

Cinema

a cura di Tiziana Liverani

BUBBLE

di Steven Soderbergh (2006)

Martha e Kyle, colleghi, lavorano in fabbrica da molti anni e per due persone solitarie e malinconiche come loro diventare amici è stato quasi inevitabile, se pur molto distanti per età. I due condividono il vuoto della mortificante vita da operai, assemblando inquietanti componenti di bambole per otto ore al giorno e proprio per questo, fraternizzano.

Lei, Martha, addetta soprattutto alla pittura dei volti dei bambolotti, è una donna matura, obesa, con al traino un padre ormai solo, vecchio e malato.

Lui, Kyle, vive con la madre ed è un ragazzo giovane, introverso ed ansioso, con una personalità molto fragile. Kyle, nel corso del film, si racconta e riferisce di essere stato affetto da attacchi di panico, di aver avuto problemi di ansia per tanto tempo e di non aver fatto nulla per curarsi e di soffrirne quindi ancora.

Fra Martha e Kyle si sviluppa un legame di amicizia morboso, in cui lei riveste i panni materni della chiocciola e lui quelli del pulcino da accudire, da gestire, prima e dopo il lavoro, da controllare. Questo malsano equilibrio del loro rapporto, però, viene disturbato e compromesso dall'arrivo di una nuova operaia, una ragazza madre di nome Rose che suscita e ricambia l'interesse di Kyle, mentre Martha ne risente.

All'inizio, Martha nutre qualche dubbio sul carattere ambiguo e trasgressivo di Rose e ne parla a Kyle. Successivamente, Martha rimane sconvolta quando scopre che Kyle, invece, ha iniziato una relazione con la ragazza. Non tanto per la relazione in sé, quanto per non esserne stata messa al corrente.

Martha, dunque, riveste nel film il ruolo del personaggio chiave. Lei ha il forte bisogno di controllare tutto e tutti, perché solo così riesce a collocarsi, in qualche modo, nello spazio reale e relazionale senza provare alcuna angoscia. Questa donna, quindi, instaura con Kyle un rapporto di pseudo-amicizia, in cui è evidente il paradigma dell'attaccamento; non si tratta infatti, di un legame innocente, di accudimento, di protezione, ma soprattutto, privo dell'altro utile elemento evolutivo per la personalità, ovvero, la sessualità.

A tal proposito, la comparsa di Rose scatena l'emergenza di qualcosa che prima non esisteva: il sesso. Rose ha sicuramente dei comportamenti discutibili: è violenta, falsa, ladra e a Martha proprio non piace, poiché molto diversa per i suoi gusti, ovvero troppo sensuale e femminile e soprattutto, impossibile da controllare e gestire a differenza dell'amico Kyle.

Quando Rose e Kyle iniziano a frequentarsi, in Martha si scatena la psicosi. Martha non è ancora pronta a vedere, accettare ed elaborare la rappresentazione del rapporto adulto tra uomo e donna, la cosiddetta “scena primaria”.

La visione di questa dinamica, dunque, sembra scatenare in lei un *acting-out* reattivo e violento che la spinge ad uccidere Rose, ad eliminare cioè il problema alla fonte.

Il disagio sociale dei protagonisti, che scaturisce dall’alienante condizione ambientale in cui essi sopravvivono giorno dopo giorno, e il faticoso tentativo dei tre operai di costruire un rapporto personale più profondo, sarà, quindi, vanificato dalla morte violenta di Rose per mano di Martha.

Martha dunque, ha una struttura di personalità fragilissima, di “vetro”, poiché urtando con la realtà esterna si frammenta, si sbriciola e il gesto che compie non può essere vissuto come improvviso ed imprevedibile, perché il terreno di questi atti estremi è sempre il disturbo del pensiero. Una persona equilibrata non reagisce così, se posta di fronte ad una profonda ferita narcisistica: al massimo sviluppa una forma di depressione, ma non commette l’omicidio.

Il film di Soderbergh è un viaggio nella più disperata provincia americana. Commedia drammatica sulla vacuità della vita, nella grigia periferia degradata dove spicca una comunità di abitanti spenti e persi in un’irrimediabile deriva emozionale.

È un film diretto e disilluso, in cui il contesto è completamente statico, freddo, scialbo e privo di speranza e i dialoghi non ispirano nessuna simpatia, perché trasmettono la totale mancanza di disponibilità nell’ammorbidire la narrazione per compiacere lo spettatore.

Ma forse, l’asciuttezza del racconto ha proprio il merito di aprire un varco nell’inconsistenza del manierismo e farlo emergere dalla piattezza quotidiana, per denunciarne il fenomeno psicopatologico.

Annalucia Morrone

* * *

REVOLUTIONARY ROAD di Sam Mendes (2009)

Film tratto dall’omonimo romanzo di Richard Yates, pubblicato nel 1961 e uscito in Italia con il titolo “I non conformisti”. Il regista crea un adattamento molto aderente al romanzo per descrivere la condizione sociale dell’America degli anni Cinquanta basata essenzialmente sul conformismo.

La struttura narrativa del film, intervallata da episodi e da flashback, consente allo spettatore di poter collegare il momento critico attuale con un primo vissuto come nostalgico e lontano.

Frank (Leonardo Di Caprio) e April Wheeler (Kate Winslet) sono una coppia americana con due figli, che vive una vita apparentemente ordinaria nel quartiere periferico di Revolutionary Road in un sobborgo del Connecticut. Dietro le loro maschere di sicurezza apparente, si nasconde una profonda frustrazione per l'incapacità di sentirsi realizzati nel lavoro e nelle relazioni. Frank è soffocato da un ben pagato ma noioso lavoro impiegatizio, April è una casalinga che rimpiange ancora di aver abbandonato la propria carriera di attrice e le aspirazioni giovanili. In questa cornice molto impostata, la coppia di giovani sposi si vede costretta a mettere in discussione le proprie ambizioni e fantasie adolescenziali proprio perché in conflitto con la realtà oggettiva dei fatti.

La crisi della coppia è subito rintracciabile nella squallida relazione extraconiugale che il marito intrattiene con la collega di lavoro, mentre la moglie sola e depressa rimane incastrata nella routine tra mura domestiche. Successivamente anche April, dopo una cena con una coppia di amici, tradirà Frank con il suo migliore amico. Il tradimento di Frank spinto da un bisogno prettamente narcisistico, viene messo in contrasto con quello di lei che assume valenze più reattive e depressive, prive di estetica ed emotivamente più fredde. Nel tentativo di arginare la crisi, April cerca di riattivare nel marito un motivo di riscatto fantasticando una vita diversa a Parigi. Dopo un'iniziale indecisione Frank accetta l'idea e, nel giro di pochi giorni, la coppia annuncia ai vicini e agli amici l'imminente partenza.

Questa fantasia di fuga diventa un modo per far emergere una progettualità ormai bloccata e incapace di innescare una mitopoiesi familiare e di coppia. In effetti questa forza è delegata ad altri nel contesto più ampio, ossia quello sociale. Le mitologie della coppia speciale, creativa e diversa, altro non sono che un ulteriore imbrigliamento nel substrato collettivo, con aspettative dettate da altri, soprattutto dai vicini di casa invadenti, e colluse dalla coppia stessa che si riconosce in questa visione seducente. Inoltre il marito ha avuto una promozione sul lavoro che gli permetterebbe, oltre all'affermarsi come professionista, anche di riscattare l'immagine paterna. Questa è una spinta per lui troppo forte, alla quale non può sottrarsi. In lui si accende il barlume della realizzazione di un sogno. La riattivazione della sua creatività finalmente funzionale e aderente alla realtà, gli permette di sognare e di protendersi in avanti. Questo non succede alla moglie ormai stanca di vivere di luce riflessa dell'immagine del marito. Intanto la moglie rimane in cinta e il progetto di trasferimento a Parigi viene definitivamente abbandonato.

Quale tra i due coniugi Wheeler è veramente originale e "rivoluzionario"? Frank o April? Forse entrambi, ma in modalità diverse. L'essere creativo di Frank è comunque ancorato alla realtà oggettiva e socialmente riconosciuta, ne abbiamo una chiara conferma nella promozione che riceve sul lavoro, proprio grazie ad un suo slancio emotivo.

Per April invece le cose non stanno così. La sua creatività è una trasposizione del suo malessere interiore, una voglia di emergere che non trova riscontro nel reale e

nel rendersi conto di questo palesa i lati più oscuri del suo carattere senza mettere in atto strategie per cambiare la situazione.

Da un punto di vista psicodinamico possiamo definire Frank come un giovane adulto con uno sdoppiamento di tipo isterico. Infatti attaccamento e sessualità sembrano a volte scindersi e declinarsi in agiti, come nella scena in cui lo vediamo cimentarsi nel ruolo di seduttore e uomo “fallico” che piace e seduce l’ingenua di turno. Per poi ritornare a vivere la sua relazione di sicurezza con la propria moglie. April invece sembra aver strutturato una personalità polarizzata in senso depressivo, sempre pronta a fantasticare su un passato idealizzato e lontano, cercando di ri-attualizzarlo ma senza riuscirci.

Soltanto John (Michael Shannon), il figlio della vicina di casa, folle e alienato, intuisce la crisi della coppia e lo sfaldamento dell’immagine dietro la quale vivono i Wheeler, costretti a recitare un’ostentata sicurezza che non gli appartiene. Saranno le sue parole dirette e prive di sfumature a lesionare la superficie levigata della loro vita, lasciando affondare sogni e ambizioni, silenzi e ipocrisie, dove il peso del “non detto” diventa insostenibile. La figura di John mentalmente disturbato, disadattato, diventa il ritratto estremo di ciò che questa condizione esistenziale tende per sua natura a celare e a nascondere. Il pazzo che dice la verità, il folle che assume il ruolo di attore coreutico che sintetizza ed esplicita le motivazioni più profonde di questa coppia, mette lo spettatore in grado di decifrare i vissuti più profondi dei due personaggi.

Giuseppe Del Signore

* * *

LA PROFEZIA DI CELESTINO

di Armand Mastroianni (2006)

All’inizio del film il protagonista incontra una donna, con la quale in passato sembra aver intrattenuto una breve relazione.

La ragazza, dopo questo incontro, dal quale si sarebbe potuta riaprire tra di loro la vecchia parentesi sentimentale, sembra salvare il rapporto d’amore inviando il suo ragazzo alla scoperta della “Profezia di Celestino”.

Il protagonista, durante il percorso di conoscenza e acquisizione della profezia, incontra una serie di figure carismatiche che lo aiutano ad interpretare i segni della sua vita e che riescono a fargli vedere l’energia materializzata in luce, ridefinendo così la sua esistenza.

Il film si conclude in questo modo: il protagonista una volta interiorizzata la pro-

fezia, non potrà più rimanere in quel posto sacro e magico, ma dovrà far ritorno nel suo paese, in America, dove potrà applicare ciò che ha appreso da questa esperienza e vivere la sua vita in modo diverso perché, ormai, è consapevole di ciò che ha visto, sentito, sperimentato e condiviso in un contesto mistico.

Questo film sembra essere un ottimo esempio di incarnazione della cultura mistico-religiosa, che per secoli si è imposta nel nostro paese, l'Italia, e altrove.

Il film dall'inizio alla fine suggerisce la suggestiva immagine, di un vero e proprio percorso di guarigione poiché è ricco di tappe, in questo caso non evolutive, come dovrebbero essere in una psicoterapia, ma involutive perché si tratta di un percorso puramente religioso e rappresentando, perciò, un esempio di iniziazione carismatica.

Nel film, infatti, il protagonista, per poter arrivare a vedere la luce energetica e, quindi, operare l'importante cambiamento personale, viene indirizzato verso l'isolamento più assoluto in cui tutto diventa percezione delirante ed allucinatoria, ossia quanto di più sbagliato si possa fare in psicoterapia, in cui, invece, si dà molta importanza alla relazione e al mondo reale del soggetto.

Nel film è presente quindi il concetto di iniziazione, che è stato a lungo associato alla psicoterapia dei primordi, anche se ciò, ormai non può più avvenire poiché, nel contesto storico in cui viviamo, l'aspetto mistico della psicoterapia diventa sempre più secondario rispetto alle conoscenze evidenti, il cui processo prevale, garantendo l'esistenza di diversi punti di vista scientifici.

Il lavoro psicoterapeutico, ispirato alle basi scientifiche, rifiuta l'iniziazione poiché non ha l'obiettivo di imporre alle persone un credo psicologico.

Qualsiasi tipo di adesione ad un concetto scientifico, infatti, non può mai avvenire con il carattere dell'iniziazione, perché ciò spinge all'ideale sacro e all'adesione cieca ed assolutamente acritica di concetti che sembrano piovere dall'alto; proprio come avviene in questo film, in cui si salta continuamente dall'intuizione alla realtà, laddove questa intuizione diventa sempre visione del fantasma, percezione delirante della realtà. Nel film si nota, infatti, come i protagonisti non si soffermino su un concetto o un'idea in particolare per aderirvi oppure, eventualmente, per escluderli. La funzione riflessiva, utile alla dialettica costruttiva tra i soggetti risulta, quindi, completamente assente e i personaggi sembrano spugne che assorbono tutta l'assurdità magica che li circonda.

Nel contesto inoltre manca in assoluto la dimensione sessuale e anche tutte le emozioni sembrano inibite ed annullate dall'*energia* che rende tutti invisibili. Il corpo, con tutte le sue espressioni e sensazioni non può più esistere nella sua interezza perché diviene un ostacolo da superare al più presto per poter usufruire dei preziosi benefici dell'*energia* offerti dalla profezia. A tal proposito, il gruppo religioso, protagonista del film, diventa un'entità superiore, capace di annullare le individualità e i corpi dei personaggi, i quali appaiono tutti in cerchio, avvolti da una grande aura di luce: l'*energia*.

Notiamo quindi quanto sia ridondante il tema dell'energia, concetto, purtroppo, più volte utilizzato, in passato, dalla stessa teoria psicoanalitica. Per quanto ci riguarda, allo psicoterapeuta non dovrebbe appartenere affatto questo concetto, perché concepire l'energia in termini non materiali, cioè non riconducibili ad istanze di natura fisica, queste ultime perfettamente verificabili sul piano scientifico, non ha alcuna giustificazione metodologica.

Concepire l'energia in termini astratti, bypassando l'evidenza scientifica, è il segreto del successo delle religioni e di certa presunta psicoanalisi, che pretende di affrontare le dinamiche tra i soggetti dando per scontato un elemento non verificato, a cui poter dare un carattere oggettivante e in grado di riempire tutti quei vuoti creati da lacune nella conoscenza, proprio come si ripete, ancora oggi, per il fenomeno della liquefazione del sangue di San Gennaro a Napoli.

Al concetto di psicoterapia, purtroppo, è stata spesso associata, erroneamente, questa mistificazione tipica del pensiero religioso, il cui obiettivo è quello di dare un senso mistico e magico alla realtà, diametralmente opposto a quello della conoscenza scientifica.

Il film ci fa notare quanto sia difficile, dunque, opporsi al carattere impenetrabile ed imm modificabile del pensiero magico con un pensiero reale, ossia pensare in modo "giusto", cioè rinunciare, una volta per tutte, a certezze che, pur essendo rassicuranti e confortanti, non rispecchiano la natura della nostra esistenza.

Annalucia Morrone

* * *

L'INFERNO

di Claude Chabrol (1993)

Paul, dopo aver acquistato un hotel in riva al lago in una provincia francese, sposa la bella Nelly (Emmanuelle Beart).

Paul e Nelly sembrano una coppia felice; hanno un bambino, ma il superlavoro, la vita stancante e i frequenti brindisi con i clienti, costringono Paul a ricorrere molto spesso ai sonniferi per addormentarsi la sera.

La vita della coppia, anche se stancante, procede, se non fosse per la gelosia di Paul per la moglie che non si esaurisce in qualche scenata di tanto in tanto, ma inizia ad assumere dimensioni paradossali.

Un giorno Paul trova la moglie al buio con Martineau, un giovane meccanico, mentre guardano delle diapositive. Il tarlo del sospetto del tradimento nasce, così Paul inizia a seguire la moglie dovunque vada: in città per far visita alla madre, per

acquistare una borsetta – scoprendo che gli mente sul prezzo quando pratica lo sci d'acqua con il meccanico – insieme al quale si intrattiene per mezz'ora su un isolotto.

Sconvolto, Paul fa rientro in tarda serata con l'angoscia del personale dell'hotel e la disperazione della moglie, la quale via via si rende conto della gravità della gelosia del marito, vietando a Martineau di tornare come ospite in hotel e rinunciando alle sue uscite in città.

La gelosia di Paul assume dimensioni patologiche. Dopo la proiezione di un filmato di un ospite dell'hotel, il signor Duhamel, che ha ritratto diversi episodi sui vari ospiti, compreso quello dello sci d'acqua, Paul immagina la moglie che amo-reggia con il giovane meccanico sull'isola. La rabbia sale al punto che Paul fa una scenata ai clienti e schiaffeggia Nelly.

Al ritorno dalla città Paul trova l'hotel al buio e Nelly che porta delle candele distribuendole nelle stanze.

Il presunto amante questa volta diventa nella fantasia di Paul il cameriere, che è sceso in cantina con Nelly per azionare l'interruttore, poi è la volta di Duhamel altro ospite dell'hotel.

Anche la perdita in soffitta di un braccialetto che lui le ha regalato provoca ire e sospetti; Paul esasperato prende con la forza Nelly.

Il giorno dopo, d'accordo con un medico, Nelly decide di far ricoverare Paul, fingendo che sia lei ad averne bisogno. L'ambulanza sosta alla porta dell'hotel durante la notte mentre, con Nelly legata e chiusa in camera, Paul immagina di tagliarle la gola con un rasoio.

Viene ritratta la figura di un uomo possessivo, ossessionato dal tradimento.

Paul trae godimento dai suoi sospetti, dalle sue fantasie, nell'immaginare la sua donna con altri, gustando contemporaneamente l'idea di scopriarla, di provocarle vergogna e di condurla sulla strada di ciò che per lui è la redenzione: che lei si leghi a lui totalmente cosicché riesca a possederla sia nel corpo che nella mente.

La figura della co-protagonista Nelly viene ritratta volutamente sopra le righe, eccessivamente eccitata in ogni cosa che fa, ammiccante, seduttiva, di struttura isteriforme, dove il ruolo della fisicità prorompente fa da padrona e ritrae una figura femminile oggetto del desiderio da possedere. Anche il ruolo di madre che emerge, nelle sequenze dove si prende cura del piccolo Vincent, appare solo sfiorarla; è una madre distratta, con poco tempo da dedicare al figlio.

L'interesse centrale della sceneggiatura sembra essere la personalità ossessiva del protagonista, l'indagine sentimentale delle vicende della coppia che il regista (Chabrol) ritrae si attengono al fatto reale, cosicché il supplizio che Paul infliggerà appare essere la naturale conseguenza di quanto accaduto.

Resta un finale aperto sull'eternità, come l'inferno del titolo.

Tiziana Liverani

VICKY CRISTINA BARCELONA
di Woody Allen (2008)

Una voce narrante apre il film e descrive le protagoniste della storia, due amiche, diverse nell'aspetto fisico, completamente differenti nei gusti, nel modo di gestire i rapporti interpersonali e nella ricerca di emozioni che decidono di intraprendere un viaggio per visitare Barcellona.

Cristina (Scarlett Johansson) è impulsiva, in apparenza sessualmente disinibita, alla ricerca di qualcosa che non sa, porta con sé solo la certezza di quello che non vuole dalla vita.

Vicky (Rebecca Hall) una ragazza all'antica, una vita ben programmata, fidanzata con un uomo rispettabile e inquadrato, ormai certa di tutte le scelte fatte e di quelle ancora da compiere, come se nella vita seguisse un copione a cui aderisce rigidamente.

Ognuna di loro ricerca qualcosa in quella città, l'una vuole solo approfondire e confermare le proprie scelte di vita, l'altra alla ricerca di emozioni e ispirazione artistica, appena uscita da un disastro sentimentale, l'ultimo di una lunga serie.

Le ragazze incontreranno Juan Antonio (Javier Bardem) un affascinante pittore che le saprà conquistare entrambe, mostrando intelligentemente, parti differenti della propria personalità. Cristina si interessa di lui quasi immediatamente dopo aver ascoltato il racconto della storia burrascosa tra l'uomo e la sua ex moglie, la bellissima e impulsiva Maria Elena (Penelope Cruz), che nell'occasione di una lite cercò di ammazzarlo; Vicky, inizialmente molto infastidita dai modi sfacciati dell'uomo, conoscerà il contesto familiare e il lato più romantico di lui, capace di commuoversi al suono di una chitarra.

Ogni situazione sentimentale ha il suo corrispettivo triangolare che si ripropone per tutto lo svolgimento del film mostrando il grosso limite di questo intreccio: l'impossibilità di evoluzione personale e relazionale.

Juan Antonio agisce e confonde all'interno delle relazioni i due livelli mentali, dell'attaccamento e della sessualità. Tanto si muove con disinvoltura, maturità e consapevolezza nell'approccio con le due donne, tanto sarà inadeguato nel gestire il rapporto con l'ex moglie, capace di turbarlo, disorientarlo e confonderlo, ma anche di accudirlo, occuparsi di lui come nessun'altra donna sa fare.

Maria Elena lo ha creato come artista, lo ha influenzato con il suo stile unico, con il suo genio ed esprime appieno questa rivendicazione, "*ti ho fatto io, tu sei così grazie a me, ti ho permesso di esistere*", un po' come la madre che rivendica l'esistenza del figlio, una relazione madre-figlio. Connotata di aspetti sadici e perversi.

Questo è il motivo per cui l'uomo non si separerà mai completamente da lei e la causa per cui non può permettersi di allacciare relazioni stabili, a meno di non accettare la presenza della ex moglie, come terzo elemento della "coppia".

Cristina non sa quello che vuole dalla vita. Nella scelta della convivenza con Juan Antonio forse, spera di trovare quello che cerca, e per un attimo le sembra che sia proprio quella la vita che potrebbe soddisfarla. Ecco invece l'apparizione di Maria Elena, che irruentemente si inserisce nel ménage della coppia.

Se Juan Antonio fosse stato coerente con le premesse fatte di uomo vissuto e sicuro di sé, avrebbe potuto permettere a Cristina di superare le proprie insicurezze, l'incompletezza che sente dentro di lei, e darle la spinta per raggiungere uno stato interiore che potesse essere sintesi di passione e stabilità.

In realtà l'uomo si dimostrerà ancora succube e invischiato nel proprio passato, tanto da non essere stato capace di compiere il salto evolutivo verso l'emancipazione dall'ex moglie, figura materna, che lo avrebbe condotto all'integrazione psichica, alla coerenza e alla piena libertà decisionale.

All'interno di questa relazione perversa, Cristina assume anch'essa un ruolo filiale, laddove scopre il proprio talento per la fotografia coadiuvata e sostenuta, anzi spronata, da Maria Elena. Ma proprio perché incastrata in questa posizione non paritaria, a un certo punto raggiunge la saturazione che la spingerà a chiudere i rapporti.

Le emozioni perderanno d'intensità e i pensieri si faranno sempre più forti, uno stato mentale che segue l'entrata in crisi dell'idealizzazione dell'uomo compiuta da Cristina, e che le aveva permesso di sperimentare, di spingersi alla ricerca, di esporsi totalmente.

Al contrario Vicky non si fa confondere dalle arti seduttrici dell'uomo, lei avrà bisogno di poterne apprezzare il lato più familiare, la storia personale, conoscerà infatti il padre e vorrà sapere di più dell'ex moglie e dei sentimenti da lui provati, e solo allora si concederà, torturandosi poi con sensi di colpa e rimorsi.

Cristina è caratterizzata da uno slancio genuino e spontaneo nel fare esperienze nuove e nonostante si possano rivelare deludenti o insoddisfacenti rimane aperta alle novità, al contrario di Vicky che si rassegnerà a una vita senza novità e slanci passionali.

In conclusione il film sembra sottolineare che le esperienze triangolari non modificano nulla, non permettono di fare tesoro delle esperienze e di crescere interiormente.

Un modo per superare tale conflitto è quello di riuscire a creare un progetto relazionale, un'area di fantasia e di desiderio, che riguarda la coppia, intesa come un'entità che supera la somma delle parti, e che permetta così di alimentare l'elemento creativo all'interno della relazione, creare, cioè, immagini che devono scaturire dalla coppia e alimentarsi nella coppia stessa.

Rita Ballacci

LA CITTÀ DEI MATTI
di Marco Turco (2010)

Nel 2008 ricorreva il decennale della cosiddetta legge 180: commemorazioni (giuste...) dello psichiatra veneziano, un Convegno all'Istituto Superiore di Sanità, guastato solo da accuse (o meglio epiteti) lanciati dai colleghi triestini contro il Prof. Gilberto Corbellini, reo, insieme con Giovanni Jervis, di aver osato una rivisitazione lucida e puntuale del "Basaglismo" ("La razionalità negata" ed. Bollati Boringhieri, recensito in altra rubrica di questa rivista).

Nel frattempo un collega psichiatra parlamentare, Carlo Ciccio, propone un disegno di legge migliorativo della 180, con spirito fermo ma aperto a suggerimenti di tutte le parti politiche. Forte di un buon appoggio della XII Com. Affari Sociali, la proposta di legge va avanti; l'Onorevole Ciccio non molla la presa, pur subendo, in particolare ad Arezzo, attacchi sgangherati ed offensivi.

È in questa atmosfera che la RAI manda in onda la fiction "La città dei matti" una storia dell'esperienza antimanicomiale di Franco Basaglia. Molti hanno pensato ad un clamoroso spot pubblicitario a favore della conservazione della 180, così come è (pochi e scarni articoli inseriti nella 833, legge sanitaria nazionale). Penso invece che il film, peraltro ben confezionato, raggiunga un risultato opposto: questa celebrazione "romanticizzata" ed emozionale di Franco Basaglia lo colloca, di fatto tra i piccoli o grandi miti della vita culturale italiana del XX secolo, sottraendolo (finalmente...) alla storia e, speriamo, al dibattito, spesso solo ideologico, spesso acrimonioso, tra conservatori e riformisti.

Fabrizio Gifuni ci consegna un Franco Basaglia abbastanza diverso da quello descritto da coloro che lo hanno incontrato e conosciuto personalmente. Era un veneziano aspro e polemico, condizionato non solo dalle letture esistenzialiste e fenomenologiche, ma da una pragmatica attitudine marxista.

Lo ricordo a Roma, prima della sua precoce morte nel 1980. Confidò ad alcuni di essere pessimista sulla possibile esportazione del modello triestino nel resto del territorio nazionale. Affermò di "aver perso le briglie di una legge assolutamente insoddisfacente"; e in definitiva, in quell'unica volta in cui potei ascoltarlo di persona, mi lasciò l'impressione di un uomo consapevole di aver cavalcato una tigre ingovernabile (basti pensare alle frange più radicali che ormai lo contestavano "da sinistra" alla riprovevole fretta con la quale la legge fu discussa in Parlamento sotto la pressione del referendum minacciato da Pannella).

A me piace ricordare quel primo Basaglia, a disagio nella Clinica Universitaria di Padova, sofferente, angosciato di fronte al paziente sloveno Boris, lungamente contenuto dalle fasce manicomiali. Costituì una testimonianza della sofferenza di noi psichiatri di fronte all'enigma della malattia mentale, e alla condizione di abbandono istituzionale.

Ma Basaglia dà sempre l'impressione, nei suoi scritti, nelle sue affermazioni pub-

bliche, di non percepire la sofferenza del malato se non come un prodotto dell'esclusione sociale; salta a piè pari l'interiorità deragliata del paziente, la sua psicologia individuale, le sue lacerazioni.

Attacca, è inutile nascondere, ogni discorso psicoterapico e psicoanalitico, contestandone non il merito teorico, ma liquidandole come prodotto di una politica di classe, come "scientismo di marca borghese". Ed in questo, forse, ci può ricordare gli scritti di Roderigo di Castiglia (pseudonimo di Palmiro Togliatti) sulla psicoanalisi nelle pagine di *Rinascita*, anni '50. Curiosa congruenza con gli atteggiamenti di diffidenza di Padre Agostino Gemelli.

Il manicomio andava superato, non chiuso, abolito in una settimana; il merito storico di Basaglia è indiscutibile, il disastro provocato dall'ideologia "antipsichiatrica" e dal "Basagliesimo democratico", è altrettanto indiscutibile; il vuoto assoluto di discorso terapeutico aprirà una comoda autostrada ad una pratica psicofarmacologica selvaggia; le cliniche private, "proibite in un articolo della 180" (sic...), diverranno in molte regioni italiane gli argini contro l'abbandono sociale dei pazienti.

La sbronza ideologica, alla quale Franco Basaglia, uomo colto ed onesto, non volle e non seppe opporsi, mortificò il lavoro, duro, coraggioso, ora misconosciuto, di psichiatri come Maccagnani ad Imola, Amati a Roma, che portavano idee innovative e non certo reazionarie. Senza dimenticare il parlamentare socialista Luigi Mariotti, e la sua illuminata iniziativa legislativa del 1968.

L'Accademia Universitaria Italiana, con atteggiamento "tartufesco", approfittò, come ha sostenuto per anni Nicola Lalli, del marasma di quegli anni per chiudersi, salvo rarissime lodevoli eccezioni, nelle sue cliniche, nella ricerca spesso obsoleta, utile solo ai fini di potere baronale, senza più occuparsi dei pazienti gravi e "scomodi".

Voleva tutto ciò Franco Basaglia? La fiction non è in grado di spiegarlo, prova di un malcelato intento agiografico. Ma voglio ripeterlo, ha il grande merito, speriamo, di chiudere, alla grande, le celebrazioni. È forse vero, come ha detto Adriano Sofri, che momenti magici, i miracoli (Gorizia ed altre emozionanti fasi dell'esperienza antimanicomiale) a volte si volgono in una catastrofe. E catastrofe è la parola che ha usato recentemente Jean Oury a proposito del "Modele Italien".

Forti delle grandi esperienze di questi trenta anni, si vada ora avanti, con lucidità e fermezza, per garantire molto di più ai pazienti e alle loro bistrattate famiglie. Ci sarà modo di discutere ancora, nella ns. rivista, temi così densi ed incandescenti. La recente uscita per i tipi del "Mulino" del libro di Valeria Babbini, senz'altro pregevole per l'ampiezza e la serietà della ricerca storica, il seminario universitario sulla figura di Giovanni Jervis, costituiscono immancabili occasioni. Giovanni Jervis coraggioso emblema delle contraddizioni del cosiddetto movimento Basagliano. Di lui si parla in altre pagine della rivista.

Giuseppe Tropeano

RIFLESSIONI SULLA CITTÀ DEI MATTI

Raccontare la follia è difficile e pericoloso, si rischia di rappresentare immagini che non rispondono alla realtà, di eccedere in aspetti caricaturali o peggio di sminuire il reale valore dell'argomento.

La fiction "La città dei matti", andata in onda in prima serata, è stata certamente un'operazione coraggiosa, che ha avuto il merito di narrare agli italiani quello che succedeva nella realtà manicomiale. A trent'anni dalla morte, Franco Basaglia, lo psichiatra chiamato a dirigere il manicomio di Gorizia, ci fa riflettere tutti, addetti ai lavori e non, su come la chiusura dei manicomi, fosse solo un passo, il primo, verso una lettura diversa dei rapporti sociali.

Una lettura della follia più vicina a noi tutti, del resto "la follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione...." (F. Basaglia). È quindi la difficile convivenza tra ragione e follia, che porta a definire il folle, malato e dunque bisognoso di cure.

Ma il malato non è solo malato, è un uomo con la propria storia, che il manicomio annullava, a cui toglieva gli abiti, gli effetti personali e non solo, nessuna traccia di una pallida memoria di sé.

È questa "apertura" sia pur romanzata e figlia di quegli anni, che la fiction ha mostrato: l'apertura dei cancelli, vestiti colorati, pazienti sorridenti, lacrime, amori, balli nel giardino del manicomio.

È questa atmosfera che ha forse spinto la generazione della fine degli anni '70 alla scelta di occuparsi di queste tematiche, ma sicuramente quello che ha spinto me psicologa volontaria in SPDC a credere che non si possa tornare indietro, rivedendo certamente in modo critico con gli occhi del 2000... a avendo sempre in mente, ciò che il paziente Boris dice nella fiction "È il dolore a rendere matti, o essere matti che ti fa provare dolore".

Tiziana Liverani

Libri

a cura di Rita Ballacci

LA RAZIONALITÀ NEGATA: PSICHIATRIA E ANTIPSICHIATRIA IN ITALIA, Gilberto Corbellini, Giovanni Jervis.

Edizione Bollati Boringhieri; 2008; 173 pag.

Il libro, scritto a doppio pugno da Giovanni Jervis, medico psichiatra, collaboratore di Basaglia, e Gilberto Corbellini, storico della medicina, è un profondo ripensamento di quell'esperienza di critica alla psichiatria tradizionale che portò alla chiusura dei manicomi. Il tentativo è quello di sottrarre l'antipsichiatria all'alone di mito che l'avvolge, mostrandone anche velleità, contraddizioni, forti correlazioni ideologiche.

Il tentativo in essere è quello di dimostrare che un'istituzione come una struttura manicomiale potesse ribaltare la propria essenza, esistere in altre forme nel suo rovesciamento. Divenire il luogo dove una rivoluzione culturale aveva creato la possibilità di vivere tutti quanti alla pari, anche i cosiddetti matti, secondo inediti valori umani.

Dopo averne rimarcato l'originalità e il coraggio, Jervis non manca di esprimere riserve verso "l'egocentrismo" mostrato da Basaglia negli anni di Gorizia e, nel periodo successivo.

A trent'anni dalla legge 180 che segnò la progressiva chiusura dei manicomi, per l'appunto un dialogo tra uno dei protagonisti di quegli anni e uno storico della medicina viene strutturato allo scopo di fare luce su una vicenda spesso mitizzata e messa al servizio delle ideologie.

Un percorso che va oltre il fatuo e che offre dati, fatti, numeri, descrivendo lucidamente i corsi e ricorsi della politica psichiatrica italiana.

Uno sguardo a 360° che, dai problemi sociali e medici legati al disagio mentale, si allarga sull'Italia dell'ultimo mezzo secolo.

Un pezzo di storia culturale e politica in un paese che ancora oggi non ha del tutto superato i suoi vecchi tabù. Etica della medicina, diritti del malato, autodeterminazione personale, garanzia della libertà individuale sino ad arrivare al concetto di inclusione sociale, traguardo tanto desiderato quanto sconosciuto dai disattenti umani definiti "normali", temi ancora attuali eppure ancora tutti da affrontare.

Il libro, peraltro, non trascura le cose positive prodotte dall'opera di Franco Basaglia, ovvero dell'uomo che nel bene e nel male ha rivoluzionato il concetto di salute mentale, ripristinando dopo anni di segregazione e alienazione il diritto di cure e il principio dell'integrazione sociale.

Secondo Jervis il mondo asfittico e malato della psichiatria italiana dell'epoca doveva imparare dall'approccio alla psichiatria sociale americana; approccio che aprì una nuova prospettiva: ovvero che il malato mentale non doveva essere più recluso nei manicomi ma la sua condizione, umana e psicopatologica, doveva essere collocata all'interno del contesto sociale.

Similitudini e orientamenti comuni fecero sì che Giovanni Jervis si incontrasse con lo psichiatra Franco Basaglia che in quegli anni aveva iniziato il lavoro anti istituzionale presso l'Ospedale di Gorizia. Due personalità eccentriche e appassionate del proprio lavoro che non hanno mai perduto lucidità e coerenza di comportamento, anche nel loro rileggere in termini critici questa fase della psichiatria italiana.

Il nostro Autore nell'intervista ha peraltro trattato l'evoluzione della psichiatria di quegli anni, inquadrando l'ideatore della nuova corrente di pensiero in maniera autentica, senza bisogno di mitizzarlo bensì evidenziandone gli aspetti positivi e le contraddizioni.

Viene evidenziata peraltro anche la tendenza di quei tempi di concettualizzare, semplificando eccessivamente, il divario esistente tra gli psichiatri non favorevoli al manicomio e quelli a favore dell'internamento dei pazienti. In questo modo si giunse all'emanazione della legge 180.

La legge nasce senza preliminari ed applicativi studi epidemiologici, senza un'analisi dei dati disponibili, né previsioni di spesa. Nel libro e nelle varie conversazioni si evince peraltro il ruolo della sinistra cattolica per la quale "tutti uguali perché figli di Dio, tutti da accettare e in definitiva nessuno chiamato mai a rispondere né di fronte agli altri, né di fronte alle leggi, regolamenti o regole qualsiasi".

Non si tenne conto, ad esempio, di cosa potesse voler dire, allora, per una famiglia operaia, avere un figlio schizofrenico del quale farsi carico. Il peso di tutto fu scaricato in gran parte sulle famiglie, causando "non poche tragedie"; invece per le cliniche private e le case farmaceutiche, rappresentò un'occasione di profitto. Si evidenzia anche come la legge 180 non era una legge perfetta: non erano state previste, ad esempio, strutture per malati cronici.

Jervis attraverso i suoi commenti ha fornito un'analisi precisa di come il gioco delle idee mediato dal successo, dalla politica, dai media si sia di fatto potenziato tanto da creare una legge e un comportamento conformista, con la presunzione del "politicamente corretto" che da decenni condiziona il modo di pensare nel nostro Paese.

Il libro è esso stesso una profonda riflessione critica sulle speranze e le passioni, anche ideologiche, degli anni '70, dalle quali Jervis aveva preso le distanze. In esso critica più volte l'antipsichiatria intesa come atteggiamento antirazionalista, che crede nella follia quale potere rivoluzionario.

Il libro è illuminante nell'indicare l'intreccio attraverso il quale si crea un modo diffuso di pensare che è rimasto in larga misura fino ai tempi nostri.

Giuseppe Quintavalle

MINDFULNESS E CERVELLO

Daniel J. Siegel

Raffaello Cortina Editore, Milano 2009; XIX, 363 pag.

Una settimana di silenzio, insieme ad altri 100 scienziati, per imparare la “meditazione mindful”.

Concentrarsi sul respiro... se la mente continua a vagare, focalizzarsi solo su metà respiro: prima l'inspirazione, poi l'espirazione. La meditazione seduta, la meditazione passeggiata. I consigli degli “osservatori”: accettare qualsiasi cosa ci viene in mente. Essere “mindful” anche durante i pasti: l'amplificazione dell'esperienza di mangiare una mela. Il flusso delle sensazioni e quello dei concetti. Vedere ciò che accade e lasciarlo entrare. La connessione con se stessi: adesso sto solo camminando... *“non vi è posto per qualcosa di diverso dal qui, per nessun momento diverso da quello presente”*. Fare esperienza della natura temporanea e sempre mutevole dell'attività della mente, fino a *“perdersi tra i propri pensieri”*. Le antiche pratiche della meditazione per coltivare la “gentilezza amorevole” verso di sé, verso gli altri. Nell'ultimo giorno, finalmente, arriva il flusso completo della consapevolezza mindful: sensazione, osservazione, concetto, conoscenza (*SOKS: Sensation, Observation, Concept, Knowing*).

Questa l'esperienza personale vissuta e raccontata da Daniel J. Siegel nel suo ultimo libro *“The mindful brain”* (tradotto in italiano con *“Mindfulness e cervello”* a cura di Gherardo Amadei) come testimonianza per raggiungere lo stato di “consapevolezza mindful”.

La consapevolezza mindful o *mindfulness* è una forma attenta di autoconsapevolezza focalizzata sul momento presente, perseguita con metodi e pratiche diverse (dalla meditazione, allo yoga, al tai chi) ma tutte finalizzate a coltivare la consapevolezza di sé per migliorare le condizioni di vita. Ricerca antica nella storia dell'umanità che Siegel fa propria cercando di integrare l'essenza soggettiva della consapevolezza mindful con l'analisi oggettiva dell'esperienza sensoriale diretta e le scoperte della ricerca neurobiologica e, infine, con la pratica in cui queste esperienze possono essere applicate (in particolare nella psicoterapia).

Basandosi principalmente sulla neurobiologia interpersonale cerca di confrontare l'esperienza personale con la scienza, le scoperte delle neuroscienze con la ricerca sull'attaccamento: benessere e resilienza sono promossi dall'attaccamento sicuro in modo sovrapponibile a quello della pratica della consapevolezza mindful e questa somiglianza trova riscontro nell'attivazione di una specifica regione integrativa del cervello, **le zone mediali della corteccia prefrontale**.

Le ricerche effettuate da Siegel et al. presso il *MARC (Mindfulness Awareness Research Center)* dell'*UCLA (University of California Los Angeles)* dimostrano che la mindfulness promuove le capacità integrative della corteccia prefrontale, che riguardano le funzioni della regolazione corporea, della comunicazione sintonizzata, del-

l'equilibrio emotivo, della flessibilità di risposta, dell'empatia, dell'insight, della modulazione della paura, dell'intuizione e della moralità.

In definitiva per Siegel il benessere mentale emerge dal *processo di integrazione* che unisce componenti differenziate di un sistema in un tutto funzionale. Le componenti di un sistema, quando sono integrate, possono essere definite come dotate di un flusso FACES (Flessibile, Adattativo, Coerente, Energizzato, Stabile). Fuori da questo flusso la persona, la famiglia, la comunità o la società possono fare esperienza solo di caos o di rigidità.

Per Siegel la sofferenza della mente (flusso di energia e informazioni) è dovuta alla tensione che si crea tra ciò che è e ciò che “dovrebbe essere”, cioè alla discrepanza tra reazioni emotive e idee preconcrete. Discernere pensiero ed emozioni permette di capire che queste attività mentali non coincidono con il sé, non sono permanenti: sono concettualizzazioni e reazioni automatiche che creano una “sofferenza fortuita”. Diventare consapevoli dei nostri sensi ci riporta direttamente alle esperienze che facciamo momento per momento, togliendoci dagli automatismi di risposta “dall'alto verso il basso”, liberando l'intero essere in modo che diventi più recettivo alle cose come sono. L'immagine che ci suggerisce Siegel è quella del mozzo della ruota, aperto e sufficientemente ampio da permettere a qualsiasi elemento del cerchione di entrare nella nostra esperienza cosciente ma non di impadronirsene. I quattro flussi della consapevolezza mindful (FACES) ci permettono di avere **la consapevolezza riflessiva** di ciò che percepiamo con i nostri cinque sensi, con tutto il nostro corpo (sesto senso), con la nostra mente (settimo senso), nelle relazioni con gli altri (ottavo senso).

La sintonizzazione è quella che permette a due persone di “sentirsi sentite” l'una dall'altra (come tra genitore e figlio o tra paziente e terapeuta). La sintonizzazione con se stessi attiva lo stesso processo neurale della sintonizzazione interpersonale, favorendo, attraverso la consapevolezza mindful, le dimensioni fisiche e psicologiche del benessere.

La pratica della mindfulness permette di attivare anche il ‘triangolo del benessere’: integrazione neurale, mente coerente, relazioni empatiche. Nella relazione terapeutica la trasformazione personale coinvolge tutte e tre gli aspetti del triangolo. *“Affinché una qualsiasi forma di terapia sia efficace, noi dobbiamo favorire l'attivazione, la crescita e l'integrazione neurale, promuovere la coerenza della mente e favorire l'empatia stabile nelle relazioni”*.

Nell'ultimo capitolo del libro Siegel ci dimostra, con tanto di esempi clinici, come l'assetto mindful possa promuovere l'integrazione neuronale in almeno otto domini: dall'integrazione della coscienza ... all'integrazione “transpirazionale”. Quest'ultima rappresenta il “respiro vitale”, un sentimento di appartenenza ad un tutto molto più grande, che trascende la singola persona, un desiderio profondo di partecipare a cause che aiutino il prossimo, il superamento definitivo dell'illusione della nostra separazione.

Libri

Cervello e mindfulness termina con alcune “riflessioni sulla riflessione” dell’Autore (postfazione).

La prima riguarda la **moralità e l’agire etico**: con la mindfulness “*noi condividiamo un’umanità nucleare che va al di là del chiacchiericcio della mente*” per cui sviluppiamo un flusso di ‘analisi attiva’, forse di tipo non verbale, nei confronti delle altre persone, di tutti gli esseri viventi e di tutto il nostro pianeta.

La seconda riguarda l’**integrazione riflessiva**: la consapevolezza mindfulness permette di connettere l’ambito dell’attaccamento con quello del funzionamento neurale prefrontale e questo con la riflessività (auto-osservazione). La proposta centrale di questo ultimo lavoro di Siegel è che attraverso la mindfulness possiamo raggiungere una forma di sintonizzazione intrapersonale che ci rimanda immediatamente al “*nostro mondo interiore*”.

Bernardino Foresi

* * *

LA DIAGNOSI IN PSICOLOGIA CLINICA. PERSONALITÀ E PSICOPATOLOGIA*

Nino Dazzi, Vittorio Lingiardi e Francesco Gazzillo

Raffaello Cortina Editore

In un convegno organizzato dall’Ordine degli Psicologi del Lazio, la dott.ssa Marialori Zaccaria, Presidente di quest’Ordine, presenta il volume “La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia”. Il progetto nasce dall’esigenza di fare chiarezza attraverso un preciso linguaggio di riferimento, in quella che è l’identità professionale degli psicologi. Negli ultimi anni il linguaggio diagnostico della psicologia è andato perdendo forza, mettendolo a confronto con le altre discipline come le neuroscienze e la psichiatria. Il linguaggio psichiatrico e le sue classificazioni hanno avuto sì il merito di facilitare la comunicazione tra i professionisti della salute mentale di diversa formazione, ma la carenza di strumenti diagnostici condivisi che parlavano con un linguaggio psicologico, ha ridotto la possibilità di approfondire le conoscenze e le competenze dello psicologo, lasciando quindi al singolo professionista e alla sua formazione, di dare senso alla diagnosi e di entrare in relazione con il paziente, sino alla restituzione della diagnosi stessa. Il volume analizza come siano più le affinità che le divergenze ad essere presenti; si discute sulla necessità ed il senso della diagnosi in psicologia, un testo dunque, informativo e formativo per i nuo-

* dalla presentazione del libro

vi professionisti. L'obiettivo del testo è anche quello di sviluppare definizioni condivise, per scambiare informazioni al fine di consolidare un'identità professionale, all'interno della quale fare ricerca e clinica. Di qui la necessità di riappropriarsi di un linguaggio proprio di segni, sintassi e grammatica e con metodologie proprie per lo sviluppo delle scienze psicologiche. Si tratta di un manuale che dal punto di vista culturale, a vent'anni dall'istituzione della professione di psicologo, ha sentito la necessità di fornire uno strumento per consolidare la formazione ma anche per rafforzare un senso di appartenenza ad una comunità scientifica attraverso l'uso di strumenti, di un vocabolario e categorie condivise. Il volume si snoda in due parti: nella prima vengono analizzate la natura e le funzioni della diagnosi psicologica, nella seconda vengono illustrati gli strumenti di valutazione principali e le nosografie di riferimento. Il dott. Gazzillo, in un quadro complessivo, presenta dopo l'intervento della Presidente dell'Ordine degli psicologi, il contenuto dei vari capitoli in maniera sintetica presentandoci un quadro esaustivo delle principali problematiche, riflessioni e sfide future che l'ambito della diagnosi in psicologia ci propone. La psicologia contemporanea attualmente condivide dei presupposti rispetto alla diagnosi. Al di là degli aspetti descrittivi ed immediatamente osservabili, è fondamentale che un professionista psicologo conosca approfonditamente per la diagnosi, il funzionamento complessivo della personalità partendo dalle ricerche contemporanee attraverso un dialogo continuo tra ricerca e clinica. Fare una diagnosi, quindi, vuol dire costruire una rappresentazione che può cambiare nel tempo con il cambiare del funzionamento della personalità. Lo strumento d'elezione rimane il colloquio clinico attraverso la relazione con il paziente che consente di ottenere delle informazioni cognitive, emotive, motivazionali, che possiamo avere in particolare attraverso il contesto della relazione tra professionista e paziente. L'aspetto narrativo del sé, con la dimensione soggettiva se valutata in maniera disciplinata può dare luogo ad un'integrazione tra dimensione nomotetica tradizionale ed una idiografica basata sulla storia di vita del paziente. Il testo si sviluppa su diversi punti, partendo da una mappa sul tipo di diagnosi da fare se semplicemente descrittiva o strutturale, cioè inferenziale su ipotetiche funzioni psichiche come l'identità del soggetto o dimensionali, tenendo in considerazione quanto sia presente un dato elemento psicopatologico nel contesto della personalità del paziente.

Successivamente si mettono in evidenza strumenti empirici con cui valutare e fare una diagnosi di personalità. Significativo appare l'uso del PDM ovvero il Manuale Diagnostico Psicodinamico che con il suo asse M permette la formulazione del caso clinico su nove livelli funzionali differenti della personalità; da quello sano a quello più patologico. Si presenta altrettanto utile lo strumento della SWAP 200 ideato da Schedler e Westen sempre per la formulazione del caso, che tenga conto ed integri contemporaneamente l'oggettività della diagnosi psichiatrica e l'attenzione alla complessità propria della psicologia clinica, o ancora il modello psicodinamico sulla diagnosi di Nancy Mc Williams che si presenta molto operativa. Si discute sul-

l'importanza della soggettività nella raccolta delle informazioni, regolate da strumenti che hanno sostegno e buone basi nelle evidenze empiriche. Quello che si vuole mostrare ai clinici è come l'inclusione dell'esperienza soggettiva nel processo della diagnosi possa seguire una modalità attenta, anche alla necessità della ripetibilità e della quantificazione. Includere le dimensioni soggettive e relazionali, significa considerare diagnosi e trattamento non come momenti separati, ma come fasi di un unico percorso. In sostanza, affiancare alla diagnosi la formulazione del caso clinico, migliora l'intervento, rendendolo "a misura" di paziente.

Si esamina il significato dei vari concetti di tratto, stile e disturbo di personalità, si prendono in considerazione i principali sistemi di valutazione dei tratti e disturbi di personalità. Si chiarisce la differenza tra un approccio categoriale ed uno dimensionale, preferendo nel lavoro clinico una soluzione che consiste in un sistema misto, in grado cioè di coniugare la valenza clinico metodologica dell'approccio dimensionale, con l'efficienza e semplicità d'uso delle categorie diagnostiche. Vengono chiarite anche le differenti tipologie di diagnosi categoriali, come quelle monotetiche dove il disturbo è definito dalla presenza di un intero pool di criteri equivalenti per importanza diagnostica, o politetiche laddove per fare diagnosi è sufficiente la presenza di un sottogruppo di criteri presi da un pool più ampio. L'approccio prototipico alla diagnosi risulta invece quello che valuta la presenza di un certo stile o di un certo disturbo della personalità, in base al livello di somiglianza tra la presentazione clinica di un paziente e dei prototipi dei diversi stili o disturbi di personalità. Tra i vari modelli presentati si ricordano quello di Eysenck, centrato sulle componenti biogenetiche della personalità con i tre fattori di personalità dell'estroversione, nevroticismo e psicoticismo; quello di Cloninger sui tratti normali e patologici basati su correlati biologici e il modello di Zuckerman ed il *Big Five Factors* che ha raccolto molto credito. Il DSM è ovviamente quello più utilizzato in campo internazionale nato come sistema categoriale di descrizione dei disturbi e cioè della personalità patologica. Il modello SWAP si presenta invece come un modello di valutazione della personalità, normale e patologica, basato su una visione dimensionale della personalità, focalizzandosi su tipi e funzioni di personalità cercando di cogliere quindi lo stile della stessa. Così anche il PDM, il Manuale diagnostico psicodinamico, si presenta come uno strumento valido per la valutazione della personalità. Integrando il modello di Kernberg, di Westen e Schedler, di Nancy Mc Williams, Blatt e Shahar e influenzato dalla terminologia DSM rispetto alla quale si dichiara complementare e più attento alla clinica. Il PDM propone l'esistenza degli stili di personalità. Si propone una diagnostica più consapevole, vengono messe a punto le scoperte delle neuroscienze sulla complessa interazione tra il patrimonio genetico ed il patrimonio di esperienze relazionali e di vita e come la metodologia clinica possa essere affinata con le scoperte delle neuroscienze. Ad esempio il setting, rispetto ad alcune patologie come il PTSD, può essere modificato in base alle ultime scoperte sull'importanza dell'uso delle parole, su come esse possono essere mo-

dulate rispetto al tipo di patologia con il loro effetto, se utilizzate in un certo modo come mostrano alcuni dati delle neuroimaging. La copresenza di diversi disturbi nella stessa personalità mette in evidenza la necessità di diagnosi più precise, in quanto l'assetto delle attuali impostazioni diagnostiche richiedono sicuramente ulteriori riflessioni critiche. Infatti i critici dell'impostazione del DSM, sostengono come tale approccio che è volto ad incrementare l'omogeneità interna delle singole categorie, ha come controparte la tendenza alla frammentazione dei pattern psicopatologici, senza indicare quali possibili connessioni esistono fra i diversi disturbi che si presentano in comorbidità. Pertanto l'approccio ateoretico e oggettivante del DSM, con la sua introduzione dei sintomi-soglia per la diagnosi, rischia di raggruppare sotto un'unica etichetta diagnostica quadri clinici piuttosto eterogenei. I dati clinici e di ricerca ci illustrano la necessità di comprendere il contesto personologico all'interno del quale si iscrive una condizione psicopatologica. Per comprendere ad esempio l'eventuale esito di una psicoterapia, non basta cogliere solo gli aspetti descrittivi di una patologia attraverso una diagnosi di DSM, vi è la necessità di cogliere gli aspetti situazionali in cui emerge una psicopatologia, sempre in stretta relazione con la personalità del soggetto. Vengono di fatto presentate nell'ambito di diversi paradigmi psicoanalitici le modalità con cui si coglie la psicopatologia in relazione al costrutto di personalità o meglio struttura di personalità. Negli ultimi dieci anni appare chiaro che non possiamo liberare facilmente la nostra nosologia dalle comorbidità poiché sostanzialmente tutte le sindromi condividono fattori comuni a quadri psicopatologici di differente gravità nell'ambito della personalità. Successivamente vengono affrontati i dialoghi tra psichiatria e psicologia, storicamente vengono collocati nelle loro prospettive con i loro storici conflitti più corporativi che scientifici e come attualmente tale rapporto deve essere risolto, in un'integrazione dove si possano utilizzare tutte le risorse conoscitive e tecniche di intervento, che lo stato delle discipline che si occupano del funzionamento psichico mettono a disposizione. Viene dunque introdotto il modello di Kernberg per la diagnosi dimensionale della psicopatologia, per valutare anche gli aspetti differenziali tra le varie psicopatologie, attraverso anche l'uso di un'intervista strutturata. Di fatto l'approccio "strutturale" alla diagnosi, elaborato da Otto Kernberg, nasce dall'applicazione clinica di un modello "integrato" in cui confluiscono la psicoanalisi freudiana e kleiniana, la psicologia dell'Io, la teoria delle relazioni oggettuali, le ricerche sull'infanzia e sulla biologia delle emozioni. Il suo principale obiettivo è l'elaborazione di un profilo delle diverse organizzazioni di personalità che faciliti la diagnosi differenziale e permetta di elaborare indicazioni prognostiche e terapeutiche affidabili, soprattutto in presenza di un funzionamento psichico non riconducibile alle due categorie nosologiche "classiche" di nevrosi e psicosi. Con esso si cerca di superare i limiti delle diagnosi descrittive e genetiche. L'attenzione viene rivolta a quelle configurazioni di processi interrelati, a lento tasso di cambiamento, che costituiscono la struttura o organizzazione di personalità. Si cerca di inferire con tale modello il livello di funzionamen-

to di un insieme ridotto di indicatori capaci di rendere conto di numerosi processi emotivi, cognitivi, motivazionali e comportamentali direttamente osservabili. Secondo Kernberg infatti gli ultimi tre capitoli sono dedicati ai contributi della terapia psicodinamica, della terapia cognitiva e quella sistemica sull'attività diagnostica dei vari approcci e su quegli aspetti che caratterizzano tali approcci per organizzare i dati raccolti dalla diagnosi. Successivamente si affrontano i rischi di una cattiva diagnosi ed i più comuni errori.

Nella seconda parte nel capitolo di Lingiardi, viene data importanza agli aspetti dimensionali della personalità rispetto a quelli categoriali. Quindi non è tanto importante affermare che un paziente sia affetto da una psicosi o una depressione ma cogliere l'intensità della presenza di questi aspetti psicopatologici. Il costrutto di disturbo relazionale, si mostra fondamentale e sta a sottolineare l'importanza della relazione nello sviluppo psicopatologico. Molto interessante si presenta la riflessione sui limiti del DSM IV. Ignorarlo sarebbe una lacuna grossolana, ugualmente errato sarebbe trasformarlo in una Bibbia, senza evidenziarne i molti limiti, soprattutto per quanto riguarda i disturbi di personalità, che negli ultimi trent'anni sono diventati uno dei maggiori motivi di richiesta di interventi psicologici. Le diagnosi del DSM IV non permettono di elaborare una formulazione clinica dei casi diagnosticati. I criteri che definiscono i suoi disturbi, infatti, non forniscono informazioni sufficienti a rendere conto del funzionamento effettivo del soggetto nelle diverse circostanze della sua vita. Alla fine del processo diagnostico, quindi più che un quadro del funzionamento patologico del paziente valutato, ci si trova in presenza di un'etichetta che rimanda a un insieme ridotto di segni e sintomi senza che emerga un'idea complessiva del soggetto e indicazioni su quale potrebbe essere il modo più utile per aiutarlo. Un ulteriore limite del DSM appare quello dei tratti patologici della personalità, che nell'asse II sono intesi come entità stabili e relativamente indipendenti dai contesti, mentre sarebbe più opportuno pensarli come tendenze, più o meno intense e stabili, a reagire a situazioni date; in altri termini, per avvicinare il DSM alla realtà clinica sarebbe opportuno abbracciare una concezione dimensionale e condizionale dei tratti della personalità. Inoltre una diagnosi adeguata dovrebbe rendere conto anche delle risorse dei pazienti, dei loro punti di forza e degli elementi su cui si può far leva nel corso di un percorso terapeutico o riabilitativo, nonché delle dimensioni implicite del funzionamento della personalità, dimensioni di cui tanto la psicoanalisi quanto le scienze cognitive hanno sottolineato la rilevanza. Un ulteriore problema della classificazione dei disturbi proposta dal DSM è che un numero consistente di pazienti, che si rivolge ai professionisti non può essere adeguatamente descritto. È diventato evidente che forse il "difetto" non va ricercato nel numero dei disturbi contemplati, ma nell'idea che un disturbo psichico sia un'entità discreta, che può essere presente o assente e che è caratterizzata da un certo numero di segni e sintomi direttamente osservabili dal paziente stesso o da un osservatore esterno. La stessa forma dicotomica dei criteri (presente/assente), che non prevede la possibilità di

graduare la presenza di un certo tratto o di pesarne la rilevanza, è a parere di molti un artificio che mette in discussione la validità della procedura diagnostica SCID, in particolare per quanto riguarda i disturbi di personalità. Una notevole ricerca condotta su 8000 soggetti, suggerisce la possibilità di ricondurre le diverse patologie di Asse I e Asse II essenzialmente a due dimensioni di base, l'esteriorizzazione e l'interiorizzazione (Krueger, 1999), dando così un duro colpo all'idea di base del DSM, secondo cui le diverse sindromi collocate su assi diversi, siano entità discrete da pensare in termini categoriali. E forse la caratteristica del DSM che è stata bersaglio delle maggiori critiche è proprio la scelta di un formato esclusivamente categoriale. Se è ormai impossibile rinunciare alla chiarezza e all'oggettività delle categorie e dei criteri necessari per fare diagnosi dei disturbi mentali, sbagliata sembra l'idea di penalizzare la validità ecologica e l'utilità clinica di quei costrutti e ricerche teoricamente orientate i cui concetti sono operazionalizzati in modo affidabile. Si fa riferimento prima di tutto alle ricerche condotte con sistemi di procedure diagnostiche come la SWAP, il PDM e L'OPD, che hanno messo in evidenza la necessità di tener conto della personalità complessiva, nei suoi aspetti sani e patologici, per valutare le diverse sindromi psichiche per come si presentano nelle diverse persone, il loro decorso e la loro prognosi; così pure la necessità di valutare, oltre alla personalità, anche le capacità complessive di funzionamento della persona e le peculiarità dei suoi pattern cognitivi, emotivi, motivazionali, comportamentali, difensivi e relazionali e l'importanza dei conflitti ricorrenti in cui la persona si imbatte. Il DSM ha avuto il merito di ricordare alle diverse scuole di psicologia, la necessità di elaborare costrutti e strumenti di valutazione condivisibili da professionisti di formazione e orientamento teorico diverso e valutabili in modo affidabile. Per questo il DSM V si trova nella situazione di ripensare in senso dimensionale i criteri diagnostici, di integrare nel manuale i dati principali provenienti dalle neuroscienze, dalla psicologia della personalità e dalla psicologia relazionale. Gli ultimi capitoli chiudono il testo affrontando il tema dell'uso dei test, della buona restituzione e del loro uso rispetto alla complessità della diagnosi. La specificità della diagnosi nell'adolescenza e nell'infanzia viene affrontata successivamente chiudendo, questo denso e ricco lavoro sulla diagnosi in psicologia clinica.

A proposito di tale argomento, il prof. Lingiardi interviene con lo scopo di restituire centralità alla diagnosi e alla formazione. Schiacciati tra due posizioni estreme tra detrattori radicali che definiscono la diagnosi una brutta parola, della diagnosi a riduttivisti attraverso il solo l'uso di etichette; la posizione è dunque quella di costruire un ponte per avvicinare queste due polarizzazioni, attraverso un linguaggio condiviso. Riconquista da parte dello psicologo della diagnosi nel periodo del passaggio dal DSM IV ed il DSM V, l'introduzione della PDM per valutare il grado di intensità di un disturbo in termini dimensionali. Si vogliono avere nell'assessment clinico gli strumenti necessari per formulare diagnosi; l'ampiamiento idiografico delle definizioni diagnostiche del DSM permette la condivisione sintetica tra profes-

sionisti di alcuni concetti; dunque una delle caratteristiche dell'elemento diagnostico è lo stare tra il nomotetico e l'idiografico, tra l'elemento specifico e l'elemento comune. Vari strumenti utilizzabili nell'ambito diagnostico in un territorio sono a disposizione dello psicologo di oggi, dove nomotetico ed idiografico, elemento comune e specifico è una caratteristica di unione di momenti diversi del momento diagnostico. Una modellistica di uso comune con le relative specificità, conoscenza e ricerca sono entrambe importanti per la diagnosi, dunque come un processo di conoscenza che può portare a modalità di intervento differenti. L'obiettivo è quello di salvare un linguaggio diverso, ma anche condivisibile in vista del lavoro con il paziente.

Anche Siracusano affronta il tema della diagnosi: in ambito medico è sempre esistita mentre in psicologia si sta recuperando dopo un periodo in cui è stata messa da parte. Le varie forme di diagnosi costituiscono il punto centrale del testo. Così pure la confrontabilità delle diagnosi. Bisogna dunque, secondo Siracusano, allargare il campo a dimensioni che siano contemporaneamente medico e psicologico come è il caso della depressione; un conto è parlare di depressione, un conto è parlare del depresso. Così come quando si parla di ansia, bisogna vedere le forme che questa assume all'interno della personalità ansiosa, come si manifesta. Quindi dalla semeiotica classica medica psichiatrica, bisogna recuperare il territorio della personalità. Tale campo ha subito negli ultimi anni diverse trasformazioni, con il passaggio dalle categorie alle dimensioni. Se le prime sono utili per la confrontabilità dei dati e dei risultati, d'altro lato non si punta più solo alla diagnosi di stato ma si sente la necessità di studiare la relazione tra personalità ed ambiente. Tematiche che fanno parte della nuova agenda del DSM V. Sulla ricaduta pratica della diagnosi che diventa un "certificato", bisogna riflettere per mantenere la complessità clinica. Quindi mondo reale e clinico devono incontrarsi per dialogare sull'oggetto comune che è quello della psiche, in un processo costruttivo che venga incontro ai bisogni di chi soffre.

Dazzi propone un dialogo necessario tra medici e psicologi senza polemiche e rivalità con confronti sgradevoli. Nel concepire il testo l'obiettivo era dunque di fornire una panoramica sulla necessità di un intervento scientifico e sofisticato con attenzione alle dinamiche con i pazienti. Dopo un rifiuto iniziale della diagnosi da parte degli psicologi è necessario questo recupero, anche per l'evidenza attuale di trattamenti che "funzionano", bisogna capire sempre più a fondo il funzionamento del paziente con tutte le sue caratteristiche. Da qui la necessità di una diagnosi con attenzione agli aspetti positivi, alle risorse del paziente. Importante appare oggi un'attenzione alle neuroscienze moderne e non solo per moda, una necessità di dialogo per ripartire da una comunanza di dati, con un forte legame all'empiria, confrontandoci con la complessità delle conoscenze senza più arroccarci in dei polarismi che in questo momento storico culturale servono a ben poco. Il momento è maturo, ci sono ora ricerche in psicoterapia che mostrano l'efficacia di alcuni interventi che partono sempre da un'accurata diagnosi, un dialogo anche tra approcci diversi che però

sono accomunati da questo forte aggancio ai fatti empirici senza contrapposizioni ideologiche per incidere meglio a livello scientifico sulle necessità dei pazienti.

Francesco Ricci

Riceviamo da una nostra lettrice e volentieri pubblichiamo

Uno Psicologo nei Lager

Viktor Frankl

Ares, Milano 2009, 152 pag.

Mi sono imbattuta in questo libro per caso. Pur non conoscendone l'Autore, l'ho comprato per curiosità verso l'argomento. Nessuno della mia generazione, anche se non direttamente coinvolto nella tragedia del genocidio, può dirsi esente dal porsi le domande: Come è stato possibile? e poi, Cosa avrei fatto io? Cercandone le risposte in ogni testimonianza.

Scritto con apparente semplicità, *Uno Psicologo nei Lager*, si impone con la forza della verità. Dopo la sua pubblicazione, nel 1947, divenne presto bestseller e fu dichiarato per quattro volte "Libro dell'Anno" dalle Università degli Stati Uniti.

Viktor Frankl l'aveva scritto di getto, in nove giorni soltanto, dopo la liberazione, una volta rientrato a Vienna, dove aveva appreso lo sterminio di quasi tutta la sua famiglia: la madre, a cui dedicò il testo, il padre, il fratello e la giovane, amatissima moglie.

Sua intenzione, come afferma nel primo capitolo "Il prigioniero n. 119104", era di occuparsi della vita del lager "dall'interno", descrivere, cioè, come la vita di ogni giorno si rispecchiava nell'anima del prigioniero medio, che egli si sentiva di rappresentare. Voleva far capire a chi non l'aveva conosciuta, l'esperienza del campo, il modo in cui il prigioniero avvertiva la realtà che lo circondava. Inizialmente, Frankl si pose il problema del distacco dai fatti narrati: come può averlo chi ha vissuto dall'interno questa terribile esperienza? Accettò quindi questo limite e rinunciò anche a pubblicare in anonimo, con il suo solo numero. Dirà di aver voluto privilegiare la verità, superando la paura dell'esibizionismo.

E non volle nemmeno rivedere il testo, preferendo il coraggio della confessione e, come disse: "Ho dato scacco matto a me stesso".

Da qui l'immediatezza dei ricordi che fluiscono scarni, pacati, sempre volti a descrivere una situazione interiore. Salvo lo scoppio di dolore improvviso in quel: "Otto dove sei ora? sei vivo? che ne è di te?", nel ricordare l'amico a cui aveva fatto imparare a memoria il suo testamento.

L'Autore porta per sempre in sé il ricordo doloroso di vite distrutte, cancellate.

Esente da ogni compiacimento, osserva e racconta dal di dentro piccoli fatti che illuminano una grande tragedia, senza mai atteggiarsi a vittima né a eroe. Si definisce con onestà solo un uomo normale, perché “diciamolo, i migliori non sono tornati”. I più coraggiosi, quelli che non riuscivano ad essere risucchiati dalla massa e venivano meno a quella che definisce la prima regola di sopravvivenza nel lager: “non essere mai notati”.

Da subito, ci racconta che, insieme ai compagni, viene privato di tutto, ma proprio di tutto, anche dei suoi preziosi scritti, il lavoro scientifico “di tutta la mia vita” come dice al detenuto anziano a cui si era rivolto cercando di salvarli. Leggiamo così come si interrompono i legami anche fisici con il passato e piano piano si diventa insensibili, nello sforzo della sola conservazione della vita. Dirà allora, di aver capito fino in fondo il significato della frase di Dostoevskij, che descrive l'uomo come “l'essere che si abitua a tutto”. La morte, sempre presente, rende superfluo anche il suicidio e Frankl si ripromette di non correre ai fili, la forma più comune di suicidio.

Scopre, quindi, che sopravvive chi riesce a trovare in sé il ricordo di una vita affettiva ricca e dell'amore di cui egli stesso sperimenta tutta la profondità.

Per l'Autore, “l'amore è il punto più alto al quale l'essere umano possa innalzarsi”, e anche nelle terribili prove a cui si viene sottoposti sente in sé la presenza dell'amata e la descrive con parole toccanti. Scoprirà che conservare la propria umanità è possibile anche nelle circostanze peggiori, ed è frutto di una scelta interna. Anche lui, come Dostoevskij, dice di temere una sola cosa, di “non essere degno del suo tormento”. Sostiene che sempre l'uomo deve decidere se farà di condizioni estreme, come quelle vissute, una conquista interiore, salvando la propria dignità. Come quando, per dare un senso alla sua morte, gli pare di essere più utile come medico dei malati di tifo petecchiale piuttosto che morire da sterratore improduttivo. All'inizio, scrive di essere stato nel campo solo un prigioniero tipo, senza mai esercitare la sua professione. Ma con i ricordi da lui registrati, penetra nell'interno della realtà del campo come un bisturi e ci offre non solo una radiografia di una situazione esistenziale così estrema, ma anche una profonda meditazione sulla vita. E a noi lettori offre l'opportunità di interrogarci sui nostri dolori e il modo in cui li sopportiamo. Possiamo dire anche noi che ha dato scacco matto a se stesso, perché è con la forma mentis di medico e di psichiatra che ci offre per sempre la chiave per dare un senso al dolore nelle nostre vite.

Sicché anche a noi rimane da chiederci se siamo degni del nostro tormento.

Cristiana Parisi

Convegni e Seminari

a cura di Giuseppe Tropeano

PRESENTAZIONE DELLA RIVISTA MENTE E CURA

Presso lo IAS Istituto per gli affari sociali.

Roma 4 dicembre 2009

Prosegue la collaborazione tra lo IAS e la nostra Rivista; il dr. Amedeo Spagnolo, a nome dell'Istituto, ha preso la parola, ribadendo quanto utile sia una stretta collaborazione tra chi programma politiche sociali e studiosi del comportamento umano.

Giuseppe Tropeano, dopo aver ringraziato lo stesso dr. Spagnolo, la direttrice Isabella Menichini, la dr.ssa Giulia Ombuen, il prof. Romolo Sabatini e tutto lo staff della rivista, ha sottolineato come fosse proficuo dar voce a punti di vista diversi.

Ne sono esempio, nel numero 0 di "Mente e Cura" le interviste ad Edoardo Boncinelli e Vittorio Lingiardi, l'articolo di Ugo Amati sul filosofo "lacaniano" Slavoj Zizek; ciò significa una disponibilità a vivificanti "contaminazioni" e non l'adesione ad un facile, ingenuo, eclettismo, in quanto l'IRPPI dispone e lavora su di un modello teorico di riferimento.

Tropeano mette in guardia dagli eccessi di una "neuro mania", parafrasando il titolo di un libro di Carlo Umiltà e Paolo Legrenzi, peraltro recensito nella rivista da Luciana d'Agostino. Fa testo, peraltro, la prudenza più volte espressa da Vittorio Gallese, protagonista con G. Rizzolatti delle ricerche più suggestive, nel campo delle neuroscienze, quelle sui neuroni-specchio.

Certo, i grandi sviluppi degli ultimi decenni suggeriscono possa trattarsi di una grande rivoluzione scientifica, dopo quella Darwiniana, quella Freudiana, dopo quella prodotta dagli studi sul genoma.

I phd in neuroscienze sono presi d'assalto in tante università Europee ed Americane; nuove "discipline" sorgono forti del prefisso "neuro": la neuroteologia, in USA, ricerca basi neurobiologiche dell'esperienza mistica e del "bisogno di credere".

In alcuni Istituti d'oltre oceano, il "God Helmet" si avvale di una strumentazione la quale, attraverso variazioni di campi magnetici studia e cerca di indurre stati di "estasi religiosa". Volumi come "Etical Brain" di Michael Cazzaniga, pronosticano mutamenti nell'etica collettiva e riformulazioni dei concetti di responsabilità morale. Più da vicino ci riguarda la ricaduta del discorso neuro scientifico sui modelli e metodi in psicoterapia; ciò è in gran parte il tema del numero 0 della rivista.

Dopo aver ancora ricordato le figure e l'insegnamento di Nicola Lalli, scomparso nel marzo 2009, Tropeano cede la parola al prof. Bruno Callieri, stimolato ad approfondire i rapporti tra "soma" e "spirito", tra "stati della mente" e "stati neurona-

li". Racconta di una sua esperienza professionale con alcune religiose con le quali affrontò il tema dei tre stati; della riflessione, della meditazione, della contemplazione.

La riflessione coinvolge tutta una serie di giochi neurali, che sembrano in parte già riconosciuti e precisati. Il passaggio dalla riflessione alla meditazione, implica uno stravolgimento unico sia sul piano psicologico che neurologico e culturale, attraverso un differente modo di pensare la meditazione diverso tra oriente ed occidente. La contemplazione poi implica delle modifiche connesse al tipo di contemplazione, che va da quella dei filosofi dell'antichità a quella della tarda latinità, a quella del secondo medioevo, o ancora a quella indotta da droghe. Certo ci sono particolari filosofie, specie europee, che sostengono l'inessenzialità delle neuroscienze, rispetto al problema filosofico della soggettività del pensiero e delle esperienze. Si pone cioè uno iato, netto, tra il corpo e la mente attraverso un'irriducibile differenza.

Lo stile della rivista è quello invece di accogliere a pieno, l'intreccio tra il "soma" ed il "corpo" nelle sue varie manifestazioni, evitando così quegli eccessi di riduzionismo che, come sostiene Callieri in più conversazioni con S. Moravia, ha effetto tranquillizzante. Di qui l'importanza di stare attenti, ad accettare quelle vie che calmano le nostre inquietudini.

Il successivo intervento di Riccardo de Sanctis sposta l'accento sulla necessità di una corretta comunicazione della scienza. Di fronte alla grossa confusione dei media italiani, ma non solo di quelli, in cui si parla di cervello con una semplicità ed una superficialità veramente pesante, è necessaria una comunicazione chiara e corretta, attraverso il contributo della conoscenza della storia. La storia della scienza e la storia della medicina possono permettere di cogliere la complessità della ricerca, e per questo rappresentano il "cane da guardia", la spia rossa, per evitare vicoli ciechi e fraintendimenti. Fa un esempio parlando di malattie, e su cosa esse siano. La malattia è qualcosa assolutamente di storicizzato: da inserire cioè in un sistema fatto dal vissuto relazionale ed affettivo del malato. Questo vale tanto più per le malattie mentali. Di conseguenza, questa funzione da cane da guardia della storia potrà essere molto utile.

Con la professoressa Silvia Mazzoni, si torna a riflettere sulle parole chiave della rivista: mente, cura, integrazione. Le prime sicuramente propongono uno stimolo importante a non dimenticare che la cura, che proponiamo con la psicoterapia è intrinsecamente legata allo studio della mente. Se male si integrano le conoscenze, si finisce per non favorire né la ricerca sulla mente né quella cura particolare. Se la parola integrazione viene declinata in modo corretto, questa integrazione è possibile, è cioè possibile per lo psicologo integrarsi con la psichiatria e, per lo psichiatra integrarsi con la psicologia. La riflessione su questa parola, come Nicola Lalli sosteneva, non è un mero eclettismo. Essa è da connettere con il concetto di coordinazione, coerenza e armonia fra differenze. Il prodotto dell'integrazione stesso, non è così tangibile come il prodotto di un'osservazione su ciascuna singola differenza. Se

ci si concentra sulle neuroscienze e sulla psicologia dello sviluppo, e sulla psicopatologia e sulla psicoterapia, non è facile avere nella mente una forma, una rappresentazione che integri le indicazioni provenienti da queste discipline così differenti. Però nel campo della psicoterapia è difficile per uno psicoterapeuta non integrare in qualsiasi momento della sua prassi un modello di sviluppo, un modello per lo studio della psicopatologia ed un modello della prassi. Un modello di sviluppo deve avere sicuramente un riferimento alle neuroscienze, un riferimento agli spunti offerti, per esempio, in questo momento, dall'Infant Research. Avere un modello che tenga conto del perché, in quel momento del ciclo vitale, quella persona abbia un problema e quindi di come quella patologia possa esprimersi, è fondamentale, così come poi operare a livello di prassi terapeutica.

Luigi Aversa prende la parola subito dopo la Mazzoni. Di formazione junghiana, past president della CIPA, è molto legato ai fondatori della rivista, per percorsi professionali comuni. Afferma come la rivista costituisca, uno spazio che possa essere riempito di significati. In questo primo numero si pone il problema del rapporto delle neuroscienze con la specificità della psichiatria psicodinamica, che si occupa di una frattura di un'omogeneità di spazio, tempo. La coscienza, ha bisogno di micro fratture che nel continuum si pongono come elementi rappresentativi di qualcosa. La patologia si presenta quando queste fratture, di cui non siamo consapevoli, emergono caratterizzando quella che noi chiamiamo patologia. Ritornando sul significato delle parole come quella di riflessione, Aversa ne specifica la diversità con la meditazione e la contemplazione. La riflessione, come la sua etimologia ci fa capire, portando il prefisso "ri", ci vuol dire una duplicazione, una ripetizione, richiedere due volte, quindi riflessione, vuol dire che ci sono state almeno due flessioni. Queste due flessioni sono quelle che dall'essere transita in pensiero e la seconda quella che dal pensiero transita al linguaggio, essere- pensare- parlare. La rivista in tal senso, può essere uno spazio che si riempie di riflessioni.

L'intervento di Balbi si concentra invece sull'importanza del linguaggio nella nostra società, dove spesso le parole sono tantissime, ma molto spesso prive di significati, per cui il pensiero è scarsamente rappresentato. Il lavoro terapeutico comporta il mettere insieme le parole, i pensieri, le emozioni e la sostanza biologica che è sotto le emozioni; processo fattibile perché ora si conosce una serie di meccanismi di formazione della mente. In una società in cui questo spazio è poco rappresentato, la mente è alterata dalle scarse relazioni che sono presenti, o dalle relazioni vuote, fatte di parole che sono fonemi e non sono portatori di essenze. Questa è l'idea principale che la rivista rispecchia, l'idea di una struttura della mente. C'è una stretta connessione tra la struttura della mente, quindi la percezione dei propri stati emozionali, e la ricostruzione della propria storia, quindi la struttura del Sé. Questa struttura spesso non è coerente per effetto della dissociazione che è molto diffusa nella nostra società. Possiamo parlare di sé multipli o paralleli più che di doppie personalità. È come se la ricostruzione del sé, basata sulle memorie di sé, potesse non dare

sempre lo stesso risultato. Quindi il messaggio che invia il dott. Balbi è quello di ridare al pensiero e alla parola una connessione.

Giuseppe Lago conclude la presentazione della rivista.

Le letture fenomenologiche dei testi di Bruno Callieri, non sono solo state letture propedeutiche, ma testi alla base della fase empatica, del metodo psicodinamico integrato. Fase questa, che deve precedere qualsiasi tipo di approfondimento interpretativo e che per fortuna, è in sintonia con quanto ci forniscono le neuroscienze. Il concetto di “incontro” di Callieri corrisponde a questo concetto di empatia, che viene tratto anche dai grandi filosofi come Stein ed Husserl. Concetti che attualmente sono stati meglio specificati dalle neuroscienze con le ricerche sui neuroni specchio. L'incontro con “personalità” da cui possiamo apprendere tanto, non vanno perseguiti pedissequamente, non vanno costruiti degli “idoli”, anzi è necessario fare i conti con loro. Il tema dell'integrazione è oggi fondamentale, perché siamo davanti alla possibilità di far convergere e di integrare le conoscenze neuroscientifiche e psicologiche-psichiatriche. Nell'intervista, Lingiardi preferisce parlare di sintesi, ma l'importante è comprendersi sul senso delle parole che non devono essere reificate, come ha invitato a fare Andrea Balbi. Infatti i concetti devono essere aperti, le parole devono contenere dei significati. Questo è quanto si vuol fare con la rivista per invitare le nuove leve, fuori dalla tendenza a non aderire per carisma ad una convinzione. Il momento di verifica dei risultati è un momento importante ed è per questo, che sono in atto progetti di ricerca in psicoterapia, in collaborazione tra l'istituto IRPPI e l'Istituto Superiore di Sanità. Una psicoterapia deve avere degli effetti verificabili e se tali verifiche appaiono diverse, dai risultati attesi è necessario cambiare. L'approccio terapeutico, è importante in primis per risolvere i problemi del paziente, la psicoterapia non può essere solo un viaggio.

Rispetto al termine “mente” e non “psiche” si preferisce il primo, in quanto dalla sua etimologia “man” cioè uomo, viene messo in primis la dimensione umanistica, la persona e non la malattia, ponendoci in coerenza con l'approccio fenomenologico esistenziale. Diversamente da Psiche che significa anima, spirito, respiro, ci si vuole collegare con le pietre, con il cemento della struttura della mente per poter meglio comprendere il risultato finale. Si è interessati a queste fondamenta e si è nel nostro metodo rilevato il termine, rubandolo a piene mani da Bion, di protomentale. Si è interessati a mettere a fuoco il protomentale, prima di tutto ciò che segue sul piano evolutivo in coerenza con l'impostazione darwiniana, mettendo in risalto non solo lo sviluppo biologico ma anche lo sviluppo psicologico-culturale.

Francesco Ricci

CONTRO IL “SENTITO DIRE”

Omaggio alla memoria di Giovanni Jervis

Presso la Facoltà di psicologia 26-27 aprile 2010

Personaggi di spicco della vita culturale italiana si sono incontrati in questo convegno, per rendere omaggio alla figura di Giovanni Jervis. Insieme ci hanno regalato un'immagine dell'uomo, dello studioso, del ricercatore e del clinico. I vari interventi ci hanno offerto una panoramica complessiva del periodo storico, in cui Jervis ha iniziato ad operare e dei vari cambiamenti intervenuti nel corso degli anni. Uno dei tanti temi affrontati è stato il rapporto che Jervis ha avuto con Basaglia. Entrambi, con tutta l'ala movimentista, si muovevano contro la psichiatria italiana tradizionale e conservatrice. Nonostante fosse soprattutto un grande teorico, il modo di fare clinica di Jervis colpiva per le sue “esigenze dinamiche” con il paziente per l'attenzione ai progetti alla farmacologia. In comune con Basaglia, Jervis aveva l'esigenza di comprendere il paziente o quella parte del paziente, che fosse altro rispetto alle dimensioni biologica. Jervis era il leader culturale del gruppo “antipsichiatrico” di Gorizia, si presentava diverso da Basaglia per personalità e per attitudini; ciò inevitabilmente lo portò ad emanciparsi professionalmente. Così, con il suo prestigio personale e professionale, si smarcò dal gruppo in cui lavorava. L'atteggiamento di Basaglia, invece, si presentava più “artistico”, basato molto sulla sensibilità individuale e soggettiva diversamente da Jervis il quale prediligeva un modello più aderente alla scienza. In un divertente aneddoto, uno psichiatra che aveva collaborato con Jervis racconta di come egli fosse un rivoluzionario, ma attento a che venisse ben compilata la bibliografia dei lavori. Entrambi hanno da subito cercato una reciproca differenziazione nel proprio lavoro. Da un'iniziale comunanza, si separano in una differenziazione, costruttiva per il loro lavoro. Entrambi avevano l'esigenza di realizzare qualcosa di importante; ciò li spingeva a muoversi attraverso una “cupidigia” del sapere. Questa cupidigia in Jervis si manifestava in una necessità, a soli trentacinque anni, di realizzare qualcosa di diverso perché il tempo stringeva, era già tardi nella sua percezione del tempo. Aspetto questo che sottolinea la sua immagine di uomo austero, dedito al proprio lavoro. Dal suo rapporto con Basaglia, è andato via via sviluppandosi il suo interesse per la storia della psichiatria. Il manuale critico di psichiatria ne è un esempio, Jervis lo dedica a tutti gli operatori di base della psichiatria e non solo. Nel capitolo di storia della psichiatria, viene messa in evidenza la mancanza di studi italiani su tale argomento, e su come Basaglia, diversamente da Jervis, non fosse così fortemente interessato alla storia della psichiatria. La lotta per il rinnovamento rischiava di ripetere gli errori del passato, se non si fosse basato sui rapporti reali degli psichiatri con i pazienti, attraverso uno studio attento, perché l'ignoranza porta a dei riduttivismi pericolosi. La formazione più umanistica di Jervis rispetto a Basaglia lo porta ad una ricerca di sintesi tra naturalismo e umanesimo attraverso una storia, non riduzionista che dà spazio alla soggettività del pa-

ziente, che nutre l'oggettività della psichiatria classica. Di qui anche il suo interesse per la psicoanalisi, con tutte le dovute critiche che lo portano a scrivere il suo famoso testo "La psicoanalisi come esercizio critico". La storia deve rappresentare, a suo avviso, una riflessione sulla politica quotidiana. Il rapporto di Jervis con l'antipsichiatria inglese, è stato un altro tema caldo che un suo collaboratore ha riferito al pubblico del convegno. Importante è stato il contatto tra Jervis e Roland Laing. Entrambi sono stati importanti figure nella psichiatria clinica. Entrambi sono campioni dello scetticismo moderno, contro l'autoinganno e la malafede. L'autoinganno serve, secondo Jervis, ad affrontare una realtà, la quale non la si può affrontare falsificandola per opportunismo, per mantenere il proprio narcisismo sottraendosi al senso della propria responsabilità individuale. Jervis e Laing s'incontrano a Londra dove partecipano ad un convegno, sulla dialettica della liberazione nel 1967; lì si raccolgono Autori dell'antipsichiatria inglese, Autori della sinistra radicale. Jervis interviene con un intervento su psichiatria e politica. Laing in quell'occasione, mette in evidenza "l'ovvio", il diniego, la mistificazione. Le concettualizzazioni di Laing si ritrovano nell'opera di Jervis con i concetti di falso io e falso sé. La mistificazione all'interno delle condizioni interpersonali, è alla base delle esperienze psicotiche in certi contesti familiari. Questo tema è ripreso da Jervis nel suo testo discutendo della devianza, come autoinganno prodotto a livello sociale, riprendendo il modo di fare scienza di Laing che, nel suo "L'io diviso", fonda una scienza della persona, della soggettività. Il tema della malafede e dell'immaginario vengono messi in rapporto all'inautenticità; quindi la scienza ha la necessità di presentarsi più empirica possibile, per evitare proprio quell'autoinganno e quel diniego in cui si può incorrere. La lezione che ne emerge è quella, di guardare la realtà con autenticità.

È particolarmente incisiva la presenza di Gilberto Corbellini, il quale, in "La Razionalità negata", un libro-dialogo a quattro mani con Jervis, ha, con il consueto spirito libero, stigmatizzato le convinzioni di quel periodo storico e del "Basaglismo". Un importante contributo alla formazione degli operatori in psichiatria è stato dato proprio da Jervis, nel testo fondamentale il "Manuale critico di psichiatria". Qui Jervis punta l'interesse nell'ospitare, dentro ciascun operatore, la sofferenza dei pazienti più gravi, attraverso l'ausilio della supervisione di gruppo come garanzia della sicurezza emotiva degli operatori e della necessità di una loro formazione continua. Questi elementi devono essere accomunati da una dimensione etica ed un rigore professionale, elementi base di un buon professionista. L'ermeneutica ed il relativismo sono state e sono due correnti filosofiche all'interno delle quali Jervis si poneva, coerentemente con il suo stile, in maniera critica. Il testo più interessante al riguardo è "La psicoanalisi come esercizio critico". La psicoanalisi si colloca nella tradizione ermeneutica, dove l'interpretazione è momento importante. L'incontro con il paziente, attraverso l'euristica e l'empatia sono momenti fondamentali. L'interpretazione come decifrazione di qualcosa di oscuro, a suo parere, pone il terapeuta nella posizione autoritaria, con un sapere che impone un codice a quel "testo" che è il paziente. L'in-

interpretazione ha a che fare con il disvelamento di un senso negato nascosto. Jervis cita spesso Ricoeur, il filosofo di cui era un grande estimatore. Lo svelamento del falso io è un'ermeneutica del sospetto, una critica dell'ideologia dominante. Il testo non è una cosa morta, ma rivendica un mondo vivente che ha una propria oggettività. Il distanziamento è un termine che Jervis usa spesso, per riconoscere una distanza utile a vedere poi il nostro mondo interno. Negli ultimi anni Jervis aveva riflettuto molto sui limiti dell'interpretazione. Il suo impegno si è rivolto alle scienze cognitive ed alle neuroscienze, in cui il concetto di inconscio è più ampio rispetto a quello concepito da Freud. Jervis credeva molto nel progresso, attraverso questo suo carattere eretico che si esprimeva nei suoi scritti. Non voleva costruire scuole per non creare "orrori", a suo dire. Riguardo a Freud riteneva che egli avesse smesso di fare il medico e si fosse dedicato alla critica della cultura. Di qui la necessità di recuperare quella dimensione naturalistica nel lavoro clinico.

Rispetto al relativismo, Jervis contrastava quei relativismi degenerati con le reificazioni delle identità, che sono all'origine dei fanatismi. Alcuni aspetti del '68 hanno portato con sé degli aspetti degenerativi. L'antitesi laica al relativismo è l'empirismo per Jervis, e non l'assolutismo. La sua battaglia era per la verifica empirica della conoscenza. Di qui va contro l'etnocentrismo che porta all'autoinganno. Per l'interpretazione bisogna separare il resoconto dall'evento, con una distinzione tra opinione e conoscenza, dove la ragione si pone come una scintilla. Il naturalismo a cui Jervis si sentiva di appartenere sono le concezioni "evolutive". Bisogna ripartire da eventi naturali, comuni a tutti gli uomini al di là delle diversificazioni culturali. La filosofia deve liberarsi da un pregiudizio ontologico, cioè della diversità tra uomo e la natura. La storia, la cultura, derivano da una continua interazione tra gene e ambiente. Il rapporto di Jervis con De Martino invece rappresenta il momento di contatto di Jervis, con una dimensione culturale della psichiatria. A tal riguardo, si esprimeva sostenendo come nella psichiatria fenomenologica il senso è una stoffa, che continuamente viene ritessuta, ed è proprio nella patologia che vi è una frattura di questo senso, quella fine del mondo di cui si occupano gli esistenzialisti come Husserl. Nella schizofrenia vi è questa fine del mondo che arriva dopo un'atmosfera delirante. Nell'ottica antropologica di De Martino, nel suo lavoro sulla "fine del mondo", sostiene come tutte le culture tentano di ricostituire un senso dopo una loro distruzione, attraverso l'uso del rito. Il rito deve ridistruggere il mondo per rifondarlo da capo. Quindi è così che si presenta la follia dal punto di vista fenomenologico. Anche Jervis in questo senso si presenta come uno psicopatologo della fine del mondo. Ma, rispetto a De Martino, presenta due obiezioni: una è che non esiste il delirio della fine del mondo, è solo un sintomo medico, mentale, neurologico, così come espresso nei suoi primi lavori. Dunque, una posizione che si presentava contro il relativismo culturale. Nulla è fuori senso, nulla è fuori dal rito, sostiene invece De Martino, riducendo la patologia mentale ad una dimensione culturale. Il materiale dell'umano è il senso nella prospettiva delle scienze dello spirito, così come

il materiale dell'umano è la biologia, nella prospettiva delle scienze della natura. Opposizione che si manifesta nei due estremi dell'idealismo husserliano e del materialismo marxista. Il progetto dell'ultimo Jervis è quello di una profonda unità tra queste polarità, in cui, da una posizione sociobiologica della patologia della mente, del cervello, sosteneva come essa si esprimesse sempre in un contesto sociale. Per concludere, proviamo a vedere le posizioni filosofiche di Jervis e l'immagine dell'uomo che ne è venuta fuori. La posizione filosofica di Jervis è quella dell'illusionismo, ovvero un razionalismo a posteriori di quello che viviamo. La responsabilità morale è un tema centrale nella sua filosofia della mente e così anche l'etica della responsabilità che è fortemente legata alle conseguenze dell'azione. Il libero arbitrio è relativo, nella misura in cui siamo determinati dall'inconscio, ma abbiamo la possibilità di essere responsabili delle azioni che compiamo, (posizione questa definita in ambito filosofico, di semicompatibilità). Sono anche delle aree in cui abbiamo degli spazi di libertà. Infine, influenzato dalla cultura valdese, si allontana dalla visione cattolica dell'etica, in cui il senso di colpa può essere uno strumento di controllo sociale di quei comportamenti che possono risultare pericolosi.

Francesco Ricci

Ricerche

a cura di Annalucia Morrone

La Valutazione come Processo. Applicazione di un “protocollo di valutazione” all’interno del modello di Psicoterapia Dinamico Integrata I.R.P.P.I.

Chiaia E., Lago G., Carleschi A., Liverani T., Balbi A.
a cura di Alessia Carleschi

I disturbi mentali rappresentano un importante problema di salute pubblica, essendo le prime cause di “disabilità” nei paesi occidentali. Le patologie psichiatriche hanno un rilevante impatto sulla “*qualità della vita*” dei pazienti, dei familiari, sull’utilizzo delle strutture medico-sanitarie e sulle risorse del sistema sanitario nazionale. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel rapporto del 2004 sulla salute mentale sottolinea con allarme che attualmente nel mondo 450 milioni di persone soffrono di *disturbi mentali*, tale problematica è responsabile per la perdita del 13% degli anni di vita e tale perdita nelle condizioni attuali è destinata ad aumentare del 15% nei prossimi 15 anni. Nell’ambito della salute mentale ad esempio la depressione è una delle principali cause del *burden of disease*: 121 milioni di persone ne sono colpite. Le ricerche rilevano che in Europa la depressione è una delle malattie più disabilitanti, che, nel solo 2004, ha causato il 6% del totale *burden of disease*. Nelle 28 nazioni europee con una popolazione complessiva di 466 milioni, almeno 21 milioni sono stati colpiti da depressione, con un costo economico stimato di 118 miliardi di Euro nel 2004 pari all’1% del prodotto europeo lordo.

L’OMS afferma che è necessario tenere presente che la malattia mentale (che non include il mero malessere psicologico) è responsabile di un enorme peso per la società non solo in termini di sofferenza ma anche di perdite economiche e di conseguenza per numerose malattie fisiche. A tale proposito la letteratura scientifica, coerentemente all’identificazione dei *bisogni di cura* del paziente clinico, sta indirizzando una crescente attenzione all’individuazione di *processi diagnostici e terapeutici* che favoriscano esiti migliori a breve e a lungo termine.

Recentemente numerose evidenze sperimentali hanno portato allo sviluppo di nuovi approcci diagnostici e terapeutici così come all’individuazione dei fattori di rischio dei disturbi mentali nell’ottica dell’avvio di approcci preventivi specifici. Ciononostante il divario tra ciò che la ricerca ha evidenziato e la conseguente applicazione in termini di cura e di prevenzione nella quotidianità clinica risulta ancora con-

siderevole. L'ottimizzazione dei processi di trasferimento dei risultati di alcune ricerche nella pratica clinica dovrebbe contemplare un percorso articolato che veda al suo interno un reciproco coinvolgimento e scambio di informazioni tra la ricerca di base, la ricerca clinica e la pratica clinica. L'individuazione dei fattori di rischio che concorrono allo sviluppo, al mantenimento e alle ricadute nella psicopatologia, assume un ruolo chiave per la definizione della prognosi e del trattamento. Nel dettaglio, la rilevazione dei fattori di rischio **bio-psico-sociali** consente di distinguere tutti quegli elementi che contribuiscono a complicare lo stato psicopatologico del paziente e concorrono a favorirne i processi di cronicizzazione.

Attualmente per rispondere ai nuovi bisogni appare importante puntare su **prassi** terapeutiche di "qualità" in cui intervento ed esito possano venire monitorati per un efficace cambiamento di vita del paziente. Uno studio di Olfson et al. (2002) ha evidenziato le principali tendenze nell'uso della psicoterapia per pazienti ambulatoriali negli USA, esaminando il decennio 1987-1997 dove si evince che la pratica della psicoterapia nel periodo considerato ha subito numerosi cambiamenti: un primo dato riguarda l'incremento del tasso di utilizzo della psicoterapia per i pazienti socioeconomicamente più svantaggiati, considerati una popolazione a rischio per disturbi mentali non trattati. Gli interventi di psicoterapia nei disturbi dell'umore sono risultati in crescita, mentre diminuivano quelli riservati alle condizioni clinicamente non specificate.

Gli interventi di psicoterapia a lungo termine erano scarsamente rappresentati nel periodo in esame, mentre prevalevano le psicoterapie brevi, anche se un terzo dei pazienti riceveva solo una o due sedute.

L'*American Journal of Psychiatry* ha pubblicato un piccolo ma consistente "flusso" di articoli sulla psicoterapia nell'ultima decade (Fig. 1), spaziando dalla valutazione

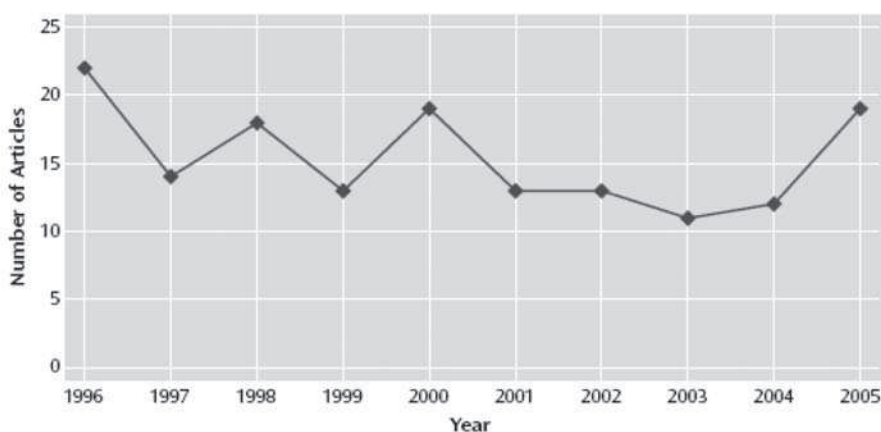


Fig. 1 - Numero di articoli pubblicati all'anno su American Journal of Psychiatry (Gabbard & Freedman, 2006)

dell'efficacia della psicoterapia al confronto tra diverse tecniche psicoterapiche.

La Conference pubblicata nel 2004 (Cutler, Goldyne, Markowitz et al., 2004) ha confrontato le tecniche cognitivo comportamentale, interpersonale e psicodinamica, evidenziandone i punti in comune, quali: *l'alleanza terapeutica, l'efficace gestione degli aspetti emozionali, e le differenze, come l'enfasi sul transfert tipica delle terapie psicodinamiche, il ruolo più o meno attivo e supportivo del terapeuta*. La Conference riporta gli studi controllati sull'efficacia delle terapie considerate nei vari disturbi psichiatrici e gli Autori concludono rimarcando la *necessità di offrire ai pazienti un ampio panorama di tecniche psicoterapiche al fine di arricchire le possibilità di cura dei singoli disturbi, tenendo conto delle specifiche aree disfunzionali*.

Gli studi di efficacia della psicoterapia nei disturbi di personalità risentono di numerose limitazioni relative alla selezione del campione, alla presenza di comorbidità di disturbi psichiatrici maggiori, all'eterogeneità delle misure di *outcome* (*self-reports versus observed-rated*), alle variabili relative alle diverse modalità di intervento (tecniche psicodinamiche, cognitive, comportamentali, supportive, espressive). Peraltro, è ormai accettato che i significativi cambiamenti indotti dalla psicoterapia a livello sintomatologico e del funzionamento socio-relazionale sono sottesi da analoghi cambiamenti funzionali e strutturali del Sistema Nervoso Centrale (neuroplasticità) e, come auspica Kandel (2005), le numerose evidenze in tal senso puntano ad un futuro ruolo delle tecniche di neuroimaging per la valutazione dei meccanismi di *outcome* delle psicoterapie. Attualmente, tuttavia, la grande maggioranza degli studi relativi a tale argomento è di tipo clinico.

In una metanalisi relativa all'efficacia della psicoterapia nell'ambito dei disturbi di personalità, gli Autori (Perry et al., 1999) prendono in esame 15 studi che riportano dati empirici sull'esito del trattamento psicoterapeutico dei disturbi di personalità; gli scopi del lavoro sono i seguenti:

- 1) *verificare il miglioramento* dei sintomi, del funzionamento socio-relazionale, della psicopatologia nucleare dopo la psicoterapia;
- 2) *valutare eventuali differenze* nelle misure di *outcome* (autosomministrazione vs eterosomministrazione);
- 3) *valutare eventuali relazioni* tra la durata del trattamento ed il miglioramento ottenuto.

Le caratteristiche degli studi presi in esame sono alquanto eterogenee rispetto alle variabili relative ai pazienti, ai trattamenti ed al disegno dello studio. Quattro studi su 15 sono stati condotti esclusivamente su pazienti borderline, uno su borderline e schizotipici, due specificamente sul disturbo evitante e antisociale, i restanti otto su pazienti appartenenti ai tre cluster dei disturbi di personalità secondo il DSM. Tredici studi riguardavano pazienti ambulatoriali, uno pazienti ospedalizzati ed uno pazienti in regime di day hospital.

Gli strumenti prevalentemente usati per la valutazione della sintomatologia erano la *Global Assessment Scale (GAS)* e la *Health-Sickness Rating Scale*. La comorbidità con i disturbi di Asse I era considerata in tutti gli studi (prevalenza di disturbi dell'umore, dell'adattamento, d'ansia, da uso di sostanze e dell'alimentazione) ed esplicitamente richiesta come criterio di inclusione in quattro trial. Relativamente alla modalità di trattamento, 6 studi riguardavano tecniche di tipo dinamico, 3 cognitivo comportamentali, e 3 studi comparavano le due; uno studio prendeva in esame la terapia supportiva e 2 la terapia interpersonale di gruppo. La durata media del trattamento si collocava intorno alle 35 settimane. I risultati della metanalisi evidenziano un generale effetto positivo della psicoterapia al termine degli studi ed al follow-up. L'effetto era maggiormente evidente nei pazienti affetti da disturbi del Cluster C e, tra questi, gli evitanti miglioravano con terapie di minore durata (10 settimane). I pazienti borderline, pur migliorando meno dei pazienti del cluster ansioso, ottenevano migliori risultati rispetto agli schizotipici, per i quali erano comunque necessari trattamenti di durata superiore a 7 mesi. Nei pazienti antisociali, infine, non si evidenziavano *outcome* positivi, eccetto che per quei pazienti con disturbo depressivo in comorbidità.

Secondo gli Autori, la presenza di aspetti depressivi potrebbe indicare la capacità di sviluppare attaccamento e, di conseguenza, un'alleanza terapeutica positiva. La durata dei trattamenti commisurata all'efficacia degli stessi forniva risultati indicativi: il 75% dei pazienti con disturbo di personalità migliorava significativamente dopo 2,2 anni di terapia o dopo 216 sedute. Lo studio documentava inoltre una relazione inversa tra i punteggi alle scale di autovalutazione (ma non di eterovalutazione) e la durata del trattamento: gli Autori hanno definito "effetto luna di miele" la precoce percezione di miglioramento da parte dei pazienti nelle fasi iniziali della psicoterapia.

Le conclusioni della metanalisi evidenziano quindi l'efficacia delle tecniche dinamiche e cognitivo comportamentali nei pazienti affetti da disturbi della personalità, evidenziando che periodi di trattamento inferiori ad un anno risultano efficaci solo per determinati tipi di disturbo (Cluster C), mentre nella maggioranza dei pazienti sono necessari trattamenti più prolungati.

Uno studio randomizzato controllato di Svartberg et al. (2004) ha confrontato della psicoterapia dinamica breve e della terapia cognitive nei disturbi di personalità del Cluster C. Su un totale di 127 pazienti sottoposti a *screening*, ne sono stati selezionati 50; i criteri di esclusione prevedevano la presenza di un disturbo di personalità dei Cluster A e B, di patologie attuali o pregresse di Asse I, di disturbi mentali organici ed il rifiuto di essere videoregistrati durante le sedute. Il campione è stato randomizzato; 25 soggetti sono stati sottoposti ad un ciclo di 40 sedute (una alla settimana) di psicoterapia dinamica a breve termine secondo il modello di McCullough Vaillant, basato su tecniche dinamiche tradizionali con gli obiettivi terapeutici

tici della ristrutturazione delle difese, degli affetti e degli aspetti relativi al sé ed agli altri. Gli altri 25 hanno ricevuto un trattamento cognitivo con gli obiettivi di ristrutturare le convinzioni nucleari riguardo a sé e agli altri e di sviluppare strategie di *problem-solving* maggiormente adattative. Le misure di *outcome* (SCL-90, Inventario dei problemi interpersonali, *Millon Clinical Multiaxial Inventory*) hanno evidenziato cambiamenti significativi dei parametri considerati alla fine di entrambi i trattamenti; i miglioramenti ottenuti si sono mantenuti stabili (54% dei pazienti sottoposti a terapia dinamica breve e 42% dei pazienti sottoposti a terapia cognitiva).

Bond e Perry (2004) hanno valutato l'effetto della psicoterapia psicodinamica sugli stili difensivi nei disturbi depressivi, d'ansia e di personalità. Il campione selezionato da un'unità ambulatoriale comprendeva 53 soggetti con un disturbo depressivo, d'ansia e/o di personalità (borderline, autofrustrante, evitante e narcisistico i più comuni). Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un trattamento psicodinamico di almeno 3 anni di durata. Le misure di *outcome* comprendevano il Defense Style Questionnaire, California Psychotherapy Alliance Scale – Patient Version, Hamilton Depression Rating Scale, SCL-90. Del campione totale, 29 soggetti, di cui 24 di sesso femminile, hanno completato lo studio. I risultati dello studio, ad un follow-up di 3-5 anni, evidenziavano un miglioramento globale sintomatologico e delle funzioni difensive con ridimensionamento delle difese maladattative quali formazione reattiva, pseudoaltruismo, regressione e distorsione dell'imgo. Il cambiamento nello stile difensivo risultava predittivo del cambiamento sintomatologico, aspetto presumibilmente mediato anche dall'alleanza terapeutica.

Relativamente al disturbo borderline di personalità, Bateman e Fonagy (1999) hanno condotto uno studio randomizzato, caso-controllo, di valutazione dell'efficacia della parziale ospedalizzazione, evidenziando sostanziali miglioramenti nel gruppo trattato.

Successivamente (2001), gli stessi Autori hanno condotto uno studio di follow-up a 18 mesi su un campione finale di 38 soggetti trattati con psicoterapia ad orientamento psicoanalitico in regime di parziale ospedalizzazione. Le misure di *outcome* comprendevano SCL-90-R, Beck Depression Inventory, State and Trait Anxiety Inventory, Social Adjustment Scale, Inventory of Interpersonal Problems ed un'intervista semistruutturata per valutare i comportamenti autolesivi e suicidari.

Il gruppo trattato con psicoterapia manifestava miglioramenti a lungo termine nelle aree sintomatologiche considerate (ansia, depressione) e nel funzionamento interpersonale; in particolare, i soggetti trattati manifestavano, rispetto al gruppo di controllo, una significativa diminuzione dei comportamenti autolesivi e suicidari, con una sostanziale riduzione del numero di ricoveri necessari. E' da segnalare, tuttavia, che nel gruppo di controllo si evidenziava un certo miglioramento sintomatologico ed interpersonale, che gli Autori hanno attribuito a remissioni spontanee. Entrambi i gruppi, comunque, assumevano terapia psicofarmacologica. I risultati

dello studio, nonostante le limitazioni dovute al numero di pazienti ed alla quota di drop-out, evidenziano l'efficacia della terapia psicodinamica nel disturbo borderline di personalità.

Otto Kernberg figura tra gli Autori di un recente studio di comparazione dell'efficacia di tre modelli psicoterapeutici, dialettico-comportamentale, *transference-focused* e dinamico supportivo, nel trattamento del disturbo *borderline* (Clarkin et al., 2007).

Novanta pazienti *borderline* ambulatoriali, che costituivano il campione totale, sono stati assegnati in maniera randomizzata a ricevere uno dei tre trattamenti previsti dallo studio per la durata di tre anni. Precedentemente al trattamento e ad intervalli di 4 mesi nel corso dello studio hanno valutato i seguenti domini sintomatologici: ansia, depressione, comportamento suicidario, aggressività, impulsività e, infine, l'adattamento sociale. I risultati hanno evidenziato un miglioramento significativo, già dopo un anno di trattamento, degli aspetti considerati. Considerando i singoli trattamenti, tuttavia, il **modello dinamico strutturato** (*transference-focused*) risultava efficace in tutti i domini di *outcome* considerati; la terapia dialettica-comportamentale ed il trattamento supportivo erano associati a miglioramenti parziali.

Gli studi randomizzati, controllati, relativi alla psicoterapia, rappresentano un'area particolarmente problematica; le procedure necessarie per la manualizzazione e la standardizzazione dei parametri utili alla ricerca allontanano questa categoria di studi dalla pratica clinica. Inoltre, i costi e le modalità di conduzione degli studi a lungo termine sulla psicoterapia rendono la maggior parte dei report scientifici non rappresentativi per la brevità del periodo considerato. A tal proposito, è da considerare che, sebbene i risultati dei trattamenti brevi (alcune settimane) possano essere positivi, tali trattamenti non si propongono di raggiungere risultati stabili che, al contrario, costituiscono il principale obiettivo della psicoterapia nella pratica clinica attuale.

L'enfasi recente sulla necessità di trial di efficacia maggiormente naturalistici sembra particolarmente applicabile alla valutazione della psicoterapia. Sebbene i trial di efficacia insistano sull'applicazione di metodi rigorosamente scientifici, inclusi i confronti con placebo, nel campo della psicoterapia è necessario determinare se i trattamenti siano efficaci nei setting clinici in cui vengono espletati, attraverso misure di efficacia pre- e post-trattamento; differenze nelle diverse tecniche psicoterapiche, interazioni con le terapie farmacologiche, variabili intrinseche al paziente ed al terapeuta sono tutti fattori da tenere in considerazione. I trial relativi alla psicoterapia dovrebbero quindi monitorare la qualità delle psicoterapie nei termini dell'aderenza agli specifici aspetti della tecnica, così come nei trial clinici viene monitorata l'aderenza a specifici trattamenti farmacologici; in tal modo, questo tipo di ricerca sarà in grado di chiarire quali tipi di intervento siano i più indicati nelle varie tipologie di pazienti. Perché le analisi siano significative ed utili sul piano della replicabilità e della conoscenza, è necessario che ampi gruppi di pazienti vengano studiati.

Al di là di queste considerazioni metodologiche, Gabbard (2006) insiste sul-

l'importanza delle "vignette cliniche" e delle **testimonianze dei pazienti**, aspetti legati ad una pratica basata sull'evidenza, necessari alla verifica dei trattamenti psichiatrici e della psicoterapia in particolare. "... *La valutazione diagnostica e la psicoterapia sono i veicoli classici di questa esperienza: ascolto del paziente. Ora, la manualizzazione della psicoterapia ha seguito la codificazione delle diagnosi. Entrambe le innovazioni hanno migliorato la nostra abilità clinica, ma entrambe hanno prodotto una letteratura che spesso sembra mancare di qualcosa. Ciò che manca è quello che inizialmente avevamo cercato nelle nostre vite professionali: le voci dei nostri pazienti*" (Gabbard, 2006).

Sulla base di queste evidenze il nostro lavoro, con un approccio di psicoterapia dinamica integrata, è stato indirizzato a favorire lo sviluppo di strategie di *assessment*, *ascolto* e trattamento per favorire e per migliorare la vita dei pazienti. La valutazione degli esiti (outcome) in psicoterapia è fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su "come" fornire prestazioni sempre più appropriate in risposta a "bisogni" di cura della persona che richiede l'intervento.

Il terapeuta, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione appropriati è in grado di mantenere un atteggiamento **critico** nei confronti del proprio operato, accrescendo così la *qualità degli interventi*.

Negli ultimi anni si è assistito a una progressiva integrazione della pratica basata sull'evidenza (*Evidence based practice*), che si avvale principalmente dei trial clinici randomizzati e controllati, con l'evidenza basata sulla **pratica**. Questo ha determinato l'interesse per strumenti di valutazione che possano essere utilizzati nella pratica clinica.

Nell'ambito di questo *progetto di ricerca-intervento* è stata posta particolare enfasi sul ruolo della valutazione, infatti, se da una parte l'utilizzo delle misure di "gravità" è funzionale per giudicare il bisogno di assistenza e per stimare gli effetti del trattamento, dall'altra il costante monitoraggio sul **processo** che ne comporta può concorrere a favorire l'aderenza terapeutica del paziente.

La metodologia del **modello I.R.P.P.I.** presuppone la raccolta di un'accurata anamnesi e la valutazione diagnostica di ciascuna paziente tramite alcune fasi di interventi distribuiti nel tempo:

Inizio intervento di psicoterapia:

1^a fase: raccolta anamnestica, primi colloqui

2^a fase: *Prima somministrazione* di test (questionari autosomministrati, e questionari misurati dal clinico) al fine di integrare il punto di vista del paziente e quello del terapeuta per monitorare l'intervento.

Vgs.e Honos: lo redige il clinico dopo il primo colloquio di accoglienza

EPP: lo somministra il clinico durante i primi colloqui

Scheda di autovalutazione SCL90: si lascia al pz da compilare e riportare in seconda seduta

SWAP-200: questionario Q-sort, utilizzato dal clinico durante i primi colloqui

ASQ - Attachment Style Questionnaire - Questionario sull'attaccamento autosomministrato: questionario che facilmente il pz può compilare nei primi colloqui

Sei mesi di interventi: monitoraggio:

3ª fase: Seconda somministrazione di test (questionari autosomministrati, e questionari misurati dal clinico) al fine di integrare il punto di vista del paziente e quello del terapeuta per monitorare l'intervento.

Vgs. Honos: lo redige il clinico dopo il secondo ciclo di psicoterapia (sesto mese)

Scheda di autovalutazione SCL90: si lascia al pz da compilare e riportare in seconda seduta

SWAP-200: questionario Q-sort, utilizzato dal clinico durante la seconda fase dell'intervento

ASQ - Attachment Style Questionnaire - Questionario sull'attaccamento autosomministrato: questionario autosomministrato dal pz per monitorare il suo stile di attaccamento nelle diverse dimensioni.

Sulla base delle riflessioni sopra riportate il protocollo di base per lo studio degli esiti **I.R.P.P.I** si compone di strumenti che consentono di misurare lo *stato funzionale e globale della persona*, il *livello della salute globale*, evidenziando i segni e sintomi ricorrenti sui cui lavorare per attivare insieme al paziente un cambiamento, migliorando la qualità della vita.

Per l'area dei sintomi psichiatrici

La SWAP-200 è uno strumento di tipo Q-sort molto maneggevole e in grado di dare una grande quantità di informazioni clinicamente rilevanti sul singolo caso relativamente a 11 disturbi di personalità e 12 fattori di funzionamento della personalità, oltre alla enorme sensibilità al cambiamento, per cui il terapeuta può facilmente valutare l'evoluzione del trattamento.

Un Q-sort è un insieme di affermazioni descrittive delle caratteristiche del costruito oggetto dell'indagine (in questo caso, la personalità) che il valutatore deve distribuire gerarchicamente in base a quello che ritiene essere il loro grado di descrittività. Gli item sono scritti in un linguaggio semplice, con un livello di astrazione medio. Gli item derivano dai criteri dell'Asse II del DSM, da alcuni criteri dell'Asse I, dalla letteratura clinica ed empirica sulla personalità e dall'esperienza clinica degli Autori.

Il clinico, dopo almeno 3 – 5 colloqui con il paziente, deve valutare la descrit-

tività dei diversi item e attribuire i punteggi seguendo la distribuzione fissa. Completato questo compito, un programma informativo elabora due tipi di diagnosi, entrambi sia categoriali sia dimensionali: diagnosi in fattori PD, diagnosi in fattori Q. Le diagnosi SWAP-200 cercano soprattutto di descrivere lo *stile di personalità* di un individuo e non hanno necessariamente una connotazione patologizzante. Mentre con i criteri DSM è possibile fare solo una diagnosi categoriale dei disturbi di personalità, la SWAP-200 permette di enunciare diagnosi di personalità sia categoriali che dimensionali sulla base del grado di descrittività di un numero di item assai maggiore (200). Una diagnosi SWAP-200 descrive la personalità nei termini del suo grado di somiglianza con 11 prototipi di stili di personalità diversi, consentendo una valutazione più fine e articolata.

Mentre i criteri DSM contemplano solo gli aspetti patologici della personalità, la SWAP-200 permette di formulare una descrizione di personalità comprensiva anche degli aspetti sani. La SWAP-200 coglie sia gli aspetti espliciti che quelli impliciti della personalità, diversamente dalla SCID II improntata all'ateoreticità e al rilevamento diretto degli aspetti espliciti, osservabili e autodichiarati della personalità.

Per l'area del funzionamento globale

SCL-90 (*Symptom Check List-90*) è una scala multidimensionale largamente utilizzata per valutare pattern di sintomi psicologici (Derogatis, 1977). In particolare l'SCL-90 misura la sintomatologia psicologica attuale coprendo alcune dimensioni caratteristiche: *Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità*

Valutazione Globale del Funzionamento

VGF/GAF Effettuata dal clinico il primo giorno di colloquio

Per valutazione degli esiti

La HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*) è un breve strumento di valutazione multidimensionale degli esiti sviluppato alla fine degli anni Novanta dalla *Research Unit del Royal College of Psychiatrist* per i servizi di salute mentale. Gli studi di validazione di questa scala, che valuta la gravità dei problemi di tipo clinico e psicosociale del paziente psichiatrico

EPP questionario sugli esiti della psicoterapia nella pratica che sonda i motivi e/o problemi del pz nel momento che accede alla psicoterapia.

Per esplorare l'area relazionale e lo stile di attaccamento

L'ASQ, messo a punto da Feeney et al. (1994), tradotto dal gruppo di Fossati (2003), è un questionario autosomministrato che misura le differenze individuali nell'attaccamento adulto.

Si utilizzerà tale strumento, non solo per il corposo assetto teorico e metodologico che ne è base, ma soprattutto perché si riconosce la maggiore utilità clinico – sperimentale di forme di valutazione dell'attaccamento adulto più semplici ed economiche rispetto alle interviste.

Gli item (40) del questionario risultano pertanto definiti in modo da valutare cinque scale utili per misurare le relazioni della persona:

1. *Fiducia,*
2. *Disagio per l'intimità,*
3. *Bisogno di approvazione,*
4. *Preoccupazione per le relazioni,*
5. *Secondarietà delle relazioni.*

L'aspetto interessante del questionario è l'utilizzo di un *modello dimensionale* per la valutazione dell'attaccamento che pone "l'attaccamento" nella prospettiva delle differenze individuali, facendone uno strumento fondamentale non solo per la comprensione dei fenomeni patologici, ma anche delle caratteristiche individuali di personalità e di come si relazionino tratti di personalità e psicopatologia.

Bibliografia

1. Bateman A., Fonagy P. (1999). *The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder.* Am J Psychiatry, 156:1563-1569.
2. Bateman A., Fonagy P. (2001). *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up.* Am J. Psychiatry, 158(1): 36-42.
3. Bond M, Perry JC. (2004). *Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders.* Am J Psychiatry, 161(9): 1665-1671.
4. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg, OF. (2007). *Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study.* Am J Psychiatry. 164:922-928.
5. Cutler JL, Goldyne A, Markowitz JC, Devlin MJ, Glick RA. (2004). *Comparing cognitive behaviour therapy, interpersonal psychotherapy, and psychodynamic psychotherapy.* Am J Psychiatry, 161(9): 1567-1573.
6. Gabbard GO, Freedman R. (2006). *Psychotherapy in the Journal: what's missing?* Am J Psychiatry, 163(2): 182-184.
7. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Pincus HA. (2002). *National Trends in the use of outpatient psychotherapy.* Am J Psychiatry, 159(11): 1914-1920.
8. Perry JC, Banon E, Ianni F. 1999. *Effectiveness of psychotherapy for personality disorders.* Am J Psychiatry, 156(9): 1312-1321.

9. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. (2006). *Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy*. Am J Psychiatry, 163(9): 1493-1501.
10. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. (2004). *Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders*. Am J Psychiatry, 161(5), 810-817.
11. Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina, Milano.

* * *

Gli effetti della psicoterapia sulle risposte neurali alle ricompense nel disturbo depressivo maggiore

The Effects of Psychotherapy on Neural responses to Rewards in Major Depression.
G.S. Dichter, J.N. Felder, C. Petty, J. Bizzell, M. Ernst, and
M.J. Smoski, *Journal of Biological Psychiatry* 2009; 66; 886-897

Il disturbo depressivo maggiore (MDD) è caratterizzato da risposte neurobiologiche anomale a stimoli piacevoli, un modello questo che può essere ricollegato ai sintomi dell'anedonia ovvero all'incapacità di provare piacere fisico o sociale durante le esperienze positive. Gli studi di *neuroimaging* hanno individuato un modello di patofisiologia dell'MDD che implica sia una compromissione del funzionamento corticolimbico, avente un ruolo nell'esordio e nel mantenimento dei sintomi depressivi, sia il coinvolgimento dello striato e di altre strutture di ricompensa (corteccia prefrontale e giro frontale mediale, giro pregenuale, cingolato anteriore subgenuale) nel produrre risposte a stimoli positivi.

Il presente studio prende spunto dalla scarsa valutazione dei potenziali effetti della psicoterapia nel normalizzare le risposte neurobiologiche agli stimoli piacevoli e si pone lo scopo, quindi, di valutare gli effetti della psicoterapia breve di attivazione comportamentale (*Brief Behavioural Activation Treatment for Depression-BATD*) sull'attività cerebrale, in particolare dello striato, attraverso un compito chiamato "Ruota della Fortuna".

Lo studio è stato condotto su 12 soggetti depressi e 15 non depressi. I pazienti affetti da MDD sono stati sottoposti a sessioni settimanali di BATD, un metodo di psicoterapia progettato allo scopo di aumentare il comportamento funzionale diretto ad una ricompensa e ridurre i comportamenti di evitamento. I pazienti venivano incoraggiati ad esporsi alle situazioni rinforzanti e ad inibire il comportamento ritirato o di isolamento caratteristico dell'MDD. Inoltre, tutti i partecipanti sono stati sottoposti al compito computerizzato della Ruota della Fortuna, ovvero una prova di decisione coinvolgente due scelte, ciascuna con una probabilità stabilita di vincere una certa quantità di soldi. Se effettuavano la scelta corretta, vincevano l'ammontare designato; se errata non vincevano nulla. Durante la fase di selezione, i par-

tecipanti dovevano effettuare la loro scelta. In quella di anticipazione, i soggetti vedevano apparire sullo schermo una scala a sei punti che li incitava a stimare il loro livello di fiducia nei confronti della vittoria (1=incerto, 6=sicuro).

Durante la fase di reazione, invece, i partecipanti vedevano l'ammontare dei soldi che avevano vinto (0\$ se non avevano vinto), l'ammontare totale di dollari che potevano vincere ed una scala a sei punti sulla quale dovevano indicare come si sentivano (1=neutrale, 6=molto felice, in caso di vittoria; 1=molto triste, 6=neutrale, in caso di perdita). Contemporaneamente, avveniva la registrazione dell'attività cerebrale attraverso la Risonanza Magnetica funzionale (fMR).

In questo studio gli Autori mostravano come la severità dei sintomi depressivi diminuiva significativamente dopo il trattamento con psicoterapia. Inoltre, le immagini di fMR, durante la fase di selezione della ricompensa, evidenziavano nel gruppo con MDD post-psicoterapia un aumento dell'attivazione nel giro paracingolato ed una diminuzione dell'attivazione nell'amigdala.

Nella fase di anticipazione della ricompensa, invece, le aree che mostravano un'aumentata attività includevano lo striato dorsale e diverse regioni prefrontali. Durante la fase di reazione le aree coinvolte nel cambiamento funzionale dell'attivazione comprendevano il nucleo caudato destro ed il giro paracingolato sinistro. L'attività del caudato è stata collegata all'imparare il rapporto stimolo-conseguenza, in particolare, quando le potenziali ricompense richiedono una risposta motoria. Dal momento che l'MDD è caratterizzata dalla diminuita stima del rapporto tra comportamenti e conseguenze, in questo studio, la remissione del sintomo depressivo può aver normalizzato tale stima e modificato, quindi, l'attivazione del caudato.

Durante la reazione alla sconfitta, invece, la psicoterapia portava ad un aumento dell'attività di diverse aree includenti la corteccia orbitofrontale laterale destra. Secondo gli Autori, tale scoperta può essere interpretata come riflettente il ruolo di tale corteccia nel modulare la valutazione affettiva di ricompense, aspettative, motivazione, processo decisionale, comportamento diretto alla meta ed, in particolare, nell'elaborare le violazioni delle aspettative di risultati. Probabilmente, prima del trattamento psicoterapeutico, gli individui con MDD non si aspettavano di vincere ricompense positive. La BATD, quindi, può aver favorito un cambiamento di questa aspettativa al punto che il non vincere ha violato realmente le aspettative dei soggetti, portando ad una maggiore attivazione della corteccia orbitofrontale rispetto a quanto evidenziato prima del trattamento.

In conclusione, gli Autori in questo studio mostrano un aumento post-psicoterapia dell'attivazione nello striato dorsale (ad es., il caudato) durante la fase di anticipazione della ricompensa piuttosto che nello striato ventrale (ad es., il nucleo accumbens). Il nucleo accumbens, infatti, è pensato come avente il ruolo di mediare le rappresentazioni interne della ricompensa, mentre il caudato sembra mediare il collegamento tra ricompense e comportamento, il processo decisionale collegato alla ricompensa e codificare la reazione motivazionale. Il presente studio, quindi, sug-

gerisce che la psicoterapia dia vita ad un recupero funzionale nelle regioni cerebrali legate all'elaborazione delle ricompense. I dati di fMR hanno rivelato, infatti, che la psicoterapia normalizza il funzionamento di diverse aree cerebrali, concludendo che i cambiamenti funzionali all'interno del circuito di ricompensa possano essere un biomarker prezioso degli effetti dei trattamenti antidepressivi nell'MDD e che l'intervento psicoterapeutico possa ripristinare o migliorare il funzionamento di specifiche strutture corticali implicate nella psicopatologia stessa.

Francesca Assogna

Follow up di 8 anni in pazienti trattati per disturbo borderline di personalità: trattamento basato sulla mentalizzazione e trattamento abituale

Bateman A., Fonagy P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. American Journal of Psychiatry, 165, 631-638.

Lo studio condotto è stato volto ad esaminare gli effetti del trattamento basato sulla mentalizzazione rispetto ad un trattamento usuale attraverso uno studio longitudinale di 8 anni in due gruppi di pazienti affetti da disturbo borderline di personalità.

Il trattamento basato sulla mentalizzazione, rivolto al primo gruppo di pazienti, prevedeva una fase di 18 mesi in cui i soggetti seguivano sia una psicoterapia individuale che di gruppo all'interno di un contesto di parziale ricovero, la terapia viene definita come incentrata sulla continua lettura dello stato mentale del paziente e supportata da interventi espressivi basati sull'uso di forme d'arte e di scrittura all'interno dei gruppi. Tale fase era seguita da successivi 18 mesi di terapia di gruppo con incontri di due volte a settimana. La terapia usuale, seguita dal secondo gruppo di pazienti, prevedeva invece periodi di degenza nella struttura di accoglienza, consultazioni psichiatriche e una cura farmacologica ma non includeva un percorso di psicoterapia.

La ricerca effettuata in Inghilterra è stata condotta sull'analisi di 41 soggetti provenienti da entrambi i gruppi secondo un follow up di 8 anni, e quindi fino a 5 anni dal termine del trattamento basato sulla mentalizzazione, allo scopo di valutare l'efficacia della psicoterapia e la stabilità successiva al trattamento di pazienti con disturbo borderline. La ricerca intendeva quindi rilevare le differenze tra i gruppi attraverso l'analisi di alcuni aspetti fondamentali come la percentuale di tentativi di suicidio, la frequenza dei servizi usati, la capacità e il mantenimento delle funzioni globali, la presenza di sintomi definenti il disturbo borderline.

Il primo confronto ha considerato la percentuale di tentativi di suicidio dei pazienti nel periodo di follow up. Attraverso i dati è emerso che il 46% dei pazienti aveva effettuato un tentativo di suicidio, di cui il 23% era rappresentato da pazienti trattati in psicoterapia e il 74% da pazienti che avevano seguito la terapia usuale, tale dato è stato avvalorato dall'analisi del Mann-Whitney U test in cui è evidente una sostanziale differenza nella media del numero di tentati suicidi nel periodo di follow up.

Dall'analisi si nota inoltre una notevole riduzione di visite, ricoveri di emergenza e di periodi di degenza sia durante che in seguito alla terapia del gruppo sperimentale ed una notevole diminuzione nella assunzione di farmaci. Attraverso il confronto è emerso che il gruppo in terapia usuale aveva una media di più di 3 anni per uso di antipsicotici, mentre il gruppo trattato con la psicoterapia aveva una media di meno di 3 mesi.

L'analisi ha inoltre considerato la persistenza di sintomi *borderline* valutati tramite il Zanarini Rating *Scale for Borderline Personality Disorder*, utilizzato per misurare i sintomi ed il loro cambiamento nel periodo di follow up. Attraverso i dati è emerso che solo il 13 % di pazienti seguiti con terapia basata sulla mentalizzazione presentava a lungo termine i criteri per il disturbo *borderline*, mentre la percentuale del gruppo trattato con la terapia usuale appariva notevolmente maggiore 87%. La scala è stata utilizzata per valutare la presenza di disturbi nell'area dell'affettività, nell'area cognitiva, nell'area dell'impulsività, nell'area interpersonale e attraverso l'analisi dei dati è stato evidenziato come l'impulsività e le relazioni interpersonali fossero più funzionali nei gruppi trattati con la psicoterapia.

Un ulteriore strumento di analisi utilizzato è stato il Global Assessment of Functioning Scale (GAF) per mettere in rilievo le capacità sociali, occupazionali e psicologiche nei due gruppi di pazienti. In questo caso è stato possibile riscontrare che il 46% dei pazienti del gruppo trattato con la psicoterapia, contro l'11% dei pazienti con trattamento usuale, aveva un punteggio del GAF di circa 60, che rappresenta nella scala un buon funzionamento generale dei soggetti con presenza di qualche difficoltà occupazionale o scolastica.

È stato quindi possibile rilevare una significativa riduzione dei sintomi in seguito al trattamento basato sulla mentalizzazione e la stabilità nel tempo di tale cambiamento evidenziata anche attraverso un decremento dei tentativi di suicidio e una minore necessità di ricorrere a ricoveri o visite d'urgenza rispetto al gruppo trattato con la terapia usuale, tuttavia tramite il GAF è emersa una presenza considerevole sia di problemi sociali che occupazionali seppur minore rispetto al gruppo trattato con terapia usuale.

Nell'insieme il lavoro evidenzia quindi la diminuzione dei sintomi e la stabilità degli effetti del trattamento basato sulla mentalizzazione anche in un periodo di 5 anni dalla fine della terapia e ne sottolinea quindi il sostanziale valore riabilitativo.

Chiara Bartolucci

Sogno e cervello: dalla fenomenologia alla neurofisiologia

Dreaming and the brain: from phenomenology to neurophysiology.

Y. Nir and G. Tononi, Trends in Cognitive Science 2010; 14, 88-100.

I sogni hanno affascinato l'uomo sin dagli albori del tempo, tuttavia lo studio scientifico di tale costrutto si è sviluppato solo recentemente, sia dal punto di vista fenomenologico che neurobiologico e neuropsicologico.

Lo scopo del lavoro proposto dagli Autori è quello di dimostrare la possibile integrazione dei diversi modelli di ricerca attraverso tre teorie del sogno: quella psicodinamica di Solms, quella di Hobson e le teorie neurocognitive di Foulkes e Domhoff.

Gli Autori, descrivendo l'attività cerebrale che supporta l'attività onirica, le fasi del sonno e la susseguente capacità di ricordare il sogno dopo il risveglio, parlano di "Coscienza del Sonno" per intendere la sottostante attivazione di diverse regioni cerebrali distanti tra loro ma strettamente interconnesse (come accade nello stato di veglia) e di una sorta di "compensazione" neurotrasmettitoriale, laddove al cessare dell'azione di una sostanza corrisponde l'iperattivazione di altre.

Nello specifico, l'attività onirica è correlata, in primis, al lavoro delle regioni anteriori del cervello e non solo all'attività del tronco encefalico, particolarmente coinvolto nel sonno REM. Infatti, i sogni si verificano non solo nella fase REM, ma anche negli altri stadi del sonno, come dimostrato dalle ricerche condotte sui pazienti cerebrolesi le quali evidenziano che la cessazione del sogno non corrisponde alla cessazione del sonno REM. Le teorie neuropsicologiche dimostrano come i sogni possono verificarsi nel sonno non-REM, al risveglio (sottoforma di allucinazioni ipnagogiche) e nello stato di veglia. Ulteriori regioni cerebrali coinvolte nel processo onirico sembrano essere la corteccia visiva temporo-occipitale, anch'essa implicata in primo luogo nel sonno REM e nelle immagini vivide del sogno, la corteccia mediale prefrontale e la corteccia cingolata anteriore; lesioni riportate a livello di queste ultime due aree sono associate all'aumentata frequenza e vivacità dei sogni ed alla loro incursione nello stato di veglia. Inoltre, le regioni limbiche e paralimbiche sembrano essere particolarmente importanti nella fenomenologia del sogno. Tale attivazione del sistema limbico corrisponde ad una parallela disattivazione di altre regioni cerebrali come la corteccia parietale inferiore destra (Area 40 di Broadmann), coinvolta nella volizione nello stato di veglia, della corteccia orbitofrontale e della corteccia prefrontale dorsolaterale, medianti nello stato di veglia la funzione metacognitiva. Questo lavoro di rete ha delle notevoli implicazioni sulla fenomenologia onirica e rende conto del funzionamento delle basi neurali coinvolte. Ad esempio, è interessante notare come spesso nei sogni la tristezza ed il senso di colpa siano rari, forse a causa della riduzione della funzione riflessiva; al contrario, la paura e l'ansia sembrano essere molto rappresentate, probabilmente perché il sonno REM è caratterizzato da una marcata attivazione di strutture come l'amigdala, la corteccia cingolata anteriore e l'insula.

Anche i processi di memoria risultano alterati, infatti, al risveglio il ricordo del sogno svanisce, a meno che esso non venga trascritto o ripetuto. Non è chiaro perché questo accada dato che i circuiti limbici che rientrano nel lobo temporale mediale implicati nei processi mnestici sono molto attivi nel sonno REM; forse l'ipoattività della corteccia prefrontale, ulteriormente implicata nei processi di memoria, ha un importante ruolo nell'amnesia del sogno. Il modello di Hobson (Activation-Input-Modulation) conferma tale disattivazione e la correla all'inattività del sistema monoaminergico. Al contrario, il Modello Neurocognitivo mette in evidenza la disattivazione della memoria episodica durante il sonno.

I tracciati elettroencefalografici mostrano che l'attività corticale durante il sonno REM è paragonabile a quella dello stato di veglia attiva, ma essa da sola non basta a spiegare il fenomeno del sogno e la differente attivazione delle aree cerebrali coinvolte rimane ancora scarsamente esplorata; probabilmente tale differenza deriva dai cambiamenti nell'attività dei sistemi neurotrasmettitoriali. Durante la fase REM l'acetilcolina mantiene da sola l'attivazione del cervello, mentre i sistemi monoaminergici risultano silenti. L'attivazione colinergica è più forte nelle aree limbiche piuttosto che nella corteccia prefrontale e ciò confermerebbe l'attivazione delle regioni limbiche durante il sonno REM e la carenza di automonitoraggio dovuto all'inattività delle zone prefrontali (Solms, 1997). Un ulteriore ruolo potrebbe avere la modulazione dopaminergica poiché, ad esempio, l'attività onirica risulta diminuita nei casi di leucotomia prefrontale che resezione le fibre dopaminergiche, mentre risulta amplificata dagli agonisti dopaminergici. Secondo la teoria psicodinamica di Solms, la materia bianca ventromediale contiene fibre dopaminergiche che proiettano ai lobi frontali e che un tempo erano recise nei pazienti schizofrenici attraverso la leucotomia prefrontale. La maggior parte dei pazienti leucotomizzati denunciava la completa cessazione del sogno, ma anche la perdita di iniziativa, della curiosità e di fantasia nello stato di veglia. Dato che la dopamina può innescare i comportamenti diretti ad uno scopo, questi dati sembrano supportare la teoria psicodinamica che considera i sogni il domicilio elettivo dei desideri.

In conclusione, al di là delle considerazioni teoriche, tale lavoro ha permesso agli Autori di rispondere a tre domande fondamentali: 1) Cosa determina il livello di coscienza nel sonno? Ciò che determina la coscienza durante il sonno è la capacità del cervello di elaborare e di integrare gli stimoli sensoriali in esperienza cosciente, in particolare, la perdita dei racconti dei sogni riflette la perdita di esperienze piuttosto che cambiamenti dei processi mnestici; 2) Come mai il soggetto è disconnesso dall'ambiente esterno mentre dorme? Una possibilità potrebbe essere che i sogni siano simili agli stati alterati di coscienza, dove l'attenzione risulta essere compromessa oppure, la disconnessione potrebbe essere legata all'ipoattività di diversi neuro-modulatori durante il sonno REM rispetto allo stato di veglia; 3) Il sogno è più simile all'immaginazione o alla percezione? Per la similarità dei processi cerebrali coinvolti sia nel sogno che nell'immaginazione sembra più opportuno correlare questi

Ricerche

due fenomeni, dal momento che tale correlazione può aiutare a spiegare molte delle sue caratteristiche come la transizione improvvisa, l'incertezza sui luoghi e sulle persone, la difficoltà nel ricordare il sogno e la disconnessione dall'ambiente.

Sonia Pizzòli

Storia/History

a cura di Chiara Bartolucci

I SEGNI DEL CARISMA NELLA STORIA DELLA MEDICINA

Riccardo de Sanctis*

Riassunto: Che ruolo ha avuto il carisma nella storia della medicina? Il rapporto fra medico e paziente è stato per secoli al centro d'ogni processo di cura. Prima dell'avvento della medicina scientifica i medici hanno adoperato il rapporto personale come strumento terapeutico. I rimedi avevano soprattutto un effetto placebo, tanto più efficace quanto maggiore la sicurezza di sé, l'autorità che il medico-curatore sapeva trasmettere. Come si manifesta, quali mezzi, che linguaggi adopera questa forma di carisma? Accanto al riduzionismo biologico è esistito, fin dai Greci, un filone del pensiero medico con spiegazioni alternative della malattia.

Parole chiave: riduzionismo biologico; rapporto medico-paziente; eziologie alternative; effetto placebo; linguaggi; rituali; carisma.

Summary: Has charisma played a role in the history of medicine? For centuries the doctor-patient relationship has been central to any healing process. Before scientific medicine, doctors used inter-personal relation as a therapeutic instrument. Medicines had mainly a placebo effect: greater the prestige and the self-confidence of the doctor, greater the therapeutic power. Which were the means, the tools, the languages used by this form of charisma? Since Greek time an alternative interpretation of diseases has existed together with the dominant biological reductionism.

Key words: biological reductionism; doctor-patient relationship; alternative etiology; placebo effect; languages; rituals; charisma.

Dal "Vocabolario della lingua italiana – Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani": *"Carisma dal latino ecclesiastico carisma, ...derivato dal greco i grazia. Nel linguaggio religioso, la grazia come dono elargito da Dio... in senso stretto, un dono soprannaturale straordinario concesso a una persona a vantaggio della comunità (per esempio il dono dell'infallibilità, la virtù profetica, la possibilità di operare guarigioni miracolose): possedere, esercitare un carisma. Per estensione nel linguaggio giornalistico la capacità innata, posseduta quasi per dono divino, di esercitare la funzione di capo."*

Quasi identiche altre fonti.

Il carisma di cui intendo occuparmi nelle righe che seguono non è quello che nel linguaggio comune viene definito come una dote positiva che porta un individuo a distinguersi dalla massa né quella capacità di suggestione di cui si avvale l'ipnosi – da Mesmer in poi – e arriva a Freud e alla psicanalisi.

* Giornalista, storico della Scienza, Direttore responsabile *Mente e Cura*,

Mi chiedo piuttosto se sia possibile adoperare questo termine nell'ambito della storia delle cure, della guarigione, della storia della medicina più in generale.

Partiamo dalla parola.

Sintetizzando, è la capacità di influenzare le persone, una comunità, intere popolazioni... Può rappresentare anche una sorta di patologia – come è stato sostenuto – che ha a che fare con la salute mentale .

Di questo fenomeno si può parlare nella storia della medicina perché il “carisma” è certamente alla base del rapporto medico-paziente.

Prima di entrare nel merito del nostro discorso vale la pena ricordare alcune interpretazioni del carisma a cominciare da quella cristiana di San Paolo che scrive: “A qualcuno – attraverso lo Spirito – è stato attribuito il messaggio della saggezza; a qualcun altro, sempre per mezzo dello stesso Spirito, il messaggio della conoscenza; per un altro c'è un dono di fede; ad un altro ancora è stato concesso il potere di guarire, o poteri miracolosi, a qualcun altro virtù profetiche” (San Paolo).

Lo sciamanesimo rappresenta poi, forse, la forma più primitiva del carisma. Lo stregone maestro delle tecniche dell'estasi, è considerato anche da alcune culture come “disturbato”. I coreani la definiscono la “malattia di Dio” : la possessione da parte di spiriti, la trance, gli attacchi epilettici ...

Max Weber applicò il termine alla sociologia della politica. Secondo Weber si tratta di “una certa qualità di una personalità, individuale, per virtù della quale ella/egli viene collocato a parte dalle persone ordinarie e trattato come dotato di qualità o poteri soprannaturali, superumani o almeno eccezionali. Tali poteri non sono accessibili a un persona ordinaria, ma sono guardati come d'origine divina o esemplari, e sulla base di essi l'individuo in questione è trattato come un leader”(Weber 1977).

Il carisma si può manifestare in forme che hanno a che fare con la religione, la politica, la letteratura...

Personaggi carismatici sono stati considerati Hitler, Gandhi, Robespierre, Giuseppe Mazzini e Giuseppe Garibaldi, Charlie Chaplin...

Il concetto di cura non può essere separato da quello di malattia. Questo è sempre stato chiaro ai preti o agli sciamani. La malattia è anche un peccato e quindi la cura va adeguata di conseguenza.

Lo stesso concetto di malattia varia, anche radicalmente, secondo differenti contesti storici e culturali.

Dobbiamo porre ciascuna malattia e i conseguenti tentativi di cura in un contesto storico se vogliamo tentare di comprendere quale possa essere il ruolo del carisma nella cura. Secondo la maggior parte degli studiosi la malattia in generale e anche le malattie in particolare sono dei concetti che non derivano come tali immediatamente dalla nostra esperienza. Sono piuttosto modelli esplicativi della realtà. Le malattie servono dunque a spiegare una realtà empirica complessa e presuppon-

gono l'esistenza di una certa filosofia medica, un sistema di referenze patologiche.

La concettualizzazione di una malattia dipende quindi dal livello di conoscenze scientifiche di una certa società e della realtà patologica di un certo momento storico in una certa area geografica.

Tutto ciò non può non avere una forte influenza nel rapporto medico-paziente e quindi entrare a pieno titolo nel nostro discorso.

Ogni volta che si parla di carisma nella storia della medicina è necessario distinguerne i vari aspetti. C'è una prospettiva soggettiva di chi ha (o pretende di avere, esercita, emana) un carisma e di chi invece (riceve, viene influenzato) subisce il carisma. La stessa varietà di verbi e termini che sto adoperando per tentare di definire questo "potere", "capacità", "azione" mostrano in qualche modo quanto sia sfaccettato e complesso l'argomento.

Soggettività e oggettività si ripropongono ogni volta in un contesto diverso (il carisma del folle, "le fou du roi" ...).

In tutto il lungo periodo della medicina pre-scientifica i medici adoperarono più o meno coscientemente il loro carisma personale come strumento terapeutico.

Gli atti, le cure, le erbe, i vari rimedi avevano soprattutto un effetto placebo che era tanto più efficace quanto maggiore era il carisma, la sicurezza di sé, l'autorità che il medico-curatore sapeva trasmettere.

Il rapporto fa medico e paziente era importante e al centro d'ogni processo di cura.

L'effetto placebo è stato per centinaia d'anni una delle componenti principali del processo di cura. Nel 1903 Richard Cabot, professore alla Harvard Medical School, scrive: *"I was brought up, as I suppose every physician is, to use placebo, bread pills, water injections and other devices of acting upon a patient's symptoms through his mind... I used to give them by bushels"*, (Cabot 1903). Sono stato allevato – come immagino ogni medico – ad usare placebo, pillole di pane, iniezioni d'acqua, e altri metodi che agiscono sui sintomi di un paziente attraverso la sua mente... ne adoperavo a iosa".

Basti pensare all'uso che si è fatto per secoli del salasso: una pratica per lo più dannosa per un malato (a parte che per le infezioni) ma che spesso ha funzionato proprio come effetto placebo indotto dall'autorità del medico.

Il carisma dal punto di vista storico non si esprime solo con atteggiamenti, suggestioni, poteri particolari, ma anche con oggetti, rituali, linguaggi specifici.

Il quadro che mi accingo ad affrontare è dunque vasto, frammentario, ricco di intuizioni e di ipotesi. Le fonti sono le più svariate e vanno interpretate.

Una lettura legittima? Sicuramente giustificata da un'indagine che cerca di decifrare il ruolo, il gioco, spesso incosciente, di una serie di segni. Linguaggi del corpo, dei gesti, dell'abbigliamento, dei costumi, dei riti, delle parole...

I contesti storici sono i più svariati. Lontanissimi fra loro. Dal mondo dei re taumaturghi in Francia ed in Inghilterra nel Medioevo, alla Francia rivoluzionaria; dai

maghi e guaritori del Rinascimento alla medicina scientifica; dai monasteri ai manicomii, dai miracoli alla pubblicità... Personaggi in buona e cattiva fede: ciarlantani e tecnici, veri e falsi esperti, personaggi televisivi in camice bianco...

Sto esagerando? Possibile, ma vorrei sostenere, fra l'altro, che oggi questa capacità carismatica si stia oggettivando; che dalla mano guaritrice dei carismatici re Carolingi, dal metodo morale di Pinel, dall'ipnosi di Mesmer – solo per citarne alcuni – si stia trasferendo a cose e oggetti, a un mondo virtuale di avatar, alla Rete, alla tecnica, alle tecniche...

Che ruolo giocano oggi la pubblicità o la televisione con i suoi programmi dedicati alla salute nel creare personaggi carismatici nel settore della ricerca e della medicina? Perché sempre, se si deve sostenere che un prodotto fa bene, cura una certa malattia, o semplicemente fa dimagrire o elimina le rughe o modella la figura, si fa apparire qualcuna, qualcuno (medico o attrice poco importa) in camice bianco?

Si dà per scontato che il camice indica un medico o uno scienziato e quindi medicina o scienza rappresentano una verità, offrono sicurezza, conforto. Anche un effetto placebo?

Pochi medici oggi possono, vogliono, permettersi una diagnosi non supportata da tutta una serie di analisi, da tac, risonanze magnetiche ecc.

L'anamnesi di una malattia che una volta occupava pagine e pagine scritte a mano dal clinico è stata sostituita da cartelle mediche sempre più brevi con elenchi di analisi da effettuarsi sempre più dettagliate. Una perdita di carisma? Forse oggi il medico può ancora esprimerlo convincendo il paziente a sottoporsi a una serie di esami spesso costosi...

In un prossimo futuro il carisma delle cure deriverà soprattutto dalle nuove tecnologie?

Per esercitare carisma si sono adoperati linguaggi diversi: il comportamento, l'abbigliamento, l'uso delle immagini, le parole e la retorica, le tecniche, i rituali... ne analizzeremo, anche se sommariamente, alcuni.

Dai tempi di Ippocrate in poi lo schema interpretativo dominante della medicina, facendo riferimento prevalentemente alla tradizione medica occidentale, è stato quello somatico o riduzionista-biologico. Gli umori e il loro squilibrio, le configurazioni anatomiche: vasi, pori e orifici del corpo erano alla base di ogni eziologia del passato.

Più recentemente, per spiegare fenomeni clinici, si è fatto riferimento a difetti microstrutturali, ad organismi invasivi più o meno invisibili, ad anomalie biochimiche.

Nel tempo i termini biologici e chimici sono radicalmente cambiati ma "la strategia dominante esplicativa della medicina occidentale è rimasta prevalentemente invariata nel corso dei secoli." (Brown 1993).

I medici, al confronto di malattie – somatiche, psichiatriche o miste – per supportare le proprie osservazioni cliniche si sono quasi sempre riferiti a spiegazioni riduzioniste e materialiste.

Ma c'è un altro filone, un altro approccio meno ovvio nella storia del pensiero medico occidentale.

Insieme o sotto la superficie del tranquillizzante riduzionismo biologico dominante è esistito spesso, fin dai Greci, un filone di pensiero con spiegazioni alternative o supplementari.

È il ricorso alla componente mentale della malattia, a fattori non materiali, psicologici e socio ambientali: l'anima, la mente, le passioni, il dolore, la malinconia, avvenimenti drammatici e improvvisi; cause che oggi definiremmo di stress.

Queste interpretazioni "alternative" o quanto meno non riduzioniste, hanno avuto fortune alterne: in taluni periodi sono state in auge, in altre sono quasi completamente sparite.

Le eziologie psicologiche o mentali non hanno comunque mai completamente sostituito l'approccio riduzionista, ma hanno avuto un ruolo – anche se talvolta indiretto – in diverse aree del pensiero medico (Brown 1993).

Talune pratiche, osservazioni o spiegazioni, sono entrate a far parte in maniera complementare, più o meno consapevolmente, dei metodi di interpretazione e di cura della medicina ufficiale.

In questa componente, che abbiamo definito "alternativa" della storia del pensiero medico, il ruolo del carisma del medico-curatore ha un peso.

Il carisma di volta in volta è autorità morale e scientifica, complessità dell'approccio eziologico, linguaggio tecnico specialistico, gli abiti che il medico o il chirurgo indossano: sempre comunque si ritorna all'immagine che – consciamente o inconsciamente – il medico dà di sé e della sua arte. L'atto medico è arte e scienza.

Alle origini del pensiero medico occidentale, nell'insieme di scritti medici che va sotto il nome di Corpus Ippocratico (fra il V e il III secolo avanti Cristo), comportamenti psicotici o neurotici come la melancolia o la mania, forme depressive o di eccitamento, erano spiegati come sovrabbondanza di bile nera nel cervello. Accanto a questa interpretazione biologica appaiono però più di una volta certi elementi di un'eziologia diversa.

In un caso specifico una donna ha paura, è depressa, balbetta frasi incoerenti e oscenità dopo aver subito un forte dolore emotivo (Jones 1923).

Nel trattato "Sulla malattia sacra" anche l'epilessia – normalmente spiegata in termini molto naturalistici, si dice che in certe circostanze viene "causata dalla paura del misterioso" (Jones 1923).

Soranus di Efeso (98-138 AD), in particolare nel suo trattato sulle malattie croniche dedica un capitolo ciascuno a melancolia e mania, descrivendole nei dettagli con continui riferimenti alle componenti psicologiche.

La mania – ad esempio – è causata da mancanza continua di sonno, eccesso di sesso, rabbia, dolore, ansietà o paura superstiziosa, uno shock, un estenuarsi dei sensi e della mente nello studio, negli affari o in altre ambizioni...

Tuttavia, nel lungo periodo dall'antichità greca al Rinascimento l'eziologia dominante è quella biologico-riduzionista di Galeno successivamente codificatasi nei lavori di medici e scrittori arabi e latini.

Ma ci furono eccezioni di non poco peso.

Con il termine di "scrofole" i medici oggi indicano l'adenite tubercolare, ossia le infiammazioni delle linfoghiandole causate dai bacilli della tubercolosi.

Nell'antica Francia le scrofole erano chiamate "mal le roi", in Inghilterra "King's Evil". I re di Francia e d'Inghilterra, con il solo tocco delle loro mani, compiuto secondo alcuni riti tradizionali, pretendevano di guarire gli scrofolosi.

È il fenomeno, durato parecchi secoli, dei re taumaturghi, splendidamente analizzato da Marc Bloch nel suo famoso studio.

Il secondo principe della dinastia dei Capetingi, Roberto il Pio, intorno al X secolo era in grado di guarire ogni tipo di malattia, secondo quanto scrive nella sua vita il monaco di Helgaud: "La virtù divina – scrive il monaco – accordò a quest'uomo perfetto una grazia grandissima: quella di guarire i corpi; toccando le piaghe dei malati e segnandoli col segno della santa croce con la sua piissima mano, egli li liberava dal dolore e dalla malattia" (Bloch 1989).

I suoi successori ereditarono il suo potere, ma, trasmettendosi di generazione in generazione, questa virtù dinastica si modificò. Il tocco reale non funzionava più per tutte le malattie indistintamente, ma in particolare contro una di esse, le scrofole.

Secondo quanto riporta Pietro di Blois chierico di origine francese che vive alla corte di Enrico II d'Inghilterra nel XII secolo, anche lui era un guaritore di scrofole.

Un pastore inglese, William Tooker, in un suo libro intitolato "Charisma sive donum sanationis" del 1597, sostiene che le capacità guaritrici dei re inglesi risalissero addirittura a Giuseppe di Arimatea... Oggi si ritiene che fu Edoardo il Confessore (1003-1066) il fondatore del rito inglese.

Se ne fa testimone anche Shakespeare nel Macbeth, Atto IV scena III.

"MALCOLM: È chiamata la scrofolosa; dal tempo che sono qui in Inghilterra, io ho visto spesso questo buon re operar cose veramente miracolose. Come egli ottenga questo dal cielo, lui solo lo sa; ma il fatto è, che della gente afflitta da strane malattie, tutta gonfia ed ulcerosa che fa pietà a vederla, e che è la vera disperazione della medicina, egli la guarisce appendendo loro al collo una medaglia d'oro, applicata mentre essi recitano una santa preghiera: e si dice ch'egli lascerà questa benedetta e salutare virtù ai re che gli succederanno. Oltre a questo singolare potere, egli possiede il dono celeste della profezia, e pendono intorno al suo trono una quantità di benedizioni che dicono lui pieno di grazia".

Di questo potere parla anche Montesquieu nelle *Lettres Persanes* (libro 24) riferendosi anche un po' ironicamente a Luigi XIV: "Questo re è un grande mago; esercita il suo imperio sull'animo stesso dei suoi sudditi... Arriva persino a far credere

loro che li guarisce, toccandoli, da ogni sorta di mali, *tanta è la forza e la potenza che ha sugli animi*".

Questo potere carismatico guaritore dei re inglesi e francesi viene anche riconosciuto, ma senza troppi entusiasmi, dai medici medievali.

Giovanni di Gaddesden scrive nel 1492 nella sua Praxis medica "Se i rimedi sono inefficaci, il malato vada dal re, e si faccia toccare e benedire... in caso estremo, se tutto il resto si è rivelato insufficiente, si affidi al chirurgo".

"I re non guariscono sempre – scrive Marc Bloch – non più dei santi: tuttavia non si dubita delle virtù né degli uni né degli altri".

Una corrente che potremmo definire "mistica" percorre tutto il Rinascimento anche se il pensiero medico rimase prevalentemente legato alla tradizione riduzionista medievale.

Le interpretazioni astrologiche delle malattie, la concezione dell'uomo microcosmo - macrocosmo sono in contrasto con una lettura strettamente biologica della malattia. Così come l'idea di vita che per Paracelso è divina e quindi non riducibile alla ragione e alla logica. Anche concezioni "materialiste" ereditate da Ippocrate come il "calore innato" vengono interpretate in chiave religiosa.

Jean Fernet sostiene che l'uomo assomiglia agli angeli per la sofisticazione della sua anima.

Nel secolo del barocco streghe e stregoneria sono affari di tutti i giorni e un anatomista rinomato come l'inglese Thomas Willis afferma con sicurezza che il diavolo riesce a intrufolarsi nell'uomo agendo come un'anima potente: facendo muovere a volontà tutte le parti del corpo e inducendole a commettere dei misfatti...

Un medico e matematico come Girolamo Cardano crede alle forze magiche, agli amuleti, ai suggerimenti degli spiriti protettori, alle proprietà guaritrici delle pietre preziose; vive in un mondo visionario, popolato di segni, di voci, di sogni...

Il clima culturale e mentale prevalente nel Cinquecento è quello della "demonologia": sempre più considerata una scienza primaria.

A questo fa da contraltare la cultura medica controriformista. È il periodo della "medicina santa nella quale le figure del dottore, del confessore e dell'esorcista risultavano interdipendenti e quasi scambiabili" (Camporesi 1997).

La melancolia è il disordine più diffuso ai nostri giorni – scrive più o meno santa Teresa d'Avila – poiché oggi – sostiene – viene chiamata melancolia ogni testardaggine o licenza.

Che fare? André du Laurens, (1558- 1609) medico di Enrico IV di Navarra e di Francia scrive: *"Les mélancoliques ne doivent jamais être seuls, il leur faut laisser toujours une compagnie qui leur soit agréable, il les faut parfois flatter, et leur accorder une partie de ce qu'ils veulent, de peur que cette humeur, qui est de sa nature rebelle et opiniâtre, ne s'effarouche; parfois, il les faut tancer de leurs folles imaginations, leur reprocher leur couardise et leur en faire honte, les rassurer le plus possible, louer leurs actions..."*.

“I melancolici non devono mai essere soli, bisogna sempre lasciarli in compagnia di qualcuno che gli sia gradito, bisogna blandirli, dargli almeno una parte di quello che vogliono, affinché questo umore, che è di natura ribelle e testarda, non si impaurisca; talvolta, bisogna stimatizzare le loro folli immaginazioni, rimproverargli la loro viltà e fargliene avere vergogna, rassicurarli il più possibile, lodare le loro azioni...”.

“Chi non è folle? Chi non ha mai conosciuto la melancolia? Chi non è stato più o meno afflitto da essa in maniera passeggera o permanente?” scrive Robert Burton nel 1621, nel suo trattato “The Anatomy of Melancholy”. Elenca fra le possibili cause della malattia, oltre ai tradizionali squilibri dei quattro umori: la pigrizia, l’essere solitari, troppo studio, passioni, perturbazioni, pensieri, miserie, desideri veementi, ambizioni...

Pochi anni dopo William Harvey scopre la circolazione del sangue e la spiega con un ragionamento quantitativo, ma il suo quadro di riferimento è ancora profondamente magico...

Il medico inglese Thomas Willis sempre in pieno XVII secolo osserva che nella malattia melancolica si alternano le fasi di depressione con quelle di mania.

“È il primo colpo portato dalla medicina alla teoria degli umori, la prima volta che la melancolia patologica è associata a un fenomeno che non ha più come fondamento la tradizione ippocratica”.

Durante il Seicento molti medici infatti abbandonarono del tutto o misero parzialmente da parte le classiche spiegazioni umorali.

È il tempo della iatrochimica e della iatromeccanica ma è anche il periodo in cui vengono sempre più presi in considerazione fattori psicologici e socio-ambientali delle malattie.

Il pensiero e la pratica medica fra Seicento e Settecento vivono molte contraddizioni.

“Il mondo della guarigione – si organizza secondo dei principi che gli sono – in una certa misura- particolari, e che la teoria medica, l’analisi fisiologica, la stessa osservazione dei sintomi non controllano sempre con precisione” (Foucault 1972).

La cura, le cure ruotano intorno a una serie di “coesioni simboliche” d’immagini, di riti, di antichi imperativi morali. La gran parte delle cure mediche – è bene ricordarlo – non è nelle mani dei medici.

Nella piazza del mercato, i medici colti, quelli usciti dall’Università, contendono i clienti malati ad ogni sorta di guaritori, maghi, ciarlatani, barbieri, impositori di mani, vecchie sagge, monachi, religiosi, speciali, erboristi, chirurghi e ai medici pratici che pur non laureati avevano sostenuto un esame davanti al Protomedico generale... si tratta, si cura ogni genere di malattie, la piazza del mercato offre ogni tipo di rimedio per l’anima e il corpo.

In questo contesto il carisma è fondamentale e si manifesta, si esprime, in molte forme. Ne è testimonianza tutta una letteratura scientifica o di svago, teatrale o musicale.

Il carisma si può camuffare negli strumenti intarsiati e ben lucidati del barbiere chirurgo, conservati in eleganti cofanetti foderati di velluto, nello sguardo penetrante del mago guaritore, nelle filastrocche magiche delle sagge donne.

Il carisma è anche l'abito sfarzoso del medico universitario seguito dai suoi allievi.

Un abito che spesso diventa una vera e propria divisa e serve non solo a riconoscere quel tale personaggio come medico, ma anche, se non soprattutto, ad imporre rispetto. Le maschere sul viso dei medici fin dal Medioevo servono a tenere lontani i miasmi e gli altri influssi maligni, ma non sono forse anche un segno tecnico-pratico di potere? Così come il linguaggio mirabolante del ciarlatano o del venditore di elisir, o il linguaggio specialistico del medico.

“...l'attenzione alla lingua da parte del medico viene da lontano... da sempre il controllo linguistico appare uno dei requisiti-non il meno importante-che contribuisce all'autorevolezza della figura del medico” (Serianni 2005).

“...che il medico mirasse deliberatamente a non farsi capire per accrescere il proprio prestigio professionale presso il malato illetterato? Questo principio fu sostenuto da uno scienziato-umanista vissuto nel XV secolo, Galeotto Marzio da Narni, il quale asseriva che il medico dovesse parlare in modo ben diverso a seconda del livello culturale del paziente:

“con gli uomini dotti, ai quali è nota la verità, deve usare parole comuni e chiare, ma col volgo ignorante e con le vecchierelle e cotali persone, anche quelle cose che si potranno dire comodamente in latino o in favella volgare le dirà con parlare più oscuro e con parole o greche o arabesche: perciocché gli uomini plebei e volgari alcune fiato stimano quello essere ottimo e salutare che non intendono”.

Leonardo Fioravanti, medico laureato e chirurgo, distillatore, alchimista, erborista, esperto di arti meccaniche, ingegnere navale, agronomo, bonificatore, instancabile vagabondo e gran terapeuta (la cui vita è stata raccontata in un piacevolissimo e dotto libro di Camporesi “Camminare il mondo” vedi note) aveva “lucidamente intuito che il libro era un potente strumento di liberazione dai vincoli corporativi, soprattutto un veicolo ideale per la costruzione dell'immagine e per la creazione di un mercato che trasformava i lettori in compratori e clienti”(Camporesi 1997).

Un esempio di medico ciarlatano è stato ben delineato da Giorgio Cosmacini (Cosmacini 1998) che racconta come in pieno Seicento Francesco Giuseppe Borri, medico alchimista, fosse tanto idolatrato da clienti altolocati in tutta Europa quanto avversato come avventuriero dal mondo accademico.

Il letterato e poeta romantico Luigi Carrer (sempre citato da Serianni¹⁷) scrive nel 1839 nella prefazione di “Consulti medici”:

“Ed hanno pure in questo genere di scritture non poco adito all'eloquenza. Quella stessa felice disposizione al ben parlare che rende accetto al malato piuttosto uno che altro medico, quella stessa rende preferibile, riferita allo scrivere, i consulti d'uno a quelli d'un altro”.

Montaigne stesso ironizza sul modo d'esprimersi dei medici che parlano greco nell'antica Roma e latino nella Francia del Cinquecento.

Nel "Malato Immaginario" Molière fa dire a Beraldo sui medici:

«toute l'excellence de leur art consiste en un pompeux galimatias, en un spécieux babillage, qui vous donne des mots pour des raisons, et des promesses pour des effets».

«tutta l'eccellenza della loro arte consiste in pomposi scritti farraginosi, in speciali cicalecci, che vi dà parole per ragioni, e promesse per effetti».

Siamo all'epoca che segue l'invenzione della stampa. In pochi anni la parola scritta, i testi stampati e le illustrazioni diventano – come alcuni avevano intuito – una formidabile arma in mano ai medici che si sono formati nelle Università di Oxford e Cambridge, di Salerno e Napoli, di Padova e Bologna, di Parigi e Montpellier.

Il sapere scritto diventa fonte di autorità alla portata di tutti, o quasi.

Un ruolo molto particolare in questo processo lo svolge l'anatomia.

La pubblicazione nel 1543 del "De Humani Corporis Fabrica" di Andrea Vesalio, giovane medico belga formatosi a Padova, segna una svolta.

Per la prima volta, almeno ufficialmente, un medico apre con le sue mani un cadavere e cerca di comprendere e di descrivere come è fatto il corpo.

Il libro è riccamente illustrato e per molti versi le immagini svolgono un ruolo di primo piano, talvolta più delle parole. Incomincia la storia dell'anatomia come scienza positiva e d'avanguardia.

La cesura con la medicina medievale è importante.

Il corpo "oggetto", separato dall'individuo, dall'essere sociale e dalla sua storia individuale, porta all'immagine del corpo come macchina, spazio in cui più tardi si individueranno i segni della malattia.

Le dissezioni, con la loro componente di conoscenza pratica e sensoriale, quella del toccare ancor più che del vedere, fanno dell'anatomia un caposaldo della medicina razionale che si afferma come la disciplina scientifica per eccellenza, cui fanno ricorso i medici, prima dei chirurghi, per imporre la loro "modernità" e per affermare il loro primato professionale.

Nel 1632 Rembrandt dipinge un quadro che rappresenta una dissezione "La lezione d'anatomia del dott. Nicolas Tulp" è la sintesi di una lunga battaglia: i medici anatomisti sono riusciti, in un paio di secoli a fare della loro disciplina, e indirettamente della loro concezione della medicina, "uno degli spettacoli accettati della prima Europa moderna" (Wear 1995).

Le malattie per la prima volta trovano uno spazio fisico, delimitato nel corpo. L'anatomia diventa sempre di più una disciplina basata sull'osservazione, le dissezioni diventano perfino uno spettacolo pubblico, accettato come normale.

Nel già citato Malato immaginario Molière fa invitare Angelique dal suo fidanzato ad assistere ad una dissezione:

"Avec la permission aussi de monsieur, je vous invite à venir voir l'un de ces

jours, pour vous divertir, la dissection d'une femme, sur quoi je dois raisonner... Le divertissement sera agréable: Il y en a qui donnent la comédie à leurs maitresses, mais donner une dissection est quelque chose de plus galant" (Atto III, scena V).

"Con il permesso di vossignoria, io vi invito a venire a vedere, uno di questi giorni, per divertirvi, la dissezione di una donna, sulla quale io devo ragionare... Lo spettacolo sarà piacevole; ci sono quelli che danno spettacolo alle loro donne, ma offrire una dissezione è qualcosa di più galante".

L'anatomia è ormai l'arma principale dei medici colti: su di essa sempre più spesso basano il loro carisma. La conoscenza del corpo fin nei suoi minimi dettagli viene diffusa in migliaia di esemplari di testi anatomici.

Tavole anatomiche vengono incise per lo studio nelle Università.

I "pop up books" che mostrano il corpo umano a strati costituiscono nell'Inghilterra del primo Seicento uno straordinario successo editoriale come gli almanacchi che contengono anche ricette e rimedi d'ogni tipo.

Su questa scia nascono prima le Wunderkammern poi i cosiddetti gabinetti di storia naturale: sono collezioni di studio e di ricerca che sorgono un po' dovunque in Europa anche in seguito ai grandi viaggi, alla scoperta di nuove terre, con l'istaurarsi di nuovi metodi di comunicazione. Le collezioni anatomiche e la materia medica più in generale ne sono una componente importante.

Tutto questo contribuisce ad accrescere materialmente e visibilmente il potere della medicina come scienza, della lotta dei medici colti per divenire una categoria ufficiale, istituzionalizzata.

In questo lungo periodo di passaggio da una concezione magica del mondo e della medicina a un mondo razionale e misurabile, che possiamo far coincidere con quei due secoli e mezzo di quella che è stata definita la rivoluzione scientifica, c'è una vera e propria frammentazione sociale che separa la teoria dalla pratica nella medicina.

Le strategie terapeutiche assumevano forme assai diverse: dalla dietetica ai farmaci, dai consigli di un regime di vita all'intervento chirurgico, fino alle rassicurazioni psicologiche con relativo effetto placebo.

Il fenomeno è particolarmente evidente per la cura della follia.

La nozione di malattia mentale è una categoria che si costruisce storicamente, e a fatica. Le concezioni dualistiche tra anima e corpo sono – almeno fino a Cartesio – un ostacolo. "Una psicologia che fa dell'anima il principio di animazione del corpo si confonde in effetti, in una certa misura, con una biologia o una fisiologia e non lascia spazio a una psicologia nel senso moderno del termine" (Rey 1996).

E dal Rinascimento fino al Settecento sono molti gli sforzi teorici per attribuire all'anima tutte le attività organiche. Alla fine si tende a interpretare tutte le malattie come malattie dell'anima...

Prima dell'Ottocento il trattamento del malato mentale non costituiva, come si è già detto, una disciplina specialistica. I medici generici, come li chiameremmo oggi,

si occupavano talvolta anche dei malati mentali e alcuni ne acquisirono perfino una speciale reputazione.

Quasi sempre però a farsi carico dei malati mentali era la comunità, in particolare la famiglia. Talvolta era la parrocchia, altre volte interveniva l'autorità cittadina.

Nella letteratura medica, tuttavia, quando si trattava di follia ci si riferiva comunque ancora spesso a uno squilibrio fisico degli umori o a febbri...

C'erano anche monasteri o case di religiosi che avevano acquisito la fama di riuscire a curare i malati di mente: religiosi e pratiche di esorcismo, guaritori o anche medici che avevano capacità e poteri per trattare la follia.

"...la malattia mentale rimane legata a tutto un mondo di pratiche extramediche, solide nella loro tradizione che si impongono naturalmente agli stessi medici" (Foucault 1972).

Fino alla fine del Settecento gli "ospizi, asili, manicomi, hospices, madhouses" non erano prevalentemente istituzioni mediche: molti avevano origini caritatevoli o religiose.

Bisognerà attendere l'Ottocento perché la follia entri ufficialmente a far parte del dominio della pratica medico specialistica: i malati mentali verranno ricoverati sempre più frequentemente in quelle istituzioni che verranno chiamate ospedali psichiatrici...

Man mano i folli verranno curati sempre più da specialisti.

"Il manicomio era una istituzione ambigua. È stato a lungo criticata come un orrore gotico, tutta crudeltà e negligenza, fruste e catene." (Porter 1999). William Hogarth e molti altri autori satirici inglesi criticarono aspramente l'ospedale di Bethlem (Bedlam).

Tuttavia – come fa notare Roy Porter – il "new asylum" nell'Ottocento veniva lodato, le case di cura per matti erano divenute istituzioni progressiste, l'unico luogo dove era possibile curare la malattia mentale.

Nel secolo dei Lumi, affianco o contro il trionfo delle tesi razionali, meccaniche, riduzioniste della medicina si sono sviluppati dibattiti e movimenti di grande originalità. Vitalisti, meccanicisti, animisti arrivano perfino a teorizzare l'abbandono dell'insegnamento della chimica...

Sicuramente influenzato dai successi dell'elettro-fisiologia e dagli esperimenti di Volta e Galvani, Franz Anton Mesmer, nella seconda metà del Settecento "galvanizza" fisicamente e intellettualmente una gran parte della Francia e dell'Europa (Dachez 2004).

Nato in Svevia, si laurea in medicina a Vienna nel 1766 con una tesi sull'influenza dei pianeti sui fenomeni nervosi, psicologici e patologici.

È una concezione diffusa nella tradizione medica medievale. Una teoria astrale che non ha niente di particolarmente sorprendente in un periodo in cui Newton (l'ul-

timo degli alchimisti, come è stato definito) parla dell'attrazione reciproca dei corpi celesti mantenuta in equilibrio grazie a una misteriosa forza che definisce come "gravità"...

Mesmer ha una sua teoria sul magnetismo: gravità animale o fluido sottile.

Principi di base della natura che potrebbero servire ad aprire la strada a una nuova medicina universale.

In realtà la concezione del magnetismo naturale e le proprietà della pietra calamita sono conosciute fin dall'antichità.

Paracelso trattava le piaghe con questa pietra, e nel 1609 il tedesco Rudolph Göckel, medico a Marburgo, aveva pubblicato un trattato "De magnetica curatione vulnerum" dedicato al magnetismo curativo.

Lo stesso Van Helmont aveva parlato degli effetti terapeutici delle pietre di calamita.

Il gesuita Athanasius Kircher, scienziato e letterato, pubblicò nel 1643 "Magnes, sive de arte magnetica" un'opera che ebbe un grande riscontro fra medici e scienziati. Dopo una parte dedicata ai risultati della scienza sperimentale sulle proprietà della calamita, Kircher allarga il suo discorso a un magnetismo planetario, animale e umano: una magia naturale.

Una quindicina d'anni dopo nel 1658 il cavaliere Digby, un personaggio singolare, filosofo, botanico, poeta, amico di René Descartes pubblica un "discorso" sulla guarigione delle piaghe con la "polvere di simpatia".

È dunque l'antica tradizione del magnetismo che Mesmer aveva ripreso nelle sue componenti essenziali.

Trasferitosi a Parigi nel 1778 Mesmer ha appena pubblicato una "Mémoire sur la découverte du magnétisme animal". In breve riscuote un gran successo di pubblico soprattutto nella Parigi che conta.

Il suo è un metodo terapeutico basato – come sostiene – sulla polarità inversa del paziente e del medico magnetizzatore e sull'imposizione delle mani. Tramite una sorta di "trasfusione magnetica" sosteneva di essere in grado di ristabilire un equilibrio che – a suo dire – si era incrinato e provocava la malattia.

"In realtà – come scrive Roger Dachez a cui dobbiamo la maggior parte delle nostre informazioni e citazioni su Mesmer – il magnetismo di Mesmer si basava su un equivoco. Invece che di magnetismo, nel suo caso avrebbe dovuto parlare di carisma personale" (Dachez 2004).

Nel 1785 Jean Castellas, canonico e franco massone, effettuando una serie di palpamenti e massaggi tipici della tecnica di magnetismo animale di Mesmer, provocò una sorta di "sogno magnetico" o "sonnambulismo artificiale" a Jeanne Rochette, una delle sue pazienti.

Da un fenomeno ai confini fra la mistica e la terapia era nata l'ipnosi medica.

La medicina magnetica era però guardata con sospetto dalle autorità scientifiche. In un rapporto presentato a Luigi XVI dall'Accademia delle Scienze e dalla Società

reale di Medicina si legge : “L’imagination sans magnetisme produit des convulsions... Le magnetisme sans l’imagination ne produit rien”.

In un rapporto segreto (reso pubblico nel 1826) si descriveva l’atmosfera erotica delle sedute e le evidenti componenti sessuali di questa terapia. Se ne concludeva che “il trattamento magnetico non può che essere pericoloso per i buoni costumi.

La Rivoluzione spazzò via il movimento magnetico che poi troverà una sorta di nuova vita terapeutica con lo spiritismo, verso la metà dell’Ottocento, e con una “Ecole pratique de magnétisme et de massage” e una “Société magnetique de France” sotto l’egida del celebre dottore Gérard Encausse, medico e mago, con il nome di Papus, nella Parigi occultista della Belle Epoque.

Nel 1793, nel bel mezzo della Rivoluzione francese, viene affidata la cura dei malati mentali dell’ospedale di Bicêtre di Parigi a un medico cattolico Philippe Pinel.

Pinel rivoluzionò il trattamento dei malati mentali. Per la prima volta incominciò a ridurre le costrizioni fisiche. Se si comportavano da bestie, sosteneva, era perché venivano trattati come bestie. Il suo metodo, che consisteva fra l’altro nel concedere progressivamente sempre maggior libertà, non usare catene, trattare i ricoverati più umanamente, fu un successo.

Pinel non era uno specialista di psichiatria. Sostenitore dell’approccio anatomico-patologico così in voga nella Parigi di quegli anni, era sicuramente più famoso per la sua *Nosographie* (1798) o per “*La médecine clinique* (1804), che per il suo “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale* (1801).

Rifacendosi anche a metodi e credenze della medicina popolare Pinel sosteneva che le malattie psichiatriche sono causate in prevalenza da cause mentali e non fisiche.

Famoso è il suo “*traitement moral*” che a prima vista sembra più che altro un affare di buon senso.

«Quant à l’espoir consolant d’un sort plus heureux, il est à la fois le moteur et le piège de cette relation thérapeutique: C’est en effet lui qui va donner la foi en la guérison et permettre cette conversion par laquelle le patient adopte le système des croyances du thérapeute. Il est donc bien le ressort essentiel qui pousse le malade à se confier sans réserve, et à faire du médecin son idéal» (Postel-Quetel 1994).

Pinel aveva sperimentato come terapeuta anche il magnetismo e aveva avuto un’esperienza galante con una delle sue pazienti. L’episodio lo scosse, ne era uscito profondamente in crisi. Aveva sentito messa in discussione, come medico, sia la sua funzione che la sua autorità. È a causa di questa sua esperienza che – secondo alcune interpretazioni storiche – arriva alla conclusione che è necessario rafforzare l’autorità del terapeuta affinché il “trattamento morale” non si trasformi in una relazione in cui il terapeuta rischia di perdere il controllo.

“Il faut donc que l’aliéniste soit un personnage redoutable et inattaquable.”

Un personaggio temibile “ma anche con un bel fisico...un fisico nobile e maschio” (Fodere 1817). Che è “in generale, una delle prime condizioni per riuscire nella nostra professione”. Un medico autoritario e seduttore che secondo Fodéré deve avere:

«Des cheveux bruns ou blanchis par l'age, des yeux vifs, une contenance fière, des membres et une poitrine annonçant la force et la santé, des traits saillants, une voix forte et expressive: telles sont les formes qui font en générale un grand effet».

“Capelli bruni o imbiancati dall'età, occhi vivi, portamento fiero, membra e petto che mostrano forza e salute, tratti marcati, una voce forte ed espressiva: queste sono le forme che fanno in generale un grande effetto”.

Il fine è “normalizzare” il malato e solo il medico sa e può stabilire ciò che è normale e i mezzi per arrivarci.

Non vogliamo proseguire in un'analisi di quello che potremmo definire come l'inizio della psichiatria moderna. Basti sottolineare, come ha fatto con chiarezza Foucault, che in questa nuova prospettiva del trattamento della follia la “pulsione di potere” dell'alienista (termine con il quale incomincia ad essere definito il medico degli alienati, ricoverati in una struttura) si fa sempre più sentire.

Si assiste a una preponderanza del ruolo del medico, all'apoteosi del personaggio medico. In tutta la prima metà dell'Ottocento questo principio d'autorità medica assoluta diviene l'assioma fondamentale del “trattamento morale”.

La presenza fisica del medico diviene un fattore comune importante.

In Inghilterra il medico Francis Willis, ad esempio, era famoso per il suo sguardo penetrante e magnetico, e più di un terapeuta si avvaleva di trucchi appresi da attori o dai “mesmeristi”.

Alla fine del secolo, un po' come reazione al dogmatismo dei somatisti, si sviluppa una corrente di “psichiatria dinamica” che adopera il magnetismo animale come metodo terapeutico.

James Braid, (1795-1860) un chirurgo di Manchester ne fu uno dei rappresentanti principali. Braid incomincia ad adoperare il termine “ipnosi” per il magnetismo animale.

La ricerca scientifica sui fenomeni dei medium e dello spiritualismo portò a una serie di studi sugli aspetti dinamici della psiche. I più famosi medici che si occuparono di queste tematiche furono A.A. Lièbault (1823-1904) e soprattutto di H.M. Bernheim (1840-1919).

È in questa corrente che si colloca Jean-Martin Charcot (1825-1893) che fece dell'ipnosi il suo strumento diagnostico preferito per indagare l'isteria.

Oggi si tende a pensare che i comportamenti ipnotici e isterici dei pazienti di Charcot fossero piuttosto un effetto della sua stessa forte personalità nel contesto emotivo e quasi teatrale dell'ospedale della Salpêtrière.

“He deceived himself into thinking his patients behaviours were real rather than products of suggestion” (Porter 1999). “Ingannò se stesso convincendosi che i com-

portamenti dei suoi pazienti fossero reali piuttosto che prodotti della suggestione”.

Secondo Charcot molte malattie mentali potevano essere curate dallo stesso malato con uno sforzo mentale e con la suggestione di un individuo (il medico) su un altro (il malato) (Lellouch 1992).

È il caso del «*faith healing*». Charcot non riusciva a spiegare la natura intima di questo processo ma sosteneva che erano fenomeni che dovevano essere indagati scientificamente, ma insisteva anche sul ruolo che poteva avere la mente nella guarigione di talune alterazioni corporali.

Lo strano nel caso di Charcot – come è stato fatto notare da più di uno studio storico (Lambrichs 1993) – è che il medico francese deve la sua attuale fama a quella che la gran parte dei medici dell’epoca giudicavano un’attività dubbia se non apertamente truffaldina (Georges Didi-Huberman 1982).

Rimane invece meno conosciuta tutta una serie di suoi studi assolutamente scientifici come quelli sull’afasia, le malattie nervose e la memoria che rappresentarono per il mondo medico d’allora un punto importante di riferimento.

“Come all’origine della psicanalisi, si trova qui una doppia leggenda: lo Charcot degli psicanalisti non è quello dei medici; il primo, celebre, è considerato da questi come un ciarlatano; il secondo, oscuro, il più delle volte ignorato dal grande pubblico e talvolta anche dagli psicanalisti, è l’autore di lavori rispettati dai medici e che influenzarono profondamente il giovane Freud” (Lambrichs 1993).

I medici colti ricordano lo Charcot serio anatomo-patologo e specialista di malattie nervose e tendono invece a dimenticare quegli episodi “teatrali” come le famose sedute del martedì alla Salpêtrière... Ne sono ancora testimonianza la satira di Léon Daudet ne “Les Morticoles” (un trattatello del 1956), ma soprattutto la censura che venne effettuata sulla traduzione in francese de “La storia di San Michele” di Axel Munthe. Nei capitoli che trattavano di Charcot (intitolati Salpêtrière e Hypnose) Munthe, che era medico e aveva studiato a Parigi l’ipnosi, ricorda quelle “rappresentazioni pubbliche” all’ospedale come una “farsa assurda, una mescolanza scoraggiante di verità e d’imbroglio” (Lambrichs 1993). Questi capitoli non sono mai apparsi in francese ma sono stati pubblicati in inglese.

Con l’introduzione della psicologia nel campo medico si incominciava a passare dal concetto di lesioni organiche irreversibili all’idea di alterazioni psico-fisiologiche reversibili, quindi curabili.

Qui il nostro discorso si ferma. Si allargherebbe troppo e rischieremmo troppo ad avventurarci in quello che è stato il ruolo di Freud e del suo personale carisma.

Bibliografia

- Bloch M (1989). *I re taumaturghi* Einaudi, Torino.
Brown TM- Companion Encyclopedia of the History of medicine -edited by W.F.Bynum and Roy Porter-p.438-439 Routledge, London 1993.

Storia/History

- Bynum W F, Porter R, (1993). *Companion Encyclopedia of the History of medicine* (2 vol) Routledge, London.
- Cabot R (1978). *The use of true and falsehood in medicine*. Conn. Med. 42 (3).
- Carrer L (1839). *Consulti medici di vari autori*. Venezia.
- Camporesi P (1997). *Camminare il mondo*. Garzanti, Milano.
- Cosmacini G (1987). *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Laterza, Roma-Bari.
- Cosmacini G (1997). *L'arte lunga*. Laterza, Roma-Bari.
- Cosmacini G (1998). *Il medico ciarlatano. Vita inimitabile di un europeo del Seicento*. Laterza, Roma-Bari.
- Dachez R (2004). *Histoire de la Médecine*. Tallandier, Paris.
- du Laurens-A. *Discours de la vue, des maladies mélancoliques, des catarrhes et de la vieillesse - Paris 1597*(citato da Hélène Prigent- *Mélancolie-Les métamorphoses de la dépression*. Gallimard, Paris 2005)
- du Laurens A (1597). *Discours de la vue des maladies mélancoliques, des catarrhes et de la vieillesse* Paris.
- Huberman G D (1982). *Invention de l'hystérie* Macula, Paris.
- Foucault Michel - *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, Paris 1972 p. 316
- Fodéré F E (1817). *Traité du délire*.
- Grmek M D (a cura di) (1996) *Storia del pensiero medico occidentale* (3 vol) Laterza, Roma-Bari.
- Jones W.H.S, Withington E T, Potter P(1923). *Hippocrates Works* 6 vols. London.
- Lambrichs L L (1993). *L'affront La vérité médicale*. Paris.
- Lellouch A (1992). *Maladie et maladies*. Librairie Droz, Ginevra.
- Postel J, Quétel C (1994). *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*. Dunod, Paris.
- Porter R (1999). *The greatest benefit to mankind*. Fontana Press, London.
- Prigent H (2005). *Mélancolie-Les métamorphoses de la dépression*. Gallimard, Paris.
- Rey R. - *Storia del pensiero medico occidentale* ,a cura di Mirko D. Grmek , Laterza, Roma –Bari- 1996- vol. 2 p.236.
- San Paolo Lettere ai Corinzi (12:8-10).
- Serianni L (2005). *Un treno di sintomi*. Garzanti, Milano.
- Wear A. - *The western medical tradition-* Cambridge University Press -1995 ,p 292
- Weber M (1977). *On Charisma and Istitution*. Building Yale Un. Press.