per il soggetto, è la ricerca della gratificazione: un comportamento che ci ha dato emozioni e sensazioni positive la prima volta tenderà naturalmente ad essere ripetuto.

Questi meccanismi fanno capo al cosiddetto circuito della ricompensa (**reward**) a livello cerebrale, identificato per la prima volta nel 1954 da James Olds e Peter Milner. Durante i loro studi di autostimolazione intracranica, i due scienziati hanno scoperto che scariche elettriche in aree specifiche del cervello portano gli animali a preferire e ricercare questa fonte di stimolazione rispetto al cibo e al sesso. Negli esperimenti di Olds e Milner la pressione di una leva produceva una stimolazione diretta al cervello

per mezzo di elettrodi impiantati nel cervello. I ratti arrivavano a premere la leva migliaia di volte all'ora per stimolare il proprio cervello, senza interessarsi più né di cibo né di acqua. (Fig.1)



È ormai dimostrato che l'esposizione cronica a qualsiasi sostanza d'abuso porta ad una riduzione nella risposta del circuito di rinforzo della dopamina, con conseguente sviluppo di **tolleranza**.

L'uso ripetuto di sostanze o l'attivazione ripetitiva di comportamenti, come ad esempio avviene nel gioco d'azzardo, alterano la risposta agli stimoli naturali rendendoli meno piacevoli rispetto a quanto lo erano in precedenza. In particolare, nel lobo frontale si verifica una effettiva variazione della morfologia, associato a ipofunzionalità corticale. Il lobo frontale è l'area cerebrale che controlla

la nostra abilità nell'attenzione, nella pianificazione e inibisce la possibilità di prendere decisioni inadeguate e fa a tutti gli effetti parte del circuito della gratificazione.

È proprio questo meccanismo che stimola la ricerca di una ricompensa/gratificazione la cui aspettativa non viene mai però del tutto soddisfatta.

La sopravvivenza, per la maggior parte delle specie animali, dipende ovviamente dalla massimizzazione del contatto con stimoli gratificanti e dalla minimizzazione del contatto con stimoli dannosi: il circuito del *reward* può infatti essere definito la vera croce e delizia della nostra esistenza.

Alla luce di questi meccanismi, è importante comprendere che quando si parla di dipendenze non bisogna cadere nel tranello della sola "forza di volontà", ma comprendere, invece, le complesse basi neurobiologiche di un fenomeno sempre più diffuso. Negli anni '30, quando si iniziò ad indagare su ciò che causava comportamenti di dipendenza, i ricercatori credevano che le persone che sviluppavano dipendenze fossero immorali oppure carenti di forza di volontà. Superare la dipendenza, pensavano, implicava la punizione dei miscredenti o, in alternativa, l'incoraggiamento (ad es. A.A.) a rafforzare la volontà di rompere un'abitudine.

Da allora il panorama scientifico è cambiato. Oggi riconosciamo la dipendenza come una malattia cronica che modifica sia la struttura che la funzione del cervello. Proprio come le malattie cardiovascolari danneggiano il cuore e il diabete danneggia il pancreas, la dipendenza dirotta il cervello. Il cervello attraversa una serie di cambiamenti, iniziando con il provare piacere e finendo con una spinta verso il comportamento compulsivo. Le droghe e i comportamenti a rischio di abuso e dipendenza mimano i bisogni primari naturali.

Cibarsi, riprodursi, stare con gli altri sono attività associate alla sopravvivenza degli individui e quindi alla prosecuzione della specie. Il cervello percepisce queste attività come piacevoli, perché utili, in quanto bisogni naturali primari. Le droghe sfruttano questo stesso sistema del piacere. Sollecitano i medesimi circuiti cerebrali, quelli delle cellule dopaminergiche, e li alterano. È a questo punto che per l'organismo vulnerabile le sostanze d'abuso appaiono non solo utili ma anche essenziali per il benessere della specie. Quanto cibarsi, copulare e interagire con gli altri. E anzi, spesso, molto di più.

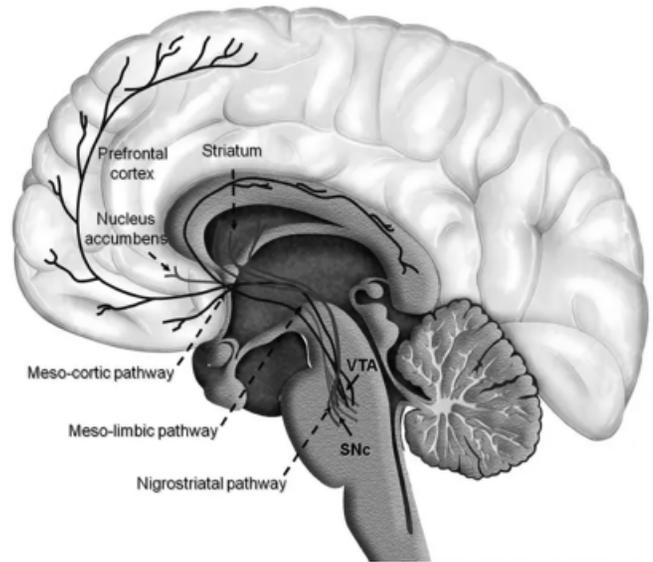
LA NEUROBIOLOGIA delle DIPENDENZE

A livello neurobiologico sono tre i centri principali di regolazione del sistema *reward*:

- l'**amigdala**, fondamentale per la memoria emozionale (alla base del ricordo gratificante);
- il **nucleus accumbens**, che svolge un ruolo chiave nei comportamenti mediati da ricompensa, oltre che nei processi cognitivi della motivazione e del rinforzo dell'azione;

- la **corteccia prefrontale**, che ha un minore coinvolgimento nella valutazione dello stimolo, ma è essenziale nel determinare l'intensità della risposta comportamentale.

Ogni volta che siamo di fronte ad un evento rilevante dal punto di vista motivazionale, nel circuito della ricompensa viene rilasciata **dopamina**. Nel cervello la **zona ventrale tegmentale** è legata al nucleus accumbens da un gruppo di neuroni conosciuti come **via dopaminergico-mesolimbica**, zona in cui avviene la percezione immediata della componente motivazionale della ricompensa: in parole semplici, quando e quanto sono motivato a mettere in atto un certo comportamento. (Fig. 2)



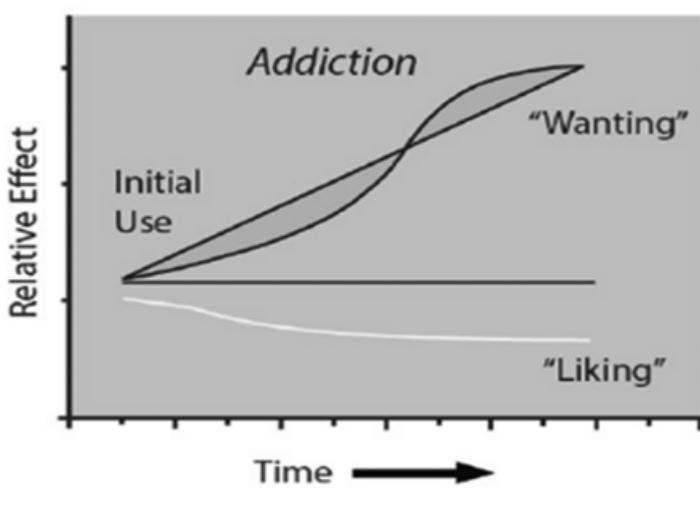
La maggior parte delle vie della dopamina fa parte di questo circuito. Vari studi oltretutto dimostrano che l'attivazione del sistema di ricompensa è sempre legata ad un marcato rilascio di dopamina nel nucleus accumbens. A fare da contorno ai neuroni dopaminergici che sono sicuramente i più rilevanti in questi processi, ci sono anche i neuroni glutammatergici e GABAergici.

Recentemente sono state dimostrate somiglianze neurobiologiche tra Dipendenze da uso di sostanza e Dipendenze comportamentali, come ad es. alterazioni strutturali o funzionali simili nelle regioni OFC, PFC dorsolaterale, ACC e PCC, che sono coinvolte nell'elaborazione della ricompensa, della motivazione, della memoria e del controllo cognitivo.

Tuttavia, ci sono molte differenze nei meccanismi neurobiologici tra le diverse droghe che creano dipendenza. Ad esempio, la dipendenza da oppiacei e la dipendenza da psicostimolanti sono, dal punto di vista comportamentale e neurobiologico, distinte l'una dall'altra. Risultati analoghi possono essere osservati anche nelle dipendenze comportamentali.

Le droghe che creano dipendenza sovraccaricano il sistema di ricompensa del cervello inondando il nucleo accumbens di dopamina. L'ippocampo salva i ricordi di

questo rapido senso di soddisfazione e l'amigdala crea una risposta condizionata a determinati stimoli che sono collegati alla fonte del piacere. Il sistema cerebrale di apprendimento correlato alla ricompensa ha un ruolo importante nel sostenere la vita perché collega le attività necessarie per la sopravvivenza umana (come mangiare e far sesso) con il piacere e la ricompensa. In passato si credeva che l'esperienza del piacere, da sola, fosse sufficiente a spingere le persone a continuare a cercare una sostanza o un'attività che crea dipendenza. Ma recenti ricerche suggeriscono che la situazione è più complicata. La dopamina non solo contribuisce all'esperienza del piacere, ma svolge anche un ruolo nell'apprendimento e nella memoria, due elementi chiave nella transizione dal gradimento di qualcosa al diventare dipendenti da esso: **dal LIKING al WANTING**, cioè dal piacere al craving o desiderio incontrollabile. Che sia consapevole o meno, la salienza (o importanza) incentivante innesca da segnali può generare impulsi comportamentali a cercare e consumare le ricompense associate. Si assiste, in breve tempo, al passaggio dal desiderio di provare piacere o LIKING al WANTING cioè al volere compulsivo (**craving**) o bramosia di quella ricompensa da ottenere a tutti i costi, anche se provoca conseguenze negative e non produce lo stesso piacere di prima. Gli individui con livelli compulsivi di bisogno di assumere droghe rimangono vulnerabili a un rischio persistente di ricaduta, anche dopo un lungo periodo di astinenza. (Fig. 3)



La prospettiva evuzionistica suggerisce che le sostanze d'abuso possano indurre la dipendenza sfruttando le funzioni incentivanti del sistema dopaminergico. Esse cioè innescano falsi segnali che il cervello decodifica come associati a vantaggi adattativi superiori a quelli legati alla soddisfazione dei bisogni biologici. Le droghe o i comportamenti con potenziale d'abuso possono così modificare le normali priorità comportamentali evolutive tanto da rendere preponderante la ricerca della sostanza o del comportamento ripetitivo rispetto ai normali comportamenti adattativi.

In individui vulnerabili cioè, la reiterazione dell'assunzione di una sostanza o la ripetizione di un comportamento stesso (come nel caso del gioco d'azzardo) possono determinare la prevalenza della dimensione appetitiva (quindi impulsiva) sulla dimensione cognitiva, nel processo di valutazione delle ricompense associate alle ricompense.

Per questo un individuo può scegliere sistematicamente di agire per una ricompensa immediata, come quella dell'effetto delle sostanze o del gioco d'azzardo, a dispetto della consapevolezza delle conseguenze negative di questa scelta: il quadro paradigmatico dell'apparente irrazionalità dei soggetti con dipendenza. Accanto alle classiche dipendenze da uso di sostanze, sono comparse, nella seconda metà del secolo scorso, altre forme di dipendenza legate alla ripetizione incontrollata di attività di per sé socialmente accettate, come ad esempio gioco, shopping, sesso, tv, relazioni affettive, lavoro, esercizio fisico.

Da ultimo, il sempre più veloce progresso scientifico ha prodotto altre forme di dipendenza, connesse all'innovazione tecnologica e alla spinta della società verso una gratificazione immediata: la Dipendenza da Internet, da Social Media o Network e quella da cellulare (smartphone).

Il termine inglese "Addiction" deriva da *addictus*, chi diveniva schiavo per debiti, per cui si sottolinea l'importanza fondamentale del rapporto di sottomissione che si riscontra in qualsiasi forma di dipendenza.

A questo proposito le statistiche riportate da Reviews.org (2022) sull'uso dei telefoni cellulari negli U.S.A. sono veramente impressionanti:

- Il 74% degli Americani si sente a disagio nel lasciare il telefono a casa.
- Il 71% degli Americani afferma di controllare i propri telefoni entro i primi 10 minuti dal risveglio.
- Il 53% afferma di non aver mai trascorso più di 24 ore senza il proprio cellulare.
- Il 47% si considera "dipendente" dai propri telefoni
- Il 35% usa o guarda il proprio telefono durante la guida.
- Il 70% degli americani controlla i propri telefoni entro cinque minuti dalla ricezione di una notifica.
- Il 64% usa il telefono in bagno.
- Il 48% delle persone afferma di provare un senso di panico o ansia quando la batteria del cellulare scende al di sotto del 20%.
- Il 45% afferma che il proprio telefono è il loro bene più prezioso.
- Il 43% usa o guarda il proprio telefono mentre è in un appuntamento.
- Gli Americani controllano i loro telefoni 344 volte al giorno (una volta ogni 4 minuti!).

In realtà, le classiche dipendenze non sono mai tramontate: il consumo di droga e alcool (binge drinking) si è esteso a fasce sempre più giovani di popolazione.

Il consumo di droghe è un fenomeno in continuo aumento in Italia.

L' 80% degli adolescenti in Italia ammette di aver fatto uso di sostanze stupefacenti, almeno saltuariamente. Il 30% ne fa un utilizzo regolare (droghe cosiddette «leggere»). Il consumo di sostanze stupefacenti avviene in età sempre più precoce.

Classificazione delle sostanze psicoattive secondo Delay e Deniker:

Depressori del S.N.C.: oppiacei, alcol, barbiturici, tranquillanti minori e maggiori

Stimolanti del S.N.C.: minori (caffaina, nicotina, teobromina) e maggiori (amfetamine e cocaina)

Perturbatori del S.N.C.: LSD, psilocibina, cannabinoidi, metamfetamine, ayahuasca).

Perché i giovani fanno uso di droghe?

- Disagio esistenziale
- Insoddisfazione/noia
- Evasione/disimpegno
- Curiosità/emulazione, ricerca del consenso/senso di appartenenza al “gruppo”
- Voglia di trasgredire
- Ricerca di sensazioni forti, di esperienze nuove
- Desiderio di correre rischi
- Bramosia di autopunizione/autodistruzione,
- Ansia da prestazione/competizione

Lo stesso uso e abuso di alcol da parte dei giovani avviene sempre di più secondo modalità tossicomane, per cui tendono a bere sempre più velocemente, per arrivare il prima possibile allo «SBALLO» (binge drinking). Infatti non riescono a smettere di bere dopo aver iniziato, hanno bisogno di bere la mattina prima di iniziare la giornata, ricorrono all'alcol per affrontare i problemi della vita quotidiana, bevono di nascosto o nascondono gli alcolici acquistati, hanno già precocemente deficit di memoria e si sentono in colpa per aver bevuto per “sballarsi”.

IL DSM 5

Mentre nella precedente edizione (DSM -IV -TR) il Gioco d'Azzardo Patologico era classificato come un Disturbo del Controllo degli Impulsi, nella nuova edizione (DSM-5-TR) non si parla più di Gioco d'Azzardo Patologico, ma di “Disturbo da Gioco d'Azzardo” che viene collocato all'interno della categoria delle Dipendenze in un'apposita sottocategoria, “Disturbi non correlati all'uso di sostanze”.

Il DSM-5-TR classifica il disturbo in lieve, moderato, grave.

Di seguito vengono riportati i Criteri Diagnostici del DSM-5 per il **Disturbo da Gioco d'Azzardo** (American Psychiatric Association 5th ed Washington, DC (2013). Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento

clinicamente significativo, come indicato dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:

- 1 Necessita di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata
- 2 È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- 3 Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- 4 È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare).
- 5 Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso)
- 6 Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite “inseguite”)
- 7 Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- 8 Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo
- 9 Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) inoltre ha incluso in una Sezione del Manuale dedicata ai disturbi proposti una descrizione del disturbo del gioco su Internet. Il disturbo è stato incluso quindi non come diagnosi ufficialmente riconosciuta, ma come suggerimento per studi ulteriori.

Il **disturbo del gioco su Internet** è definito come comportamento di gioco online che influisce negativamente sulla vita del giocatore, causando menomazione o angoscia. Per essere diagnosticato, il giocatore dovrebbe mostrare almeno cinque sintomi entro un anno:

- 10 Un'intensa preoccupazione per il gioco
- 11 Sintomi di astinenza quando l'utente non è in grado di giocare. Questi sintomi possono includere tristezza, irritabilità, ansia o depressione
- 12 La necessità di aumentare la quantità di giochi per soddisfare la voglia di giocare
- 13 Tentativi non riusciti di interrompere il gioco
- 14 Perdita di interesse per attività precedentemente divertenti preferendo il gioco
- 15 Continuare a giocare nonostante gli effetti dannosi del gioco sulla vita dell'utente
- 16 Nascondere o mentire sulla quantità di tempo trascorso a giocare
- 17 Usare il gioco per far fronte a emozioni o stati d'animo negativi

La definizione del DSM si applica solo ai giochi, sebbene includa il giocare su qualsiasi dispositivo elettronico, non

solo su dispositivi connessi a Internet. Non include i dispositivi elettronici per altri scopi, come i social media, la visualizzazione di video, o l'uso generale di Internet. (Fig.4)



rivoluzione digitale ha radicalmente mutato il volto della società e le nostre abitudini di vita, dando luogo a nuovi modi di abitare il mondo e di costruire legami e relazioni interpersonali (Cantelmi, 2013).

Bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore in rete per ottenere soddisfazione. Dispendio di grande quantità di tempo in attività correlate alla rete e marcata riduzione d'interesse per altre attività. Impossibilità di interrompere o tenere sotto controllo l'uso di Internet con lo sviluppo di astinenza. Si distingue una prima Fase (Tossicofila) caratterizzata da incremento delle ore di collegamento e continui controlli di e-mail, siti preferiti, gruppi di discussione o frequenza di chat. Quando si è offline vi sono ricorrenti idee e fantasie su Internet. Segue poi la seconda Fase (Tossicomantica) con compromissione della propria vita socio-affet-

Alcuni psichiatri sostengono che le versioni future del DSM dovrebbero espandere le definizioni di questo disturbo per includere altri media o altre condizioni proposte come il disturbo da dipendenza da Internet (**IAD**).

Internet è uno strumento utile e conveniente per comunicare, lavorare e studiare nell'era digitale. L'uso eccessivo di Internet è, tuttavia, associato a potenziali conseguenze negative per quanto riguarda il funzionamento comportamentale e la salute negli individui.

La dipendenza da Internet (IA), condizione descritta come patologica per la prima volta da Ivan Goldberg (1995), è considerata un problema sociale radicato nell'incapacità di controllare l'uso personale di Internet.

Sebbene le stime di prevalenza dell'IA varino in funzione del contesto e della metodologia di indagine:

- 4-12% negli Stati Uniti,
- 1-9% in Europa,
- 1-12% in Medio Oriente,
- 3,6-15,8% in Giappone e
- 6,9-16,4% in Cina,

gli impatti dell'IA sulla salute umana sono emersi come una delle principali preoccupazioni globali e l'IA è sempre più concettualizzata come un disturbo psicopatologico.

La nascita di Internet si fa risalire alla fine degli anni Cinquanta. Il suo scopo e utilizzo originario è stato di natura militare. La Rete si è poi trasformata a raffinato mezzo di comunicazione e scambio, destinato prima ad una ristretta nicchia universitaria e poi diffusosi come strumento di massa. Nel giro di pochi anni, una profonda

tiva, relazionale, di studio o professionale.

Nell'**Internet Gaming Disorder** il vantaggio rispetto al classico disturbo da gioco d'azzardo è dato dalla possibilità di trascorrere un tempo illimitato (24 ore su 24, 365 giorni all'anno) e di trovare sempre altri giocatori. Inoltre l'interazione sociale avviene solo attraverso il proprio personaggio, mantenendo l'anonimato. Vi è la mancata percezione dell'isolamento sociale e il disinvestimento dalla vita reale e lotta per il potere virtuale. I giovani che usano videogiochi violenti sono più propensi a esperienze di cyberbullismo. Si assiste alla riduzione o assenza della componente socializzante del gioco che diviene un rituale solitario. È possibile agire la propria compulsione protetti dall'anonimato e senza doversi confrontare con la realtà. Coesiste una maggiore difficoltà di prendere coscienza della propria dipendenza.

Nella **Cyber Sex Addiction** il sesso virtuale diventa un mezzo facile per vincere la noia e la solitudine, per sentirsi importanti, per sconfiggere la propria incapacità sessuale e relazionale.

Si distinguono le seguenti forme di Sex Addiction:

- **ChatSex Addiction** (dipendenza da chat erotiche): le fantasie erotiche vengono scambiate simultaneamente con un'altra persona.
- **Sexting**: invio e ricezione di messaggi sessualmente espliciti, foto e video di corpi nudi o seminudi
- **CyberPorn Addiction**: La persona è dominata dal bisogno continuo di ottenere piacere sessuale attraverso la visione di filmati pornografici, a cui spesso è

accompagnata un'attività compulsiva di tipo autoerotico.

Nella **Cyber-relational addiction** si verifica un eccessivo coinvolgimento in relazioni virtuali, mentre le amicizie e relazioni on line divengono più importanti di quelle reali. Inoltre si assiste ad un isolamento dal mondo reale in favore di quello virtuale.

Il Disturbo da Acquisto Compulsivo o Dipendenza da shopping online è caratterizzato dall'acquisto impulsivo e compulsivo di beni e servizi online.

Le dipendenze dallo shopping online spesso servono come un modo temporaneo per indurre piacere e sentirsi bene, e come un modo per evitare emozioni negative ed eludere la noia. Lo shopping online non riguarda solo l'acquisto in sé e per sé, ma riguarda anche l'eccitazione della navigazione prima dell'acquisto.

Dipendenza digitale da lavoro (Workaholism)

Lo scopo del lavoro sarebbe in teoria, almeno secondo Aristotele, quello di guadagnarsi il tempo libero. Invece, quando il lavoro diventa un mezzo di fuga, la salute mentale, le relazioni interpersonali, e il benessere generale possono risentirne pesantemente.

Le nuove tecnologie potenziano la missione dello stakanovista: se la dipendenza dal lavoro si combina con la dipendenza digitale e si è troppo legati al computer, specialmente a tarda notte o durante altre ore non lavorative, nei fine settimana o nei giorni festivi, può essere estremamente problematico mantenere sane relazioni con la famiglia, con gli amici e con i colleghi con conseguente aumento del livello di stress

Un altro fenomeno derivante dall'Internet Addiction è **l'autolesionismo**: tagliarsi, graffiarsi, percuotersi, bruciarsi, sbattere la testa, farsi tatuaggi e piercing in modo inadeguato, mordersi, ingerire corpi estranei, strapparsi i capelli. **Il self-harm**, come tutte le mode estreme, ha trovato spazio nei luoghi virtuali dove si vede e si mostra ciò di cui si è capaci (alternanza di dolore e piacere come manifestazione del senso di onnipotenza). Spesso in realtà è interpretabile come una richiesta di aiuto e/o di attenzione rivolta ai genitori, che oggi sono sempre più assenti e/o alienati, per cui tendono a delegare il loro ruolo ad altri o ai mezzi tecnologici, senza stabilire limiti e regole chiare, alimentando così la confusione e il senso di onnipotenza nei propri figli.

I Social Media

Gli strumenti che hanno rivoluzionato maggiormente le nostre relazioni sociali sono i social network che non rappresentano solo un mezzo attraverso cui creare e condividere contenuti, ma una vera e propria Rete di persone connesse tra loro e accomunate da interessi comuni di varia natura.

Tuttavia, il minore coinvolgimento personali nelle relazioni virtuali produce in genere "legami deboli", ossia le-

gami in grado di connettere persone anche molto distanti fra loro, ma che si contraddistinguono per la fragilità e la facilità con cui possono essere spezzati.

L'intenso progresso tecnologico degli ultimi anni ha messo in luce una notevole disegualianza di abilità relative all'uso delle nuove apparecchiature digitali fra adolescenti e adulti: un vero e proprio gap generazionale che ha conseguenze sulle capacità comunicative tra diverse generazioni.

La capacità di comunicare è stata determinante per l'evoluzione dell'uomo e per il suo progresso culturale: la ricerca di mezzi e tecnologie adatte a gestire il processo comunicativo ha sempre caratterizzato la storia di ogni civiltà.

- 1 La comunicazione interpersonale è quel tipo di comunicazione praticato da due o più persone presenti fisicamente in uno spazio comune, attraverso la voce (telefono) o strumenti comunicativi non verbali (telegrafo, fax)
- 2 La comunicazione di massa è quella che avviene attraverso i mass media, ossia i mezzi di informazioni che mirano a raggiungere un vasto pubblico (stampa, radio, televisione, cinema)
- 3 La comunicazione in Rete è quella mediata dai nuovi dispositivi digitali

Tra i nuovi dispositivi digitali, lo strumento che sembra catturare di più l'attenzione dei giovanissimi è lo smartphone: quanto più gli smartphone diventano sofisticati e multifunzionali, tanto più i giovani adolescenti ne sono attratti e rischiano di sviluppare una dipendenza da questa tecnologia, utilizzandola non solo per la comunicazione interpersonale, ma anche come strumento multituoso. La mobilità e l'immediatezza dello strumento inducono alla ricerca dello strumento e a questi si collegano strettamente fattori intrinseci nella natura dell'uomo come l'affettività e la socievolezza.

L'utilizzo eccessivo dei social network infatti rischia di produrre sintomi simili alla depressione. Mettere continuamente a confronto la propria vita con quella degli altri può far insorgere un senso di inadeguatezza e può portare i giovani all'errata conclusione che la propria vita sia noiosa e triste. Aumenta così la sensazione di solitudine e di vuoto che può portare a momenti di depressione o a esacerbare una patologia depressiva già latente.

I "vecchi" media, o media analogici, sono i primi dispositivi ad assumere la qualificazione di mezzi di comunicazione di massa, ossia strumenti attraverso cui è possibile trasferire informazioni verso una pluralità di destinatari potenzialmente infinita. La trasmissione di queste informazioni è, tuttavia, essenzialmente unidirezionale, ossia muove da un emittente per raggiungere molteplici riceventi.

Con l'espressione "new media", invece, si vuole comprendere tutti i mezzi di comunicazione che nascono dalla

convergenza tra tecnologie comunicative e linguaggio digitale e che consentono una comunicazione multi-a-molti (da molteplici emittenti a molteplici riceventi): fra questi troviamo Internet, videogiochi, siti Web, ecc.

Il concetto di “nuovo”, dunque, si riferisce al processo di coinvolgimento più partecipativo, interattivo, in cui l'uomo rivendica il valore del suo punto di vista, di una sua attività volontaria e non più fondamentalmente passiva.

I dispositivi digitali hanno apportato profondi cambiamenti alle dinamiche relazionali, rivoluzionando linguaggi, abitudini e stili di vita. In questa “società dell'informazione” le innovazioni tecnologiche consentono una rapida circolazione delle informazioni, per cui i new media hanno creato un nuovo spazio sociale: il cyberspazio, una dimensione immateriale in cui è possibile interagire senza limiti.

In questo spazio vengono a costituirsi le cosiddette “comunità virtuali”, ossia luoghi immaginari di aggregazione e scambio in cui, oltre ad abbattere i limiti spazio-temporali, vengono, almeno in parte, superate le difficoltà relazionali dovute a timidezza, insicurezza e introversione. Infatti, l'immediatezza, la libertà di espressione e il mascheramento della propria identità costituiscono elementi di rinforzo per la partecipazione alle comunità virtuali, all'interno delle quali si crea un gruppo dinamico di sostegno sociale che in taluni individui, soprattutto per coloro che nella vita quotidiana hanno difficoltà relazionali, può rispondere alla soddisfazione di bisogni negati nella vita reale. I social network sembrerebbero, comunque, rispondere ad alcuni tra i bisogni fondamentali dell'essere umano individuati dallo psicologo americano Abraham Maslow, vale a dire:

1. Bisogni di sicurezza: nel social network le persone con cui comunico sono solo amici e non estranei, posso scegliere chi è amico, controllare che cosa racconta di sé e commentarlo;
2. Bisogni associativi: con i miei amici posso comunicare e scambiare opinioni, risorse e applicazioni, se voglio posso perfino cercare l'anima gemella;
3. Bisogni di autostima: io posso scegliere i miei amici, ma anche gli altri possono farlo, pertanto se gli altri mi hanno scelto come amico allora valgo;
4. Bisogni di autorealizzazione: posso raccontare me stesso, come voglio e posso usare le mie competenze anche per aiutare qualcuno dei miei amici che mi ascolta.

Inoltre, il telefono cellulare ha molte caratteristiche che lo rendono molto attraente per i giovani e gli adolescenti, incoraggiati ad utilizzarli per diversi scopi o funzioni:

- a) il rafforzamento dell'autonomia personale, in particolare per quanto riguarda i genitori;
- b) il conseguimento di identità e prestigio nel contesto delle relazioni tra pari, un aspetto che è ancora più evi-

dente con i modelli più nuovi e alla moda;

c) l'introduzione di importanti innovazioni tecnologiche, che consentano agli adolescenti di dimostrare una personale particolare inclinazione o abilità;

d) rappresentano una fonte di divertimento e intrattenimento;

e) sono un supporto per l'instaurazione e il mantenimento di relazioni interpersonali. Questa funzione è di fondamentale importanza per i bambini e gli adolescenti.

La trasformazione del “telefono portatile” in un “dispositivo mobile intelligente” è stata una rivoluzione non solo in termini di espansione del numero di funzioni del telefono cellulare, ma anche in termini specifici della sua funzione più basilare, che rimane la comunicazione interpersonale. Attualmente, i cellulari offrono la possibilità di una comunicazione ampia, veloce e multifunzionale con gli altri a causa della comparsa di software di messaggistica istantanea (IM) come WhatsApp, Line, Snapchat e Viber, mentre in precedenza (cioè solo pochi anni fa) la comunicazione era limitata alle conversazioni telefoniche o ai testi SMS (Short Message Service).

I sistemi di messaggistica istantanea consentono di comunicare in modo più accessibile e attraente. Nei giovani e negli adolescenti, per i quali la comunicazione interpersonale è così importante, questo può portare ad un uso eccessivo, improprio, problematico e, nei casi più gravi, alla dipendenza dagli smartphone, che comprende quella da Internet, da cui dipende la Dipendenza dai Social Media.

Dipendenza dai social media

Si tratta di un tipo di dipendenza comportamentale caratterizzata da un'eccessiva preoccupazione per l'uso dei social media, accompagnata da un irrefrenabile e incontrollabile bisogno di accedere ad essi. Rientra all'interno delle Dipendenze da Internet o Internet Addiction Disorder (IAD) che è disturbo del controllo degli impulsi, non ancora introdotto nel DSM 5-TR.

Le piattaforme di social media come TikTok, Instagram, Twitter, Facebook, Snapchat e altre possono provocare dipendenza e anche YouTube può essere inserito in questa categoria. Ogni volta che un individuo riceve un “mi piace”, “segui” o “commento”, il cervello dell'individuo rilascia neurotrasmettitori di benessere, con conseguente desiderio di maggiore coinvolgimento.

I social media, come i social gaming, possono promettere un falso senso di impegno sociale, lasciando in realtà le persone sempre più sole.

Lo scorrimento infinito di video di TikTok o YouTube serve anche come un modo per difendersi dalla solitudine, combattere la noia e riempire altri vuoti psicologici.

N.B. Attenzione agli algoritmi pensati per far tenere le persone attaccate agli schermi e quindi per influenzarli fino a farli diventare dipendenti.

Con il termine **Doomscrolling** o **Doomsurf** viene indicata l'azione compulsiva di dedicare troppo tempo alla lettura di notizie negative sui social media attraverso di-

spositivi di varia natura, in primis smartphone e tablet. Ad esempio la parola “scrolling” si riferisce proprio allo “scrollare”, attraverso l’azione del pollice, informazioni, post, foto e video che vediamo su una pagina Facebook, su un account Twitter, sulla home di Instagram ecc.

La ricerca ossessiva di notizie negative era (ed è) il cibo preferito di chi cerca conferme sfavorevoli del proprio ambiente. Se un soggetto sta lottando con la depressione, o pensa che il mondo sia tutto cattivo, si concentra maggiormente su articoli o argomenti che convalidano quella convinzione.

Le persone diventano dipendenti dalle notizie negative: le vogliono, le cercano e le trovano, con il risultato illusorio di sentirsi in grado di controllare il proprio ambiente e il proprio destino.

Le dipendenze da social media che coinvolgono la vanità, il narcisismo come la pubblicazione di selfie, l’uso di filtri e un’eccessiva concentrazione sull’aspetto fisico di sé o degli altri, possono portare a disturbi come il **disturbo da dismorfismo corporeo** o la dipendenza da chirurgia plastica e altri modi di alterare il proprio aspetto fisico.

La **Vigoressia** è l’ossessione di avere un tono muscolare sempre più pronunciato e marcato.

L’Over-training consiste nell’ossessione di un sempre più intenso esercizio fisico che diventa un obbligo morale. L’autoinganno è l’illusoria equazione «maggiore esercizio=maggiore benessere». In realtà la stanchezza psicofisica riduce la performance.

Effetti sulla salute della dipendenza dai social media

- a) Ansia
- b) Agitazione
- c) Stress profondo
- d) Calo dell’autostima
- e) Depressione
- f) Insonnia
- g) Irrequietezza
- h) Isolamento e sentimento di solitudine
- i) Esposizione a rischi di cyberbullismo
- j) Alterazioni del sonno e delle abitudini alimentari
- k) Attività fisica diminuita
- l) Distacco dal mondo reale
- m) Calo del rendimento scolastico o lavorativo
- n) Distorsione del senso della realtà
- o) Sentirsi in astinenza in assenza di internet o dei social media

«**Fomo**» (in inglese Fear of Missing Out, significa “paura di essere tagliati fuori”) è un acronimo che indica sensazioni ed emozioni negative provate da una persona all’idea di non prendere parte a esperienze piacevoli con altre persone. Colpisce particolarmente i giovani e gli adolescenti.

La FOMO è composta da due elementi:

1. l’ansia riguardante la possibilità che gli altri pos-

sano avere esperienze piacevoli mentre noi siamo assenti;

2. il desiderio costante di essere sempre in contatto con gli altri. Ne derivano il controllo spasmodico della rete internet, la costante presenza attiva sui social media e l’evitamento sociale.

«**Nomophobia**» (**No-Mobile-Phobia**)= la paura di restare senza telefonino

«**Textaphrenia**» e «**Ringxiety**» = Falsa sensazione di aver ricevuto un messaggio o una chiamata per cui il soggetto continua a controllare il dispositivo

«**Textiety**» = l’ansia di ricevere e di rispondere immediatamente ai messaggi di testo.

Smartphone, misura con un test quanto sei nomofobico.

L’unico test disponibile in italiano è l’NMP-Q sviluppato nel 2015 da Yoldrim e Correia, un questionario che si può compilare anche da soli, per scoprire se e quanto si è sviluppata una dipendenza dallo smartphone.

È composto da 20 affermazioni per le quali si deve esprimere il proprio accordo o disaccordo su una scala da 1 – se assolutamente non ci si riconosce con la descrizione – a 7, se si pensa che la descrizione rappresenti perfettamente la propria condizione.

Per calcolare il proprio livello di dipendenza da smartphone occorrerà fare la somma dei valori assegnati a ogni singola affermazione. In fondo, sono riportate le istruzioni per interpretare il punteggio riportato.

1. Mi sento a disagio senza poter accedere costantemente alle informazioni tramite il mio smartphone.
 2. Sono infastidito/a se non riesco a cercare informazioni sul mio smartphone quando voglio farlo.
 3. Non essere in grado di ricevere le notizie (ad esempio gli ultimi aggiornamenti su eventi, meteo, ecc.) sul mio smartphone mi rende nervoso/a.
 4. Sono seccato/a se non posso usare il mio smartphone e/o le sue applicazioni quando voglio farlo.
 5. L’idea di rimanere a corto di batteria nel mio smartphone mi spaventa.
 6. Se sono a corto di credito o se ho esaurito il mio limite di giga mensile, mi prende il panico
 7. Se non c’è campo o non posso connettermi al Wi-Fi, rimango sempre a controllare per vedere se c’è segnale o se riesco a connettermi a una rete Wi-Fi.
 8. Se non posso usare il mio smartphone, ho paura di rimanere bloccato/a da qualche parte
 9. Se non ho potuto controllare il mio smartphone per un po’ di tempo, avverto il desiderio di controllarlo.
- Se non ho il mio smartphone con me...**
10. Mi sento in ansia perché non riesco a comunicare istantaneamente con la mia famiglia e/o con gli amici.
 11. Sono preoccupato/a perché la mia famiglia e/o gli

amici non possono raggiungermi.

12. Mi sento nervoso/a perché non sono in grado di ricevere messaggi di testo e chiamate.

13. Sono in ansia perché non riesco a rimanere in contatto con la mia famiglia e/o con gli amici.

14. Sono nervoso/a perché non riesco a sapere se qualcuno mi ha cercato.

15. Mi sento in ansia perché la mia connessione costante con la mia famiglia e gli amici è come se fosse rotta.

16. Sono nervoso/a perché mi sento disconnesso/a dalla mia identità online.

17. Sono a disagio perché non posso rimanere aggiornato/a con gli ultimi sviluppi dei social media e dei siti on-line.

18. Mi sento a disagio perché non riesco a controllare le notifiche per gli aggiornamenti dei miei collegamenti e reti online.

19. Mi sento in ansia perché non riesco a controllare i miei messaggi e-mail.

20. Mi sento strano/a perché non saprei cosa fare.

Interpretazione del punteggio del Nomo Test

Meno di 20: comportamenti d'uso dello smartphone del tutto sani e funzionali.

Tra 21 e 59: si può parlare di forme leggere di nomofobia, che non comportano alcun problema funzionale per l'individuo.

Tra 60 e 99: sono compresi i livelli moderati di nomofobia di cui è bene essere consapevoli per evitare che si arrivi a sviluppare forme di rapporto con lo smartphone che interferiscono gravemente con la vita, il lavoro e i rapporti affettivi e sociali. E' la condizione più comune.

Tra 100 e 200: il soggetto sperimenta anche severi stati d'ansia quando non gli è possibile accedere costantemente al suo telefono: condizioni che si possono purtroppo accompagnare a disturbi cognitivi, fobia sociali, depressione, abuso di sostanze e altre dipendenze.

Altri comportamenti patologici in Rete

I nuovi media hanno certamente dato un contributo rilevante allo sviluppo della società moderna. Tuttavia, essi producono anche degli effetti negativi che non possono essere trascurati.

A causa dell'uso massiccio dei nuovi media, l'interazione fisica viene sostituita da quella del medium, privando il soggetto di un importante punto di riferimento nel processo di apprendimento delle emozioni proprie e altrui: il venir meno del linguaggio e delle manifestazioni corporee favorisce quello che viene chiamato "analfabetismo emotivo" (Goleman, 1995).

Questo fenomeno conduce ad una precarietà delle relazioni e ad un'incapacità nel rapportarsi nelle interazioni

face-to-face, vissute con sempre minor disinvoltura. Infatti, se osservare di persona una risposta emotiva dell'altro ci costringe a condividere la sua sofferenza e a moderare parole e gesti, quando anche l'altro sta usando il social network, le sue emozioni non sono immediatamente visibili e non hanno quindi un impatto diretto.

Dietro gli indubbi vantaggi che sperimentiamo nella nostra vita quotidiana si nasconde tutta una serie di comportamenti disfunzionali spesso non immediatamente visibili. Ad esempio, la possibilità di celare la propria identità porta ad una riduzione del controllo sociale e, quindi, a comportamenti disinibiti fra cui:

1. Il cambiamento di identità: l'anonimato reso possibile dallo schermo non ci può dare garanzie reali sull'identità dei soggetti interagenti. Per questo motivo, si potrebbe entrare in contatto con persone indesiderate che assumono identità fittizie.

2. I comportamenti aggressivi: fra i più comuni il **trolling**, l'uso provocatorio dei social network con l'obiettivo di suscitare indignazione e attirare l'attenzione su di sé, e lo **stalking**, che consiste nel perseguire un soggetto attraverso i social;

3. La violazione e la manipolazione dell'informazione: attraverso attività di **hacking**, ossia tutte quelle azioni mirate alla compromissione di dispositivi digitali altrui; la creazione di virus, cioè software che cercano di inserirsi in altre applicazioni per modificarne i dati presenti; la creazione di **spyware**, ossia applicazioni che raccolgono informazioni riguardanti le attività di un utente senza il suo consenso; il **phishing**, ossia l'accesso a dati riservati utilizzando finte comunicazioni di tipo istituzionale;

4. L'abuso e la distribuzione dell'informazione: in particolare lo **spamming**, ossia l'invio indiscriminato di messaggi non desiderati.

Suggerimenti per ridurre la SMA (Social Media Addiction)

- Decondizionarsi in modo progressivo e fissare degli appuntamenti quotidiani che non coinvolgano assolutamente l'uso dei social media: fare una passeggiata all'aperto, fissare delle riunioni giornaliere, leggere un libro, disegnare, impegnarsi nella meditazione.
- Eliminare tutte le app di social media dal telefono per limitare la tentazione
- Spegnerlo (o silenziare) il telefono durante eventi importanti come lavoro,
- scuola, pasti e altre attività importanti
- Focalizzare l'attenzione su hobby o attività offline
- Disattivare le notifiche delle app sul telefono e sul computer
- Trascorrere più tempo in contesti sociali "reali"
- Evitare di portare lo smartphone o il tablet di notte in camera da letto

Consigli per i genitori

- Educare il figlio ad un uso consapevole della Rete, parlandone con franchezza e competenza, allo scopo di costruire delle regole condivise a livello di tutta la famiglia, come orari e tempi di utilizzo, individuazione dei contenuti permessi e di quelli pericolosi, disponibilità ad un dialogo costante e costruttivo.
- Dimostrare autentico interesse verso le novità tecnologiche, evitando di accrescere quel gap esistente con i figli.
- Evidenziare anche i disturbi di salute indiretti come quelli derivanti da diminuzione dell'attività fisica o sedentarietà e aumento delle alterazioni della vista.
- Ammettere apertamente che l'uso del cellulare può stimolare positivamente lo sviluppo del cervello.

I più comuni tipi di dipendenza tecnologica sono legati all'utilizzo sempre più diffuso dello smartphone.

Analogamente ad altre dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico e i videogiochi, l'inclusione dell'accesso a Internet ha aumentato il potenziale di dipendenza dei telefoni cellulari, perché Internet migliora l'accessibilità e la disponibilità - due dei principali fattori che contribuiscono alla dipendenza, con risposte agli input ora quasi immediate.

Se osserviamo l'equivalenza dei sintomi da dipendenza del telefono cellulare con i criteri per la dipendenza da sostanze o per il gioco d'azzardo patologico, si conferma un grande parallelismo, corroborato a volte dalla sua coesistenza con l'uso di sostanze. Riteniamo che, in effetti, siamo di fronte a una dipendenza che sicuramente non è così diffusa come alcuni ricercatori ipotizzano. C'è bisogno di una più approfondita concettualizzazione del termine e di una limitazione dei confini tra abuso e dipendenza, valutando il peso delle comorbidità psichiatriche, dove è difficile determinare se l'uso problematico coesiste o se è una conseguenza di esse.

D'altra parte, la maggior parte degli studi si è concentrata sulle popolazioni adolescenti e studentesche, un periodo della vita in cui l'impulsività e la ricerca di sensazioni giocano un ruolo importante. Pertanto, riteniamo che il concetto di dipendenza da telefono cellulare non possa essere esteso alla popolazione nel suo complesso almeno fino a quando non saranno disponibili ulteriori dati provenienti da studi scientifici sulla popolazione adulta.

Il periodo storico che stiamo attraversando è caratterizzato dalla massiccia e pervasiva presenza del digitale, un'innovazione rivoluzionaria senza precedenti, capace di influenzare vecchie e nuove generazioni.

Con il termine "generazione" si tiene conto sia del dato anagrafico e biologico sia delle variabili socioculturali di riferimento: infatti, i tratti fondamentali di ogni generazione derivano dalla condivisione di avvenimenti storici, culturali, economici e sociali che incidono sui valori e sui

modelli di vita.

Si fa, dunque, uso di questo termine per individuare gruppi sociali composti da individui nati nello stesso arco temporale e con un vissuto comune, in particolare in relazione ad uno specifico evento che ha esercitato una profonda influenza negli anni della loro formazione.

Nell'articolazione delle diverse identità generazionali e nell'elaborazione di un linguaggio condiviso, le pratiche di consumo mediale svolgono un ruolo chiave. I social media sono entrati a far parte della vita di ciascuno di noi in tempi e modi differenti e, dunque, il loro utilizzo varia da generazione a generazione.

Ad oggi le fasce generazionali entrate in contatto con il mondo digitale sono state descritte in 4 categorie:

- i Baby Boomers: le persone nate tra il 1946 e il 1964
- la Generazione X: i nati tra il 1965 e il 1979
- la Generazione Y: i nati tra il 1980 e il 1995 o «millennials»
- la Generazione Z: i nati dal 1996 ad oggi, detti anche "post-millennials"

Ognuna di queste si è rapportata in maniera differente al Web e alla tecnologia, sviluppando competenze e comportamenti diversi tra loro. Secondo Prenski (2001), diversamente dalle generazioni precedenti (**Immigrati Digitali**), i "post-millennials" non conoscono una vita senza digitale, in quanto per loro la tecnologia è un linguaggio innato e naturale sin dalla più tenera età (**Nativi Digitali**).

Di fatto, la maggior parte della loro vita relazionale si svolge sulle piattaforme social, in particolare quelle di recente sviluppo (es. Snapchat e TikTok), che incidono quindi significativamente nel loro processo di socializzazione.

Per collegarsi in rete, essi utilizzano soprattutto gli smartphone che possono essere considerati vere e proprie protesi che amplificano a dismisura le loro modalità di comunicazione per cui i cosiddetti nativi digitali rappresentano la generazione più globalizzata e iperconnessa della storia.

I telefoni cellulari (smartphone) sono attualmente parte integrante delle relazioni interpersonali e, nonostante la diversità culturale esistente tra le singole società, l'uso dei cellulari tra adolescenti e giovani è un fenomeno universale.

Il loro utilizzo è aumentato esponenzialmente nella maggior parte dei Paesi del mondo: è stata ormai raggiunta o addirittura superata la parità tra numero di telefoni cellulari e di persone.

Il telefono cellulare è stato progettato non solo come mezzo di comunicazione con cui parlare con altre persone in qualsiasi luogo, ma anche come un dispositivo elettronico multifunzionale con molte applicazioni precedentemente supportate solo da altri dispositivi specializzati: ad esempio, si può utilizzare come macchina fotografica, vi-

deoregistratore o lettore, collegamento ad Internet, sveglia, console di gioco e così via.

Dal punto di vista **epidemiologico**, nel periodo che va dal 13 aprile al 29 aprile 2021 sono stati effettuati 6 focus group, per un totale di 131 intervistati, studenti di istituti di istruzione superiore di Roma e provincia.

Il 15% dichiara di utilizzarli per non più di due ore al giorno, il restante 85% supera le due ore di connessione giornaliera, con la quota massima del 28% dei rispondenti che sostiene di farne uso dalle 6 alle 8 ore al giorno.

Tra i sintomi più caratteristici della cosiddetta **dipendenza da mobile** ci sono i seguenti:

- a) uso eccessivo
- b) interferenza con le attività di studio o professionali e con altre attività quotidiane, come dormire o mangiare;
- c) tolleranza, ossia un aumento graduale della quantità di utilizzo necessaria per ottenere lo stesso livello di soddisfazione, nonché la necessità di sostituire i dispositivi operativi con nuovi modelli che appaiono sul mercato; si riferisce alla crescente necessità di utilizzare il telefono cellulare. La tolleranza è intimamente correlata all'uso eccessivo, ma si riferisce specificamente alla necessità di un uso sempre maggiore per ottenere gli stessi benefici di prima.
- d) astinenza, vale a dire l'urgente necessità di utilizzare un telefono cellulare dopo che sia trascorso un certo periodo di tempo dal suo ultimo utilizzo, nonché alterazioni emotive quando il suo uso è impedito o reso difficile;
- e) mancanza di controllo, cioè incapacità di fermare il comportamento di dipendenza.
- f) problemi interpersonali.

La violenza in un click: cyberbullismo, dipendenza e manipolazione

Altri rischi derivanti da Internet e i nuovi media possono essere rappresentati

- da un sovraccarico di grandi quantità di informazioni disponibili selezionate in modo acritico (infodemia),
- oppure dall'esposizione a contenuti violenti che pullulano nei media digitali (ad esempio nei film o nei videogiochi) e che può ripercuotersi negativamente sulla salute dei giovani, aumentandone l'aggressività.

La comunicazione via Internet, in particolare quella veicolata attraverso i messaggi nelle chat, che imperverzano sugli smartphone degli adolescenti, diventa una grande stanza virtuale all'interno della quale vengono perpetrati comportamenti diffamatori e aggressivi nei confronti di determinati soggetti bersaglio.

L'assenza di limiti spazio-temporali e la disinibizione diventano strumenti attraverso cui la maggior parte degli adolescenti intraprende la strada della violenza digitale:

- **revenge porn** (la vendetta di chi usa immagini e video di natura intima per screditare la vittima),

- **sextortion** (il ricatto di chi minaccia di rendere pubbliche foto o video di natura sessuale)
- **grooming** (l'adescamento dei minori sul Web) e al già citato trolling
- **cyberbullismo**: l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione da parte di singoli individui o di un gruppo per veicolare comportamenti intenzionali, diffamatori e intimidatori e ripetuti nel tempo, ai danni di uno o più soggetti. Si tratta di un fenomeno che si sta largamente imponendo come nuova espressione di disagio giovanile.

Il **bullismo online** è ormai riconosciuto come primaria fonte di angoscia e potenziale psicopatologia per gli adolescenti nativi digitali.

Questo perché le conseguenze del cyberbullismo, analoghe a quelle del bullismo tradizionale, se non maggiormente gravose a causa dell'elevato numero di persone coinvolte e della forza mediatica dei contenuti trasmessi online o sullo smartphone, si consolidano in una serie di problematiche psicologiche per l'identità personale della vittima andando ad innescare effetti negativi quali

- depressione,
- riduzione dell'autostima,
- problemi di concentrazione,
- rifiuto scolastico,
- disturbi d'ansia,
- pensieri suicidari
- o addirittura, in alcuni casi, il suicidio vero e proprio, come ci informano, purtroppo spesso negli ultimi anni, le pagine di cronaca nera.
- Al di là della distorsione e delle patologie che possono emergere da questa relazionalità cyber, un altro grave rischio legato all'espansione dell'utilizzo delle tecnologie riguarda la manipolazione dei dati personali. Gli hacker possono utilizzare diverse tecniche per mettere le mani sulle nostre informazioni riservate e questo rischio è ancora maggiore se la vittima predestinata è un giovane utente ancora privo di un approccio critico alle nuove tecnologie: infatti, questo potrebbe farsi estorcere dati bancari dei propri genitori, oppure foto intime che il cyber-adescatore minaccia di diffondere in cambio di ricatto economico.
- Combattere il cyberbullismo, le dipendenze e, più in generale, gli utilizzi malsani delle tecnologie è, dunque, possibile solo grazie ad un'accurata opera di sensibilizzazione e di prevenzione che diffonda consapevolezza nei ragazzi rispetto alla natura dei pericoli che la Rete e i nuovi dispositivi possono riservare ai loro utenti.
- In particolare, è necessario prendere coscienza del fatto che Internet non è un mezzo neutro nelle mani dell'uomo: è altamente seduttivo, ci richiama, attira la nostra attenzione, ci attrae con le sue notifiche, i suoi suoni e le sue incredibili possibilità.

Riportiamo in Tab. 1 un utile glossario per orientarsi nei nuovi termini utilizzati nel nuovo fenomeno.

e rifiuta di andare a scuola o a lavorare. Spesso, l'Hikikomori ha come conseguenze l'inversione del ritmo sonno-

veglia e il fenomeno dell'internet addiction (cioè la dipendenza da internet). Gli Hikikomori hanno, generalmente, un'età compresa tra i 14 e i 30 anni e, nel 70-90% dei casi, secondo i sondaggi effettuati, si tratta di maschi. Il fenomeno è stato descritto per la prima volta in Giappone, dove fino ad ora sono stati identificati oltre 1 milione di casi. Sorprendentemente, è stata osservata una grande incidenza anche nella fascia di popolazione over 40. Questo avviene perché, nonostante l'insorgenza dell'Hikiko-

Glossario	
• Social media addiction: frequentazione compulsiva di canali social (quali Facebook, Instagram, Tik Tok, Twitch ecc.) in maniera incontrollata tanto da compromettere altri ambiti di vita quotidiana	
• Internet Gaming Disorder: partecipazione a videogiochi on line spesso con altri giocatori in maniera compulsiva tanto da portare a compromissione o disagio clinicamente significativi	
• Food addiction: tendenza a mangiare in maniera incontrollata cibi ricchi di zuccheri e/o grassi (quali dolci, bevande zuccherate, carboidrati, snack salati, cibi proteici grassi etc.)	
• Ritiro sociale: tendenza a chiudersi per diversi mesi nella propria camera (almeno 6), senza mai uscire (conosciuto nella sua manifestazione clinica estrema come Hikikomori)	
• Social Challenge: giochi/sfide che gli utenti della rete fanno tra di loro, per divertirsi e per intrattenere il proprio pubblico. Spesso vengono filmate per essere pubblicate sui social network. Alcune sono divertenti, altre sono molto pericolose	
• Doxing: diffondere pubblicamente online informazioni come ad es. foto, video o altri dati personali riguardanti una persona, di solito con intenzioni spiacevoli (sia dal lato attivo sia dal lato passivo)	
• Morphing: modificare la propria immagine utilizzando applicazioni (APP) per migliorare il proprio aspetto e/o nascondere eventuali difetti o imperfezioni. SOLO SCUOLE SUPERIORI	
• Sexting: invio o ricezione di messaggi, video e foto personali a sfondo erotico SOLO SCUOLE SUPERIORI	

Riportiamo i risultati di un recente sondaggio su 2022 studenti che frequentano 25 scuole medie superiori di Torino, il cui scopo era quello di misurare la prevalenza dell'Uso Problematico di Internet (P.I.U.)

La prevalenza di P.I.U. è stata del 14,2% tra i maschi e del 10,1% tra le femmine. I maschi di 15 anni e le femmine di 14 anni avevano la più alta prevalenza di P.I.U. che progressivamente si abbassava con l'età tra le femmine. Solo il 13,5% degli alunni ha dichiarato che i genitori controllano l'uso di Internet. La sensazione di sentirsi soli, la frequenza di utilizzo, il numero di ore di connessione e la visita di siti Web pornografici sono stati associati al rischio di PIU in entrambi i sessi. Gli Autori del sondaggio auspicano un successivo approfondimento del P.I.U. che potrebbe diventare un problema di salute pubblica nei prossimi anni. Soprattutto dovrebbero essere studiate meglio le conseguenze sulla salute fisica e mentale del PIU. Appare evidente come nella realtà in cui viviamo la tecnologia stia trasformando rapidamente lo stile della comunicazione umana. Sempre più frequentemente i giovani di oggi preferiscono creare l'illusione di iper-connessione ritirandosi nei mondi digitali, separati da quelli reali, in quanto i rapporti virtuali sono più facili e allontanano la possibilità di conflitto (Recalcati, 2019).

In alcuni casi, pochi fortunatamente, si può manifestare l'**Hikikomori**, una condizione che comporta una forma estrema di ritiro sociale e si manifesta soprattutto tra gli adolescenti e i giovani adulti. I giovani affetti da Hikikomori tendono a rinchiudersi all'interno della propria stanza e a rifiutare qualsiasi forma di relazione e di contatto diretto con il mondo esterno.

Questo grave disturbo psicopatologico può durare un periodo di tempo molto lungo, anche anni, in cui la persona interrompe ogni tipo di rapporto con amici e famiglia

si abbia soprattutto durante l'adolescenza, questa condizione tende a diventare cronica e, se non trattata, può durare anche tutta la vita.

Questa patologia si è diffusa anche in altri Paesi, come Corea e Cina e, negli ultimi anni, anche in Stati Uniti, Australia ed Europa, Italia compresa. Qui, l'attenzione verso queste tematiche sta aumentando, probabilmente anche in seguito alla pandemia che ha portato maggiormente alla luce il problema. In particolare, nel nostro Paese si stima ci siano circa 100.000 casi di Hikikomori. Molteplici possono essere le cause, che dipendono sia da fattori di carattere individuale (come esperienze traumatiche precoci, ad esempio un abuso, o una personalità introversa) che dal contesto in cui si vive (come dinamiche familiari, ad esempio un padre assente o una madre iperprotettiva, basso rendimento scolastico combinato con aspettative alte, ecc....).

Sembra, comunque, accertato che la famiglia e la scuola abbiano un ruolo decisivo nell'insorgenza di Hikikomori. In effetti, l'abbandono scolastico, o del lavoro, è spesso la prima manifestazione di questa condizione e, a volte, può essere la conseguenza di una storia di bullismo, di mobbing o di un basso rendimento che non soddisfa le aspettative della famiglia o della società.

Dal punto di vista dei fattori soggettivi, i ragazzi e i giovani adulti che sperimentano ansia sociale, possono essere predisposti all'Hikikomori, perché hanno più difficoltà a relazionarsi con i coetanei e ad adattarsi alla società in cui vivono. Inoltre, la coesistenza di molteplici fattori di rischio a livello individuale e contestuale provoca una crescente demotivazione nei rapporti con il mondo esterno, fino a un vero e proprio rifiuto dello stesso. A livello cognitivo e comportamentale si mette in atto un vero e proprio meccanismo di evitamento della si-

tuazione che provoca disagio, stress o paura, rifiuto ad affrontare i problemi e conseguente ritiro in un luogo che trasmette protezione: la propria camera. Di conseguenza, la reclusione volontaria si configura come l'unica soluzione possibile, l'unico strumento per esprimere il proprio dissenso e disagio verso una realtà quotidiana soffocante.

Riportiamo infine i risultati della prima indagine ISS, "Lo studio Dipendenze comportamentali nella Generazione Z", frutto di un accordo tra il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicato 28/03/2023. Intervistati nell'autunno del 2022 più di 8.700 studenti tra gli 11 e i 17 anni, 3.600 circa delle scuole secondarie di primo grado e 5.100 circa delle secondarie di secondo grado, su tutto il territorio nazionale, selezionati in modo da avere un campione rappresentativo della popolazione.

Oltre un milione e 150mila adolescenti in Italia sono risultati a rischio di dipendenza da cibo.

- Quasi 500mila potrebbero avere una dipendenza da videogiochi
- Quasi 100mila presentano caratteristiche compatibili con la presenza di una **dipendenza da Social Media**
- Diffuso anche il fenomeno **dell'isolamento sociale** (conosciuto come Hikikomori nella sua manifestazione clinica estrema), che riguarda l'1,8% degli studenti medi e l'1,6% di quelli delle superiori.
- Inoltre proprio coloro che presentano rischio maggiore sono quelli che maggiormente dichiarano di avere **difficoltà a parlare con i propri genitori** di cose che li preoccupano. Il 2,5% del campione presenta caratteristiche compatibili con la presenza di una dipendenza da social media (circa 99.600 studenti), percentuale che nel genere femminile raggiunge il 3,1% nelle studentesse di 11-13 anni e il 5,1% nelle studentesse di 14-17 anni.
- Gli studenti a rischio nella popolazione 11-13 anni hanno 10,1 volte in più di probabilità di avere una **ansia sociale grave o molto grave e 5,5 volte in più di presentare un'alta impulsività nel carattere.**
- Il rischio di **disturbo da uso di videogiochi** vede coinvolto il 12% degli studenti (circa 480.000 studenti italiani). Il genere maschile è più colpito, con la percentuale che arriva al 18% negli studenti maschi delle secondarie di primo grado e al 13,8% negli studenti delle superiori (contro il 10,8% nelle scuole medie e il 5,5% nelle scuole superiori per le femmine). Rispetto all'età, la percentuale di rischio maggiore si rileva nelle scuole medie con il 14,3% dei ragazzi a rischio, mentre il dato scende al 10,2% alle superiori.
- I fattori associati sono la **depressione** moderatamente grave o grave, con un rischio di 5,54 volte maggiore nei ragazzi di 11-13 anni e 3,49 nei ragazzi

14-17 anni e un'ansia sociale grave o molto grave, con un rischio di 3,65 volte maggiore rispetto alla media nei ragazzi di 11-13 anni e 5,80 nei ragazzi 14-17 anni.

- Il rischio di food addiction coinvolge 1.152.000 studenti circa tra gli 11 e i 17 anni, di cui più di 750.000 sono femmine (271.773 delle scuole medie e 485.413 delle superiori). il 13,1% (circa 523.000 studenti) presenta un rischio lieve; il 6,4% (circa 256.000 studenti) un rischio moderato; il 9,3% (più di 373.000 studenti) presenta un rischio grave
- Coloro che presentano un rischio di **food addiction** grave nel campione 11-13 anni hanno 11,62 volte in più la probabilità di avere una depressione moderatamente grave o grave; 6,55 volte di presentare una depressione moderata; 4,43 volte di presentare ansia moderata e 2,39 volte di avere depressione lieve.
- Gli studenti di 11-13 anni che hanno indicato di **essersi isolati** tutti i giorni negli ultimi 6 mesi sono stati l'1,8% (circa 30.175 studenti delle scuole medie), mentre la percentuale degli studenti 14-17 anni è del 1,6% (circa 35.792 studenti delle scuole superiori).
- Rispetto al **genere**, la prevalenza più alta si ritrova nelle femmine che tendono ad isolarsi nella loro camera senza uscire di casa nell'1,9% nel caso delle studentesse delle scuole medie fino ad arrivare al 2,4% dei casi delle studentesse delle scuole superiori.
- Il dato è allarmante per la **precocità** del fenomeno e per **l'età più critica che risulta essere di 13 anni.**
- Gli studenti di 11-13 anni con un rischio di Social Media addiction dichiarano una difficoltà comunicativa con i genitori nel 75,9% dei casi (questa percentuale scende al 40,5% in chi non presenta il rischio); quelli che presentano un rischio di Internet Gaming disorder nel 58,6% (vs 38,3% di chi non lo presenta); quelli che presentano una food addiction grave nel 68,5% (vs il 34,4% di chi non ha nessuna food addiction).
- Tra i genitori che dichiarano di "non osservare problematiche nei figli legate all'uso rischioso dei videogiochi" vi è invece l'8,6% che presenta un figlio con rischio di gaming addiction, del quale evidentemente il genitore rispondente non si accorge. Addirittura, nei genitori che dichiarano che il loro figlio "non gioca con i videogiochi" si riscontra il 3,7% di casi di figli che presentano un rischio di gaming addiction.
- Anche tra i genitori che dichiarano di "non osservare comportamenti di assunzione incontrollata di cibi poco salutari nei loro figli" si ritrova quasi un 20% di ragazzi con un disturbo di food addiction (9,1% lieve; 5,5% moderata; 5,2% grave).
- Di contro, tra i genitori che dichiarano di "osservare problemi di gaming addiction nel figlio" c'è una so-

vra stima del problema in quanto seppure lo screening non ha riportato presenza di rischio nei figli il 75,9% dei genitori indica una preoccupazione per la dipendenza del figlio. Allo stesso modo anche tra i genitori che dichiarano “assunzione incontrollata di cibi non salutari” da parte dei figli, il 55,8% dei ragazzi non presenta nessun rischio di food addiction, indicando una errata valutazione da parte dei genitori.

- Alla domanda “Hai mai fumato **cannabis**?” gli studenti delle superiori hanno risposto positivamente per il 22,3%. Dalle analisi di questo gruppo si evidenzia che non ci sono differenze sostanziali tra maschi e femmine.
- Si riscontrano percentuali più alte di ragazzi che presentano rischio nella food addiction, nella social media addiction e nell’isolamento sociale, rispetto ai compagni che non hanno mai fumato cannabis; presentano maggiormente comportamenti di doxing sia praticato che subito, di sexting sia inviato che ricevuto, di attività di morphing e di social challenge.
- Inoltre tra i ragazzi che hanno fumato cannabis c’è una percentuale maggiore di fumatori, consumatori di alcol, di episodi di ebbrezza alcolica nell’ultimo mese, di consumo di altre sostanze d’abuso e ansiolitici.

CONCLUSIONI

La dipendenza, o meglio l’addiction, comporta il forte desiderio di qualcosa (il craving), la perdita di controllo sul suo uso e il continuo coinvolgimento con esso, nonostante le conseguenze negative.

La dipendenza cambia il cervello, prima sovvertendo il modo in cui si registra il piacere e poi alterando altre funzioni normali come l’apprendimento e la motivazione. Per quanto riguarda i problemi psicologici e psichiatrici associati all’uso del telefono cellulare, esiste una relazione inversa tra sane abitudini di comportamento come attività fisica e alimentazione corretta da una parte e dipendenza da telefoni cellulari dall’altra.

I sintomi correlati includono disturbi del sonno, ansia, stress e depressione e consumo di sostanze, come alcol o tabacco, in particolare negli adolescenti.

Inoltre, è evidente anche la coesistenza di alcune patologie psichiatriche caratterizzate dalla mancanza di controllo degli impulsi.

Sia l’abuso di Internet che quello del telefono cellulare sono associati a problemi di autostima, del concetto di sé e di instabilità emotiva.

Anche se rompere una dipendenza può sembrare difficile, non è affatto una missione impossibile.

Il paradosso da evidenziare è che l’apparente iperconnessione è in realtà una forma di sconnessione, di taglio di ogni legame sociale.

In alcuni giovani il social potenzia effettivamente i legami interpersonali, ma il rischio è di confondere il virtuale con

il reale: si genera così una dipendenza tossica caratterizzata da assenza di pause, di intervalli, come è accaduto in quei ragazzi di Roma che si vantavano di essere connessi da 50 ore senza nessuna interruzione.

La dipendenza dall’oggetto è una forma di autismo, quindi il contrario della socialità. L’attaccamento al telefonino, divenuto oggetto primario, è un attaccamento regressivo primario al seno materno e se stacchi un ragazzo dal cellulare provochi una crisi di angoscia primaria, tipo attacco di panico, come quello del bambino svezzato bruscamente dal seno della madre. Ci siamo illusi che la fine del lockdown avrebbe comportato la ripartenza della vita. In realtà molti giovani hanno colto l’occasione del confinamento per trasformarlo in una condizione stabile di vita, che permetteva loro di sottrarsi al giudizio a volte spietato dell’altro sul loro modo di essere, che genera un’ansia insopportabile. Il vantaggio, per quanto illusorio, è di sottrarsi ad una vita ridotta ad una gara, dove conta la visibilità a tutti i costi, il numero dei followers, il fatto quindi di essere «seguiti», di aver conquistato il maggior numero possibile di «like».

Non bisogna confondere l’isolamento con la solitudine che, anzi, è un’occasione di creatività di riflessione, di fantasia. Nell’isolamento viene soppressa la presenza dell’altro, proprio dell’altro giudicante, che ti fa sentire inferiore.

Dopo il ’68 è evaporata la figura del padre: per colmare il vuoto occorrono padri che sappiano essere testimoni, che sappiano dar peso alle parole grazie ai loro atti, al loro comportamento.

Dobbiamo rispettare il segreto dei figli e davanti a quella porta chiusa bisogna dar tempo al figlio perché chieda aiuto. Dobbiamo interrogarci su quali siano le nostre responsabilità come genitori riguardo quella porta chiusa. Freud ha sempre sostenuto che il mestiere di genitori è un mestiere impossibile, nel senso che tutti i genitori sbagliano, ma ci ha anche detto che i migliori tra i genitori sono quelli che sono consapevoli dei propri errori.

Sulla dipendenza dalla tecnologia la comunità scientifica non ha raggiunto un consenso su:

1. se esiste,
2. se esiste, che cos’è, e
3. come misurarla con precisione.

In sintesi, c’è ancora molto lavoro da fare in questo campo alla luce dei limiti dei suoi concetti e della diversità dei criteri di definizione e delle metodologie di studio.

Possiamo considerare l’uso del telefono cellulare e/o di Internet come un comportamento suscettibile di facile dipendenza per personalità vulnerabili, emotivamente o affettivamente instabili, che si manifesta in situazioni e contesti specifici, soprattutto in soggetti in via di sviluppo.

In questo campo di indagine però è necessario ampliare il raggio di analisi e ricerca alla popolazione adulta, con l’obiettivo di ottenere un quadro globale di un fenomeno

così diffuso da sembrare normale nella nostra società postmoderna, così fluida. Sebbene il telefono cellulare comporti certamente rischi per la salute dei giovani e degli adolescenti, il consumo problematico esiste senza dubbio anche negli adulti.

**Professore di Psichiatria Università di Trieste. Presidente Comitato Scientifico della S.I.F.I.P.*

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Cantelmi T., Del Miglio C., Talli M., & D'Andrea A. (2000). Internet Related Psychopathology: primi dati sperimentali, aspetti clinici e note critiche. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 6, (1), 40-51.
- Caretti V, La Barbera D. (2005) *Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Corbelli L. (2012) *Nuove dipendenze. Guida ad un fenomeno complesso* Edizioni Aras, Fano
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Di Chiara G. (2002) Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behaviour and addiction. *Behav Brain Res*; 137: 75-114.
- Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: Survey nella popolazione scolastica per lo sviluppo di politiche di prevenzione (2023) Istituto Superiore di Sanità.
- Goodman A. (2008) Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol*, 75: 266-322.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 233-241.
- Hunt, M. G., Marx, R., Lipson, C., Young, J. (2018). No more FOMO: Limiting social media decreases loneliness and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(10), 751-768.
- Karim, R., Chaudhri, P. (2012). Behavioral addictions: An overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 5-17.
- Kim, S. H., Baik, S. H., Park, C. S., Kim, S. J., Choi, S. W., Kim, S. E. (2011). Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with Internet addiction. *Neuroreport*, 22(8), 407-411.
- La Barbera, D., Cannizzaro, S. (2006). Lineamenti psicologici e psicopatologici dell'uso di internet. *PSICOTECH*.
- Lavanco, G., Varveri, L. (2006). *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*. Carocci Ed.
- Lavenia G. (2012) *Internet e le sue dipendenze: dal coinvolgimento alla psicopatologia* Franco Angeli, Milano
- Machimbarrena, J. M., González-Cabrera, J., Ortega-Barón, J., Beranuy-Fargues, M., ÁlvarezBardón, A., Tejero, B. (2019). Profiles of problematic internet use and its impact on adolescents' health-related quality of life. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3877
- Frances E. J. (2015) *Il cervello degli adolescenti*. Mondadori, Milano
- Goleman, D. (2011). *Intelligenza emotiva: Che cos'è e perché può renderci felici*. Bur, Milano
- Maddux, J.F., Desmond, D.P. (2000). Addiction or dependence? *Addiction*, 95(5), 661-665.
- Marengo, D., Fabris, M. A., Longobardi, C., Settanni, M. (2022). Smartphone and social media use contributed to individual tendencies towards social media addiction in Italian adolescents during the COVID-19 pandemic. *Addictive behaviors*, 126, 107204.
- Morgan O. J., Dipendenza, attaccamento, trauma e recovery. *Il potere della connessione*, (2021) Giovanni Fioriti, Roma. *Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze*
- Mulé A. *Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze* (2008). *Noos* 2, 99-106.
- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419-427
- Park, B., Han, D.H., Roh, S. (2017) Neurobiological findings related to Internet use disorders. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 71, 467-478.
- Premsky, M. (2001b) Digital Natives, digital immigrants' part 2: do they really think differently? *On the Horizon*, 9, 1-6
- Recalcati M. (2002) *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*. Franco Angeli.
- Riva, G. (2010). *I social network. Il mulino*, Bologna
- Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2017/04/igeneration-nuove-tecnologie/>
- Robbins, T. W., Clark, L. (2015). Behavioral addictions. *Current opinion in neurobiology*, 30, 66-72.
- Rosenberg, K. P., Feder, L. C. (2015). *Dipendenze comportamentali: Criteri, evidenze, trattamento*. Edra Masson.
- Spada, M. M., Marino, C. (2017). Metacognitions and emotion regulation as predictors of problematic internet use in adolescents. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(1), 59-63.
- Tereshchenko, S., Kasparov, E. (2019). Neurobiological risk factors for the development of internet addiction in adolescents. *Behavioral sciences*, 9(6), 62.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Swanson JM. (2004) Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Mol Psychiatry*; 9: 557-69.
- Yau, M. Y. H., Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 134.

Donatella Marazziti* **, Eric Annuzzi*,
 Andrea Coccoglioniti*, Matteo Gambini*,
 Stefania Palermo*, Alessandro Arone*

Depressione e sindrome metabolica: stato dell' arte

Riassunto

Il disturbo depressivo maggiore (MDD) costituisce una sfida nel campo dei disturbi mentali, data la sua alta prevalenza nella popolazione generale e il suo impatto sulla qualità di vita e di costi sociali a livello mondiale. Al momento, uno dei filoni di ricerca di maggiore interesse è costituito dai meccanismi che sottendono la depressione, ma anche i processi in comune con una condizione clinica nota come sindrome metabolica (MeS), a sua volta frequente nella popolazione generale e spesso in comorbidità con il MDD che, in questi casi, può diventare ancora più grave. L'obiettivo di questa review è di riassumere e commentare le evidenze sulle relazioni tra depressione e MeS. Per questo motivo sono stati selezionati tutti gli articoli utili a tale scopo presenti nei principali database di ricerca scientifica. I risultati hanno mostrato l'esistenza di processi in comune tra depressione e sindrome metabolica che coinvolgono diversi mediatori, come l'infiammazione, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, lo stress ossidativo, la funzione piastrinica, la patologia coronarica e gli ormoni periferici, che necessiterebbero di maggiore considerazione da parte della comunità scientifica, in quanto tali elementi potrebbero essere bersaglio di nuove strategie terapeutiche per entrambe le condizioni.

Parole chiave: disturbo depressivo maggiore, sindrome metabolica, infiammazione, citochine, malattia cardiovascolare, dieta

Abstract

Major depressive disorder (MDD) constitutes a challenge in the field of mental disorders, given its high prevalence in the general population and its impact on the quality of life, while representing a major burden of health worldwide. Currently, much interest in the pathophysiology of MDD is also directed towards disentangling the possible biological mechanisms shared with that medical condition known as metabolic syndrome (MeS) that is frequent in the general population and often comorbid with MDD. Therefore, the aim of this paper was to summarize the evidence on the relationships between depression and MeS, and to comment on the common factors and mediators present in these two conditions. For this reason, some of the main databases of scientific literature were accessed, and all the papers fulfilling the goal of this review were selected. The results demonstrated the existence of common pathways between depression and metabolic syndrome involving several mediators, such as inflammation, the hypothalamus-pituitary-adrenal axis, oxidative stress, platelet functions, coronary heart disease and peripheral hormones, thus requiring strict attention from the scientific community. Indeed, such pathways may be targeted in the near future in order to pave the way to new treatment options for these disorders.

Key words: major depressive disorder, metabolic syndrome, inflammation, cytokines, cardiovascular disease, diet

Introduzione

Il disturbo depressivo maggiore (MDD) è da sempre uno dei disturbi psichiatrici più dibattuti, data la sua elevata prevalenza e il suo grande impatto sia sui pazienti che sui sistemi sociali e sanitari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) circa 350 milioni di persone soffrono di MDD che rappresenta un'importante causa di invalidità (1). Soggetti depressi possono manifestare un'ampia gamma di sintomi, come umore depresso e/o anedonia, scarsi livelli di energia, difficoltà di concentrazione, rallentamento del flusso del pensiero, sentimenti di colpa eccessiva o di impotenza, modificazioni significative dell'appetito o del peso corporeo e disturbi del sonno (2). Tali sintomi influenzano la vita quotidiana dell'individuo e il suo funzionamento globale, e devono essere presenti per almeno due settimane, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione (DSM5) (2). Il disturbo depressivo maggiore è spesso in comorbidità con altre condizioni, in particolare con disturbi d'ansia, disturbi ossessivo-compulsivi e disturbi di personalità (2). La sua eziologia e fisiopatologia sono indubbiamente ricche di sfaccettature, in quanto risultanti dall'interazione tra fattori genetici, biologici e ambientali (3). Inoltre, i pazienti depressi presentano un maggiore rischio di obesità e di patologia cardiovascolare. Non sorprende il fatto che negli ultimi anni sia emersa una po-

tenziale connessione con la condizione denominata sindrome metabolica (MeS) (4). La sindrome metabolica è un'alterazione del metabolismo che rappresenta un grave rischio per la salute che necessita di una rapida identificazione data la potenziale reversibilità del suo corso (5). Può essere diagnosticata quando sono presenti almeno tre delle seguenti alterazioni: pressione arteriosa elevata (pressione sistolica ≥ 130 mmHg e/o pressione diastolica ≥ 85 mmHg); circonferenza vita > 102 cm nei maschi e > 88 cm nelle femmine; ipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dL); colesterolo HDL < 40 mg/dL nei maschi e < 50 mg/dL nelle femmine; glicemia a digiuno ≥ 100 mg/dL (5). Circa una persona su quattro è affetta da tale condizione, con qualche differenza di genere (6). Sebbene la letteratura scientifica riguardante la prevalenza della MeS in soggetti con MDD sia eterogenea, sembrerebbe arrivare fino al 30% (7). Negli anziani, la co-presenza dei due disturbi ha portato alla nozione di depressione vascolare, un particolare sottotipo di MDD in cui la disregolazione metabolica danneggerebbe in maniera significativa i vasi sanguigni (8). I sintomi possono essere più gravi e cronici, con maggiore frequenza di ideazione suicidaria e alterazione del funzionamento sociale (9). Per questo motivo è stato ipotizzato che il trattamento della MeS potrebbe ridurre l'incidenza della depressione negli anziani (8). Sia la MDD che la MeS sono poco chiari punto di vista neu-

robiologico. Diverse ipotesi sono state proposte per spiegare i meccanismi sottesi alle due condizioni quando si presentano sia da sole che in comorbidità. L'infiammazione, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, i processi ossidativi, le funzioni endoteliali piastriniche, la malattia coronarica e gli ormoni periferici sono tra queste e potrebbero essere interconnesse (9; 10) (**figura 1**). L'obiettivo di questa review narrativa è quello di riassumere le principali informazioni sulla fisiopatologia della MeS e del MDD, e di promuovere la ricerca su questo campo così importante, in modo da portare eventualmente a nuove prospettive terapeutiche.

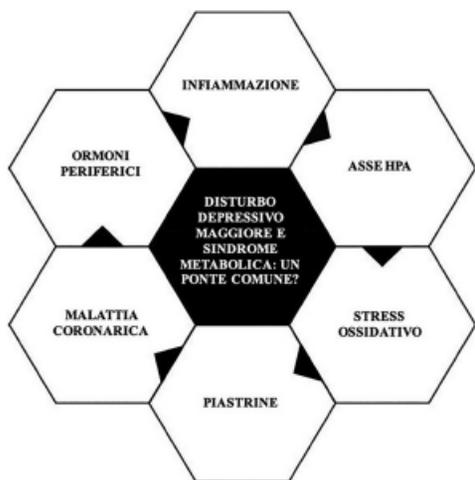


Figura 1. Meccanismi e mediatori coinvolti nel disturbo depressivo maggiore (MDD) e nella sindrome metabolica (MeS).

Infiammazione

È comunemente noto nell'ambito dei disturbi mentali che alcuni fattori stressogeni possano favorire l'insorgenza di MDD (11; 12). Numerosi dati suggeriscono che nella MDD possano verificarsi processi infiammatori con conseguente aumento cronico delle citochine. In seguito a diversi fattori scatenanti, le citochine attraversano la barriera emato-encefalica, portando a un'attivazione delle cellule endoteliali e immunitarie promuovendo il rilascio di mediatori dell'infiammazione (11). Nei pazienti depressi sono stati studiati vari mediatori dell'infiammazione e buona parte delle evidenze scientifiche supportano il ruolo di molteplici interleuchine (IL), soprattutto IL-1 e IL-6, ma anche del fattore di necrosi tumorale (TNF) e della proteina C reattiva (PCR). I polimorfismi dei geni di alcuni di questi biomarker sembrerebbero essere associati con la depressione (12). La presenza di infiammazione potrebbe incrementare il rischio di fallimento terapeutico, in quanto uno studio ha riportato che metà di un gruppo di soggetti depressi non ha risposto a farmaci antidepressivi in presenza di livelli di PCR > 3mg/L (13). La somministrazione di antidepressivi a modelli murini favorisce la neurogenesi nell'ippocampo e una conversione della microglia verso il fenotipo neuroprotettivo M2, portando alla produzione di IL-4 da parte delle cellule T negli spazi meningei (14). L'interleuchina-4, successivamente, stimola gli astrociti a produrre fattore neurotrofico cerebrale (BDNF), una neurotrofina fondamentale per la sopravvivenza e lo sviluppo dei neuroni (14). La recente iden-

tificazione di un sistema linfatico cerebrale ha riscosso grande interesse dato il suo coinvolgimento nella mobilità dei linfociti-T a questo livello, in particolare negli spazi meningei. Il ruolo di diversi sottotipi di linfociti-T è tuttora materia di ricerca, tuttavia, esistono delle evidenze a supporto dell'importanza delle cellule T regolatorie (T-reg), in quanto potrebbero sopprimere i meccanismi infiammatori e contribuire alla preservazione dell'integrità neuronale in situazioni stressanti (14; 15). Delle citochine pro-infiammatorie sembrerebbero attivare l'enzima indoleammina 2,3 diossigenasi (IDO) che metabolizza il triptofano (TRY) nei suoi cataboliti (TRYCATs), inclusa la chinurenina (KYN) (16;17;18). È stato ipotizzato che il riscontro di livelli ridotti di serotonina (5-HT) in alcuni pazienti depressi potrebbe essere causato dal rilascio di diverse citochine pro-infiammatorie che a loro volta portano all'attivazione dell'enzima IDO e quindi a una riduzione dei livelli plasmatici di TRY. Queste informazioni potrebbero ampliare l'ipotesi serotoninergica classica della deplezione di TRY e 5-HT, a favore di nozioni più complesse che comprendano la degradazione di TRY e la sintesi di TRYCAT indotta dall'infiammazione, e quindi una riduzione di TRY e 5-HT (19).

Asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA)

Vari fattori psicosociali stressanti come la perdita di una persona cara, i conflitti interpersonali e l'isolamento sociale, possono determinare il rilascio di catecolamine e di ormone corticotropo (CRH) da parte dell'ipotalamo, promuovendo in questo modo la sintesi di cortisolo. Le catecolamine interagiscono con i recettori adrenergici, incrementando il legame dell'NF-kB al DNA e determinando il rilascio di svariati mediatori infiammatori (18), mentre le citochine possono entrare nel cervello e promuovere l'infiammazione per mezzo di specifici processi che coinvolgono la microglia (18). In condizioni normali, l'attivazione del CRH indotta dalle citochine e di conseguenza dall'asse HPA determina un'alterazione dei vari processi infiammatori. Nel MDD, l'asse HPA perde la sua attività inibitoria, di conseguenza i glucocorticoidi non possono contrastare la produzione di cortisolo né bloccare l'attivazione di differenti processi infiammatori, condizione che prende anche il nome di "resistenza ai glucocorticoidi". Complessivamente, la resistenza ai glucocorticoidi finirebbe per causare uno stato continuo di neuro-infiammazione, in aggiunta a un'iperattivazione dell'asse HPA (18) (**figura 2**). Gli effetti sembrano in parte correlati all'attività che le citochine esercitano sui recettori dei glucocorticoidi (18). Come risultato, l'eccitotossicità e i cambiamenti nel metabolismo delle monoamine può complessivamente contribuire a queste alterazioni cerebrali che sottostanno e/o possono essere riscontrate nel MDD (16; 12). Nei pazienti depressi spesso si riscontra un incremento dei livelli di cortisolo nelle urine, nel plasma e nella saliva, correlato con l'ampliamento dell'ipofisi e delle ghiandole surrenali (20). L'iperattivazione dell'asse HPA, l'ipercolesterolemia, i pattern infiammatori alterati, l'attivazione delle citochine, insieme all'alterazione di diversi mediatori correlati al rischio cardiovascolare (es. PCR e reattività piastrinica) possono rappresentare fattori chiave coinvolti nello

stesso meccanismo patogenetico del MDD.

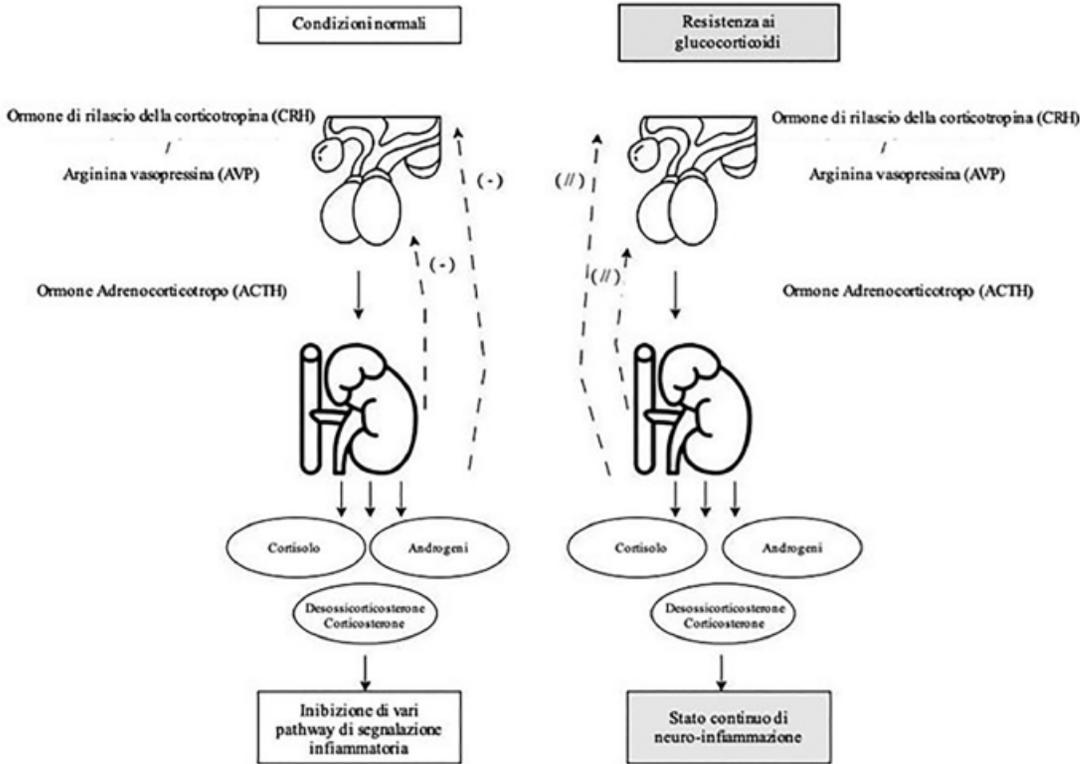


Figura 2. Resistenza ai glucocorticoidi.

Stress ossidativo

Il sistema antiossidante complessivamente necessita sia di antiossidanti non-enzimatici che di quelli enzimatici (21). In particolare, i primi sono rappresentati da una vasta gamma di mediatori compresi: glutazione, tiolo, proteine plasmatiche, acido urico (UA), vitamina C, vitamina E, zinco, coenzima Q10. Tutti questi presentano un'attività antiossidante e giocano un ruolo chiave nella neutralizzazione dei radicali liberi che vengono prodotti (21). Al contempo, gli antiossidanti enzimatici neutralizzano i radicali o le specie reattive (es. reduttasi, catalasi e glutazione perossidasi) (21). L'induzione dello stress ossidativo insieme a una risposta immuno-infiammatoria, può contribuire in maniera significativa alla patogenesi della depressione compromettendo le principali funzioni del cervello (21). L'alterazione del funzionamento dell'asse HPA e dei sistemi monoaminergico e neurotrofico potrebbe compromettere l'equilibrio metabolico e ossido-riduttivo nel paziente depresso. Nel MDD c'è l'evidenza di alterazione di vari indici di stress ossidativo e concentrazioni più basse di alcuni antiossidanti non-enzimatici ed enzimatici che possono essere ristabiliti con l'utilizzo degli antidepressivi. Inoltre, diversi antiossidanti, come N-acetilcisteina, zinco e acidi grassi omega-3, presentano un'attività antidepressiva (22). Recentemente è stata dimostrato che una riduzione negli acidi grassi poliinsaturi (PUFAs) all'interno delle membrane degli eritrociti è suggestiva di un incremento della degradazione dei perossidi a catena lunga. Gli stessi autori hanno specificato come un incremento dello stress ossidativo potrebbe essere riscontrato nelle forme più severe di depressione, in associazione con

un danno a carico del DNA (23). I pazienti depressi, quando confrontati con i sani, sembrano inoltre presentare una differente attività di svariati enzimi, come ad esempio la catalasi e la glutazione reduttasi, le loro attività tendono ad essere elevate nel MDD e ristabilite dai farmaci antidepressivi (24). Alcune evidenze sembrano supportare il ruolo dell'UA, prodotto a partire dai nucleotidi purinici nei pazienti con MDD (25). L'UA e le purine normalmente esercitano un ruolo chiave nella regolazione di diversi processi: ciclo sonno-veglia, regolazione dell'appetito, cognizione, memoria, soglia convulsiva e impulsività (25). Secondo alcuni autori, l'incremento dell'efficacia dei modulatori purinici del tipo 1 e tipo 2 (P1 e P2) possono contribuire significativamente ai sintomi dei disturbi

dell'umore. Come risultato, è stato considerato che il sistema purinico potrebbe rappresentare in futuro un interessante bersaglio per le nuove strategie terapeutiche (26).

Piastrine

Adesione, aggregazione e rilascio dei mediatori infiammatori sono le classiche funzioni delle piastrine e questo costituisce una parte importante del sistema di difesa dell'organismo (27). Infatti, i processi infiammatori determinano l'incremento del fattore di attivazione piastrinico (PAF) e il rilascio di trombina inducendo l'attivazione delle stesse (28). Questo processo determina la traslocazione della P-selectina sulla superficie delle membrane piastriniche, il conseguente legame dei leucociti e l'espressione dell'integrina IIb3 che a sua volta si lega al fibrinogeno. Inoltre, le piastrine producono proteine in risposta a segnali esterni, inclusi ciclo-ossigenasi-2 (COX-2), fattore tissutale (TF), IL-1 e metalloproteinasi della matrice, che complessivamente contribuiscono al mantenimento dello stato infiammatorio (29). Le piastrine presentano significative somiglianze biochimiche con i neuroni serotoninergici presinaptici per quanto riguarda il metabolismo, l'immagazzinamento e il reuptake della serotonina (5-HT) (30), per cui rappresentano un affidabile modello periferico dell'attività neuronale in psichiatria biologica. I pazienti che soffrono di MDD potrebbero presentare alterazioni per quanto riguarda struttura piastrinica, velocità di reuptake, proteine del trasportatore della serotonina (SERT), livelli intracellulari di calcio, e presentano un'incrementata risposta a stimoli pro-attivanti (10; 31). Inoltre, dal momento che le piastrine sono la prima fonte di amiloide-(A) nel plasma, è plausibile che i pazienti depressi potrebbero presentare alterazioni nel metabolismo della proteina precursore dell'amiloide (APP) e nella pro-

duzione dell'amiloide-(A), come risultato dei cambiamenti nella reattività delle piastrine nei confronti di specifici stimoli pro-attivanti. È possibile ipotizzare una correlazione tra depressione, MeS e problemi cardiovascolari dovuta ai cambiamenti nel metabolismo dell'APP e nella produzione dell'amiloide-(A) che causa iperattivazione piastrinica. Infine, vale la pena sottolineare che gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) possono ridurre la mortalità nei soggetti depressi prevenendo gli eventi cardiovascolari grazie ai loro effetti antiplastrinici osservati in vivo (10; 32).

Malattia cardiovascolare

La malattia coronarica e il MDD sembrano essere strettamente correlati (33; 34). La depressione può duplicare o triplicare il rischio di CVD, così come anche il rischio di comorbidità e mortalità cardiaca (35). A dispetto di tutti i dati epidemiologici su questo tema, le conoscenze della sua fisiopatologia rimangono deboli e limitate. In ogni caso si reputa che i processi infiammatori possano rivestire un ruolo significativo. Inoltre, il mantenimento di un lieve stato infiammatorio negli individui depressi, come risultato dell'iperproduzione di cortisolo potrebbe facilitare l'insorgenza di patologie cardiache (36). Un altro potenziale meccanismo potrebbe essere correlato al fatto che elevati livelli di cortisolo potrebbero danneggiare direttamente i vasi sanguigni, favorendo la formazione di placche e, in questo modo, condurre a CVD (37).

Ormoni periferici

L'interesse per gli ormoni periferici, come la grelina, un peptide endogeno coinvolto nell'asse intestino-cervello, è aumentato nel corso degli anni, in virtù del loro possibile ruolo patogenetico in diverse malattie. In particolare, la grelina, prodotta dalle cellule parietali gastriche, entra in circolo e attraversata la barriera emato-encefalica, può esercitare le sue azioni in diverse regioni del cervello (38). Nonostante sia considerata principalmente coinvolta nella regolazione dell'appetito, si è scoperto essere implicata in diversi processi, tra cui infiammazione, funzionalità cardiovascolare, ansia e depressione. In relazione a quest'ultima condizione, sono stati osservati livelli più elevati di grelina al diminuire dei sintomi depressivi e, al contempo, un incremento dell'appetito (39). D'altra parte, sia nel MDD che nell'obesità, è stata dimostrata una disregolazione dei livelli di grelina in diverse aree del cervello, come l'ipotalamo e l'ippocampo (40). Un altro ormone regolatore dell'appetito è la leptina. Dopo essere stata rilasciata dagli adipociti, la leptina raggiunge il cervello attraverso il flusso sanguigno, dove favorisce la perdita di peso attraverso una riduzione dell'appetito (41). Questi due ormoni mostrano effetti opposti sull'assunzione di cibo (**figura 3**), così come sulla risposta allo stress, con la leptina che inibisce l'espressione di mRNA di CRH e dei livelli di glucocorticoidi e la grelina che agisce sostanzialmente in modo opposto. In modo simile, indipendentemente dai suoi effetti sull'umore, è stato ipotizzato che la 5-HT possa avere un ruolo nel controllo della sazietà e nel comportamento alimentare attraverso diversi recettori, in

particolare il 5-HT_{2C} ed il 5-HT₆ nell'ipotalamo ventro-mediante e nei nuclei laterali. I meccanismi coinvolti sono diversi, poiché la 5-HT interagisce sia con l'orexina che con l'ormone melanocortina-stimolante (MSH) nel nucleo del tratto solitario (42), ed è anche connessa con la grelina e la leptina (10). Nello specifico, la leptina inibisce l'appetito diminuendo la sintesi e il rilascio di 5-HT dai neuroni del tronco encefalico, attraverso l'azione sui recettori 5HT_{1A} e 5HT_{2B} del nucleo arcuato, ma può anche aumentare l'appetito, a seconda del sottotipo di recettore coinvolto. Di conseguenza, appare chiaro come il funzionamento del sistema 5-HT risulti complesso e, come tale, vi contribuiscono diversi fattori, come il suo tasso di biosintesi dal TRY, il suo rilascio e il catabolismo (43), i tassi di occupazione/sensibilità dei diversi recettori 5-HT e l'attività del suo sistema di reuptake tramite il SERT (10). In uno studio del nostro gruppo, è stata dimostrata una correlazione negativa della densità recettoriale del SERT (B_{max}) con BMI, rapporto circonferenza vita/fianchi, trigliceridi, glucosio, insulina, e una correlazione positiva con HDL. Il tasso di assorbimento risultava correlata negativamente con la leptina, e positivamente con la glicemia. I livelli di insulina risultavano essere negativamente correlati al B_{max} indipendentemente dal BMI. Complessivamente, questi risultati suggeriscono la presenza di una possibile alterazione dell'asse insulina/5-HT/leptina nell'obesità che potrebbe costituire un fattore di vulnerabilità nei confronti dell'insorgenza di MDD (44, 2017; 10). È interessante notare, inoltre, che il 5-HT periferico sembra essere strettamente legato alla formazione del tessuto adiposo (45).

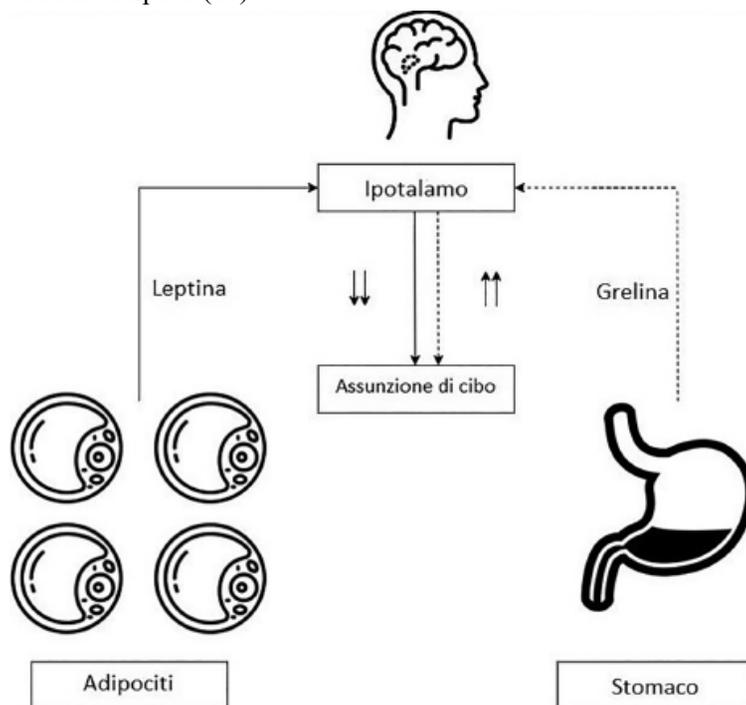


Figura 3. Effetti di grelina e leptina sull'assunzione di cibo.

Conclusioni

Dato il ruolo cruciale che le alterazioni dei network metabolici giocano nella MDD, è plausibile che le sindromi depressive possano essere considerate parte della MeS e

viceversa. Si ritiene dunque che una migliore comprensione dei comuni meccanismi fisiopatologici possa portare a nuove opzioni terapeutiche per la gestione di entrambe le condizioni. Infatti, i pazienti con MDD dovrebbero ricevere un trattamento multidisciplinare coordinato da diversi specialisti che considerino anche i fattori di rischio della MeS, come le abitudini alimentari, l'esercizio fisico quotidiano, l'abuso di caffeina e tabacco e il distiroidismo. Anche diversi fattori antropometrici e metabolici dovrebbero ricevere la giusta attenzione, come nel caso del BMI e del rapporto vita-fianchi, così come del metabolismo dei glicolipidi. Intervenire su tali fattori dovrebbe essere una priorità nel trattamento di questi pazienti. Inoltre, gli effetti dei comuni farmaci antidepressivi sull'omeostasi sia del glucosio che dei lipidi dovrebbero essere presi in considerazione, in relazione alle comuni reazioni avverse sul metabolismo. I futuri trattamenti per la MDD dovrebbero anche tenere conto di altri bersagli, come le citochine, i loro recettori, altri marcatori di infiammazione, i recettori dei glucocorticoidi e i fattori neurotrofici, il cui ruolo nella patogenesi della MDD e della MeS non può essere ignorato.

*Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Psichiatria, Università di Pisa

**Unicamillus, Saint Camillus International University of Health Sciences, 00131 - Rome, Italy

Bibliografia:

- (1) World Health Organization, *Depression* (2021)
- (2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA. (2013).
- (3) Tayab, M. A., Islam et al. *Targeting neuroinflammation by polyphenols: A promising therapeutic approach against inflammation-associated depression in Biomedicine & Pharmacotherapy= Biomedicine & Pharmacotherapie.* (2022).
- (4) F. Guerreiro Costa, L. N et al. *Metabolomics of major depressive disorder: A systematic review of clinical studies in Cureus* (2022).
- (5) Burrage, E et al. *Cerebrovascular dysfunction with stress and depression in Brain Circulation*, 2018
- (6) Fahed, G., Aoun, L et al *Metabolic syndrome: Updates on pathophysiology and management in 2021 in International Journal of Molecular Sciences* (2022).
- (7) Al-Khatib et al. *Depression and metabolic syndrome in A narrative review. Cureus*, (2022).
- (8) Jellinger, K. A et al. Correction: Jellinger, K.A. *Pathomechanisms of vascular depression in older adults in Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23, 308. (2022).
- (9) Penninx, B et al. *Metabolic syndrome in psychiatric patients: Overview, mechanisms, and implications in Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), (2018) p 63–73.
- (10) Marazziti, D et al. *The complex interactions among serotonin, insulin, leptin, and glycolipid metabolic parameters in human obesity. In CNS spectrums* (2022)
- (11) Haroon, E et al. *Psychoneuroimmunology meets neuropsychopharmacology: Translational implications of the impact of inflammation on behavior in Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology* (2012)
- (12) Miller, A. H., & Raison, C. L. . *The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target in Nature Reviews. Immunology*, 2016
- (13) Arteaga-Henríquez et al *Low-grade inflammation as a predictor of antidepressant and anti-inflammatory therapy response in MDD patients: A systematic review of the literature in combination with an analysis of experimental data collected in the EUMOODINFLAME consortium in Frontiers in Psychiatry* (2019).
- (14) Maes, M., Smith, R., & Scharpe, S. *The monocyte-T-lymphocyte hypothesis of major depression in Psychoneuroendocrinology*, (1995).
- (15) Mucci, F et al. *State-of-the-Art: Inflammatory and Metabolic Markers in Mood Disorders in Life* (2020)
- (16) Catena-Dell'Osso, M. et al. *Inflammation, serotonin and major depression in Current Drug Targets*, 14(5), 571–577. (2013).
- (17) Dell'Osso, L. et al. *Depression, serotonin and tryptophan in Current Pharmaceutical Design*, 22(8), 949–954. (2016).
- (18) Rosenblat, J. D., & McIntyre, R. S. *Bipolar disorder and immune dysfunction: Epidemiological findings, proposed pathophysiology and clinical implications in Brain Sciences*, 7(11), 144. (2017).
- (19) Kessler, R. C et al. . *The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. (2003)
- (20) Pariante, C. M. *The glucocorticoid receptor: Part of the solution or part of the problem? In Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 20(4 Suppl), 79–84. (2006).
- (21) Solleiro-Villavicencio, H., & Rivas-Arancibia, S. *Effect of chronic oxidative stress on neuroinflammatory response mediated by CD4+ T cells in neurodegenerative diseases. Frontiers in Cellular Neuroscience*, 12, 114 (2018).
- (22) Siwek, M et al *Oxidative stress markers in affective disorders in Pharmacological Reports: PR*, 65(6), 1558–1571. (2013).
- (23) Guu, T. W., et al *International Society for Nutritional Psychiatry Research practice guidelines for omega-3 fatty acids in the treatment of major depressive disorder. Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(5), 263–273. (2019).
- (24) Liu, T. et al *A meta-analysis of oxidative stress markers in depression. PloS One*, 10(10), e0138904. (2015).
- (25) Muti, M. et al. *Serum uric acid levels and different phases of illness in bipolar I patients treated with lithium. Psychiatry Research*, 225(3), 604–608. (2015).
- (26) Ortiz, R et al *Purinergic system dysfunction in mood disorders: A key target for developing improved therapeutics. Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 57, 117–131. (2015).
- (27) Felger, J. C. et al. *Role of inflammation in depression and treatment implications. Handbook of Experimental Pharmacology*, 250, 255–286 (2019)
- (28) Chehab, F. F.. *Leptin as a regulator of adipose mass and reproduction. Trends in Pharmacological Sciences*, 21(8), 309–314 (2000)
- (29) Sinha, R., & Jastreboff, A. M. *Stress as a common risk factor for obesity and addiction. Biological Psychiatry*, 73(9), 827–835. (2013).
- (30) Stahl, S. M. *Platelets as pharmacologic models for their receptors and biochemistry of monoaminergic neurons. In G. L. Longenecker (Ed.), The platelets: Physiology and pharmacology (pp. 307–335). Academic Press, Inc.* (1985).
- (31) Carbone, M. G., et al.. *Platelet APP Processing: Is It a Tool to Explore the Pathophysiology of Alzheimer's Disease? A Systematic Review. Life (Basel)*, 11(8), 750. (2021).
- (32) Tagliarini, C et al. *Is there a relationship between morphological and functional platelet changes and depressive disorder?. CNS spectrums*, 27(2), 157–190. (2022).
- (33) Graham, N., Ward, J et al *Impact of major depression on cardiovascular outcomes for individuals with hypertension: Prospective survival analysis in UK Biobank. BMJ Open*, 9(9), e024433 (2019)
- (34) Xue, Y., Liu, G., & Geng, Q. *Associations of cardiovascular disease and depression with memory related disease: A Chinese national prospective cohort study. Journal of Affective Disorders*, 260, 11–17. (2020).
- (35) Amadio, P., Zarà et al *Depression and cardiovascular disease: The viewpoint of platelets. International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7560. (2020).
- (36) Chávez-Castillo, M., et al. *Depression as an immunometabolic disorder: Exploring shared pharmacotherapeutics with cardiovascular disease. Current Neuropharmacology*, 18(11), 1138–1153. (2020).
- (37) Shao, M., Lin, X., et al. *Depression and cardiovascular disease: Shared molecular mechanisms and clinical implications. Psychiatry Research*, 285, 112802 (2020).
- (38) Bouillon-Minois, J. B., et al. *Ghrelin as a biomarker of stress: A systematic review and meta-analysis. Nutrients*, 13(3), 784 (2021).
- (39) Harmatz, E. S et al. *Central ghrelin resistance permits the overconsolidation of fear memory. In Biological Psychiatry*, 81(12), 1003–1013. (2017).
- (40) Jiao, Z. T., & Luo, Q. *Molecular mechanisms and health benefits of ghrelin: A narrative review in Nutrients*, 14(19), 4191. (2022).
- (41) Field, B. C. *Neuroendocrinology of obesity. British Medical Bulletin*, 109, 73–82. (2014).
- (42) Voigt, J. P., & Fink, H. *Serotonin controlling feeding and satiety in Behavioural Brain Research*, 277, 14–31. (2015).
- (43) Höglund, E., Øverli, Ø., & Winberg, S. *Tryptophan metabolic pathways and brain serotonergic activity: A comparative review in Frontiers in Endocrinology*, 10, 158. (2019)
- (44) Rajan, T. M., & Menon, V. *Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. Journal of Postgraduate Medicine*, 63(3), 182–190. (2017).
- (45) El-Merahbi, R., et al. *The roles of peripheral serotonin in metabolic homeostasis. FEBS Letters*, 589(15), 1728–1734. (2015).

Marco Meglio*, Umberto Iorio*,
Grazia Fuzio*, Laura Sabatini*,
Antonello Bellomo*

Il SELF-STIGMA come ostacolo alla Recovery nella Salute Mentale

ABSTRACT

Il fenomeno della stigmatizzazione e dell'auto-stigmatizzazione è un problema reale, concreto, riscontrabile tra i pazienti affetti da vari disturbi psichici. Come spesso succede, la società e la cultura sono restii al cambiamento e all'accettazione del diverso. Tale barriera si riflette sul singolo individuo, inserendo in esso il seme della non accettazione di sé. In questo modo il pregiudizio si trasforma in giudizio e il giudizio diventa una certezza assoluta, tanto limitante quanto cinica, senza appello. L'auto-stigmatizzazione non solo determina isolamento, ansia sociale e chiusura alla relazione per paura del giudizio, incrementando il rischio di suicidio, ma addirittura determina riduzione dell'aderenza alle cure, induce resistenza nell'accedere ai servizi, nell'effettuare ricoveri e servizi riabilitativi post-acute. Ritenersi "inferiori", "diversi" e talvolta addirittura "pericolosi" acuisce quel senso di distacco che spesso è già insito nella malattia mentale stessa, seminando nel paziente sentimenti di sfiducia e demoralizzazione, che si accompagnano spesso a pensieri quali "ma perché dovrei trovarmi un lavoro se poi la gente mi discriminerà e verrò rifiutato a causa della mia malattia", alimentando il circolo vizioso dell'isolamento. Tuttavia vi sono degli approcci con i quali è possibile intervenire per tentare di arginare tale fenomeno, sia individuali che sociali, volti a sensibilizzare l'opinione pubblica e a educare la popolazione circa l'essere affetti da una malattia mentale. Lo scopo di questo paper è quello di fornire una panoramica circa il fenomeno stesso dell'auto-stigmatizzazione, di indagarne la storia, le modalità di insorgenza e di perpetuazione e l'impatto che esso ha sul singolo individuo, sulla sua qualità della vita e sulle sue stesse prospettive di cura. Inoltre, verranno approfonditi gli approcci terapeutici singoli e plurali affinché si possa arginare tale fenomeno.

SUMMARY

The phenomenon of stigma and self-stigma is a real and concrete and afflicts a lot of patient affected by different mental disorders. As it often happens society and culture are reluctant to change and accept the different. This barrier is reflected on the individual inserting within oneself the seed of non-acceptance of oneself. So prejudice turns into judgement and judgement becomes an absolute certainty, cynical, without any appeal. Self-stigma not only causes isolation, social anxiety and closure forwards relationship out of fear of judgement, so increasing the risk of suicide, but ever leads to a reduction in adherence to treatment, induces resistance in accessing post-acute rehabilitation services. Considering oneself as "inferior", "different" or even sometimes "dangerous" exacerbates that sense of detachment that is often already inherent in mental illness itself, spreading in the patient feelings of distrust and demoralization that are often accompanied with thoughts such as "why should I get a job if people will then discriminate against me and I will be rejected because of my illness?" so feeding the vicious cycle of isolation. However, there are some individual and social approaches that allow you to intervene to try to limit this phenomenon. They are aimed at raising awareness and educating the population about being affected by mental illness. This paper aims to give an overview about the phenomenon of self-stigma itself, to investigate its history, its modalities of onset and perpetuation and the impact that it has got on the individuals, on their quality of life and on their own treatment prospects. Single and plural therapeutic approaches will be explored in depth so that this phenomenon can be stemmed.

Introduzione

Il termine Stigma è particolarmente usato per indicare la discriminazione nei confronti del malato mentale. Lo stigma della malattia mentale impatta le opportunità di vita e di benessere psicologico di molte persone con disturbi psichiatrici, che possono sperimentare sia una stigmatizzazione pubblica, ovvero il pregiudizio e la discriminazione che derivano dalla popolazione generale avallando stereotipi circa la malattia mentale; sia un self-

stigma, ovvero, il danno per l'autostima che deriva da interiorizzare stereotipi culturali circa la malattia mentale. Dunque, lo stigma, in salute mentale, viene definito come l'insieme di atteggiamenti, credenze, pensieri e comportamenti negativi che influenzano l'individuo o in più generale l'opinione pubblica e inducono paura, rifiuto e pregiudizi discriminatori verso le persone affette da patologia psichiatrica.

Il National Institute of Mental Health considera lo stigma

come l'aspetto più debilitante di una malattia mentale. I pazienti non soffrono solo per un dato disturbo mentale, ma anche per le conseguenze della stigmatizzazione della loro sofferenza e per il danno alla loro identità.

Link et al. (2001) descrivono almeno tre tipologie di stigma: a) lo Stigma esperito: che si riferisce all'effettiva discriminazione subita dallo stigmatizzato. È costruito dagli atteggiamenti pregiudizievole e dalle azioni discriminatorie messe in atto dagli altri. Questi comportamenti portano gli stigmatizzati a subire emarginazione, scherno, pratiche di evitamento, etichettamento negativo, diventando spesso oggetto di pettegolezzo. Conseguenza di tutto ciò è l'induzione negli stigmatizzati di paure ed incertezze, di pratiche di interiorizzazione di sentimenti di vergogna o colpa o avversione verso sé stessi. Infatti, gli stigmatizzati possono arrivare a sviluppare comportamenti di isolamento ed esclusione dalla via sociale. b) lo Stigma percepito (self-stigma), che rappresenta la consapevolezza degli stereotipi esistenti (stereotype agreement), la interiorizzazione degli stessi e l'applicazione su sé stessi (self-concurrence). c) lo Stigma interiorizzato: che è il risultato della soluzione formata da quello esperito e da quello percepito. Si tratta di:

un processo soggettivo incorporato in un contesto sociale e culturale che può essere caratterizzato da percezioni negative (su se stessi), disadattamento, trasformazione identitaria o riconoscimento dello stereotipo che risulta da esperienze individuali o anticipazioni di relazioni sociali negative".

Qui le persone interiorizzano lo stigma, lo fanno proprio, ci credono e lo rendono parte della loro identità, soffrendo le conseguenze di vissuti angoscianti, di vergogna, di colpa o agendo pratiche di ritiro sociale, isolamento e alienazione, nel senso di non sentirsi membro effettivo del contesto sociale a cui si appartiene (Larson et Corrigan;2010). Dalla letteratura emerge che il Self Stigma si genera nel momento in cui gli stereotipi negativi circolanti all'interno della società o del contesto di appartenenza vengono internalizzati determinando riduzione dell'autostima e auto-isolamento. Ovvero quando lo stigma pubblico viene internalizzato (Rithser et al. 2003). Secondo Corrigan e Lunding (2001) gli elementi che compongono il Self Stigma sono gli stessi dello stigma pubblico, tuttavia essi vengono interiorizzati dal soggetto: **self-stereotype + self-prejudice + self-discrimination = Self-stigma**. L'intero processo descritto da Corrigan descrive la genesi del self stigma e le conseguenze a cui esso conduce, fino all'ultimo step. Questi Step sono: a) **Consapevolezza degli stereotipi negativi**: l'individuo affetto da una patologia mentale percepisce la discriminazione e impatta con le credenze comuni. B) **Auto-pregiudizio o accordo**: La persona aderisce alle convinzioni comuni. Le persone al bar dicono che io sono incompetente perché ammalato, io ci credo e io sento di non avere alcun valore. L'auto-pregiudizio porta al disgusto di sé, alla per-

dità della propria autostima e della propria efficacia personale. C) **Auto-descriminazione**: Essa costituisce l'ultima tappa della genesi del Self Stigma. La persona mette in atto comportamenti evitanti. "Sono inutile e pericoloso, quindi non mi impegnerò nella ricerca di un lavoro migliore, perché provare?". (Corrigan e Lunding 2001; Gove 1982; Corrigan et al 2009). Tra le conseguenze che il Self-Stigma può determinare vi sono una maggiore prevalenza dell'ideazione suicidaria e l'insorgenza di sintomi depressivi, riduzione dell'autostima, riduzione della speranza, minor richiesta di aiuto, riduzione dell'aderenza al trattamento farmacologico e l'insorgenza di ansia sociale. La presenza di insight di malattia, l'assenza di tratti personali evitanti, particolari strategie di coping, l'assenza di autoisolamento e la resilienza sembrano moderare l'associazione tra sintomi depressivi e self-stigma. Alcuni studi hanno evidenziato anche un'associazione tra self stigma e ideazione suicidaria, con aumento ad un anno di distanza di quest'ultima (Oexle et al;2016). Tale associazione è mediata dall'isolamento sociale, perdita di speranza e perdita del senso di efficacia. Oexle et al (2016) evidenziano anche risultati contrastanti circa la correlazione tra disoccupazione e ideazione suicidaria.

Secondo una recente metanalisi (Dubreucq et al;2021) la schizofrenia costituisce la malattia mentale più stigmatizzata in America del Nord, Europa e Africa. Esistono credenze e luoghi comuni che hanno amplificato e rafforzato alcuni pregiudizi riguardanti le persone affette da schizofrenia. La World Psychiatric Association ne ha stilato un elenco:

- Le persone con schizofrenia sono violente e pericolose;
 - Le persone con schizofrenia possono contagiare gli altri;
 - Le persone con schizofrenia sono pigre ed inaffidabili;
 - Le persone con schizofrenia non sono in grado di segnalare gli effetti dei trattamenti o di spiegare le proprie condizioni di salute
 - Le persone con schizofrenia non sono in grado di prendere decisioni razionali per la propria vita
 - Le persone con schizofrenia sono imprevedibili
 - Le persone con schizofrenia peggiorano progressivamente per tutta la vita. (Thornicroft et al 2007)
- È possibile individuare, anche rispetto ai familiari, alcune categorie di stigmatizzazione:
- Mancanza di volontà
 - Pregiudizi relativi alla pericolosità
 - Over-protezione
 - Discriminazione Sociale quotidiana
 - Discriminazione nell'assistenza sanitaria
 - Isolamento sociale (Thornicroft et al 2007)

Lo stigma associato alla patologia ha un ruolo fondamentale anche nel trattamento della stessa. Esso, infatti, può determinare un mancato o un ricorso tardivo ai Servizi di Salute Mentale con pesanti conseguenze sul de-

corso della patologia. I pregiudizi verso le persone con schizofrenia possono rendere ancor più difficile sia l'inserimento lavorativo che quello abitativo, incidendo sulla condizione socioeconomica del soggetto e della famiglia e aumentando il rischio di isolamento sociale. Se non viene garantita equità di diritti e di accesso ai servizi psichiatrici e sociali appropriati, le ricadute della patologia possono essere amplificate dal rischio che i soggetti vengono esclusi da una piena partecipazione alla vita sociale, e quindi a vivere una vita caratterizzata da stigma e isolamento. (Gonzalez-Torres et al et al.2007).

SELF-STIGMA E TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Il Self-Stigma è associato a una scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici in individui affetti da diversi tipi di disturbi mentali, inclusa la Depressione. Kamaradova et al hanno dimostrato come la gravità del self-stigma correlato alla malattia mentale fosse correlato ad una mancata adesione al trattamento farmacologico con antidepressivi. Lo stigma verso gli psicofarmaci può essere presente anche negli individui affetti da patologie mentali e può essere correlato al self-stigma. Tuttavia, poco è stato scritto sulla natura e sugli impatti dello stigma legato ai farmaci. Si sa meno anche sulle differenze dell'impatto del self-stigma nella depressione ed il suo trattamento e nei confronti nella schizofrenia ed il suo trattamento. In uno studio Nelson et al. (2018), utilizzando la metodologia PhotoVoice, che consiste nel fornire ai partecipanti una fotocamera usa e getta per catturare le proprie esperienze, in modo che esse possano essere condivise con gli altri per consentire la comunicazione, l'educazione ed il sostegno, hanno provato ad indagare la relazione tra l'auto-stigmatizzazione e l'assunzione di farmaci. L'obiettivo dell'approccio PhotoVoice è di rendere l'esperienza vissuta da un partecipante tangibile per gli altri. Lo studio ha incluso soggetti che presentavano una diagnosi di patologia psichiatrica, o che avevano ricevuta una prescrizione per uno o più farmaci psicotropi. I partecipanti hanno scattato fotografie della loro esperienza di utilizzo di farmaci psicotropi e hanno posto delle riflessioni (che venivano

registrate e trascritte) su ciascuna foto mediante la tecnica SHOWED, ovvero un approccio riflessivo basato su domande aperte. I

partecipanti nel discutere e descrivere la loro esperienza con i farmaci, hanno posto l'enfasi su aspetti più generali della propria patologia: il più importante di questi era lo stigma. Il focus di questo studio si basa sull'analisi di tali riflessioni e sull'evidenziare il self-stigma legato all'assunzione di farmaci anti-depressivi. I ricercatori hanno sviluppato uno schema di codifica basato sulla Self-Stigma Depression Scale compilata in base all'utilizzo di determinati termini o espressioni da parte dei partecipanti. Il risultato è stato che tutti i partecipanti hanno utilizzato termini connessi al Self-Stigma almeno due volte durante la discussione sulla loro esperienza con i farmaci. Il senso di colpa è ciò che prevalentemente emergeva connesso al Self-Stigma; esso veniva menzionato più del doppio delle volte rispetto agli altri, nello specifico esso era connesso al timore di non farcela.

In una analisi secondaria dei dati raccolti da utilizzatori di farmaci antidepressivi tramite il metodo PhotoVoice, l'autostigma si è manifestato frequentemente durante lo scatto di foto e la riflessione sulle esperienze di farmaci e di malattie mentali. Il senso di colpa è stato il sentimento più importante correlato al self-stigma emerso. Si tratta di una scoperta significativa poiché finora sono state effettuate poche ricerche sulla natura e la caratterizzazione del self-stigma specifico dei pazienti con disturbi depressivi. Sebbene non riportato nel contesto dell'autostigma, la letteratura ha dimostrato che i sentimenti di colpa possano avere un impatto sostanziale nei pazienti depressi. Considerati insieme, questi risultati suggeriscono che il self-stigma di natura auto-colpevolizzante è un punto di enfasi tra le persone con disturbi depressivi. Forse gli interventi che mirano a ridurre il self-stigma dei pazienti depressi dovrebbero concentrarsi soprattutto sulla tematica dei sentimenti di colpa. (Nelson et al, 2018).

È POSSIBILE MISURARE IL SELF-STIGMA?

Ad oggi vi sono diverse scale che possono essere utilizzate.

La più studiata è analizzata è la **ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness Inventory** (Ritsher et al; 2003)

ISMI - Internalized Stigma of Mental Illness Inventory					Fortemente in disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto d'accordo	
Per ogni domanda fai un cerchio attorno ad un numero per indicare se sei fortemente in disaccordo (1), in disaccordo (2), d'accordo (3) o molto d'accordo (4)					1	2	3	4	
1. Mi sento fuori posto nel mondo perché ho una malattia mentale	1	2	3	4	17. Avere una malattia mentale ha rovinato la mia vita	1	2	3	4
2. Le persone con una malattia mentale tendono ad essere violente	1	2	3	4	18. Le persone possono capire che ho una malattia mentale dal mio aspetto	1	2	3	4
3. La gente mi discrimina perché ho una malattia mentale	1	2	3	4	19. Poiché ho una malattia mentale, ho bisogno di altri che prendano per me la maggior parte delle decisioni	1	2	3	4
4. Evito di invitare persone che non hanno una malattia mentale per evitare un rifiuto	1	2	3	4	20. Sto lontano da occasioni sociali per proteggere la mia famiglia e gli amici dall'imbarazzo	1	2	3	4
5. Faccio imbarazzo o vergogna per il fatto di avere una malattia mentale	1	2	3	4	21. Persone che non hanno una malattia mentale non potrebbero assolutamente capirmi	1	2	3	4
6. Le persone con una malattia mentale non dovrebbero guidare	1	2	3	4	22. La gente mi ignora o mi prende meno sul serio solo perché ho una malattia mentale	1	2	3	4
7. Le persone con una malattia mentale sono contributi insignificanti alla società	1	2	3	4	23. Non posso dare nessun contributo alla società perché ho una malattia mentale	1	2	3	4
8. Mi sento inferiore a chi non ha una malattia mentale	1	2	3	4	24. Vivere con una malattia mentale ha fatto di me un duro sopravvissuto	1	2	3	4
9. Non escluderò mai un tempo perché la malattia mentale potrebbe farmi apparire strano o comportare in modo strano	1	2	3	4	25. Nessuno sarebbe interessato ad avvicinarsi perché ho una malattia mentale	1	2	3	4
10. Le persone con una malattia mentale non possono vivere una vita gratificante	1	2	3	4	26. In generale sono capace di vivere la vita a modo mio	1	2	3	4
11. Non parlo molto di me perché non voglio apparire agli altri con la mia malattia mentale	1	2	3	4	27. Posso avere una vita buona e appagante nonostante abbia una malattia mentale	1	2	3	4
12. Preoccupati nel confronto, delle persone con malattia mentale come me mi rendono tacito dei media "normali"	1	2	3	4	28. Gli altri pensano che non posso realizzare molto nella vita poiché ho una malattia mentale	1	2	3	4
13. Stare insieme a persone che non hanno una malattia mentale mi fa sentire fuori posto o imbarazzato	1	2	3	4	29. I luoghi comuni sui malati di mente si applicano a me	1	2	3	4
14. Mi sento a mio agio se sono visto in pubblico con una persona malata di mente	1	2	3	4					
15. Le persone spesso mi trattano con condiscendenza, o come un bambino, solo perché ho una malattia mentale	1	2	3	4					
16. Sono orgoglioso di me stesso perché ho una malattia mentale	1	2	3	4					

Vi è poi una scala, la **PSS** (Parent Stigma-Scale) che può risultare molto utile in quanto può essere somministrata ai familiari dei pazienti. (Eaton et al;2018)

Parents' Self-Stigma Scale (PSSS)

Right now, how often do you have these thoughts in parenting your child?					
	Never	Rarely	Some times	Often	Almost all the time
1. I am not a good enough parent					
2. The way I have raised my child has contributed to his/her problem					
3. I am a good parent, no matter what others say					
4. I feel guilty that my child has his/her problem					
5. I am ashamed that my child has his/her problem					
6. My child has his/her problem because of me					
7. It is not my fault that my child has his/her problem					
8. I am embarrassed to be a parent of a child with problems					
9. I am the best parent I can be					
10. I am self-conscious about being a parent of a child with problems					
11. I deserve to be blamed for my child's problem					

The 11-item scale has five response categories and the score is the sum of those responses:
 Never scores 1
 Rarely scores 2
 Sometimes scores 3
 Often scores 4
 Almost all of the time scores 5

Un ulteriore scala è la **DISC-12**: composta da 50 item che ha l'obiettivo di ottenere informazioni su come i soggetti si siano sentiti trattati in modo differente, rispetto a persone che non hanno problemi psichiatrici, a causa del fatto che di avere una malattia psichica e delle conseguenze di questa. Gli ambiti riguardano le relazioni interpersonali, la situazione abitativa, l'istruzione, la vita familiare, il lavoro, trasporti e viaggi, aspetti finanziari, community life, servizi sociali e sanitari, privacy e sicurezza. (Reneses et al; 2012)

COME È POSSIBILE INTERVENIRE SUL SELF-STIGMA?

Gli approcci terapeutici per il trattamento del self stigma sono molteplici.

Occorre tuttavia fare una premessa, ovvero che il self-stigma non deve essere considerato come un ulteriore "sintomo" della propria patologia o come un effetto collaterale, inevitabile, di quest' ultima, ma esso costituisce soprattutto un deficit della società, e in essa andrebbe corretto. Tuttavia, è possibile agire sinergicamente su entrambi i fronti (società e individuo).

Per quanto concerne l'approccio individuale, gli interventi possono essere fondamentalmente di tre tipi (Lucksted et al;2011):

1. terapia cognitivo-comportamentale
2. psico-educazione
3. terapia dell'accettazione e dell'impegno

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Da una review effettuata da Mittal et al (2012) emerge un nuovo approccio, che pare essere molto promettente: il **NECT** (Narrative enhancement and cognitive therapy). Il NECT è un protocollo ibrido che si avvale di: a) un *Programma di psicoeducazione* per fornire una visione non stigmatizzante del problema. Molto spesso i pazienti amplificano la propria condizione psicopatologica e sovra-

stimano la percezione che gli altri individui possono avere della loro condizione. b) una *Restruutturazione cognitiva* fornendo ai pazienti strumenti per cambiare le convinzioni negative riguardanti loro stessi. C) una *Terapia narrativa focalizzata* sull' abilità di narrare la propria storia. (Yanos et al; 2011). L'efficacia di questo intervento consiste nel fatto che i pazienti con severe malattie mentali hanno spesso difficoltà a raccontare la propria storia evolutiva, molto spesso perché hanno difficoltà a differenziarsi dalla propria malattia. Per questo motivo vengono loro proposti esercizi volti a ricostruire la propria storia ricevendo feedback dai facilitatori e dai membri del gruppo stesso. Nel dettaglio il programma NECT consta di 20 sessioni manualizzate includendo 4 sezioni (Hansson et al; 2017):

- 1- Introduzione:** la persona racconta i propri vissuti, vivendo l'esperienza di raccontare la propria storia ad altri);
- 2- Psicoeducazione:** vengono elargite nuove informazioni che sostituiscono le informazioni spesso inaccurate che i pazienti hanno circa la propria malattia.
- 3- Ristrutturazione cognitiva:** vengono applicate e insegnate le tecniche di base per una ristrutturazione cognitiva e si incoraggiano i partecipanti ad applicare tali tecniche sulle proprie convinzioni auto-stigmatizzanti.
- 4- Stimolo alla narrazione:** i pazienti sono incoraggiati a scrivere e condividere storie con il proprio gruppo. Hansson et al (2017) hanno dimostrato come l'applicazione del protocollo NECT, in un RCT con un campione di circa 324 partecipanti, in aggiunta al trattamento standard riduca significativamente i livelli di self-stigma, in particolare pare determinare una riduzione significativa nei livelli di self-stigma, agendo sulle aree della consapevolezza, accettazione e applicazione, oltre che sull' auto-stima, senza tuttavia evidenziare un impatto sulla qualità della vita. Tali risultati sono stati ottenuti sia nella misurazione post-trattamento sia nel follow-up a 6 mesi. Rimanendo nell'ambito della Terapia Cognitivo-Comportamentale, risulta promettente l'impiego della **CFT (Compassion-Focused Therapy)**: un approccio che mira alla riduzione delle quote di vergogna e della ostilità nei confronti di sé stessi (Riebel et al 2023). Sviluppata da Paul Gilbert, professore alla University of Derby, nei primi anni 2000, la Compassion Focused Therapy nasce con il preciso scopo di aiutare persone con alti livelli di autocritica e vergogna. Gilbert notò come le tradizionali tecniche psicoterapeutiche avessero scarso effetto su queste persone che raramente beneficiavano della terapia nel suo complesso, notando come una delle maggiori difficoltà che i pazienti incontravano fosse la generazione di pensieri connotati da calore e gentilezza rispetto a sé e agli altri. Essi mantenevano uno stato mentale autocritico

incolpandosi per la loro condizione, un atteggiamento che acuiva la sofferenza ed esacerbava i sintomi. La Compassion Focused Therapy utilizza un insieme di interventi come le immaginazioni guidate, le meditazioni mindfulness, il respiro calmante, la scrittura di lettere compassionevoli, il ragionamento compassionevole. Parallelamente vengono sviluppate abilità di risposta all'autocritica che, come detto, attiva il sistema di protezione dalla minaccia impedendone la disattivazione.

PSICOEDUCAZIONE

Altri approcci, sono costituiti da alcuni programmi manualizzati come ad esempio il programma americano “**ending self-stigma**”, (Lucksted et al;2011), che consiste in 9 incontri da 90 minuti ciascuno. Tali incontri sono caratterizzati da attività quali: lettura, discussione, condivisione delle esperienze personali, insegnamento e pratica di strategie di coping, supporto di gruppo e problem solving. Ogni sessione include: benvenuto, revisione della pratica domestica e delle precedenti sessioni, introduzione di nuove skills/strategie, discussioni e pratica durante la sessione stessa e preparazione per la prossima sessione. Ogni incontro offre una strategia diversa, disegnata sulla base della letteratura esistente circa il SS, terapia cognitivo-comportamentale, considerazioni in prima persona, e approcci volti al miglioramento o alla cura. In un breve report in cui tale approccio viene valutato (Lucksted et al;2011) è emerso come l'approccio sopra-descritto sembrerebbe ridurre il SS e le sue conseguenze e incrementerebbe la resilienza dei partecipanti. Tuttavia, la metodologia dello studio, la scarsa numerosità campionaria, l'assenza di un gruppo di controllo e le perdite al follow-up rappresentano dei limiti sostanziali. Tutta via tale report suggerisce una direzione di ricerca da percorrere in futuro con RCT. Tra gli interventi psicoeducativi abbiamo anche l'**Healthy Self-Concept**. Come descritto da McCay (McCay et al 2007) Il modello **Healthy Self-Concept** è un intervento di gruppo di 12 settimane focalizzato specificamente su individui che hanno recentemente sperimentato il loro primo episodio psicotico. Le riunioni di gruppo hanno la durata di 90 minuti, con la partecipazione di due facilitatori professionisti del gruppo e circa cinque membri del gruppo. Le riunioni di gruppo sono descritte come se seguissero un “formato standardizzato” in cui le dispense vengono distribuite e poi discusse. Tale intervento sembra essere essenzialmente psicoeducativo con elementi di “processo di gruppo” derivati da approcci terapeutici di gruppo (Yalom, 1995), in particolare “condivisione, altruismo e apprendimento di gruppo”. Ci sono cinque argomenti trattati per la psicoeducazione e l'elaborazione, tra cui: “(1) sviluppare un'interpretazione personalmente accettabile dell'esperienza della malattia, (2) ridurre al minimo gli atteggiamenti autostigmatizzanti, (3) ridurre il fagocitamento determinato da tali atteggiamenti (4) sviluppare un senso di futuro, speranze e sogni e (5) sviluppo e perse-

guimento di obiettivi di vita significativi per ciascun individuo” (McCay et al., 2007). Ogni argomento viene discusso per 2 settimane, con la prima e l'ultima settimana di trattamento utilizzate per introdurre e riassumere tutti gli argomenti. Non vi è alcuna indicazione di formazione di competenze formali o componenti di ristrutturazione cognitiva nel concetto di Sé sano.

Sono stati pubblicati i risultati di due studi di ricerca sul concetto di sé sano. Il primo (McCay et al., 2006) era uno studio non randomizzato su 52 giovani adulti che soddisfacevano i criteri per il disturbo dello spettro schizofrenico, 26 dei quali erano stati assegnati al concetto di sé sano o al trattamento abituale. Solo 3 partecipanti hanno abbandonato il concetto di Sé sano, suggerendo che si tratta di un approccio terapeutico tollerabile. I partecipanti hanno mostrato riduzioni significative nei punteggi della Modified Engulfment Scale (McCay & Seeman, 1998, progettata per misurare l'impatto della schizofrenia sul proprio concetto di sé, strettamente legato all'autostigma) in contrasto con il gruppo di controllo, e hanno mostrato anche miglioramenti nei punteggi positivi e sintomi psichiatrici generali. Il secondo studio (McCay et al; 2007) era uno studio randomizzato e controllato su 67 giovani adulti con disturbo dello spettro schizofrenico, 41 assegnati al concetto di sé sano e 21 assegnati al trattamento abituale. Come nel primo studio, sono state osservate riduzioni significative dell'Engulfment tra i partecipanti del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, i partecipanti al gruppo sperimentale hanno dimostrato miglioramenti nella misura della speranza e aumenti nel funzionamento sociale. I risultati di questi due studi suggeriscono che il concetto di sé sano è un approccio promettente per affrontare gli effetti dell'autostigma specificamente tra gli individui che affrontano il loro primo episodio psicotico. I risultati suggeriscono che un intervento di gruppo può incidere sull'autostigma e può anche avere un impatto positivo sui sintomi psichiatrici e sul funzionamento sociale.

Coming Out Proud è un approccio di intervento più recente, descritto per la prima volta da Corrigan et al. (2013). Si differenzia dagli altri approcci su descritti principalmente perché si concentra sull'incoraggiare le persone con malattie mentali a esplorare e considerare la divulgazione come un metodo primario per superare l'autostigma. Questo progetto si basa sulla ricerca con altri gruppi stigmatizzati, come i membri delle comunità gay, lesbiche, bisessuali e transgender (GLBT), a sostegno del fatto che l'accettazione e la divulgazione sono correlate alla riduzione dell'autostigma e ad altri risultati positivi. Esso si distingue dagli altri approcci per la brevità (solo 3 sessioni) e per essere guidato esclusivamente da pari (da persone con esperienza vissuta di malattia mentale). Ogni corso viene solitamente erogato tramite tre sessioni da 2 ore, una volta alla settimana per tre settimane, a gruppi di 6-10 persone partecipanti e 2 facilitatori peer. I suoi as-

sunti teorici sono stati tratti dalla ricerca riguardante le esperienze di persone con orientamenti sessuali minoritari e persone con esperienza in prima persona di malattie mentali che avevano assunto la segretezza come strategia di coping dannosa in risposta allo stigma sociale sperimentato o previsto. Pertanto, nel complesso lo scopo della COP è quello di “*supportare le persone con malattie mentali nella loro decisione in merito alla divulgazione e alla segretezza in diversi contesti*” (Rusch et al, 2014). Il corso è progettato per aiutare i partecipanti a riflettere sulle loro storie personali riguardanti la malattia mentale e ad acquisire informazioni e responsabilizzazione per fare scelte personali sulla divulgazione in vari contesti della loro vita. Ulteriori approcci promettenti sono: **l'Intervento Photovoice Anti-Stigma** (Russinova et al, 2014) e **il Programma di Riduzione dell'Auto-Stigma** (Fung et al. 2011).

Tra le strategie che si possono mettere in atto in ambito sociale, in letteratura è stato possibile individuarne 3: 1) *Protesta*: Gruppi di avvocati protestano contro l'inaccurata e ostile rappresentazione della malattia mentale. Tale protesta ha due destinatari: i media, così che essi possano smettere di riportare rappresentazioni inaccurate della malattia mentale e al pubblico, affinché possano smettere di avere convinzioni negative circa la malattia mentale. 2) *Educazione*: ha lo scopo di mettere le persone in condizione di effettuare decisioni più informate per quanto riguarda la malattia mentale. 3) *Il contatto faccia a faccia*: lo stigma si riduce quando i membri della società incontrano persone affette da malattie mentali gravi ma che sono tuttavia in grado di sostenere un lavoro o sono ottimi membri di una comunità. Tali strategie non sono necessariamente mutuamente esclusive ma anzi, possono essere sostenute contemporaneamente. (Corrigan e Penn, 1999). Gli enti generalmente preposti a tale incarico sono: gruppi di avvocati, organizzazioni governative e agenzie di servizio pubblico.

In un articolo di Ferchaud et al 2020 emerge un nuovo possibile approccio atto a ridurre il fenomeno della stigmatizzazione da parte della società: ovvero l'identificazione con un personaggio di un videogame sembrerebbe ridurre il fenomeno del self-stigma non tanto per quanto riguarda l'impatto sugli stereotipi quanto sull'isolamento sociale. Questo avverrebbe attraverso il processo di identificazione con il personaggio principale. In tale studio viene analizzato un gioco in particolare: *Hellblade: Senua's Sacrifice* nel quale il protagonista è affetto da una sindrome psicotica e deve muoversi nel mondo della sua patologia mentale. Secondo tale studio, l'identificazione con il personaggio aiuterebbe ad umanizzare il gruppo delle persone stigmatizzate, a comprenderle e ad empatizzare con esse. Tale processo ridurrebbe la distanza sociale che le persone non affette da patologie mentali tenderebbero a creare nei confronti delle persone affette. (Chung and Slater; 2013) Tuttavia il role-play sembra-

rebbe non avere un impatto sulla riduzione degli stereotipi. Elemento questo che ai ricercatori appare controintuitivo in quanto solitamente risulta più semplice ridurre gli stereotipi che la distanza sociale. Tale fenomeno potrebbe essere spiegato dal fatto che identificarsi con il protagonista, inglobare i modi di pensare, le attitudini e i comportamenti nelle loro credenze non esclude che essi possano stereotipizzare le loro stesse nuove credenze. (Hoffner and Coen 2012; Wong et al; 2017)

COMING OUT E SELF STIGMA

La relazione tra self stigma e coming-out sembra essere controversa. La persona rispetto alla propria condizione si può porre in tre maniere differenti: a) Isolamento sociale: l'individuo si tiene alla larga da tutte quelle situazioni che potrebbero portare alla scoperta della propria patologia psichica, associandosi solo con persone che hanno anch'esse una malattia mentale. È una condizione protettiva ma molto restrittiva. B) Rivelazione selettiva: Questa posizione implica l'esistenza di un gruppo di persone che è a conoscenza della propria condizione e un altro che non lo è. Da un lato la scelta selettiva può determinare un incoraggiamento da parte dei colleghi e amici, dall'altra persiste uno stato di segretezza che potrebbe essere fonte di vergogna. c) Rivelazione indiscriminata: questa posizione non implica alcuno sforzo attivo per cercare di nascondere la propria condizione, e le persone tendono a ignorare i risvolti negativi che tale posizione può comportare. (Corrigan and Rao; 2012). Mettere a conoscenza le persone della propria storia psichiatrica in alcuni studi è associato ad una riduzione degli effetti negativi che il Self Stigma ha sulla qualità della vita, incoraggiando le persone a muoversi nella direzione dei propri obiettivi. Quando le persone si aprono al racconto della propria condizione l'ansia e la paura legate al loro precedente stato di segretezza si riducono. Possono addirittura scoprire che i loro cari e i colleghi li sostengono, e la loro apertura potrebbe promuovere un senso di potere e controllo sulla propria vita. Tuttavia, vi possono essere anche delle implicazioni negative, in quanto la dichiarazione della propria condizione può portare la persona ad essere maggiormente oggetto di discriminazione, e addirittura, a volte può portare a un maggiore isolamento. Per esempio, in India una malattia mentale documentata può essere, da un punto di vista legale, motivo di divorzio. Si può parlare in questo caso proprio di stigma istituzionalizzato (Corrigan and Rao, 2012).

CONCLUSIONI

La gravità del self-stigma dipende da quanto le persone siano consapevoli degli stereotipi della malattia mentale e concordino con essi, arrivando ad applicarli a sé stesse. L'operazione mina il senso di autostima e di autoefficacia, fenomeno che, a sua volta, paralizza l'avvio di comportamenti efficaci per il raggiungimento di obiettivi personali. Di conseguenza, chi è affetto da malattia mentale decide di non impegnarsi per l'ottenimento di un lavoro,

di una casa, o per il soddisfacimento di altre aspirazioni individuali. L'interrogativo/convincimento "Perché provare" riduce anche la consapevolezza di avere diritto a servizi di salute mentale appropriati ed efficienti e ad opportunità per migliorare la propria qualità di vita. Le reazioni allo stigma sociale possono anche avere l'effetto opposto di incrementare l'empowerment, tanto da far ritenere gli stereotipi non così potenti da bloccare il perseguimento degli obiettivi individuali. La conoscenza del processo di formazione del self-stigma è utile per comprendere quali strategie possono ridurre l'impatto e quali cambiamenti devono avvenire, sia nella persona, sia nel sistema dei servizi, per contrastarlo e, quindi, per favorire il raggiungimento degli obiettivi personali dei pazienti. Il compito degli operatori dei servizi è quello di aiutare i pazienti a massimizzare la loro capacità di resistere ai processi sociali che minano le loro identità, identificando e sfidando l'impatto stigmatizzante, seppur involontario, di molte pratiche professionali.

**Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale-Università di Foggia- Sezione di Psichiatria*

BIBLIOGRAFIA

- Chung, A. H., and Slater, M. D. Reducing stigma and out-group distinctions through perspective-taking in narratives: perspective-taking and in-group perception. *J. Commun.* 63, 894–911. doi: 10.1111/jcom.12050. 2013
- Corrigan, PW.; Lundin, RK. Don't Call Me Nuts! Coping with the Stigma of Mental Illness. Tinley Park, IL: Recovery Press; 2001.
- Corrigan P, Larson J, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.*; 8:75–81. [PubMed: 19516923]. 2009
- Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry.* Aug;57(8):464-9. doi: 10.1177/070674371205700804. PMID: 22854028; PMCID: PMC3610943. 2012
- Corrigan PW, Kosyluk KA, Rusch N. Reducing self-stigma by coming-out-proud. *American Journal of Public Health.* ;103:794–800. doi: 10.2105/AJPH.2012.301037. 2013
- Corrigan, P. W., and Penn, D. L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am. Psychol.* 54:765. doi: 10.1037/0003-066X.54.9.765. 1999
- Crocker, J., & Major, M. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review.* 96, 608–639. 1989
- Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr Bull.* 2021 Aug 21;47(5):1261-1287. doi: 10.1093/schbul/sbaa181. PMID: 33459793; PMCID: PMC8563656
- Eaton K, Ohan JL, Stritzke WGK, Corrigan PW. The Parents' Self-Stigma Scale: development, factor analysis, reliability, and validity. *Child Psychiatry and Human Development*, 1-12. Early online edition. doi: 10.1007/s10578-018-0822-8. 2018
- Ferchaud A, Seibert J, Sellers N, Escobar Salazar N. Reducing Mental Health Stigma Through Identification With Video Game Avatars With Mental Illness. *Front Psychol.* 2020 Sep 9;11:2240. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02240. PMID: 33013585; PMCID: PMC7509402
- Fung KM, Tsang HW, Cheung WM. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research.*;189(2):208–214. doi: 10.1016/j.psychres.2011.02.013. 2011
- González-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernández-Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Jan;42(1):14-23. doi: 10.1007/s00127-006-0126-3. Epub 2006 Oct 11. PMID: 17036263. 2007
- Gove, WR. The current status of the labeling theory of mental illness. In: Gove, WR., editor. *Deviance and Mental Illness.* Beverly Hills, CA: Sage; 1982.
- Hansson L, Lexén A, Holmén J. The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Nov;52(11):1415-1423. doi: 10.1007/s00127-017-1385-x. Epub 2017 Apr 19. PMID: 28424854; PMCID: PMC5663807. 2017
- Hoffner and Cohen; 2012 e Wong, N. C. H., Lookadoo, K. L., and Nisbett, G. (2017). "I'm Demi and I have bipolar disorder": effect of parasocial contact on reducing stigma toward people with bipolar disorder. *Commun. Stud.* 68, 314–333. doi: 10.1080/10510974.2017.1331928. 2010
- Larson JE, Corrigan PW. Psychotherapy for self-stigma among rural clients. *J Clin Psychol.* May;66(5):524-36. doi: 10.1002/jclp.20679. PMID: 20222119. 2010
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C.. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621–1626. 2001
- Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J.* 35(1):51-54. doi: 10.2975/35.1.2011.51.54. PMID: 21768078. 2011
- McCay EA, Seeman MV. A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing.* ;12(1):41–49. doi: 10.1016/S0883-9417(98)80007-1. 1998
- McCay E, Beanlands H, Leszcz M, Goering P, Seeman MV, Ryan K, Johnston N, Vishnevsky T. A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatr Rehabil J.* 2006 Fall;30(2):105-11. doi: 10.2975/30.2006.105.111. PMID: 17076053
- McCay E, Beanlands H, Zipursky R, Roy P, Leszcz M, Landeen J, Chan E. A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Advances in Mental Health.* ;6(3):212–220. doi: 10.5172/jamh.6.3.21. 2007
- Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW (2012) Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv* 63:974–981
- Nelson E, Werremeyer A, Kelly GA, Skoy E. Self-stigma of antidepressant users through secondary analysis of PhotoVoice data. *Ment Health Clin.* Aug 30;8(5):214-221. doi: 10.9740/mhc.2018.09.214. PMID: 30206504; PMCID: PMC6125114. 2018
- Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüschi N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci.* Apr;27(2):169-175. doi: 10.1017/S2045796016000949. Epub 2016 Dec 6. PMID: 27919303; PMCID: PMC6998948. 2018
- Reneses B, Ochoa S, Vila-Badia R, Lopez-Micó C, Fernández Garcia-Andrade R, Rodriguez R, Argudo I, Carrascosa C, Thornicroft G. Validation of the Spanish version of the discrimination and stigma scale (DISC 12). *Actas Esp Psiquiatr.* 2019 Jul;47(4):137-48. Epub Jul 1. PMID: 31461153. 2019
- Riebel M, Rohmer O, Charles E, Lefebvre F, Weibel S, Weiner L. Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMPASSION for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials.* Jun 12;24(1):393. doi: 10.1186/s13063-023-07393-y. PMID: 37309006; PMCID: PMC10258933. 2023
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 121; 31-49. doi:10.1016/j.psychre.2003.08.008. 2003
- Rüschi N, Abbruzzese E, Hagedorn E, Hartenhauer D, Kaufmann I, Curschellas J, et al. Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: Pilot randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry.* in press. 2014
- Russinova Z, Roger S, Gagne C, Bloch P, Drake KM, Mueser KT. A randomized clinical trial of a peer-run antistigmaphotovoice intervention. *Psychiatric Services.*;65(2):242–246. doi: 10.1176/appi.ps.201200572. 2014
- Thornicroft G.T., Rose D.,Kassam A.,Sartorius N., Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?, *British Journal of Psychiatry*, 3; Mar 2007.
- Wong, N. C. H., Lookadoo, K. L., and Nisbett, G. (2017). "I'm Demi and I have bipolar disorder": effect of parasocial contact on reducing stigma toward people with bipolar disorder. *Commun. Stud.* 68, 314–333. doi: 10.1080/10510974.2017.1331928
- Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy.* 4. New York: Basic Books; 1995.
- Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Int J Group Psychother.* Oct;61(4):577-95. doi: 10.1521/ijgp.2011.61.4.576. PMID: 21985260; PMCID: PMC3191919. 2011

Pasquale Tripepi**, Elvira C. Lilla*,
Mattia Corbo*, Nadia Meloni*,
Mariafrancesca Tripepi*.

Gli esordi psicotici e le fasi prodromiche correlate: le attenzioni progettuali e procedurali.

Sommario

L'intento del presente lavoro è quello di fornire un sintetico excursus in merito alle più recenti acquisizioni nella gestione degli esordi psicotici e delle fasi prodromiche correlate; per profilare servizi dedicati, secondo gli orientamenti definiti dalla comunità scientifica e indicare attenzioni gestionali. Si è iniziato con l'approfondire il significato della molteplice terminologia in uso, la semeiotica di riferimento e i possibili quadri nosografici; e, anche rileggendo con modalità critica quanto illustrato, si sono sottolineate possibili riflessioni e alternative terminologiche. Sono state riportate le principali linee di indirizzo nazionali e internazionali e si è proceduto ad indicare alcune attenzioni aggiuntive nell'affrontare gli esordi psicotici e le fasi prodromiche correlate, secondo il modello ERiraos-CL (Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist) che fornisce i principali indicatori, che individuavano il rischio di transizione a psicosi. Sono state indicate le più recenti acquisizioni neuroscientifiche, relativamente alla strutturazione e alla modalità di funzionamento del cervello degli adolescenti e del cosiddetto cervello emozionale. Si è provveduto a sollecitare nella definizione dello status un rilievo affettivo-emozionale, che fosse aggiuntivo rispetto al solo inquadramento del tono dell'umore e a definire un training per potenziare l'intelligenza emotiva, sul modello REBT, da destinare a pazienti e familiari.

Parole chiave: Esordio psicotico. Durata del mancato trattamento della psicosi. Stati mentali a rischio. Fattore di Rischio Altissimo. Sintomi Psicotici Attenuati o sottosoglia. Sintomi psicotici a bassa pervasività-intermittenti. Esperienze simil-psicotiche. Sintomi di Base, Neuroscienze. Intelligenza emotiva.

Abstract

The intent of this work is to provide a brief excursus on the matter to the most recent acquisitions in the management of psychotic onsets and phases related prodromal; to profile dedicated services, according to the guidelines defined by the scientific community and indicate management attention. It has begun by deepening the meaning of the multiple terminology in use, the reference semiotics and possible nosographic frameworks; and, even re-reading critically what has been illustrated, possible reflections have been underlined and terminological alternatives. The national and international main guidelines have been reported and proceeded to indicate some attention additional in dealing with psychotic onset and related prodromal phases, according to the ERiraos-CL 3 model (Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist) that it provides the main indicators, which identified the risk of transition to psychosis.

The most recent neuroscientific acquisitions have been indicated, relatively to the structure and functioning of the human brain of the adolescents and the so-called emotional brain. We proceeded to solicit in the definition of the status an affective-emotional relief, whatever it was addition to just framing the mood and defining a training to enhance emotional intelligence, on the REBT model, to be allocated to patients and family members.

Key words: First Episode Psychosis (FEP). Duration of Untreated Psychosis (DUP). At Risk Mental State (ARMS). Ultra High Risk (UHR). Attenuated Psychosis Syndrome (APS). Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS). Psychotic like experiences (PLEs). Basic Symptoms (BS). Neuroscience. Emotional intelligence.

Introduzione

Il presente lavoro nasce dallo scambio fra l'esperienza clinica di chi è impegnato nel lavoro presso la U.O.C. Salute Mentale N.O. della ASL LT e gli operatori del Gruppo di Ricerca sulle Neuroscienze, sezione Pontina dell'A.R.F.N. (Associazione per la Ricerca e la Formazione in Scienze Neuropsicosociali).

Gli antecedenti in merito alla tematica fanno riferimento già a E. Bleuler, che elaborò il concetto di schizofrenia latente; a Rado ('53) che definì Schizotipia (o schizofrenic genotype) la condizione simil schizofrenica correlata ad una base genetica; o a P.E. Meehl ('62) che con il termine schizo-taxia faceva riferimento ad un deficit dell'integrazione neurosensoriale che predisponava alla schizofrenia. Negli anni '80, dobbiamo all'Associazione degli Psichiatri Americani (APA) l'introduzione del disturbo di perso-

nalità schizotipico, in possibile continuità con lo spettro schizofrenico. La ricerca e la riflessione in ambito scientifico, soprattutto a partire dagli anni '90 del secolo scorso, ci hanno permesso di iniziare a definire nuove attenzioni ed approcci integrati per individuare i sintomi predittivi degli esordi psicotici e delle fasi prodromiche correlate; così da promuoverne la gestione nell'ottica di quelli che sono definiti gli interventi precoci nelle psicosi o Early Intervention (EI).

L'attenzione agli esordi psicotici e alle patologie più direttamente correlate come la schizofrenia e le patologie dello spettro schizofrenico è motivata dalle possibili evoluzioni invalidanti di tali condizioni e dal ricorrente esito in disfunzionalità e cronicità.

È ben noto come la presentazione e il decorso dei sintomi psicotici è correlabile ad una serie di variabili; e ciò com-

prende non solo la gravità e l'intensità dei sintomi, ma anche l'insieme delle competenze cognitive, affettivo-emozionali e sociali della persona; la presenza di una rete familiare e sociale; gli eventi intervenienti ambientali e a potenzialità stressante; o, ancora, l'assetto di salute fisica. Insieme a tali variabili vanno considerati unitamente altri aspetti a significativo impatto sociale come la discriminazione e lo stigma, che rendono ancor più complessa e gravosa la condizione.

Nell'approccio clinico si è così colto che tutte queste articolate variabili andavano esplorate per avere un quadro rispondente al reale della condizione patologica.

Il nostro contributo ha l'intento di condividere quanto la ricerca attuale ha individuato in merito a quadri prodromici e esordi psicotici, così da definire i riferimenti per iniziare a implementare attenzioni progettuali e procedurali per interventi in proposito.

I tempi di evoluzione delle fasi prodromiche e degli esordi

È acclarato come l'esordio degli stati psicotici avvenga in media tra i 17 e i 30 anni, quindi caratteristicamente in adolescenza-prima età adulta, come anche indicato in A. Meneghelli, al quale si fa ampiamente riferimento nel presente articolo (1), con una prevalenza del 18% dei casi, che si manifestano prima dei 18 anni.

La manifestazione dell'esordio ha un progresso che è quello delle fasi prodromiche, che sono rintracciabili da alcuni mesi e fino a cinque (2), prima con il possibile rilievo di disturbi emotivi, cognitivi, percettivi, modificazione psicofisiologiche e comportamentali, calo della motivazione e del funzionamento nei diversi ambiti di espressione della persona (3).

Tali condizioni rischiano di essere misconosciute e coincidono con il tempo intercorso tra l'esordio e l'inizio del trattamento (DUP), che rappresenta un'ulteriore variabile interveniente che grava sulla prognosi del disturbo psicotico; quanto più tardivo è il trattamento dei sintomi, meno possibilità ci sono di contenere e/o mandare in estinzione possibili assetti deliranti o di sintomatologia positiva di altro tipo e/o sintomatologia negativa, e arrivare a piena remissione della sintomatologia (4).

Tali evenienze motivano l'attivazione di servizi dedicati agli interventi precoci, anche definendo la progettazione e la programmazione di interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Le fasi prodromiche

Le fasi prodromiche, cioè quelle che anticipano l'esordio psicotico, si manifestano con sintomatologia fluttuante, che nelle prime fasi può comportare la remissione dei periodi critici e il possibile rilievo di una "apparente restitutio ad integrum".

Tra i primi sintomi delle fasi prodromiche ritroviamo alterazioni del tono dell'umore, con manifestazione di sintomatologia ansiosa e depressiva, insicurezza, senso di confusione, irritabilità e diffidenza.

A seguire possono presentarsi "sintomi positivi", che pos-

sono esordire come sospettosità, diffidenza, fino all'evenienza di ideazione o franchi deliri persecutori e/o dispercezioni di diversa tipologia; o, ancora, "sintomi negativi", rispondenti a apatia, abulia, anedonia o ritiro sociale, calo dell'energia e della motivazione o rallentamento. Già dalle prime fasi, possono essere presenti turbe e alterazioni comportamentali, legate solitamente all'isolamento, all'irritabilità, all'aggressività o a possibili stereotipie e comportamenti bizzarri e all'utilizzo di sostanze d'abuso. Parallelamente sono anche presenti alterazioni e disturbi legati alla sfera vegetativa, con modificazioni dei ritmi del sonno e/o dell'alimentazione.

A quanto su indicato, già in fase prodromica, si aggiunge una progressiva modificazione delle funzioni cognitive, con riduzione delle capacità mnestiche ed attentive e difficoltà di concentrazione. Una riduzione globale del funzionamento e delle funzioni esecutive sarà rilevabile sia nelle fasi iniziali dell'esordio psicotico, come in quelle tardive; inoltre, la modificazione del funzionamento è un elemento predittivo e correla negativamente con la prognosi, che, per tali evenienze, si farà negativa (5).

Fasi prodromiche e le terminologie correlate

La manifestazione degli esordi psicotici e delle fasi prodromiche eventualmente correlate ha imposto la necessità di iniziare a definire le caratteristiche di presentazione di quanto aveva potenzialità evolutive con prognosi complessa e spesso negativa.

La ricerca sugli interventi precoci (Early Intervention), più di recente, ha evidenziato, come fosse possibile individuare nelle anamnesi di pazienti psicotici una serie di segni e sintomi predittivi di modificazioni in senso patologico che perturbavano l'assetto evolutivo di adolescenti e giovani adulti. L'insieme di tali modificazioni determina quanto a livello internazionale è stato definito come uno "Stato Mentale a Rischio" (ARMS - At Risk Mental State) (6), (7).

Nella terminologia clinica e scientifica il termine globale di "Stato Mentale a Rischio" (ARMS), cfr. Fig.1, si fonda su una concezione di stampo olistico della patologia psichiatrica, che comprende un assetto eziopatogenetico relativo a vulnerabilità biologica, genetica e psicosociale. Nell'ambito di queste vulnerabilità, particolare rilievo è in relazione a fattori di rischio come la familiarità con persone affette da psicosi o altri disturbi mentali; e la familiarità è considerata tra i fattori di rischio maggiori.

La vulnerabilità genetica "circoscrive il rischio" a chi abbia un parente di primo grado con diagnosi di psicosi o a coloro che hanno ricevuto la diagnosi di disturbo di "personalità schizotipico" (8). Per alcuni autori la vulnerabilità genetica farebbe anche riferimento alla presenza di sintomi, secondo le caratteristiche di presentazione degli APS e dei BLIPS.

Va specificato che le condizioni di rischio generale degli ARMS indicano aspetti predisponenti e scatenanti, non un'ineluttabilità evolutiva.

Nell'uso sempre più diffuso della terminologia, forse è pas-

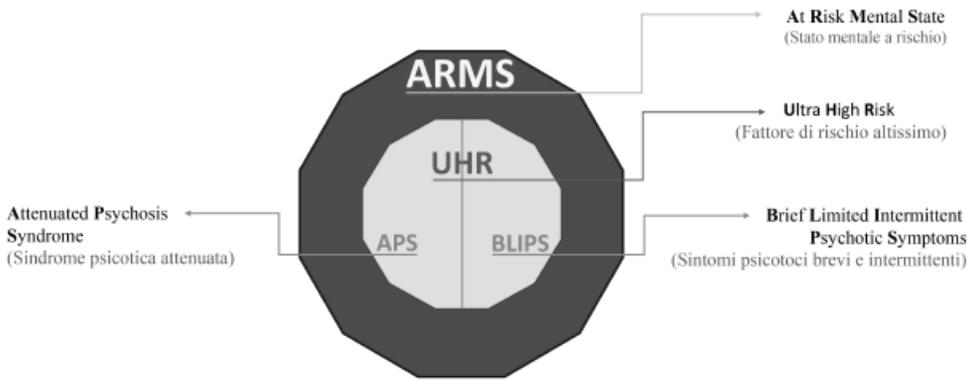


FIGURA 1.
La complessità degli stati mentali a rischio

sato inosservato che, quando si parla di stato mentale, si fa riferimento alla condizione attuale nel senso di situazionale-presente. L'operazione che si compie in merito è che, dopo il rilievo, si utilizza quanto rilevato in senso prospettico e prognostico, facendo inferenze sugli esiti di un possibile assetto disfunzionale. Quello che osserviamo è uno status quo, però definito da una costellazione-combinazione di elementi e quello che inferiamo non è solo l'ocasionalità di un evento, ma quanto intuiamo della trasversalità di un assetto comportamentale e di domini funzionali con alterazioni. Quindi, più propriamente dovremmo differenziare i concetti, anche se affini e intersecati; e non dovremmo parlare solo di "stato mentale a rischio", ma di "tratto mentale a rischio", a partire da uno status mentale a rischio. Questo se apre alla necessità di un'osservazione longitudinale, che eventualmente potrebbe confermare la diagnosi di tratto, richiede anche un inquadramento più articolato e più finemente discriminato della condizione e conferma la necessità di diciture più puntuali per definire le possibili condizioni patologiche osservate.

Nell'attenzione a reperire tali indicatori nel tempo si è andata definendo la specificazione di più stringenti manifestazioni sintomatologiche della psicosi, per esempio rispondenti alla diciture Fattore di Rischio Altissimo o Ultra High Risk (UHR), della tradizione culturale inglese (9), (10) unitamente alle diciture correlate, come specifichiamo a seguire.

I criteri diagnostici degli UHR sono stati dunque sviluppati per valutare lo stato di rischio in ragazzi tra i 14 e i 30 anni; gli ulteriori criteri individuati fanno riferimento alla presenza di Sindrome Psicotica Attenuata (APS - Attenuated Psychosis Syndrome) e Sintomi psicotici a bassa pervasività in base alla frequenza, limitati nel tempo, cioè brevi e intermittenti (BLIPS - Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms) (11), (12), (13), (14).

La condizione degli APS è stata inserita già nel DSM - 5, nella sezione III relativa agli sviluppi futuri; dove si indica che il criterio per l'inclusione nell'APS comporta la presenza di almeno un sintomo tra deliri, allucinazioni ed eloquio disorganizzato, con la specificazione che questi siano

presenti in forma lieve, attenuata, ma di frequenza clinicamente rilevante. Il criterio temporale della sintomatologia specifica di dover "essere stata presente nell'ultimo mese e deve aver avuto inizio o essere peggiorata nell'ultimo anno, causando stress e deterioramento funzionale nel paziente" (15). I BLIPS fanno sempre riferimento a sintomi psicotici che sarebbero comparsi nell'ultimo anno, la cui presenza non è costante, sintomi psicotici a bassa pervasività, limitati nel tempo e/o intermittenti e sono caratterizzati da durata breve e remissione spontanea. Comportano la presenza di

idee di riferimento, pensiero magico, disturbi della percezione, ideazione paranoide, eloquio bizzarro (16). Insieme ai sintomi positivi, presenti in APS e BLIPS, si rimanda l'attenzione a considerare anche i primi e minimali sintomi negativi, le difficoltà scolastiche o lavorative, la modificazione degli scambi sociali e la perdita di rapporti e delle relazioni interpersonali, come il ritiro sociale e il progressivo scadimento della qualità della vita (Bechdolf et al. 2005).

Globalmente, altri fattori di rischio che si evincono dalla storia dei pazienti coincidono con la presenza di attacchi di panico o altri disturbi d'ansia, disturbi ossessivi, episodi depressivi o dissociativi.

Altra caratteristica dei ragazzi in UHR è di presentare di frequente in anamnesi ideazione suicidaria e agiti anticonservativi (17).

Altri specificatori dei quadri premorbose

In Australia, per specificare il Fattore di Rischio Altissimo o Ultra High Risk (UHR) McGorry e Yung hanno individuato una condizione prodromica con criteri diagnostici definiti e consistenti in sintomi psicotici transitori ed attenuati, definita come Clinical High Risk (CHR). È anche riportato come il quadro clinico di ragazzi nell'ambito di CHR è di particolare complessità e presenta altre condizioni cliniche spesso associate a questi stati. Infatti, i ragazzi che manifestano tali condizioni fanno riferimento ai centri di salute mentale per altre problematiche, che fungono da "cartellino di presentazione" come generici sintomi ansiosi, depressivi o per uso di sostanze (18). Il contributo della ricerca europea ha definito i cosiddetti Sintomi di Base, Basic Symptoms (BS) (19), che possono essere integrati con i criteri UHR per definire gli stati a rischio di esordio psicotico.

L'individuazione dei BS coincide con "esperienze soggettive disturbanti", che influenzano diversi domini funzionali psichici e cognitivi, come per esempio i disturbi del pensiero, della percezione e del linguaggio o le difficoltà attentive. Nell'approfondimento i BS sono stati suddivisi in due classi: i sintomi base cognitivi e percettivi o COPER (Cognitive-Perceptive Basic Symptoms) e i disturbi co-

gnitivi COGDIS (Cognitive Disturbances) (20), (21). In merito è stata definita l'ipotesi che i COGDIS siano più specifici rispetto ai COPER per la schizofrenia e permetterebbero di indicare un rischio più imminente di psicosi rispetto ai COPER (22).

Tale concettualizzazione permetterebbe di differenziare nella fase prodromica due sottofasi indicate come gli stati a rischio precoci e tardivi. Nell'evoluzione delle prime fasi prodromiche sarebbero prevalenti i BS e il deterioramento del funzionamento, mentre nelle successive e ultime fasi, più vicine al passaggio alla psicosi, sarebbero più caratteristicamente individuabili i sintomi UHR (23).

Le linee guida EPA formalmente consigliano l'utilizzo e l'associazione degli approcci UHR e BS nell'individuazione e trattamento di ragazzi a rischio psicotico (24).

Un più recente filone di ricerca è quello dei Disturbi del Sé o Self Disorders (SD). Questi si manifestano con esperienze anomale e soggettive legate alla mancata percezione della continuità di sé e di un sé unico e stabile. In quest'ambito le differenze individuali coincidono con le diversificate manifestazioni del cosiddetto Sé nucleare, proprie della concezione fenomenologica, ed hanno riflessi sia sulla percezione di sé, che del mondo. Per queste modificazioni, proprio perché presenti in stati psicotici e nelle persone con CHR, si suggerisce l'associazione ai criteri UHR e BS per la valutazione dello stato di rischio psicotico.

Tra gli eventi di vita che incrementano il rischio psicotico sono considerati fattori precipitanti o slatentizzanti: il vivere in contesti demografici urbani, l'aver condizioni socioeconomiche svantaggiate, la mancanza di una rete familiare, la possibile emarginazione sociale, per esempio a motivo dell'appartenenza a minoranze etniche o religiose; o, ancora, gli eventi di trascuratezza, di abuso, o di traumi, le perdite o i cambiamenti di vita come lutti, separazioni, divorzi o fine di relazioni, trasferimenti, perdita del lavoro e/o del livello socioeconomico. Come fattore precipitante o slatentizzante si considera anche uno stile di vita non salutare, con utilizzo pregresso o attuale di alcool

o sostanze.

La piramide per la valutazione degli stati mentali a rischio

Autori diversi hanno contribuito all'articolazione delle caratteristiche degli ARMS. La terminologia che in questi è declinata potrebbe rientrare in possibili specificazioni semiologiche, che possono essere colti in un quadro evolutivo d'insieme. In merito ci viene proposta la Piramide della valutazione diagnostica degli stati mentali a rischio, cfr. Fig. 2, che evidenzia l'articolazione delle possibili condizioni psichiche, dagli assetti normali a quelli francamente patologici (25), (26), (27), (28).

Nella porzione interna della figura geometrica, la piramide indica la possibile stratificazione della popolazione ed esprime una gradazione dei sintomi che passa dalla condizione basale di sintomi aspecifici e declino funzionale a sintomi sottosoglia a sintomi conclamati.

Nella porzione basale è indicata la popolazione da valutare o popolazione target, relativa ad adolescenti e giovani adulti, che richiedono consulenza per l'insorgenza di forme pervasive di disagio psichico ed emozionale con compromissione del funzionamento sociale e riduzione della qualità di vita, che può essere indicativa di un processo psicopatologico in statu nascendi (29). A seguire, e verso l'apice della piramide, troviamo chi manifesta esperienze soggettive anomale, meglio specificate come insieme di esperienze simil-psicotiche o PLEs (Psychotic Like Experiences della letteratura Anglo-Sassone) e sintomi base; questi ultimi sono stati indicati poco prima. I PLEs consistono in esperienze cognitivo-percettive anomale, che richiamano sintomi psicotici, ma, a differenza di questi, sono accompagnati da differenti livelli di intrusività e disagio. Tra le esperienze soggettive anomale e gli stati psicotici, si descrive chi manifesta esperienze psicotiche sottosoglia, coincidenti con gli stati mentali ad alto rischio o Fattore di Rischio Altissimo o Ultra High Risk (UHR); e quindi, all'apice della piramide, le condizioni psicotiche conclamate. Nella porzione sinistra della piramide sono indicati i biso-

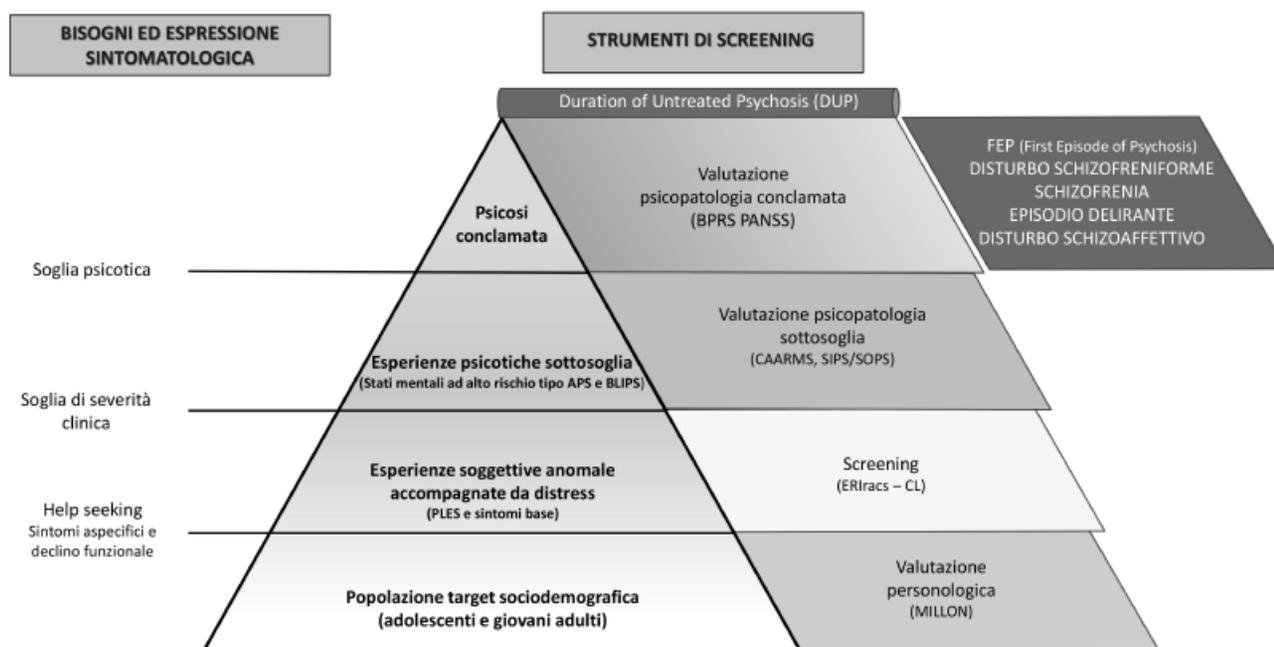


FIGURA 2. Piramide della valutazione diagnostica negli stati mentali a rischio (da Preti et al., 2012, modificato.)

gni delle persone e la diversa intensità di espressione clinica sintomatologica. Le diverse aree sono articolate dal basso verso l'alto secondo chi, nella porzione basale della piramide, ha sintomi aspecifici e declino funzionale; chi oltre la soglia del generico bisogno di aiuto ha esperienze soggettive anomale accompagnate da distress; o chi oltre la soglia di severità clinica, manifesta esperienze psicotiche sottosoglia; e chi, ancora, oltre la soglia psicotica, manifesta la condizione francamente psicotica. La porzione destra indica gli strumenti di valutazione per le diverse sottopopolazioni che si vengono a delineare oltre e fra le soglie.

Nell'indicare la popolazione target (adolescenti e giovani adulti), nella formulazione originaria della piramide non si indica il tipo di intervento. Tale tipo di popolazione può chiaramente arrivare alla consultazione-consulenza e si può ipotizzare per costoro un incremento della consapevolezza di sé o attraverso un assetto di counseling e/o a partire da un riscontro personologico strutturato con test o reattivi. Tra questi, a titolo esemplificativo, si indica il Milon test. Al di là della procedura di consulenza, il rimando degli esiti è l'obiettivo prioritario e funzionale all'incremento della consapevolezza suindicata. Tra la condizione di chi ha bisogno di un generico aiuto e la soglia di severità clinica, si individua chi va attenzionato con uno screening attraverso l'ERYraos-CL per le esperienze soggettive anomale accompagnate da distress. Oltre tale condizione, oltre la soglia di severità clinica e al di sotto della soglia di severità psicotica, nell'ambito delle esperienze psicotiche sottosoglia, si individua chi necessita di una valutazione a mezzo di CAARMS, SIPS e SOPS. Per le condizioni di psicosi cronica conclamata, il riferimento suggerito sono la BPRS e la PANSS.

È quindi possibile articolare lo "Stato Mentale a Rischio" (ARMS) in una serie di diciture che definiscono stati clinici specifici e aspecifici, che possono segnalare una fase di cambiamento dopo un possibile evento vissuto come stressante; queste condizioni hanno potenzialità evolutive verso la piena e iniziale manifestazione psicotica che è definita Primo Episodio Psicotico (FEP – First Episode Psychosis), che nello schema della Piramide è accompagnato da altre condizioni valutabili come altri assetti dello spettro psicotico.

Gli strumenti di screening per la diagnostica delle fasi prodromiche

Già nel percorso di accoglienza dei pazienti sarà necessario fare riferimento a strumenti che consentano di diversificare chi manifesta un disagio psicologico, da coloro che necessitano di un approfondimento con strumenti di screening adeguatamente calibrati (Fig. 2). La complessità e la finalità dell'impegno in fase diagnostica sarà quello di diversificare le esperienze soggettive anomale dalle esperienze psicotiche sottosoglia, e quindi, prontamente individuare le persone con UHR, che maggiormente rischiano la transizione a psicosi. Come già accennato, per

tale finalità può essere utile il riferimento a protocolli eterosomministrati, quali la Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS), o la Structured Interview for Prodromal Syndromes / Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS), derivati principalmente dalla Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e dalla Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

Per evidenziare la sintomatologia aspecifica, un gruppo tedesco, che aveva progettato l'Age, Beginning and Course (ABC) of schizophrenia study, ha sintetizzato nella ERIRAOS-CL 3 i principali indicatori che individuavano il rischio di transizione. La ERIRAOS-CL (Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist) combina quegli indicatori aspecifici di disagio, che sono presenti nei prodromi della schizofrenia come il ritiro sociale, la depressione, la mancanza di energia, il nervosismo, la sospettosità, con quei sintomi più caratterizzati in senso psicopatologico quali la derealizzazione, l'ideazione persecutoria e le dispercezioni e che sono più indicativi di un aumentato rischio di transizione a psicosi.

La validità trans-culturale delle proprietà psicometriche di uno strumento è un requisito indispensabile di affidabilità e di utilizzo in paesi con lingue e culture diverse. Uno studio proposto da A. Meneghelli e collaboratori ha indagato l'affidabilità e la validità concorrente e discriminante della versione italiana della ERIRAOS-CL in un centro di Early Intervention operante a Milano.

Lo strumento discrimina sia i sintomi che definiscono l'episodio di crisi psicotica, come le dispercezioni, le modificazioni della forma o del contenuto del pensiero, come il delirio o l'ideazione paranoide, ma anche quelle modificazioni dell'esperienza soggettiva che rimandano alla cosiddetta vulnerabilità schizotropica come la derealizzazione auto ed eteropsichica, l'ipersensibilità interpersonale, o l'ideazione di autoriferimento primario.

Il cervello fragile dell'adolescente

Nell'affrontare gli esordi psicotici e le fasi prodromiche, insieme a quanto rilevato dall'osservazione dei pazienti, dobbiamo considerare l'assetto di funzionalità cerebrale nell'ambito della quale si definisce la condizione morbosa e quella premorbosa. Tali condizioni hanno trovato un'illuminante specificazione in quanto indicato come "Il cervello fragile dell'adolescente" (30). Con questa parafrasi, e con il contributo delle neuroscienze, si sottolinea come il cervello dell'adolescente in questa fase evolutiva ha una specifica conformazione, diversa dalla completezza dell'adulto. Infatti, nel cervello dell'adolescente le componenti limbiche sono in proporzione più rappresentate di quelle corticali, sia a livello anatomico che funzionale. Tale condizione provoca di suo alterazioni e squilibri comportamentali per la difficoltà da parte della corteccia di attivare la modulazione e il controllo delle funzioni limbiche. In adolescenza le strutture corticali non hanno ancora raggiunto la piena maturità e non hanno strutturato tutte le

connessioni neuronali che permettono la piena attivazione delle funzioni esecutive; nello specifico queste non riescono finemente ad esercitare un pieno “calmieramento”, o detention, dell’iperattivazione neuronale, o firing neuronale, delle aree limbiche, che costituisce la disfunzionalità che meglio esprime l’evento crisi. La dismaturità neuronale, dovuta alla non completezza delle connessioni sinaptiche di alcuni circuiti neuronali e la disfunzionalità correlata a questa immaturità, costituiranno così il terreno sul quale si definirà l’inadeguatezza comportamentale, come la franca patologia psicotica.

Ordinariamente nella metodologia clinica delle condizioni suindicate si puntava l’attenzione prevalentemente alla messa in evidenza di “alterazioni di marca corticale”, vale a dire di ciò che ruotava attorno alla disfunzionalità della funzione pensiero e/o degli assetti comportamentali inadeguati. Nella condizione attuale, si è riusciti a definire meglio la struttura e il funzionamento del cervello dell’adolescente nelle sue componenti corticali e limbiche, in cui quest’ultime sono prevalenti (Fig. 3) e questo già costituisce un primo vulnus strutturale. Insieme a ciò, come ulteriore assetto predisponente la patologia, ci si trova nella necessità di far fronte all’impatto destrutturante delle sostanze d’abuso nel cervello dell’adolescente. Pertanto, si rende necessario integrare l’ottica di osservazione dei pazienti con nuovi paradigmi di comprensione e più articolate griglie per il rilievo sintomatologico, che, sempre puntando all’esplorazione della funzione pensiero con rilievi sempre più raffinati, deve farsi più stringente rispetto all’evidenziazione della disfunzionalità affettivo-emozionale, non più evidenziabile solo con il rilievo del solo stato dell’umore. Il rilievo in merito dovrebbe essere più specifico rispetto alla componente emozionale osservata. Con il rimando empatico delle emozioni rilevate potrebbe essere possibile una più puntuale lettura comune e condivisa del-

l’assetto emozionale, che potrebbe permettere una più puntuale individuazione delle risonanze emozionali e un’individuazione dei vissuti; faciliterebbe il paziente nel sentirsi più pienamente accolto e compreso, e, in prospettiva, di strutturare un legame fiduciale e un’alleanza terapeutica tra paziente e operatore. Ancora, al di fuori del momento di angoscia e confusione psicotica dello stato di acuzie-crisi, permetterebbe al paziente di acquisire strumenti per un più funzionale incremento della consapevolezza di sé; come, sempre nel contatto emozionale profondo, di contattare i bisogni autentici che correlano con le emozioni sperimentate, con i relativi vantaggi di possibili outcome dalla condizione psicotica (31).

Alla luce di queste considerazioni, si è trovato strategico formulare un training di regolazione emozionale destinato a pazienti e familiari, anche sulla base del modello REBT (terapia razionale emotiva comportamentale), per apprendere competenze per decodificare le proprie emozioni, ridurre la vulnerabilità e la sofferenza emozionale, attivare la componente sanamente adattiva, che è sollecitata dal contatto con le emozioni primarie; così da bilanciare con nuove competenze la disregolazione emotiva.

Linee di indirizzo italiane e riferimenti internazionali

Facendo sintesi dei possibili riferimenti in merito, si segnala quanto il Ministero della Salute italiano, già nell’ottobre 2007, ha pubblicato a proposito di “Adattamento e implementazione delle linee-guida del NICE sulla schizofrenia in Italia”, aggiornate nel dicembre 2009.

Rispetto a tale tematica, un’ulteriore specificazione è stata formulata con documento AIFA del 3 ottobre 2012 per definire, sulla base di note del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), le raccomandazioni emanate per la consultazione, come intervenire precocemente rispetto ai segni della malattia psicotica e far sì che l’individuo riceva il trattamento e il sostegno di cui ha bisogno. Inoltre, nel 2019 la regione Lazio ha disposto di recepire l’Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali nel documento recante le “Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e della adolescenza” (Rep. Atti n 70/ CU del 25 luglio 2019) (32). Sempre la Regione Lazio, successivamente, nell’ottobre 2020 ha disposto l’istituzione del gruppo di lavoro per la definizione del Piano per la salute mentale della Regione Lazio 2020-2023; con la disposizione Atti dirigenziali di Gestione Determinazione 30 ottobre 2020, n. G12713. La conoscenza di tali riferimenti di indirizzo, ai quali si rimanda, permette agli operatori di profilare progettualità e programmazione sulla base di tali disposizioni; e implementare possibili modelli per l’intervento precoce e il trattamento dei quadri morbosi su indicati.

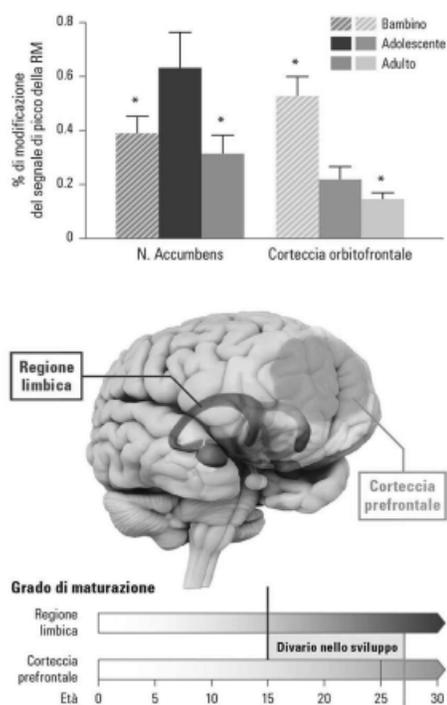


Figura 3 Prevalenza Regioni Limbiche su Corteccia prefrontale (G.Biggio '19).

Conclusioni

In linea con quanto articolato nella trattazione per la prevenzione degli esordi psicotici, operativamente, è evidente come è necessario effettuare la fine esplorazione della sintomatologia correlata alle fasi prodromiche degli esordi stessi. La valutazione può essere supportata da strumenti validati e permettere di implementare nella pratica clinica procedure di riconoscimento sia delle fasi prodromiche, che degli esordi; così come sinteticamente rappresentato nella piramide per la valutazione diagnostica degli stati mentali a rischio.

Ancor più per condizioni complesse come quelle trattate, se affiancare strumenti testologici e/o rating scale può essere d'ausilio, sarà solo l'esperienza e la competenza del clinico che potrà definire l'effettivo significato di quanto rilevato e articolare aspetti di fine diagnosi differenziale.

In parallelo, a partire dalle riflessioni sulle più recenti acquisizioni neuroscientifiche, si profila l'attenzione a nuove strategie come quelle del più puntuale rilievo emozionale, più articolato della sola valutazione del tono dell'umore. Nell'implementare l'utilizzo degli strumenti validati per la diagnostica e le attenzioni strategiche al rilievo emozionale, così come il trattamento psicofarmacologico, e anche quello più recente con psicobiotici, che non sono stati specificamente trattati in questo lavoro, si sottolinea che questi rimangono caposaldo di trattamento, con evidenze sempre più significative. Pertanto, avendo più articolati strumenti, sarà necessario puntare a definire progettualità ispirate a tutta la gamma possibile degli interventi di prevenzione.

La necessità e la novità che si profila è quella di iniziare a formulare mappe emozionali, ispirate al conoide di Plutchik e ai contributi delle neuroscienze emozionali, che possano arricchire e rendere ancor più profilato sull'individuo il rilievo diagnostico, e integrare così la diagnosi categoriale con aspetti dimensionali, in una sorta di "profilo personalizzato della diagnosi".

La complessità della condizione degli esordi psicotici e delle fasi prodromiche che con questi correlano non esime i clinici dall'utilizzare una metodologia improntata all'individuazione di sempre nuovi e aggiornati criteri diagnostici, che possano contribuire a definire nuovi possibili quadri nosografici, che permetterebbero di dare nome e definizione a quanto ancora indefinito.

* *Gruppo di ricerca sulle Neuroscienze Affettive A.R.F.N. (Associazione per la Ricerca e la Formazione in scienze Neuropsicosociali).*

** *DSM ASL-LT - UOC Salute Mentale N.O. della ASL LT, con incarico professionale in merito alla gestione della Schizofrenia. Facoltà di Farmacia e Medicina, Polo Pontino, Sapienza. Roma. Consigliere A.R.F.N. (Associazione per la Ricerca e la Formazione in scienze Neuropsicosociali), coordinatore del gruppo di ricerca sulle Neuroscienze Affettive A.R.F.N.*

Note bibliografiche

1. Meneghelli A, Alpi A, Cascio M.T, Häfner H, Maurer K, Preti A, Raballo A, Cocchi A, Versione italiana della "Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist": affidabilità, validità e istruzioni per l'uso, *Journal of Psychopathology* 20:186-198, 2014.
2. Heiden W & Häfner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* December 2000, Volume 250, Issue 6, pp 292–303, 2000.
3. Larson MK., Walker EF, & Compton MT, Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizofrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347–1359, 2010.
4. Norman RMG Lewis SW & Marshall M Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *The British Journal of Psychiatry* Jul 2005, 187 (48) s19-s23; DOI: 10.1192/bjp.187.48.s19 2005.
5. Schultze-Lutter F. et al, EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses, *European Psychiatry*, Volume 30, Issue 3, 405 – 416, 2015.
6. McGorry PD, Singh BS Schizophrenia: risk and possibility. In: Raphael B, Burrows GD, eds. *Handbook of preventive psychiatry*, 1995.
7. Yung AR, McGorry PD The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* ;22(2):353-70, 1996.
8. Meneghelli A., idem 1
9. Yung AR, McGorry PD, The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* ;22(2):353-70, 1996.
10. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A, Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull.* ;22(2):283-303, 1996.
11. Schultze-Lutter F. et al idem 5.
12. Raballo A et al Self-Disorders and Clinical High Risk for Psychosis: An empirical study in help-seeking Youth Attending community mental health facilities, *Schizophr Bull.* Jul, 42(4):926-32, 2016.
13. Yung AR, McGorry PD, The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull.* ;22(2):353-70, 1996.
14. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC, Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull.* ;22(2):283-303, 1996.
15. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
16. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, McGorry PD, Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group, *Schizophr Res.* Mar 1;60(1):21-32, 2013.
17. Hutton P, Bowe S, Parker S, Ford S, Prevalence of suicide risk factors in people at ultra-high risk of developing psychosis: a service audit, *Early Interv Psychiatry*, 5(4):375–380, 2011.
18. Fusar Poli P et al The Psychosis High-Risk State, a comprehensive State of the art Review, *JAMA Psychiatry.* 2013 Jan; 70(1): 107–120, 2013.
19. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Fusar-Poli P, Bechdolf A, Schimmelmann BG, Klosterkötter J. Basic symptoms and the prediction of first episode psychosis. *Curr Pharm Des.*; 18(4): 351-7, 2012.
20. Schultze-Lutter F, Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull.*; 35(1): 5-8, 2009.
21. Schultze-Lutter F. et al, EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses, *European Psychiatry*, Volume 30, Issue 3 , 405 – 416, 2015.
22. Aiello G & Ferro FM I sintomi di Base. *Psicopatologia Cognitiva.* Maggio 2013, Fascicolo 2, 2013.
23. Fusar Poli et al, idem 18.
24. Raballo A et al (2016) Self-Disorders and Clinical High Risk for Psychosis: An empirical study in Help-seeking youth attending Community mental health facilities. *Schizophr Bull.* Jul 42(4): 926-32, 2016.
25. Schultze-Lutter F. et al, idem 21.
26. Preti A, Cella M, Raballo A, Vellante M. Psychotic-Like or Unusual Subjective Experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype. *Psychiatry Res.* 200, 669-673, 2012.
27. Pyramid of the diagnostic evaluation in at risk mental states (from Preti et al., 2012, modified).
28. Menichelli A, idem 1
29. Menichelli A, idem 1
30. "Il cervello fragile dell'adolescente", Biggio G, tratto da *Focus on Brain*, Isti D. Alighieri 13.04.21.
31. "Gestione della depressione e dell'impatto emozionale attraverso il potenziamento dell'intelligenza emotiva all'epoca della pandemia da Covid-19" Tripepi P. et al in riv L'Altro n2 lug-dic '20.
32. <https://www.aifa.gov.it/-/consultazione-pubblica-del-nice-su-psicosi-e-schizofrenia-nei-bambini-e-nei-giovani>

Una proposta radicale

Sono passati pochi mesi dall'omicidio della psichiatra Barbara Capovani. La mobilitazione che ne è seguita ha avanzato diverse istanze riassumibili in due linee principali: a) la richiesta di un aumento delle risorse dei Dipartimenti di salute mentale e il rilancio della loro organizzazione; b) la riforma delle norme penali come base per la revisione dei percorsi giudiziari e di cura.

In attesa delle azioni del governo e della Commissione attivata dal Ministero della Salute, un'importante iniziativa è stata assunta dall'on. Riccardo Magi che ha presentato il disegno di legge n. 1.119 intitolato "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n. 354, in materia di imputabilità e di misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale" che supera il "doppio binario", attraverso l'abolizione dell'art. 88 (vizio totale di mente) e art. 89 (vizio parziale).

Alla persona, anche se con disturbi mentali, viene quindi garantito il diritto al processo, ad essere giudicato per il fatto commesso la conseguenza di non viene dichiarato "prosciolto" perché incapace di intendere o volere.

L'attuale situazione configura una diminuzione di diritti e doveri², finendo per lambire la dignità della persona. Infatti, spesso ancor prima di ogni giudizio, la persona con sospetti disturbi mentali o "disturbante" viene ad essere considerata "pericolosa socialmente" e si vede applicata una misura di sicurezza detentiva provvisoria di indefinita durata e dai contenuti non chiari. Ciò, di solito, avviene quando l'imputato è ancora presunto innocente cioè ancor prima di averne accertato la colpevolezza, e di avere accuratamente esaminato lo stato di salute mentale sia ai fini dell'imputabilità ma anche e soprattutto per la predisposizione di un percorso di cura che deve basarsi sempre su consenso e partecipazione della persona.

Il "vizio di mente" e "infermità mentale" fanno riferimento alla psichiatria positivista del primo novecento, non orientata al modello biopsicosociale, relazionale e culturale. Tali categorie non creano le migliori condizioni per la cura perché in primo piano viene collocata la "pericolosità sociale" e la sua gestione attraverso le misure di sicurezza. L'obsolescenza dell'impostazione presente nel nostro codice penale Rocco del 1930 è evidente in quanto è in sintonia con la legge 36/1904 per la quale le persone con alienazione mentale che risultavano "pericolose a sé e agli altri" dovevano essere prima "custodite" e poi cu-

rate nei manicomi. Sebbene sia una norma abrogata dalla legge 180 la sua eredità persiste nella cultura operativa e si palesa nelle improprie richieste custodiali avanzate dai magistrati ai dipartimenti di salute mentale ed ha fatto capolino anche nella sentenza n. 22/2022 della Corte Costituzionale la quale definisce le misure di sicurezza detentive come "ancipite", ossia al contempo di custodia e di cura coercitiva. Una posizione in contrasto con legge 180, 18/2009 e 219/2017 che fondano sulla volontarietà gli accertamenti e i trattamenti sanitari. Una condizione che trova conferma nella pratica clinica e nei trattamenti che si possono realizzare solo con la motivazione e la partecipazione della persona.

E' quindi necessaria una riforma radicale che faccia chiarezza e crei le migliori condizioni per la cura e la sicurezza. La proposta Magi va in questa direzione in quanto coglie un punto fondamentale: la persona ha bisogno del pronunciamento della legge in quanto nel suo mondo interno è presente il reato che non deve giustificato ma accolto, compreso, elaborato. La pena, ai sensi dell'art 27 della Costituzione, è l'occasione per un esame di realtà dal quale può iniziare nella chiarezza un lavoro mentale che deve essere libero (per il malato e lo psichiatra) al fine della cura e del reinserimento nella comunità. In questo senso la responsabilità è terapeutica. Richiede un impegno della persona, la creazione dialogica della motivazione e la sottoscrizione di un patto, l'assunzione di impegni.

La pena dà certezze di tempi e non è sottoposta come le misure di sicurezza a ripetute angoscianti proroghe. Si articola negli aspetti retributivi e trattamentali al fine della rieducazione e dell'inclusione sociale. Questi non coincidono affatto con la cura della patologia mentale ma hanno una loro autonomia e specificità nell'ambito dell'esecuzione penale.

Il proscioglimento, specie se preceduto da misure di sicurezza detentive provvisorie, crea un limbo incomprensibile, un'angosciosa sospensione, un silenzio kafkiano. E' la malattia ad avere agito, non la persona, giudicata incapace e quindi indegna di ascolto e dialogo. In relazione al fatto reato la legge non si esprime (con una pena, una sanzione precisa, un giudizio) ma lascia alla sola psichiatria la persona con il suo peso, l'impotenza e l'ombra quasi indelebile della pericolosità sociale. I clinici sanno quanto sia difficile dipanare questi intricati e confusi vissuti e quanta oscurità, fraintendimenti e angosciosa sof-

ferenza ciò possa determinare. Temono la posizione di garanzia in base alla quale pare debba essere lo psichiatra a dover controllare, custodire e prevenire. Compiti impropri, impossibili ed antiterapeutici.

Si deve affermare la via della responsabilità, dell'imputabilità anche "assistita" che in ambito penale come ormai da tempo avviene in quello civile dove l'amministrazione di sostegno, aiuta il beneficiario nell'esercitare diritti e doveri. Non più l'interdizione, la tutela e la perdita dei diritti ma al contrario l'accesso ai diritti.

Questo riconoscimento di responsabilità chiude a proscioglimenti per Disturbi della personalità facilitati dalla sentenza Raso (n.9163/2005) della Corte di Cassazione. Un tema quanto mai attuale a fronte del persistere di reati come i femminicidi, sex offender con alte componenti emotive e relazionali. Una via per evitare l'impropria delega ai servizi di salute mentale di persone con psicopatia. In sede di esecuzione penale, la proposta di legge tiene conto della "disabilità psicosociale" (termine derivato dalla legge 18/2009 di ratifica della Convenzione dei diritti delle persone con disabilità) e prevede misure alternative anche in deroga. Questo nuovo impianto legislativo non prevede più misure di sicurezza provvisorie e va completato sul piano organizzativo affinché si realizzi un miglioramento della salute mentale negli Istituti di Pena e si arricchiscano le risposte multimodali sul territorio da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale, di concerto con i sistemi giudiziario e della sicurezza coinvolgendo Comuni, avvocatura, garanti, associazioni, utenti e società civile, servizi di assistenza alle vittime, servizi di mediazione e conciliazione.

In questo quadro si può sviluppare, ciascuno per le proprie competenze, la collaborazione interistituzionale. La vita appartiene alla persona che ha diritto ad autodeterminarsi, anche rispetto al reato e alle sue conseguenze delle quali deve rispondere alla Comunità nel rispetto della legge amministrata dalla Giustizia (pena e trattamenti rieducativi). La sicurezza e il compito di prevenire nuovi reati spettano alle Forze dell'ordine e le competenze della cura psichiatrica ai Dipartimenti di Salute Mentale. Solo con questa chiarezza si può affrontare la pluralità di bisogni delle persone e ciò richiede una molteplicità di risposte sociali, educative, lavorative, alloggiative, ma anche giudiziarie e legate alla sicurezza e alla prevenzione di nuovi reati e ancora di tipo sanitario e psichiatrico. Così si può costruire un sistema di cura e giudiziario di comunità. In questo quadro vi è da auspicare un ampio consenso alla proposta di legge che dovrebbe essere completata con l'abolizione della posizione di garanzia dello psichiatra in favore del "privilegio terapeutico".

Una proposta preferibile rispetto ad altre che lasciano intatto il doppio binario e mirano "solo" alla riduzione delle condizioni che possono dare luogo al proscioglimento limitandole ai soli disturbi psicotici escludendo i disturbi gravi della personalità. Una pur apprezzabile volontà di ri-

durre la non imputabilità che, fatta salva la psicopatia, può essere anche di difficile applicazione visti i confini talora molto labili tra psicosi e disturbi di personalità, specie se con uso di sostanze psicoattive.

Per concludere il disegno di legge Magi riconosce pienezza di diritti e doveri alla persona con disturbi mentali e ciò rappresenta il passo per il completamento della legge 180 e la base per rilanciare il sistema di salute mentale e innovare il sistema penale del nostro Paese.

¹ *Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma*

² *Pellegrini P., et al. Persone con disturbi mentali in ambito penale. Diritti e doveri: molto resta da fare! L'Altro, Anno XXIV, n. 2 Luglio Dicembre 2021, 25-30*

Proposta di modifica legislativa in materia di salute mentale

Dopo l'efferato assassinio della collega Barbara Capovani è diventato impossibile evitare di occuparsi del tema relativo all'organizzazione dei servizi per la salute mentale in Italia. Lo si è fatto in questi mesi in moltissime sedi sia tra gli addetti ai lavori, sia in ambito politico che in quello dei mezzi di informazione.

Nel dibattito pubblico si è assistito più frequentemente alla messa in discussione della legge 180 del 1978 (piuttosto che della legge 81 del 2014) che, nella migliore delle ipotesi, non sarebbe più al passo con i tempi (nuovi quadri clinici, grandi cambiamenti sociali, riduzione delle risorse, ecc.).

Ci sembra quindi utile un brevissimo passo indietro nella storia che possa aiutarci a capire meglio la situazione in cui ci troviamo e le azioni che dobbiamo mettere in campo oggi.

Fino al 1968 l'unica possibilità di ricevere cure per patologie psichiatriche era quella di un ricovero coattivo negli Ospedali Psichiatrici. Il ricovero volontario è stato possibile solo dal 1968. Per un decennio da allora si è aperta una discussione profonda che ha portato Basaglia ad ottenere la legge 180 (quasi immediatamente integrata nella 833 che istituiva il servizio sanitario nazionale).

Una rivoluzione che nel mondo è stata (ed è ancora) giudicata in modo straordinariamente positivo. Sono bastati pochissimi articoli per ottenerla. L'apertura, in luogo degli O.P. degli SPDC negli ospedali generali (e poi degli altri presidi territoriali) da un lato e la semplicissima norma sul TSO che è stata in grado, da sola, di ribaltare completamente il paradigma della cura sganciandola definitivamente dalla custodia, ma anche rendendo giustizia ad un fatto clinico che chiunque di noi, qualunque sia la sua formazione (prevalentemente bio-, psico- o sociale) condivide: non si possono curare le persone per forza (al di là delle fasi acute di malattia); la cura è possibile se la persona la vuole (caso mai può essere un buon incentivo o un punto di partenza accettabile che questa volontà si determini per evitare una pena).

Ebbene la legge dice (ancora oggi per fortuna) che i trattamenti sono di norma volontari e stabilisce, come eccezione, il TSO, motivato da esclusivi elementi di clinica e completamente svincolato da quel "essere pericoloso per sé o per gli altri" che era contenuto nella legge precedente (del 1904) ed ancora vigente fino al 1978.

La rivoluzione vera sta qui ed è stata fatta con un solo punto decisivo. La pericolosità connessa al vizio di mente che rende gli autori di reato non imputabili trovava la sua risposta in OPG, dove il controllo e la custodia spettavano alle forze dell'ordine e la cura ai sanitari.

Vale giusto la pena di ricordare il contesto storico in cui la rivoluzione avveniva: c'era stata la stagione del '68 e, giusto nel '79, ci sarebbe stata la prima elezione a suffragio universale del Parlamento Europeo simbolo della speranza positiva degli europei di procedere verso un cammino di pace e di prosperità lungo un percorso di progressiva integrazione. Come sappiamo ci sono luoghi del nostro paese dove la legge 180 è stata meglio applicata ed altri meno fortunati. Ma non ci sono dubbi che dove è stata applicata ha funzionato. Essa ha tra l'altro scardinato la cultura della delega nel lavoro quotidiano dei servizi "costringendo" tutta la comunità ad essere coinvolta nei processi di cura e riabilitazione e confinando lo stigma della pericolosità connessa alla malattia in luoghi (gli OPG) dove comunque la delega non era ammessa (presenza delle forze dell'ordine come braccio del giudice e non dei soli sanitari a gestire la violenza e la pericolosità). Poi, in un contesto storico affatto diverso (crisi economica, crisi del processo di integrazione europea, forti migrazioni dai paesi più poveri, riduzione delle risorse disponibili per tutti i sistemi pubblici - tra i quali la sanità e le forze dell'ordine -, aumento della conflittualità e del disagio sociale, ecc.), si è voluto per forza portare a compimento l'opera di "chiusura del manicomio" (ideologia?) con la legge 81 abbastanza incuranti (dolo?) o certamente almeno inconsapevoli (incompetenza?) degli effetti che si sarebbero prodotti. Operazione condotta in buona fede da molti, ma con un tasso di miopia molto alto da un lato, e con un errore strategico di fondo dall'altro. L'errore riguarda la riproposizione della delega al solo sistema sanitario di tutti i bisogni della popolazione sofferente di disturbi psichici, in particolare degli autori di reato non imputabili per vizio di mente. Di fatto questo non ha significato per tutti gli operatori della salute mentale solo il doversi occupare di violenza e pericolosità (lo abbiamo sempre fatto), ma di doverlo fare da soli (delega) oltre tutto gravati dalla posizione di garanzia (situazione normativa affatto generale, ma che con la legge 81, diventa per gli psichiatri un capestro intollerabile che ci fa sentire sempre sotto ricatto e ci impedisce spesso, per paura, di

fare le scelte clinicamente più appropriate).
 Come effetti collaterali abbiamo avuto la ripresa dell'equivalenza folle=pericoloso, ma anche il pernicioso pensiero che, se il folle agisce in modo violento, questo succede perché non è ben curato con la conseguente aspettativa magica che tocchi agli psichiatri guarirli tutti (e comunque gestirli), ma anche con l'effetto di vederci non solo coinvolti come uno dei tanti attori nella gestione dei comportamenti violenti, ma come l'unico attore cui spetta la soluzione del problema (forze dell'ordine che si rifiutano di intervenire, ecc.). E qui siamo.

La nostra proposta di modifica del Codice Penale si propone l'obiettivo di capovolgere drasticamente questa situazione. Questa dovrebbe essere la nostra principale (al limite l'unica) richiesta al mondo dei decisori, in particolare al Parlamento: **l'abolizione degli art. 88 e 89 del Codice Penale.**

Senza fare questa proposta chiave tutte le altre (pure condivisibili naturalmente) rischiano di andare solo a rinforzare la attuale situazione di delega.

Facciamo alcuni esempi. Chiedere più posti letto in REMS, più risorse di personale, più indennità contrattuali. Tutto sacrosanto, ma a legge costante, tutto questo significa che accettiamo la delega se abbiamo più risorse. Va bene per noi?

Chiedere l'abolizione della posizione di garanzia è impossibile (non è una norma che riguarda lo psichiatra, ma una serie di contesti molto diversi tra loro), ma essa sarebbe svuotata del suo potere coercitivo nei nostri confronti se venisse restituita al soggetto la responsabilità sul reato che commette.

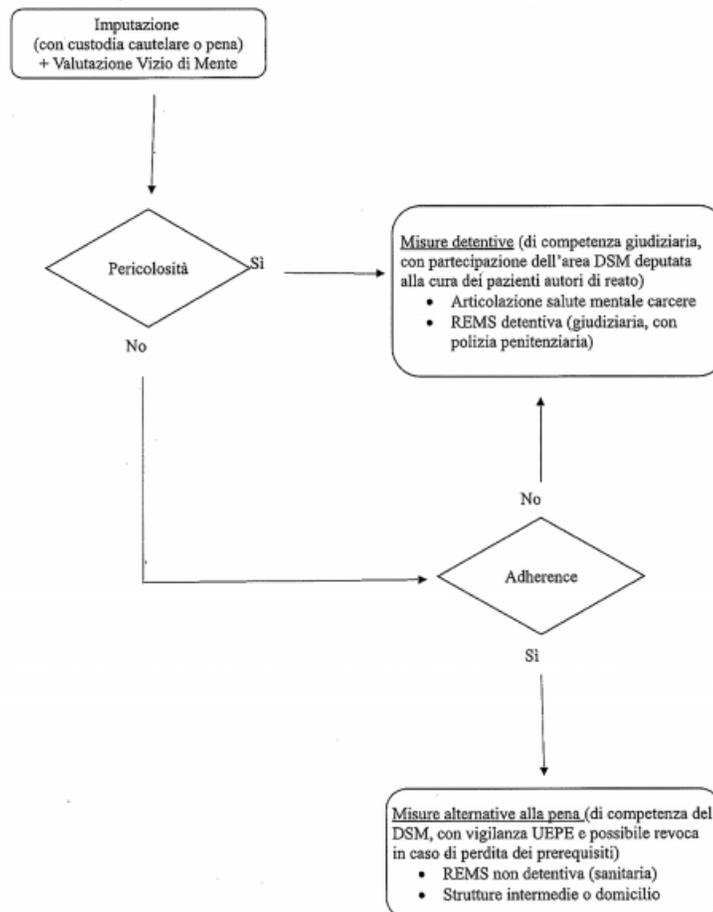
A questo punto occorre precisare (e sarebbero sul piano teorico in realtà osservazioni che avrebbero potuto costituire una premessa) che ogni sistema complesso (ancor più se l'oggetto di cui ci si deve occupare è particolarmente scabroso) va costruito su una salda coincidenza tra l'interesse e il dovere da un lato e seguendo il principio che recita "massimo potere, massima responsabilità (e non

massimo privilegio)". E' evidente che, allo stato attuale delle cose, tutti noi psichiatri ci sentiamo addosso invece la massima responsabilità senza avere alcun potere e che non esiste nel sistema la coincidenza tra interesse e dovere. Per chiarire il primo punto è sufficiente scrivere la scaletta del potere dal più alto grado al più basso: Giudice, perito, autore di reato, (carcere), servizio di salute mentale, constatando amaramente come la responsabilità sia collocata sostanzialmente in un percorso inverso a questa scaletta. Per il secondo punto è sufficiente un esempio preciso. Credo che possiamo convenire tutti sul fatto che la funzione peritale debba essere terza rispetto alla posizione del curante. Come si salvaguarda questa necessità mantenendo saldo il principio della coincidenza tra interesse e dovere?

E' possibile che il CTU, sganciato da ogni altra funzione, sia più facilmente portato ad accentuare il grado di pericolosità o ad attenuarlo nel sistema attuale? Quali sono le conseguenze possibili per lui se sottostima la pericolosità e quali se la sovrastima? Le risposte sono credo semplici e, fatta salva l'etica personale, è evidente dove spinge il sistema. Supponiamo invece che nei nostri dipartimenti ci siano delle unità operative (in Toscana sono Unità funzionali perché così si chiamano i gruppi di lavoro multi-professionali) che si occupano degli autori di reato ed anche delle perizie. In questo caso cosa succede loro se sovrastimano la pericolosità? Dovranno occuparsi di quei

pazienti. Cosa succede loro invece se la sotto-stimano? Che pazienti pericolosi faranno altri guai e i colleghi delle unità che si occupano di autori di reato sarebbero coinvolti. In altre parole essi si vedrebbero ad operare in una perfetta coincidenza tra l'interesse personale (avere meno lavoro possibile) e dovere professionale (fare valutazioni di pericolosità corrette)... Ed eccoci alla facile comprensione di come il sistema dovrebbe essere riformato.

**Psichiatra AUSL Toscana Centro e Coordinamento degli Psichiatri Toscani*



Per PERICOLOSITA' si intende la valutazione del Giudice del rischio di reiterazione del reato
 Per ADHERENCE si intende l'accettazione delle cure da parte del detenuto valutato malato.