

Zeitenwende: la Psichiatria nel cambiamento dei tempi

Psychiatry in the changing times



Spesso negli anniversari di avvenimenti storici cerchiamo luoghi condivisi, spazi mentali e fisici, in cui risentire l'eco di emozioni e ricordi. In certi luoghi della storia può essere importante esserci per testimoniare intramontabili ideali come quelli della libertà e partecipare a momenti di gioia collettiva.

Mentre scrivo mi trovo a Berlino, vicino alla porta di Brandeburgo ed ai luoghi dove 30 anni fa cadde il Muro. C'è gran festa di popolo ed i giornali tedeschi riportano a caratteri cubitali due parole: *Wendezeiten* e *Zeitenwende*, traducibili letteralmente come tempo del cambiamento e cambiamento dei tempi. C'è però un significato unificante dei due termini: quello di fine di un'epoca con l'inizio di una nuova inversione del tempo. Era il 9 novembre del 1989 quando, con la caduta del muro di Berlino, ci fu un cambiamento epocale, non solo in Germania. L'immagine del muro che viene abbattuto da un popolo è un'immagine – simbolo della nostra memoria collettiva, riportata

da giornali di tutto il mondo. Nella prima pagina di “Le Figaro” è stata associata a questo titolo: “La victoire de la liberté”.

Non solo evocazioni mediatiche ma anche suggestioni personali degli avvenimenti vissuti ci riportano nei luoghi dove siamo, ma specialmente a quello che siamo, come esseri umani con la nostra storia, idealità, passioni ed esigenze di comunicarle agli altri. Come giovani psichiatri di allora (nel 1978) abbiamo vissuto il tempo di un cambiamento epocale (quello della riforma psichiatrica), che fece cadere idealmente i muri del manicomio e della sua organizzazione custodialistica. Negli anni successivi abbiamo assistito a contrapposizioni ideologiche e speculazioni di più basso profilo gestite da apparati politico - clientelari. Con l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e la nomina politica di manager si sono però ingabbiati entusiasmi e risorse.

La psichiatria di oggi è lo specchio di tante rovine. Tra queste però si è salvata la sua cultura, quella cultura e sensibilità che continuano ad assicurarla come scienza radicalmente umana. Fu la stessa che, in modo rivoluzionario, dichiarò intollerabili i manicomi degradati ed i muri di recinzione che separavano le vite degli altri. E' questa stessa cultura che non ci consente immobilismi o regressioni, intolleranze e fanatismi.

Siamo consapevoli di come la società contemporanea sia profondamente cambiata negli ultimi trent'anni. E' una società multiculturale e multi-etnica, che rischia però di edificare nuovi muri fatti di incomprensioni e paranoie identitarie, nel cui ambito si esprimono condotte devianti e psicopatologie distruttive. Anche situazioni negative e “barbarie dello spirito” possono avere il loro peso nell'assolvere funzioni di trasformazione e rigenerazione del

processo storico, ma la sua essenza più profonda è nel suo continuo mutare, nel suo irriducibile dinamismo dialettico - culturale. Naturalmente ogni manifestazione umana va inquadrata nel concreto momento storico e nell'ambiente in cui è immersa.

Da giovani psichiatri abbiamo avuto la fortuna di conoscere grandi Maestri, che ci hanno dato prova di valori e conoscenze, ma, ancor più importanti, di cultura e sensibilità, la cui trasmissione transgenerazionale dobbiamo assicurare per il futuro della psichiatria.

E' però poco confortante che l'attuale organizzazione dei servizi psichiatrici in Italia registri un immobilismo inadeguato al cambiamento dei tempi, un'eccessiva rigidità gerarchica ed una scarsa flessibilità funzionale. Nella numerosità di unità operative semplici e complesse sono molti i direttori e pochi i terapeuti.

Le REMS, nate per chiudere i manicomi criminali, presentano bilanci economici molto costosi e bilanci assistenziali ed umani deludenti. Specialmente in quei territori regionali dove i dipartimenti di salute mentale funzionano in modo carente e per lo più formale, le REMS sono strapiene e rappresentano nuovi contenitori di tipo manicomiale. I loro "fruitori" hanno specialmente problematiche comportamentali in cui si combinano fattori psicopatologici, abuso di alcool e sostanze, dissocialità e carenza di progettualità terapeutica. Quest'ultima raramente è personalizzata ed integrata sul piano socio - sanitario. Spesso l'alternativa al carcere e alla REMS è la comunità terapeutica, dalla quale il paziente "non compliant" si allontana tornando, in breve tempo, nel circuito giudiziario.

Le patologie di competenza psichiatrica sono oggi più complesse e multiformi. Spesso non trovano adeguate risposte assistenziali nei rigidi confini organizzativi ed operativi di molti servizi psichiatrici, che sembrano più occupati a chiudersi nelle competenze formali che non ad aprirsi, per la reale ed efficace integrazione delle risorse, ad altre organizzazioni sanitarie e sociali. Ne risultano apparati sclerotici autoreferenziali ed inefficienti.

Esistono poi servizi "riabilitativi" costosi (centri diurni e comunità terapeutiche) che equivocano il tempo della cura con quello, molto più facile, dell'intrattenimento. Al riguardo commenta il prof. Gian Paolo Guaraldi, nella sua prefazione al libro "Impara l'arte" (v. recensione a pag. 48 di questo numero), che la nostra è "un'epoca in cui è forte il rischio di smarrire il gusto della verità e l'amore per l'umanità, ove è sempre più frequente imbattersi in operatori di centri diurni che per salvaguardare il proprio tempo libero organizzano per lo più ludici intrattenimenti per i loro pazienti, una triste moda dilagante in cui tenere occupato tende a sostituire il prendersi cura".

Una situazione analoga si verifica per l'assistenza agli anziani in organizzazioni "asilari", che crescono di numero e dimensioni su ampie deleghe di abbandono sociale e non per valore assistenziale.

Sono cambiati i tempi, i contesti sociali e psicopatologici, ma alcuni apparati istituzionali risultano obsoleti e parassitari. E' tempo di cambiarli!

E' paradossale che proprio la psichiatria, nelle sue attuali articolazioni organizzative, mostri carenze di risorse di personale e inadeguatezze funzionali in diverse regioni d'Italia, quando invece la sua cultura rivoluzionaria ha saputo chiudere i manicomi ed ha favorito l'espandersi della pluriprofessionalità e del multiculturalismo nell'ambito della salute mentale. Molteplici modelli e prassi possono essere sinergici nell'attuazione di progetti terapeutici personalizzati con validi risultati al di fuori di organizzazioni sclerotiche. Nuove metodologie operative possono assicurare risposte adeguate a bisogni complessi di una società difficile con aree di degrado, nuove povertà e rapide trasformazioni.

La stessa "emergenza continua" dei flussi migratori, con il loro carico drammatico di problemi assistenziali ed umani, rappresenta un banco di prova per la nostra società e civiltà. La psichiatria può riscoprire l'orgoglio della sua cultura, vantando l'interculturalità come tratto caratterizzante di essa. Non può pensare di relegare e delegare competenze assistenziali a servizi "transculturali" per migranti disperati, per lo più di origine africana. Deve saper accogliere le loro istanze assistenziali in normali servizi pubblici, che siano però capaci di alti profili di sensibilità e dialogo interculturale, anziché limitarsi all'applicazione di aridi protocolli e tecniche rituali. In una società "meticcica" non si può più pensare ad una psichiatria con moduli transculturali dai tratti "esotici" ed ambiti residuali di psichiatria sociale. Per gli operatori dei servizi socio - sanitari, in primis quelli psichiatrici, non è tanto importante apprendere i contenuti delle altre culture quanto piuttosto avere una formazione che induca, in modo abituale, a pensare ed agire interculturalmente. Ciò ha valore nella prassi assistenziale, dove il clinico fa costante ricorso a chiavi di lettura plurime ed a risorse terapeutiche diverse e complementari. Questo modo di pensare e di agire trova ancora più valore nell'incontro con l'altro e la sua eterogeneità culturale, nei confronti della quale occorre aprirsi all'ascolto e alla mediazione.

Su queste basi si può rivitalizzare la psichiatria, riconoscendo il multiculturalismo come fondamento metodologico di ogni agire professionale nell'ambito della salute mentale. Non può esserci futuro per la psichiatria senza la cultura dell'incontro ed il dialogo interculturale, al suo interno (tra le varie professionalità) e con gli altri di cui si prende cura. Peralto, confrontandosi con mutate e complesse sensibilità sociali, può utilizzare nuovi paradigmi che le consentano sviluppo di risorse e potenzialità a fronte di stereotipi procedurali ed organizzativi, privi di pensiero dialettico - innovativo, critico e storicistico.

PROSSIMI EVENTI ECM



ANNUAL MEETING S.I.F.I.P.
SOCIETA' ITALIANA PER LA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA

CASTEL DI SANGRO 2020 XXI Corso Residenziale S.I.F.I.P.

in collaborazione con
A.R.F.N. onlus (Ass. Ricerca e Formazione in Neuroscienze)
SIDEIP (Soc. Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria)

Quale futuro per la psichiatria in una società multiculturale? Nuove competenze e prospettive di cura

Don Luiss Hotel – Castel di Sangro (AQ) 1-4 aprile 2020
Evento ECM (30 crediti)

Segreteria scientifica e organizzativa:
S.I.F.I.P. – Provider nazionale Ecm
Via dell'Umiltà 49 – 00187 Roma - www.sifip.com
sifip.sip@libero.it Cell. 3334524981 - 0775855051



Presentazione

Nella storia recente la caduta di “muri” ha rappresentato una vittoria della libertà e della civiltà. La Psichiatria italiana ha avuto il merito di abbattere quelli manicomiali, che segregavano vite e prassi assistenziali. La società contemporanea, multiculturale e multi-etnica, rischia però di edificarne altri, fatti di incomprensioni e paranoie identitarie, che impediscono l'apertura al dialogo interculturale. Ne possono derivare intolleranze, fanatismi e violenze il cui confine con la psicopatologia è spesso molto incerto, con conseguenze drammatiche nella vita civile. La psichiatria, per sua natura multiculturale e pluriprofessionale, non può accettare contrapposizioni ideologiche ed oggi offre l'esempio della diversità come risorsa in una società con vari aggregati, credenze e stili di vita, flussi migratori interni ed esterni, vecchie e nuove manifestazioni di sofferenza psichica. Operatori con differenti profili professionali utilizzano una molteplicità di modelli e prassi, tutti proficuamente convergenti nella relazione terapeutica. Su questa base si sviluppano nuove metodologie operative capaci di risposte adeguate a bisogni complessi. Questo convegno intende promuovere riflessioni sul futuro della psichiatria, le cui competenze si prospettano in un'area sociale diversificata e problematica. Di fronte a grandi e rapidi cambiamenti demografici e culturali appare oggi insufficiente lo stesso contributo tradizionale di una psichiatria transculturale, che non può più essere considerata come un ambito residuale della psichiatria sociale, con tratti di “esotismo”, né un contesto assistenziale separato per immigrati. Tutta la psichiatria oggi, nelle sue varie scuole di formazione, deve recepire l'esigenza dell'interculturalità intesa come metodologia e sensibilità costantemente vissute e praticate. Ancora più importante dell'apprendimento dei contenuti delle altre culture è una formazione che induca a pensare ed agire interculturalmente. Ciò ha valore nella prassi assistenziale, dove il clinico fa costante ricorso a chiavi di lettura plurime ed a risorse terapeutiche diverse e complementari. Trova ancora più valore nell'incontro con l'altro e la sua eterogeneità culturale nei confronti della quale occorre aprirsi con l'ascolto e la mediazione. Su queste basi si può rivitalizzare la psichiatria riconoscendo il multiculturalismo come fondamento metodologico di ogni operare nell'ambito della salute mentale. Peraltro confrontandosi con mutate e complesse sensibilità sociali, la psichiatria può utilizzare nuovi paradigmi che ne consentano una sua rifondazione a fronte di realtà organizzative obsolete, burocratizzate e scarsamente efficienti. Come scienza dell'uomo per essa non ci sono confini. Le città del sapere possono costruire nuove realtà in altre terre. Tutto il mondo è una strada (Seneca).

Francesco Valeriani
Presidente S.I.F.I.P.

Programma Scientifico

Sessioni plenarie

Mercoledì 1 aprile 2020

h. 14.30 – Registrazione partecipanti

h. 15.00 – 20.00

Patrimonio culturale, nuove sensibilità e competenze della Psichiatria

Chairmen: *M. De Vanna, A. Torre*

“Zeitenwende” e nuove competenze della psichiatria – *F. Valeriani*

Psicopatologia VS Antropologia: due storie parallele – *F. Ferro*

I confini del Sé nella sfida dell’alterità, per un lavoro assolutamente teorico – *C. Saraceni*

Speranza e tenerezza quali strumenti terapeutici – *A. Scala*

L’evoluzione socio culturale della psicopatologia perinatale – *M. Mauri*

Simbologia locale e varianti culturali tra Occidente ed Oriente – *Federica Saraceni*

Discussione interattiva

Giovedì 2 aprile 2020

h. 08.30 – 13.30

La psicopatologia nella cultura dell’altro. Esperienze e ricerche nazionali ed europee

Chairmen: *S. Merra, Ferdinando Saraceni*

Esperienze di psichiatria multiculturale: le espressioni psicopatologiche nelle strutture di accoglienza per “migranti” – *L. Ventre*

Cultura e psicopatologia: nuove prospettive nella ricerca e pratica clinica – *G. Valeriani (Svezia)*

Modelli organizzativi per l’accoglienza dei rifugiati in Svezia – *R. Felizia (Svezia)*

Migrazioni e psicosi – *M. De Vanna*

Psicosi e arte contemporanea: spunti psicodinamici, psicopatologici, per la terapia e la recovery – *M. Alessandrini*

Senzatetto, nuove povertà e salute mentale – *F. Garonna*

Discussione interattiva

h. 15.00 – 17.30

In tema di salute mentale dei migranti

Simposio SIDEPA (Società Italiana di Deontologia ed Etica Psichiatrica)

Chairman: *L. Benevelli*

Etnicità e Psicosi – *S. Tartaglione*

Disastri ambientali, migrazioni e psicopatologia – *G. Barone*

De-Colonizziamo le menti – *L. Benevelli*

Discussione interattiva

h. 17.30 – 20.00

Ecologia e Psicopatologia delle catastrofi

Chairmen: *G. Di Giovanni, V. Pasqualoni*

Ecologia e salute mentale: l’impatto dei cambiamenti climatici sulla nostra psiche – *L. Janiri*

Il PTSD nei sopravvissuti al disastro ferroviario di Viareggio – *M. Mauri*

Vecchie e nuove droghe: una catastrofe psicopatologica e sociale – *C. Iani, V. Pasqualoni*

Discussione interattiva

Venerdì 3 aprile 2020

h. 08.30 – 11.30

Neuroscienze e neurodidattica nella prospettiva della prevenzione ed inclusione sociale

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

Chairmen: *M. Mauri, P. Tripepi*

Neuroscienze, Psichiatria e Umanizzazione della mente - *P. Tripepi*

Il cervello sociale – *D. Marazziti*

Le competenze per l’umanità fragile - *V. Li Franchi*

Etnopsicofarmacologia e Farmacologia Transculturale: nuovi paradigmi nelle neuroscienze culturali – *A. Bruschi*

Discussione interattiva

h. 11.30 – 13.30

Appropriatezza clinica e prospettive della ricerca nei trattamenti psicofarmacologici

Chairmen: *D. Moscato, M. Pacella*

Impatto della farmacogenetica in psichiatria – *D. Marazziti*

Attualità nella ricerca e terapia psicofarmacologica – *S. La Pia*

Efficacia e sicurezza degli antidepressivi nella depressione bipolare.

Nuove evidenze da uno studio multicentrico prospettico – *A. Tundo*

h. 15.00 – 18.00

L’immagine del corpo. Modelli culturali e psicopatologia

Simposio in collaborazione con La Sirena onlus

Chairmen: *A. De Santis, G. Marzi*

Corpo e sessualità attraverso l’opera di Jeronymus Bosch – *G. Marzi*

Le giovinezze posticce: fenomeno di narcisismo intramontabile o di psicopatologia senile? – *S. Tartaglione*

DCA tra psicosi, ansia e dismorfofobia – *M. Mauri*

I trattamenti residenziali nei disturbi del comportamento alimentare: esperienze cliniche – *F. Conti*

Adolescenza e disturbi alimentari: la dispercezione corporea – *S. Palombo*

Il corpo che non abito: terapia dello specchio nell’obesità – *A. Zepieri*

Discussione interattiva

h. 18.00 – 20.00

Multiprofessionalità e diversità delle risorse nei percorsi di cura

Chairmen: *F. Garonna, G. C. Perella*

Terapie complementari ed alternative nella depressione? – *M. De Vanna*

Per una farmacopea delle disabilità – *F. Garonna*

La TDCS nel trattamento della Depressione: modello applicativo e esperienze – *G. Capetti, G. Pancotto*

Discussione interattiva

Sabato 4 aprile 2020

h. 08.30 – 11.30

La Psichiatria dei Servizi tra necessità e libertà

Chairmen: *P. Antignani, V. Sconci*

Oltre il Confine del Sé: alienati e alienazione sociale – *M. Conte*

TSO: luci ed ombre a 40 anni dalla 833 – *O. Di Marco*

Appropriatezza dei TSO nei disturbi comportamentali – *S. Di Mauro*

h. 11.30 – 12.30 Discussione interattiva e conclusioni

h. 12.30 – 13.30 Somministrazione questionario Ecm

*

Focus group paralleli di approfondimento tematico

Relatori e moderatori

M. Alessandrini - Psichiatra, Prof. a contr. Facoltà di Psicologia dell’Università di Chieti

P. Antignani -Psichiatra, Medico Legale – Frosinone

G. Barone -Psichiatra, Presidente Associazione Medici per l’Ambiente (ISDE), provincia di Campobasso

L. Benevelli - Medico psichiatra, già coordinatore DSM di Mantova, Forum salute Mentale, Stopopg, socio Società Italiana di Antropolo-

gia Medica (SIAM).)

A. Bruschi - Psichiatra e Psicoterapeuta psicoanalitico. Istituto di Psicopatologia – Roma; Resp. ff DH Psichiatria ASL - Viterbo; Prof. a c. UCSC e La Sapienza – Roma

G. Capetti - Casa di Cura Park Villa Napoleon - Treviso

M. Conte - Responsabile SPDC Pontecorvo ASL - Frosinone

F. Conti – Medico Resp. Struttura trattamento Disturbi Alimentari Villa Armonia Nuova - Roma

A. De Santis- già Primario Psichiatra - Frosinone

M. De Vanna – Presidente Comitato scientifico S.I.F.I.P. – Trieste

O. Di Marco – Dirigente medico UOC SPDC Cassino-Sora, ASL - Frosinone

S. Di Mauro – Dirigente medico UOC SPDC Cassino-Sora, ASL - Frosinone

G. Di Giovanni – Presidente A.R.F.N. onlus

R. Felizia - Direttore del Refugees Medicine Centre - Norrköping (Svezia)

F.M. Ferro - Professore Emerito di Psichiatria Università di Chieti

F. Garonna – Direttore Sanitario casa di cura Park Villa Napoleon - (Treviso) Prof. Psicofarmacologia Facoltà di Psicologia IUSVE - (Venezia)

C. Iani - Dir. U.O.C. Neurologia Ospedale S. Eugenio - Roma

L. Janiri – Direttore Scuola Specializzazione in Psichiatria Univ. Cattolica Roma

S. La Pia - Dirigente Psichiatra - DSMASL - Napoli 4

V. Li Franchi – Dirigente MIUR

D. Marazziti – Docente di Psichiatria Università di Pisa

G. Marzi – Psichiatra Responsabile della SRSR La Margherita di Terracina (LT)

M. Mauri – Professore di psichiatria università di Pisa

S. Merra- Dir. San. Servizi Intercomunali S.p.A – Presidente Comitato Scientifico A.R.F.N. onlus

D. Moscato – Dirigente psichiatra ASL LT

M. Pacella - Dirigente psichiatra ASL LT

S. Palombo – Psicologo - Presidente Ass. “La sirena onlus”

G. Pancotto - Casa di Cura Park Villa Napoleon - Treviso

V. Pasqualoni – Dirigente Psichiatra Inc. di Alta Professionalità “Doppie Diagnosi” ASL RM 1

G.C. Perella – Direttore Sanitario RSA Castel del Giudice (IS)

C. Saraceni - Direttore Scuola di Special.ne in Psicomatica Ospedale “Cristo Re” - Roma

Ferdinando Saraceni - Psichiatra-Roma

Federica Saraceni – Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - Roma

A. Scala – Dir. Scientifico Comunità terapeutica “Aquilone” – Solopaca (BN) – Presidente On. S.I.F.I.P.

V. Sconci – già Direttore DSM L’Aquila

S. Tartaglione - Presidente S.I.D.E.P. – già Direttore di DSM, Direttore Sanitario della Residenza Psichiatrica “Il Quadrifoglio” di Rosello – CH

A. Torre – già Direttore DSM - ASL Frosinone – Vicepresidente S.I.F.I.P.

P. Tripepi – Dirigente psichiatra ASL – Latina – Presidente A.R.F.N. onlus

A. Tundo - Direttore Istituto di Psicopatologia - Roma

G. Valeriani - Psichiatra – Karolinska University – Stoccolma - Svezia

F. Valeriani - Presidente S.I.F.I.P. (Società Italiana per la Formazione in Psichiatria) – Roma

L. Ventre – Psichiatra - Medico Legale – Udine

A. Zeppleri – Psicologa Frosinone

INFORMAZIONI GENERALI

Sede del Convegno

DON LUIS HOTEL – Tel. **0864 847061** - Loc. Prato Cardillo – 67031 Castel di Sangro (AQ)

Informazioni ECM

Il corso è accreditato nel programma formativo ECM del Ministero della Salute per i primi 100 iscritti. E’ previsto il riconoscimento di N. 30 crediti, subordinato alla partecipazione al 90% dei lavori dal 1 al 4 aprile 2020, per un totale di 30 ore.

Modalità di iscrizione:

L’iscrizione si effettua compilando la relativa scheda, scaricabile dal sito www.sifip.com da spedire a V.le Marconi, 12 – 03100 Frosinone o inviare a mezzo fax (0775/855051- ore pomeridiane) alla segreteria S.I.F.I.P. , allegando copia del bonifico bancario sul c/c n° 13466

Banca Credito Cooperativo di Roma – Ag. Castel di Sangro (AQ) | IBAN: IT46J0832740520000000013466

Quota di iscrizione: Euro 460,00 + IVA 22%

La quota dà diritto a:

iscrizione con partecipazione a tutti i lavori

Ritiro kit congressuale

attestato di partecipazione, anche per singole giornate

rilascio crediti ECM (subordinato alla partecipazione ad almeno il 90% delle ore formative e alla consegna dei questionari previsti con almeno l’80% di risposte corrette)

Iscrizione agevolata per i soci S.I.F.I.P., A.R.F.N. onlus, SIDEP: € 100,00 + IVA 22%

L’iscrizione agevolata è estesa anche a nuovi soci che ne facciano richiesta alla S.I.F.I.P. inviando, tramite posta elettronica o fax, modello di iscrizione scaricabile dal sito www.sifip.com e versando la quota associativa di € 30,00, anche contestualmente alla quota di iscrizione al congresso (totale di € 152,00 I.I.)

N.B.: è previsto il rimborso del 70% della quota di iscrizione all’evento Ecm per annullamenti entro il 28/02/2020.

Nessun rimborso dopo tale data.

Speciali condizioni di sistemazione alberghiera riservate agli iscritti

in **hotel ***** (IN 1.04.2020 - OUT 4.04.2020) per **tre giorni** – Contattare direttamente l’hotel

Quale comunicazione in psichiatria?

What communication in psychiatry?

Riassunto

Il comunicare ha molte forme espressive con molteplici rimandi e significati. E' riscoperta dell'alterità e rifiuto dell'alienità. La comunicazione autentica si realizza quando diviene relazione tra una soggettività e l'altra, nei vari contesti della cura e dei rapporti sociali. La comunicazione razionale, per quanto utile sul piano della trasmissione di cognizioni, non riesce ad essere strumento di cambiamento e di rinascita interiore, essendo priva di risonanze esistenziali. Queste sono possibili solo quando la comunicazione è una comunicazione emozionale, il cui valore si ravvisa specialmente nella relazione terapeutica, nei suoi orizzonti di senso, parole e silenzi. L'impostazione fenomenologica in psichiatria consente di superare i limiti della sua concezione positivista e dei suoi aridi e convenzionali schemi linguistici. Permette di incontrare la sofferenza, recuperando la comunicazione ad una dimensione intersoggettiva ricca di ascolto e di "parole emozionali" di alto valore terapeutico.

Parole chiave: comunicazione, relazione, fenomenologia, cura, alterità, ricerca di senso, parole, silenzi, emozioni.

Summary:

Communication has many expressive forms with multiple references and meanings. It represents the re-discovery of otherness and rejection of alienness. An authentic communication is realized when it becomes a relationship between one subjectivity and another one, in the various contexts of care and social relations. Although useful in terms of transmitting knowledge, rational communication fails to be an instrument of a change and inner rebirth, because of the lack of existential resonance. Change and inner birth are possible only when communication is an emotional one, whose value is especially recognized in the therapeutic relationship, in its horizons of meaning, words and silences. The phenomenological approach in psychiatry overcomes the limitations of its positivistic conception and its insensitive and conventional linguistic schemes. It allows us to meet suffering and recover communication to an intersubjective dimension minded to listening and to "emotional words" of high therapeutic value.

Keywords: communication, relationship, phenomenology, care, otherness, search for meaning, words, silences, emotions.

Premesse

Una premessa: ci sono due modi radicalmente diversi nel comunicare come fare conoscere, diffondere, mettere qualcosa in comune: il comunicare come verbo transitivo; e il comunicare come verbo intransitivo, e cioè il comunicare come parte – cipare: come con – dividere. Nella struttura linguistica del comunicare, del partecipare, del prendere parte e del condividere, riemerge sempre come dice Heidegger il radicale della *parte*: in tedesco *Mit – teilung e Mit – teilen*. Questa *parte* è la parola tematica di ogni comunicazione: noi siamo solo la parte di un tutto: siamo una soggettività amputata nella relazione con gli altri: siamo una soggettività che non si realizza fino in fondo se non nella intersoggettività: nel recupero della soggettività altrui.

Una seconda premessa: la comunicazione intesa come relazione, e come partecipazione, è riscoperta della alterità e rifiuto della alienità. L'*alter* non è l'*alienus*; e questo non solo in psicopatologia ma anche nel contesto delle comuni relazioni interpersonali. L'*alienus* è chi è, o meglio chi viene considerato, diverso da noi: chi è, o sembra essere, al di fuori della nostra comunità di vita. La comu-

nicaione autentica si realizza fino in fondo solo quando diviene relazione fra una soggettività e l'altra, fra una parte e l'altra, e questo nel contesto della clinica e della cura ma anche in quello della famiglia e della società.

I disturbi della comunicazione

Le esperienze neurotiche e psicotiche, le loro diverse forme di espressione, non sono se non disturbi della comunicazione: questa è la tesi di Ludwig Binswanger, uno dei grandi psichiatri del secolo scorso, al quale si deve la rifondazione fenomenologica della psichiatria: ricondotta al suo statuto di scienza radicalmente umana.

Vorrei dire che comunicazione, relazione, colloquio e dialogo, sono sfere semantiche che sconfinano le une nelle altre, e che rientrano nelle esperienze più complesse e più difficili, più ambigue e più inafferrabili, della vita. Ci si inoltra in una comunicazione autentica con se stessi e con gli altri lungo il sentiero della interiorità (della introspezione) e della immedesimazione; ma le cose cambiano nella misura in cui si abbia a che fare con la comunicazione razionale, o con quella emozionale. La comunicazione razionale è quella che ci mette in contatto, e in

relazione, con i nostri pensieri e i nostri calcoli, e con i pensieri e i calcoli degli altri: con la dimensione de-emozionizzata della realtà. La comunicazione razionale è quella che nelle scuole porta chi insegna a trasmettere cognizioni geometriche, e astratte, senza risonanze esistenziali profonde e indelebili.

Non c'è comunicazione creatrice di conoscenza e di trasformazione se non quando la ragione, la ragione calcolante, si converte in passione: nella leopardiana passione della speranza. La sola comunicazione razionale dei fatti, ma non ci sono fatti come diceva Nietzsche e solo la loro interpretazione, non riesce ad essere strumento di cambiamento e di rinascita interiore, di crescita e di maturazione, possibili solo quando la comunicazione sia anche, e radicalmente, comunicazione emozionale.

La comunicazione non è se non relazione

Comunicare è allora entrare in relazione con se stessi e con gli altri; comunicare e trasmettere esperienze e conoscenze personali; comunicare è uscire da se stessi e immedesimarsi nella vita interiore di un altro – da – noi: nei suoi pensieri e nelle sue emozioni. Noi entriamo in comunicazione, e cioè in relazione con gli altri, in modo tanto più intenso e terapeutico quanta più passione è in noi, quante più emozioni noi siamo in grado di rivivere, e di vivere, con chi chiede il nostro aiuto. Se vogliamo creare una comunicazione autentica con una persona, se vogliamo ascoltarla (anche l'ascoltare può essere freddamente razionale, o invece animato dal pensiero emozionale) fino in fondo, questo non avviene se non seguendo il cammino delle nostre emozioni.

Quale abisso l'uomo medesimo, dice Agostino, e come è difficile conoscere se stessi, i nostri pensieri e le nostre emozioni, e non di meno senza una dolorosa introspezione nulla possiamo conoscere degli altri. In ogni forma di comunicazione, e soprattutto in quella terapeutica, l'io si confronta con il tu nell'orizzonte di un noi che fonde, e trascende, l'io e il tu in una nuova dimensione dalla quale si esce cambiati, e non si è più quelli di prima quando la relazione sia reciprocamente articolata. Ogni volta, allora, non c'è solo qualcuno che parla, comunicando qualcosa, e qualcuno che ascolta, e riceve, qualcosa, ma c'è contemporaneamente, anche nel silenzio (si può comunicare con il silenzio e nel silenzio), un parlare e un ascoltare in una continua circolarità di esperienze.

Come si comunica?

Si comunica con il linguaggio delle parole, con quello del corpo vivente, e con quello del silenzio. Le parole sono creature viventi, e solo se nascono dal cuore riescono a creare relazioni significative, e a comunicare cose dolorose e problematiche. Se vogliamo che siano portatrici di cura, non possono se non essere parole leggere e profonde, interiorizzate e calde di emozione, sincere e palpitanti di vita. Ma gli orizzonti di senso delle parole cam-

biano nel contesto dei diversi linguaggi del corpo vivente, e cioè della voce, degli sguardi, dei volti e dei gesti. Il linguaggio del corpo può confermare, o smentire, il linguaggio delle parole; e anche di questo è necessario avere una piena coscienza.

Queste sono solo alcune connotazioni di quella che dovrebbe essere una comunicazione, una relazione, terapeutica; nella quale non può non essere di radicale importanza la attenzione alle cose che diciamo, che destano le più diverse risonanze emozionali in noi, in chi ci ascolta, e in chi si attende di essere curato.

Come ha scritto una volta Marina Cvetaeva, la grande scrittrice russa, che non ha potuto sfuggire al richiamo fatale della morte volontaria, scegliere le parole, che aiutano e curano, esige un vero e proprio lavoro di ricerca e di selezione. Come drammaticamente accade del resto in ogni seduta psicoterapeutica. E allora ci sono parole, parole emozionali (le sole che contano), che sono capaci di creare ponti di comunicazione fra noi e gli altri, fra chi cura e chi è curato, e ci sono parole che sono incapaci di fare questo, e creano muraglie kafkiane tra noi e gli altri. Sono cose, queste, che la fenomenologia ha messo in particolare evidenza contestando gli schemi linguistici aridi e convenzionali di matrice naturalistica dei quali si serve abitualmente la psichiatria clinica.

Non c'è conoscenza senza sofferenza

L'impostazione fenomenologica in psichiatria giunge anche a fare proprie tesi inconciliabili con il pensiero positivistico: quella ad esempio che, sulla scia di Eschilo e di Simone Weil, sostiene che non ci sia conoscenza senza sofferenza, e come la sofferenza, l'aver conosciuto le ombre della sofferenza, consente di articolare relazioni interpersonali e terapeutiche in qualche modo più intense, e più credibili agli occhi di chi stando male, e precipitando negli abissi della solitudine, ha bisogno di una comunità di cura, e di una comunità di destino. (Sono cose che Emily Dickinson ha scritto in una delle sue bellissime poesie).

Questa tesi così radicalmente antinaturalistica non intende se non sottolineare il significato maieutico che il dolore, e la fragilità come metafora della vita, assumono nella relazione di cura. Questo significa il rifiuto di ogni onnipotenza e la esigenza di una relazione psicoterapeutica che tenda ad essere il più possibile simmetrica, o che tenda almeno a diminuire la asimmetria fra chi cura e chi è curato.

Non potrei così non considerare la fragilità (San Paolo la definiva la nostra forza) come una sorgente di apertura e di comunione: una comunicazione, questa, recuperata nella sua dimensione intersoggettiva. (Un incontro, un incontro psicoterapeutico, che sia senz'anima, non comunica nulla, e l'oblio ne divora fulmineamente il contenuto).

Il dialogo

Come posso conoscere, o meglio come posso intuire, cosa le mie parole destano nel cuore di chi mi ascolta, o di chi vorrei aiutare a risalire dalla tristezza o dall'angoscia, dalla inquietudine o dalla disperazione?

Avvicinarsi agli orizzonti di senso della comunicazione, della relazione, che abbiamo con gli altri, non è facile; ma in ogni caso dovremmo sempre pensare che in ogni incontro, e in ogni incontro psicoterapeutico in particolare, non hanno solo importanza le cose che diciamo, i loro contenuti, ma anche, e ancora di più forse, il modo (il diapason emozionale) con cui le cose sono espresse.

Come scrive Nietzsche bisogna essere capaci di ammirazioni impetuose, e accogliere dentro di sé molte cose con amore, perché altrimenti non si è adatti né a comunicare né a comprendere quello che ci viene comunicato. Forma e contenuto non possono non essere dialetticamente intrecciati l'una all'altro.

O siamo in dialogo senza fine con gli altri – da – noi nella vita quotidiana e nella vita di cura, o non riusciamo nemmeno a ottenere che chi stia male, e sia senza speranza, possa dare parole al proprio dolore: solo così, lo diceva Shakespeare in Macbeth, si evita che il nostro cuore si abbia a spezzare.

Ci sono conseguenze in psichiatria?

Gli orizzonti di senso del mio discorso sono stati contrassegnati da alcune tesi: la tesi che il comunicare come trasmissione di qualcosa, di una notizia, verbo transitivo, e il comunicare come essere in relazione, essere in contatto e in comunione, verbo intransitivo, non siano la stessa cosa; e la tesi che non ci sia comunicazione autentica se non nel contesto di una reciproca partecipazione emozionale fra chi parla e chi ascolta, fra chi cura e chi è curato, fra chi è ammonito e chi ammonisce.

Comunicare è trasmettere conoscenze ed esperienze razionali, ed emozionali; e comunicare (la cosa essenziale in psichiatria e in psicoterapia) è immedesimarsi nella vita interiore di un'altra persona; e contestualmente comunicare non è possibile se non conosciamo prima, e se non riconosciamo senza fine, cosa avviene in noi: negli abissi senza fondo della nostra interiorità.

Nella vita non è possibile non desiderare di comunicare, e anzi non è possibile non comunicare; ed è, questo il solo modo che ci consente di sfuggire all'angoscia e alla disperazione della solitudine: della solitudine che ci rinchioda nella prigione invalicabile del nostro io quando non sia, certo, solitudine creatrice.

Da queste riflessioni sulla categoria fenomenologica e sociale della comunicazione, intesa come premessa ad ogni relazione e ad ogni dialogo, non possono non rinascere conseguenze pratiche e teoriche in ordine ai modi, al linguaggio (al linguaggio delle parole, del corpo vivente e del silenzio), con cui si entra in comunicazione con il mondo interiore dei pazienti, e ci si avvia alla compren-

sione della loro vita interiore. Sono aree tematiche comuni agli indirizzi metodologici che radicalmente si distinguono da quelli clinici e descrittivi ai quali sono estranee le aree della soggettività e della intersoggettività.

Congedo

Non posso non dire come queste riflessioni scaturiscano dalle mie esperienze in una psichiatria, quella fenomenologica, incentrata essenzialmente sulla conoscenza e sulla cura delle esperienze psicotiche, depressive e maniacali, schizofreniche e anancastiche, nelle quali, lo vorrei sottolineare, la comunicazione, e la conseguente relazione, seguono sentieri conoscitivi ancorati all'intuizione eidetica che guarda al presente e non al passato. Questo distingue la fenomenologia dalla psicologia individuale adleriana come dalla psicoanalisi freudiana e dalla psicologia analitica junghiana, che non possono fare a meno, ovviamente, delle regioni sconfinite dell'inconscio; benché a comune fondazione metodologica dell'indirizzo fenomenologico e di quelli psicodinamici non possa non esserci la cifra ermeneutica: la interpretazione.

La fenomenologia, in ogni caso, ha bisogno di una continua confrontazione con quelli che sono i punti di vista teorici e pratici della psicoanalisi freudiana, della psicologia individuale e della psicologia analitica.

**Docente e Primario Emerito di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Maggiore della Carità di Novara*

Se questo è un uomo

If this is man

Riassunto

In una comunità colpita in modo esteso e drammatico si manifestano traumi che investono sia i singoli che l'insieme dei suoi componenti. La via della cura si muoverà tra la presa di coscienza di ciascuno ed il ritorno ad un'arte dialogica corale.

La nuova biografia della comunità potrà contenere e superare le scissioni interne, individuali e collettive, se un lavoro terapeutico e metaterapeutico consentirà di vertebrare nuovamente l'insieme, attorno ad un patto liberamente sottoscritto. Così il dialogo verticale tra generazioni può accompagnare il viaggio della intera comunità nel campo aperto della esistenza.

Parole chiave: comunità e singolo - scissione e ricostruzione - relazione dialogica

Summary

Traumas arise and affect both the individuals and all the members of a community that has been affected in an extensive and dramatic way. The path to the cure will move between the individual awareness and the return to a choral dialogue art.

The new biography of the community will contain and overcome the internal, both individual and collective, divisions if a therapeutic and meta-therapeutic work is able to connect again the whole around a freely signed agreement. Thus the vertical dialogue between generations can accompany the journey of the entire community in the open field of existence.

Keywords: community and single - splitting and reconstruction - dialogic-relationship

La comunità che venga colpita da un dramma esteso e stratificato - guerra totale, terremoto, *bellum intestinum* - vede mettere in questione il suo modo d'essere al mondo. Una sorta di buco nero la inghiotte. Indecifrabile nell'immediato, al modo del dolore provato nella catastrofe inattesa; il quale è *pur vero*, come argomenta S. Freud nel saggio *Caducità* (1915). Il testo è scritto durante la Grande Guerra, in riferimento ad una escursione a San Martino di Castrozza, località dolomitica, avvenuta un anno prima a conflitto non iniziato: erano presenti due amici, uno dei quali R. M. Rilke, colpito dalla bellezza effimera di un prato fiorito, destinato presto a deperire nel declinare delle stagioni.

Il tema del dolore, che esplode dentro un evento tragico, e del lutto che ne consegue ci rammenta che la sua percezione è pur vera, ma la devastazione che ha travolto tutti ha il volto duro di verità impenetrabili. La biografia della comunità diviene improvvisamente precaria, assieme alla esistenza dei componenti ed alla persistenza delle memorie fin là custodite. L'insieme dei traumi che la attraversano provoca una scissione indisciplinata (*Spaltung*), che qua sospende, là devasta gran parte dei legami consolidati tra i membri della comunità. Frantumandoli, abolendo la funzionalità degli spazi e dei modi dedicati alla vita in comune. Di conseguenza *ne va* di ogni possibilità di dialogo autentico, poiché la lotta per la mera sopravvivenza finisce per coagulare ogni energia e impedisce, o rinvia, ogni altro tipo di azione e di relazione. E' la stessa 'nuda vita' ad essere messa in questione! Le tracce, visibili ed invisibili, dureranno a lungo, creando una stratificazione di traumi, che potranno riemergere e perfino riprodursi secondo modalità che si credevano estinte. Con effetto straniante, quale si ha nell'impatto col mostruoso, poiché in esso si manifesta qualcosa di familiare che era già là (*heimlich*), nascosto nei recessi dell'organismo individuale e sociale. Per S. Freud il perturbante è ciò che sopra-viene come

estraneo, ma con tratti familiari, tali da generare stati di angoscia esistenziale (S. Kierkegaard).

Ogni scissione spezza o abolisce i legami consolidati. Il dialogo, al contrario, ha bisogno di connessioni dinamiche fra le parti, di complementarità, di elementi di scambio reciproco, possibili solo in spazi comuni: si acquisisce identità e la si trasforma in ipseità, se si fa parte del medesimo paesaggio. Senza una connessione forte rimarrebbero solo brandelli di *logos*, frammenti quasi residuali in cui non è possibile intravedere un qualche ordine: incompatibili fra loro come macerie dalle propaggini incerte. La questione è ardua perché ogni dialogo nasce da una forma di comunanza pensante e senziente, per nulla facile a realizzarsi: un miracolo, secondo il poeta Andrea Zanzotto, frutto di un pensiero sopra-veniente (*logos erchomenos*) al modo della ispirazione poetica. Ogni dialogo in atto, interiore per il singolo o tra componenti la comunità, è frutto di connessioni dinamiche tra parti che compongono un intero (S. Resnik). Valgano, a supporto, le condizioni individuate da Platone (*Lettera VII^a*), sù fino alle indicazioni della *Daseinsanalyse*.

Le sue forme e condizioni, dopo un dramma vissuto collettivamente, contengono almeno due prospettive. Una si muove oltre il terreno proprio, superando i limiti dello spazio discreto in cui ciascun gruppo o singolo è stato gettato. Al modo dell' *amor de lonh* cantato dai poeti della koiné romanza in cui si elogia la potenza della lontananza (J. Rudel), visto che la sofferenza domina la vicinanza: proprio nel momento della crisi è possibile connettersi di nuovo ad antichi fili che la memoria custodisce. La seconda riconduce ogni singolo all'incontro diretto, al confronto *a tu per tu* ed *in presenza*; secondo regole che vanno riscoperte per favorire il pensare ed il sentire assieme: *una cum*. Riguardano: spazio e tempo di nuovo aperti e disponibili, misura e reciprocità. Infine tolleranza rispetto alle inevitabili a-simmetrie che il dramma vissuto ha fatto emergere e

spesso potenziato. Il sommovimento, infatti, rende ardua la ricezione di un pensiero comune, poichè tutto ciò che viene ricevuto *ad modum recipientis recipitur*.

Si farà attenzione, nella azione, alla biografia del singolo e dell'insieme, quindi ai momenti salienti della sua ricostruzione. Ogni comunità diviene così capace di costruire nuovamente una biografia propria, che si verrà scrivendo a più mani. Poiché il trauma lacerante ha interrotto il fluire dei rapporti tradizionali, vi sarà 'in principio' solo una biografia interrotta, in cui permane la vergogna di esistere ancora, nei superstiti su cui si è abbattuta la mano degli aguzzini; ma dipenderà da loro, i superstiti, e dai maestri che si sceglieranno, se il superamento (*Aufhebung*) sarà possibile. Se verranno obliati nessuna ricomposizione sarà duratura. Ne è prova ciò che emerge dall'ultimo trentennio, in Italia ed in Europa: si è giunti a colpevolizzare i profughi che incombono sulle proprie sponde, come se l'esser ancora vivi fosse una colpa. Esercizio di crudeltà inaudita, che tende ad annientare quel che resta della persona e dei suoi legami con le comunità originarie. Per contrastare una simile deriva verso abissi di regressione ferina, oscuramente già vissuti, si avverte la necessità di un pensiero critico, itinerante e aperto, al fine di ricostruire una forma aggiornata di biografia comune.

Nonostante lo smarrimento provocato da continue tragedie che entrano nel nostro orizzonte, peraltro prodotte anche da nazioni europee, si avverte la necessità di ritornare a pensare *secondo il logos*. Esiste ed abita ogni disciplina, in particolare il filosofare, ove si oscilla tra il *pensare da sé* (il lessinghiano *selbst denken*) e il *pensare inter alios*. Da qui l'importanza dell'incontro tra diversi, tra autoctono e straniero, tra noto e ignoto. Arduo, ma inevitabile. Se ne conoscono i rischi, come sapevano gli interlocutori di Socrate, tra cui Alcibiade (Platone, *Symposion* e *Alcibiade I^o*).

Quanto al problema della comprensione del trauma (*consequentium rerum cum primis coniunctio et comprehensio*) che abbia colpito una comunità, si impone la adozione di un *logos* non esclusivamente formale, non legato esclusivamente ad una attività categoriale, di tipo tassonomico. Sovviene, e appare più adeguata, una forma complessa come la bi-logica, di tipo 'comprensivo' (I. Mate Blanco).

Lacerazioni, ferite, stimmate di una comunità colpita profondamente nel corpo e nello spirito

La poesia, che introduce testimonianze e narrazione di Primo Levi sulla tragedia che aveva investito il popolo ebraico e l'Europa intera, inizia con un interrogativo attinente a questioni etiche ed ontologiche in grado di provocare nel lettore delle vere e proprie vertigini. Quella espressione dubitativa (*Se questo è un uomo*) è più perentoria di quanto non dica la congiunzione che la introduce. I versi che seguono, con la chiusa composta da ingiunzioni di inequivocabile ispirazione biblica, se ben compresi, hanno effetti dirompenti: dal momento in cui il

lettore decide di continuare il percorso egli *sa* che ciò equivale a gettare uno sguardo dentro un abisso di malvagità senza eguali, prodotto or ora nella 'civile' Europa. Eppure hanno il potere di ricondurre all'esercizio del pensare, come accade a chi indaghi le profondità e i caratteri della trascendenza. Anche la malvagità umana, espressa proprio in quelle forme aberranti emergenti dal testo, possiede una sua forma di alterità ontologica, seppur in negativo. Forse bisogna procedere al modo in cui Dante ha immaginato il suo viaggio oltre i limiti: partendo da una selva oscura.

Il trauma che consegue all'impatto con la malvagità debordante, ed il decorso post-traumatico, appaiono nell'immediato dominati dallo smarrimento per la sorte iniqua degli 'innocenti' e dal dolore soverchiante per i 'salvati'. Per tutti si deve affrontare il pesante vuoto causato dalla esperienza dell'abbandono, dal peso delle sofferenze celate, dalla perdita delle persone amate. Col rischio di rinnovare un lutto perenne, che non può essere esorcizzato solo individualmente. Lo spirito della comunità diventa vulnerabile, con sovrabbondanza di ansia ed instabilità, congelato in alcune sue parti (S. Resnik), eppure in grado di rivelare forme di resistenza inedite.

E' il vissuto (*Erlebnis*), individuale e collettivo, a correre il pericolo di frantumarsi, visto che si mette in questione la esistenza stessa ed un principio di rango ontologico: il principio (di) relazione. La esistenza è quella condizione primaria in cui si viene gettati nel mondo senza aver scelto; ma qui viene stravolta, sia in quanto annientamento della medesima (i bambini eliminati ai quali non è stato possibile proferire nemmeno una parola), sia come privazione del mondo proprio, il luogo deputato a tessere relazioni vitali. Si va dal venire-al-mondo, all'esserne immediatamente espulsi. Si è espunti dal campo della esistenza, che trascende il singolo, diretti verso il nulla che nega ambedue. Un nihilismo ripetitivo sembra capace di riaffiorare, proprio nell'Europa che ne ha fatto amarissima esperienza in passato. Ne sono segno i lager risorti in Libia ed i corpi di migranti torturati, infine dissolti nei deserti o nelle fosse del Mediterraneo. L'assenza di un qualsiasi segno visibile del passaggio sulla terra di un singolo, come di un popolo in fuga, certifica la insussistenza degli abitatori delle sponde del Mediterraneo: ombre o simulacri, non donne e uomini. Quanto agli scampati, essi vivono fuori del tempo, in attesa di un approdo presso qualche collettività in grado di salvarli. Segnaliamo una tradizione che sta alle origini della civiltà europea. Omero (IX° sec. a. C.?) ha costruito un intero poema pedagogico attorno ad Odisseo: al centro il popolo dei Feaci. Erano gli abitanti di un'isola al di fuori delle guerre: avevano assunto il compito di riportare i naufraghi alla terra paterna, al prezzo della loro stessa esistenza, come accadrà per opera di Poseidone. Si comprende che nel cuore delle terre che circondano il Mediterraneo qualcosa di essenziale, di vitale, si vien perdendo; o forse si sta dissolvendo.

La totale indifferenza per la esistenza dell'Altro, vissuto come una minaccia e quindi respinto ancor prima che compaia sulla linea del proprio orizzonte, non è tuttavia un

fenomeno che sia apparso di recente. Ha una lunga gestazione e momenti in cui ha prodotto ben più che lacerazioni e traumi nelle comunità implicate. S. Freud ne è cosciente fin dal saggio sul fenomeno della caducità (*Vergänglichkeit*) dove emerge una sorta di rassegnazione del nihilismo insito nella guerra moderna. Si vedano poi le preoccupazioni ontologiche di S. Freud ed A. Einstein, nel carteggio del 1932, quando se ne preparava una nuova, più devastante della prima. Seguirono le lacerazioni introdotte dai totalitarismi ed il vuoto incolmabile provocato dalle loro diverse forme storiche, comprendenti l'uso del terrorismo di stato. L'arma del terrore viene esercitata prima su popoli ritenuti inferiori, poi estesa *erga omnes*. Nel frattempo la eredità del nihilismo totalitario passerà alla produzione di armi atomiche ed alla distruzione 'industriale' della natura.

Nei limiti di questo testo non è possibile analizzare per esteso la molteplicità di traumi e lacerazioni provocate da una violenza inedita su una comunità; tuttavia si intende segnalare un nucleo contenente quelle che il pensiero filosofico ha individuato come *primalità dell'essere*.

In primo luogo le stigmate ereditate da una tragedia collettiva impediscono il nascere e il dispiegarsi della *conoscenza*, essendo essa atto che presuppone la libertà di ogni singolo, una sua volontà integra, ed infine la possibilità di pensare assieme (*cum-noscere*). Ai limiti dell'impossibile si pone la ricerca della verità, poiché i primi ad essere espunti sono il dubbio e la meraviglia, che per Aristotele fondano l'inizio del sapere (Aristotele, *Metaph.*, A 982b). Proprio questo sarà il pungolo che tormenterà l'insieme dei sopravvissuti, sempre intenti a rievocare, testimoniare e inseguire quesiti come: "Perché a noi?"; oppure: "La tragedia non tornerà a ripetersi?". Ogni porzione di verità raggiunta influenzerà le azioni successive e sarà una restituzione somigliante alle pietre miliari che scandiscono il viaggio di una esistenza degna d'esser vissuta. La presenza dei *parresiiastes*, coloro che dicono in pubblico una verità conquistata, è un elemento essenziale del passaggio verso la guarigione (M. Foucault).

La possibilità di *voler amare*, poi, viene inibita dall'odio, frutto di pulsioni miranti a congelare il 'tempo del desiderio' e gli spazi in cui esso può sorgere e dispiegarsi. Ogni tipo di *eros* e *philia*, direbbe il sadico oppressore, deve essere sterilizzato. Si comprende quale ferita si produca con il processo di annientamento della persona voluto dal totalitarismo: merita l'attributo di nihilista. La liberazione delle energie col ritorno del tempo del desiderio sarà un momento catartico per tornare ad esistere: fonte di ogni genere di libertà.

La sparizione di un'altra primalità essenziale coincide con la *abrasione della bellezza*, il cui sfiorire tanto intrigava R. M. Rilke. Quelle forme di violenza inaudita sperimentata sugli inermi cancellano 'per sé' ogni percezione ed emozione estetica, avendo ridotto il luogo in cui si è incatenati ad un non-luogo, ove differenze e unicità, aspetti sublimi e sfumature, componenti della bellezza, non sono

più pensabili né percepibili. Il suo ritrovamento introduce al godimento di una felicità insperata, immensa, come segnala G. Leopardi, quando pone la parola 'beltà' al vertice di ogni gradazione del bello.

Ove sfugga anche un barlume di queste ed altre primalità (*il bene, il giusto, il santo*), l'intera comunità perde la possibilità di cogliere il *sensu dell'essere* ed il significato della propria *presenza nel mondo* in cui si vive. Accadde ad un scrittore del nostro tempo, espulso dal proprio paese e costretto a vivere tra asilo ed esilio (P. Matvejevic). Accade quando su tutti, e sui credenti in particolare, precipita una aporia estrema, sotto forma del nascondimento del divino. Se l'Eterno è il signore del tempo e della storia, non si comprende la ragione per cui, nel pieno della tragedia del suo popolo incolpevole, tenga nascosto il Suo volto nei confronti dei Giusti e da loro ritragga la Sua mano. Molti padri e madri furono costretti ad interrogarsi se avesse un significato, in quel frangente, mettere al mondo (letteralmente) dei figli destinati ad esserne subito esclusi. A queste esperienze ultime corrisponde l'emersione della figura del demoniaco, sempre rinascente nella suburra umana, perfino sub specie giuridica. Si faccia un parallelo tra la introduzione delle leggi razziali del 1938, imposte in Italia dal regime fascista, e la approvazione di due leggi sulla sicurezza, approvate dal Parlamento italiano nel 2018 e 2019. Al di là delle differenze di stile e di contenuto, esse coincidono di fatto in alcuni punti essenziali: nella introduzione, nella legislazione attuale, della discriminazione razziale e nel tentativo di cancellare il valore del *principio di solidarietà*, che campeggia nell'articolo 2 della Costituzione repubblicana. Inoltre punire chi porta soccorso alle persone colpite da una tragedia equivale al rovesciamento del significato universale della parabola del Samaritano (*Luca*, 10, 25-37). Tuttavia non è facile espungere questo archetipo dalle comunità italiche ed europee, visto il crescente ruolo del volontariato.

Le comunità fanno, comunque, esperienza del prevalere della malvagità, esercitata sia da individui e gruppi riconoscibili, sia da organismi imperscrutabili, dotati della ferocia indifferente e mediocre delle burocrazie, di cui ha parlato H. Arendt (1963). Di nuovo insorge la domanda, inevasa, formulata da Giobbe, confinato e piegato in una solitudine abietta: "*Ecco, io grido: violenza! E non mi si risponde; ed imploro, ma non mi è concesso il Giudizio!*" (Il libro di Giobbe, 19,7). Esiste il rischio che rimanga di nuovo inevasa, salvo che la comunità intera - combattendo corpo a corpo contro indifferenza e ignavia - si impegni a riconoscere e restituire parte di quello che si è perduto; quindi a ri-costruire il proprio tessuto, che pur vive nei superstiti.

La possibilità di una ricostruzione

Dai principi sù accennati è necessario iniziare, al fine di ricongiungere le parti dello spirito di una comunità segnata da stigmate troppo vive. Una volta che le 'macerie' siano

state selezionate, distinguendo le parti vive da quelle inerti, è possibile ri-costituire con lentezza le condizioni per una vita degna di essere vissuta. Non si può usare la falce del tempo nella *cura*, essendo stata intimamente lesa la *dignitas* dell'esser-al-mondo dei suoi componenti. Talune reazioni al trauma collettivo si manifestano come dissociazioni e conflitti interni che esigono un processo di presa di coscienza individuale e collettiva, collocata sul liminare, perciò pronta a tramutarsi in regressione o scacco, se vi siano forzature. E' il momento in cui sembra prevalere quella lontananza eccessiva fra componenti della stessa comunità, che fa dire a Giobbe (Ibid. 1, 15): "*Ai loro occhi sono un ignoto straniero*". Le crisi post traumatiche esigono un superamento del clima dell'abbandono ed una consapevolezza collettiva, come orizzonte, contenente tante 'prese di coscienza di ciascuno' (G. Jervis), in modo che si possa traghettare l'insieme della comunità dalla esperienza della *fine di un mondo all'inizio di un nuovo mondo* (E. De Martino).

Si prospetta l'uso estensivo, dal singolo alla comunità, della *Aufhebung*. Il togliimento ed il superamento degli effetti del dramma vissuto e dei traumi connessi si accompagna alla conservazione accurata dei passi compiuti per andare oltre. Essa mette insieme una serie di atti che necessitano di una grande energia: togliere, rievocare, compensare, sollevare, trascendere ... hanno bisogno di un lavoro collettivo intenso e duraturo. F. Hegel usa una espressione dialettica illuminante per delineare la prospettiva alta del passaggio: quando una azione abbia raggiunto il suo compimento, si produce un movimento equivalente al diventare Altro-da-sé (*in ihm Anderssein*). E' un punto di vista fatto proprio dalla Fenomenologia esistenziale, come ha segnalato G. Gozzetti. Una elaborazione dialettica completa consente il passaggio dal non-esserci-ancora, all'esser-ci. Coniugando memoria del passato e memoria del presente, si prepara la apertura sul mondo a venire: un nuovo *mondeggiare, de die in die*, dentro un orizzonte cui presiede un patto fondante. Che si tratti di terapia individuale e di gruppo o di elaborazione collettiva, è nel patto che si genera il nuovo cominciamento, in grado di determinare la atmosfera adeguata (*Stimmung*) alla ricomposizione in un unico disegno dei pezzi sparsi della persona e della comunità. In questo modo la restituzione, reale e simbolica, offre a ciascuno un ruolo da protagonista nella ricostruzione delle condizioni già denegate. Inizia un percorso post-traumatico, in cui si fa esperienza ardua e alta della autonomia (da intendersi secondo etimo) in cui si esalta il ruolo rigenerativo dei terapeuti, dei maestri, delle guide pensanti. Già invocate nello scambio epistolare Einstein-Freud del 1932. Non si intende qui individuare tipologie specifiche di professioni, peraltro indispensabili, piuttosto sottolineare la funzione corale di pensiero e prassi. Efficaci solo se vi sia abitudine al confronto interdisciplinare e apertura all'ascolto; quindi al dialogo con l'intera comunità. Sia sufficiente un breve cenno ad eventi del tempo presente e del passato.

Quanto al nostro tempo si ponga attenzione al disastro di Genova, con il suo seguito di lutti danni esodi. Sono significativi sia l'intervento di un noto architetto, sia le parole che questi ha usato a commento delle scelte compiute. Renzo Piano, autore del progetto del nuovo ponte che sta sostituendo il ponte Morandi crollato, ha voluto che esso non avesse un nome. Egli ha sostenuto pubblicamente che così la Comunità elabora il lutto, avendolo fatto proprio, lo custodisce dentro di sé – memoria del passato e del presente – al fine di riprendere il cammino e scrivere da protagonista la sua biografia a-venire. Così un architetto ha esteso la sua funzione pontica verso la comunità cui appartiene ed ha indicato la via alla intera città: oltre il limite della propria professione, ma all'interno di una prassi esemplare di cittadinanza attiva, dove prevale l'orizzonte della *res publica* su quella privata.

Quanto al passato recente si consideri l'Italia nel periodo che va dal 25 luglio e dall'8 settembre 1943, fino al 25 aprile 1945 e al 2 giugno 1946: da cui scaturisce il lungo lavoro della Assemblea Costituente. Tralasciamo qui l'immensa tragedia della guerra, i lutti, le distruzioni: degli oggetti, dei corpi, delle coscienze. Percorriamo un breve cammino a ritroso, partendo dalla promulgazione della Costituzione repubblicana (27 dicembre 1947) ed esprimendo meraviglia per quell'atto che ha costituito un punto fermo dopo quei drammatici passaggi.

Le parole *Patto* o *Costituzione* esprimono ciò che ha vertebrato, pezzo per pezzo, la comunità che si è formata nuovamente in 'quella' scelta, dopo molte vicissitudini e rischi. In quel preciso momento irrompe e si associa la dimensione del sacro, sia in senso civico che religioso, in grado di rendere giustizia al carico di dolore sopportato ed al significato della partecipazione profusa: proprio questa diventa un dono (*munus*) reciproco e riconosciuto, centro della nuova forma della comunità (*cum-munus*).

Da qui inizia un lungo lavoro meta-terapeutico, da attuarsi su livelli diversi: della educazione, della cura, della cittadinanza attiva. In ogni tempo e nella successione delle generazioni, è inevitabile doversi occupare delle tracce dei traumi subiti in coloro che restano ai margini, mentre una parte cospicua si sente parte di una rinata biografia collettiva. La riammissione di chi è stato gettato a lato è un punto vitale per l'insieme. Si deve tener conto infatti della possibilità che, nella successione delle generazioni, sia possibile il ritorno del negativo rimosso, rinascente dai residui di matrici e cicatrici obliate. Accade, nel nostro tempo, con le pulsioni razziste e con l'autoritarismo risorgente in Europa.

Di generazione in generazione

Ogni generazione ha a disposizione una nuova esperienza del mondo ed un sapere definito dalle precedenti, che può trasmettere alle nuove a condizione che tolga il velo su ciò che giace sedimentato, ma non elaborato ed espresso. Una generazione vigile, ad esempio, si pone il quesito se un progresso tecnico, pervasivo e seduttivo, non oscuri e

deformi la verità, costituendo di fatto un potente regresso. Si rammenti che proprio il tema della verità può venir oscurato sia dalla ignavia dei padri e madri sia dalle trasformazioni che mettono in questione la dignità della persona. Non v'è alcun automatismo che presieda ad una relazione positiva tra generazioni: principi accettati e verità acquisite sentono la usura del tempo e quindi vanno riconquistate sempre e di nuovo, nella loro intima essenza.

La trasmissione di una verità è un atto problematico in sé: lo rivela l'origine della parola greca che traduciamo con 'verità'. *A-létheia* (latino *veritas*) non indica il possesso di conoscenze infettibili, quanto il processo di svelamento del fondamento nascosto della realtà. Incontriamo la parola chiave in Parmenide, sapiente della Scuola di Elea che scrive un poema sulla natura, e nelle riflessioni filosofiche seguenti; quindi nella traduzione della Bibbia ebraica attribuita ai Settanta. Nel Nuovo Testamento è pronunciata da Ponzio Pilato e dall'ebreo Gesù di Nazareth durante il drammatico confronto che si tiene nel pretorio. Il confronto ha termine con la domanda del procuratore romano: "Cos'è la verità?".

Non si tratta di una semplice convergenza linguistica tra culture diverse: mostra come vi sia una comune comprensione che il rapporto tra pensare ed essere proprio si nasconda, nella ricerca e nello svelamento della verità. In modo che possa essere colta con una indagine incessante e adeguata all'altezza del contenuto e della funzione della *inquisitio* nel rapporto tra parte adulta e parte giovane dell'insieme di generazioni che compongono ciascuna comunità. In ogni caso solo una generazione travolta dai propri démoni potrebbe eludere, per sé e per le generazioni giovani che seguono, la duplice questione: che cosa sia la verità e perché, come, in che misura, si debba dire la verità nelle relazioni umane, come e perché si debba testimoniarla di fronte a coloro che noi, proprio noi, abbiamo voluto o che ci sono stati affidati come figli nostri. Quanto ai figli, ciò avviene solo se è stata trasmessa con il dialogo a tu per tu e con l'esempio.

Gli anni '60 in Italia ci rammentano un rischio che le attuali generazioni stanno correndo nuovamente. Allora padri e madri ignorarono, e in gran parte disattesero, le *quaestiones disputatae* poste dalla generazione dei figli. Il disorientamento che ne seguì, unito alla perdita del rispetto, generò ribellioni e distorsioni. Quanto all'infausto trentennio appena trascorso, in cui sta incistata la terza grande crisi in due secoli (economica e non) ha visto prevalere un insieme negativo: diffusione della ignoranza, indifferenza verso l'Altro-da-sè e verso il crimine, individualismo, diffusione di 'culture' di morte. Emblematico l'episodio di Cosenza, dove un bambino di pelle scura è stato picchiato nella pubblica strada da un adulto, sedicente padre di una bambina ignara. Altrettanto significativo il vuoto creato dalla emigrazione di giovani italiani verso il mondo: silenzioso l'abbandono, impietoso il giudizio implicito su una parte delle generazioni soprastanti. Non sembra che una parte cospicua di padri e madri sia in relazione con i figli secondo il principio educativo *per verba*

et exempla. Forse se parlassero con coraggio e direttamente con loro, se davanti a loro il proprio comportamento diventasse esemplare, allora quella che sembra una dissociazione disordinata tra generazioni potrà essere riconosciuta, compresa, sanata. Si veda il ruolo inedito di Mosé nei confronti del 'popolo del Patto', che si appresta ad entrare in Palestina, ed il significato dei suoi ultimi discorsi alle nuove generazioni. Sono riportati nel Deuteronomio (M. Goodmann). Possiamo concludere che se si riconquista una relazione stretta tra generazioni, guidata dal principio (di) responsabilità (H. Jonas), perfino il trauma di una comunità, con le sue ferite cicatrici stimate, potrà entrare in una fase catartica (R. Mulato).

*Renzo Mulato, filosofo

BIBLIOGRAFIA

- ARENDRT H., *Le origini del totalitarismo*, 1948, Edizioni di Comunità, Roma/Ivrea 1967
 CHENG F., *Cinque meditazioni sulla bellezza*, Bollati Boringhieri, Torino 2007
 CHENG F., *Cinque meditazioni sulla morte. Ovvero sulla vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2014
 DE MARTINO E., *La fine del mondo. Contributo alla analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino 1977
 FOUCAULT M., *Discorso e verità nella Grecia antica*, Donzelli Editore, Roma 2005
 GOODMANN M., *L'ultimo discorso di Mosé*, Giuntina, Firenze 2018
 GOZZETTI G., *La tristezza vitale. Psicopatologia e fenomenologia della melancolia*, Marsilio Editori, Venezia 1996
 JERVIS G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975
 JONAS H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Torino 2002
 KIERKEGAARD S., *Il concetto dell'angoscia. La malattia mortale*, trad. it. C. Fabro, Sansoni editore, Firenze 1965
 MATTE BLANCO I., *L'inconscio come insieme infiniti: saggio sulla bi-logica*, Einaudi, Torino 1975
 MATVEJEVIC P., *Breviario Mediterraneo*, Garzanti, Milano 2006
 MULATO R., *Il principio (di) responsabilità e le nuove generazioni*, Ed. 'Rivoluzioni molecolari' Anno III, Brescia 2019
 LEVI P., *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 1958
 LEVI P., *I sommersi e i salvati*, Einaudi, Torino 1986
 RESNIK S., *Persona e psicosi. Il linguaggio del corpo*, trad. it. Einaudi, Torino 2001
 RESNIK S., *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*, Bollati Boringhieri, Torino 2001
 FREUD S., *Caducità*, in *Opere*, a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1982, vol. VIII, p. 174.
 FREUD S., *Il perturbante* in 'Saggi sull'arte, la letteratura e il linguaggio', Bollati Boringhieri, Torino 1991
 FREUD S.- EINSTEIN A., *Perché la guerra?*, Bollati Boringhieri, Torino 1997



Francisco Goya – El Coloso

Speranza e disperazione nella comunicazione umana

Hope and despair in human communication

Sommario

Nella rete della comunicazione interumana sono di fondamentale importanza la codificazione sociale dei segni (simbolizzazione) e il consenso sui loro significati. Su tale base si forma la mappa della realtà con la quale ci si orienta nel mondo e si attinge identità e immagine sociale del sé. La relazione simbolica è intessuta di speranza nell'incontro con l'altro. Il rifiuto di essa la fa tramontare arrestando il flusso della comunicazione di senso come avviene in psicopatologia.

La relazione terapeutica aiuta a superare barriere comunicative favorendo l'emergere di nuove parti del sé e ulteriori possibilità di essere con l'altro.

Parole chiave: comunicazione, simbolizzazione, immaginario, consenso, speranza, disperazione, relazione terapeutica.

Summary:

In the network of inter-human communication, social codification of signs (symbolization) and consensus on their meanings cover a crucial role. Based on these assumptions, we shape the map of our reality, we orient in the world and we draw the identity and social image of the self. The symbolic relationship is interwoven with hope in the encounter with the other. Its refusal makes it go down, by stopping the flow of a meaningful communication as it happens in psychopathology.

The therapeutic relationship contributes to overcome communicative barriers by favoring the emergence of new parts of the self and further possibilities of being with the other.

Keywords: communication, symbolization, imagery, consensus, hope, despair, therapeutic relationship.

L'uomo, in quanto animale sociale, ha la capacità di comunicare con i suoi simili.

Dispone per questo di un sistema formale complesso: il linguaggio, che si esprime nell'uso di una serie di segni e regole socializzate. La capacità di creare un tale sistema di comunicazione, tipica dell'uomo, si sviluppa a partire da quelle situazioni sociali, come il giuoco, in cui, in vista di uno scopo condiviso, adulto e bambino sono impegnati in compiti che richiedono la collaborazione reciproca.

Nell'ambito di queste situazioni relazionali maturano l'apprendimento della referenza e della predicazione⁽⁴⁾, che sono presto applicate ai segni verbali.

Questi segni, che nella relazione hanno valore semantico, del tutto arbitrario rispetto alla loro materia significante⁽⁷⁾, donano alla realtà di cui si parla, un nuovo modo di essere, non inscritto sul piano delle cose, ma su quello delle rappresentazioni. Levi⁽⁵⁾ considera tale operazione linguistica dell'uomo come la prima fondamentale operazione di virtualizzazione della natura. Con lo strumento linguistico l'uomo trasforma/traduce le sue percezioni, le sue memorie, il suo mondo interno in una rappresentazione esterna visibile agli altri.

La codificazione sociale dei segni, o simbolizzazione, richiede la collaborazione con l'altro, e si perfeziona quando si raggiunge il consenso sui significati, grazie ad una comunicazione che si specifica continuamente, diventando da atto processo. La realtà esterna diventa allora magicamente quello che il simbolico rappresenta, e

l'uomo diventa misura di tutte le cose.

Luhmann⁽⁶⁾ ritiene che i ruoli e l'identità dei membri del sistema sociale si organizzano in modo autopoietico da questa matrice comunicativa, e che entrambi, in quanto rappresentazioni, possono essere conservati o ridefiniti indefinitamente nella rete della comunicazione. Tale processo di continua precisazione del senso richiede però la presenza di una forte e reciproca intenzione comunicativa. Se questa viene a mancare nella comunicazione e non si usano chiare convenzioni condivise, alcuni aspetti del significato dei segni rimangono oscuri, la comunicazione cessa di essere simbolica, e diventa metaforica. In questo senso i segni rimandano a codici privati, non condivisi, che generano un mondo di senso, posto accanto a quello dei simboli. È questo il mondo rappresentazionale dell'immaginario, che è incapace di comunicare veramente i suoi significati all'altro.

Manca, infatti, al discorso metaforico l'intenzione di chiarirsi nella comunicazione per arrivare a significati condivisi e propriamente simbolici. Le metafore dell'immaginario alludono a qualche realtà, ma non la indicano. Il significato che da loro si può trarre è quello evocato in chi ascolta, che ignora i codici di scrittura, e che vi scorge i più diversi significati in funzione del suo sapere personale.

Sullivan⁽⁹⁾ sostiene che la comunicazione riesce veramente solo quando, al termine delle sequenze comunicative, si verifica la presenza delle stesse informazioni nei

soggetti interessati; la qual cosa è possibile solo se si usano codici e regole comuni. I diversi codici della comunicazione, condivisi o privati, creano due mondi entrambi virtuali, il simbolico e l'immaginario. Questi vivono l'uno accanto all'altro separatamente, anche se il simbolico si nutre dei vitali contributi dell'immaginario. Possiamo dunque essere certi che tutto quello che appartiene al simbolico prima è stato nell'immaginario. I rapporti tra questi due mondi virtuali creati dall'uomo sono assicurati dal contributo di quegli individui che, ottenendo il consenso sulle loro opinioni, le traducono in valori condivisi del simbolico. La dinamica sociale dei processi di simbolizzazione richiede un poco della nostra attenzione, a causa dei risvolti psicologici e psicopatologici che la caratterizzano.

In proposito Sapir⁽⁸⁾ osserva che tutti gli esseri animali hanno un istinto che li porta a lottare per l'autoconservazione. Nel caso dell'uomo però questa lotta si spinge oltre quella per la pura sopravvivenza biologica e genetica, in quanto solo l'uomo ha la possibilità di competere per la sopravvivenza del suo mondo di senso, della sua visione di realtà.

La sopravvivenza del proprio patrimonio semantico nel simbolico, se ci si affida alla sola ragione, è possibile tramite il consenso al proprio pensiero, mostrandone la maggiore utilità e convenienza rispetto alle opinioni altrui.

I simboli, che emergono dalla comunicazione, hanno un enorme valore psicologico perché formano, con i loro significati, la mappa della realtà sulla quale ci si orienta nel mondo, lo specchio nel quale ci si guarda, il mezzo col quale si conosce. Il simbolico rappresenta, infatti, il luogo ove si attinge identità, ove questa è riconosciuta dagli altri.

Quest'immagine sociale del sé prende forma grazie al consenso, che già Peirce⁽⁷⁾ considerava il vero sigillo del simbolico. In questo modo il linguaggio genera le realtà virtuali del simbolico, che conservano il patrimonio semantico della persona nella memoria simbolica del gruppo, ben oltre il destino biologico degli individui. Parimenti da un linguaggio interiore, fatto di codici privati di senso, sgorga l'immaginario, che però vive solo nella memoria del singolo e tramonta nell'oblio a causa del destino biologico di quest'ultimo. La naturale tendenza dell'uomo all'autoconservazione lo spinge all'incontro con l'altro, cosa necessaria per rendere simbolici i propri significati e farli vivere nel ricordo. Il consenso degli altri permette di salvare il proprio patrimonio semantico. La speranza di incontrare qualcuno disposto ad intrattenere una relazione di senso, aperta al reciproco scambio, lo spinge a comunicare, ad affrontare tale comunicazione con qualcuno disposto ad accettare, almeno in parte, i codici di senso, le emozioni e le idee, che gli vengono dall'altro, facendoli propri. La speranza di un siffatto incontro con l'altro è la vera nutrice della relazione simbolica.

Alla luce di questa speranza è possibile il contributo di tutti al simbolico, a cui tutti possono partecipare come le voci d'un coro che si fondono, dando corpo ad un tutto, pur mantenendo la loro individualità. Se manca tale accettazione dell'altro e prevale il narcisismo individuale, si scatena la competizione per il dominio del simbolico e la lotta per affermare i propri codici di lettura della realtà, a danno dell'altro. Tutte le armi diventano utili per strappare il consenso o minare la credibilità altrui e restare padroni indiscussi del simbolico⁽¹⁰⁾.

Quando gli strumenti della ragione e della parola non bastano a raggiungere lo scopo, l'uomo ricorre alla stessa violenza fisica, per far precipitare nel silenzio chi non rinuncia alle certezze personali e resiste alla seduzione degli argomenti altrui. Per questo tanto spesso la storia dell'uomo è scritta col sangue, per salvare dall'oblio quella parte di sé che sono le proprie certezze, individuali e di gruppo. Ed è ancora per questo che molti non ingaggiano la competizione per il simbolico ed esitano a porre i loro valori nella comunicazione, temendo che l'altro possa disprezzarli o reagire con aggressività.

La speranza di poter comunicare matura nel corso del processo evolutivo della persona. Eventi emotivamente significativi condizionano la comparsa della speranza.

Nell'ontogenesi molti fattori possono minare la speranza necessaria a permettere una comunicazione simbolica con l'altro. Ci si può ritirare dalla comunicazione simbolica perché l'altro si esprime con una modalità seduttiva ed asfissiante, che non lascia spazio a diversi contenuti, oppure fa un uso violento della ragione. Simili modalità di porsi nella relazione ostacolano il nascere della speranza di poter contribuire alla costruzione del simbolico, in quanto ferisce la persona nel profondo del suo essere.

La speranza di poter contribuire ai contenuti del simbolico si estingue però anche per motivi più personali, indipendenti dal modo di porsi dell'altro nella relazione. Ciò avviene ad esempio quando maturano sentimenti di vergogna e di colpa.

Ballerini e Rossi Monti⁽¹⁾ hanno diffusamente e criticamente evidenziato il ruolo di questi sentimenti nella genesi dei deliri, che per la loro "incomprensibilità" possiamo definire un modello di comunicazione metaforica, che evita di chiarirsi nel simbolico. Detti autori hanno considerato la vergogna come il sentimento che matura dall'esperienza dei propri limiti personali nella relazione con gli altri. Ripetuti fallimenti nella relazione, per propria incapacità, sostengono il sentimento della vergogna. Il peso di tali limiti fa sentire indegni di affrontare una comunicazione simbolica. In questa, infatti, si può avvertire il pericolo di dover parlare di sé, mostrando la propria inadeguatezza esponendosi al rischio del giudizio altrui.

Il delirio sembra porsi allora come un discorso che, per difendere i miseri limiti della persona, maniacalmente e trionfalisticamente si rifiuta alla comunicazione simbo-

lica. Quando tramonta la speranza di poter comunicare con l'altro, mostrandosi, per partecipare alla costruzione del simbolico, con parti di sé, si arresta il flusso della comunicazione di senso e compaiono nella relazione segni privi d'intenzione comunicativa, che sfuggono alla comprensione, apparendo irrazionali e folli a chi li osserva. L'uso delle metafore permette di nascondere i codici di scrittura, impedendo all'altro di scorgerne il senso. La persona resta allora isolata in quel mondo virtuale ed immaginario che è creato dalle sue metafore, orgoglio e disperazione di chi pensa di non potersi mostrare all'Altro. Si arresta allora il flusso d'informazioni che permette di partecipare alla costruzione del mondo virtuale del simbolico, da cui sgorga identità e ruolo sociale. In termini di comunicazione, la relazione terapeutica si pone a sostegno del bisogno del paziente di comunicare, superando la barriera della disperazione e della sfiducia, ridando poi voce al desiderio ed alla speranza di comunicare. Non a caso la relazione terapeutica si fonda sull'accettazione empatica⁽³⁾ del paziente, che favorisce in lui la certezza d'essere comunque accettato.

L'empatia non teme chi propone il delirio né gli oscuri significati evocati dalle sue metafore, né ha bisogno di parlarne, poiché nella sua trama si nasconde un messaggio d'accettazione non detto, ma comunicato emotivamente. Non ha inoltre bisogno di decifrare i messaggi del paziente, di richiedere la sua collaborazione ed il suo assenso e l'accetta com'è, pur nella sua oscurità, rispettando il mistero della persona. Il calore della relazione empatica ravviva la speranza di poter comunicare simbolicamente, ma in quanto strutturalmente a-verbale e pre-simbolica, evoca memorie positive, che fanno rinascere la speranza di potersi mostrare nella relazione di essere accettata in lei.

Con la rinascita della speranza può comparire nuovamente la comunicazione di senso. Il paziente, in relazione con l'altro, può rimettere mano alla rappresentazione simbolica di sé. Questo processo genera una nuova identità, o meglio, nuovi aspetti dell'identità, che maturano nella rete comunicativa. Nel corso della relazione terapeutica gli elementi della storia personale non mutano, restano gli stessi, muta però la loro narrazione, la loro ricostruzione storica⁽²⁾. Si aggiunge invece un nuovo capitolo della storia personale, su questo particolare e significativo incontro che invita ad essere. Si determina in questo modo una ridefinizione del valore simbolico della persona e della sua stessa identità. Dalla matrice della comunicazione, al calore di una relazione empatica, emergono infatti nuove parti del sé, che tratteggiano un'altra possibilità di essere, alla luce del simbolico

*Psichiatra, Vicepresidente S.I.F.I.P. - Anagni (FR)

Bibliografia

1) BALLERINI A., Rossi Monti M.: *La vergogna e il de-*

lirio. Bollati Boringhieri, Torino, 1990.

2) HILLMAN J.: *Le storie che curano*. Raffaello Cortina Ed., Milano, 1984.

3) KOHUT H.: *La cura psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino, 1984.

4) LAICARDI C. (a cura di) *Genitori competenti*. Il pensiero scientifico Editore, Roma, 1998.

5) LEVI P.: *Il virtuale*. Raffaello Cortina, Milano, 1997.

6) LUHMANN N.: *The Autopoiesis of social System in Essais onself Reference*. Columbia University Press, New York, 1990.

7) PEIRCE C.S.: *Semeiotica*. Einaudi, Torino, 1980.

8) SAPIR E.: *Cultura, linguaggio e personalità*. Einaudi, Torino, 1972.

9) SULLIVAN H.S.: *Teoria interpersonale della psichiatria*. Feltrinelli, Milano, 1962.

10) TORRE A.: *La retorica: un'arte dimenticata. Implicazioni per la psichiatria e la psicologia*. In: *Formazione Psichiatrica*, IV, 17-25, 1997.



1) BALLERINI A., Rossi Monti M.: *La vergogna e il de-*

Interazione tra cultura e psicopatologia: rivisitazione storica e prospettive future della Psichiatria Transculturale

Interaction between culture and psychopathology: historical reflections and future trajectories of Transcultural Psychiatry

Riassunto:

Negli ultimi anni, il campo della psichiatria transculturale ha ottenuto riconoscimenti e numerose conferme sulla sua rilevanza clinica. Partendo da una revisione storica del concetto di psichiatria transculturale, questo articolo esamina le intersezioni tra cultura e psicopatologia che superano i confini delle sindromi culturalmente caratterizzate, valutandone gli effetti clinici e prognostici rilevanti sui disturbi psichiatrici maggiori. La globalizzazione, le innovazioni tecnologiche delle telecomunicazioni, i fenomeni migratori su larga scala e lo sradicamento di popoli dal loro tessuto culturale impongono una nuova agenda di priorità cliniche e neuroscientifiche, rafforzando ulteriormente la necessità di solide conoscenze psicopatologiche. Su tali basi la psichiatria transculturale assicura anche contributi essenziali per colmare gap formativi degli operatori della salute mentale, sul piano della valutazione diagnostica, della gestione clinica e del trattamento farmacologico, più specificamente mirati. Vengono discusse infine traiettorie di sviluppo futuro dove la psichiatria culturale può contribuire in modo decisivo alla progettazione di politiche globali in ambito di salute mentale.

Parole chiave: psichiatria transculturale, fattori patogenetici, patogenicità, DSM 5

Summary: In recent years, the field of cultural psychiatry has gained recognition and accumulated evidence of its clinical relevance. This article examines the intersections of culture and psychopathology which are not only limited to culture-bound syndromes. They have relevant clinical and prognostic effects on major psychiatric disorders. Globalization, new technological communications, large-scale migrations, the uprooting of populations impose a new agenda of clinical and neuroscientific priorities, and imply solid psychopathological knowledge. Starting from these bases, transcultural psychiatry provides essential aid to bridge the formative gap of mental health workers. Cultural psychiatry adds significantly to the comprehensiveness of psychiatric evaluation and management and addresses prominent issues regarding understanding, classification, diagnosis, and competent treatment of most psychiatric disorders in every society and region of the world. Based on the strength of these clinical dimensions, and on the related educational and research efforts, cultural psychiatry can also contribute decisively to the design of comprehensive mental health policies.

Key words: transcultural psychiatry, pathogenetic factors, pathogenicity, DSM 5

1. Introduzione

La Psichiatria Transculturale è certamente uno dei campi più emergenti nell'ambito della clinica e della ricerca neuroscientifica internazionale. La globalizzazione con le sue implicazioni socio-culturali, il rapido aumento delle interazioni culturali, i rischi di emarginazione delle minoranze sullo sfondo peraltro del risorgere dei nazionalismi pongono questa area della psichiatria al centro di un intenso dibattito multidisciplinare(1). Da un lato l'entità dei fenomeni migratori su larga scala è ben descritta dai dati forniti dalle Nazioni Unite. È stato calcolato che la migrazione attraverso i paesi è aumentata rapidamente da 160 milioni nel 1995 a 243 milioni nel 2015 (2). Sebbene queste cifre siano significative di per sé, sono di gran lunga inferiori ai livelli di migrazione interna nei singoli stati che potrebbe essere circa 762 milioni a livello globale (3), una cifra che è probabilmente sottostimata a causa di difficoltà nell'identificare i migranti interni, inclusi coloro che lasciano i loro contesti rurali per trasferirsi ai grossi centri urbani (4). In tutto questo, ciò che è più drammatico è il dato sulle

migrazioni forzate per via dei conflitti in atto: si stimano ad oggi circa 70 milioni di persone sfollate a causa delle guerre. L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR) (5) stima che solo nel 2016 circa 3.2 milioni di persone sono state ricollocate in nuovi paesi, principalmente dalla Siria e dal Sud del Sudan (6). Nello stesso anno l'Europa ha affrontato il più grande afflusso "singolo" di rifugiati dalla Seconda guerra mondiale, con oltre un milione di siriani e altri dal Medio Oriente arrivati nel vecchio continente (7). Divergenze e contraddizioni nell'opinione pubblica e nelle politiche dei governi nazionali hanno portato a volte a risposte caotiche in cui le autorità hanno tentato di arrestare o deviare tali flussi, dimostrando l'impreparazione e/o indisponibilità nel far fronte a questa crisi umanitaria (8).

Accanto ai fenomeni migratori dettati dall'attualità dei contesti geo-politici, più in generale viviamo in un quadro globale dove il contesto "locale" è diventato drammaticamente fluido e permeabile, regolato dalle forze della globalizzazione (9). In altri termini, i tradizionali confini che

separano individui, classi e contesti sociali vengono progressivamente meno (10), sotto la spinta dei mass-media e delle innovazioni tecnologiche. Vi è una maggiore accessibilità all'informazione, all'incontro, allo scambio e quindi all'integrazione di esperienze personali (11), risultandone una inter-penetrazione di mondi sociali sempre più mobili (12). La globalizzazione porta da un lato ad una sempre maggior omogeneizzazione ed "ibridazione", dall'altro a possibili reazioni in termini di rimarcazione delle diversità e sforzi nella demarcazione dei confini. Tale quadro, unitamente ai fenomeni di migrazioni di massa e lo sradicamento delle popolazioni dai contesti nativi, solleva la necessità da parte di clinici e ricercatori nel campo neuroscientifico di porre maggior focus sul ruolo della cultura in Psichiatria.

2. Storia della Psichiatria Transculturale fino al DSM 5

Il termine psichiatria transculturale è relativamente recente se contestualizzato nella storia della psichiatria. È stato infatti introdotto nel 1956 da *Henry Wittkower*, professore del dipartimento di psichiatria alla McGill University di Montreal (Canada) attraverso un articolo dal titolo "*Transcultural Research in Mental Health*" (13). L'obiettivo primario di Wittkower era quello di approfondire le variazioni nell'espressione dei disturbi psichiatrici attraverso diverse società, comunità e gruppi, superando precedenti nozioni di etnopsichiatria e psichiatria coloniale. Prima di tale data non mancava d'altra parte un sostanzioso interesse della psichiatria nell'interazione tra genesi dei disturbi psichiatrici e contesto culturale. Tuttavia il concetto di cultura confluiva per lo più in quello di etnia o razza. I primi studi in tal senso risalgono, all'inizio del XX secolo, ad uno dei padri della psichiatria moderna: *Emil Kraepelin*. In seguito ad un suo viaggio in Indonesia, nell'isola di Java, Kraepelin descrisse, nel 1904, alcune condizioni psicopatologiche, come il koro, latah e amok, nella sua pubblicazione "*vergleichende Psychiatrie*" (14). Gli studi di Kraepelin, successivamente definiti anche di "psichiatria comparativa", ponevano principalmente il focus su aspetti psicopatologici "esotici" per esaminare in realtà l'universalità dei disturbi psichiatrici maggiori. Le conclusioni di Kraepelin erano che la fenomenologia clinica giustificasse tale universalità e che le differenze nell'espressione delle psicopatologie fossero interpretabili in termini di una gerarchia di sviluppo psicologico. Kraepelin considerava infatti le differenze culturali come riflessi di differenze biologiche di razza, ponendo così poca attenzione al contesto sociale delle sindromi che osservava. Negli anni successivi a queste ricerche Kraepelin contribuì alle nozioni di superiorità razziale degli ariani che sostenevano l'ideologia nazista.

Ad inizio del 1900 emersero studi simili a quello di Kraepelin, che diedero vita al cosiddetto filone della *psichiatria coloniale*. Lo psichiatra francese *Antoine Porot* (1876-1965), artefice della maggior parte dei programmi

di salute mentale nel nord Africa nella prima parte del ventesimo secolo, sosteneva che la "mente algerina" fosse strutturalmente diversa da quella degli europei civilizzati (15). I nord-africani, secondo Porot, avevano una ridotta attività corticale e pertanto il loro comportamento era maggiormente guidato dal "cervello primitivo" diencefalico, risultando così caratterizzato da maggiore impulsività, irascibilità e suggestionabilità. Analogamente, il britannico *J.C. Carothers* (1903-1989) durante il suo lungo lavoro nella parte Est dell'Africa, descriveva gli africani come immaturi, con comportamenti infantili, come effetto di lobi frontali sottosviluppati (16). Questo giustificava, secondo Carothers, la bassa prevalenza di depressione in Africa e la relativa mancanza di sentimenti di colpa tra i soggetti affetti da depressione. Anche nell'ambito psichiatrico nazionale, durante il periodo fascista, è da segnalare soprattutto il lavoro di *Angelo Bravi* "Frammenti di psichiatria coloniale" (1937) dove riporta l'esperienza di lavoro in servizi manicomiali aperti dal regime fascista a Tripoli (17). Tale struttura aveva, secondo Bravi, una doppia funzione: da una parte offrire a pazienti nordafricani un centro sicuro per esami medici, trattamento e cura indipendentemente da razza o religione di appartenenza, dall'altra perseguire un progetto scientifico di ricerca etnopsicopatologica. Sebbene lavorasse a stretto contatto con le forze militari fasciste, Bravi specificava nel suo scritto di essere spinto da un forte e non pregiudiziale desiderio di conoscenza della "macchina mentale" (così definita dallo stesso Bravi) dei libici. Le sue ricerche evidenziavano una correlazione tra alcuni "tipi temperamentali" e appartenenze etniche: i musulmani venivano descritti rispetto agli europei come maggiormente suggestionabili e impulsivi, gli ebrei invece come più agitati e ansiosi (18).

Solo nel secondo dopoguerra, con il citato contributo scientifico di Wittkower, la psichiatria inizia a discutere in maniera scientifica del ruolo dei contesti culturali nella comprensione e trattamento dei disturbi psicopatologici. Negli anni sessanta, da un lato i movimenti di anti-psichiatria ponevano particolare attenzione alle dimensioni sociali e politiche delle diagnosi psichiatriche, dall'altro per lo stesso mainstream della Psichiatria si rivelavano importanti differenze delle stesse nella pratica clinica psichiatrica: emblematico esempio è la discrepanza in quegli anni tra gli psichiatri americani e britannici nel diagnosticare schizofrenia e disturbo bipolare (con tendenza da parte degli americani di sovra-diagnosticare la schizofrenia e sottostimare l'incidenza di disturbo bipolare) (19). Una tappa fondamentale nello sviluppo della Psichiatria Transculturale è rappresentata dal contributo scientifico di *Arthur Kleinman* nel 1977 "*Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry*" in cui l'autore sottolineava la necessità di una psicopatologia "culturalmente orientata" (o *culturally sensitive* nelle parole di Kleinman) (20). Nel suo articolo, e nel successivo libro "*Rethinking Psychiatry: From cultural category to personal experience*" (21), Kleinman rimarcava la rilevanza di un'appropriatezza

valutazione del background culturale del paziente, focalizzando l'attenzione sulle considerazioni del paziente stesso sulla propria condizione psicopatologica (incluse le supposte cause del disturbo ed i suoi effetti nei diversi ambiti della vita), sulle pre-esistenti strategie di coping e richieste di aiuto. Tali conoscenze erano per Kleinman i presupposti per un'adeguata formulazione diagnostica, alleanza terapeutica, aderenza al trattamento e successo terapeutico. In linea con tali idee, lo stesso Kleinman introduceva il concetto di "fallacia categoriale", ovvero l'erronea assunzione che categorie concettuali che si integrano bene in un contesto culturale possano avere la stessa utilità e stesso significato in un'altra cultura. Kleinman, così come altri autori negli anni '80 e '90, auspicava infine una maggiore influenza della ricerca antropologica in psichiatria, aspettativa che tuttavia rimaneva disattesa dal DSM III (1980) e DSM IV (1994).

Sebbene negli ultimi decenni si siano moltiplicate le evidenze scientifiche riguardo il rilevante impatto dei contesti culturali nel processo diagnostico e terapeutico, e' solo con il DSM 5 nel 2013 che viene dato spazio al ruolo della cultura, peraltro limitato al capitolo introduttivo e all'appendice del manuale. In particolare, il capitolo introduttivo considera l'impatto della cultura nell'influenzare i confini tra normalità e patologia, la tolleranza a specifici sintomi e comportamenti, la vulnerabilità, la sofferenza, la ricerca di aiuto, l'aderenza al trattamento, nonché lo stigma. Inoltre si rileva come le stesse credenze culturali influenzino le presentazioni cliniche, gli orientamenti sulla causalità e sugli outcome. Il DSM 5 inoltre riunisce le numerose definizioni di cultura presenti nella ricerca antropologica e neuroscientifica ricollegandola a "tutti gli aspetti materiali e non tangibili della vita che un individuo ha in comune con altri formando così un gruppo sociale. [...] La cultura include istituzioni sociali (struttura della famiglia, senso di appartenenza alla comunità, religione), conoscenze (lingua, modelli concettuali), attitudini (valori morali ed estetici) e pratiche (rituali e costumi, nonché leggi e morale, stili di educazione dei figli) nonché l'identità di genere e l'orientamento sessuale. Le culture sono sistemi aperti e dinamici che subiscono continui cambiamenti nel tempo; nel mondo contemporaneo la maggior parte degli individui è esposta a più culture, che interagiscono nel modellare la propria identità e senso dell'esperienza. Queste caratteristiche della cultura rendono cruciale non stereotipizzare gli individui in termini di tratti culturali fissi" [...] (DSM 5, 2013).

L'Associazione Psichiatrica Americana (APA) affronta in appendice la questione delle cosiddette sindromi culturalmente caratterizzate (*culture-bound syndromes*) in modo differente rispetto al DSM IV. Mentre nella precedente edizione del DSM si elencavano, in appendice, 25 differenti sindromi (tra cui Dhat syndrome, susto, lath, koro, ataques de nervios), nella quinta edizione si fa riferimento piuttosto a concetti culturali di distress (*cultural concepts of di-*

stress) e si elencano alcuni esempi specificando la possibilità di ulteriore ampliamento in edizioni future. Alla base di tale cambiamento c'è l'idea che tali definizioni siano operativamente più utili per il clinico. Sono in realtà idiomi di sofferenza psichica o spiegazioni di una condizione di distress (si pensi ad esempio all'*ataques de nervios*) più che vere e proprie sindromi. Non sono strettamente correlate ad una cultura ma rintracciabili in modi simili in differenti culture e setting sociali (22).

Il DSM 5 introduce infine un modello di intervista clinica semi-strutturata, *Cultural Formulation Interview* (CFI) nello sforzo di rafforzare pratiche di valutazione diagnostica culturalmente-orientata. Tale strumento è costituito da 16 domande a risposta aperta finalizzate ad ottenere informazioni rilevanti, riguardanti l'identità culturale, stressor, resilienza e relazione medico-paziente (23).

Nonostante i cambiamenti sopra descritti, rimangono da parte di molti autori numerose critiche in particolare alla persistente impostazione bio-medica delle categorie diagnostiche, all'immodificata posizione "universalistica" delle condizioni psicopatologiche secondo parametri propri della cultura europea-nordamericana (come rileva ironicamente Murphy "*la patologia mentale americana e' universale e le altre culture hanno condizioni specifiche*") (24) e alla limitata valutazione dei contesti culturali riguardanti le credenze, i vissuti psicopatologici, l'impatto sugli stili di vita, aspettative di trattamento ed outcome.

Schematicamente, le tappe evolutive della Psichiatria Transculturale fin qui descritte sono riassunte nella figura 1.



Fig. 1: Prospettiva storica della Psichiatria Transculturale da Kraepelin al DSM 5

3. Psicopatologia e possibili ruoli della Cultura

Non c'è dubbio che per una prospettiva clinica sia fondamentale dar senso alle esperienze individuali nel contesto socio-culturale in cui il paziente vive. E' perciò cruciale comprendere in che modo la cultura interagisce con la psicopatologia. Accanto alla tradizionale impostazione dicotomica tra patogenesi e patoplasticità, alcuni autori hanno proposto un modello più ampio di interazione tra cultura e psicopatologia, che considera effetti: a) *pato-genetici*; b) *pato-selettivi*; c) *pato-plastici*; d) *pato-elaborativi*; e) *pato-facilitatori*; f) *pato-reattivi*.

Nel primo caso la cultura viene identificata come fattore causale diretto nel processo di formazione di un quadro psicopatologico. Le credenze ed idee proprie di un deter-

minato contesto culturale contribuiscono ad una condizione di distress, che a sua volta produce manifestazioni psicopatologiche (25). Tipico esempio è quello del *Koro*, sindrome descritta in alcuni paesi asiatici, principalmente Malesia ed India, caratterizzata da forti stati d'ansia associati alla paura/convinzione della retrazione dei genitali nell'addome. Nel sesso femminile sono descritti alcuni casi simil-koro nelle stesse culture in cui il sintomo cardinale è la retrazione del capezzolo nel seno (26). In tali casi, come in altre sindromi culturali culturalmente caratterizzate, la cultura agisce da fattore patogenetico, da non confondersi con il concetto di eziologia (che presumibilmente è correlato ad alterazioni biologiche).

Per effetti pato-selettivi ci si riferisce alla tendenza di alcune persone, quando affrontano una condizione di stress/sofferenza, di selezionare specifiche reazioni culturalmente influenzate. Per esempio, in Giappone, influenze culturali possono portare un intero nucleo familiare sottoposto ad una condizione di intensa sofferenza e di perdita di speranza, a scegliere, tra le possibili soluzioni, il suicidio (27). Tali forme di suicidio familiare sono state descritte principalmente dagli psichiatri giapponesi e correlate all'idea che è preferibile morire insieme come famiglia che non lasciar solo un membro di una famiglia in difficoltà. In Giappone, tale pratica è stata legalmente vietata per legge da più di un secolo, tuttavia è ancora osservata e correlata a strategie di coping culturalmente influenzate. Altro esempio è un'altra sindrome culturalmente caratterizzata, chiamata *amok*: si tratta di un disturbo comportamentale acuto descritto in Malesia ed Indonesia che affligge un individuo umiliato in pubblico, il quale reagisce con incontrollabile violenza, auto- ed eterodiretta. Le manifestazioni e le conseguenze drammatiche dell'*amok* (inclusi casi di omicidio e suicidio) sono tollerate dal contesto culturale, in quanto considerate frutto di entità spirituali che si impossessano dell'assalitore.

Ben più noto nella nostra tradizione psichiatrica è il ruolo della cultura come agente pato-plastico. Questo termine identifica le modifiche che il contesto culturale apporta nelle manifestazioni della psicopatologia. La cultura influisce sull'espressione e sui contenuti riportati dai pazienti. Esempi evidenti riguardano la sintomatologia delle psicosi ed i temi deliranti, che possono variare enormemente in base alle usanze, tradizioni, ruolo della religione etc. Una delle prime evidenze scientifiche del ruolo pato-plastico dei contesti culturali è rappresentata dallo studio di *Opler* del 1959 (28) circa le differenze dei sintomi psicotici tra pazienti americani di origine irlandese e pazienti italo-americani, entrambi residenti a New York. Questo studio evidenziava come gli italo-americani psicotici esprimessero più spesso tematiche legate all'omosessualità, nonché acting out e comportamenti ostili, mentre i pazienti di origine irlandese presentavano più frequentemente tematiche di colpa, nonché una maggiore comorbidità con l'abuso di alcolici. In questo ampio campo della letteratura scientifica significative sono anche le osservazioni

di Ackernecht su come i deliri religiosi frequentemente osservati in passato siano stati progressivamente sostituiti da tematiche centrate sulle apparecchiature tecnologiche (in particolare legate alla telecomunicazione) e su come siano praticamente scomparse differenze di genere nei contenuti deliranti (29).

Altra possibilità è quella che la cultura possa "elaborare" reazioni comportamentali fino a vere e proprie sindromi: è il caso dei disturbi alimentari nei paesi occidentali. In particolare, per effetti pato-elaborativi si intende il ruolo della cultura nel fornire "un lessico per l'espressione delle emozioni, in un senso accettabile per la società oppure francamente deviante" (30). *Anne Becker*, docente del dipartimento di Sanità Pubblica di Harvard, conduceva nel 1995 e negli anni successivi alcuni studi sulla prevalenza dei disturbi alimentari nelle isole Fiji. Nel 1995, e nelle documentazioni relative agli anni precedenti da parte dei medici di queste isole dell'Oceano Pacifico, i disturbi alimentari praticamente non esistevano: non vi era evidenza nei registri sanitari dell'epoca di tali diagnosi e questi disturbi erano praticamente sconosciuti in quelle comunità. La cultura locale, come consuetudine in altri paesi non occidentali, promuoveva d'altra parte l'ideale della donna fisicamente robusta, in quanto in grado così di contribuire al meglio ai lavori domestici, all'accudimento e alla crescita della prole. Nello stesso anno in cui Becker conduceva le sue prime indagini avveniva un fatto significativo nella storia delle Fiji: veniva inaugurato il primo canale televisivo locale, che sostanzialmente metteva in onda serie TV ed altri programmi americani. Questo evento, definibile nelle parole di Leguillant come "migrazione immobile" (31), portava con sé nuovi modelli espressivi, nuovi comportamenti ed anche nuove psicopatologie. Nel 2004, una nuova indagine di Anne Becker in alcune scuole superiori delle Fiji documentava alcuni casi di disturbi alimentari. Becker descriveva inoltre alcune caratteristiche tipiche delle pazienti locali rispetto a quelle occidentali, ovvero l'uso a volte contemporaneo di erbe a fini lassativi e (paradossalmente) di erbe locali che stimolavano l'appetito. L'ipotesi della Becker era che la cultura dominante locale temesse particolarmente l'incorrere di stati di cachessia, fornendo così un aiuto terapeutico al sistema sanitario locale (32). In linea con le osservazioni della Becker, l'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta incrementi drammatici della prevalenza dei disturbi alimentari nei paesi in via di sviluppo fino al 65%. Sebbene tali condizioni psicopatologiche siano correlabili a modelli psicodinamici o sistemico-relazionali, è innegabile la relazione tra la loro epidemiologia ed i contesti culturali (33).

Il concetto di effetto pato-facilitatore suggerisce l'eventualità che alcune forme di psicopatologia siano più comuni in alcune culture piuttosto che in altre. Propensioni culturali verso l'assunzione di alcol oppure, in senso opposto, il proibizionismo degli alcolici influenzano per esempio la prevalenza di tale problematica nella popola-

zione generale. Come noto, la religione islamica presuppone il rispetto da parte dei fedeli di un determinato stile di vita ed il divieto di alcolici e droghe congiuntamente alla messa in pratica di cinque pilastri: la fede, la preghiera, l'elemosina ("zakat"), il digiuno durante il ramadan e il pellegrinaggio alla Mecca. Pochi studi condotti in Medio Oriente (Israele e Libano) hanno investigato l'abuso di alcol tra i giovani musulmani, documentando peraltro un sostanziale minor rischio di incorrere in tale abuso rispetto ai coetanei di fede cristiana (34). In parte diversi sono i risultati di un altro studio condotto da Badr et al (35) su adolescenti musulmani che vivevano in due diverse città, Beirut (Libano) e Los Angeles (USA). Sebbene entrambi i gruppi avessero significativamente una minor prevalenza di abuso di alcolici rispetto ai coetanei cristiani di Beirut e di Los Angeles, il rischio di abuso di alcolici risultava più alto nei musulmani che vivevano in California rispetto a quelli libanesi. Lo studio evidenziava inoltre: maggiore era il numero di anni in cui i Musulmani avevano risieduto negli USA maggiore diveniva il rischio di abusare di alcolici. Risultati simili sono riportati anche nello studio di Arfken et al (36) circa il poliabuso di sostanze e correlano al concetto anglosassone di "acculturation", ovvero processo di adattamento ed internalizzazione degli elementi culturali del paese ospitante.

La cultura può avere infine un effetto patoreattivo, ovvero la capacità di influenzare come gli individui percepiscono il disturbo, come lo "etichettano" e come reagiscono allo stesso. Tale effetto è esemplificato al meglio dai risultati dell'International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS), condotto da Norman Sartorius et al (37). Tra gli anni 60 ed anni 80, l'organizzazione mondiale di psichiatria (WPA) conduceva infatti un progetto internazionale in 9 differenti nazioni (Colombia, Cecoslovacchia, Danimarca, India, Nigeria, Cina, Russia, USA e Gran Bretagna) finalizzato ad investigare l'incidenza, le caratteristiche cliniche, le modalità d'esordio, il decorso e gli outcome della schizofrenia. In merito alla maggior parte degli outcome considerati (di quello di follow-up in remissione clinica, proporzione del periodo di follow-up in cui i pazienti erano ospedalizzati e del periodo di follow up durante il quale il funzionamento sociale dei pazienti era deficitario), i pazienti che vivevano nei paesi in via di sviluppo mostravano esiti significativamente più positivi rispetto a quelli che vivevano nei paesi industrializzati. Riassumendo i risultati in dati statistici, risultava che nei paesi industrializzati il follow-up pluriennale dei pazienti schizofrenici evidenziava un decorso severo, con gravi limitazioni funzionali, nel 39,8% dei casi, moderato nel 21,1% e limitazioni lievi nel 38,9%. Nei paesi in via di sviluppo invece i casi più gravi rappresentavano il 24%, quelli moderati il 20,2% e quelli lievi il 55,7%. Come evidenziato da successivi ap-

profondimenti statistici, i risultati non erano inficiati da fattori di bias legati ai tipi di trattamenti farmacologici scelti, né da altri possibili fattori di bias (per esempio, la durata media di psicopatologia non differiva nei paesi provenienti dai diversi paesi). Le conclusioni di Sartorius et al inducono ad ipotizzare che la differenza sia legata all'impatto sostanziale dei differenti contesti culturali nel decorso della schizofrenia, ai legami familiari ed altri fattori protettivi sociali e culturali.

I modelli di interazione sin qui presentati non devono essere intesi con demarcazioni fisse e nette, al contrario possono sovrapporsi tra loro nei diversi quadri psicopatologici. Nella figura 2 si propone un spettro di possibili interazioni, modificato da Tseng (25) tra diverse condizioni cliniche e fattori culturali.

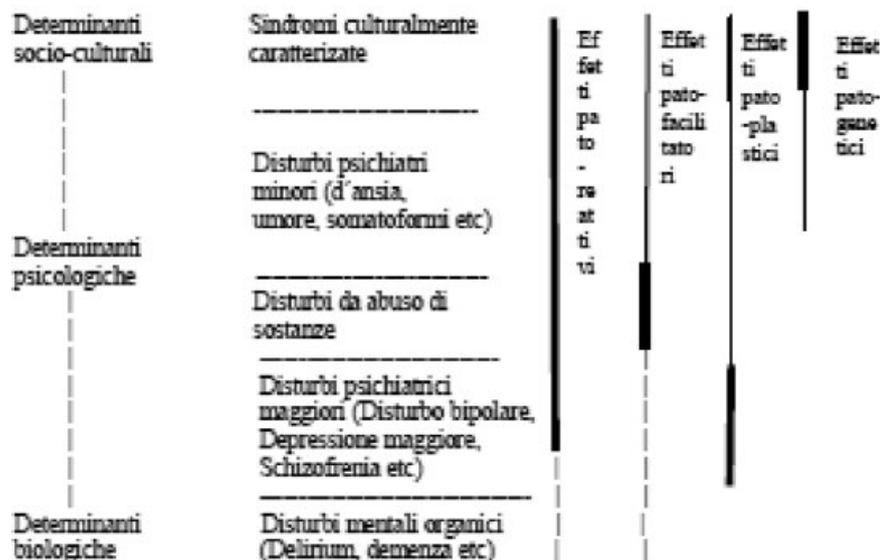


Figura 2. Possibili interazioni psicopatologia-cultura, modificato da WS Tseng (25)

4. Competenza culturale in Psichiatria

I rapidi cambiamenti sociali dettati dalla globalizzazione e le crisi migratorie implicano nuovi interrogativi per gli psichiatri. Premesso che la stessa psichiatria, in un contesto internazionale, è un "agente della globalizzazione" (38), per le sue esigenze di comunicazione e condivisione in ambito diagnostico e terapeutico essa è oggi chiamata a nuove sfide cliniche, nuovi aspetti da considerare nella relazione con il paziente e con possibili nuove barriere alla cura e variabili terapeutiche. Il nostro riferimento, il DSM 5, è motivato dal fatto che esso raccoglie gli sforzi di ricercatori e clinici tesi a sviluppare una nosologia internazionale ed approcci clinici standardizzati. Diversi autori mettono comunque in guardia dall'averne un'impostazione troppo rigidamente basata sulla tradizione nordamericana e definibile dagli anglosassoni con la formula "one size fit all" (letteralmente "una misura va bene per tutti"). Le nuove problematiche che l'incontro di diverse culture implica portano con sé la necessità del clinico, e dei servizi psi-

chiatrici, di avere una vera e propria *competenza culturale*. La competenza culturale e' considerata dall'European Psychiatric Association (EPA) come presupposto per una buona pratica clinica, specialmente nell'incontro clinico con soggetti appartenenti a minoranze etniche, ed il suo training e' considerato obbligatorio nelle scuole di specializzazione in psichiatria e psicoterapia di diversi paesi occidentali (39). La competenza culturale viene generalmente definita secondo un modello tridimensionale, che include la misura in cui i clinici possiedono un'appropriatezza consapevolezza della diversita', conoscenze pertinenti e abilita' pratiche nel lavoro con individui appartenenti a diverse culture (40). La prima dimensione - consapevolezza - si riferisce alla modalita' con cui attitudini, credenze, valori ed idee dei clinici interagiscono con quelle dei pazienti non appartenenti allo stesso contesto culturale. Essa implica l'esplorazione di se stessi come essere culturale e dei propri pre-concetti culturali.

La seconda dimensione - conoscenza - riguarda l'adeguata comprensione delle culture diverse dalla propria, inclusa la comprensione di storie, tradizioni, valori, pratiche e cosi' via, che sono inusuali nel background della cultura propria del clinico. Non consiste, ovviamente, nella necessita' di parlare fluentemente diverse lingue straniere o di conoscere tutti i valori culturali dei pazienti di varie nazionalita', ma piuttosto nella conoscenza dell'impatto della cultura sullo sviluppo psicosociale dell'individuo, tenendo conto dei modelli di "acculturazione", dello stress relativo al processo di "acculturazione" (adattamento alla cultura ospitante), dello stress di appartenere ad una minoranza sociale, degli stili diversi di comunicazione, delle differenti modalita' di richiesta d'aiuto, delle avversita' socioeconomiche come del rischio di percepire discriminazioni ed altri fattori negativi. Infine, la terza dimensione della competenza culturale consiste nel rispetto delle differenze, nella capacita' di impegnarsi in interazioni efficaci e significative con individui diversi, quindi lo sviluppo di una proficua relazione terapeutica, integrando la propria consapevolezza e la propria conoscenza con le abilita' empatiche di riuscire a stabilire una positiva relazione medico-paziente, un'effettiva valutazione diagnostica ed utile intervento terapeutico.

Inizialmente destinata al lavoro con i migranti e le minoranze etniche, la competenza culturale e' stata estesa come *good clinical practice* nell'incontro con altre forme di diversita', legate all'orientamento sessuale, credi religiosi etc.

La competenza culturale e' stata intesa inoltre da diversi autori a livello strutturale-organizzativo. Come il personale sanitario deve saper valutare le diversita', valutare i propri valori culturali, essere consapevole delle interazioni culturali, cosi' le strutture sanitarie devono essere attrezzate e competenti nell'affrontare l'iperdiversita' culturale. In particolare, *De Jong* (41) suggerisce un modello di promozione di servizi mentali inter-culturali nelle nostre so-

cietà occidentali multi-culturali finalizzato non solo al riconoscimento delle barriere alla cura ma anche la loro eliminazione. Tra le iniziative auspicabili vi e' l'accessibilita', ove possibile, a mediatori culturali qualificati in professioni sanitarie. Esempi virtuosi sono ritrovabili in servizi sanitari canadesi, con i cosiddetti *multicultural health brokers* ed in Svezia con gli *health communicators*. In genere, questi mediatori culturali sono infermieri, ostetriche, assistenti sociali qualificati, di madrelingua araba, persiana, somala etc, con robuste conoscenze multilinguistiche. Il loro ruolo e' quello di informare correttamente il paziente sul funzionamento del sistema sanitario nazionale e ad orientarlo nella sua fruibilita', favorendo la prevenzione e promuovendo appropriati stili di vita.

5. Conclusioni

Negli ultimi anni i rapidi e notevoli cambiamenti dei nostri contesti culturali, correlati a fenomeni migratori alimentati da quadri socio-politici instabili, cosi' come l'effetto della globalizzazione, hanno conferito sempre maggiore importanza al campo della psichiatria transculturale. L'iperdiversita' culturale che gli operatori nella salute mentale si trovano ad affrontare fa si' che la psichiatria transculturale possa aggiungere alle conoscenze della psichiatria tradizionale importanti nozioni in termini di comprensione psicopatologica, corretta formulazione diagnostica, efficace management e trattamento dei disturbi psichiatrici. Considerato tradizionalmente rilevante in termini di *patoplasticita'*, il contesto culturale puo' in alcuni casi essere un fattore patogenetico o al contrario un elemento protettivo. Esso inoltre costituisce anche un fattore che facilita elementi innovativi nell'organizzazione di efficienti servizi psichiatrici.

Riteniamo rilevanti gli avanzamenti della ricerca neuroscientifica e psicopatologica in tale campo. Nella figura 3 sono elencati alcune future direzioni della ricerca in psichiatria transculturale.

Future direzioni di ricerca in psichiatria transculturale:

- Universalismo neo-kraepeliniano vs. Relativismo culturale nella formulazione della diagnosi (applicabilita' interculturale delle diagnosi)
- Approcci evidence-based vs. basati sui valori culturali dell'individuo
- Contesto culturale come agente patogenetico / patoplastico
- Impatto sulla prognosi: fattore protettivo vs peggiorativo
- Etnopsicofarmacologia

Figura 3. Proposte di future direzioni della ricerca in Psichiatria Transculturale.

A livello clinico-organizzativo dirimenti sono gli sforzi nell'ambito della competenza culturale. Tale termine e' esso stesso oggetto di dibattito tra i clinici. Alcuni autori preferiscono sostituirlo infatti con quello di *sensibilita'*, *umilta'* oppure *partecipazione culturale* (o *cultural dyna-*

mic partnership), sottolineando con ciò l'obiettivo di un'interazione il più equa e sinergica possibile (42). Il concetto di competenza viene comunque preferito dalla maggior parte dei clinici, in quanto sottolinea la necessità di dover colmare un gap formativo della psichiatria tradizionale con il nuovo quadro socio-culturale. La psichiatria transculturale si trova in una posizione di rilevanza clinica come probabilmente mai prima d'ora: attraverso un proficuo dialogo interdisciplinare (con le neuroscienze, l'epidemiologia psichiatrica, psicologia cognitiva e sociale, medicina antropologica) può contribuire all'avanzamento delle conoscenze per poter rispondere alle nuove sfide poste dalla globalizzazione e dai fenomeni migratori.

*Centro di Psichiatria Transculturale, Stoccolma

Bibliografia:

- Moleiro C, Culture and Psychopathology: new perspectives on research, practice, and clinical training in a globalized world. *Frontiers in Psychiatry*, 9:366, 2018.
- United Nations (2015). Trends in international migrant stock: The 2015 revision. New York, NY.
- United Nations (2013). Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends. New York, NY.
- Chao, M. M., Kung, F. Y. H., Yao, D. J. (2015). Understanding the divergent effects of multicultural exposure. *International Journal of Intercultural Relations*, 47, 78–88.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2015). *Global trends: Forced displacement in 2014*. Geneva
- United Nations Refugee Agency. Global trends report: world at war. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2016.
- Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 130-139, 16:2,2017.
- Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, Kirkbride J, Moussaoui D, Nazroo J, Qureshi A, Stompe T, Tribe R. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. 2011;10(1):2-10.
- Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup MC, Bhugra D. EPA guidance on cultural competence training. *Eur Psychiatry*. 2015 Mar;30(3):431-40.
- Bhugra D, Wojcik W, Gupta S. Cultural bereavement, culture shock and culture conflict: adjustments and reactions. In: Bhugra D, Gupta S (eds). *Migration and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press 2012.
- Bhugra D, Becker M. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry* 2005;4: 18-24.
- Kirmayer LJ. Beyond the "new cross-cultural psychiatry": cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural psychiatry* (2006), 43: 126-144.
- Wittkower ED, Fried J. a cross-cultural approach to mental health problems. *American Journal of Psychiatry*, 116, 423-428, 1959.
- Kraepelin E. Vergleichende psychiatrie. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 15, 433-437, 1904.
- Keller RC. Pinel in the Maghreb: liberation, confinement, and psychiatric reform in French North Africa. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(3), 459-499, 2007.
- McCulloch J. Colonial psychiatry and the African mind. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Scarfone M. Italian colonial psychiatry: outlines of a discipline, and practical achievements in Libya and the Horn of Africa. *History of Psychiatry*, 27(4) 389–405, 2016.
- Bravi A (1938) L'impulsività criminale nell'indigeno mussulmano libico. In: *Atti del I Congresso internazionale di criminologia: Roma 3-8 ottobre 1938*. Roma: Topografia delle Mantellate, 316–330.
- Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ, Sharpe L et al. *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. London: oxford University press, 1972.
- Kleinman AM. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science and Medicine*, 11, 3-10, 1977.
- Kleinman AM. *Rethinking Psychiatry*. New York: Free Press, 1988.
- Choudhury S, Kirmayer LJ. Cultural neuroscience and psychopathology: prospects for cultural psychiatry. *Prog Brain Res*, 178: 263-283, 2009.
- Bredström A. Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision, *J Med Humanit*; 40(3): 347–363, 2019.
- Murphy SC, Mapping the literature of transcultural nursing. *J Med Libr Assoc*. 2006 Apr; 94(2 Suppl): E143–E151.
- Tseng WS. *Clinician's guide to cultural psychiatry*. San Diego, CA: Academic Press.
- Chowdhury, Arabinda N. (March 1996), The definition and classification of Koro, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20 (1): 41–65.
- Iga M, Ohara K. Suicide Attempts of Japanese Youth and Durkheim's Concept of Anomie: An Interpretation. *Human Organization*, Vol. 26, pp. 59-68, 1963.
- Opler, M. K. Cultural differences in mental disorders: an Italian and Irish contrast in the schizophrenia – USA. In *Culture and Mental Health: Cross-Cultural Studies*, ed. M. K. Opler. New York: Macmillan Company, 1959.
- Cook CH. Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61(4): 404–425.
- Kirmayer LJ. Rethink cultural competence. *Transcultural psychiatry*, 49: 149-164, 2012.
- Leguillant L. Psychopathologie de la transplantation. *Concours medical*, 82, 3429-3440, 1960.
- Becker AE, Fay K, Gilman SE, Striegel-Moore R. Facets of acculturation and their diverse relations to body shape concern in Fiji. *Int J Eat Disord*. 2007, 40(1):42-50.
- Gerbase ME, Richards LK, Thomas JJ, Agnew-Blais JC, Thompson-Brenner H, Gilman SE, Becker AE. Globalization and eating disorder risk: peer influence, perceived social norms, and adolescent disordered eating in Fiji. *Int J Eat Disord*. 2014; 47(7):727-37.
- Azaiza, F., Shoham, M., Bar-Hamburger, R., & Abu-Asbeh, K. (2009). Psychoactive substance use among Arab adolescent school dropouts in Israel: A phenomenon and its implications. *Health and Social Care in the Community*, 17(1), 27–35
- Badr LK, Taha A, Dee V. Substance abuse In Middle Eastern adolescents living in two different countries: spiritual, cultural, family and personal factors. *J Relig Health*. 2014 Aug; 53(4):1060-74
- Arfken, C. L., Kubiak, S. P., & Farrag, M. (2009). Acculturation and polysubstance abuse in Arab-American treatment clients. *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 608–622.
- Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G. The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med*. 1992 Feb;22(1):131-45.
- Kirmayer LJ. The Politics of Diversity: Pluralism, Multiculturalism and Mental Health. *Transcult Psychiatry*. 2019 Dec;56(6):1119-1138.
- Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup MC, Bhugra D. EPA guidance on cultural competence training. *Eur Psychiatry*. 2015 Mar;30(3):431-40.
- Sue DW, Sue D. *Counseling the culturally diverse: theory and practice* 5th ed. New Jersey: Wiley, 2008.
- De Jong, Van Ommeren M. Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcult Psychiatry* 2005;42(3):437–56.
- Gopalkrishnan N. Cultural Competence and Beyond: Working Across Cultures in Culturally Dynamic Partnerships. *The international journal of community and social development*, 1: 28-41, 2019.

Un contributo metodologico al tema delle descritte modificazioni degli esordi schizofrenici.

A methodological contribution to the issue of the described modifications of schizophrenic onset.

Riassunto:

Sono evidenti, negli anni più recenti, modificazioni a carico degli esordi schizofrenici. Ci poniamo le seguenti domande: sono cambiati i contesti socio-culturali o sono la risultante di mutati criteri diagnostici? Riguardo a questi ultimi in passato si è riposta maggiore attenzione ai contesti sintomatologici o agli aspetti patogenetici e nosodromici della schizofrenia? Questi interrogativi sono affrontati con un excursus storico-culturale e metodologico, correlato a dati epidemiologici raccolti in diversi contesti geopolitici e periodo storici. E' emersa la comparabilità, in Paesi diversi per storia, tradizioni e condizioni socio-economiche, dei tassi di incidenza e prevalenza della schizofrenia, risultando più significative le concordanze delle diagnosi cliniche se basate su rilievo di quadri sintomatologici analizzati secondo la metodologia dei sintomi di primo ordine Schneider. Così ristretto, tale ambito non può includere tanti esordi atipici di giovani psicotici. La problematica diagnostica è resa ancora più complessa dall'aumento nella società contemporanea degli abusi alcolici e tossicomani.

Parole chiave: schizofrenia, esordi psicotici, criteri diagnostici, epidemiologia

Summary:

In recent years, modifications to the schizophrenic onset are evident. We debate in this work on the following questions: have the socio-cultural contexts changed or are they the result of changed diagnostic criteria? Moreover, with regard to the latter question, has more attention been paid to the symptomatological contexts or to the pathogenesis and outcomes of schizophrenia?

These questions are discussed together with a historical-cultural and methodological excursus, related to epidemiological data collected in different geopolitical contexts and historical periods. Diverse countries in terms of history, traditions and socio-economic status have shown comparable incidence and prevalence rates of schizophrenia as well as concordances of clinical diagnoses especially when evaluated according to Schneider's first-rank symptoms methodology. Thus restricted, this area cannot however include many atypical onsets of psychoses in adolescents /young adults. The issue arises further questions by the increase in contemporary societies of alcohol and drug abuse.

Key words: schizophrenia, psychotic onset, diagnostic criteria, epidemiology

Il tema della apparente modificazione negli anni più recenti degli esordi schizofrenici, con la descritta prevalenza degli esordi pseudopsicopatici, ci pone di fronte a difficoltà assai vaste, attinenti non tanto alla prospettazione delle attuali possibili modificazioni di una entità clinica - la schizofrenia- e i suoi esordi nella attuale fase storico-culturale, quanto riguardo al concetto stesso di malattia schizofrenica. Concetto che riassume in sé tutte le incertezze, le contraddizioni della storia della psichiatria, ma che, nonostante tutte le critiche, ha resistito nel corso degli anni ed è, anzi, divenuto uno dei campi più importanti e fecondi della ricerca e della prassi psichiatrica⁽¹⁵⁾.

Ciò è potuto avvenire, a nostro parere, solo attraverso un processo di progressivo abbandono del tentativo di definire la psicosi in questione sulla base di una teoria etiologica, o in qualche modo patogenetica, ovvero in termini nosodromici.

Al contrario appare oggi sempre più evidente la necessità di definire la schizofrenia in termini di complesso sintomatologico, essendone ormai largamente sperimentata la concreta possibilità. Questa necessità è stata fortemente esaltata dalle esigenze di standardizzazione internazionale di criteri diagnostici, poste dalle innumerevoli ricerche sull'argomento (di vario tipo, siano esse diagnostiche

trans-culturali, farmacologiche etc.) e nei più svariati paesi del mondo.

In particolare gli studi internazionali coordinati dal W.H.O., hanno portato a conclusioni molto interessanti, non solo sul piano epidemiologico, ma anche per una migliore definizione dello spazio diagnostico nel quale possono essere inseriti i disturbi schizofrenici, fatto questo non adeguatamente valorizzato sul piano psicopatologico. Come potrebbero infatti, essere indifferenti alla ricerca psicopatologica ed alla pratica clinica gli elementi conclusivi dagli studi internazionali di epidemiologia dei disturbi mentali, come l'I.P.S.S.⁽¹⁶⁾, e che possono essere riassunti nei seguenti punti?

- 1) v'è un notevole grado di accordo sulle caratteristiche principali di un gruppo centrale di disturbi ai quali riferire queste diagnosi;
- 2) su questa base sono stati possibili studi epidemiologici nei paesi più diversi per storia, tradizioni e condizioni socio economiche, come, ad es. Taiwan, Nigeria, Gran Bretagna, Russia, Danimarca ed altri. Studi che hanno dimostrato tassi di incidenza e prevalenza certamente comparabili;
- 3) il livello di gravità sintomatologica e di tendenza alla cronicizzazione è simile in queste varie società, con un

impatto di invalidità personale e di costi sociali altissimi.

Questi risultati epidemiologici sono stati raggiunti non partendo dalla assunzione dogmatica dell'esistenza di una malattia schizofrenica, ma in maniera critica, ponendo a confronto teorie e tecniche diagnostiche, anche attraverso puri metodi matematici, privi di predeterminazioni clinico-diagnostiche tradizionali.

Ritornando, quindi, al discorso introduttivo, è necessario un pur breve excursus sulla nascita e modificazione del concetto di *dementia praecox* e schizofrenia, in quanto in questo modo ci si può rendere conto delle modificazioni delle tecniche diagnostiche, mano a mano introdotte e, quindi, delle modificazioni dei confini di questa sindrome, con tutte le conseguenze di imprecisione e di non comparabilità delle ricerche classiche in materia, che ha, infine, giustamente portato alla sfiducia su questo concetto. Ciò sino alla sua negazione come entità clinica ovvero, cosa ancor più grave, ad uno scetticismo diagnostico che pone un francamente eccessivo accento sul punto, anche se importante per tutti, del rapporto medico-paziente, come unico intervento psichiatrico, come se il *Gefüll* di sofferenza, possa essere tutto, senza necessità di riferirsi a classificazioni più vaste, se non altro a scopo comparativo o di validazione e di orientamento su modelli terapeutici.

Un'esperienza assai significativa di questa non comparabilità dei dati clinici tra operatori, esperienza di cui tutti empiricamente abbiamo nozione, è stata il confronto che si rese necessario tra psichiatri statunitensi e britannici, per ovvi motivi tendenti a paragonare le caratteristiche dei loro pazienti, e che dava costantemente un eccesso di prevalenza di pazienti schizofrenici negli Stati Uniti, nei confronti di quelli della Gran Bretagna. Basti per tutti lo studio di Kramer⁽¹¹⁾ che rilevava una percentuale quasi doppia di ricoveri con diagnosi di schizofrenia negli Stati Uniti, in comparazione con la Gran Bretagna. Al contrario la percentuale di ricoveri per psicosi affettive era inferiore di circa $\frac{1}{3}$. A seguito di queste rilevazioni fu intrapreso uno studio il "U.S.-U.K. Diagnostic Project", per studiare queste differenze. I risultati⁽⁹⁾, basati sulla revisione eseguita da psichiatri britannici, in termini di criteri diagnostici secondo l'ottava edizione dell'I.C.D. delle corrispondenti diagnosi poste dagli psichiatri americani, su casi campione e su registrazioni televisive di interviste, dimostrano che gli americani tendevano ad allargare smisuratamente il confine della diagnosi di schizofrenia, abbracciando in essa quasi completamente lo spazio delle sindromi maniacali, nonché di parte delle psicosi depressive e delle personalità psicopatiche.

Appare pertanto evidente, e questo è lo scopo della digressione operata dal tema, che se noi osserviamo una apparente modificazione dei tipi diagnostici e degli esordi della schizofrenia, ovvero subentrano, in numero spesso assai rilevante, categorie diagnostiche che precedentemente erano considerate puramente marginali, ciò non

può portare automaticamente all'affermazione che si è di fronte ad una modificazione intrinseca di una patologia. Vi sono, infatti, almeno due ipotesi alternative che debbono essere valutate:

1) che il fenomeno sia dovuto ad una modificazione dei criteri diagnostici, elemento questo che ovviamente può cambiare le caratteristiche in base alle quali un paziente può venir considerato schizofrenico o meno, con le ovvie conseguenze sul piano epidemiologico;

2) che il fenomeno sia dovuto al diverso impatto di queste due sindromi, sia per una diversa accettazione da parte del sociale e/o per maggiori possibilità di terapia, ovvero per una diversa focalizzazione su quali patologie siano più pericolose per la società, sulle quali si indirizza più l'attenzione.

Per quanto riguarda il primo punto è necessario chiarire quali siano state le tendenze diagnostiche prevalenti riguardo questa malattia. Per far ciò sembra opportuno innanzitutto un approfondimento con quali criteri siano stati costruiti i raggruppamenti diagnostici in medicina e, di conseguenza, anche in psichiatria. Fondamentalmente essi possono essere ridotti a due:

a) creazione di unità diagnostiche per cause etiologiche o processi patogenetici;

b) creazioni di unità diagnostiche a mezzo rilevazione di frequenza e concordanza di sintomi, ovvero, meno frequentemente ed aspecificamente, per caratteristiche comuni di evoluzione ed esiti, di gravità, di sensibilità ai farmaci etc.

Per quanto riguarda la storia della psichiatria sino ai nostri giorni, con specifica attenzione alla diagnosi di schizofrenia, le due tendenze possono essere così individuate, riferendoci agli Autori che le hanno delineate:

— sec. il criterio a), cioè Bleuler⁽³⁾, Meyer⁽¹³⁾, Crow⁽⁴⁾ etc.;

— sec. il criterio b), cioè Kraepelin⁽¹⁰⁾, Schneider⁽¹⁴⁾, DSM.

Alla Tab.1 è data una delineazione sommaria dei principi di tali criteriologie.

Il più recente e vasto approfondimento tentato dagli studiosi di psichiatria sulla valutazione comparativa di efficacia e sensibilità discriminativa dei vari criteri diagnostici in ambito internazionale è stato il famoso I.P.S.S., non sufficientemente valorizzato, a mio parere, su piano criteriologico e di psicopatologia clinica, oltre che per i già rilevanti risultati di tipo epidemiologico.

Durante questa ricerca sono stati studiati circa 1200 pazienti in nove centri di diversi paesi del mondo (Columbia, Cecoslovacchia, Danimarca, Gran Bretagna, India, Nigeria, Taiwan, URSS, USA), scelti con criteri casuali, tra pazienti psicotici tra i 15 e 45 anni, escludendo solo quelli con sintomi chiaramente organici o con sintomatologia datante da più di tre anni (due anni se ospedalizzati) ovvero presentanti abuso di alcool o di droghe.

<p>E. KRAEPELIN - (1883) VII Ediz. 1906 - Tr. it. 1907 - Dementia Praecox</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esito di particolari stati di debolezza mentale - Perdita dell'unità interna del pensiero, sentire, agire - Ottundimento dei sentimenti più elevati - Sentimenti di essere dominati da una volontà esterna con deliri di influenzamento - Diminuzione degli stimoli volitivi (inerzia, trascuratezza, incapacità di attività autonoma) 			
<p>E. BLEULER (1911) Trad. it. 1965 - Schizofrenia</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Sintomi fondamentali (Grundsymptomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi del corso del pensiero (interruzione delle associazioni) - Disturbi dell'affettività (inadeguatezza affettiva)* - Ambivalenza (coesistenza di sentimenti contrastanti)* - Autismo (perdita del contatto con la realtà)* - Disturbi della personalità (perdita della coscienza della propria identità e dei limiti dell'io) </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Sintomi accessori (Akzessorische symptomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenomeni dispercettivi (illusioni e allucinazioni di vario tipo) - Idee deliranti - Disturbi del linguaggio e della scrittura - Sintomi catatonici </td> </tr> </table> <p>* Costituiscono le famose tre "A"</p>		<p>Sintomi fondamentali (Grundsymptomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi del corso del pensiero (interruzione delle associazioni) - Disturbi dell'affettività (inadeguatezza affettiva)* - Ambivalenza (coesistenza di sentimenti contrastanti)* - Autismo (perdita del contatto con la realtà)* - Disturbi della personalità (perdita della coscienza della propria identità e dei limiti dell'io) 	<p>Sintomi accessori (Akzessorische symptomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenomeni dispercettivi (illusioni e allucinazioni di vario tipo) - Idee deliranti - Disturbi del linguaggio e della scrittura - Sintomi catatonici
<p>Sintomi fondamentali (Grundsymptomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi del corso del pensiero (interruzione delle associazioni) - Disturbi dell'affettività (inadeguatezza affettiva)* - Ambivalenza (coesistenza di sentimenti contrastanti)* - Autismo (perdita del contatto con la realtà)* - Disturbi della personalità (perdita della coscienza della propria identità e dei limiti dell'io) 	<p>Sintomi accessori (Akzessorische symptomen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenomeni dispercettivi (illusioni e allucinazioni di vario tipo) - Idee deliranti - Disturbi del linguaggio e della scrittura - Sintomi catatonici 		
<p>K. SCHNEIDER (1946) - Trad. it. sull VII Ed. 1967</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Sintomi di primo ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allucinazioni uditive specifiche: eco del pensiero, voci sotto forma di disordini e repliche, voci che accompagnano le azioni del soggetto sottolineandole con osservazioni - Sintomi di aumentata permeabilità tra lo e l'ambiente: esperienza di influenzamento somatico - Furto del pensiero e altri influenzamenti del pensiero diffusione del pensiero, percezione delirante, senso di costrizione nel dominio del sentimento, degli impulsi e del volere </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Sintomi di secondo ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altri disturbi psicosensoriali - Intuizione delirante - Perplessità - Sentimento dell'impovertimento affettivo </td> </tr> </table>		<p>Sintomi di primo ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allucinazioni uditive specifiche: eco del pensiero, voci sotto forma di disordini e repliche, voci che accompagnano le azioni del soggetto sottolineandole con osservazioni - Sintomi di aumentata permeabilità tra lo e l'ambiente: esperienza di influenzamento somatico - Furto del pensiero e altri influenzamenti del pensiero diffusione del pensiero, percezione delirante, senso di costrizione nel dominio del sentimento, degli impulsi e del volere 	<p>Sintomi di secondo ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altri disturbi psicosensoriali - Intuizione delirante - Perplessità - Sentimento dell'impovertimento affettivo
<p>Sintomi di primo ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allucinazioni uditive specifiche: eco del pensiero, voci sotto forma di disordini e repliche, voci che accompagnano le azioni del soggetto sottolineandole con osservazioni - Sintomi di aumentata permeabilità tra lo e l'ambiente: esperienza di influenzamento somatico - Furto del pensiero e altri influenzamenti del pensiero diffusione del pensiero, percezione delirante, senso di costrizione nel dominio del sentimento, degli impulsi e del volere 	<p>Sintomi di secondo ordine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altri disturbi psicosensoriali - Intuizione delirante - Perplessità - Sentimento dell'impovertimento affettivo 		
<p>SINTOMI CHE COMPAIONO NEI CRITERI DIAGNOSTICI DEI DISTURBI SCHIZOFRENICI NEL DSM - III - 1980 - Trad. it. 1983</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Deliri bizzarri (influenzamento, furto del pensiero) 2) Deliri corporei, di grandezza, mistici, nichilistici o di altro tipo privi di contenuti persecutori o di gelosia 3) Deliri di persecuzione o di gelosia se accompagnati da allucinazioni 4) Allucinazioni uditive (voci che commentano il comportamento e i pensieri del soggetto o dialogano tra loro) 5) Allucinazioni uditive occasionali, con contenuto superiore a una o due parole, senza alcuna relazione con depressione o euforia 6) Incoerenza, perdita di associazioni, pensiero illogico, povertà di contenuto dell'eloquio se associati con almeno due seguenti fenomeni: <ol style="list-style-type: none"> a) anaffettività o inadeguatezza effettiva b) deliri o allucinazioni c) catatonìa o altro comportamento disorganizzato 			
<p>Tab. 1</p>	<p>da Artigiani (1) 1989</p>		

modo è risultato interessante il controllo con il metodo matematico, sec. la metodica di Mac Keon, che ha prodotto nel campione generale di pazienti schizofrenici, non necessariamente concordanti per tutti i metodi, l'identificazione di un gruppo di 306 pazienti le cui caratteristiche cliniche fossero riconosciute in concordanza tra i tre metodi di ricerca. Questo gruppo di pazienti (Concordant Group) tra i vari sintomi a più alta frequenza, ne presentava alcuni più o meno aspecifici (come la mancanza di insight, piattezza di affettività, difficoltà di rapporto etc.), mentre altri erano altamente specifici, come le "esperienze di essere controllati" e le allucinazioni uditive, specie se non particolari caratteristiche (Fig. 2).

Si può vedere, quindi, che le concordanze più significative furono quelle definite da una analisi sintomatologica, che è assai simile a quella schneideriana.

Anche la Tab. 2 esplica chiaramente come solo i sintomi ivi descritti (fondamentalmente quelli di primo ordine di Schneider) abbiano la più alta frequenza di rappresentazione, nella ricerca in oggetto, in pazienti schizofrenici, con la quasi corrispettiva assoluta

La comparazione ed il raffronto diagnostico furono posti secondo tre ordini di criteri:

— diagnosi clinica secondo i metodi propri ai vari centri;
 — diagnosi simulata dal computer secondo il Programma Catego di Wing, essendo i dati clinici raccolti in maniera standardizzata, seguendo il P:S:E: (Present State Examination di Wing) ed il P.H.S. (Psychiatric History Schedule)⁽¹⁷⁾;

— analisi matematica secondo il metodo di Cluster Analysis⁽¹²⁾, che consente l'individuazione di gruppi, anche non di rilevanza clinica, definiti dalla similarità delle caratteristiche, tutte in principio considerate di pari valore.

Come si può anche osservare alla Fig.1 vi è stata una notevole concordanza diagnostica, anche se non assoluta, tra i vari metodi che è stato il risultato di una severità di metodo di raccolta dati che pare essere alla base per ogni studio che voglia avere carattere scientifico. In particolar

impossibilità di essere presenti in altre categorie diagnostiche.

Se ne deve concludere che solo una diagnostica clinica di schizofrenia alla Schneider dia, allo stato, un'alta possibilità di concordanza tra i ricercatori di varie parti del mondo e, quindi, di confrontabilità delle ricerche.

Queste conclusioni ci sembrano assai importanti per poter impostare un qualsiasi lavoro epidemiologico o di ricerca clinica, psicofarmacologia, ovvero di variabilità della sintomatologia, anche d'esordio, in questa malattia.

Le stesse potrebbero però comportare notevoli problemi se non mettessimo in chiaro i seguenti punti:

a) bisogna non essere eccessivamente rigidi con i sintomi di primo ordine di Schneider, data la loro impostazione teoricamente ateoretica, come egli stesso metteva in guardia, essendo essi non sintomi fondamentali alla Bleuler

Un contributo metodologico al tema delle descritte modificazioni degli esordi schizofrenici.

(cioè presunta espressione di una patogenesi), ma solo i più significativi nella sua esperienza, da un punto di vista puramente pragmatico. Altri sintomi possono essere, ed in effetti sono, ad essi collegati e spesso nella pratica clinica si deve porre la diagnosi solo su questi, in assenza di quelli di primo ordine;

b) è necessario che sia ben chiaro che diversi sono i principi su cui si deve basare uno studio a scopo di ricerca a carattere scientifico, riproducibile in altre situazioni e gli aspetti di psichiatria clinica, cioè "al letto del malato", se con Pinel definiamo clinica "quell'approccio al paziente evitando discussioni metafisiche o illusioni ideologiche, per fare scienza di fatti ben osservati".

L'osservazione clinica psichiatrica è poi anche partecipazione, con Jaspers "Einfühlung"⁽⁸⁾ e ben sappiamo che il rapporto medico-paziente è per noi psichiatri la maggior fonte di informazioni cliniche.

Non comprendere o, comunque, non aver presente questa distinzione o, meglio, questa bivalenza della clinica, che ha sì a che fare con l'individuo malato e non con la malattia, come entità astratta, ma che nello stesso momento deve essere la base per i pro-

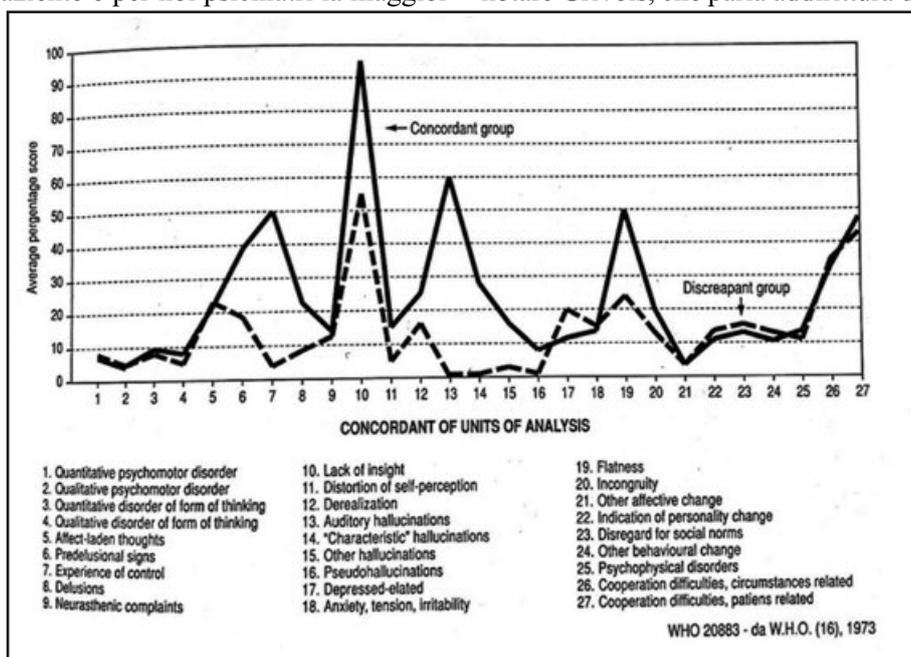
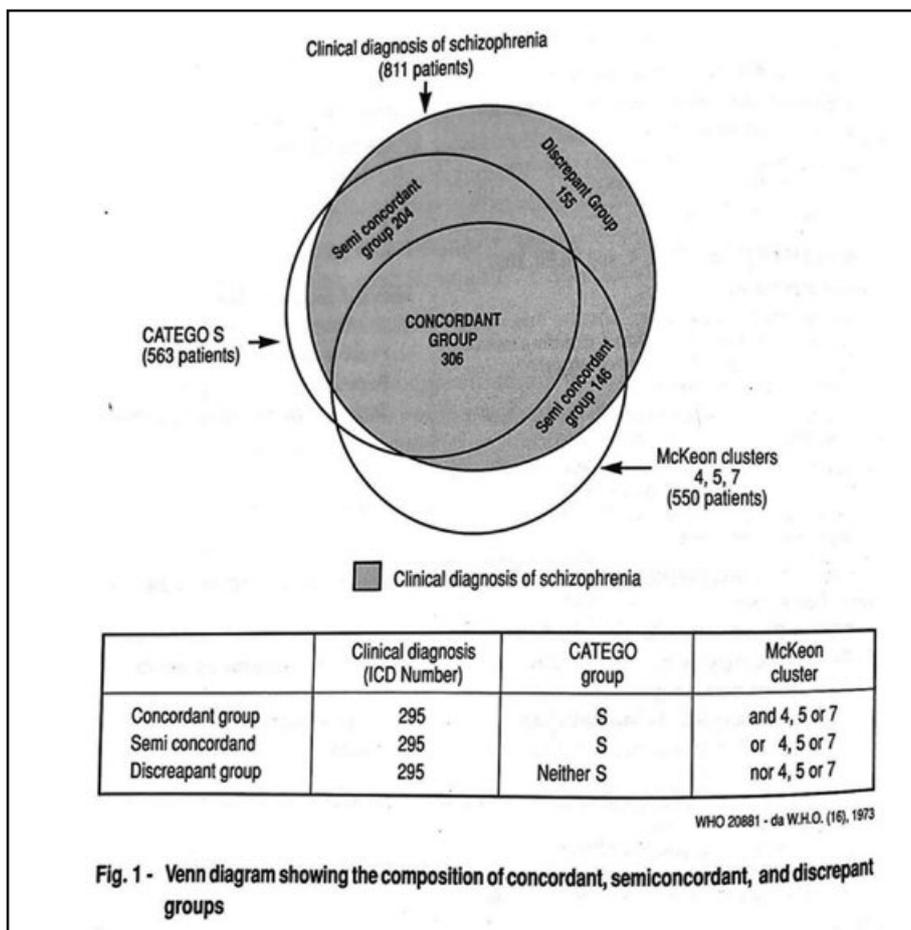


Fig. 2 – Profiles of average percentage scores (27 GUAs) concordant group and discrepant group

gressi della patologia, è fonte di vasti problemi per gli operatori sul campo. Infatti ristretto il concetto di schizofrenia ai sintomi schneideriani (necessità questa che condividiamo totalmente) essi rischiano di trovarsi privi di riferimento di fronte alla gran massa dei giovani psicotici, specie nei loro esordi atipici ovvero con sintomatologie non esplicitamente schizofreniche (c.d. schizofrenie latenti, pseudo-

nevrotiche, pseudopsicopatiche, schizoaffettive, personalità borderline, schizoidi, schizotipiche, episodi schizofreniformi etc., della varietà nosografica psichiatrica). Le problematiche diventano ancor più acute di fronte alla reale trasformazione di alcune patologie, ed in particolare dei loro esordi, nel rapporto, ormai prevalente, con l'alcolismo e la tossicomania, come giustamente fa notare Grivois, che parla addirittura di "sfida delle psicosi emergenti"⁽⁷⁾.

Senza condividere del tutto le sue tesi, non v'è però alcun dubbio che tra gli alcolisti e tossicomani ormai si ritrova e si osserva una gran parte dei nostri pazienti con chiari segni di tipo schizofrenico, ma non schneideriani, come ad esempio l'incoerenza, l'ambivalenza,

l'allentamento del contatto con la realtà etc. Che valore dare a questi sintomi, in un concetto diagnostico ristretto di schizofrenia, nell'approccio al paziente violento, agitato, ansioso, terrorizzato da vaghi vissuti deliranti, appunto, incoerente, in un pronto soccorso, con tutte le necessità di un intervento rapido ed efficace? La risposta forse della inusitata proliferazione di nuovi criteri diagnostici di certa psichiatria, di cui è esempio il proliferare oltre ogni limite della diagnosi di personalità borderline e sottodivisioni, che è diagnosi tuttora vaga, aspecifica, non stabile e che pertanto non può che essere una diagnosi residuale, mai principale?

La risposta potrebbe essere bleuleriana e di un nuovo allargamento, almeno nella clinica, della diagnosi di schizofrenia. Ma che senso avrebbe ricreare vaste coorti di schizofrenici, non identificabili allo stesso modo dalla maggior parte degli operatori, se non a riprodurre la confusione di linguaggi dalla quale siamo partiti, sino a rendere inutile il concetto stesso di schizofrenia? I concetti diagnostici sono stati creati per utilità, per necessità di standardizzazione e comunicazione, se tale caratteristica non hanno debbono essere scartati, pena il loro logoramento o gravi equivoci tra gli psichiatri. Le concezioni bleuleriane oggi, per quanto brillanti esse siano, corrono questo rischio.

Una soluzione potrebbe essere trovata riportandoci a ricerche scientificamente ben fondate sulla genetica di questa malattia, in particolare le indagini sui fratelli monozigoti di pazienti schizofrenici⁽⁵⁻⁶⁾, che indicano un'alta concordanza di malattia (ciò, però, non ci interessa in questa sede), ma ancor più una estremamente più vasta presenza di quelle tipologie di disturbi di cui prima si diceva, che, pertanto, non solo clinicamente o dal punto di vista psicopatologico debbono essere collegate alla schizofrenia, ma anche e specialmente da un punto di vista genetico. È, quindi, il concetto di *disturbi dello spettro schizofrenico* quello che più oggi si attanaglia allo stato delle ricerche, alla necessità di definizione scientifica di

schizofrenia, ma allo stesso modo della clinica, che necessita di definire in modo comunicabile tale diagnosi, senza correre l'opposto rischio di far proliferare categorie diagnostiche, apparentemente nuove, ma in realtà assai vecchie, troppo vaghe (e del tutto inutili, pertanto).

Proprio nell'ambito degli esordi della schizofrenia che si situa in gran parte la spiccata variabilità dei quadri similschizofrenici che oggi tanto ci colpiscono, specie in età adolescenziale. Il loro allargamento numerico non può che derivare dal restringimento dei criteri diagnostici di schizofrenia, da un lato, nonché, dall'altro, dalla maggiore attenzione data al mondo adolescenziale e, quindi, dalla maggior significatività

Symptom or Syndrome	N	Proportion of these with symptom in Class:		
		Schizophrenic and Paranoid Psychoses N = 876	Manic Psychoses N = 79	Depressive Psychoses, Neuroses, etc. N = 229
96. Voices to patients	332	.91	.05	.03
97. Voices about patient	172	.95	.03	.02
98. Commentary by voices	136	.97	.03	.01
99. Thought broad-cast, etc.	328	.97	.02	.01
101. Delusions of control	227	.96	.02	.01
133. Neologisms	28	.97	.04	.00
136. Poverty of contents of speech	160	.95	.02	.03
Syndrome (1) (Symptoms 95*, 97, 98, 99, 101)	468	.96	.02	.01

* Uncorrected; see section 11,1,5 (1). da WHO. (16) 1973

Tab. 2 – Probabilty that patiens with selected symptoms will be allocated to 3 diagnostic classes (IPSS series: PSE only)

di questi disturbi, specie nell'incontro tutto nuovo con gli abusi tossicomani⁽²⁾.

Non v'è dubbio, infatti, che mentre in passato la maggior parte di questi pazienti passava inosservata (salvo una successiva evoluzione chiaramente kraepeliniana) nell'ambito di mondi socialmente separati (prostitute, giovani delinquenti, vagabondi), ciò, almeno in parte, non avviene più per il quasi inevitabile incontro con la droga. Ciò rende conto della grande quantità di pazienti di questo tipo che ci provengono dai servizi per tossicodipendenti, ovvero non vengono mai riconosciuti come tali, sino al compimento di gravi atti di violenza immotivata. Ancora la diffusione della scolarizzazione e l'evoluzione sociale del paese rendono sempre più evidenti, con richieste di aiuto specialistico dalle famiglie o dalla scuola, questi stessi quadri di esordio o, comunque correlabili con la schizofrenia ed è nostro interesse, anche a fini terapeutici, mantenerli legati al concetto di schizofrenia, senza necessariamente confonderli con essa, quando, ovviamente non subiscano, come il più delle volte accade, una chiara evoluzione in tal senso.

*Già Primario Psichiatra Azienda USL Frosinone – Componente C.D. S.I.F.I.P.

Un contributo metodologico al tema delle descritte modificazioni degli esordi schizofrenici.

- 29 -

Bibliografia

- 1) ANTIGNANI P.: "Lo schizofrenico come paziente del medico di base" Min. Psych. 30:61; 1989.
- 2) ANTIGNANI P., CITTERIO C.: "Contributo alla storia del fenomeno tossicomaniaco". Ann. Med. Nav. 4:783; 1988.
- 3) BELULER E.: Trattato di Psichiatria. Trad. It. Milano, 1965.
- 4) CROW T.J., CROSS A.J., JOHNSTONE F., OWEN F.: "Two Syndromes in Schizophrenia and their pathogenesis" in Schizophrenia as a Brain Disease, Oxford, 1982.
- 5) FISHER M., HARVALD B., HAUGE M.: "Danish Twin Studies of Schizophrenia". Brit. J. Psych. 115:981; 1969.
- 6) GOTTESMAN I.I., SHIELDS J. "Schizophrenia in Twins: Sixteen Years consecutive Admission to a Psychiatric Clinic". Brit. J. Psych., 112:785; 1963.
- 7) GRIVOIS H.: "Clinical Psychiatry: the Challenge of emergent Psychoses" in The Clinical Approach in psychiatry. Le Plessis-Robinson, 1993.
- 8) JASPER K.: Psicopatologia generale. Trad. it., Milano 1907.
- 9) KENDELL R.E., COOPER J.E., GOURLAY A.J., COPALAND J.R.M., SHARPE L., GURLAND B.J.: "The Diagnostic Criteria of American and British psychiatrists" in Arch. Gen. Psych., 25: 123; 1971.
- 10) KRAEPELIN E.: Trattato delle Malattie Mentali. Trad. it., Milano 1907.
- 11) KRAMER M.: "Cross-national Study of Diagnosis of the mental Disorders. Origin of the Problem". Am. J. Psych. 10:125; 1969.
- 12) Mc KEON J.J.: Hierarchical Cluster Analysis. Washington, 1967.
- 13) MEYER A.: "The dynamic Interpretation of Dementia Praecox". Am. J. Psychol. 21:385; 1910.
- 14) SCHNEIDER K: Psicopatologia clinica. Trad. it., Firenze, 1967.
- 15) VELLA G., LORIEDO C.: "Il decorso della schizofrenia" in Atti del Convegno SIP Lazio Assistenza e Terapia del Decorso della Schizofrenia. Roma, 1992.
- 16) W.H.O.: The international Pilot Study of Schizophrenia. Geneve, 1973.
- 17) WING J.F.: "A standard Form of Psychiatric Present State Examination (PSE) and a Method for standardising the Classification of Symptoms" in Hare e Wing: Psychiatric Epidemiology. Oxford, 1970.



Relativismo linguistico e caratterizzazione culturale

Linguistic relativism and cultural characterization

Riassunto

l'identità del popolo che lo parla, portandoci a domandare: "Le lingue influenzano il nostro modo di pensare?", "Possiamo dire la stessa cosa in un'altra lingua?".

Sono tante le curiosità linguistiche che mostrano chiaramente l'intraducibilità di alcune parole, così come ci capita di avere in testa idee e suggestioni per le quali ci manca proprio la parola giusta e riusciamo a renderle bene solo attingendo al linguaggio appartenente ad altri popoli.

Parole chiave: Relativismo linguistico, caratterizzazione culturale, Sapir-Whorf

Summary

The language, used daily in automatic and intuitive way, contains the identity of the people who speak it, leading us to ask: "Do languages effect our way of thinking?", "Can we say the same thing in another language?".

There are many linguistic curiosities that clearly show the untranslatability of some words, but they also remind us of those times when we have an idea, a suggestion in our mind and we lack the word.

Keywords: linguistic relativism, cultural characterization, Sapir-Whorf

Accade con frequenza di imbattersi in parole e concetti di non immediata comprensione, perché portano con sé il riferimento a significati e richiami culturali ben determinati e profondamente determinanti, tali da non poter essere trasportati, senza ulteriori specificazioni, nella nostra lingua.

Pur non volendo soffermarsi a lungo in modo dettagliato sulla linguistica, per completezza, è doveroso riassumere la principale ipotesi sul relativismo linguistico che si è affermata nel corso del novecento, gettando così le basi per focus del nostro discorso: le "curiosità" linguistiche e la loro valenza culturale.

Il concetto di relativismo linguistico – noto come ipotesi Sapir-Whorf – è una diretta emanazione degli studi dell'antropologo americano Franz Boas che, con l'approccio olistico denominato "*Four Field Approach*", rivoluzionò l'antropologia statunitense riunendo sotto l'egida dell'antropologia scienze come la linguistica, l'archeologia, la biologia, l'etnologia, canalizzate in Europa in differenti filoni d'insegnamento.

Caratteristiche fisiche ("physical field"; "biological field")

Testimonianze linguistiche ("linguistic field"; philological field")

Testimonianze culturali ("cultural field")

Testimonianze archeologiche e cultura materiale (archaeological field")

Boas fu attratto dallo studio della lingua dalla sua esperienza tra gli eschimesi e tra gli indiani Kwakiutl della costa nord-occidentale, e sostenne l'impossibilità di comprendere pienamente un'altra cultura senza avere accesso diretto alla lingua parlata dai membri di quella cultura:

"la conoscenza delle lingue indiane funge da importante complemento alla piena comprensione delle abitudini e credenze delle persone che stiamo studiando... Se l'etnologia è intesa come la scienza che si occupa dei fenomeni mentali della vita dei popoli del mondo, il linguaggio umano, una delle manifestazioni più importanti della vita mentale, sembrerebbe appartenere naturalmente al campo di lavoro dell'etnologia".¹

Lo studio della lingua indiana portò Boas su posizioni di relativismo culturale.

Egli si oppose all'etnocentrismo e all'idea della superiorità razziale: "*L'idea che ogni cultura dovrebbe essere compresa nei suoi termini piuttosto che come parte di un piano generale intelligentemente o moralmente scalato, in cui gli europei o quelli di discendenza europea tendevano ad essere al top*".²

A proposito della attribuzione di dignità a culture diverse dalla nostra si potrebbe fare un salto indietro di 2500 anni: Erodoto nelle *Storie* affermava il relativismo del *νόμος* (consuetudine, costume, legge dell'uomo).

I νόμοι nella antica Atene erano le leggi di Solone.

I νόμοι, greci o barbari che siano, sono tutti ammissibili,

tutti validi nel loro contesto; Erodoto riconosce ai barbari virtù e capacità straordinarie, spesso superiori a quelle dei Greci stessi.

“Pare che questi Etiopi siano gli uomini più alti e più belli del mondo. E le loro usanze differiscono da quelle di tutti gli altri popoli, in particolare a proposito del potere regale” (3.20)

“Gli Arabi sono fra i popoli al mondo i più rispettosi dei patti” (3.8)

“Gli Issedoni hanno fama di essere giusti” (4.26)

“Gli Egizi Sono straordinariamente devoti, più di tutti gli uomini” (2.37)

“I Persiani ai loro bambini, da quando hanno cinque anni fino ai venti, insegnano tre sole cose: cavalcare, tirare con l’arco e dire la verità... La cosa più vergognosa è considerata la menzogna” (1.136 - 138)³

Ritornando a Boas, appartiene a lui il celebre esempio dei molti nomi usati tra gli eschimesi per denominare la neve:

la neve sul terreno;

neve che cade;

neve alla deriva;

un cumulo di neve.⁴

La osservazione di Boas sulla denominazione della neve tra gli Eschimesi è stata ripresa più volte nel corso del novecento per essere sostenuta, amplificata o criticata.

In realtà non c’è niente di strano che una lingua abbia più parole di un’altra per uno specifico settore della esperienza.

Boas intendeva semplicemente sottolineare che ci può essere una motivazione culturale per lo sviluppo di distinzioni lessicali in una lingua.

Senza allontanarci troppo da questo ragionamento, potremmo dire che è abbastanza intuitivo pensare che le varie parti del corpo siano concetti universali che tutti gli esseri umani condividono, del resto abbiamo tutti una faccia, due gambe, due braccia; eppure, nel momento in cui occorre dare un nome a questi concetti le lingue divergono in modi per noi inattesi: per esempio in Malesia non hanno termini per indicare “bocca”, “faccia”, “gamba”, ma hanno un termine specifico per indicare il labbro superiore.

Queste differenze linguistiche determinano una percezione diversa della realtà da parte di chi le parla?

Un altro esempio: I colori di base nella lingua pirahã (lingua amazzonica parlata in Brasile) pare siano solo due: un termine più o meno equivalente a “chiaro” e uno più o meno equivalente a “scuro”.

Questo forse significa che le persone che parlano questa lingua non riescono a distinguere i colori che percepisce un parlante italiano?

C’è chi in passato ha pensato fosse proprio così, ma più in generale, c’è chi ha pensato che le categorie espresse da una lingua determinassero le categorie di pensiero dei parlanti quella lingua: il nostro sistema cognitivo sarebbe quindi indissolubilmente legato alla lingua che parliamo, quindi relativo.

Sulle intuizioni di Boas, Edward Sapir e Benjamin Lee Whorf costruiscono – nella prima metà del novecento - la loro ipotesi sulla importanza della lingua parlata nella visione del mondo:

“il modo in cui pensiamo il mondo è influenzato e forgiato dalla lingua che usiamo per farlo”

...“È piuttosto un’illusione immaginare che il linguaggio sia semplicemente un mezzo accessorio per risolvere problemi specifici nella comunicazione o nella riflessione. Il fatto è che il “mondo reale” è in larga misura costruito inconsciamente sulle abitudini linguistiche del gruppo.”⁵

Esistono una variante “forte” ed una “debole” del relativismo linguistico di Whorf.

Nella variante “forte” troviamo quasi sempre una totale identificazione del pensiero con il linguaggio, che arriva a determinare l’esistenza stessa del pensiero, che non potrebbe esistere se non esistesse il primo.

Nella variante “debole” il linguaggio avrebbe una influenza sul pensiero, senza determinarlo.

Nel “*De Oratore*” Cicerone, in una sua delle sue numerose invettive, sosteneva che i greci non erano in grado di riconoscere un inetto (*ineptus*) perché non avevano nemmeno una parola che indicasse tale concetto. Pur dando per scontata una lettura “politica” della invettiva è interessante notare come, in tale contesto, secondo Cicerone l’esistenza di un concetto sia resa possibile dalla esistenza della parola che lo designa.⁶

Nel celebre “*1984*” di George Orwell, lo scrittore inglese immagina una realtà distopica nella quale vige un sistema totalitario, a capo del quale c’è un dittatore che si fa chiamare il *Grande Fratello*. Tra le varie misure prese da questo governo per riuscire a controllare i propri sudditi e limitarne la libertà, spicca l’introduzione della *neolingua*, un idioma artificiale estremamente semplificato (a livello sintattico, morfologico e lessicale), attraverso cui controllare il modo di pensare delle persone:

«fine specifico della neolingua non era solo quello di fornire (...) un mezzo espressivo che sostituisse la vecchia visione del mondo e le vecchie abitudini mentali, ma di rendere impossibile ogni altra forma di pensiero».⁷

Non sarebbe più esistito un termine che significasse libertà, per lo meno in senso politico o intellettuale, proprio perché si puntava alla completa disintegrazione di tale concetto.

Alexander von Humboldt (1767-1835) linguista e filosofo tedesco, esprime in pieno romanticismo concetti che saranno ripresi dai teorici del relativismo linguistico.

Humboldt considera la lingua come “visione del mondo”. Pensiero e linguaggio si identificano e la varietà delle lingue rispecchia la realtà di mondi diversi.

Nella visione humboldtiana non soltanto l'esistenza dei concetti, ma quella degli oggetti stessi è vincolata dal linguaggio. Se, ad esempio, non esistesse la parola “bicchiere”, automaticamente non avremmo nemmeno il concetto di bicchiere; e, probabilmente, non ci sarebbe per noi neanche l'oggetto in questione, poiché «*Come senza il linguaggio non è possibile alcun concetto, così pure per l'anima non vi potrà essere nessun oggetto, poiché perfino l'oggetto esterno acquista per essa compiuta essenzialità solo mediante il concetto*». ⁸

Dopo l'incontro con Sapir, Whorf si dedicò allo studio della lingua Hopi – popolazione indigena dell'Arizona. Tra le sue considerazioni più note (e quindi anche più criticate) vi è quella sulla concezione del tempo presso gli hopi.

Secondo Whorf gli hopi, non avendo parole e costruzioni grammaticali per denotare esplicitamente il tempo, ne avrebbero una concezione diversa rispetto a chi, come noi, ne ha una tripartizione in passato, presente, futuro e percepisce il tempo come un flusso regolare e continuo dal passato verso il futuro.

Nella lingua hopi esiste, invece, un'altra distinzione, quella fra due dimensioni: quella oggettiva e quella soggettiva, in quest'ultima si identifica la nostra dimensione di futuro, tutto quello che viene “atteso”.

“L'Hopi ha solo un nome per indicare tutto ciò che vola...In realtà gli hopi chiamano un insetto, un aeroplano e un aereo tutti con lo stesso nome e non trovano in questo nessuna difficoltà...” ⁹

La ipotesi Sapir/Whorf fu sottoposta a critiche soprattutto dalla scuola di Noam Chomsky, che sostiene la genesi innata del linguaggio, basato su regole e struttura che non variano più di tanto, e tradiscono un comune terreno genetico da cui ogni forma linguistica esistente è scaturita e ha trovato sviluppo.

Chi prese spunto dalle ricerche di Chomsky fu Jerry Fodor, che insegnò filosofia del linguaggio presso la Rutgers University New Jersey, affermando che esiste una serie di concetti primitivi e innati che, combinati, danno vita a tutto il resto; tali concetti (intesi come nomi mentali) sarebbero, inoltre, iscritti nel nostro patrimonio genetico e trasmissibili. Questi costituirebbero una specie di “linguaggio del pensiero” comune a tutti gli esseri umani, indipendentemente dalla lingua che viene acquisita dopo la nascita.

“LOST IN TRANSLATION”

Questa espressione, oltre che essere una doppia citazione che rende omaggio sia a uno splendido libro di Ella Frances Sanders sia a un riuscito film di Sofia Coppola, racchiude perfettamente il senso di dispersione, più o meno consapevole, che può generare il linguaggio.

Quando parliamo cosa stiamo realmente comunicando? E cosa sta realmente comprendendo il nostro interlocutore?

Per fare un esempio delle difficoltà che si incontrano nella traduzione, si può far riferimento, in ambito psichiatrico, ai manuali di classificazione dei disturbi mentali, il DSM e l'ICD: nonostante le attenzioni e le raccomandazioni a considerare le diverse lingue da cui e in cui le classificazioni vengono tradotte, molti paesi (Cina, Cuba, America latina, Russia...) preferiscono adottare propri sistemi di classificazione, non solo per alcune categorie che sono culturalmente distintive, ma soprattutto per le complessità linguistiche.

Ad es. *“La traduzione cinese dell'ICD-10 è stata vista linguisticamente complessa, contenente frasi molto lunghe e termini sintatticamente scomodi”* ¹⁰

Le opere di Freud furono tradotte in inglese con la supervisione della figlia Anna.

Nell'introduzione alla Standard Edition si discute del termine *Trieb* (tradotto in italiano con *pulsione*): non si trovò una parola inglese per descrivere il concetto di pulsione differenziandolo da quello di *istinto*. Infine *Trieb* fu tradotto con *Instinct*, anche se alcuni analisti anglosassoni preferiscono usare il termine *Drive*. ¹¹

Hadley Cantril, psicologo di Princeton, nel periodo di contrapposizione ideologica tra Stati Uniti ed Unione Sovietica, studiò le differenze di linguaggio tra le due nazioni mettendo a confronto i rispettivi dizionari, mettendo in evidenza l'aspetto più ingannevole e ambiguo del linguaggio:

Carità

“Aiuto offerto ipocritamente dalle classi dominanti, nelle società basate sullo sfruttamento, a talune frazioni dei settori diseredati della popolazione, con lo scopo di ingannare i lavoratori, e di distogliere la loro attenzione dalla lotta di classe” (significato sovietico)

“Atto di affetto e benevolenza” (significato americano)

Iniziativa

“Ricerca indipendente del modo migliore di eseguire un ordine” (significato sovietico)

“Azione autonoma; attività spontanea” (significato americano)

Libertà

“Riconoscimento della necessità” (significato sovietico)
“Esenzione dalla necessità nelle scelte e nell’azione; come libertà della volontà” (significato americano)¹²

WABI-SABI – giapponese

“Trovare la bellezza nelle imperfezioni”

Questa parola, tratta dagli insegnamenti buddisti, è molto speciale.

È impossibile tradurla in italiano. *Wabi-sabi* in Giappone corrisponde ad un particolare senso estetico.

Nasce dall’unione di due parti, “*wabi*” e “*sabi*”.

“*Wabi*” rappresenta lo stato inferiore, cioè lo stato povero e semplice. I giapponesi pensano che questo stato sia bello. “Imperfetto” traduce bene la parola “*wabi*”.

Invece “*sabi*” è lo stato deteriorato dal passare del tempo, la bellezza che trapela dall’interno di una cosa antica, non in rapporto con l’apparenza.

Si basa sulla ricerca del bello nelle imperfezioni e nell’incompletezza.

Siccome *wabi-sabi* è una parola che tratta di sensazione, come per molte parole giapponesi, capirla precisamente è difficile.

Wabi-Sabi è un animo della cultura giapponese.

Si potrebbe aprire una piccola parentesi neuropsicologica che riguarda proprio il popolo del Sol Levante: È interessante notare come certi studi dimostrino che la specializzazione emisferica nei giapponesi non corrisponde a quella che di regola si riscontra negli occidentali.¹³ L’emisfero sinistro giapponese analizza l’informazione verbale al pari di quello occidentale, ma compie un’analisi verbale anche su stimoli che per noi non hanno un significato verbale: il fruscio delle foglie, il suono delle onde, il canto degli uccelli e delle cicale, l’abbaiare del cane; a tal proposito, leggendo i classici fumetti giapponesi si può facilmente notare l’importanza data alle onomatopee (radicalmente diverse da quelle presenti nel mondo occidentale: il suono del cuore per noi occidentali è “*tum-tum*”, per un giapponese è “*doki-doki*”), non semplici suoni o rumori, bensì vere e proprie parti del discorso (“*doki-doki*” diventa verbo “*doki-doki-suru*”, cioè “palpitare”)!

Nel giapponese tutto il mondo dei suoni della natura e degli uomini ha un significato verbale, una risonanza emotiva. L’emisfero sinistro è quindi più carico d’informazione, sia linguistica sia emozionale.

Basti pensare alle poesie haiku: componimenti poetici, generalmente in tre versi, dai toni semplici, senza titolo, che eliminano fronzoli lessicali e retorici, traendo la loro forza dalle suggestioni della natura. La composizione richiede una grande sintesi di pensiero e d’immagine, in quanto il soggetto dell’haiku è spesso una scena rapida ed

intensa che descrive la natura e ne cristallizza i particolari nell’attimo presente. L’estrema concisione dei versi lascia spazio ad un vuoto ricco di suggestioni, come una traccia che sta al lettore completare.

“*Un giorno mite,
ma ancora del freddo
nel sole d’inverno*”
(konishi Raizan)

Non a caso i giapponesi parlano di “*Kuuki wo yomu*” ovvero “leggere l’aria” e di “*haragei*” ovvero “arte dello stomaco”, tendendo sempre a prediligere una comunicazione non verbale.

Accogliere nella mente e nel cuore il senso profondo del *wabi-sabi*, equivarrebbe a comprendere la filosofia dei giapponesi; ma, molto spesso si constata che le differenze culturali determinano barriere pressoché insormontabili alla comunicazione.

BOKETTO: I giapponesi hanno una tale considerazione del non pensare a niente, tanto da avergli dato un nome specifico: *boketto* significa lasciar vagare lo sguardo in lontananza senza pensare a niente.

KOMOREBI: La luce del sole che filtra tra le foglie degli alberi.

KINTSUGI – “riparare con l’oro”

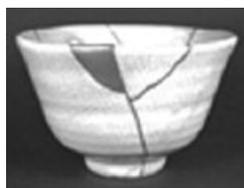


Fig.1

Letteralmente oro (“*kin*”) e riunire, riparare, ricongiunzione (“*tsugi*”).

Quest’arte giapponese prescrive l’uso di un metallo prezioso – che può essere oro o argento liquido o lacca con polvere d’oro – per riunire i pezzi di un oggetto di ceramica rotto, esaltando le nuove nervature create (figura 1). La tecnica consiste nel riunirne i frammenti dandogli un aspetto nuovo attraverso le cicatrici impreziosite. Ogni pezzo riparato diviene unico e irripetibile, per via della casualità con cui la ceramica si frantuma; si formano ramificazioni irregolari che vengono esaltate dal metallo, che evidenzia le fratture, le impreziosisce e aggiunge valore all’oggetto rotto; per questo la parola *kintsugi* viene spesso utilizzata come metafora e simbolo di resilienza.

KAROSHI

Termine giapponese che significa “morte per troppo lavoro”. Il Giappone è uno dei pochi paesi in cui questa categoria, le cui principali cause mediche di morte da *karoshi* sono attacco cardiaco dovuto a sforzo e stress, è riportata nelle statistiche delle cause di morte

NEMAWASHI

letteralmente si traduce con “lavorare attorno alle radici”, dalle parole *ne* (“radice”) e *mawasu* (“muoversi intorno [qualcosa]”). Il suo significato originale era letterale: scavare attorno alle radici di un albero, preparandolo a essere trapiantato, proteggendo le radici. Poi, questo concetto è stato adottato a livello aziendale per pianificare al meglio le decisioni e nella cultura giapponese è divenuto quel processo informale che sostiene le fondamenta di un progetto pianificato, confrontandosi con le persone che se ne occupano. Lavorare in equipe e costruire il consenso prima di prendere una decisione fa pensare alla costruzione di un progetto riabilitativo con il paziente.

Allontanandoci dal continente asiatico e dai tanti spunti di rara bellezza che ci offre, sarà inevitabile provarne nostalgia, un sentimento universale che offre, tuttavia, significati culturalmente diversi.

NOSTALGIA

νόστος (ritorno) – άλγος (dolore)
Dobbiamo ad uno studente di medicina, Johannes Hofer, la introduzione del neologismo *nostalgia*. Hofer si laureò nel 1688 all’Università di Basilea con una tesi intitolata: *Dissertazione medica sulla nostalgia*. Si trattava di una misteriosa malattia che colpiva i mercenari svizzeri che combattevano per anni lontani da casa al servizio del Re di Francia e per lungo tempo fu considerata addirittura una malattia tipicamente svizzera, per cui venne chiamata anche *mal du Suisse* o *Schweizerheimweh*. Hofer descriveva “tristezza”, “frequenti sospiri”, “sonno agitato”, “palpitazioni cardiache”, “stati di letargia” sino ad una forma di “stupidità della mente”. Alcuni soldati tentavano di tornare a casa – era l’unico rimedio conosciuto – e venivano giustiziati per diserzione. Alcuni medici pensarono che il continuo suono dei campanacci delle Alpi causasse danni ai timpani ed al cervello. I Comandanti proibirono ai soldati di cantare canzoni svizzere per paura che potesse condurre alla diserzione ed al suicidio. Questo sentimento così lacerante, considerato in origine una malattia, ha assunto poi significati multiformi, ricorrendo incessantemente in tempi e contesti diversi. Eccone

alcuni esempi.

FERNWEH – tedesco

Non esiste una vera e propria traduzione italiana: il dizionario Paravia riporta la definizione “*nostalgia degli orizzonti lontani, di andare per il mondo*”. *Fernweh* è il contrario di *Heimweh*, che significa “nostalgia di casa”. *Heim* significa infatti “casa” (come luogo degli affetti) e *Weh* significa dolore. *Heimweh* richiama alla mente il dolore che si prova quando si è lontani e si pensa alla propria casa, alla propria famiglia, ai propri cari. *Fernweh* è l’esatto contrario: *Fern* significa “lontano” e *Fernweh* è il desiderio di viaggiare, di lasciare la vita di tutti i giorni e mettersi in cammino, vedere il mondo. Quindi nostalgia per i posti dove non si è mai stati, ma dove si vorrebbe tanto andare.

Un sentimento simile al tedesco *Fernweh* lo troviamo espresso in altre parole:

HIRAETH – gallese

In questo sostantivo c’è qualcosa in più rispetto alla semplice malinconia del passato, alla nostalgia dei luoghi dove non si può tornare: il sentimento struggente riguarda anche posti che non sono (forse) mai esistiti.

KAUKOKAIPUU – finlandese

(*kauko*: lontano *kaipuu*: brama) A volte abbiamo nostalgia di un posto in cui non siamo mai stati; vorremmo essere vissuti in un’altra epoca; vorremmo trovarci ovunque, tranne che nel posto, dove siamo. I finlandesi chiamano questo desiderio *kaukokaipuu*.

A chi non è accaduto di fantasticare di vivere in un’altra epoca.

Garcia Lorca esprime questo sentimento in una poesia:

*La nostalgia terribile di una vita perduta,
il fatale sentimento di esser nati tardi*
(Garcia Lorca nella poesia “Pioggia”)

SAUDADE – portoghese

Indica il desiderio vago ma persistente di qualcosa che non c’è e probabilmente non esiste; non c’è in italiano un termine che possa rendere il senso della *saudade*, anche se spesso traduciamo questa parola come nostalgia: di qualcuno o di qualcosa che si è amato e poi perduto. Gilberto Gil, il noto musicista brasiliano, ha definito la *saudade* come “*struggente presenza dell’assente*”.

Negli ultimi decenni il termine ha acquistato anche una connotazione positiva: sembra che le riflessioni nostalgiche diano significato alla vita ed aumentino il nostro senso dei legami sociali.

Lo psicologo statunitense Clay Routledge¹⁴ ha persino proposto “*esercizi di nostalgia*” per combattere la solitudine e la mancanza di radici: rileggere vecchie lettere, guardare vecchie fotografie, stilare una lista dei ricordi più cari; Routledge sostiene che provocare nelle persone nostalgia può aiutare a migliorare il senso di autostima e d’inclusione sociale.

Nel suo libro ricorda come Marcel Proust descrisse come il gustare una *madeleine* – che non mangiava dall’infanzia – scatenò in lui una cascata di calde e potenti associazioni sensoriali.

TOSKA – russo

E’ impossibile trovare l’esatto equivalente italiano di questa parola. Arriva direttamente dalle grandi pianure, che si estendono dai Pirenei ai monti Urali, e porta con sé un furioso senso d’insoddisfazione, una ricerca di qualcosa che si è destinati a non trovare mai. Si potrebbe, forse, tradurre con dolore interiore o malinconia.

Nabokov parlava di “*una bramosia inappagabile, un malato struggersi, una vaga irrequietezza*”, ma la parola fa anche parte della lingua russa di tutti i giorni, e si usa per esprimere quella distrazione nebbiosa che si può provare sui mezzi pubblici mentre si sta andando a lavoro o quel desiderio inespresso che rimane in un cuore spezzato.

Si potrebbe tradurre con dolore interiore o malinconia, ma tuttavia, queste definizioni non colgono tutta la profondità semantica del concetto. Sempre Nabokov scriveva: “*Nessuna parola nella lingua inglese è in grado di restituire tutte le sfumature di significato della parola “toska” che designa uno stato di grande sofferenza spirituale che non scaturisce da alcuna causa precisa. A un livello meno morboso indica una sofferenza dell’anima...uno stato di vaga inquietudine, un senso di nostalgia o di struggimento amoroso*”.

Conclusioni

Pur considerando l’improbabilità che il pensiero sia rigorosamente e totalmente determinato dal tipo di linguaggio acquisito, bisogna inevitabilmente considerare che la lingua è un fatto sociale, un sistema di comunicazione inserito in una situazione sociale e culturale, uno strumento di oggettivazione e di legittimazione della realtà esistente, non solamente un processo cognitivo.

La lingua serve agli esseri umani per esprimere un’idea del mondo; per questo motivo si definisce *morta* una lingua che continua ad esistere senza più esseri umani che la usano per esprimersi.

La nostra visione del mondo è inevitabilmente influen-

zata dal linguaggio, anche se non totalmente determinata da esso. Non si tratta certo di una conseguenza estrema, tuttavia, la prospettiva che ne risulta è ugualmente attraente.

Ella Frances Sanders nell’introduzione al suo libro *Tagliare le nuvole con il naso*, afferma: “*non riesco più a pensare al linguaggio in termini di lettere e parole*”.

Bibliografia

F. Boas: *The mind of primitive man*, Revised Edition Copyrighted 1938 by The MacMillan Company

F. Boas: *Introduction to Handbook of American Indian Languages* in Bulletin N.40, Part.1 Bureau of American Ethnology, (Washington D.C.: Government Printing Office, 1911)

M.T. Cicerone: *De oratore* - libro II, G.O.Verlag 1990

D. Krech: *Individuo e società*, Giunti-Barbera 1971

J. Laplanche, J.B. Pontalis: *Enciclopedia della psicanalisi*, G. Laterza & Figli Spa 1968

S. Lee: *From diversity to unity: The Classification of Mental Disorders in 21st-Century China*, Psychiatric Clinics of North America Volume 24, Issue 3, 1 September 2001

A.Marcolongio: *La lingua geniale. 9 ragioni per amare il greco*. Ed. Laterza 2016

C. Routledge: *Nostalgia: A Psychological Resource*, Taylor & Francis Ltd, 2015

E.Sapir: *The status of linguistics a science* in Language Published by Linguistic Society of America Vol. 5, No. 4, Dec. 1929

B.L.Whorf: *Language, thought, and reality*, selected writings of Benjamin Lee Whorf Wiley, New York, 1956

L. Mecacci: *Identikit del cervello*, Editori Laterza, 1955

F. Masini e N. Grandi: *Tutto ciò che hai sempre voluto sapere sul linguaggio e sulle lingue*, Caissa Italia Editore, 2017

V Vannucchi e F. Predazzi: *Piccolo viaggio nell’anima tedesca*, Feltrinelli, 2004

T. W. Smith, *Atlante delle emozioni umane*, UTET, 2017

T. Navarro: *Kintsukuroi: l’arte giapponese di curare le ferite dell’anima*, Giunti, 2018

E. F. Sanders: *Lost in translation*, Marcos y Marcos, 2015

B. Schott: *Schottenfreude: nuove parole tedesche per la condizione umana*, Bompiani, 2016

E. Dal Pra: *Haiku: il fiore della poesia giapponese da Basho all’ottocento*, Mondadori, 2017

Sitografia

Semantica e pragmatica in prospettiva interculturale: *L’ipotesi Sapir-Whorf* http://www.archivio.formazione.unimib.it/DATA/Insegnamenti/7_1497/materiale/linguistica_applicata_11-12_lucidi_1.pdf

Semantica e pragmatica in prospettiva interculturale: *L'ipotesi Sapir-Whorf : critiche e applicazioni*
http://www.archivio.formazione.unimib.it/DATA/Insegnamenti/8_1754/materiale/linguistica_applicata_11-12_lucidi_2.pdf

Monica Waheb: Tra pensiero e linguaggio: il relativismo linguistico
https://www.academia.edu/31712993/Universit%C3%A0degli_Studi_Roma_Tre_Tra_pensiero_e_linguaggio_il_relativismo_linguistico

Note

- ¹ F. Boas: *Introduction to Handbook of American Indian Languages* in Bulletin N.40, Part.1 Bureau of American Ethnology, Washington D.C.: Government Printing Office, 1911, pag. 59
- ² F. Boas, citato in *Linguistic Anthropology* (A.Duranti) Cambridge Univ. Press 1997,pag,54
- ³ Erodoto: *I nove libri delle Storie*, <http://www.misteromania.it/erodoto/home.html>
- ⁴ F. Boas: *The mind of primitive man*, Revised Edition Copyrighted byThe MacMillan Company, 1938, pag. 211
- ⁵ E.Sapir: *The status of linguistics a science* in Language Published by Linguistic Society of America Vol. 5, No. 4

(Dec., 1929) pag. 209

- ⁶ M.Tullio Cicerone: *De oratore* - libro II, G.O.Verlag 1990. Pagg. 235-236
- ⁷ G.Orwel: *1984*, Oscar Moderni Mondadori, 2016, Appendice ¹³
- ⁸ W. Von Humboldt, *La diversità delle lingue*, Laterza, Bari, 1991,pag. 47
- ⁹ B. L.Whorf, *Language, thought, and reality*, selected writings of Benjamin Lee WhorfWiley, New York, 1956, pag. 216
- ¹⁰ Sing Lee: *From diversity to unity: The Classification of Mental Disorders in 21st-Century China*, Psychiatric Clinics of North America Volume 24, Issue 3, 1 September 2001, pagg. 421-431
- ¹¹ Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis: *Enciclopedia della psicanalisi*, G. Laterza & Figli Spa 1968, pagg. 444-447
- ¹² In David Krech: *Individuo e società*, giunti-Barbera 1971, pag. 338
- ¹³ L. Mecacci: *Identikit del cervello*, Editori Laterza, 1995, pag. 35-46
- ¹⁴ C. Routledge: *Nostalgia: A Psychological Resource*, Taylor & Francis Ltd, 2015



La prospettiva psicopatologica nello studio dei disturbi dell'umore: implicazioni per la pratica clinica e per la didattica

A psychopathological-based approach to the study of mood disorders: implications for clinical practice and university training

Riassunto

L'oggetto di studio della psichiatria è complesso: riguarda la natura umana, in particolare nelle sue forme di sofferenza mentale. Le caratteristiche di tale oggetto di indagine cambiano a seconda della prospettiva da cui lo si osserva e studia: pertanto, nessuna modalità di studio o di osservazione può dirsi realmente neutrale. Ogni qualvolta ci si accinga a studiare un fenomeno, in qualche modo lo si modifica, o attraverso l'interazione con esso, o attraverso la prospettiva adottata per studiarlo. Per tale ragione è necessario esplicitare quali metodi di studio si adottano. Il presente contributo, attraverso la presentazione e discussione di un caso clinico paradigmatico, intende esemplificare una modalità di studio dei disturbi dell'umore che muove da una prospettiva psicopatologica, e che trova la sua utilità nella pratica clinica e nella didattica.

Parole chiave: psicopatologia; disturbi dell'umore; formazione

Summary

The object of study of psychiatry is complex: it concerns human nature, namely its states of suffering. The features of such object change depending on the perspective from which it is observed and studied: therefore, no perspective alone can be said completely neutral. Everytime we study a certain phenomenon, we modify it somehow, by means of the interaction with it, or of the perspective adopted to study it. By presenting and discussing a paradigmatic clinical vignette, this paper aims to present an approach to mood disorders based on a psychopathological perspective, that may be useful in clinical practice as well as in university training.

Key words: psychopathology; mood disorders; training

L'oggetto di studio della psichiatria è complesso

L'oggetto di studio della psichiatria è per definizione complesso, poiché riguarda la natura umana, in particolare nelle sue forme di sofferenza mentale. A più riprese si è tentato nei secoli di inscrivere l'essere umano e il suo comportamento in schemi preformati; a riguardo, è paradigmatico il tentativo di Cartesio di ricongiungere *res cogitans* e *res extensa* ad una dimensione commensurabile, tentativo non solo fallito, ma che ha aperto un dibattito nella cultura occidentale tuttora in corso, in merito alla duplice natura dell'essere umano: immanente e trascendente, fisica e spirituale, estesa nello spazio e pensante (1). Tuttavia, dal momento che le caratteristiche del nostro oggetto di indagine cambiano a seconda della prospettiva da cui lo osserviamo e studiamo, nessuna modalità di studio o di osservazione può dirsi realmente neutrale. Tutte le volte che ci accingiamo a studiare un fenomeno, in qualche modo lo modifichiamo, o attraverso l'interazione con esso, o attraverso la prospettiva che adottiamo per studiarlo. Per tale ragione, oltre a definire quale fenomeno è oggetto del nostro studio (in questo caso, l'essere umano negli stati di sofferenza mentale), è necessario anche esplicitare quali metodi si scelgono per studiarlo. Ciò ci consente di inscrivere la nostra riflessione nel contesto

del metodo scientifico.

Non va tuttavia trascurato che proprio la complessità intrinseca all'oggetto di indagine rende la psichiatria stessa complessa, connotandola di fatto come scienza di confine dalla duplice natura, scienza umana e scienza naturale a un tempo (2). All'operatore della salute mentale è pertanto richiesto di muoversi al contempo dal piano dell'oggettività dell'organismo a quello della soggettività dell'individuo, e vice versa, come un funambolo che deve tenersi in equilibrio correndo costantemente il rischio di scivolare nel versante quantitativo, organico, o in quello qualitativo, soggettivo, idiografico dall'altro (3).

Il presente contributo intende esemplificare una modalità di studio dei disturbi dell'umore che muove da una prospettiva psicopatologica, e che trova la sua utilità tanto nella pratica clinica quanto nella didattica universitaria. Tuttavia, prima di procedere oltre è necessario ricordare che quella psicopatologica è solo una delle prospettive che è possibile adottare, in psichiatria, e che (almeno) altre due sono disponibili (4), e per questo non vanno dimenticate (Fig. 1).

Figura 1 – La complessità bio-psico-sociale teorizzata da Engel (4), è qui rappresentata da un cubo avente più lati. Nel presente contributo si adotta una prospettiva psico-

patologica per avvicinare tale oggetto di studio, focalizzando l'attenzione sul lato "psico" (inerente psicologia e psicopatologia), ma senza dimenticare che questo discorso è di necessità parziale; tralascia, cioè, la dimensione biologica e sociale, che pure sono fondamentali per la piena comprensione del nostro oggetto di indagine. Non sfuggirà che il solido scelto per rappresentare, schematicamente, il nostro oggetto di indagine, ha molte facce in più. Questo fa pensare ad altre aree non note o parzialmente note; sottolinea, ancora una volta, come la nostra conoscenza sia asintotica e proceda per approssimazioni. In questo senso, ogni assolutizzazione o pretesa di conoscere la totalità dell'umano assume una connotazione puramente ideologica (5).

Innanzitutto, è possibile studiare i disturbi psichici muovendo da una prospettiva biologica, che ha rappresentato il *mainstream* a livello internazionale tra la fine del XX e l'inizio del XXI secolo, ma che ha radici molto più lontane, che affondano nel XIX secolo (6). Questa prospettiva riconosce l'importanza che il portato genetico ha nel determinare la comparsa di un disturbo psichiatrico, in particolare nel costituire un elemento di vulnerabilità, in grado di favorire l'insorgenza di un disturbo. In clinica questo aspetto si ritrova frequentemente nell'anamnesi familiare di alcune persone, affette da disturbi psichiatrici maggiori (ad esempio psicosi di tipo schizofrenico e altri disturbi psicotici, oppure disturbi dell'umore unipolari o bipolari), che non di rado riportano la presenza di analoghi disturbi anche in altri membri della famiglia, a differenti gradi di parentela. L'esempio paradigmatico della psichiatria biologica, del resto non l'unico, è ravvisabile nel ruolo che riveste il promotore del gene della serotonina in condizioni di omozigosi e eterozigosi nel favorire l'insorgenza di un disturbo psichiatrico, in particolare di tipo depressivo (7). Le implicazioni della psichiatria biologica per il trattamento dei disturbi psichiatrici sono tutt'altro che trascurabili, e acquistano un significato di primo piano in particolare in campo psicofarmacologico (8).

Un'altra prospettiva che è possibile adottare nello studio della sofferenza psichica è quella sociale, che a sua volta ha rappresentato il *mainstream* internazionale a metà del Novecento, negli anni in cui il movimento di contestazione si diffondeva in Nord America prima, e in Europa poi. Tale prospettiva ha avuto particolare fortuna in Italia, e ad essa è legata la legge di riforma che a partire dal 1978 ha sancito l'inizio di un nuovo modo di fare psichiatria, nel nostro paese, centrato sul territorio piuttosto che sull'istituzione manicomiale, diversamente da quanto avvenuto in precedenza e da quanto ancora avviene ancora oggi in altri Paesi. Le acquisizioni della psichiatria sociale sono confluite nel paradigma contemporaneo della *recovery* (9) (10).

Andando ancora più indietro nel tempo, risaliamo al 1913,

anno in cui Karl Jaspers pubblica la prima edizione della sua *Psicopatologia Generale* (11), sancendo così la nascita della disciplina che ci sarà utile ai fini della presente trattazione. Prima di procedere oltre, tuttavia, è bene ricordare che nessuna di queste prospettive, da sola, può pretendere di esaurire un discorso incentrato sulla sofferenza psichica (2); questo porterebbe a incorrere in ciò che Jaspers ha definito "superstizione scientifica" (12), la pretesa, cioè, che sia possibile comprendere la totalità dell'esistenza da un solo punto di vista, da un'unica prospettiva. D'altro canto, l'eclittismo è una tentazione tanto seducente quanto pericolosa, nella misura in cui si dimentichi che la conoscenza umana, la scienza, sono di necessità asintotiche: muovono da e verso il mistero inscritto nella natura umana, senza poter essere veramente esauritive. Pertanto, la conoscenza approfondita e l'uso consapevole di una delle tre prospettive qui ricordate, insieme alla contestualizzazione di esse nel paradigma biopsicosociale della complessità devono essere tenuti presenti per procedere innanzi nello studio della psichiatria (4).

2. Che cos'è la psicopatologia?

Prima di fornire una definizione di psicopatologia, è bene ricordare che cosa non si intenda con questo termine (13). Innanzitutto, psicopatologia non è sinonimo di disturbo psichiatrico, o "malattia mentale", nonostante questo utilizzo sia invalso nell'uso corrente del linguaggio specialistico, denotando una certa imprecisione. Del resto, la psicopatologia non si esaurisce neppure in una mera sintomatologia, per quanto lo studio sistematico delle alterazioni delle funzioni psichiche sia uno degli aspetti cardine della psicopatologia. Infine, psicopatologia non è sinonimo di nosografia: non coincide con la descrizione, per quanto accurata, di un particolare disturbo (ad esempio, il Disturbo Depressivo Maggiore nel contesto del Sistema Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, nelle sue varie edizioni) (14).

Come suggerito da Stanghellini, con il termine psicopatologia intendiamo lo studio sistematico dei modi di soffrire dell'anima, della psiche umana (intesa in una accezione laica, che non nega tuttavia l'importanza della dimensione spirituale). Seguendo l'etimologia del termine, possiamo affermare che la psicopatologia è un *logos*, cioè uno studio scientifico e sistematico, che ha per oggetto di indagine la psiche umana (*psico*) nei suoi stati di sofferenza (*pathos*) (13).

3. I diversi livelli di indagine della riflessione psicopatologica

Nella riflessione psicopatologica è possibile distinguere tre livelli di indagine a complessità crescente: quello de-

scrittivo, quello clinico e quello strutturale (9). Compito della psicopatologia descrittiva è lo studio sistematico delle alterazioni patologiche delle funzioni psichiche, ossia la loro descrizione oggettiva e accurata, ma che non dimentichi i riflessi soggettivi di esse. Uno dei principali studiosi in questo campo è Karl Jaspers, di fatto il padre della psicopatologia (11). Il secondo livello di indagine, quello della psicopatologia clinica, si occupa della ricerca delle alterazioni che caratterizzano un determinato disturbo (15). Di fatto, la psicopatologia clinica lega la psicopatologia descrittiva alla nosografia (13). Per comprendere meglio questo livello di indagine è utile rifarsi al concetto di “sintomo patognomonico”, quel sintomo cioè che caratterizza univocamente un determinato quadro clinico e consente una diagnosi di certezza. Per molto tempo in psichiatria si è andati alla ricerca di tali segni distintivi; ad esempio Kurt Schneider, uno dei principali studiosi della psicopatologia clinica e delle psicosi schizofreniche, sosteneva che la presenza di sintomi di primo rango caratterizzasse quasi univocamente una sindrome schizofrenica. Oggi sappiamo che in psichiatria non esistono sintomi patognomonici, e che solo l'attento studio complessivo e globale del funzionamento psichico accompagnato da un approccio longitudinale ci consente di arrivare ad una diagnosi che possa avere non già un elevato livello di verità (cioè di certezza), quanto piuttosto una riproducibilità, nonché un'utilità clinica per il paziente, cioè fornisca indicazioni pratiche per impostare un progetto di cura. In psichiatria, pertanto, ancor più della diagnosi è importante come si giunge alla diagnosi, cioè il processo diagnostico, caratterizzato da implicazioni etiche tutt'altro che trascurabili (16).

La psicopatologia strutturale, o fenomenologia (17), ha tra i suoi padri Ludwig Binswanger e Eugène Minkowski, e rappresenta il terzo livello di indagine psicopatologica, nonché il più complesso, in cui si assume che il gruppo di fenomeni psichici osservabili (non solo e necessariamente nel contesto di un disturbo psichiatrico) costituisca un tutto dotato di senso, cioè una struttura (o forma, *Gestalt*). Per struttura intendiamo “una entità autonoma di dipendenze interne” (18), in cui senso e significato costituiscono una proprietà emergente della struttura stessa, non derivata o derivabile da fattori esterni, cioè ad esempio esperienze di vita traumatiche. La psicopatologia strutturale si interroga in merito alle alterazioni a carico degli elementi che costituiscono la struttura (tempo, spazio, corpo, valori, relazione con sé e con gli altri, ecc.), e a come una persona viva il rapporto con esse, con se stessa e i propri valori, gli altri e con il mondo). Quello della depressione è uno “spettro camaleontico” (19): non di depressione quindi è utile parlare, ma di depressioni, perché molte sono le manifestazioni cliniche di una condizione che tendiamo a definire univocamente con la medesima parola. Il riconoscimento che quello della depressione è uno spettro di condizioni anche molto lon-

tane tra loro ci aiuta ad una migliore definizione diagnostica e ad un maggior grado di vicinanza e comprensione della sofferenza dell'altro; assume inoltre implicazioni terapeutiche e prognostiche.

Quindi, la ragione per cui si intende adottare una prospettiva psicopatologica allo studio dei disturbi dell'umore è in ultima analisi di tipo pragmatico. Infatti, essa consente una definizione diagnostica più accurata senza tralasciare la dimensione umana di incontro che caratterizza la relazione terapeutica. Questa scelta non significa rinnegare o disconoscere la prospettiva sociale e biologica prima menzionate, ma pare più utile per le finalità che questo scritto intende perseguire, di tipo clinico e didattico. Muovendo da tale prospettiva, di seguito si riporta la storia clinica di un giovane uomo affetto da Disturbo Depressivo Maggiore con manifestazioni melancoliche (altrimenti detto “malinconia clinica”), precisando che non si riferisce a un paziente reale, ma a un esempio paradigmatico costruito per finalità didattiche condensando molte storie cliniche conosciute dall'autore nel corso della professione di psichiatra. Questo approccio è stato preferito sia per ragioni di chiarezza espositiva, sia per ragioni di riservatezza. Si precisa che in questa sede si intende fornire un esempio di processo diagnostico incardinato sulla psicopatologia come strumento conoscitivo. Tale approccio non consente soltanto di pervenire a una diagnosi clinica, ma anche, a partire dal riconoscimento della soggettività altrui, di impostare una pratica psicoterapeutica, la cui trattazione esula dalle finalità di questo contributo.

4. Un esempio di depressione melancolica

Visitiamo un giovane uomo nella terza decade di vita; sposato, ha un figlio di pochi anni. Al colloquio si presenta vigile, orientato e attento. La percezione è indenne. L'umore è depresso, accompagnato da marcata anedonia (riferisce di non riuscire più a trarre piacere dalle attività normalmente di interesse, come la lettura, lo sport, la frequenza della compagnia di amici) e apatia (si dice indifferente, dal punto di vista emotivo, tanto agli stimoli piacevoli che a quelli spiacevoli); l'umore è inoltre improntato ad una significativa quota di ansia libera. Nega manifestazioni di ansia acute a carattere parossistico tipo attacchi di panico. I contenuti di pensiero sono congrui all'umore obiettivabile: sono presenti vissuti di inadeguatezza e ideazione di colpa, relativamente alle scelte di vita compiute nel passato, al momento vissute come una serie ininterrotta di errori commessi piuttosto che come articolazioni della propria esistenza. Il pensiero è inoltre improntato a ruminazione formale, diurna e notturna; per queste caratteristiche, il paziente riferisce che il pensiero è “una lima sorda”, “una goccia che scava la pietra”, “un tarlo nella mente”; riferisce che al momento fatica a “vedersi nel futuro”, e ad immaginare come potrà essere la

sua vita tra alcuni anni, dal punto di vista lavorativo e familiare. Riferisce inoltre che alcune settimane prima del colloquio in corso ha avuto momenti di sconforto acuto, esitati in franca progettualità suicidaria; tuttavia, l'amore che nutre per la moglie e il figlio, e la profonda fede religiosa che da sempre lo accompagna, gli avrebbero impedito di portare a termine il gesto che aveva progettato. Alla valutazione odierna, nega ogni proposito di procedere in tal senso. È presente rallentamento psicomotorio, evidente sia nell'eloquio che nell'andatura, e faticabilità. Emerge inoltre una importante abulia ("non ho la spinta a fare le cose"). Il paziente lamenta difficoltà di concentrazione, e tendenza a dimenticare facilmente ("ho provato a cucinare... mi sono scordato la pentola sul fuoco e si è bruciato tutto"); lamenta inoltre insonnia, iniziale e terminale, accompagnata da frequenti risvegli notturni (al riguardo afferma: "è un martello svegliarsi di notte") e inappetenza (iporessia con ipofagia), e riferisce un calo ponderale di circa 5 Kg negli ultimi mesi. Diplomato, lavora nell'azienda di famiglia; tuttavia, da due settimane non riesce a recarsi a lavoro. Lamenta una forte difficoltà sia a stare insieme ad altre persone, amici e colleghi ("non ne ho voglia"), sia a stare da solo ("non ho voglia di far niente... mi sento sempre angosciato"). A casa, passa la maggior parte del tempo a letto, oppure sul divano; con fatica, guarda talvolta la televisione. Riferisce che la sintomatologia riferita è presente da almeno quattro mesi, e che ha avuto un andamento ingravescente. I sintomi sembrano essere insorti in assenza di franche cause scatenanti, e mostrano un caratteristico andamento circadiano, peggiore al mattino e migliore alla sera. Il paziente nega l'utilizzo di sostanze stupefacenti. In anamnesi non si segnalano manifestazioni contropolari, né familiarità per disturbi psichiatrici. Non sono presenti altri sintomi di rilievo.

5. Discussione del caso

Il primo livello dell'indagine psicopatologica è quello descrittivo (20). Pertanto, dopo aver attentamente osservato e ascoltato il paziente durante il colloquio, procediamo a descrivere sistematicamente lo stato delle otto funzioni psichiche: attenzione, coscienza, percezione, umore, pensiero, psicomotricità e volontà, memoria, intelligenza.

Il paziente si presenta "vigile, orientato e attento": non mostra, cioè, compromissioni a carico di coscienza (sia sul versante quantitativo, sia su quello qualitativo) e attenzione. Questo aspetto è il primo ad essere indicato nell'esame psichico, perché se così non fosse, la valutazione psichiatrica non sarebbe completamente effettuabile. Ad esempio, immaginiamo una persona in coma: in cui, cioè, la quantità di coscienza sia ridotta al minimo. In questo caso non ci sarebbe data la possibilità di esplorarne il funzionamento psichico. Un'altra condizione è rappresentata dallo stato di intossicazione acuta, ad esempio da alcool

o benzodiazepine, in cui si può venire a determinare uno stato confusionale caratterizzato da fluttuazioni della quantità e qualità della coscienza, accompagnato da alterazioni dell'attenzione, che non riesce ad essere focalizzata su un punto preciso: ad esempio, su chi conduce il colloquio, o sui contenuti mentali che si stanno indagando. Per poter diagnosticare un disturbo depressivo (o per poterlo escludere) è necessario che il paziente sia visitabile: che coscienza e attenzione non presentino marcate alterazioni, quindi che non sia in atto uno stato confusionale (un *delirium*). È doveroso ricordare che una certa riduzione della capacità di attenzione (ipoprossesia) può comparire, negli stati depressivi; essa può assumere anche la connotazione di una aumentata attenzione aselettiva verso tutti gli stimoli (iperprossesia), laddove sia forte la componente di ansia generalizzata. Tuttavia, prima di procedere oltre nell'esame obiettivo psichico, è bene assicurarsi che il paziente non sia confuso; che sia, cioè, orientato rispetto a se stesso, al tempo e allo spazio. Attenzione e coscienza rappresentano una "coppia di funzioni" (del resto non l'unica, come vedremo a breve) che è utile descrivere insieme. Diversamente, è utile descrivere la percezione individualmente, essendo una delle funzioni psichiche più complesse, la cui valutazione prosegue ininterrottamente per tutta la durata del colloquio. Non è raro infatti che, nonostante si effettui una indagine molto approfondita, non sia possibile escludere del tutto la presenza di errori della percezione, pur riuscendo ad escludere comportamenti influenzati da essi; in questi casi concluderemo dunque che "la percezione è *apparentemente* indenne", riconoscendo così i limiti intrinseci alla nostra indagine. Nel caso ora in esame, è stato invece possibile escludere la presenza di manifestazioni sia a carattere illusionale che allucinatorio a carico della senso-percezione.

Alcune delle alterazioni più significative del giovane uomo che stiamo visitando riguardano umore e pensiero. L'umore è depresso; si accompagna a marcata ansia libera e anedonia, termine, quest'ultimo, che esprime l'incapacità di provare piacere per le attività che usualmente lo danno, come il paziente stesso descrive, citando la lettura, lo sport, la frequenza della compagnia di amici. Il paziente nega la presenza di manifestazioni di ansia acute, caratterizzate da paura di morire e/o impazzire, e da sintomatologia neurovegetativa (aumento dei battiti cardiaci, sensazione di soffocamento, dolori addominali, ecc.), comunemente dette "attacchi di panico". Non va tuttavia dimenticato che non di rado tali manifestazioni si accompagnano ad un quadro di tipo depressivo.

È importante valutare e descrivere umore e pensiero insieme perché la relazione che esiste tra queste due funzioni è stretta, e le alterazioni che presentano molto differenti, nei disturbi dell'umore (psicotici e non) piuttosto che nelle psicosi schizofreniche.

Nel caso in esame *non* ci troviamo di fronte ad una dis-

sociazione di umore e pensiero, che mantengono una attività sostanzialmente integrata, anche nel contesto di un quadro patologico. I contenuti di pensiero sono congrui all'umore osservabile: sono idee di colpa. In altre situazioni, le idee di colpa possono essere accompagnate o sostituite da pensieri di rovina (l'idea di non avere più denaro, o di aver consumato tutte le risorse economiche disponibili) o da ideazione ipocondriaca (caratterizzata dal timore di avere svariate patologie mediche gravi). Tali contenuti possono assumere, nei casi più gravi, una connotazione francamente delirante, esitando in franca psicosi. Da punto di vista formale, il pensiero è ruminante: ruota, cioè, ossessivamente attorno alle stesse tematiche, in particolare il sentirsi in colpa per i supposti errori compiuti nel passato.

Dall'analisi di psicomotricità e volontà emerge la presenza di rallentamento psicomotorio, evidente sia nell'eloquio che nell'andatura, e di un'importante abulia, che il paziente descrive come la "mancanza di spinta a fare le cose." Sono presenti sintomi cognitivi, in particolare la difficoltà a mantenere la concentrazione e una tendenza a dimenticare le cose, ad esempio la pentola sul fuoco. Infine, per quanto concerne l'intelligenza, non si apprezzano alterazioni significative di base: il paziente ha compiuto un corso di studi (è diplomato) e ha potuto lavorare fino a che la sintomatologia depressiva non si è aggravata. È importante ricordare, tuttavia, che in alcuni casi di depressione si possono riscontrare sintomi cognitivi tali da determinare un quadro di "pseudodemenza", in cui l'intelligenza subisce una importante alterazione di stato.

Una volta descritte tutte le otto funzioni psichiche sistematicamente, procediamo con il secondo livello di indagine, quello della psicopatologia clinica, che ci aiuta ad individuare segni e sintomi utili per formulare una ipotesi diagnostica. Questo consente inoltre di collegare il piano della psicopatologia descrittiva con la nosografia.

Nel paziente che abbiamo visitato emerge la presenza di umore depresso, con anedonia e apatia. L'umore depresso è un tipo particolare e qualitativamente definito di tristezza clinica che rappresenta la struttura portante di ogni depressione; come suggerito da Borgna, non c'è depressione (psicotica o meno) senza modificazione dello stato d'animo nel senso della tristezza (21). Il pensiero pare marcatamente influenzato, quasi "trascinato", dall'umore: presenta ideazione di colpa, congrua all'umore, e ruminazione formale. Possiamo dire che *non* ci sono segni di dissociazione tra queste due funzioni (così pure tra queste e la percezione, indenne). Ci troviamo quindi di fronte ad un quadro clinico ben diverso da quello caratteristico della dissociazione schizofrenica (22). L'umore depresso si accompagna a rallentamento psicomotorio, facile faticabilità, e abulia. Il paziente ha presentato recentemente progettazione suicidaria. È presente un calo della capacità di concentrarsi. Sul piano fisiologico, emerge la pre-

senza di inappetenza, calo dell'appetito e insonnia. Questo corteo sintomatologico non è dovuto all'assunzione di sostanze (ad es. alcool, cannabis, cocaina, ecc.) né ad altre condizioni mediche, e ha determinato una alterazione significativa del funzionamento (il paziente non riesce più a lavorare). Possiamo quindi dire che sono soddisfatti tutti i criteri per la diagnosi di episodio depressivo. Inoltre, l'indagine anamnestica, in particolare l'esclusione di sintomi contropolari (corrispondenti a fasi di umore maniacale, ipomaniacale o misto) fa propendere per la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, con manifestazioni melancoliche (14).

Terminata la descrizione dello stato psichico del paziente, ed evidenziati i sintomi clinicamente più rilevanti per effettuare una diagnosi, procediamo con l'ultimo livello dell'indagine psicopatologica, quello strutturale (anche detto fenomenologico). Questo è il più complesso, ma è fondamentale per la comprensione del *paziente*, per capire come è la sua vita, il mondo in cui vive. La capacità di muoversi su questo piano è fondamentale per lo psichiatra, in quanto la psicopatologia strutturale da un lato consente un'ulteriore e più precisa definizione diagnostica, dall'altro consente di avvicinarsi meglio alla soggettività del paziente, al suo mondo, alla sua sofferenza, aiutandoci, così, a *comprenderlo*; infine, pone le basi per l'adozione di una psichiatria psicoterapeuticamente orientata, a prescindere dalle tecniche che ogni specialista utilizza, in pratica.

Come abbiamo già visto, per struttura si intende "una entità autonoma di dipendenze interne" (18), in cui senso e significato costituiscono una proprietà emergente della struttura stessa, non derivata o derivabile da fattori esterni, ad esempio un trauma. Gli elementi che costituiscono la struttura psico(pato)logica, e tra i quali si stabiliscono le dipendenze interne tali per cui la struttura stessa emerge quale entità autonoma, sono: lo spazio e il tempo, il modo in cui la persona si relaziona con sé e con gli altri, il corpo, i valori e le caratteristiche del mondo in cui vive. Passeremo ora in rassegna questi elementi.

Le condizioni depressive si caratterizzano per un ridotto bisogno di spazio. Il paziente passa la maggior parte del tempo a casa, nel suo letto, oppure sul divano. Questa situazione è diametralmente opposta a quanto si osserva negli stati maniacali, in cui la persona ha una vera e propria "fame di spazio"; del resto, si differenzia anche dai disturbi di personalità, in particolare da quello borderline, caratterizzato da una psicopatologia dello spazio, nei termini di una difficoltà a trovare la "giusta distanza" dagli altri, vissuti alternativamente come troppo vicini o troppo lontani. Alterazioni più significative e caratterizzanti gli stati depressivi si ritrovano nel vissuto del tempo (23) (24). Per quanto i rapporti tra passato, presente e futuro non vengano scardinati come negli stati schizofrenici, nella depressione il futuro si svuota di contenuti, di spe-

ranze e di attese (25), fino a divenire una dimensione difficilmente pensabile (il paziente riferisce che al momento fatica a “vedersi nel futuro”, e ad immaginare come potrà essere la sua vita tra alcuni anni, dal punto di vista lavorativo e familiare; la dissolvenza della speranza è una delle cifre caratterizzanti la depressione (21)). Al contrario, il passato si ipertrofizza, fino ad inglobare il presente. E nel presente lo sguardo della persona è sempre “rivolto indietro”, verso il proprio passato, in cui le scelte di vita non vengono vissute come articolazioni della propria esistenza, ma solo come una serie ininterrotta di errori commessi. Le metafore che il paziente usa ci aiutano ad avvicinare il suo stato, il modo di sentirsi e di sentire dentro di sé. Così, le diverse metafore riferite al pensiero, che è “una lima sorda”, “una goccia che scava la pietra”, “un tarlo nella mente”, e all’insonnia, che è “un martello”, aiutano ad avvicinare, empaticamente, cioè a comprendere il vissuto di scacco esistenziale: il sentirsi vittima, passivo nei confronti della lima, della goccia, del tarlo, del martello: dunque della sofferenza; il subire il dolore che deriva dal lavoro di questi agenti che scavano dentro la propria esistenza mentale.

Queste metafore ci aiutano anche ad avvicinare un altro elemento che subisce importanti modifiche: il corpo (26). Gli stati depressivi favoriscono l’emergere del corpo-oggetto (*Koerper*), il “corpo che ho”, a discapito del corpo soggetto (*Leib*), il “corpo che sono” (27). La dimensione corporea si svuota di intenzionalità, di progettualità (come testimoniato dal ritiro dalle relazioni, dal vissuto di isolamento e dall’incapacità a proiettarsi nel futuro); prevale la dimensione fisica, organica, di un corpo martoriato, insonne, inappetente, senza forze, preda dell’ansia, che testimonia di un vissuto passivo nei confronti della fisicità, cioè di essere in balia di essa, a discapito del sentirsi agente, attivo.

La relazione con sé e con gli altri subiscono importanti modifiche, negli stati depressivi. Si assiste a un ritiro dalle relazioni, a un rifuggire le altre persone che non si capiscono – o meglio, da cui non ci si sente capiti, nel proprio stato depressivo. La persona si rinchiude in sé, in uno stato che normalmente definiremmo di solitudine, la diastole della nostra esistenza relazione. L’importanza di questo stato ci è ricordata dai versi di Emily Dickinson: “forse sarei più sola / senza la mia solitudine” (28), cit. in (29). Senonché, quella che il paziente esperisce non è solitudine, ma isolamento: una condizione in cui oltre al crepuscolo delle relazioni emerge l’impossibilità di trovare uno stato di quiete, di benessere anche da soli (“non ho voglia di far niente... mi sento sempre angosciato”).

L’analisi strutturale ci porta ad affrontare i valori della persona. In questo caso, il valore della famiglia, la paternità, l’essere marito, cioè compagno di vita, la spiritualità. È importante la valutazione dei valori, sia in senso psicologico che psicopatologico, in quanto ci fornisce informazioni anche sul potenziale suicidario della per-

sona. Questo perché i valori sono “guardie”, che si frappongono fra la persona e l’azione autolesiva. Gli affetti, per i propri familiari, portano il giovane paziente ad affermare che non tenterebbe mai il suicidio per il dolore che questo gesto provocherebbe nelle persone che ama. Inoltre, non è raro che le persone molto religiose affermino, relativamente al suicidio, “nella mia religione è un peccato troppo grave”. Per quanto questi elementi non vadano interpretati in senso assoluto (con un ragionamento del tipo: sono presenti questi valori, quindi il paziente non tenterà mai il suicidio – ragionamento pericoloso oltre che erroneo), essi sottolineano l’utilità pratica dell’analisi strutturale, ad esempio nella valutazione del rischio suicidario.

Infine, a cambiare è il mondo in cui il paziente vive, nella sua complessità, e nel rapporto con esso. Così come il paziente, da altro, diviene alieno agli occhi delle persone che lo circondano, allo stesso modo le persone, e il mondo esterno con i suoi ritmi, le cose e le persone che ospita, diventano un territorio straniero, alieno, irraggiungibile, da cui ci si sente esclusi, lontani (30). Questo senso di reciproca estraneità e di scacco della comunicazione accomuna lo stato d’animo depressivo (31) allo stato d’umore delirante (32), e li avvicina non tanto nei contenuti, quanto negli aspetti formali (21), a cominciare dalla dimensione autistica, comune ad entrambi (22) (23). Non sono del resto escluse modificazioni del vissuto dello spazio, a cui abbiamo già accennato; uno spazio che non è solo stretto, ma è anche lontano dagli altri spazi, in particolare quelli in cui avviene, si svolge, la vita. Inoltre, la profonda trasformazione del mondo e del rapporto con esso si ripercuote sui sensi di colpa, acuendoli, perché la persona è portata erroneamente a pensare: se tutto questo accade, è per colpa mia.

Prima di concludere, è importante ricordare alcuni dei principali limiti che caratterizzano il presente contributo. Innanzitutto, ci si è concentrati su un solo tipo di depressione, quella melancolica, tralasciandone altri (ad esempio, la depressione atipica, o la depressione reattiva). Inoltre, l’indagine proposta si è concentrata sull’approfondimento psicopatologico, e su una osservazione il più possibile obiettiva della soggettività del paziente, prestando meno attenzione ad altri canali di comunicazione, come ad esempio quello delle controrisonanze emozionali del terapeuta nei confronti del paziente. Infine, non si sono approfondite le implicazioni psicoterapeutiche dell’approccio psicopatologico adottato. Si cercherà di superare questi limiti in trattazioni future.

6. Conclusioni

Quello qui presentato e discusso è un caso paradigmatico di depressione melancolica caratterizzata da ideazione di

colpa. La depressione melanconica ipocondriaca e quella con tematiche di rovina sono analoghe, nella loro presentazione, descrittiva e clinica, e presentano le medesime alterazioni strutturali. A partire da questa storia clinica emblematica, si è voluto presentare un approccio allo studio dei disturbi dell'umore che muove da una prospettiva psicopatologica, intendendo sottolinearne l'utilità clinica, e quindi anche la sua attualità per chi svolga (o sarà chiamato a svolgere) professioni di aiuto nel campo della salute mentale.

*M.D., Ph.D. Student

Department of Clinical, Diagnostic and Public Health Medicine, University of Modena and Reggio Emilia, Via del Pozzo 71, Modena, Italy
Marco Biagi Department of Economics & Marco Biagi Foundation, University of Modena and Reggio Emilia, Via J. Berengario, 51, 41121 Modena, Italy
Association for Research in Psychiatry, Castelnuovo Rangone, Modena, Italy

Bibliografia

1. Cartesio, R., *Discorso sul metodo* (1637), Milano, Bompiani, 2002.
2. Borgna, E., *La psichiatria come scienza di confine tra scienze umane e scienze naturali*, Riv Sper Freniatr 1986, Vol.110:429-443.
3. Mattei, G., *Una riflessione sul corpo in medicina*, Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, 2012;2:26-29.
4. Engel, G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
5. Vattimo, G., Rovatti, P.A., *Il pensiero debole*, Milano, Feltrinelli, 1983.
6. Griesinger, W., *Patologie und Therapie der Psychischen Krankheit*, Stuttgart, Braunschweig, 1876.
7. Levinson, D.F., *The genetics of depression: a review*. Biol Psychiatry 2006 Jul 15;60(2):84-92. Epub 2005 Nov 21
8. Kato, M., Serretti, A., *Review and meta-analysis of antidepressant pharmacogenetic findings in major depressive disorder*, Mol Psychiatry 2010 May;15(5):473-500. doi: 10.1038/mp.2008.116. Epub 2008 Nov 4.
9. Department of Health, *The journey to recovery: the Government's vision for mental health care*, The University of Manchester 2001, available from: <https://manchester.rl.talis.com/items/DB1E38E8-BB32-61CA-FDAC-861C12F21BE6.html>
10. Department of Health, *No Health Without Mental Health: a cross-government outcomes strategy*, GOV.UK, available from: <https://www.gov.uk/government/publications/no-health-without-mental-health-a-cross-government-outcomes-strategy>
11. Jaspers, K., *Psicopatologia generale* (1913), Milano, Il Pensiero Scientifico, 2000.
12. Jaspers, K., *Psicologia delle visioni del mondo* (1950), Roma, Astrolabio Ubaldini, 1983.
13. Stanghellini, G., *The meanings of psychopathology*, Curr Opin Psychiatry 2009 Nov;22(6):559-64.
14. American Psychiatric Association, *DSM-5: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 5. ed. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
15. Schneider, K., *Psicopatologia clinica* (1950), Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2004.
16. Borgna, E., *La diagnosi in psichiatria come problema etico*, Riv Sper Freniatr 1994; Vol.118:179-191.
17. Borgna, E., *La fenomenologia oggi*, L'Altro, Anno XXI, n. 1, Gennaio-Giugno 2018:4-7.
18. Hjelmslev, L.T., *Essais linguistiques* (1959), Paris, Minuit, 1971.
19. Borgna, E., *Malinconia* (1992), Milano, Feltrinelli Editore, 2011.
20. Oyeboode, F., *Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology*, 6e, Amsterdam, Elsevier, 2018.
21. Borgna, E., *La psicopatologia delle depressioni ha ancora un senso, oggi?*, Riv Sper Freniatr 1992, Vol.116:4:499-509.
22. Bleuler, E., *Dementia praecox o Il gruppo delle schizofrenie* (1911), Roma, Carocci, 1985.
23. Minkowski, E., *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia* (1968), Torino, Einaudi, 1971.
24. Tellenbach, H., *Melanconia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2015.
25. Borgna, E., *L'attesa e la speranza* (2005), Milano, Feltrinelli, 2018.
26. Galimberti, U., *Il corpo* (1983), Milano, Feltrinelli, 2009.
27. Husserl, E., *Meditazioni cartesiane*, Milan, Bompiani, 2002.
28. Dickinson, E., *Tutte le poesie*, Milano, Meridiani, 1994.
29. Borgna, E., *La solitudine dell'anima* (2011), Milano, Feltrinelli, 2013.
30. Cargnello, D., *Alterità e alienità*, Milano, Feltrinelli, 1972.
31. Tellenbach, H., *Geschmack und Atmosphäre*, Salzburg, Otto Müller Verlag, 1968.
32. Rühmke, H.C., *Eine blühnde Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*. Berlin-Heidelberg-New-York, Springer, 1967.

Luci e ombre nella personalità narcisistica: una rassegna preliminare

Lights and shadows in the Narcissistic Personality: a preliminar review.

Riassunto

Il disturbo narcisistico di personalità (DNP) riguarda circa l'1% della popolazione e appare particolarmente diffuso nelle società capitalistiche occidentali. E' caratterizzato da un quadro pervasivo di grandiosità, eccessiva necessità di ammirazione e mancanza di empatia e provoca disagio clinico significativo. Nelle relazioni personali, l'individuo con disturbo narcisistico può mettere in atto cicli interpersonali problematici che ostacolano la costruzione di solide e appaganti relazioni di intimità. In alcuni casi, tuttavia, tratti di personalità narcisistici possono esprimersi in modo funzionale ed equilibrato, favorendo il successo sociale e professionale della persona. In questo articolo vengono esplorate alcune differenze tra narcisismo sano e patologico e le possibili implicazioni nell'ambito della psicoterapia.

Parole chiave: narcisismo, DSM, Sé ideale, Triade Oscura, ciclo interpersonale, autostima.

Summary

Narcissistic Personality Disorder (NPD) involves almost 1% of general population and it appears to be widespread in Western capitalistic societies. It is characterized by a pervasive grandiosity, excessive need for admiration and lack of empathy and it causes clinical significant distress. Interpersonal problematic cycles are played in personal relationships by a person with NPD, interfering with the construction of solid and fulfilling intimacy relations. However, in some cases, narcissistic traits are expressed in a functional and balanced way, promoting social and professional success. In this paper, differences between healthy and unhealthy narcissism and possible implications in the domain of psychotherapy are explored.

Keywords: narcissism, DSM, Ideal Self, Dark Triad, interpersonal cycle, self-esteem.

Introduzione

Con il termine *narcisismo* ci si riferisce abitualmente ad un eccesso di ammirazione e compiacimento per sé stessi e per i propri meriti reali o presunti. Tale termine assume una connotazione prevalentemente negativa e viene usato nel senso comune per descrivere individui egocentrici, vanagloriosi, superbi e spesso arroganti nel rapporto con gli altri. Per queste persone, l'esibizione della propria immagine personale – e più in particolare per ciò che Rogers (1959) definisce come *Sé ideale*, ossia un insieme di caratteristiche desiderate e giudicate in termini di perfezione – assume un ruolo centrale nella propria vita. Nella letteratura artistica possiamo trovare esempi illustri di tale tendenza: il giovane cacciatore Narciso - condannato dagli dèi a innamorarsi della propria immagine riflessa nell'acqua – e il personaggio di Dorian Gray condividono tanto l'ostentazione di un'immagine di eterna giovinezza e bellezza, quanto l'insensibilità sprezzante verso i sentimenti altrui e il dolore di fronte alla consapevolezza di non poter nutrire in eterno tale aspettativa illusoria.

Questi tratti appaiono notevolmente facilitati e incoraggiati in questo periodo storico, a causa dell'utilizzo massivo di Internet e dei social network (Reed et al., 2018) e

sembrano essere maggiormente rappresentati in società occidentali di stampo individualista e capitalista (Twenge, Campbell, 2009; Vater et al., 2018) arrivando a coprire circa l'1% della popolazione non clinica e dal 2 al 16% di coloro che ricercano supporto nell'ambito della salute mentale (Torgersen et al., 2005).

Alcune forme di narcisismo possono infatti presentarsi su un piano patologico: il DSM V (APA, 2013) individua nel Disturbo di Personalità Narcisistico (NPD) un quadro generale di grandiosità, eccessiva ricerca di ammirazione e di limitata empatia presente in modo stabile, rigido e persistente nella vita dell'individuo, spesso accompagnato da sintomi di natura emotivo-somatica quali ansia (Pincus et al., 2014), depressione (Coleman et al., 2017) e ipocondria (Bursten, 1989) e da marcate difficoltà sul piano relazionale (Semerari e Di Maggio, 2003; Miller et al., 2007).

Autori come Malkin (2016), tuttavia, indicano che il possesso di tratti narcisistici di personalità non comporta necessariamente problematiche sul piano cognitivo, emotivo e relazionale, ma che essi possano, a certe condizioni, rivelarsi vantaggiosi e addirittura favorevoli la costruzione di sane e appaganti relazioni interpersonali.

Questa rassegna ha lo scopo di esaminare le principali potenzialità e criticità collegate alla personalità narcisistica, fornendo possibili spunti

per la pratica clinica e la relazione con il paziente.

Manifestazione clinica e cicli interpersonali problematici

NPD è compreso nel cluster B dei disturbi di personalità, riconosciuti dal DSM 5 come caratterizzati da condotte di comportamento drammatiche, disregolate e caratterizzate da emotività dirompente (APA, 2013). Viene diagnosticato nel momento in cui si manifestano elementi quali fantasie, sensazioni o comportamenti di grandiosità, senso eccessivo di diritto e di importanza personale, credenze legate all'essere unici e speciali – e di conseguenza comprensibili solo da pochi altri dello stesso livello – eccesso di ricerca di ammirazione interpersonale e sostanziale mancanza di empatia nei confronti dei bisogni altrui. Tali elementi, associati a condotte di carattere manipolatorio, sprezzante e altezzoso, comportano un'alterazione significativa tanto nell'area personale quanto in quella interpersonale, causando marcato e significativo disagio.

Individui con NPD possono esprimere esteriormente questi tratti in varie forme: Wink (1991) distingue ad esempio un narcisismo di tipo *overt* – nel quale la persona esprime palesemente grandiosità, esibizionismo, auto-importanza e ricerca dell'ammirazione altrui – e uno di tipo *covert*, nel quale invece queste caratteristiche sono a primo impatto oscurate da apparente ipersensibilità, timidezza e insicurezza. Gabbard (1989) descrive la tipologia *inconsapevole (oblivious)* e quella *ipervigile (hypervigilant)*, individuando nella prima un marcato distacco emotivo nelle relazioni con gli altri, e nella seconda un'eccessiva sensibilità a giudizi e critiche. Si può inoltre distinguere quel narcisismo che Kernberg (1998) definisce *maligno*, nel quale la mancanza di empatia e il senso di onnipotenza si accompagnano ad aspetti di diffidenza verso gli altri, di espressione impulsiva della rabbia, di sadismo, con frequenti condotte antisociali (Geberth e Turco, 1997; Goldner-Vukov e Moore, 2010).

Gli aspetti nucleari e fondativi di un'organizzazione patologica NPD sembrano tuttavia prescindere dal modo con cui il disturbo si presenta esteriormente e riguardano tanto la percezione interna di sé, quanto le modalità con cui vengono costruite e gestite le relazioni interpersonali. Sul piano cognitivo, ad esempio, la persona con NPD si ritrova a misurare costantemente il proprio valore personale sulla base dell'ammirazione ricevuta dagli altri, elemento sul quale vengono inoltre edificati scopi e obiettivi di vita, non sempre corrispondenti ai propri reali talenti e desideri (Semerari e Di Maggio, 2003): un eventuale fallimento in queste aree o la perdita reale o presunta dell'ammirazione altrui vengono vissute come vere e proprie catastrofi, percezione sostenuta da una forma di pensiero rigidamente dicotomico del tipo “*o tutto o nulla*” (Ruggero e Sassaroli, 2013) che non lascia margine per even-

tuali gradazioni intermedie.

Il perfezionismo patologico (Di Maggio e Attinà, 2012) rappresenta una difficoltà comune nei pazienti NPD, i quali esibiscono aspettative di vita irrealisticamente elevate, volte a mantenere un'immagine grandiosa di sé.

Le persone con NPD sono inoltre eccessivamente sensibili alle critiche, sia pur di moderata entità, vissute come vere e proprie invalidazioni totali verso la propria immagine (Semerari e Di Maggio, 2003).

Emozioni quali tristezza, vergogna e paura sono spesso non riconosciute, evitate, contrastate e disprezzate in quanto non conformi al proprio Sé ideale.

Nelle relazioni la persona con NPD riproduce spesso quelli che vengono definiti “*cicli interpersonali disfunzionali*” (Semerari e Di Maggio, 2003), ossia modalità stabili di interazione basate su aspettative prestabilite su di sé e sull'altro. In particolare, il narcisista patologico alterna atteggiamenti di irrealistica idealizzazione della qualità del rapporto – nei quali tende a percepire un senso grandioso di intesa e ammirazione – ad atteggiamenti di marcata svalutazione dell'altro nel momento in cui l'ammirazione incondizionata viene a mancare, con condotte di ritiro relazionale e di rivendicazione rabbiosa, che spesso portano alla rottura definitiva della relazione stessa.

Il narcisismo nella Triade Oscura

Al di fuori dell'ambito clinico, il narcisismo viene considerato parte della cosiddetta *Dark Triad*, o Triade Oscura (Paulhus e Williams, 2002) che consiste in un insieme di tratti di personalità, non strettamente patologici, associati a condotte malevole, lesive nei confronti degli altri e socialmente riprovevoli. Individui con alti punteggi nelle dimensioni narcisismo, macchiavellismo e psicopatia appaiono infatti manifestare maggiormente una tendenza alla manipolazione e sfruttamento interpersonale, che nel caso del narcisismo appare prevalentemente legata all'utilizzo della propria immagine e apparenza esteriori (Jonason et al., 2012). Alti punteggi nella dimensione del narcisismo correlano negativamente con misure di *agreeableness* (Paulus e Williams, 2002) e di *estroversione* (Allroggen et al., 2018) il che sembra indicare la sostanziale mancanza di empatia e la scarsa propensione alla collaborazione paritaria da parte di questi soggetti. Un narcisismo elevato, inoltre, viene collegato a maggiori condotte vessatorie sul posto di lavoro (Tokarev et al., 2017) e alla propensione a commettere alcuni tipi di reato (Schoenleber et al., 2011).

Narcisismo sano

Malkin (2016) sostiene che non tutte le forme di narcisismo siano necessariamente patologiche e/o disfunzionali, ma che in alcune di queste vi possano essere addirittura elementi che favoriscono la salute mentale, il soddisfacimento dei propri bisogni e obiettivi di vita e la costruzione di relazioni interpersonali appaganti. Sul piano prestazionale, ad esempio, adolescenti con tratti narcisistici sub-

clinici sembrano avere maggiori possibilità di conseguire un buon successo in ambito scolastico (Papageorgiou et al., 2018). Parallelamente Smith (2012) ha osservato come le strategie di autopromozione di individui con tratti di narcisismo nel corso di colloqui di lavoro appaiano più efficaci e premianti di quelle orientate alla modestia, in particolare di fronte a tentativi di scoraggiamento da parte dei selezionatori. Tali risultati possono trovare spiegazione nel legame tra narcisismo e percezione di forza mentale (Connaughton et al., 2008), la quale favorirebbe a propria volta una buona capacità di esecuzione di compiti in situazioni di forte pressione e competizione. Alcuni autori (Back et al., 2013) distinguono due diverse modalità nel mantenimento di un'elevata immagine di sé: nella modalità di *ammirazione narcisistica* – contrapposta a quella della *rivalità narcisistica* – la persona appare sviluppare un solido senso di valore e autostima (Rogoza et al., 2018) e ricercare un elevato status attraverso l'utilizzo di strategie di carattere proattivo (Zeigler-Hill et al., 2019), manifestando nel contempo una maggiore empatia e affiliazione con eventuali gruppi sociali (Benson et al., 2018) e nelle relazioni affettive (Wurst et al., 2017) e formando dunque relazioni interpersonali solide.

La convinzione di essere speciali e superiori alla media, quando non presente in forma abnorme, si accompagna a un insieme di “illusioni positive” (Taylor e Brown, 1988; Taylor, 1989) sulla percezione di sé, sulla propria influenza sull'ambiente e sul tenore di eventi futuri, favorendo lo sviluppo di una sana autostima (Smith e Mackie, 2011).

Il narcisismo grandioso si collega inoltre alla tendenza a mettere in atto comportamenti di dominanza sociale (Raskin et al., 1991; Johnson et al., 2013), i quali sembrano avere un effetto protettivo nei confronti di una sintomatologia ansioso-depressiva (Tang-Smith et al. 2015).

Conclusioni e implicazioni cliniche

La personalità narcisistica appare presentarsi in una moltitudine di sfaccettature che comprendono sia aspetti di carattere patologico- disadattivo sia aspetti legati al benessere e all'affermazione personali.

Nella pratica clinica, riconoscere e diagnosticare tratti narcisistici può attivare nell'operatore una serie di pregiudizi legati alla patologia mentale (Hyler et al., 1991) che possono predisporre a una minore propensione a fornire un supporto adeguato e tempestivo (Haugen et al., 2017), inducendo indirettamente il paziente a ridurre le richieste di aiuto e l'eventuale aderenza ai trattamenti proposti (Butcher e Messer, 2017).

L'operatore potrebbe inoltre essere direttamente ingaggiato nel ciclo interpersonale di idealizzazione- svalutazione, sperimentando vissuti emotivi di confusione, colpa e rabbia reattiva nei confronti del paziente che possono compromettere la costruzione di una buona alleanza terapeutica (Ronningstam, 2017) aumentando il rischio di

drop out (Campbell et al., 2009).

Tali effetti dovrebbero essere attentamente monitorati e gestiti mediante operazioni di disciplina interiore (Semerari e Di Maggio, 2003).

Sul piano della concettualizzazione clinica del narcisismo, inoltre, può essere opportuno che il clinico adotti una visione diagnostica di carattere dimensionale (Dopfner e Lehmkuhl, 1997) che lo aiuti a discriminare le componenti patologiche da quelle più sane e adattive: in questo modo possono essere stabiliti in modo più agevole e personalizzato gli obiettivi di un eventuale trattamento, limitando il rischio di non aderenza (Kacel et al., 2017) e di stigma diagnostico (Hyler et al., 1991).

**Psicologo-Psicoterapeuta ad indirizzo Cognitivo-comportamentale*

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Allroggen, M., Rehmman, P., Schurch, E., Morf, C.C., Kolch, M. (2018). Teh relationship between narcissism and personality traits of the Five Factor Model in adolescents and young adults. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(6), 516-522.
- Back, M.D., Kufner, A.C., Dufner, M., Gerlach, T.M., Rauthmann, J.F., Denissen, J.J. (2013). Narcissistic admiration and rivalry: disentangling the bright and dark sides of narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 105(6), 1013-1037.
- Benson, A.J., Jeschke, J., Jordan, C.H., Bruner, M.W., Arnocky, S. (2018). Will they stay or will they go? Narcissistic admiration and rivalry predict the affiliation and devaluation of the ingroup. *Journal of Personality*, in corso di pubblicazione.
- Bursten, B. (1989). The relationship between narcissistic and antisocial personalities, in O.F. Kernberg (a cura di), *Narcissistic Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: Saunders.
- Butcher, R.B., Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illness: a systematic review of randomized controlled trials. *German medical Science*, 15.
- Campbell, M.A., Waller, G., Pistrang, N. (2009). The impact of narcissism on drop-out from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(4), 278-281.
- Coleman, D., Lawrence, R., Parekh, A., Galfalvy, H., Blasco-Fon-tecilla, H., Brent, D.A., Mann, J.J., Baca-Garcia, E., Oquendo, M.A. (2017). Narcissistic personality disorder and suicidal behavior in mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 24- 28.
- Connaughton, D., Hanton, S., Jones, G., Wade, R. (2008). Mental toughness research: Key issues in this area. *International Journal of Sport Psychology*, 39(3),192-204.
- Di Maggio, G., Attinà, G. (2012). Metacognitive interpersonal therapy for narcissistic personality disorder and associated perfectionism. *Journal of clinical psychology*, 68(8), 922-934.
- Dopfner, M., Lehmkuhl, G. (1997). From categorial to dimensional diagnosis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(8), 519-547.
- Gabbard, G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527-532.

- Geberth, V.J., Turco, R.N. (1997). Antisocial personality disorder, sexual sadism, malignant narcissism and serial murder. *Journal of forensic sciences*, 42(1), 49-60.
- Goldner-Vukov, M., Moore, L.J. (2010). Malignant narcissism: from fairy tales to harsh reality. *Psichiatria Danubina*, 22(3), 392-405.
- Haugen, P.T., McCrillis, A.M., Smid, G.E., Nijdam, M.J. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 94, 218-229.
- Hyler, S.E., Gabbard, G.O., Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hospital & Community psychiatry*, 42(10), 1044-1048.
- Jonason, P. K.; Slomski, S., Partyka, J (2012). The Dark Triad at work: How toxic employees get their way. *Personality and Individual Differences*. 52 (3), 449-453
- Johnson, S.L., Leedom, L.J., Muthadie, L. (2013). The dominance behavioral system and psychopathology: evidence from self-report, observational and biological studies. *Psychological Bulletin*, 138(4), 692-743.
- Kacel, E.L., Ennis, N., Pereira, D.B. (2017). Narcissistic personality disorder in clinical health psychology practice: case studies of comorbid psychological distress and life limiting illness. *Behavioral medicine*, 43(3), 156-164.
- Kernberg, O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington DC: American Psychiatric Press
- Malkin, C. (2015). *Re-thinking narcissism. The bad and surprising good about feeling special*. Boston: Harvard Medical School.
- Miller, J.D., Campbell, W.K., Pilkonis, P.A. (2007). Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 170-177.
- Papageorgiou, K. A., Malanchini, M., Denovan, A., Clough, P. J., Shakeshaft, N., Schofield, K., Kovas, Y. (2018). Longitudinal associations between narcissism, mental toughness and school achievement. *Personality and Individual Differences*, 131, 105-110.
- Paulhus, D. L.; Williams, K. M. (2002). The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*. 36 (6): 556-563
- Reed, P., Birceck, N.I., Osborne, L.A., Voganò, C., Truzoli, R. (2018). Visual social media use moderates the relationship between initial problematic internet use and later narcissism. *The Open Psychology Journal*, 11 (1).
- Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework. In (ed.) S. Koch, *Psychology: A Study of a Science. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw Hill.
- Rogoza, R., Zemojtel-Piotrowska, M., Kwiatkowska, M.M., Kwiatkowska, K. (2018). The bright, the dark and the blue face of narcissism: the spectrum of narcissism in its relations to the meta-traits of personality, self-esteem, and the nomological network of shyness, loneliness and empathy. *Frontiers in psychology*, 9, 343.
- Pincus, A.L., Cain, N.M., Wright, A.G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality disorders*, 5(4), 439-443.
- Raskin, R., Novacek, J., Hogan, R. (1991). Narcissistic self esteem management. *Journal of personality and social psychology*, 60(6), 911-918.
- Ronningstam, E. (2017). Intersect between self- esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder: implications for alliance building and treatment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4:3.
- Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. (2013). *Il colloquio in psicoterapia cognitiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A., Di Maggio, G. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Bari: Editori Laterza.
- Smith, E.R., Mackie, D.M. (2011) *Psicologia sociale*. Bologna: Zanichelli
- Smith S. (2012). *How do I love me? Let me count the ways – and excel in a job interview*. Office of University Communications, University of Nebraska–Lincoln– Press Release
- Tang-Smith, E., Johnson, S.L., Chen, S. (2015). The dominance behavioral system: a multidimensional transdiagnostic approach. *Psychology and Psychotherapy*, 88(4), 394-411.
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988). Illusion and well being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, 103, 193-210.
- Taylor, S.E. (1989) *Positive illusions*. New York: Basic Books.
- Tokarev, A., Phillips, A.R., Hughes, D.J., Irwing, P. (2017). Leader dark traits, workplace bullying, and employee depression: exploring mediation and the role of the dark core. *Journal of abnormal psychology*, 126(7), 911-920.
- Torgersen, S.E., Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.
- Twenge, J.M., Campbell, W.K. (2009) *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York: Free Press.
- Vater, A., Moritz, S., Roepke, S. (2018). Does a narcissism epidemic exist in modern western societies? Comparing narcissism and self-esteem in East and West Germany. *Plos One*, 13(1).
- Wink P. (1991), Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54
- Wurst, S.N., Gerlach, T.M., Dufner, M., Rauthmann, J.F., Grosz, M.P., Kufner, A.C., Denissen, J.J., Back, M.D. (2017). Narcissism and romantic relationships: the differential impact of narcissistic admiration and rivalry, *Personality magazine and social psychology*, 112(2), 280-306.
- Zeigler-Hill, V., Vrabel, J.K., McCabe, G.A., Cosby, C.A., Traeder, C.K., Hobbs, K.A., Southard, A.C. (2019). Narcissism and the pursuit of status. *Journal of Personality*, 87(2), 310-327.



Recensioni

a cura di Francesco Valeriani

Eugenio Borgna

“La follia che è anche in noi”

Giulio Einaudi Editore

Pag. 129 - € 12,00



In questo libro, diverso da molti altri che ha scritto, Eugenio Borgna, nostro amico e Maestro, ci insegna, con la sua consueta semplicità e gentilezza, cosa sia la psichiatria fenomenologica, ovvero quella cultura e sensibilità che hanno favorito la rivoluzionaria legge italiana di riforma psichiatrica del 1978. Al riguardo ci ricorda le principali scansioni tematiche della fenomenologia: "...il rispetto della dignità della sofferenza, la consapevolezza che la follia fa parte della condizione umana, il mettere fra parentesi (l'im-

agine è di matrice husserliana) la malattia che consente di avvicinarci alla sua essenza, alla sua natura profonda e alla sua palpitante umanità, l'importanza radicale della introspezione e della immedesimazione nella comprensione delle esperienze vissute che sono in noi e negli altri, e la decisiva significazione delle relazioni umane nella cura". Le sue riflessioni sulle esperienze di vita professionale, iniziate nella Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Milano e continuate nell'ospedale psichiatrico di Novara, ci accompagnano in un cammino di conoscenza significativo di realtà

istituzionali del passato. Per quanto umanamente intollerabile la condizione dei manicomi italiani, in questi si poteva anche salvaguardare la dignità di pazienti come quelle della parte femminile dell'ospedale psichiatrico di Novara affidata al Prof. Borgna. Egli sapeva riconoscere fragilità, sensibilità, dolori dell'anima, connotazioni emozionali e psicopatologiche che la follia ha in sé. Questo suo libro, come precisa l'Autore, non intende essere un testo di psichiatria ma l'*itinerarium cordis* di uno psichiatra alla ricerca insonne e impossibile del mistero della follia. La sua memoria, con le sue emozioni, attraversa la legge del 1978, la rivoluzione culturale che la promosse, per approdare a riflessioni sulla realtà attuale ed interrogarsi sulla psichiatria del futuro. Auspica Eugenio Borgna: "Che sia una psichiatria che rimuova la precarietà di alcuni modelli di cura nei servizi ospedalieri di psichiatria, che ridia slancio ideale ai contenuti della legge di riforma ancora non completati fino in fondo, che sappia prendere coscienza sempre più temeraria della importanza delle parole e del silenzio nella articolazione della cura, che tenda, con leopardiana passione della speranza, alla accoglienza della fragilità e della dimensione umana della follia, non dimenticando la bellissima definizione che ne è stata data da Clemens Brentano come la sorella infelice della poesia, e infine una psichiatria dell'ascolto che, senza fare a meno di una rigorosa farmacoterapia, non ignori l'importanza dei contesti psicoterapeutici e socioterapeutici".

Molti operatori della Salute Mentale che hanno vissuto passioni e tempi del cambiamento della Psichiatria si riconoscono in questo slancio ideale che, se condiviso dai colleghi più giovani, può assicurare un futuro alla vera psichiatria. Diversamente essa può divenire qualcos'altro, esaurendosi in aridi deserti di tecniche e protocolli.

“IMPARA L'ARTE-Terapia come arte, arte come terapia”

IBUC Italian Books Unbonding Company di Orgasystems s.a.s. a cura di Giorgio Magnani

Pag. 180 - € 15,00

Si può imparare l'arte di curare, di uscire dall'isolamento, di riappropriarsi delle relazioni? L'arte di stare al mondo? Questo libro sull'esperienza in un centro diurno psichiatrico prova a dare una risposta. Dal momento che la natura umana è essenzialmente sociale, il gruppo diviene la dimensione giusta per ottenere esperienze emozionali correttive. Ecco allora sopraggiungere l'importanza degli artisti con le loro arti, che, accompagnando il gruppo, generano un forte potere attrattivo e trasformativo, sia per la presenza fisica e l'esempio, sia per le tecniche specifiche delle arti. Arti e artisti scompaginano le carte, creando le basi per una diversa messa in ordine, oltre il sintomo e magari oltre la malattia. Con oggetti banali, anche con gli scarti, si possono fare opere artistiche: se tutto serve e non si butta via niente, anche chi è malato può ritrovare il suo valore.



La presentazione degli Autori potrebbe essere già di per sé sufficiente ad evidenziare il valore dell'opera, risultato di un lavoro gruppale che mette insieme le migliori esperienze e risorse della psichiatria di comunità. In questo ambito è estremamente importante la pluriprofessionalità, che facilita la sintesi dialettica della molteplicità di modelli e prassi operative nel complesso lavoro riabilitativo psichiatrico.

E' un libro che introduce agevolmente il lettore, di varia estrazione professionale, alla conoscenza degli ele-

menti base della teoria gruppo analitica ed al contempo gli fa sentire la voce (e la passione per il loro lavoro) di operatori sanitari del Centro Diurno del CSM di Carpi, ma anche quella di tirocinanti e artisti, pazienti e loro familiari.

Senza trascurare il rigore scientifico il curatore dell'opera, il Dott. Giorgio Magnani, utilizza in modo chiaro ed efficace un linguaggio di tipo narrativo. Questo è facilmente accessibile non solo agli "addetti ai lavori" ma anche a quanti si stiano formando od abbiano comunque interesse per i grandi temi della Salute Mentale, in

particolare per la psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico. Il Prof. Gian Paolo Guaraldi, nella sua prefazione al libro, ne sottolinea l'importanza specialmente per chi si occupa di Riabilitazione in Psichiatria in "un'epoca in cui è forte il rischio di smarrire il gusto della verità e l'amore per l'umanità, ove è sempre più frequente imbattersi in operatori di centri diurni che per salvaguardare il proprio tempo libero organizzano per lo più ludici intrattenimenti per i loro pazienti, una triste moda dilagante in cui *tenere occupato* tende a sostituire il prendersi cura. Protagonisti indiscussi sono "direttori-dirigibili", palloni gonfiati facilmente pilotabili da logiche di mercato assolutamente distanti dai problemi reali della clinica, smarriti in chissà quale *galleggiamento* manageriale. Ebbene, gli autori di questo libro sono l'esatto contrario di tutto ciò".

Da tempo condivido pienamente queste riflessioni di Gian Paolo, basate su analoghe esperienze intercorse nel tempo. La Psichiatria italiana recente purtroppo ha registrato molte *défaillances* e pericolose derive burocratiche, carenza di personale nei servizi pubblici e, peggio ancora, subdoli difetti di formazione e di motivazione i cui fattori causali non sono avulsi da responsabilità politico-clientelari. Un possibile antidoto a tutto questo è ritrovare la passione per il nostro lavoro, come quello dimostrato dagli operatori del CSM di Carpi. Esso però richiede formazione continua ("Impara l'arte") e dialogo interculturale tra i diversi attori della Salute Mentale.