

editoriale

Sta suscitando molto interesse la sindrome dei fratelli Collyer (com'è anche conosciuta negli USA) insieme al termine più tecnico di *disposophobia*, che sarebbe poi la paura di disfarsi di oggetti. Alla storia dei due fratelli di Harlem si sono ispirati romanzi, musical (si dirà che gli americani del Nord sanno trasformare tutto in musica) e film. Sempre da quelle parti, viene anche trasmesso un nuovo show televisivo, *Animal hoarding*, che parla di individui che raccolgono animali fino a tenerne in casa anche alcune centinaia. Sembrerebbe un gesto animalista, mentre, invece, si traduce in un pericolo per la salute sia degli animali che si vorrebbe proteggere, sia delle persone.

Il giornale *Il Sole 24 Ore* ha recentemente dedicato a Homer e Langley Collyer un articolo che descriveva l'enorme quantità di oggetti per lo più inutili nel loro appartamento di Manhattan (tra gli altri, un'intera automobile, quattordici pianoforti, frigoriferi, tubi idraulici, ombrelli, sedie a sdraio, manichini e molto altro). Homer era cieco e l'altro conservò migliaia di giornali e libri sperando che il fratello riacquistasse la vista. In tutto più di cento tonnellate di oggetti che richiesero due settimane per lo sgombero dopo che i due fratelli furono trovati morti, uno caduto in una trappola da lui stesso preparata contro possibili intrusi e l'altro, cieco e paralizzato, morto di inedia, senza le cure del fratello che si era sempre occupato di lui.

Sono stato invitato, insieme ad altri psichiatri, dall'organizzazione del DSM-5 (*Manuale*

Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, alla sua quinta edizione che uscirà nel 2013), a dare un contributo riguardo dimensione patologica del fenomeno. In altre parole dove finisce il collezionismo o attaccamento a cose care e dove inizia la malattia. In quest'ultimo caso, di quale patologia stiamo parlando all'origine della sindrome di accumulo o incetta o ammasso (non si sa come verrà tradotta in italiano)? Come per altre categorie del DSM si parla di disturbo quando il comportamento oltrepassa una soglia di accettabilità per il soggetto (o chi gli sta attorno) interferendo con la sua vita

(continua a pagina 12)

Torquato Tasso e la corte

Un rapporto bipolare tra idealizzazione e realtà nel contesto signorile italiano del secondo Cinquecento

Chi considera bene, non può negare che alle cose umane la fortuna ha grandissima potestà, perché si vede che a ognora ricevono grandissimi moti da accidenti fortuiti e che non è in potestà degli uomini né a prevedergli né a schifargli: e bene lo accorgimento e sollecitudine degli uomini possa moderar molte cose, nondimeno sola non basta ma gli bisogna la buona

fortuna.
dai Ricordi di
Francesco Guicciardini

...

*Amiam che non ha tregua
Con gli anni l'umana
vita, e si dilegua. /
Amiam che 'l sol si muore
e poi rinasce, /
a noi sua breve luce /
s'asconde, e 'l sonno
eterna notte adduce.*

Tasso, *L'Aminta*,
vv. 719-723



Aminta baciato da Silvia, G. Carnovali (1838)

Il profondo desiderio d'amore di questi versi tratti dall'*Aminta*, dramma pastorale composto dal Tasso nell'unico periodo sereno della sua vita, caratterizzano un genere che ebbe molto successo a Ferrara intorno alla metà del Cinquecento e rivelano in una efficace sintesi le tensioni rinascimentali, che si stavano ormai affievolendo in un difficile ambiente socio-politico, svuotato, ormai, dei valori più autentici del classicismo. Questa "favola boschereccia", che parla dell'amore contrastato ma a lieto fine tra il pastore Aminta e la ninfa Silvia, rappresenta il riuscito tentativo di riprendere, in un particolare contesto, gli schemi del mondo antico, per elaborare un'opera mista di musica e poesia, che possa in qualche modo far rivivere le tensioni del dramma greco fatto, appunto, di lirica e di melodia. Tale opera teatrale, ideata dal Tasso in un "momento magico" della sua esistenza, si trasforma, così, in specchio della vita di corte, indicando anche un punto di riferimento che resterà valido fino al XVIII secolo.



anche in
questo
numero:

citando Leopardi.....	4
l'articolo.....	6
gruppi di psicoeducazione	8
spazio per studenti universitari	9
recensione	10
con parole mie.....	11

Quando conclude la stesura dell'opera teatrale, l'autore vive il culmine e, purtroppo, la conclusione di un periodo felice, che non si ripresenterà mai più. A un Torquato tenuto in altissima considerazione, conteso tra le più importanti corti d'Italia, amato e protetto da potenti dame dell'alta società, come le sorelle del duca d'Este Lucrezia ed Eleonora, si sostituirà la figura di un intellettuale tormentato, segnato dalla contraddizione di quei tempi difficili e in perpetuo contrasto spirituale con l'ambiente cortigiano, vissuto in un tragico rapporto di amore-odio. È anche vero che la vita del poeta è stata contrassegnata, fin dall'infanzia, da separazioni, lutti e improvvisi cambiamenti. Il padre Bernardo, di famiglia nobile, era cortigiano del principe di Salerno, Ferrante Sanseverino, che, caduto in disgrazia presso il Viceré e perseguitato dall'Inquisizione, era stato costretto all'esilio e aveva perso, alla fine, tutti i suoi possedimenti, morendo in povertà.

Torquato, ancora fanciullo, con il padre ormai cinquantenne, costretto, per la disgrazia del suo principe, all'esilio, aveva dovuto lasciare l'amata famiglia per recarsi in varie corti, come Urbino, Venezia, Roma e proprio qui, aveva avuto la notizia della morte della madre. Certamente tali episodi, nel giovane ipersensibile, avevano contribuito ad acuire un doloroso senso di precarietà e di inquietudine. Quel filo sottile che aveva reso possibile una felice coesistenza del nostro aristocratico e raffinato poeta con l'ambiente cristallizzato della corte estense (controllata dall'Inquisizione per comportamenti sospetti di Renata di Francia, madre del duca Alfonso) era destinato definitivamente a spezzarsi.

Riprendendo, infatti, il lavoro di un poema sulla prima Crociata, iniziato a Venezia a soli sedici anni, il Tasso nel 1575 termina la prima stesura dell'opera e, proprio dopo un estenuante lavoro di revisione, emergono i primi sintomi di problemi mentali dovuti anche alla fatica e alla tensione per l'impegno profuso nella completa composizione della *Gerusalemme*. Probabilmente l'immersione totale nella vita cortigiana e la forte tensione creativa erano state contrassegnate da uno sforzo eccessivo per la fragile struttura psicologica dell'artista. Terminato il poema, l'autore precipita verso forme maniacali e depressive, aggravate anche dalla permanenza in un ambiente sempre più ostile e aggressivo.

Nonostante tutto ciò, l'autore mantiene i suoi contatti con l'ambiente signorile, che lui ha idealizzato, e nel quale, poi, è stato fortemente compromesso il suo genio, proprio quel genio cui lo stesso Leopardi dedica una delle sue più note *Operette morali* (*Dialogo di Torquato Tasso e del suo genio familiare*). Ormai la debole trama psichica del poeta non regge allo stress continuo causato dalle invidie degli altri cortigiani e ai pregiudizi dei potenti. In occasione di un viaggio a Roma, l'autore, tormentato da scrupoli religiosi, sottopone la *Gerusalemme liberata* ad alcuni autorevoli revisori e due anni dopo si autoaccusa al Tribunale dell'Inquisizione, che lo assolve.

Il precario equilibrio su cui si basava la capacità di comportarsi in modo adeguato nella corte è irrimediabilmente compromesso. Nonostante tutto ciò, il poeta vuole ritornare e riprendere i contatti con l'ambiente signorile. Il clima è teso e diversi fattori negativi rendono più complicata la sua vita, perché sempre afflitto da manie di persecuzione, azioni di ribellione e, nel contempo, persistenti sensi di colpa.

Nel 1576 subisce un'aggressione da parte del cortigiano Ercole Fucci con il quale aveva un

contrasto; nel 1577 assale con un coltello un servitore dal quale, con molta probabilità, visto l'ambiente e la situazione, si sentiva spiato; poi va dalla sorella a Sorrento, sotto mentite spoglie, fingendosi uno straniero e comunicandole la sua morte per verificare il reale affetto di lei; infine, sentendo un profondo rimpianto verso il mondo cortigiano, che pur sempre costituiva la sua unica ragione di vita, si reca a Urbino, dove il suo compagno di studi, Francesco Maria Della Rovere era divenuto duca e, infine, a Torino, offrendo i propri servizi ai Savoia.

Tornato ancora una volta a Ferrara, nel 1579, in occasione delle nozze tra Alfonso d'Este e Margherita Gonzaga, perde il controllo di sé e inveisce contro il Duca, che lo fa rinchiodare come pazzo per sette anni nell'ospedale di Sant'Anna a Ferrara.

Durante l'internamento patisce gravi sofferenze fisiche e spirituali: accusa "rodimento d'intestino... tintinnii negli orecchi e nella testa..."; crede inoltre che un folletto misterioso gli sottragga le sue cose e gli metta disordine tra le carte, cresce la sua mania di persecuzione, accompagnata peraltro dall'idea, non del tutto infondata, di essere vittima di ingiustizie e di invidie.

Riceve proprio dalla poesia un nuovo motivo di angoscia, perché il suo capolavoro era stato pubblicato senza che egli ne potesse completare la revisione.

La *Gerusalemme liberata* ottiene, comunque, un successo enorme e finalmente nel luglio 1586 il Tasso viene riammesso a corte. Ma ormai il vagheggiamento ideale di quel mondo che gli aveva causato tante amarezze e delusioni non suscita in lui più alcun interesse. La sua religiosità si rinforza e, dopo soggiorni presso alcune corti d'Italia, viene ospitato in vari monasteri.

Il povero Torquato, segnato da tristi esperienze e con la mente ormai devastata, aspira ora a una poesia religiosa nuova, componendo varie opere d'occasione per celebrare i principi, i signori e i monaci che lo ospitano. Dopo lunghi periodi di malattia, causati da quello che allora si definiva "umor melanconico", trova un po' di pace a Roma, dove nel novembre del 1594 il papa Clemente VIII gli assegna una pensione e gli promette di incoronarlo poeta in Campidoglio, con la gloriosa cerimonia riservata secoli prima al Petrarca, per suggellare in modo definitivo l'elevato messaggio sociale e religioso della sua produzione.



Ma il suo fisico è ormai irrimediabilmente compromesso: ammalatosi gravemente, nell'aprile 1595 spira nel convento di Sant'Onofrio sul Gianicolo, senza poter neppure assaporare il supremo momento di gloria, cui aveva da sempre aspirato.

La vicenda esistenziale del Tasso, così inquieta e tormentata ha, come abbiamo già osservato, esercitato una suggestione notevole sul pubblico dei suoi estimatori. Si è creato un vero e proprio "mito biografico" e la sua figura e la sua opera sono state considerate, per molto tempo, delle interessanti testimonianze di quel costante senso di inappagamento e di tormento, che diverse figure geniali incontrano rapportandosi con il mondo.

Ma proprio per la sua triste storia biografica, questo raffinato poeta è stato per secoli il più amato anche nella fantasia popolare, è stato recitato dai cantastorie e ha costituito fonte d'ispirazione per il teatro siciliano dei pupi.

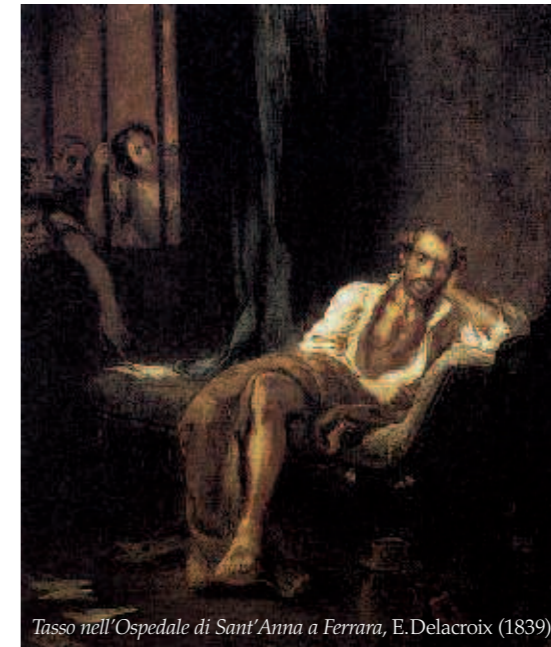
È comprensibile che nell'epoca romantica tale mito si sia amplificato e si sia considerato l'atteggiamento del poeta, incompreso e osteggiato dai contemporanei, come atto di ribellione nei confronti della società. Così, proprio da alcuni critici dell'Ottocento, l'ipotetico amore del poeta per una sorella del duca di Ferrara, fu considerato la causa scatenante dello squilibrio in una personalità schiacciata dalle meschinità sociali e vittima delle persecuzioni dei tiranni. L'emarginazione e il tormento diventava per costoro il risultato di un conflitto tra un essere dotato di sensibilità superiore e la società ipocrita e controriformistica del secondo Cinquecento.

Tutto ciò costituisce la base della tragedia del Goethe, del poemetto di Lord Byron *The Lament of Tasso* oltretutto dei versi scritti per lui da Leopardi nella canzone *Ad Angelo Mai* di cui citiamo la parte più nota:

*O Torquato o Torquato, a noi l'eccelsa
tua mente allora, il pianto
A te, non altro, preparava il cielo.
O misero Torquato! il dolce canto
Non valse a consolarti o a sciorre il gelo
Onde l'alma t'avean, ch'era sì calda
Cinta l'odio e l'immondo
lavor privato de' tiranni. Amore
Amor, di nostra vita ultimo inganno
T'abbandonava. Ombra reale e salda
t'apparve il nulla, e il mondo
inabitata piaggia. Al tardo onore
Non sorser gli occhi tuoi, mercè non danno,
l'ora estrema ti fu: Morte domanda
Chi nostro mal conobbe e non ghirlanda.*

dai *Canti*, *Ad Angelo Mai*
vv. 119-135

Così non desta stupore il mito che si è sviluppato attorno alla sua biografia e che è motivato dalla sua stessa concezione della letteratura. Egli investe tutte le sue energie nell'attività letteraria, ma non ha un'adeguata risposta dal mondo circostante. Ciò produce in lui insoddisfazione, desiderio di fuga, ricerca struggente delle origini perdute.



Tasso nell'Ospedale di Sant'Anna a Ferrara, E. Delacroix (1839)

Le lacerazioni affettive diventano sempre più insanabili nella sua psiche, e così lo sradicamento, la perdita precoce della madre, la vita errabonda del padre, il desiderio di superarlo con conseguente senso di colpa, produce nell'infelice scrittore una persistente malinconia, che degenera poi in follia, come esito tragico e fatale di un conflitto irrisolto.

L'atteggiamento del poeta verso l'autorità in genere è ambivalente: in essa egli intravede sempre qualcosa di "paterno" sia che si tratti dell'autorità dei principi, sia di quella delle Accademie e delle regole letterarie ufficiali. Accetta l'autorità ma non riesce ad adeguarvisi. Aspira a una libertà ideale e questo contrasto tra aspirazione libertaria e regole sociali accresce il suo senso di colpa e lo porta a comportamenti

autopunitivi, come le autoaccuse e il desiderio di espiazione. Soltanto alla conclusione della sua esistenza, quando può riferirsi a valori rassicuranti da cui non si sente schiacciato, l'autore riesce trovare un po' di pace interiore. Cosa che succede quando frequenta gli ambienti della Roma controriformistica. Così, tale singolare nesso tra storia, letteratura e tensione psichica fanno comprendere l'interesse che ha sempre suscitato in molti critici e studiosi l'infelice esperienza del poeta della prima Crociata, con il suo sogno spezzato da una corte ingrata, dove pur tuttavia sperimentò i primi palpiti d'amore descritti anche in questo dolcissimo madrigale intitolato *Pianto nella notte*:

*Tacciono boschi e fiumi
E 'l mar senza onda giace,
ne le spelonche i venti han tregua e pace.
E ne la notte bruna
alto silenzio fa la bianca luna:
e noi tegniamo ascose
le dolcezze amorose.
Amor non parli o spiri,
sien muti i baci e muti i miei
sospiri. ♣*

Maria Bonaria Lepori



Riferimenti bibliografici

- Francesco Guicciardini, *Ricordi politici e civili*, prefazione di G. Prezzolini, Longanesi, Milano 1951, pag. 24, par. 30.
- Torquato Tasso, *Aminta*, scena prima, coro, vv. 382-386, da *Biblioteca telematica*, Classici della letteratura italiana.
- Torquato Tasso, *Rime in Lirici del Cinquecento* (a cura di Carlo Bo) Garzanti, Milano 1941, pag. 393.
- Johann Wolfgang von Goethe, *Torquato Tasso*, tragedia tradotta da Giuseppe Rota, Giorgetti, Como 1852.
- Giacomo Leopardi, *Canti*, a cura di Mario Fubini, Loescher, Torino 1991.
- Giorgio Bertone, Luigi Surdich, *La letteratura italiana*, Minerva italiana, Bergamo, 1990.
- Guido Armellini, Adriano Colombo, *La letteratura italiana*, Zanichelli, Bologna, 1999.
- Giulio Ferroni, *Storia della letteratura italiana*, Einaudi scuola, Milano, 1991.

Citando Leopardi

La cosa più grave era che Leopardi si sentiva colpevole della propria malattia. Se soffriva indicibilmente, ogni giorno della sua vita, se gli cresceva la gobba, se un liquido maligno gli riempiva il torace, se gli occhi lacrimavano, egli credeva che la causa fosse una sola: gli «studi matti e disperatissimi» dell'adolescenza. Non sapeva che non era colpevole di niente. La colpa era soltanto della natura. Da giovane, al tempo dell'*Appressamento della morte*, aveva creduto di dover morire prestissimo: pochi mesi, pochi anni di vita; certo «non d'altro mai che di morire» come aveva detto Vittoria Colonna. Poi questa paura lo abbandonò. Forse morire da giovane, come Silvia, sarebbe stata una cosa tenera e consolante, mentre sopravvivere alla morte, diventare un solo «fascio di sofferenze», era atroce.

Verso la fine della vita pensò che tutti i suoi mali fossero fantasie e fantasmi del suo fertilissimo sistema nervoso. Quindi (poiché il sistema nervoso faceva morire a poco a poco), avrebbe vissuto ancora quarant'anni; e Paolina e Antonio Ranieri – diceva loro scherzosamente – non si sarebbero liberati così presto di lui. Non conosciamo cosa Monaldo e Adelaide pensassero della malattia di Giacomo: tutto

lascia credere che avere un figlio «deforme» o «scontorto» li lasciasse quasi indifferenti. Come pensava Adelaide, egli si immolava per Cristo. E, del resto, se avesse indossato la veste ecclesiastica, le due gobbe sarebbero quasi scomparse. Chi le avrebbe viste quando «quella ferraiolina di seta» dell'abito talare, che stava sempre un po' sollevata sopra le spalle, si sarebbe gonfiata «al più lieve spirar d'aria»?

Oltre che dalla tubercolosi ossea, Leopardi era torturato da un altro sistema molto più misterioso: la depressione psicotica. Capisco le obiezioni: come è possibile tentare un esame neurologico, affacciando interpretazioni e ipotesi, sulla base di lettere di centonovant'anni fa? Alcune lettere scritte a Pietro Giordani nel 1817 non lasciano dubbi. In una lettera del 30 aprile, Leopardi parlava di un'«ostinata nera orrenda barbara malinconia che mi limita e mi divora», di una «notte fittissima, e orribile», di un «veleno» che lo aveva torturato per sei lunghissimi mesi all'inizio del 1817. Dormiva a lungo, si alzava la mattina tardi, poiché amava più il dormire che il vegliare: poi si metteva immediatamente a passeggiare, in casa o fuori, e passeggiava senza aprire mai bocca o vedere libro, fino all'ora di pranzo. Dopo il pranzo, passeggiava sempre nello



stesso modo fino a cena, interrompendosi soltanto per una lettura di un'ora.

Verso la metà del 1817 questa depressione ebbe una pausa: «in questi giorni passati sono stato molto meglio»; «la salute in questi giorni potrebbe andare peggio»; «in questi ultimi mesi, la salute è andata molto meglio». Ma egli si rendeva conto che la pausa stava per finire, stava per «licenziarsi», lasciandolo di nuovo in preda all'«ostinata nera orrenda barbara malinconia».

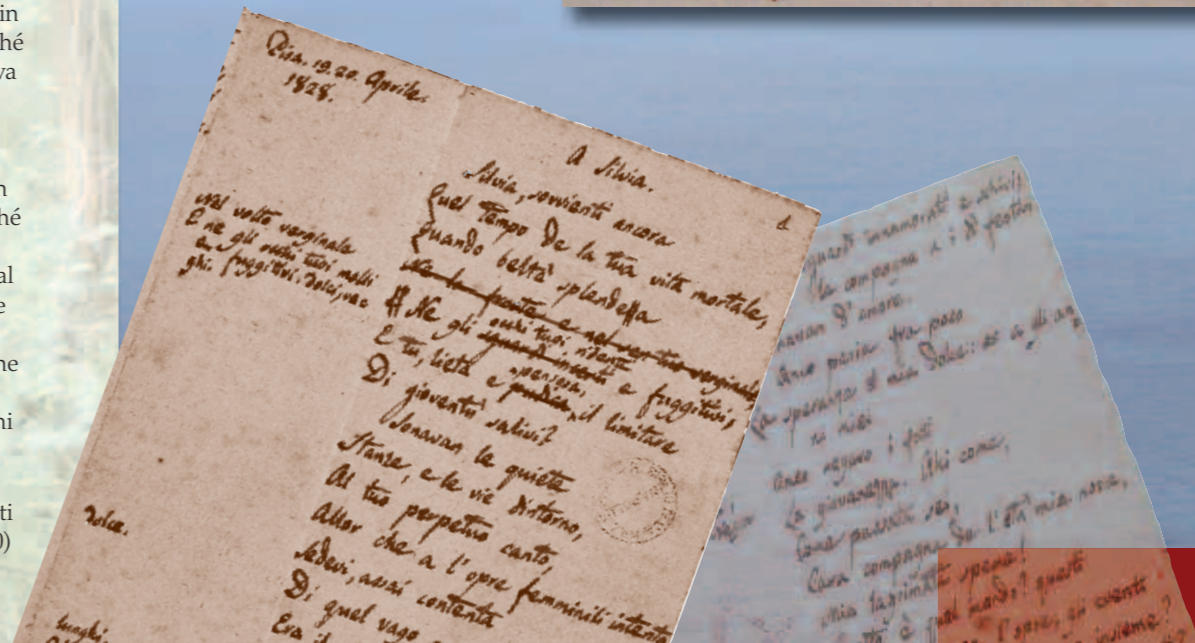
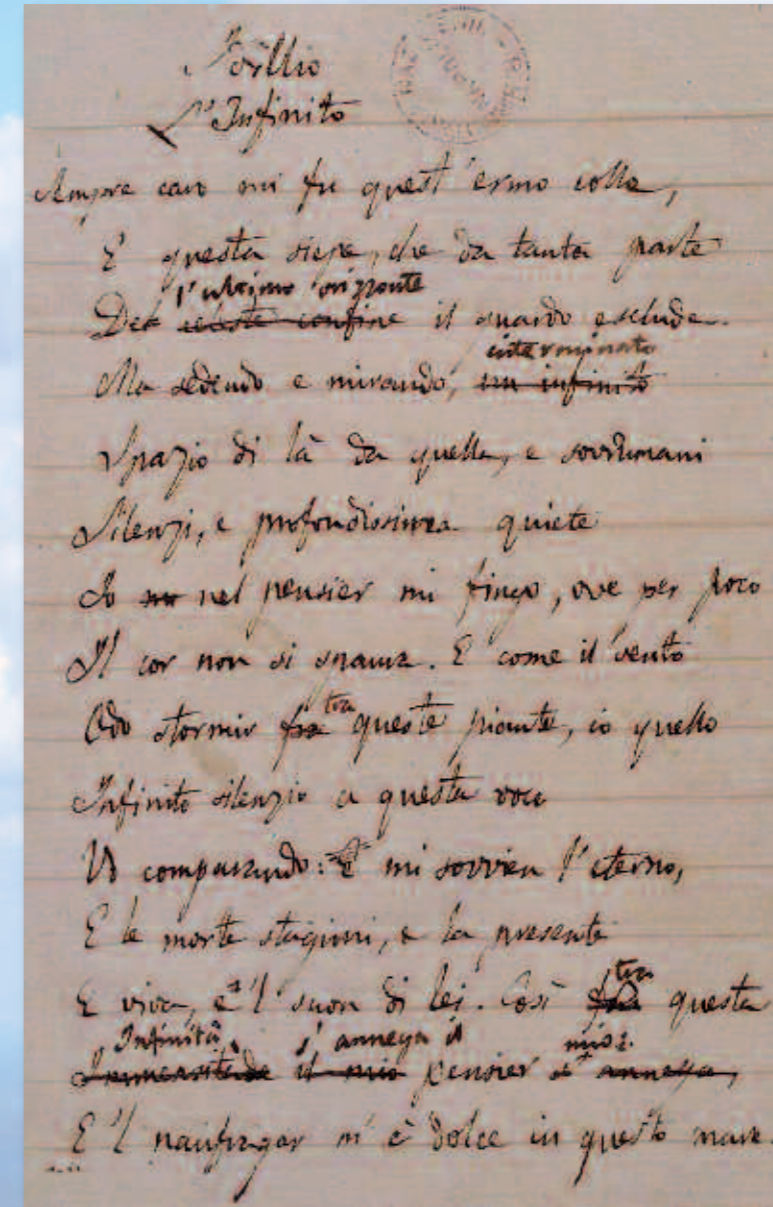
Qualsiasi persona, che abbia qualche esperienza, diretta o indiretta, di depressione psicotica, riconoscerà l'assoluta precisione con cui Leopardi descrisse la trasformazione della sua psiche.

Leopardi parlava dell'esperienza depressiva come di un pensiero. Questo pensiero, espresso al solito con una mirabile trascrizione fisica, «divora», «lima», «crucia», «martirizza», rende «infelice»: soprattutto possiede, perché «m'ha intieramente in balia». Non si muove, non si sposta: è lì, fisso, stabile, presente; senz'altro contenuto che questa stessa presenza, che questa fissità atroce, che questi occhi che non cessano mai di guardare se stesso. Sono righe mirabili, come pochissimi analisti hanno dedicato alla malinconia. Ma può accadere (specie negli anni più

tardi) che la depressione si rovesci: il pensiero non riesce più a pensare né ad applicarsi, nella mente si apre un immenso vuoto; oppure, se si applica, produce contrazione e dolore dei nervi, convulsioni interne, mentre lo stomaco si turba e la bocca diventa amara. In quei momenti Leopardi vorrebbe essere pianta o sasso, «o qualunque altra cosa non ha compagno dell'esistenza il pensiero».

Cosa fare contro la malinconia? Presto Leopardi comprese che la malinconia cresceva se egli leggeva, studiava, scriveva: lo studio la rendeva irrimediabile; ma essa cresceva anche se non faceva niente. Avrebbe potuto gettare il tempo, cercare distrazioni, vivere nel vuoto, come spesso congetturava: nemmeno in questo caso guariva, perché vivere nel vuoto lo lasciava in preda alla malinconia; ancora più nudo e senza difese. Contro la depressione psicotica non c'era nessun rimedio, perché essa era attratta sia dal pieno sia dal vuoto, sia dal folto sia dalla nullità delle sensazioni e delle riflessioni. Non restava che sopportare: arte in cui Leopardi diventò, in pochi anni, maestro. ♣

da Leopardi di Pietro Citati (Mondadori editore, 2010)



Quando la funzione sessuale è disturbata durante i trattamenti antidepressivi

Per comprendere l'importanza dei disturbi della funzione sessuale nella depressione e nel disturbo bipolare, vale ricordare che tali fenomeni hanno maggiore incidenza tra i pazienti che assumono psicofarmaci, in particolar modo antidepressivi, rispetto ai pazienti che assumono altre terapie mediche. La letteratura scientifica, infatti, riporta un'alta incidenza delle disfunzioni sessuali nei pazienti in terapia con psicofarmaci. Inoltre, la comparsa di disfunzioni sessuali durante la terapia con psicofarmaci rappresenta un evento frequente e mal tollerato dal paziente, tanto da indurlo, spesso, alla sospensione del trattamento stesso.

I pazienti spesso tendono a nascondere queste disfunzioni, sebbene siano disponibili criteri diagnostici adeguati e trattamenti efficaci, tanto che rimane ancora alta la quota di coloro che non sono presi in cura tempestivamente e in maniera appropriata. Se le disfunzioni sessuali sono poi presenti durante un episodio depressivo, come frequentemente succede, il problema della comunicazione con il curante tende a dilatarsi a dismisura. La riduzione del desiderio sessuale rappresenta uno dei principali e più precoci tratti dei sintomi depressivi (in circa tre quarti dei pazienti). Oltre a questa, possono essere presenti turbe dell'erezione e riduzione della lubrificazione vaginale. Gli uomini sembrano avere più problemi delle donne, ma non bisogna dimenticare, però, che la differenza tra i due sessi potrebbe indicare una maggiore riservatezza delle donne nel riportare queste complicazioni.

Appare chiaro che quando il clinico riscontra una disfunzione sessuale durante trattamento con psicofarmaci, dovrebbe considerare che la disfunzione: a) è indipendente dalla patologia trattata e dalla terapia praticata; b) fa parte del corredo sintomatologico del quadro clinico trattato; e c) è secondaria al trattamento farmacologico in atto.

La funzione sessuale è controllata in modo complesso a livello centrale dell'attività di differenti neurotrasmettitori. La dopamina facilita la sessualità nei modelli animali e nell'uomo. Anche la noradrenalina a livello centrale sembra avere la stessa funzione facilitante, mentre a livello periferico tende a contenere la performance sessuale. Inoltre la serotonina e l'acetilcolina intervengono in questo meccanismo di controllo e di modulazione, con interazioni tra loro alquanto sofisticate. Sempre sul versante periferico l'adozione di metodi di indagine sempre più accurati, come la registrazione della tumescenza

penile notturna (rinforzata con la presentazione di stimoli a elevato contenuto erotico), la misurazione del flusso ematico penile o del tempo di latenza del nervo pudendo, permette di riscontrare problemi di malfunzionamento sessuale in una percentuale più elevata rispetto alla quantificazione dei disturbi ricercati basata sui resoconti dei pazienti stessi forniti nel corso del colloquio.

Per meglio comprendere l'importanza della disfunzione sessuale nella depressione, vale ricordare che l'attività sessuale può essere schematicamente suddivisa in quattro momenti individuabili con il desiderio, l'eccitamento, l'orgasmo e la risoluzione. I disturbi che possono manifestarsi in ognuno di questi momenti rappresentano un problema clinico molto complesso e articolato: **disturbi del desiderio** (*desiderio sessuale ipoattivo, avversione sessuale*); **disturbi dell'eccitamento sessuale** (*disfunzione erettile, diminuita lubrificazione vaginale*); **disturbi dell'orgasmo** (*la persistente o ricorrente difficoltà, assenza o ritardo nell'ottenere l'orgasmo dopo una sufficiente stimolazione ed eccitamento sessuale*). La caratterizzazione particolare di tale dimensione clinica discende dal fatto che le disfunzioni sono spesso tenute nascoste dai pazienti anche per lunghi periodi e che quasi sempre il disagio conseguente viene condiviso con il partner all'interno della relazione di coppia. Durante l'eccitamento le disfunzioni si manifestano con disturbi dell'erezione o con mancata o ridotta lubrificazione della vagina. Nel momento dell'orgasmo il disadattamento della funzione sessuale può presentarsi con anorgasmia nella donna e con anticipazione o ritardo dell'eiaculazione nell'uomo.

Se la terapia con antidepressivi può essere responsabile dell'insorgenza di disfunzioni sessuali in circa il 40% dei pazienti trattati, durante la valutazione di questi problemi è però importante stabilire attentamente le condizioni della funzione sessuale prima della comparsa dell'episodio depressivo. Non deve essere trascurata l'eventuale presenza di altre patologie psichiatriche o somatiche contemporaneamente rilevabili e le

caratteristiche dei farmaci assunti in quel periodo, sia per la cura dell'episodio psicopatologico sia per altre condizioni di malattia concomitanti.

Il trattamento con farmaci antidepressivi si può accompagnare ad alterazioni della funzione sessuale. Possono essere vari i fattori collegati con i meccanismi mediante i quali compaiono disfunzioni sessuali a seguito della loro assunzione, tanto da essere attribuibili a volte anche a cause indirette, come ad esempio la sedazione o la sonnolenza da essi indotta. Altre volte invece sono la conseguenza diretta della loro attività specifica sui neurotrasmettitori coinvolti nella modulazione e nel controllo dell'attività sessuale a livello del sistema nervoso centrale.

Gli antidepressivi sia triciclici che anti-MAO sono responsabili abbastanza frequentemente di alcuni disturbi della sessualità, come riduzione della libido o ritardi sia dell'erezione che della eiaculazione. Fenomeni analoghi sono stati riportati anche dopo assunzione di antidepressivi appartenenti alla classe degli inibitori selettivi della serotonina. Al contrario, i farmaci di più recente introduzione sembrano invece scostarsi da questa tendenza.

Quando il paziente lamenta la comparsa di effetti collaterali negativi sulla performance sessuale non attribuibili alla depressione in atto, possono essere escogitate diverse strategie farmacologiche per superarli. Nel caso del disturbo del desiderio sessuale, si può ridurre il dosaggio del farmaco considerato responsabile. Purtroppo, però, il più delle volte per ottenere una scomparsa del disturbo si rende necessaria una riduzione del dosaggio al di sotto della soglia terapeutica necessaria per l'azione antidepressiva. Un'alternativa può essere rappresentata dalla sospensione del trattamento con SSRI ad emivita non molto lunga, come sertralina e paroxetina, nei giorni di fine settimana. La pratica clinica consente di osservare che circa la metà dei pazienti presenta una normalizzazione del desiderio sessuale, almeno nei giorni di sospensione, in assenza di una sostanziale ripresa della sintomatologia depressiva. Se tutto questo non fosse sufficiente o riemergessero sintomi depressivi, sarebbe necessario ricorrere a preparati capaci di controllare la sintomatologia della disfunzione sessuale, di cui Viagra® è il capostipite.

Buoni risultati sono stati ottenuti sostituendo l'antidepressivo responsabile del disturbo dell'erezione con bupropione o trazodone. In quest'ultimo caso, però, si corre il rischio di priapismo, che rappresenta un serio effetto collaterale dal momento che può comportare una fibrosi dei corpi cavernosi col rischio della perdita definitiva della funzione erettile. Tale rischio è reso più insidioso dal fatto che i pazienti, talvolta, non riferiscono tale sintomo al proprio medico, trovando particolarmente desiderabile un'erezione prolungata e non volendo rinunciarvi.

Anche per il trattamento del disturbo dell'orgasmo esistono diverse modalità di intervento. Tra queste ricordiamo la somministrazione di betanecolo o di ciproptadina, 1-2 ore prima del rapporto sessuale. Purtroppo, quest'ultima per il suo effetto antiserotonergico, può antagonizzare l'effetto antidepressivo degli SSRI favorendo la ricomparsa della sintomatologia depressiva. L'inconveniente non si riscontra, invece, aggiungendo alla terapia antidepressiva di base una modesta dose di mirtazapina. L'osservazione che le sostanze ad azione dopaminomimetica facilitano l'eiaculazione e l'orgasmo nell'animale ha indotto l'uso dell'amantadina nel trattamento dell'anorgasmia secondaria al trattamento con SSRI. Gli effetti collaterali più frequenti sono: ansia, insonnia, confusione mentale, vertigini.

Attualmente i curanti sembrano più propensi rispetto al passato a occuparsi anche delle disfunzioni sessuali nel corso dei disturbi depressivi, con ascolto attento, assicurazioni convincenti che lo spiacevole fenomeno scomparirà e tentativi concreti per recuperarla nel migliore dei modi. Si preoccupano, inoltre, di non peggiorarla con la cura antidepressiva necessaria per risolvere la malattia di base, coadiuvati dalla psicofarmacologia che ha messo a disposizione preparati indicati per un nuovo modo di curare, senza nulla trascurare o sacrificare all'effetto antidepressivo.

Non ultimo, è opportuno ricordare che l'uso della psicoterapia cognitivo-comportamentale si è dimostrata valida ed efficace nella gestione delle disfunzioni sessuali, senza nulla togliere all'altrettanto valida ed efficace terapia psicofarmacologica. Resta comunque auspicabile un approccio multidisciplinare! 🍷

Carlo Zuncheddu
medico, psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,
sessuologo



Gruppi di psicoeducazione sul disturbo bipolare

Struttura del programma

Il programma si ispira al modello proposto da Francesc Colom ed Eduard Vieta¹ ed è strutturato in 21 incontri a cadenza settimanale della durata di 1 ora e 30 minuti ciascuno, condotti da una terapeuta (Dott.ssa Beatrice Lepri) e da una co-terapeuta (Dott.ssa Caterina Visioli) specializzate nel Disturbo Bipolare. I dati in letteratura² dimostrano la sua efficacia nel prevenire le ricadute, aumentando la consapevolezza sul disturbo e l'aderenza al trattamento farmacologico. Fra gli effetti a lungo termine rilevati³: periodi di benessere più lunghi tra un episodio e l'altro, fasi acute più brevi, un minor numero di ricoveri e della loro durata. Il programma appare efficace per prevenire la cronicità del disturbo⁴, in quanto offre l'occasione di conoscere e sperimentare uno stile di vita più adeguato e delle strategie utili nel momento di disagio, che possono consolidarsi come nuove risorse disponibili per la persona.

1. Colom F., Vieta E. et al. (2005), *Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels*, "Bipolar Disorders", 7 Suppl. 5:32-6.
2. Colom F., Vieta E. (2006), *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
3. Colom F., Vieta E. et al. (2009), *Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial*, "British Journal of Psychiatry", Jun., 194(6):571.
4. Vieta E., Pacchiarotti I. et al. (2010), *A critical update on psychological interventions for bipolar disorders*, "Current Psychiatry Reports", Feb., 12(1):1.

Elenco degli incontri

Blocco 1. Coscienza di malattia

- Incontro 1. Presentazione e regole del gruppo
- Incontro 2. Che cos'è la malattia bipolare?
- Incontro 3. Fattori eziologici e scatenanti (cause)
- Incontro 4. Sintomi (I): Mania e ipomania
- Incontro 5. Sintomi (II): Depressione ed episodi misti
- Incontro 6. Decorso e prognosi

Blocco 2. Aderenza farmacologica

- Incontro 7. Trattamento (I): stabilizzanti del tono dell'umore (eutimizzanti)
- Incontro 8. Trattamento (II): antimaniacali
- Incontro 9. Trattamento (III): antidepressivi
- Incontro 10. Livelli plasmatici: litio, carbamazepina e valproato
- Incontro 11. Gravidanza
- Incontro 12. Psicofarmacologia e terapie alternative
- Incontro 13. Rischi associati all'interruzione del trattamento

Blocco 3. Evitamento dell'abuso di sostanze

- Incontro 14. Sostanze psicoattive: rischi nella malattia bipolare

Blocco 4. Individuazione precoce dei nuovi episodi

- Incontro 15. Individuazione precoce degli episodi maniacali e ipomaniacali
- Incontro 16. Individuazione precoce degli episodi depressivi e misti
- Incontro 17. Che fare quando viene identificata una nuova fase?

Blocco 5. Regolarità dello stile di vita e gestione dello stress

- Incontro 18. Regolarità dello stile di vita
- Incontro 19. Tecniche per il controllo dello stress
- Incontro 20. Strategie di soluzione di problemi
- Incontro 21. Incontro finale: chiusura

Scopo e obiettivo del programma

Il programma si propone di migliorare il decorso del Disturbo Bipolare, favorendo la riduzione del numero degli episodi maniacali-depressivi e dei ricoveri. Per questo gli incontri sono orientati a:

- a. informare ed educare su sintomi, decorso e terapia del Disturbo Bipolare;
- b. migliorare la consapevolezza del disturbo e l'aderenza al trattamento farmacologico;
- c. riconoscere e gestire i segni precoci delle ricadute di tipo maniacale e depressivo;
- d. evitare l'uso e l'abuso di sostanze attraverso un'adeguata conoscenza degli effetti del loro consumo sul Disturbo Bipolare;
- e. migliorare le capacità di gestione dello stress;
- f. regolarizzare lo stile di vita quotidiano e i ritmi sociali, anche attraverso l'educazione a una corretta igiene del sonno;
- g. aumentare la consapevolezza e la capacità di gestire le difficoltà psicologiche e interpersonali attraverso l'individuazione di strategie utili al bisogno;
- h. ridurre l'impatto degli eventi stressanti sull'umore favorendo un miglioramento del benessere e della qualità di vita.

Psicoeducazione

Il Centro Lucio Bini informa che inizieranno prossimamente i gruppi di psicoeducazione per persone con Disturbo Bipolare. La psicoeducazione è un tipo di trattamento psicologico che si basa sull'informazione dettagliata, corretta e aggiornata sulle caratteristiche del Disturbo Bipolare. Si svolge in un piccolo gruppo e offre ai partecipanti l'occasione di confrontarsi sugli argomenti trattati e di condividere in modo confidenziale le proprie esperienze con altre persone che vivono situazioni simili legate al Disturbo Bipolare.

A chi si rivolge

I gruppi di psicoeducazione sono destinati a persone con Disturbo Bipolare I, Disturbo Bipolare II o Disturbo Ciclotimico in fase di stabilità dell'umore. Ciascun gruppo è composto da 8 a 15 persone, uomini e donne, fra i 18 e i 60 anni. 🍷

Per informazioni rivolgersi al Centro Lucio Bini:

A Cagliari:
Dott.ssa Caterina Visioliù
tel. 070 486624 – fax 070 496354

A Roma:
Dott.ssa Alexia Koukopoulos
tel. 06 6874415/75 – fax 06 68802345

e-mail: centrobini@aol.com
web site: www.centrobini.it

Lo spazio di assistenza psicologica per studenti universitari

Il Centro Lucio Bini di Cagliari è da anni impegnato nel dare risposta ai nuovi e diversi bisogni emergenti sia da un contesto sociale in continuo cambiamento che dalla psichiatria contemporanea, in relazione al manifestarsi e diffondersi di nuove costellazioni psicopatologiche (disturbi dell'identità, nuove dipendenze senza sostanze, disturbi del comportamento alimentare).

Alcune delle problematiche che gli operatori del nostro Centro osservano già da qualche tempo con sempre maggiore frequenza sono relative alle difficoltà o alle forme di disagio psicologico manifestate da molti giovani in relazione al proseguimento e al compimento degli studi universitari.

Questo dato è confermato dalle statistiche pubblicate ogni anno dalle università italiane che dimostrano come sempre più studenti abbandonino gli studi senza conseguire la laurea, alcuni addirittura già al primo anno di studi.

È per queste ragioni che si è deciso di istituire presso il Centro uno **Spazio di Assistenza Psicologica per Studenti Universitari** con la finalità di offrire un supporto specialistico a quei giovani il cui disagio psicologico, anche transitorio, ha determinato un rallentamento o un blocco nel processo di formazione universitaria. In particolare, l'intervento è volto alla gestione e al superamento di:

- Difficoltà nella gestione dello stress e dell'ansia da esame;
- Problematiche di natura emotivo-affettiva che interferiscono con i processi di apprendimento e



- impediscono di proseguire gli studi con profitto (lutti, separazioni, eventi di vita traumatici);
- Problematiche derivanti dalla transizione dall'iter didattico-formativo della scuola secondaria a quello universitario;
- Difficoltà degli studenti "in uscita", cioè ormai prossimi alla laurea, in relazione ai disagi derivanti dal passaggio dal mondo degli studi al mondo del lavoro;
- Problematiche connesse al venir meno delle motivazioni che avevano originariamente determinato la scelta della facoltà;
- Problematiche connesse all'attribuzione delle cause di successi e insuccessi e alla percezione di auto-efficacia, in relazione agli scopi che lo studente si propone con l'iscrizione alla facoltà universitaria.

Il processo di consulenza e intervento psicologico si esplica in quattro fasi:

Fase di raccolta delle notizie anamnestiche e prima valutazione clinica. È costituita da due colloqui nel corso dei quali verranno raccolte quelle informazioni necessarie all'individuazione delle principali problematiche da affrontare e alla formulazione di un primo inquadramento diagnostico.

Fase di definizione del programma terapeutico. In questa fase verranno valutate le capacità elaborative del soggetto, il sistema di difese prevalentemente utilizzato, la forza dell'Io, la qualità della motivazione al trattamento, al fine di decidere la strategia d'intervento più opportuna.

Fase di intervento terapeutico. Le alternative che possono essere offerte sono costituite sostanzialmente da interventi di psicoterapia individuale (breve o a medio/lungo termine) e di psicoterapia di gruppo. Entrambi i tipi di intervento sono svolti secondo un modello teorico di matrice psicodinamica. Laddove se ne dovesse intravedere la necessità possono anche essere presi in carico i casi che richiedono un'assistenza specificamente psichiatrica o un trattamento farmacologico.

Fase di follow-up: prevede una serie di incontri a cadenza semestrale per il monitoraggio dello stato di salute psichica del soggetto e dello stato di avanzamento del proprio percorso di studi.

L'attivazione dello Spazio di Assistenza Psicologica per Studenti Universitari è prevista per il mese di novembre 2010. 🍷



Nel mare ci sono i coccodrilli

Storia vera di Enaiatollah Akbari

Ancora una volta mi sono lasciata affascinare da un racconto che porta lontano, là dove si concentrano i giudizi e i pregiudizi del nostro tempo, là dove la guerra non smette di fare morti, anche tra i nostri giovani soldati, là dove la guerra toglie ai bambini non solo gli affetti e la possibilità di crescere in una scuola, ma anche quella di giocare con gli aquiloni... Da quelle parti, evidentemente, è ancora un gioco che piace ai più piccoli, come da noi non si vede più, ma questa è un'altra storia.

Questa, invece, è la storia di un esilio da un Afghanistan senza più diritti e pieno di violenza, ma è anche la storia di un abbandono. Iniziando la lettura, viene da riflettere su come possa accadere che una madre lasci un figlio in una terra straniera e trasformi questo in un gesto d'amore e di speranza nel futuro. Nelle righe successive si affaccia la risposta che durerà per tutto il libro, quando il protagonista Ena – come lo chiamano i suoi amici torinesi – racconta di quell'addio così chiaro nella memoria e che non sembrava tale, fatto di un abbraccio più forte e più lungo del solito, di carezze rassicuranti e di parole prima di addormentarsi.

“Non usare le droghe. Ce ne sono che hanno un odore e un sapore buono e ti sussurrano alle orecchie che ti faranno stare meglio... Non credergli...”

“Non usare le armi. Anche se qualcuno farà del male alla tua memoria, ai tuoi ricordi o ai tuoi affetti...”

“Non rubare. Ciò che è tuo ti appartiene, ciò che non è tuo no...”.

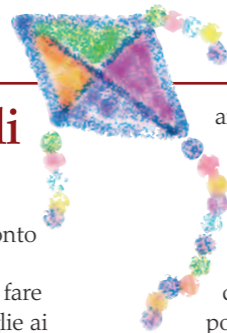
Saranno le tre raccomandazioni che accompagnano Ena nel suo viaggio, significano “Vai, VIVI. Ti voglio bene. Ci sono, con questo doloroso gesto e con queste parole, ci sarò anche se vai da solo”.

Quel viaggio sarà lungo, durerà degli anni, dall'Afghanistan fino all'Italia attraverso il Pakistan, l'Iran, la Turchia, la Grecia. Sono tanti chilometri fatti di montagne, di deserto, di mare, di città sconosciute e di lingue da imparare. Sono tanti chilometri pieni di fatica, di pericoli e di paura di non farcela ma anche di amicizia, perché “quando non hai una famiglia gli amici sono tutto”, e dell'incontro con persone gentili. Sono strane queste persone gentili, ma si trovano anche in posti molto distanti tra loro. Per questo non è importante citarne il nome, “sono chiunque si comporti così”.

Seguendo una sua intervista televisiva, mi ha colpita il sorriso e la voglia di vivere nel volto di questo giovane italiano di oggi, che ricorda tanti dettagli della sua storia, ma non conosce quando è cominciata, non sa quanti anni ha, non sa il vero giorno del suo compleanno. Gliel'hanno assegnato d'ufficio in questura.

Colpisce quella “speranza di una vita migliore più forte di qualunque sentimento” che l'ha guidato nel suo viaggio. Sa che sua madre è stata la prima a provare quella speranza per lui, preferendolo lontano ma verso un futuro migliore, piuttosto che minacciato e costretto alla violenza e alla cattiveria dal regime talebano.

Colpisce la voglia di far sapere, il vero motivo del libro. “A questo tengo molto... al fatto di dire che afghani e talebani sono diversi. Desidero che la gente lo sappia... sono ignoranti, ignoranti di tutto il mondo... impediscono ai bambini di studiare perché temono che possano capire che non fanno ciò che fanno nel nome di Dio, ma per i loro affari”. Mentre Ena si trovava in Iran, la tv mostrava le immagini dell'attentato al World Trade Center,



annunciava che erano stati gli afghani che proteggevano Bin Laden, non diceva che “afghani e talebani sono diversi”.

La voglia di tornare a casa (in Afghanistan), così forte nei momenti difficili, diventa la sensazione di aver trovato finalmente una nuova casa, in un luogo che non costringe a usare le armi (in Italia), dove è possibile quella vita migliore, ovvero tornare a scuola a studiare per poi lavorare.

Diventa la sensazione di aver trovato delle persone gentili con cui rimanere, una nuova famiglia.

Diventa voglia di far sapere che è “VIVO” a quella mamma lontana, e sapere di essere stato davvero vivo durante i pochi istanti con lei, in silenzio, ma pieni di tutto. Pieni soprattutto di come quel gesto doloroso e quella speranza avevano avuto un senso.

Al di là della semplice storia a lieto fine di una madre e di un figlio, è un altro libro che fa entrare nella vita di tutti i giorni di quei paesi lontani, raccontandone la cultura, le esperienze e i modi di pensare attraverso le parole delle persone. Quando pensiamo di conoscere, e invece non è proprio così.

Oltre a ciò, è un libro che ci dice tanto a proposito di attaccamento. Bowlby, con la sua teoria, ha sottolineato l'importanza di poter contare su qualcuno capace di proteggere dai pericoli e di rassicurare emotivamente (figura d'attaccamento). Questo è fondamentale per il bambino piccolo e si lega alla presenza e al contatto fisico con tale figura, ma accompagna l'uomo per tutta la vita. Il bambino che sviluppa precocemente un buon legame con la figura d'attaccamento, infatti, crescendo impara che quando questa è assente, potrà passare un pò di tempo prima che torni, ma è abbastanza sicuro che accadrà. Si fida. Intanto, il ricordo di momenti precedenti di interazione positiva e rassicurante, fatto di sensazioni come di parole, aiuta nell'attesa. Nel caso della madre di Ena, proteggerlo dal pericolo della violenza e della guerra ha significato abbandonarlo, ma il ricordo dei momenti e delle tre raccomandazioni prima di lasciarlo lo accompagnano per tutto il viaggio come un segno di presenza e di speranza che si rinnova.

La teoria dell'attaccamento non ci dice solo che, con la crescita, il contatto con la figura d'attaccamento diventa meno frequente e ha intervalli di tempo più lunghi, ma anche che la sicurezza maturata nei confronti di tale figura diventa fiducia di trovare altre e nuove persone su cui poter contare. Quegli amici che, quando non hai una famiglia, sono tutto. Quelle strane persone gentili, così simili anche se incontrate in luoghi tanto

diversi e lontani. Quasi a dimostrazione della funzione e del valore dell'attaccamento per la sopravvivenza.

Se attaccamento è anche avere un luogo a cui tornare, più speciale di tutti gli altri perché legato a persone, ricordi, sensazioni che confortano e rassicurano, si capisce ancor di più quanto possa essere stata “traumatica” l'esperienza del protagonista del libro, privato non solo della persona cui era attaccato ma anche dei luoghi che definivano la sua identità. Si capisce quanto siano stati importanti questi incontri durante il viaggio, per superare il dolore e non perdere la fiducia, quella “speranza di una vita migliore più forte di qualunque sentimento”, per continuare ad andare nel mondo nonostante i momenti difficili, fino a trovare un nuovo luogo in cui stare.

D'accordo anche con la teoria di Bowlby, questa storia ci dice che sopravvivere alle esperienze “traumatiche” e superarle, non significa dunque cancellare, dimenticare l'accaduto e il dolore a esse associato. Piuttosto, ha a che fare con il riconoscimento di quel dolore e con la sua elaborazione, anche grazie a esperienze successive positive che permettono di guardarlo con maggior distacco, sapendogli dare ora anche un senso e un valore utile per la vita presente e futura. Dietro quell'abbandono c'era la speranza che visse e facesse le cose tipiche della sua età, anche se lontano, anche se con qualcun altro.

Per certi versi potrebbe essere la metafora di una terapia ben riuscita, quando il paziente usa la figura del terapeuta e ricorda le parole dette in seduta, per gestire le situazioni della vita quotidiana e regolare le emozioni che gli causano disagio. Quando usa il percorso terapeutico per dare un senso e un valore alla sua sofferenza e, con la miglior conoscenza di sé che ne deriva, torna a guardare se stesso e il mondo con curiosità e voglia di esplorare. ♥

Caterina Visioli

Autore: Fabio Geda

Titolo: *Nel mare ci sono i coccodrilli.*
Storia vera di Enaiatollah Akbari

Editore: Baldini Castoldi Dalai

Anno: 2010

Rilassarsi, rilasciarsi, dimenticarsi

Rilassarsi, rilasciarsi, dimenticarsi. È una delle cose più difficili per me lasciar correre le cose e stare a guardare il costante fluire di tutto ciò che mi circonda senza intervenire. Molto più immediato è stare all'erta, come in costante pericolo. Perché poi? C'è forse la possibilità che un orso mi attacchi? Non credo. Allora forse ho paura di essere a rischio in qualche altra maniera? La mia persona potrebbe sgretolarsi se non prestassi quell'attenzione continua, rigonfia di attività vuote? Non credo... Allora perché? È paura. Una paura grande, confusa e immensa. Così immensa da dovervi prestare immediata ed elevata attenzione. Così confusa da non poterla evitare perché senza capo né coda. Così grande da essere attanagliante.

Ma anche questo non è vero.



È solo ciò che è stato, per come l'ho vista finora. A questo punto mi chiedo se mi sia servito in qualche modo avere questa enorme diffidenza. Da un lato ho ottenuto il distacco, l'impossibilità di creare dei legami veri per quanto intangibili e ignorati dalla scienza esatta... l'impossibilità di esser ferito a morte.

Dall'altro, quel distacco mi ha offerto la possibilità di osservare, mettere da parte nel cassetto, esperienza da me incontaminata. Non rinnego, sono quel che sono, grazie e a causa anche di ciò. Ma è ora di andare avanti, e dire questo è cosa più impegnativa che pensarlo. Sì, perché ora dovrei mantenere fede alla parola detta, o scritta, se preferiamo. Non mi sento perfetto, neppure ora. Questo mi spaventa, perché potrei sbagliare, inciampare, cadere, farmi male. Ma del resto se prendo gli avvenimenti con calma, rilassato, dovrei essere in grado di evitare gli errori più grossolani, quelli della fretta.

Ed eccomi qua che mi osservo. Sono qua a scrivere di cosa sia rilassarsi per me, ma sto divagando e con flemma irrequieta osservo il fluire dei pensieri e delle immagini nella mia mente. Del resto sono tutte suscitate da uno stesso proposito comune che ha dato via al tutto, questo tutto. È strano, ma come mi è stato detto di rilassarmi, la parola ha preso il sopravvento sui pensieri. Ed essi si sono dilatati nel tempo. Allora forse non è vero che è impossibile cambiare, abbattere quel muro invisibile tra me e gli altri. È un muro particolare, forte e pieno di sentinelle ma aveva una particolarità, non era chiuso. Per questo è bastata una parola abbastanza lungimirante da arrivare fino in fondo al susseguirsi dei mattoni invisibili per aggirarlo, e così arrivare al cuore, al mio cuore che ama e odia, come ama e odia la mia altisonanza. La trova bella e distante allo stesso tempo. È essa stessa una protezione, una sentinella di quel muro. Un muro che la pazienza supera senza difficoltà. Della calma non so scrivere forse perché poco l'ho praticata e osservata, la cosa migliore che riesco a fare è cercare di portarla con me ora che cerco di descriverla. Sfuggente. ♥

Riccardo Zanda May



L'interno della casa dei fratelli Collyer



lavorativa, relazionale o interpersonale. Nel caso dei fratelli Collyer, soltanto uno era incettatore, mentre l'altro, cieco e paralitico, probabilmente sopportava le stranezze dell'altro, che passava le notti raccogliendo e portando a casa una straordinaria varietà di oggetti inutili, buttati via da altri. La sua patologia era sottolineata dall'assenza di qualsiasi altra attività, oltre al pericolo per la sicurezza dell'edificio o per l'elevato rischio di incendi. In questo la sindrome si discosta dal collezionismo anche esasperato, più tipico delle persone con una personalità ossessiva o eccessivamente meticolosa che si concentrano su uno o pochi oggetti di culto. I collezionisti possono anche disfarsi di alcuni pezzi se ritengono di trarne un buon profitto, mentre per gli incettatori patologici separarsi dagli oggetti accumulati è motivo di sofferenza anche grave. Il DSM-5 dovrebbe anche stabilire che la patologia non è il sintomo di altre malattie psichiatriche, ma un'entità a sé stante. L'identificazione di un nuovo disturbo psichiatrico non è motivata dal tentativo di trovare un'altra malattia da curare con farmaci, implicando così un possibile conflitto di interessi tra l'American Psychiatric Association (sponsor del manuale) e le multinazionali farmaceutiche. La ragione sta più nel proteggere i possibili pazienti sia per quanto riguarda la rimborsabilità di eventuali cure anche psicoterapeutiche sia per evitare che gli individui debbano rispondere legalmente di danni provocati dal loro comportamento. Sembra che questa seconda opzione sia sconosciuta ai molti giornalisti non specializzati che recentemente hanno scritto articoli superficiali sul nuovo DSM.

L'incetta di oggetti inutili o la grande difficoltà di un individuo a separarsi da abiti o scarpe che non indosserà più, giornali che non leggerà più, cibo scaduto, può anche essere il segno di altre patologie psichiatriche, come lesioni cerebrali (di cui probabilmente Langley Collyer era stato vittima), disturbi depressivi, o disturbi psicotici, come schizofrenia, dove l'accumulo acquista un significato simbolico del tutto delirante.

Il senso dell'appropriazione è un comportamento del tutto naturale per gli uomini (così come per molti animali) fino a quando si può dire ragionevole, come nel caso di oggetti di pregio materiale o affettivo o possibilmente utili in futuro, ma andare alla ricerca di cose inutili o di nessun valore, riempirne una casa fino a farla diventare invivibile supera ampiamente la soglia di un comportamento accettabile. In alcuni casi, le persone continuano nel loro comportamento anche quando coniugi, partner o figli minacciano di andarsene o, dopo molte insistenze, lasciano la casa. D'altro canto, gli incettatori o chi non butta via niente obiettano che volendo potrebbero diventare ricchi nel momento in cui decidessero di mettere i loro oggetti su eBay o di venderli in negozi vintage. 🍷

Leonardo Tondo
da *Mente e Cervello*, ottobre 2010

Per assicurare un continuo progresso nella ricerca in psichiatria e psicologia e per garantire la continuità di questa newsletter, ARETÆUS accetta con gratitudine donazioni piccole e grandi da parte di chi fosse interessato ai progetti di ricerca e al contenuto della newsletter.

CON UN CONTRIBUTO ANNUALE DI 40 EURO POTETE RICEVERE ARETÆUS NEWS AL VOSTRO INDIRIZZO.

Per tutte le informazioni, si prega di mettersi in contatto con Centro Lucio Bini-ARETÆUS news a Roma o a Cagliari.

Le vostre donazioni hanno consentito, in parte, la pubblicazione della newsletter e di alcuni articoli apparsi sulla stampa internazionale.



ARETÆUS, fondata nel 1999, è un'organizzazione senza fini di lucro (onlus) dedicata alla ricerca e avanzamento della conoscenza delle malattie psichiatriche. ARETÆUS news raggiunge pazienti, psichiatri e psicologi con notizie, curiosità, testimonianze e aggiornamenti legati al mondo della psichiatria.



Associazione fra professionisti psichiatri, psicologi e psicoterapeuti fondata a Roma nel 1975, a Cagliari nel 1977 e a New York nel 1991. Ci occupiamo dello studio e del trattamento di disturbi psichiatrici e problemi psicologici. I centri sono specializzati nel trattamento delle varie forme depressive e di ansia, dei disturbi dell'umore e del disturbo dell'attenzione con iperattività (ADHD).

A Roma: Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Pamela Bruni, Paolo Calari, Paola Cimbolli, Giorgio De Cesare, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Paolo Decina, Vittorio Digiacomantonio, Paolo Girardi, Rosanna Izzo, Alexia Koukopoulos, Giovanni Manfredi, Maurizio Pompili, Gabriele Sani, Rosa Maria Sollazzo.

A Cagliari: Leonardo Tondo, Gianfranco Floris, Maria Cantone, Simonetta Giagheddu, Carmen Ghiani, Beatrice Lepri, Eugenio Mangia, Simona Mercenaro, Marco Murtas, Maria Grazia Rachele, Enrico Perra, Marilena Serra.

A New York: Gianni Faedda, Nancy Austin, Ngaere Baxter, Joseph Hirsch.

ARETÆUS news

Rivista ufficiale di Aretæus Onlus e del Centro Lucio Bini

direttore responsabile

Leonardo Tondo

coordinamento scientifico

Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Alexia Koukopoulos, Gabriele Sani, Gino Serra

amministrazione

Giulio Ghiani e Elisabetta Migoni

progetto grafico

Joseph Akeley

design e redazione

Gretel Hohenegger

stampa

*Grafiche Pisano (Cagliari)
info@grafichepisano.it*

Autorizzazione Tribunale di Cagliari

n. 12/05 del 07/04/05

Potete mettervi in contatto con noi per commenti, suggerimenti, lettere o altri contributi:

Roma

Via Crescenzio 42 · 00193 · tel. (+39) 06 6874415/75
fax (+39) 06 68802345

Cagliari

Via Cavalcanti 28 · 09128 · tel. (+39) 070 486624 · fax (+39) 070 496354

centrobini@aol.com · www.centrobini.it