

Cinema

a cura di Tiziana Liverani

I tre film che andiamo a presentare in questo numero mettono a nudo una serie di argomentazioni molto presenti nella realtà odierna, tematiche fortemente e drammaticamente attuali. Il crollo dell'economia americana con la conseguente crescita della disoccupazione ("Tra le nuvole") che rende tutto molto precario, con grandi difficoltà nella progettualità e su un vissuto del presente come unica risorsa possibile anche nelle relazioni. La gestione delle relazioni interpersonali sembra essere infatti caratterizzata in tutti e tre i film, da un distacco emotivo per salvaguardarsi, tutelandosi così da possibili dolorosi distacchi: meglio rapporti superficiali più facilmente gestibili. Questo conduce inevitabilmente gli individui ad un vissuto di solitudine di estraneazione dalla realtà. Come accade a Gil in "Mezzanotte a Parigi" dove il protagonista, per rincorrere il suo sogno, si estranea dal mondo, alla ricerca delle sue vere aspirazioni. Le difficoltà della gestione dei sentimenti e delle relazioni uomo - donna appaiono molto presenti in "Solo un bacio per favore" dove quelli che possono apparentemente sembrare dettagli, in realtà rappresentano dinamiche inconscie che intervengono nella relazione e che, se non ben interpretate, possono contribuire a modificare le storie di due persone in modo del tutto inaspettato e doloroso. Un mal di vivere dunque che accompagna i nostri protagonisti e noi stessi, dove solo la capacità del cambiamento prodotto a vari livelli può salvare e salvarci.

TRA LE NUVOLE

Jason Reitman (2009)

Dopo "Juno" e "Thank You For Smoking", Jason Reitman, il regista, presenta un personaggio provocatorio senza l'obbligo di un ottimismo pro-forma, sfidando le aspettative dello spettatore medio. La trama, liberamente tratta dall'omonimo romanzo di Walter Kirn, si dipana attraverso una commedia dolcemente accarezzata con tono emotivamente distaccato i grandi temi della società contemporanea: il tracollo dell'economia americana, il crescere della disoccupazione e le difficoltà sempre più evidenti nel riuscire a relazionarsi. La sceneggiatura pone, non a caso, gli aeroporti come luogo cardine della storia, dove la globalizzazione instilla simboli comuni e convenzioni che sembrano farci essere a casa. In realtà, ognuno di noi li vive per conto suo, leggendo, ascoltando musica in cuffia e smettendo di parlare e di sorridere a chi ci passa o siede accanto. In questi ambienti asettici, pieni di procedure e comportamenti stereotipati, il protagonista, Ryan Bingman (George Clooney) è a suo agio, passando gran parte della sua professione e della sua vita. Il suo perfetto adattamen-

to, che inizialmente può colpirci positivamente, risulta essere l'aspetto funzionale di una struttura di personalità incapace di relazionarsi realmente, distaccata dal mondo. Una vita "tra le nuvole" la sua, lontana da legami affettivi e rapporti emotivi. Il titolo del film sembra quasi voler evidenziare il "non contatto" con la realtà.

Uomo affascinante, di successo, abilissimo tagliatore di teste, trascorre 320 giorni su 365 in viaggio. Perennemente in movimento, da una città all'altra, in un'America colpita dalla crisi, dove le aziende lo attendono per affidargli un compito ingrato: licenziare i dipendenti. Mansione che svolge egregiamente, senza farsi travolgere dalla disperazione e dall'indignazione provocata nelle vittime del suo lavoro. Questa sua grande capacità di non farsi intenerire è la risultante funzionale di un'indifferenza verso le emozioni. Ryan in verità ha poca empatia e risulta incapace di rispondere ai bisogni e ai sentimenti degli altri, a meno che questi non coincidano con i propri. In lui alberga un falso sé di frasi fatte e ragionamenti stereotipati ("sono come mia madre, mi affido agli stereotipi, si fa prima!"). Ha piacere e conforto nella ripetitività delle azioni (come mostrano le scene ripetitive davanti al *check-in* dell'intro iniziale) che gli danno sicurezza e organizzano perfettamente il suo lavoro: anaffettivo, disempatico e controllato. Come si evidenzia nei suoi licenziamenti, nel suo scrollarsi facilmente di dosso le lacrime e i dispiaceri dei licenziati. Nondimeno egli sembra apprezzare il suo lavoro, molto ben pagato, ed il suo stile di vita, da single disincantato e libero, senza vincoli, né affettivi né oggettivi. Ma la sua struttura di personalità è caratterizzata da un senso di vuoto interiore, che cercherà di colmare, e da un bisogno di ricorrenti conferme esterne riguardo la sua importanza ed il proprio valore. Infatti, membro privilegiato dei programmi 'mille miglia', la sua principale ambizione sembra essere la "Carta Oro", posseduta da sole 7 persone al mondo, con la conseguente iscrizione del suo nome su un aereo di linea, al raggiungimento del super bonus di 10 milioni di miglia. Questo è un traguardo che disvela ulteriormente una struttura narcisistica con fantasie illimitate di successo, ricerca dell'attenzione altrui e la tendenza a trattare gli altri come un pubblico che è lì per testimoniare la propria importanza. Tutto ciò per aumentare il suo senso di essere un privilegiato. Ryan infatti è uno di quei viaggiatori favoriti da tutte le compagnie, cui basta strisciare una qualsiasi carta di credito o un qualsiasi *badge* per aprire ogni tipo di porta ed avere accesso a lussi e scorciatoie. Quando qualcuno in aereo gli chiede dove vive lui risponde "esattamente qui, su questo sedile, tra le nuvole". Zero affetti, non ha relazioni né amici stretti, ed un bagaglio 'di vita' volutamente leggero, per non dire vuoto, fino all'incontro con due donne, Alex e Natalie, così differenti tra di loro ma entrambe capaci di colpirlo rovinando e mettendo in discussione tutto il suo sistema di vita.

Infatti il suo capo (Craig Gregory) consigliato da Natalie (Anna Kendrick), giovane neolaureata e rampante ottimizzatrice aziendale, decide di riorganizzare il loro lavoro: lavorare in sede licenziando via web. Questa decisione pone il protagonista davanti ad una scelta importante: continuare la sua vita di viaggiatore privo di af-

Cinema

fetti o trovare una stabilità mettendo le radici in un solo luogo. Nel frattempo, Natalie accompagna Ryan nel suo lavoro per apprendere la professione. Durante il praticantato, lei viene lasciata dal suo ragazzo via SMS ed assistiamo ad un discorso tra i due in cui Ryan, ponendosi con presunzione e vanagloria, non riesce a “differenziarsi”, rimanendo intrappolato nel suo punto di vista ed esprimendo a Natalie una visione egocentrica delle relazioni, nel momento in cui un ascolto empatico sarebbe stato molto più funzionale alla situazione. Un ruolo importante nel film è ricoperto dal rapporto nato tra Ryan e Alex (Vera Farmiga), una trentenne che pare la sua fotocopia al femminile, così orgogliosamente sola da fargli venir voglia di non esserlo più. Nella sua evoluzione apprendiamo un ulteriore deficit del protagonista. Lui non si innamora della donna, lui vi si infatua. Non la cerca per amore, ma perché si inebria della sua bellezza. Tende così ad idealizzarla in modo irrealistico, compiendo un salto, un cambiamento, dal cliché di uomo d'affari a cliché di uomo sposato. Da buon narcisista, nel momento in cui vuol cambiare, uscire dal proprio modello, dovrebbe ripartire da un'età adolescenziale. Facendosi ingannare, stupire, insegnare, recuperando così tutta una serie di esperienze che ricreino una struttura esperienziale di personalità più adiacente alla normalità. Non a caso lui porta Alex nella sua scuola, nel luogo dove si baciava con le ragazze nel periodo adolescenziale. Come a tentar di superare un *gap* emotivo relazionale che inconsciamente percepisce di avere. Un altro evento cardine che consente di conoscere meglio l'organizzazione di personalità del protagonista è il matrimonio della figlia della sorella. In questo ambito notiamo come la sua famiglia sia inesistente e vissuta dal protagonista senza investimenti emotivi. Ma il ricongiungimento familiare ed il matrimonio della nipote fanno scattare qualcosa in lui che decide di proporre ad Alex una vita insieme. Possiamo psicologicamente ipotizzare che ciò sia dovuto alla tendenza tipica di una struttura narcisistica di personalità che tende a confrontare il proprio status, single e vuoto, con quello delle altre persone, sposate e felici. Per difendere la propria autostima egli attua un meccanismo di idealizzazione della donna. Le lacune presenti nella sfera emotiva e relazionale di Ryan vengono fuori proprio nel voler vivere relazioni disincantate, perdendosi dietro una persona *sdoppiata*, come lui, alla ricerca di un partner sessuale e con un marito fedele a casa. Ryan non è infatti in grado di percepire il gioco sessuale della donna, che cerca un diversivo, un'evasione, una leggiadra distrazione. La sua struttura di personalità lo porta a fantasticare di trovare un amore ideale e perfetto. La donna, pur sdoppiata, ha un legame affettivo col marito. Il nostro invece è solo, distaccato, senza legami affettivi. Simbolicamente rappresentato dall'assenza di oggetti nella sua valigia. Una delle motivazioni della “dichiarazione d'amore” fatta ad Alex è l'invidia, spesso provata dai narcisisti quando non riescono ad ottenere quello che vedono negli altri. Giunto a casa di lei però, dopo la ricerca affannosa di rintracciarla, il castello costruito su Alex crolla. Ciò svela la distorta visione di sé e degli altri del protagonista, tipica di una personalità narcisistica, con una divergenza tra la rappresentazione dello stato desiderato e la realtà. Un

Mente e Cura - n. 2/2011

ulteriore elemento chiarificatore della personalità del protagonista è il momento in cui raggiunge finalmente il suo traguardo di 10 milioni di miglia ed il comandante dell'aereo gli conferisce il premio. Il regista raffigura un comandante, al limite del reale, più simile ad una caricatura vignettistica che ad un vero pilota. In lui e nella sua farsesca figura c'è tutta la fatuità, la vanagloria, che pervade Ryan. Ai nostri occhi egli appare come tornato bambino. Il film termina con la "fase depressiva" narcisistica, in cui il nostro regala il premio alla nipote, per espiare i suoi errori. A noi rimane il ritratto di una personalità in bilico tra la terra e le nuvole, ingenuamente patologico e purtroppo condannato a galleggiare con l'aria sotto i piedi.

Stefano Terenzi

Cinema

SOLO UN BACIO PER FAVORE

Emmanuel Mouret (2007)

Brillante commedia sentimentale, diretta e interpretata da Emmanuel Mouret sulla scia dei maestri del cinema francese “di relazione” Rhomer e Truffaut, “Solo un bacio per favore” racconta uno spaccato di vita amorosa dei protagonisti del film con un intreccio incalzante dai contenuti apparentemente frivoli e intrisi di una comicità a tratti grottesca. Come si gestiscono le relazioni di coppia? Come ci si comporta quando in presenza di un legame stabile arriva una persona per cui si prova attrazione che pare far sgretolare tutte le certezze acquisite in anni di relazione? Sembrano queste le domande implicite che il regista fa a se stesso e agli spettatori e a cui non dà, forse volutamente, una risposta definitiva.

L'incontro casuale tra Emilie (parigina, giunta a Nantes per motivi di lavoro) e Gabriel è l'*incipit* del film. I due passano svariate ore insieme, ridono, scherzano, si piacciono e sembra l'inizio di un'avventura; ma qualcosa frena la ragazza che, pur essendone palesemente attratta, non vuole andare oltre la piacevole conoscenza e soprattutto non vuole dare un bacio a Gabriel. Per spiegarne il motivo, Emilie gli racconta la storia di Nicolas e Judith, due suoi amici di Parigi. Judith, donna affascinante, grande amica e confidente di Nicolas, è sposata con Claudio, marito di cui è innamorata. La richiesta di Nicolas all'amica di ricevere un bacio per risolvere i suoi problemi sessuali scatena del tutto inaspettatamente una passione incontenibile tra i due, che porta a conseguenze inattese. Tra incontri clandestini, intrighi e inganni il film ha il merito di tenere sulla corda lo spettatore con una tensione spesso smorzata da *sketch* goliardici al limite del farsesco.

L'epilogo del film non brilla per originalità, non c'è il colpo di teatro insomma, però ha il merito di catturare il pubblico fino all'ultimo secondo della pellicola quando il finale aperto lascia quell'amaro in bocca tipico delle commedie che portano con sé interrogativi insoluti.

Quello che colpisce maggiormente di questa commedia è l'atmosfera che si respira durante tutto il film: è come se i protagonisti, borghesi benestanti che abitano in una nicchia meravigliosa di Parigi come il Marais, abbiano come unico obiettivo la ricerca del piacere e dell'amore. Nessuno ha problemi lavorativi, economici o familiari e il clima ricorda quello della Francia *bohémien* in cui il tempo trascorre tra feste, bicchieri di vino e clima sfumato simile a quello del sogno.

In questo contesto si calano molto bene i protagonisti del film che aggiungono brio e leggerezza con la loro disincantata ricerca del vero amore. Judith, questo amore sembra averlo trovato in Claudio, suo marito. In realtà in lui ha trovato una figura rassicurante, una base sicura a cui attaccarsi e appoggiarsi. Più che un marito, Claudio per Judith sembra un padre. La dimensione della sessualità tra i due partner è assente e il regista è molto bravo a far notare come il legame tra i due coniugi manchi di desiderio e complicità (emblematiche sono le scene in cui lui legge il

libro di Schubert mentre la moglie entra nel letto). Claudio è un personaggio che pare quasi di contorno, una presenza solo fisica e non emotiva. La sua vita è descritta come piatta, monotona e prevedibile senza un evento che possa mai scuotere la sua imperturbabilità. Siamo di fronte ad una struttura narcisistica di personalità impegnata a condurre una vita priva di sussulti emotivi e slanci passionali. Schubert è l'unica cosa che pare interessarlo realmente, mentre sua moglie è come se fosse un oggetto sé, un prolungamento della sua personalità. Claudio non vive il minimo conflitto e non si accorge perciò, di quanto la moglie si sia allontanata affettivamente da lui. Serve un evento inaspettato per scuoterlo, un episodio che lo costringe a ridefinire la sua vita, ad affrontare una vera crisi, come la scoperta del tradimento di Judith.

Durante il film è evidente lo sdoppiamento di Judith: una parte di lei è legata alle caratteristiche rassicuranti e protettive del marito, mentre l'altra si lascia andare all'attrazione sessuale che sente per Nicolas, come se non riesca ad indirizzare attaccamento e sessualità verso una sola persona. L'intimità della relazione tra Judith e Nicolas permette ad entrambi di sperimentare un rapporto che fino a quel momento non avevano avuto con nessuno. Le prime scene del film in cui si evidenzia il rapporto di estrema confidenza tra Nicolas e Judith permettono allo spettatore di intuire quanto bastasse un semplice pretesto (i problemi di Nicholas) per far "scoccare la scintilla". Le immagini del primo approccio ricordano quelle di due adolescenti al primo incontro amoroso: la timidezza, l'impaccio sul chi deve fare la prima mossa e l'intensità del primo bacio. Le razionalizzazioni usate in maniera difensiva per giustificare il coinvolgimento e la perdita del controllo della situazione sono intrise di un'ilarità che cattura e diverte lo spettatore. Nicolas, che ci viene presentato come estremamente controllato e al limite tra nevrosi e un'identità non perfettamente definita, scopre come una relazione profonda con una persona che conosce e stima da tempo possa essere caratterizzata da una passione travolgente. Nicolas non ha un legame stabile che può essere compromesso da questa *liaison* ma in tutto il film è accompagnato dai dubbi su cosa sia effettivamente l'amore, segno della sua difficoltà a fare chiarezza nei propri sentimenti.

La narrazione delle vicende da parte di Emilie è probabilmente la carta vincente del film: si tratta infatti di un narratore esterno che racconta una storia di cui essa stessa fa parte, come si vedrà poi alla fine. Emilie è un personaggio complesso, di non facile lettura rispetto ai precedenti proprio per le caratteristiche di personalità che le vengono attribuite. Sembra una donna forte che sa giocare con la propria sessualità, che ha appreso dall'esperienza e a cui piace comandare e mantenere il controllo sulla relazione. I sorrisi ammiccanti, gli sguardi languidi indirizzati verso Gabriel, uniti al rifiuto di andare a letto con lui fanno pensare da una parte a una donna che si accontenta del piacere narcisistico di dettare le regole del gioco e di controllare l'altro, dall'altra ad una donna che masochisticamente si mette in una situazione in cui prova il sottile piacere di non poter andare fino in fondo, dato che è impe-

Cinema

gnata in un'altra relazione. Queste due anime non sono inconciliabili se proviamo ad immaginare in Emilie una parte sadica utilizzata per sedurre e poi abbandonare Gabriel (esemplare la scena in cui si mette sul letto, mostrando palesemente le gambe all'uomo, ma ordinandogli di non guardarle mentre le copre con il cuscino esibendo un finto imbarazzo) e una parte masochistica che la fa entrare in una situazione che sa, dall'inizio, che non potrà appagare pienamente il suo desiderio. Gabriel dal canto suo è attratto da Emilie e dalla sua modalità di condurre il gioco, e pur essendo impegnato in una relazione stabile, non avrebbe nessun problema a lasciarsi coinvolgere in un'avventura di una sola notte con lei.

Mouret forse ci vuole dire che non c'è un modo preconfezionato con cui si possono gestire le relazioni amorose e che anche un bacio, se porta con sé la ricerca di una passione ormai sopita, può sconvolgere la vita di più persone. Il regista non vuole fornire un giudizio morale o consigliare tra le righe il modo di comportarsi, sembra piuttosto che il suo intento sia quello di evidenziare come nei rapporti di coppia quelli che sembrano dettagli o particolari insignificanti, in realtà rappresentino le dinamiche inconscie che intervengono nella relazione e che, se non interpretate nella maniera corretta, possono contribuire a modificare le storie di due persone in maniera del tutto inaspettata e spesso dolorosa.

Gianluigi Basile

MIDNIGHT IN PARIS

di Woody Allen (2011)

Il protagonista della storia è uno sceneggiatore di film che sta pensando di scrivere il suo primo romanzo importante: Gil è un sognatore, e come spesso succede alle personalità creative, si perde nelle sue fantasie, dalle quali si fa trascinare in un fantomatico 'viaggio nel passato'.

Gil è alla ricerca di una 'guida' per scrivere un romanzo a forte connotazione autobiografica, e attraverso questi 'dialoghi' con i propri idoli letterari, rilegge la propria vita, ripercorrendo il passato compie dei collegamenti con il presente che generano un pensiero nuovo, una lettura più matura di quelle che sono le scelte compiute fino a quel momento e i progetti che si è posto per il futuro.

È interessante notare cosa avviene nelle persone che gli sono accanto nello stesso momento in cui Gil intraprende un percorso introspettivo, comincia a farsi delle domande e a coltivare le proprie passioni.

Improvvisamente tutti si frappongono a lui, come spesso avviene nei familiari di chi decide di affrontare un percorso psicoterapico, emerge una forte resistenza e opposizione al cambiamento, inteso come crescita personale, che ovviamente comporta nuove acquisizioni, maggiore consapevolezza e quindi un modo diverso di avvicinarsi alla vita.

Attraverso una riflessione attenta delle relazioni sentimentali intrecciate dai propri idoli, e grazie alla capacità elaborativa riattivata in lui, riuscirà a valutare in modo più consapevole il proprio legame amoroso, notando che da quando si è fidanzato con Inez sono comparsi dei 'piccoli attacchi di panico'.

Sintomo inizialmente sottovalutato, non inteso come segnale di qualcosa che non va nella scelta compiuta, in seguito verrà ben inquadrato in uno spettro di situazioni che non depongono favorevolmente alla relazione: Inez, la fidanzata, non tiene in considerazione le esigenze di lui, i suoi desideri, le sue ambizioni; è ipercritica e svalutante, tenta di spingerlo ad abbandonare definitivamente l'idea di diventare uno scrittore e di accontentarsi del ruolo di sceneggiatore.

Caratterizzata da una personalità fortemente immatura e superficiale, non ha mai compiuto uno svincolo reale dai propri genitori, dai quali si fa ancora guidare, in maniera acritica, in tutte le scelte importanti, come negli acquisti per l'arredamento della casa o il luogo in cui abitare con il futuro marito.

Nel film verrà affascinata da Paul, uno pseudo intellettuale, arrogante e presuntuoso, fidanzato con Carol, una donna che ha annullato la propria personalità per vivere del riflesso del successo del compagno, verso il quale sembra nutrire solo ammirazione e sottomissione, una relazione di attaccamento priva di connotazione sessuale matura.

Un aspetto interessante è costituito dallo scambio di battute tra Inez e Paul in cui lei si lamenta di Gil perché non rispetta l'opinione degli altri quando si espri-

Cinema

mono nei riguardi del suo lavoro, un'osservazione curiosa se si tiene in considerazione che viene espressa all'amico, un narcisista che palesemente non tiene in considerazione le opinioni altrui, e che tradisce la propensione della ragazza all'idealizzazione dell'altro.

Gil tenta di coinvolgere Inez in questo suo percorso di cambiamento, le chiede di accompagnarlo e la ragazza, seppure in un primo momento si fa convincere, in seguito si sottrae, un po' perché non è pronta a un cambiamento e un po' perché non lo desidera neanche, lo lascia solo, e allora cominciano a nascere dubbi, si fa delle domande, si chiede che cos'è che sta sbagliando, cerca di ripercorrere nella propria mente le tappe che lo hanno condotto a quelle nuove riflessioni.

Durante il film Gil fa notare spesso a Inez questa sua propensione verso Paul, ma solo alla fine, riconsiderando tanti piccoli elementi, riuscirà a scoprire che i due hanno avuto una relazione sessuale, e a interrompere quel fidanzamento che non era frutto di una scelta consapevole, senza troppi drammi, affermando che è la cosa più giusta per entrambi.

A un certo punto del film Gil incontrerà una donna affascinante, una modella, un'anima inquieta e insoddisfatta, che rappresenta ancora un ideale di donna non autentica e non adatta a lui, della quale si innamora impulsivamente.

Il percorso di 'crescita' però è già in corso e quindi Gil riuscirà a valutare precocemente quel rapporto, grazie anche alla lettura di un sogno che lui stesso racconta e che definisce pieno di significato, ponendo un termine netto al consolidamento di una relazione che non lo avrebbe reso felice.

Ed è sempre grazie ad una migliore conoscenza di sé che riesce ad aprirsi in modo più genuino alla conoscenza dell'altro e ad interessarsi realmente di una ragazza più adeguata a lui, con la quale scopre di condividere alcune passioni e anche la stessa prospettiva di vita.

Considerando il film come una metafora del lavoro di elaborazione che si compie in chi inizia un percorso di analisi personale, possiamo intravedere quelle che sono le fasi salienti per il raggiungimento di una personalità integrata: rivisitando il passato e 'riscrivendo' la propria storia in un *continuum* coerente e organizzato, che tiene in considerazione le fantasie di veglia e il prodotto onirico come materiale prezioso per l'acquisizione di una maggiore conoscenza di sé.

Rita Ballacci



Libri

a cura di Rita Ballacci

Nel precedente numero di questa rivista la rubrica 'libri' si apriva con un accenno alla dicotomia mente-corpo e di come le recenti ricerche neuroscientifiche e neuropsicologiche cerchino di superarla. In questo numero, incentrato sul tema mente-corpo, proponiamo un ampliamento d'orizzonte con un volume che affronta il tema anche da un punto di vista filosofico, oltre che neuroscientifico. Accattivante fin dal titolo "Mente corpo Dai dilemmi della filosofia alle ipotesi della neuroscienza" è un'ampia raccolta di articoli e saggi di autorevoli filosofi e neuroscienziati che affrontano l'annoso problema mente-corpo e la definizione della coscienza; ormai non si tratta più di definire cos'è l'uno e cos'è l'altra, ma di comprendere come sono correlati, come funzionano. Se l'obiettivo è comune diversi sono gli strumenti e i metodi: le menti argute dei filosofi si basano sul ragionamento fino a prospettare situazioni paradossali; il lavoro più pragmatico degli scienziati si basa sugli esperimenti da cui inferiscono aspetti teorici. Resta l'impressione, tuttavia, che né gli uni né gli altri riescano a proporre una soluzione convincente e definitiva del problema mente-corpo e della coscienza.

Gli altri due volumi sono di maggior interesse clinico. "La depersonalizzazione una nuova prospettiva", di Mauricio Sierra, non solo illustra la grande rilevanza clinica del disturbo (anche a livello storico, oltre che psicopatologico), ma sottolinea il rischio di una sottovalutazione, poiché presente in molte sindromi psichiatriche, che ne favorisce la cronicizzazione invece che la cura. Gli studi e le ricerche dell'Autore, condotte in équipe all'interno della Depersonalisation Research Unit dell'Istituto di Psichiatria di Londra, hanno prodotto una nuova scala per la valutazione della depersonalizzazione, tradotta in italiano alla fine del volume.

Anche nel caso dell'alessitimia ("Alessitimia valutazione e trattamento") ci troviamo di fronte ad una difficoltà diagnostica, poiché, pur riconoscendone i sintomi caratteristici, questi devono essere inquadrati all'interno di una personalità più o meno patologica. La difficoltà di riconoscere le proprie emozioni è sicuramente legata ad una mancata regolazione degli affetti. Se nel passato si considerava l'alessitimia come una manifestazione psicosomatica, più recentemente essa viene ricondotta ad una difficoltà di mentalizzare, ossia ad una mancata integrazione tra l'attività psichica e le esperienze corporee.

ALESSITIMIA Valutazione e trattamento

Vincenzo Caretti, Daniele La Barbera (a cura di)

Casa Editrice Astrolabio, Roma 2005

Il termine 'alessitimia' coniato da Sifneos nel 1973, indica un tratto di personalità che caratterizza alcuni individui, i quali manifestano una marcata difficoltà a esprimere verbalmente le emozioni.

In presenza di eventi traumatici o stressanti mostrano la propensione a fornire una descrizione dettagliata degli eventi senza alcun riferimento alle emozioni provate, rivelando uno stile comunicativo che definiamo 'incolore', la difficoltà a discriminare le emozioni le une dalle altre e a distinguerle dalle sensazioni somatiche, e un'attività fantasmatica deficitaria o assente.

Riprendendo un Autore già citato in questo numero della rivista, MacLean ipotizzò che in questi pazienti le emozioni non riuscissero a giungere dai centri nervosi inferiori alla neocorteccia, compromettendo così la possibilità di un uso simbolico delle parole.

Il costrutto dell'alessitimia dunque rinvia a un disturbo importante della regolazione degli affetti che ormai viene ritenuto un considerevole fattore di rischio nello sviluppo di malattie psicologiche e somatiche.

In effetti si è potuto individuare questo tratto di personalità partendo proprio dall'osservazione clinica di pazienti affetti dalle cosiddette malattie psicosomatiche classiche e si sono in tal modo evidenziate alcune caratteristiche salienti in tali soggetti, come uno stile di pensiero tendente alla passività, alla dipendenza e all'imitazione, una coscienza morale rigida, fantasie primitive e stereotipate e difficoltà nell'espressione verbale e nel riconoscimento delle emozioni.

Nei soggetti alessitimici emerge chiaramente la presenza di una difficoltà di mentalizzazione degli stati emotivi che conduce alla regolazione degli affetti tramite l'azione, dando vita a comportamenti impulsivi o compulsivi, o 'vivendo' sul proprio corpo la conseguenza di tali emozioni attraverso sintomi di somatizzazione.

Nel testo si legge che in molti soggetti con disturbo post traumatico da stress, dipendenza da sostanze, disturbo del comportamento alimentare, disturbi depressivi gravi, che si lamentano di dolori fisici incomprensibili, è stata notata la presenza di una seria compromissione dell'integrazione dei fattori cognitivi ed emotivi tanto da determinare un deficit della consapevolezza soggettiva e dell'elaborazione degli affetti.

Naturalmente una compromissione nel processo di elaborazione delle emozioni si ripercuote sulle relazioni interpersonali perché l'incapacità di discriminare i propri stati affettivi si traduce nell'impossibilità di riconoscerli anche negli altri: il soggetto è dunque portato o a isolarsi oppure a formare delle relazioni caratterizzate da forte dipendenza.

Ruesch parlò di 'personalità infantile' e richiamandosi alla teoria dell'attaccamento

Libri

di Bowlby, ipotizzò che in queste persone fosse avvenuto un arresto dello sviluppo psichico ed emotivo a causa di difficoltà incontrate nella relazione primaria.

È ormai assodato che lo sviluppo della capacità di regolare gli affetti ha inizio nella relazione di accudimento primaria, quando il *caregiver*, interpretando in maniera adeguata gli stati affettivi del neonato, funge dapprima come regolatore esterno, fornendogli un particolare ambiente intersoggettivo per poi portare progressivamente il bambino a sviluppare la capacità di vedere se stesso e gli altri in termini di stati mentali.

Affinché un individuo possa controllare gli stati affettivi vissuti come soverchianti è fondamentale che possieda la capacità di rappresentarsi l'idea di un affetto, in assenza della quale l'emozione rischia di diventare annientante e fonte dei traumi successivi.

Recentemente si sta confermando sempre di più l'ipotesi che l'alessitimia sia associata a stili di attaccamento insicuro: l'esperienza infantile dei pazienti alessitimici risulterebbe caratterizzata da una ridotta disponibilità affettiva del *caregiver* che esporrebbe l'infante a frustrazioni precoci.

Tali eventi, se intensi e ripetuti nel tempo, determinano condizioni di esperienza intollerabili, che impediscono al bambino di appropriarsi psicologicamente del proprio corpo, favorendo l'instaurarsi dei disturbi fisici: l'attività psichica diventa qualcosa di separato dall'esperienza corporea.

Il fenomeno psicosomatico sarebbe allora una particolare forma di *acting*: vista l'impossibilità di poter mentalizzare i vissuti emotivi essi vengono proiettati sul corpo, il pensiero in tal modo rimane concreto e mente e corpo non si differenziano, continuando a funzionare come un tutt'uno.

Nel 1997 Taylor ipotizzò che fosse proprio questa limitata capacità di rappresentare e regolare cognitivamente le emozioni a rendere gli individui alessitimici maggiormente vulnerabili a una varietà di disturbi medici e psichiatrici.

Il sistema immunitario umano risulta molto sensibile agli stimoli stressanti, e negli studi effettuati su soggetti malati di cancro si è potuto apprezzare come, esperienze di separazione, divorzi, lutti, potessero influire in maniera predominante sulla risposta soggettiva alla malattia stessa.

Il soggetto alessitimico ha una minore capacità di far fronte agli *stressor* perché utilizza meccanismi di difesa immaturi e strategie di *coping* inefficaci, che risultano fattori predisponenti allo sviluppo di malattie somatiche come il cancro.

Nel testo si sottolinea l'importanza di considerare l'individuo all'interno di un modello integrato di funzionamento psico-fisico, che valuti opportunamente sia gli aspetti legati all'elaborazione e all'espressione degli affetti, sia gli aspetti comportamentali: *“Alla luce dei complessi intrecci tra disagio fisico e disagio psichico delineati nel presente lavoro, risulta ancora più evidente l'influenza reciproca tra mente e corpo sull'evoluzione della patologia neoplastica e ancora più artificiosa la dicotomia mente-corpo che ispira le procedure terapeutiche: attualmente infatti sembra essere ampiamente ac-*

Mente e Cura - n. 2/2011

cettato dalla comunità scientifica il fatto che alleviare i disagi psichici della persona malata di cancro attraverso l'elaborazione dei vissuti inerenti la malattia può avere un ruolo significativo anche nell'evoluzione successiva della malattia”.

Rita Ballacci

* * *

MENTE E CORPO

Dai dilemmi della filosofia alle ipotesi della neuroscienza

A cura di Armando De Palma e Germana Pareti

Bollati Boringhieri, Torino, 2004; 416 pag.

Come storici della filosofia i due curatori del volume hanno concentrato la loro ricerca su alcuni Autori della filosofia anglosassone e su ricercatori di diversa formazione che hanno dato un significativo contributo sul problema mente-corpo e sulla coscienza nella seconda metà del secolo scorso. Mentre le argomentazioni filosofiche sembrano rispondere più ad una logica astratta (nel tentativo di dare coerenza alle teorie) gli interventi di studiosi di altre discipline – come le neuroscienze – aprono nuovi scenari per la soluzione del problema. La scelta dei curatori è quella di offrire al lettore italiano una raccolta di articoli e saggi apparsi nelle riviste specializzate, premettendo una breve scheda sulla vita e l'opera di ciascun autore.

Non è semplice per quanti non hanno dimestichezza con la filosofia – in particolare con la filosofia della scienza – seguire i riferimenti storico-concettuali che i curatori espongono nell'introduzione, ma risulta indispensabile per avere un quadro più ampio del dibattito sul tema mente-corpo che si andava sviluppando nel corso degli anni e comprendere meglio gli 'antefatti' che giustificano la scelta degli articoli proposti.

La domanda di quali fossero le relazioni logiche tra il linguaggio fenomenologico (quello che usiamo per descrivere le nostre sensazioni) e il linguaggio fisicalista (quello usato dalla scienza positivista) l'aveva posta il filosofo della scienza Herbert Feigl nel saggio *The 'Mental' and the 'Physical'* pubblicato nel 1958. A ben vedere, fin dagli anni '30, un altro filosofo, Rudolf Carnap, aveva dato una risposta, in termini di comportamentismo logico, rifiutando di prendere in considerazione qualsiasi 'entità logica' non suscettibile di verificabilità oggettiva. Lo stesso Wittgenstein aveva distinto le proposizioni psicologiche in terza persona ('egli ha dolore'), enunciate in base a criteri di comportamento, da quelle in prima persona che non sono vere e proprie proposizioni in quanto semplici 'oggetti mentali' privi di identità e quindi non identificabili con il comportamento. Ancor più radicale di Wittgenstein il filosofo analista Gilbert Ryle aveva demolito il concetto di 'mentale' non riconoscendogli nessuna consistenza 'ontologica'. Il rifiuto assoluto del dualismo cartesia-

Libri

no, ritenuto 'l'errore categorico' del pensiero filosofico occidentale, caratterizza la posizione di Ryle. Verso la metà degli anni '50 alcuni filosofi australiani sostengono decisamente che nel quadro concettuale della scienza naturale non c'è spazio per i termini psicologici.

È a questo punto che i curatori lasciano direttamente la parola agli Autori presentando i loro saggi nella prima parte del libro: *Dalle teorie dell'identità alle concezioni funzionalistiche della mente*.

Nel saggio '*Sensazioni e processi cerebrali*' (1959), il filosofo John J.C. Smart (di origine inglese, ma stabilitosi in Australia) non solo argomenta contro il dualismo ma supera anche il concetto di 'correlazione' tra sensazioni e processi cerebrali per affermarne l'assoluta identità: così come un fulmine è una scarica elettrica, sensazioni e stati cerebrali sono processi cerebrali. Smart sostiene la sua tesi contro otto possibili obiezioni (sulla falsariga delle '*Meditationes*' di Cartesio) giungendo alla conclusione che i principi della parsimonia e della semplicità supportano decisamente la teoria dell'identità.

Nel secondo saggio, '*La natura della mente*' (1966), il filosofo australiano David M. Armstrong accoglie con una certa riserva la teoria dell'identità di Smart e propone una sua 'teoria dello stato centrale' in cui le varie funzioni mentali non possono essere dovute che all'attivazione di fibre nervose. Credendo fortemente che l'ultima parola spetti alla scienza, egli dà una spiegazione della natura della mente compatibile con l'idea secondo cui l'uomo non è nient'altro che un meccanismo fisico-chimico. Per Armstrong la sola causa di un comportamento indicante una mente nell'uomo e negli animali superiori sono i processi fisico-chimici del sistema nervoso centrale. E la coscienza non svolge altro compito che quello di monitorare le attività di tale sistema.

Il terzo saggio, '*La natura degli stati mentali*' (1967), si deve a Hilary Putnam (filosofo e matematico statunitense) che tenta la 'terza via' tra dualismo e riduzionismo. Con la 'realizzabilità multipla' (o variabile) degli stati psichici egli si pone in una posizione intermedia tra un dualismo non più proponibile alla comunità scientifica e un monismo fisicalistico ideologicamente inaccettabile. Si deve a Putnam l'introduzione del concetto di funzione nel quadro di una concezione cibernetica e computazionale dei sistemi neurali. La concezione funzionalistica della mente sembra risolvere il problema mente-corpo: gli stati mentali sono identici non già a stati fisici, ma a stati funzionali dell'organismo; come la 'macchina di Turing' (una struttura matematica la cui realizzazione fisica è lasciata del tutto indeterminata) è definita dalla struttura astratta, così la mente è caratterizzata dalla funzione che svolge nel trasformare gli ingressi provenienti dal mondo esterno nelle azioni dell'organismo.

Con il quarto saggio, '*Eventi mentali*' (1970), Donald H. Davidson (filosofo analista, anch'egli statunitense) propone il 'monismo anomalo' secondo cui una generalizzazione psicologica non è traducibile in una generalizzazione neurofisiologica

o microfisica, cioè gli stati mentali ‘sovrappongono’ agli stati fisici, ma non sono riducibili ad essi.

Il concetto di ‘sovrapponenza’ viene ripreso da Jaegwon Kim (filosofo, formatosi alla scuola di R. Chisholm che aveva introdotto il concetto di ‘intenzionalità’ nella filosofia americana) nel saggio: *‘La sovrapponenza come concetto filosofico’* (1990). Dopo una ricostruzione storico-filosofica di tale concetto, Kim arriva alla conclusione che esso risulta ambivalente perché, da una parte, è troppo debole per affermare che gli stati mentali dipendono dagli stati fisici, dall’altra, è troppo forte, se tale dipendenza viene avvalorata, per cui si ricade nel riduzionismo.

Nella seconda parte del libro, intitolata *‘L’enigma dell’esperienza soggettiva e la crisi del funzionalismo’*, vengono proposti gli articoli di Autori più noti, come Thomas Nagel, Frank Jackson, Daniel C. Dennet e David J. Chalmers. Con questi Autori ci si avvicina sempre di più ai temi della soggettività e della coscienza, ormai associata al fenomeno dei ‘qualia’ e si assiste allo scontro frontale tra chi sostiene l’irriducibilità dell’esperienza soggettiva ai metodi oggettivi della scienza, come dimostra Nagel nell’arcinoto *‘Com’è essere un pipistrello’* (1974) e chi cerca di ‘eliminare’ lo stesso concetto di qualia, come farà Dennett nel suo *‘Quainare i qualia’* (1985).

Nagel (filosofo della mente, nato a Belgrado ma divenuto cittadino americano) si chiede se potremo mai sapere che cosa vuol dire essere un pipistrello. Per quanto si possa conoscere la neuroanatomia del suo cervello o la neurofisiologia dei suoi organi di senso, non si potrà mai sapere qual è la sensazione soggettiva di *essere* un pipistrello (o un lombrico o un pappagallo). Non è possibile, in sostanza, derivare il carattere soggettivo dell’esperienza dallo studio, anche accurato, del sistema nervoso. “Questo perché ogni fenomeno soggettivo è connesso essenzialmente con punto di vista singolo ...” che nessuna teoria fisica della mente sarà mai in grado di adottare. Per cui lo stesso problema mente-corpo non si pone nemmeno, vista l’improbabilità di concepire una teoria fisicalistica della mente.

Dennett (filosofo americano, formatosi alla scuola di Ryle e Quine - dal cui nome conia il neologismo ‘quainare’) presenta il suo saggio in un seminario tenuto in Italia nel 1985 (e pubblicato tre anni dopo negli atti del convegno con il titolo ‘Quining Qualia’). Lo scopo dichiarato del suo scritto è semplicemente quello di distruggere la fede nel concetto preteorico e intuitivo dei qualia, e lo fa servendosi della metafora delle ‘pompe dell’intuizione’ per spurgare e far evacuare le intuizioni illecite (come i qualia, appunto).

Sostenitore convinto invece dell’esistenza dei qualia (entità non riducibili a proprietà fisiche né suscettibili di un’interpretazione funzionalistica) è il filosofo australiano F. Jackson, che dopo essersi occupato di epistemologia, filosofia della logica e di etica, pubblica nel 1986 un articolo che lo renderà famoso negli ambienti filosofici internazionali: *‘Ciò che Mary non sapeva’*. L’ipotesi di Jackson è che Mary sia imprigionata fin dalla nascita in una stanza in bianco e nero, dove viene a sapere tutto ciò che concerne il mondo fisico attraverso mezzi audiovisivi in bianco e nero. Tuttavia,

Libri

appena liberata ... 'apprenderà com'è vedere una cosa rossa' ... 'dunque il fisicalismo è falso', è la conclusione di Jackson.

David J. Chalmers (giovane matematico e filosofo di origine australiana, ma che lavora negli Stati Uniti) nell'articolo *'Come affrontare lo studio della coscienza'* (1995) si pone l'obiettivo di fondare *ex novo* una scienza della coscienza che si collochi nell'intersezione tra filosofia e neuroscienze. Il punto di partenza di Chalmers è la distinzione tra *problemi facili* (quelli cioè riconducibili al funzionamento del cervello nella decodifica degli stimoli sensoriali e percettivi, nell'elaborazione delle informazioni tese al controllo del comportamento, nei meccanismi dell'intelligenza e della memoria, nella capacità di produrre resoconti verbali, ecc.) e il *problema difficile*, cioè "affrontare direttamente il problema della coscienza, se vogliamo compiere progressi nella sua soluzione". Propone quindi di passare ad un tipo nuovo di spiegazione non riduttiva per arrivare ad un resoconto naturalistico della coscienza. Questa la sua proposta: "Quale candidato per un resoconto di questo genere propongo una teoria non riduttiva basata sui principi della coerenza strutturale e dell'invarianza organizzativa e su una concezione dell'informazione ispirata alla dottrina del doppio aspetto". (Per doppio aspetto intende quello fisico e quello fenomenico dell'informazione).

Nell'ultima parte del libro, *'Lo studio scientifico della coscienza'* vengono raccolti quattro saggi di autorevoli studiosi che operano nel campo della ricerca neuroscientifica.

Il primo è David H. Hubel (neurofisiologo canadese, premio Nobel per la medicina nel 1981, insieme a Wiesel, per le ricerche sulla visione negli animali) che scrive il saggio *'Neurobiologia: una scienza bisogiosa di un Copernico'* pubblicato nel 1974 in un volume celebrativo del cinquecentesimo anniversario della nascita di Niccolò Copernico. Esponendo a grandi linee un secolo di ricerca neurologica (in particolare sulle aree visive e sulla percezione umana) ritiene che per la comprensione del cervello non sia sufficiente individuare le aree specializzate, né le interconnessioni cerebrali, ma ritiene fondamentale lo studio del singolo neurone. Pur auspicando un nuovo Copernico per la neurobiologia egli confida soprattutto nel tempo, convinto che tutte le funzioni del cervello possono essere comprese in termini di proprietà chimiche e fisiche, senza dover ricorrere a processi soprannaturali.

Negli anni seguenti, trasferitosi alla Rockefeller University, Hubel prosegue le ricerche con Margaret S. Livingstone. Studiando un sistema per l'elaborazione del colore nella corteccia visiva dei primati essi scoprono che la separazione tra i sistemi visivi prosegue nelle aree successive della corteccia. Nel 1988 pubblicano insieme il saggio *'Separazione di forma, colore, movimento, profondità: anatomia, fisiologia e percezione'* in cui formulano un'ipotesi generale sull'organizzazione semigerarchica di aree specializzate che elaborano le informazioni in parallelo. Si tratta del 'problema del collegamento' che era già stato formulato dal fisiologo inglese Horace Barlow e che in seguito è stato identificato con il problema della coscienza.

Al problema del collegamento tra le informazioni parcellizzate che elabora la cor-

teccia cerebrale sembrava fornire una soluzione l'ipotesi di Francis Crick e Christof Koch formulata nel celebre articolo *'Verso una teoria neurobiologica della coscienza'* (1990). Crick, già premio Nobel insieme a Watson per la scoperta della struttura molecolare del DNA nel 1953, prosegue le ricerche sul cervello lasciando sullo sfondo lo studio sperimentale per rivolgersi agli aspetti teorici. Koch, di 40 anni più giovane, è un fisico che opera nell'ambito dell'intelligenza artificiale, computazione e sistemi neurali. I due avviano una collaborazione scientifica dagli anni '80 con l'obiettivo di individuare il correlato neurale della coscienza. In seguito alla scoperta di due gruppi di ricercatori tedeschi – che avevano rilevato, in condizioni sperimentali, fenomeni di sincronizzazione oscillatoria in alcune aree visive corticali in animali svegli – i due scienziati rivelano al mondo scientifico che la coscienza (o meglio la *consapevolezza visiva*, come essi precisano) non è altro che l'attività oscillatoria sincronizzata, su una banda tra i 40 e i 70 Hz, di un insieme limitato di neuroni corticali che reagiscono a stimoli esterni. Sembrava la soluzione a lungo cercata, ma il fatto che il fenomeno della coscienza venisse circoscritto alla consapevolezza visiva non spiega del tutto le qualità soggettive legate alla percezione. Gli stessi Autori considerano la loro teoria provvisoria e un programma di ricerca.

A chiusura di questa parte scientifica – e dell'intera raccolta di scritti – viene proposto il saggio di Horace B. Barlow *'Singoli neuroni, scopi comunitari e coscienza'* presentato dall'Autore ad un simposio internazionale di Kyoto nel 1994. Singolare che sia proprio uno scienziato di laboratorio, con alle spalle una lunga ricerca sulle cellule gangliari della retina delle rane (si deve a lui la scoperta dei 'detettori di insetti' che permette alle rane di reagire selettivamente in presenza di stimoli-preda) e che aveva equiparato il pensiero alla semplice attività dei neuroni, a sostenere che la coscienza, in quanto essenziale all'esperienza soggettiva, non abbia nulla a che fare con i sistemi sensoriali. Barlow sostiene che la coscienza non si trova nel cervello, ma nelle interazioni linguistiche e sociali tra i membri di una comunità. "Anche se la coscienza appare un attributo di ciascun individuo, per capirne l'opera occorre esaminare un gruppo sociale interagente, e non un singolo cervello e certamente non una parte isolata di un singolo cervello".

Chiudendo il libro, rimango pensoso sotto gli stimoli di questa 'carrellata' di informazioni e di posizioni diverse ...e vengo attratto dal disegno sulla copertina: 'il pensatore' di Rodin.

L'immagine, quasi indistinta ma dai contorni netti, sembra emergere dallo sfondo per farmi chiedere: ma quest'uomo pensa con il corpo o con la mente? A me sembra tutt'uno.

Bernardino Foresi

*Libri*LA DEPERSONALIZZAZIONE *una nuova prospettiva*

Mauricio Sierra

Astrolabio, Roma 2011; 244 pag.

Il fenomeno della depersonalizzazione (di solito associato con la derealizzazione) si caratterizza per un'alterazione dell'autoconsapevolezza relativa ai processi mentali e corporei. Chi ne soffre sembra aver perso le certezze fondamentali del proprio essere: l'attività mentale, il corpo e anche l'ambiente circostante cambiano nella loro qualità, divenendo irreali, distanti o automatizzati.

Un senso di estraneità da se stessi, inautenticità, distacco dalle proprie emozioni, perdita di sensibilità rispetto ad alcune parti del corpo, sensazione che le proprie azioni siano effettuate da un altro, fino a sentirsi al di fuori del proprio corpo o avere la sensazione di essere dentro ad un sogno: queste le impressioni più comuni riferite dai soggetti che non perdono tuttavia il rapporto con la realtà e sono coscienti di quanto sta accadendo. "Nonostante la natura drammatica dell'esperienza il soggetto è consapevole dell'irrealtà del cambiamento. Il sensorio è integro e la capacità di esprimere le emozioni intatta" (OMS, 1992).

Alcuni di questi fenomeni sono presenti in diverse sindromi psichiatriche, spesso associati ai disturbi d'ansia, dell'umore, somatoformi o alimentari, ma anche nella depressione e nella schizofrenia, per cui non caratteristici esclusivamente dei disturbi dissociativi (entro i quali viene collocato il 'disturbo di depersonalizzazione' dal DSM-IV). L'elevata presenza transnosografica di sintomi di depersonalizzazione non è stata considerata per lungo tempo dalla letteratura psichiatrica come un indice sufficiente per una rilevanza clinica specifica. Questo ha comportato che, in alcuni casi, la depersonalizzazione sia divenuta una condizione cronica, stressante e invalidante in se stessa.

È quanto sostiene Mauricio Sierra (autorevole ricercatore presso l'*Institute of Psychiatry Depersonalization Research Unit Section of Neuropsychiatry* di Londra) in questa sua recente pubblicazione. Non solo fa il punto della situazione attuale, ma apre una 'nuova prospettiva' su questa '*neglected syndrome*' (come è definita nel sottotitolo dell'edizione inglese - Cambridge University Press, 2009) nel collocarla su uno spettro di gravità variabile, ossia lungo un *continuum* che va da esperienze apparentemente benigne, a manifestazioni di comorbidità con altre condizioni psichiatriche, alla vera e propria depersonalizzazione cronica (non spiegabile da altre patologie in atto). L'obiettivo dichiarato dall'Autore è quello di mettere insieme le differenti linee di ricerca dell'ultima decade e di farlo in relazione agli ultimi cento anni, da quando cioè il termine fu introdotto nella letteratura psichiatrica.

Nel 1911 appare in Francia la prima monografia con il titolo: "*La Dépersonnalisation*" ad opera di Ludovic Dugas (uno psicologo che già dal 1898 aveva cominciato ad utilizzare questo termine nei casi di 'falsa memoria') e del neurologo Maurice Moutier. Dugas considerava che fosse una facoltà mentale ad essere compromessa

quando il soggetto sperimentava il senso di estraneità da se stesso; si verificava cioè un'alienazione della personalità, da qui la scelta del termine (in realtà ripreso dal *Journal intime* del filosofo svizzero H.F. Amiel).

Ma sintomi e descrizioni affini alla depersonalizzazione si ritrovano anche nella prima metà dell'Ottocento: un paziente di Esquirol descriveva minuziosamente la perdita di sensazioni umane, l'incompletezza dell'esistenza, la diminuzione della sensibilità in tutto il corpo ... *'poiché mi sembra di non raggiungere mai gli oggetti che tocco ... i miei occhi vedono e il mio spirito percepisce, ma la sensazione di ciò che vedo è completamente assente'* (riportato da Griesinger, 1845). Lo stesso Griesinger, pur riconducendo questi fenomeni all'anestesia del melanconico, ne riconosceva, in alcuni casi, il carattere dominante e duraturo. Altri psichiatri si orientarono verso un deficit sensoriale, o di singole facoltà, come la memoria (Kraepelin) o il riconoscimento (Heysmans) fino a prendere in considerazione gli affetti e l'intera personalità.

Per Jaspers (1913) era 'l'attività del sé' ad essere compromessa nella depersonalizzazione.

Janet (1928) considerava la depersonalizzazione come una manifestazione della psicoastenìa, dovuta al 'sentimento di incompletezza', ma ancor più al 'sentimento di vuoto': l'impossibilità di *rappresentare* nella vita psichica gli stimoli esterni e le esperienze primarie in un flusso continuo che determina 'un'impressione di vita'.

Si deve a Mayer-Gross (1935) la distinzione tra depersonalizzazione e derealizzazione: in questo secondo caso i sentimenti di irrealtà e di estraniamento sono riferiti al mondo esterno. Entrambe sono considerate non-specifiche essendo riscontrabili nella maggior parte delle condizioni psichiatriche. Secondo Mayer-Gross, però, la depersonalizzazione rimane 'l'espressione di una risposta funzionale del cervello' (l'impronta positivista di Griesinger non si è ancora esaurita nella psichiatria tedesca). Nello stesso anno la visione psicomica di Schilder (che ci interessa più da vicino) propone la mancata integrazione dell'*immagine corporea* nella struttura libidica del soggetto come causa dei fenomeni di depersonalizzazione.

A sostenere la dignità di disturbo 'primario' della sindrome di depersonalizzazione sarà Shorvon (1946), mentre ad inquadrare una stretta connessione della depersonalizzazione con i disturbi d'ansia sarà Roth (1959), che propone la 'sindrome di depersonalizzazione-ansioso-fobica' (PADS).

I sintomi che caratterizzano la sindrome di depersonalizzazione (da un confronto tra 200 casi storici e 45 pazienti con disturbo di depersonalizzazione) mostrano scarsa variabilità tra gli esempi clinici moderni e quelli descritti nella storia della psichiatria. Tra le anomalie che accompagnano il disturbo, oltre alla derealizzazione, si possono riscontrare: la desomatizzazione (alterazione dell'esperienza corporea), la deafettivazione (ottundimento emotivo), la deideazione (anomalie nella rievocazione soggettiva, fino all'esperienza del vuoto mentale). Inoltre va sottolineato l'uso frequente del 'come se' da parte del paziente nel tentativo di descrivere l'esperienza ineffabile che sta vivendo.

Libri

Il disturbo di depersonalizzazione è una condizione cronica. Gli esordi cominciano a manifestarsi fin dall'infanzia o dall'adolescenza, di solito dopo un periodo di grande stress o cambiamento. In particolare è stato riscontrato che una storia di 'abuso emotivo' in età infantile predice una maggiore gravità del disturbo.

Per facilitare la diagnosi Sierra e Berrios(*) hanno messo a punto la 'scala di valutazione di Cambridge', uno strumento completo composto da 29 *item* che descrivono le esperienze associate alla sindrome di depersonalizzazione (la scala viene riportata in appendice al volume). Rimangono comunque utili la scala sulla depersonalizzazione di Fewtrell e l'intervista clinica strutturata del DSM-IV per i disturbi dissociativi (SCID-D).

Un breve capitolo è dedicato all'incidenza sul disturbo indotto da droghe.

Gli aspetti neurologici hanno da sempre accompagnato le manifestazioni di depersonalizzazione. L'Autore passa in rassegna le condizioni cliniche la cui associazione con la depersonalizzazione è stata confermata sistematicamente, e cioè con l'epilessia, l'emigrania, il trauma cranico, i disturbi dell'orecchio interno e i disturbi del sonno.

Il trattamento farmacologico non ha ancora dati certi; grazie a studi *'challenge'* in questi ultimi anni sono stati isolati alcuni sistemi di neurotrasmettitori (come la serotonina, gli SSRI, il glutammato e gli oppiacei) che sembrano dare buone prospettive per il futuro.

Anche i trattamenti psicologici, in mancanza di studi sistematici e quantificabili, sono di difficile valutazione. La terapia psicodinamica comporta tempi lunghi (almeno 5 anni di psicoterapia intensiva, consigliava Schilder); inizialmente era 'la paura di perdere il controllo' ad essere considerata come l'obiettivo terapeutico centrale: l'eccessiva sensibilità alle minacce del controllo veniva attribuita a difficoltà evolutive nel raggiungimento di un narcisismo 'sano' e di una relazione di fiducia con un altro significativo. Poi è l'emergenza di una forma di dipendenza che viene affrontata, indagando la storia personale del paziente: abusi emotivi e forme di negligenza nell'infanzia – ma anche un'eccessiva aspettativa da parte dei genitori – possono aver ostacolato la costruzione del senso di sé. Uno studio recente ha confermato che i pazienti con disturbo di depersonalizzazione sono caratterizzati da 'minacce soggettivamente sperimentate' e una visione negativa di sé e degli altri. Ciò potrebbe innescare un ciclo che si autoalimenta, per cui l'abuso infantile comporta sentimenti di

(*) Sierra M. e Berrios G.E. "The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization", *Psychiatry Research*, 93, pp. 153-164. Traduzione italiana a cura di Vincenzo Caretti e Adriano Schimmenti (a cui si deve anche la traduzione italiana del presente testo, arricchita da una loro prefazione).

NB: Le date tra parentesi dopo i nomi degli autori si riferiscono all'anno di pubblicazione delle loro opere, citate nella bibliografia alla fine di ogni capitolo.

Mente e Cura - n. 2/2011

alienazione e inadeguatezza (come la vergogna) e queste, a loro volta, determinano l'evitamento sociale, il ritiro dalla realtà e il distacco dal proprio sé.

Promettenti risultano i pochi casi trattati con l'ipnosi e l'abreazione, che permettono l'espressione delle emozioni represses, ma queste tecniche necessitano di una ricerca più sistematica.

Nel corso degli ultimi anni la terapia cognitivo-comportamentale ha messo a punto gli interventi terapeutici e le tecniche necessarie per affrontare il disturbo di depersonalizzazione, dimostrando che il disturbo può essere oggetto di trattamenti psicologici efficaci.

Gli studi basati sulle neuroimmagini funzionali confermano la presenza dell'ottundimento emotivo (mancata attivazione dell'insula e della corteccia occipito-temporale) in pazienti con disturbo di depersonalizzazione posti davanti a stimoli neutrali o avversi.

L'ipotesi personale di Sierra (elaborata con il collega Berrios) è che la depersonalizzazione sia una risposta 'strutturata' per affrontare livelli estremi di ansia: lo stato di estremo allarme viene disinnescato da una profonda inibizione delle risposte emotive da parte della corteccia prefrontale. Una tale risposta 'ecologica' potrebbe essersi evoluta per affrontare situazioni minacciose per la vita, in cui si perde il controllo e la fonte del pericolo non è nota (un terremoto, ad esempio); l'inibizione di comportamenti emotivi, come quello di attacco-fuga, potenzierebbe l'attenzione vigile e la ricerca di informazioni utili per la sopravvivenza.

Se è pur vero che gli episodi di depersonalizzazione sono frequentemente innescati da circostanze minacciose, rimane aperto l'interrogativo di quando tali manifestazioni si presentano in assenza di minaccia. Al di là delle risposte neurobiologiche che possono spiegare la maggior parte dei sintomi della depersonalizzazione, non c'è ancora una risposta per le anomalie somatiche che essa comporta. "È chiaro che studi futuri sui meccanismi neurobiologici della depersonalizzazione dovrebbero occuparsi della relazione funzionale tra sistemi di regolazione emotiva e quelli che sostengono le esperienze corporee". In ultima analisi siamo di nuovo di fronte al misterioso (e irrisolvibile?) problema mente-corpo.

Bernardino Foresi

Convegni e Seminari

a cura di Stefano Martellotti

In questo numero di "Mente e Cura", la scelta dei contributi si è orientata sul professor Blundo, responsabile della struttura semplice dipartimentale di neuropsicologia e neuropsichiatria dell'Ospedale S. Camillo di Roma e professore dell'Università LUMSA di Roma, e Clarkin e Kernberg del Personality Disorder Institute della statunitense Cornell University. Carlo Blundo è da anni impegnato in numerosi campi di ricerca neuroscientifica, tra i quali spicca l'impegno nell'indagine sui correlati cognitivi e psicopatologici di patologie degenerative quali l'Alzheimer. In linea con la tradizione neuroscientifica, la ricerca su patologie che implicano alterazioni organiche del cervello va ben al di là della conoscenza del disturbo in sé poiché favorisce lo sviluppo di una comprensione di portata più generale circa i rapporti cervello-mente e mente-cervello. L'investimento di Blundo nel difficile lavoro di liaison tra cervello e comportamento è anche testimoniato dal suo testo "Neuropsichiatria - I disturbi del comportamento tra neurologia e psichiatria", firmato assieme a Robert Stowe.

Nella lezione qui presentata, il professor Blundo ci ha offerto un'immagine del complesso scenario moderno di ricerche neuroscientifiche che appaiono, già oggi, in grado di promuovere un'integrazione tra neurobiologia, psicopatologia e psicoterapia.

John Clarkin e Otto Kernberg hanno presentato, nell'ambito del I convegno della SIP-SIC (Società Italiana di Psicoterapia), il frutto di una ricerca più che trentennale sui disturbi di personalità. I punti focali su cui si è incentrata l'attività del loro gruppo riguarda l'organizzazione interna di personalità soggiacente a sintomi e comportamenti, lo sviluppo di particolari metodiche di assessment culminate nella ragguardevole STI-PO (Structured Interview for Personality Organization) ed una raffinata tecnica d'intervento terapeutico denominato TFP (Transference Focused Psychotherapy), caratterizzata dall'essere strutturata e dettagliatamente manualizzata. L'aspetto fondamentale di tale intervento terapeutico è già esplicitato nella denominazione "focalizzata sul transfert" e consiste nel mettere puntualmente al centro del lavoro terapeutico le rappresentazioni "sé-altro" del paziente, relative alle relazioni oggettuali interiorizzate, che si attivano nel contesto della relazione terapeutica provocando caratteristiche tipologie d'interazione.

NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA
Lezione tenuta dal prof. Carlo Blundo all'inaugurazione
dell'anno accademico dell'I.R.P.P.I
(Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata)

Il prof. Carlo Blundo, specialista in Neurologia e Psichiatria, Responsabile Struttura Semplice Dipartimentale di Neuropsicologia e Neuropsichiatria dell'Ospedale S. Camillo di Roma e Professore all'Università LUMSA di Roma, ha tenuto una lezione introduttiva all'anno accademico 2012-2013 presso l'Istituto Romano di Psicoterapia Psicodinamica Integrata (IRPPI) il 14 gennaio 2012.

In tale contesto il prof. Blundo ha toccato temi di rilievo nel campo delle neuroscienze che, grazie alle nuove tecniche di indagine funzionale sull'attività cerebrale, hanno aperto nuove prospettive di valutazione e comprensione della psicopatologia.

Con il termine bio-psico-sociale i neuroscienziati di tutto il mondo cercano di arrivare ad una concettualizzazione dell'attività mentale che non sia intesa, riduttivamente, solo in chiave biologica né tantomeno solo in chiave psicologica, ma di trovare un'integrazione, che ormai appare scontata e necessaria, tra i due ambiti.

L'intento, da sempre presente nell'ambito delle scienze relative all'uomo, è quello di riuscire a formulare una teoria sulla natura della mente e sulle sue disfunzioni che sia in grado di integrare le diverse componenti relative al mondo fisico, interpersonale, socioculturale, con cui il 'corpo' interagisce.

Tuttavia, le teorie sulla mente sono state elaborate per lo più all'interno di prospettive solo psicologiche o solo biologiche che spesso, entrando in conflitto tra loro, hanno alimentato, in campo psicopatologico, la dicotomia tra le malattie del cervello e le malattie della mente.

Tutto questo ha creato nel tempo un conflitto tra i ruoli professionali, tra lo psicologo, lo psichiatra, lo psicoterapeuta, che riteniamo non abbia motivo di esistere; il modello bio-psico-sociale sottolinea infatti l'assoluta integrazione, o meglio la totale mancanza di priorità, tra le componenti biologiche e sociali del cervello.

Grazie allo sviluppo delle neuroscienze si assiste al tentativo di superare i limiti esplicativi delle teorie biologiste o psicologiste, e di costruire modelli complessi della mente basati su un'organizzazione gerarchica, sistemica, relazionale, del sistema nervoso in cui la componente biologica e quella psicosociale sono in continua e dinamica interazione fra loro.

La stessa ontogenesi ci conferma un'evoluzione di tipo gerarchico del sistema nervoso: alla nascita la nostra attività mentale si caratterizza per attività molto semplici, automatiche, che procedendo nello sviluppo arriva ad attività molto più complesse, quelle proprie dell'adulto.

Jackson fu uno tra i primi a sostenere l'ipotesi che il nostro sistema nervoso fosse organizzato a livello gerarchico e quindi che ci fossero dei 'centri inferiori', che

Convegni e Seminari

regolano le attività più automatiche, e dei 'centri superiori' che regolano attività più complesse.

MacLean formulò la teoria del cervello tripartito (MacLean, 1973) in cui affermava che nel sistema nervoso umano si possono distinguere tre diverse sezioni strutturali: il cervello rettiliano, formato dal tronco encefalico, dall'ipotalamo, dal talamo e dai nuclei della base, il cervello limbico, composto dal rinencefalo e dal lobo limbico e il cervello neocorticale composto dalle circonvoluzioni più esterne della corteccia cerebrale.

Il cervello tripartito risulta perciò formato da unità strutturali funzionalmente distinte ma interconnesse tra loro: ciascuna sezione possiede delle proprietà specifiche, un particolare tipo di intelligenza, di memoria e di organizzazione del tempo e dello spazio.

Jaak Panksepp è stato uno dei primi a parlare di 'neuroscienze affettive', anch'egli ha concettualizzato la nostra attività mentale in senso gerarchico arrivando ad affermare che *per comprendere la mente, soprattutto la mente emotiva, non esiste altra alternativa se non quella di seguire una prospettiva evuzionista. L'unico organo del nostro corpo che è chiaramente organizzato "a strati" è il cervello.*

Lo sviluppo ontogenetico segue una serie di tappe che fanno riferimento a una maturazione funzionale di strutture organizzate gerarchicamente che entrano in relazione con l'ambiente, le funzioni perciò non sono appannaggio solo dell'ambiente o delle strutture, ma emergono dall'interazione tra le strutture e l'ambiente.

Da questa affermazione possiamo dedurre che decade, inevitabilmente e immediatamente, la dicotomia tra biologia e ambiente: queste due componenti interagiscono, istante per istante, tra di loro e da queste interazioni emergono le funzioni.

Vygotsky, Edelman, Damasio, Rizzolatti et al., sono nomi illustri che con i loro studi hanno permesso di 'modellizzare' l'attività mentale in senso relazionale: il nostro sistema nervoso è in continua e inevitabile relazione con l'ambiente.

Potremmo sintetizzare questo concetto in termini di relazione corpo-mondo: dove il 'corpo' è rappresentato in senso gerarchico dalle varie strutture anatomico-funzionali e l'ambiente è appunto il luogo in cui queste strutture si relazionano.

La nostra mente è radicata nel sistema nervoso, organizzata nelle connessioni tra le aree anatomiche deputate all'elaborazione degli stimoli interni dell'organismo, che Edelman chiama le strutture del Sé, e le aree deputate all'elaborazione degli stimoli esterni, relativi al mondo fisico, interpersonale, socio culturale, in cui il corpo reagisce e che costituisce il sistema del non Sé.

Le diverse funzioni mentali, dalla percezione all'autocoscienza, costituiscono forme di diversa complessità di espressione e regolazione della relazione tra il corpo e l'ambiente.

Esistono diversi sistemi motivazionali, espressione dei differenti livelli mentali, che regolano i comportamenti degli individui: nel cervello rettiliano è prevalente la soddisfazione dei bisogni metabolici e riproduttivi, necessari per la conservazione del-

l'individuo e della specie, nel cervello limbico è prevalente la motivazione all'affiliazione interindividuale, cioè la capacità di ampliare la nostra relazione dagli oggetti che popolano il mondo del cervello rettiliano alla persona.

Nel cervello neo corticale sono presenti varie funzioni che permettono il consolidamento di questa relazione tra il cervello e il mondo, che si esprime nell'affiliazione sociale, grazie anche al linguaggio che consente all'individuo di creare una simbolizzazione degli oggetti dell'ambiente, una relazione di tipo 'astratto'.

Il pensiero e il linguaggio verbale permettono di creare simboli di oggetti reali, rappresentazioni mentali coscienti in mancanza dell'oggetto, attorno ai quali discutere ed emanciparsi dal vincolo dell'interazione diretta e concreta propria dei livelli inferiori.

La dimostrazione dell'esistenza dei neuroni specchio anche nel cervello umano ha messo in evidenza come questi neuroni consentano all'osservatore di categorizzare il fine dell'azione effettuata da un consimile tramite un processo di "simulazione interna" dell'azione. Fondata sull'attivazione delle aree cerebrali dell'osservatore che regolano gli schemi di azione dell'azione percepita, per contro altri esperimenti hanno dimostrato che l'esecuzione motoria di un'azione può facilitarne il riconoscimento visivo.

Percepire è, praticamente, agire perché simulo dentro di me l'azione motoria di quello che vedo, ma risulta vero anche l'inverso, cioè, agire è percepire, da ciò consegue la dimostrazione che il rispecchiamento è un meccanismo generale e ubiquitario del sistema nervoso centrale, non più solo finalizzato al conoscere le intenzioni dell'altro, come dimostrano i numerosi esperimenti sul contagio emotivo.

Il rispecchiamento, a seconda del livello strutturale del sistema nervoso in cui si attua, produce simulazioni interne dotate di diverse caratteristiche rappresentative ed espressive, da quelle vegetative o viscerali che si manifestano nell'osservazione del dolore altrui a quelle emotive, relative alla decodifica del fine dell'azione; tale definizione sostiene la concettualizzazione relazionale del nostro sistema nervoso.

L'organizzazione gerarchica delle funzioni si fonda sulla ri-rappresentazione della relazione corpo-mondo effettuata dalle strutture superiori sull'attività di quelle inferiori; la fisiologica parziale dis-associazione fra le diverse strutture comporta la potenziale variabilità, istante per istante, della funzione che regola il comportamento in atto, per cui la gerarchia è intrinsecamente dinamica.

Questo ci spiega perché, ad esempio, una disfunzione che si verifichi in diversi livelli del sistema nervoso determini differenti condizioni neuropsichiatriche: l'iperattivazione del sistema mesolimbico produce deliri e allucinazioni, un'anomalia a livello dei neuroni del sistema nigrostriatale produce i sintomi della malattia di Parkinson, un'alterazione dell'ipotalamo può scatenare stati di agitazione, aggressività, perdita dell'energia vitale, attacchi di panico.

Similitudini cliniche e psicopatologiche permettono di comparare pazienti con comportamenti ossessivo-compulsivi a soggetti con lesioni della corteccia prefrontale.

Convegni e Seminari

tale, nell'ipotesi di un comune interessamento morfologico e funzionale, delle aree ventromediali della corteccia orbito frontale.

I soggetti ossessivi mostrano un impoverimento della loro capacità decisionale esprimibile attraverso l'attuazione di comportamenti ripetitivi che li rende incapaci di valutare le conseguenze a lungo termine delle loro azioni.

Nelle strategie di comportamento compulsivo o di riferimento dei pazienti privilegiano strategie di ricompensa immediata (riduzione dell'ansia esperita) incuranti delle conseguenze a lungo termine dei loro comportamenti (riduzione dell'autonomia e scadimento della qualità di vita).

Il livello organizzativo della corteccia prefrontale orbitaria e mediale (il cervello sociale) ci permette di avere una relazione con il gruppo in cui gestisco il mio comportamento in relazione al contesto, seguendo una finalità comune e delle regole condivise, che presuppongono aspetti di previsione e progettazione, che possono essere raggiunti veicolando emozioni complesse.

Il cervello sociale dunque mi permette la formazione di una rappresentazione mentale, un'immagine corporea più completa, che mi consente di fare una distinzione tra azioni-self e azioni prodotte dagli altri, di regolare il mio comportamento in base alle conseguenze non immediate delle mie azioni, ma relative agli effetti sul contesto entro cui avviene l'azione.

Le emozioni semplici permettono di stabilire una relazione tra me e l'altro, sostengono il comportamento interindividuale, le emozioni complesse permettono di stabilire una relazione tra me e il gruppo, sono associate agli effetti alle reazioni gruppal, ognuno è un individuo a sé stante che però partecipa a un progetto comune.

Attraverso l'attività del cervello sociale è possibile la sintonizzazione delle azioni individuali con quelle gruppal: per la sua natura sovra individuale tale sintonizzazione richiede la presenza di un'iniziale capacità di previsione-progettazione dell'attività grupपाल.

La cognizione sociale può essere definita come un dominio cognitivo che comprende l'insieme delle conoscenze e delle abilità di tipo sociale ed emozionale che maturano nel corso dello sviluppo e che consentono ad un individuo di mantenere un comportamento socialmente adeguato in vari contesti.

Rita Ballacci

**JOHN F. CLARKIN. IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO
BORDERLINE DI PERSONALITÀ MEDIANTE
LA *TRASFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY***

Presentazione tenuta nell'ambito del I congresso SIPSIC
(Società Italiana di Psicoterapia). Roma, settembre 2011

John F. Clarkin espone i risultati di trentacinque anni di ricerca sui disturbi di personalità ed in particolare sui *borderline*, illustrando il metodo di applicazione della TFP - Psicoterapia Focalizzata sul Transfert: "È spirito della nostra etica combinare trattamenti supportati empiricamente con la nostra comprensione clinica del paziente singolo" dice Clarkin.

La TFP, come la MBT (*Mentalization Base Treatments*) di Fonagy e la DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), consiste in una terapia strutturata con un terapeuta supportivo ed empatico che focalizza il trattamento sul *qui ed ora* della seduta e che ha come aspettativa "*che il paziente cambi*". La TFP, in particolare, mantiene la focalizzazione costante sulla relazione oggettuale dominante, attivata nella relazione terapeuta-paziente secondo la "teoria delle relazioni oggettuali".

Viene pertanto messo a fuoco il comportamento interpersonale tra terapeuta e paziente e il comportamento attuale del paziente fuori dalle sedute con le altre persone. Il terapeuta diventa una persona importante nella vita del paziente e il loro rapporto, un fattore saliente nella vita della persona.

Di fondamentale importanza dunque, resta la conoscenza della patologia *borderline*, in modo da saperla valutare ed impostare la situazione terapeutica così da produrre i cambiamenti necessari.

Ciò implica la conoscenza del funzionamento dei *borderline* nel qui ed ora.

Non basta pertanto conoscere i criteri del disturbo *borderline* di personalità secondo il DSM IV-TR, ma bisogna considerare anche il fattore emotivo-affettivo che interviene nella relazione col paziente momento per momento. A tal proposito, bisogna cogliere la sensazione esperita dal paziente *borderline* relativa alla sua personale valutazione del rapporto col terapeuta, il che porta alla risposta emozionale del paziente. La risposta emozionale, a sua volta, è responsabile non solo di un certo impatto emotivo sul terapeuta e sulla relazione diadica, ma implica anche la creazione di una *nuova* dinamica relazionale.

Dunque, per il fatto che vengono stimulate delle rappresentazioni del sé e degli altri, puntualmente bisogna mettere a fuoco la situazione in cui il paziente ha un effetto su di noi piuttosto che una percezione di se stesso in rapporto a noi.

È da considerare, inoltre, che la storia di questi pazienti, fatta spesso di abusi familiari piuttosto che traumi, sembra spiegare perché nella relazione con noi essi abbiano spesso un atteggiamento timoroso e sospettoso sino alla paranoia. Dobbiamo tener presente che il paziente *borderline*, non avendo un buon controllo dell'attenzione, può vedere un aspetto della situazione di cui noi non ci rendiamo assoluta-

Convegni e Seminari

mente conto quindi, dice Clarkin, “*se vogliamo fare una terapia con i borderline, dobbiamo accettare di essere percepiti come un -oggetto cattivo- e che ci percepiranno in qualche modo come un nemico o come una persona che vuole criticarli o che possono reagire senza gran controllo di se stessi e senza modulazione dell’emotività*”.

Con la TFP dunque, si tenta di incorniciare uno spazio tra terapeuta e paziente in cui far sorgere e incanalare tali risposte emotive cosicché il terapeuta possa aiutare il paziente a riflettere piuttosto che reagire. Bisogna impegnarsi nel creare un’atmosfera di neutralità terapeutica in cui possiamo capire la percezione del paziente di noi in quella data situazione. Così facendo, il paziente inizia a considerare nozioni alternative del rapporto tra di noi.

Gli aspetti di base della *Transfert Focus Psychotherapy* dunque sono:

1. Instaurare una cornice, una struttura, per la terapia
2. Mettere a fuoco le relazioni oggettuali dominanti
3. Il *transfert* nel qui ed ora
4. L’esame del *transfert* sia nella seduta che con le persone fuori dalla seduta

Il tutto, attraverso le tre tecniche di:

- *Chiarificazione*: cercando di verificare, di chiarire, la percezione del paziente di sé e degli altri (così da comprendere la struttura del mondo interno del paziente);
- *Confronto*: tramite cui il terapeuta mostra al paziente le sue contraddizioni interne all’interno di una specifica situazione;
- *Interpretazione*: del qui ed ora, ovviamente presentata sempre come ipotesi riguardo a cosa motiva le contraddizioni del paziente.

Ad ogni modo, prima di procedere in tal senso, è fondamentale aver chiara la valutazione del paziente.

Clarkin, a tal proposito, accenna all’utilizzo di due strumenti: un’*intervista strutturata*, la STIPO (*Structured Interview Of Personality Organization*) attraverso cui si mette a fuoco la diffusione dell’identità, il livello delle difese se avanzate o primitive, l’esame di realtà, i valori morali e l’aggressività, basandosi su un modello sia *categoriale* che *dimensionale* e un’*intervista semistrutturata* con domande scritte e scala di valutazione.

Posti gli obiettivi, è fondamentale per il terapeuta, nonché per il paziente e dunque per la relazione in sé, concordare un vero e proprio contratto terapeutico utile al chiarimento delle loro e nostre responsabilità nonché necessario a proteggere il terapeuta, farlo sentire libero di pensare e lavorare nella terapia. Inoltre, il contratto terapeutico permette al paziente di sentirsi sicuro in un proprio *spazio* proprio perché rappresenta la cornice, il *setting* da cui prima o poi il paziente devierà, pertanto rappresenta anche un contesto da cui partire per valutare le deviazioni verso cui il paziente stesso si dirigerà. Si può dire, dunque, che esso rappresenti una cornice organizzatrice che funge da ancora per il paziente.

Nystya Cellupica

OTTO F. KERNBERG. L'applicazione della *Transference Focused Psychotherapy* al disturbo narcisistico di personalità
Presentazione tenuta in occasione del I congresso della SIPSIC
(Società Italiana di Psicoterapia). Roma, settembre 2011

La personalità narcisistica è un grave disturbo di personalità e i pazienti meglio funzionanti sembrano “*normali*”, tranne per il fatto che non hanno la capacità di amare gli altri. Le relazioni sono vuote e sono perseguitati da un'eccessiva ambizione e grandiosità nonché da un'elevata tendenza all'invidia che pregiudica la capacità di amare e provoca mancanza di empatia per gli altri.

I più gravi hanno un senso di grandiosità e arroganza, attitudine alla svalutazione e al disprezzo per gli altri, una tendenza a sfruttare il prossimo e soffrono di forti oscillazioni tra senso di grandiosità e forte abbassamento di autostima, fallimento totale nel lavoro, incapacità di intrattenere certe relazioni, disperati tentativi di ottenere piacere dal sesso disconnesso dalla relazione emotiva e nei casi peggiori, depressione importante, comportamenti autodistruttivi e antisociali.

Questi pazienti sono diversi da tutti gli altri pazienti che hanno una diffusione dell'identità a causa dello sviluppo di un sé grandioso patologico che sviluppa simultaneamente una svalutazione delle rappresentazioni internalizzate degli altri cosicché il loro mondo interno risulta svuotato. Ne consegue una forte dipendenza dall'ammirazione degli altri per confermare i confini fragili del loro sé grandioso.

Nella terapia, la caratteristica più importante è la loro incapacità a dipendere dal terapeuta. Essi vedono il trattamento solo come un'esperienza di apprendimento che potrebbe ingrandire la loro grandiosità ma non la loro capacità relazionale.

Non riescono a fidarsi o a costruire una relazione d'aiuto interiorizzata, quindi nella relazione terapeutica cercano di apprendere dal terapeuta per estrarre conoscenza e poi svalutarlo assorbendo quello che possono o confermando la propria superiorità.

In questo modo attribuiscono le stesse caratteristiche al terapeuta attivando la paura che anche il terapeuta voglia confermare la propria grandiosità e non abbia alcun interesse per loro. Ne consegue che questi pazienti vivono il trattamento come un'interazione commerciale in cui uno è superiore e sfrutta l'altro. A volte, tutto ciò accade in modo molto sottile e la sensazione del terapeuta è quella di sentirsi solo nella stanza; il terapeuta si annoia.

Nel condurre la TFP il nostro compito è mostrare queste dinamiche, sottolinearle con molto tatto e in maniera graduale al paziente. È necessario rendere il paziente consapevole del potere distruttivo delle sue fantasie. Dobbiamo lentamente mostrare al paziente come lui non veda alcuna alternativa nella vita che essere completamente svalutato o il più grande.

L'elaborazione graduale attiva le componenti del sé patologico grandioso e anche le esperienze traumatiche dell'infanzia con la conseguenza che il paziente sviluppa

Convegni e Seminari

delle scissioni primitive, con aspetti idealizzati o persecutori che si attivano nel transfert, e forme specifiche di aggressività primitiva di questi pazienti, nonché invidia profonda.

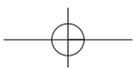
L'invidia e l'odio del paziente riversati nel *setting* devono essere tollerati dal terapeuta e contenuti dalla relazione diadica per offrire al paziente la possibilità di esperire questi sentimenti accompagnati dalla paura della propria distruttività. Nel contesto della loro comprensione, il paziente, gradualmente, si rende conto che il terapeuta sopravvive nonostante tutto, è un buon oggetto sempre disponibile e la dominanza dei suoi tratti paranoidei vira in una dominanza di sentimenti di tristezza, colpa e depressione del processo di elaborazione delle profonde contraddizioni tra la scoperta del bisogno di amore e la paura della distruzione del proprio oggetto d'amore con l'odio.

Riassumendo, il trattamento inizia con quello che noi chiamiamo *transfert* narcisistico cioè relazioni in cui c'è soltanto un rapporto commerciale, poi scivola in una relazione paranoide in cui il sé grandioso patologico si decompone alla fine in un *transfert* depressivo, in cui la colpa e la riparazione dominano.

Il limite che possiamo incontrare è la gravità dei tratti antisociali. Ci sono infatti trattamenti in cui quello che tende a dominare è quello che noi chiamiamo *transfert* psicopatico, in cui i pazienti mantengono la propria grandiosità con comportamento disonesto verso il terapeuta (mentendo o imbrogliando) ma se il paziente ha ancora un residuo di preoccupazione umana verso se stesso e un'umanità di base, c'è speranza che la continua analisi del perché lui debba essere disonesto (l'estrema difesa dalle paure di natura paranoide) possa essere risolto.

“La nostra ambizione non è curare solo i sintomi ma l'intera personalità e normalizzare la loro vita, la loro identità per arrivare ad un'integrazione del Sé, aiutarli a ricostruire il mondo interno delle loro relazioni oggettuali riguardo la loro vita nella realtà, aiutarli ad impegnarsi nel lavoro, a integrare l'amore col sesso, avere una vita sociale gratificante e sviluppare una certa area di personale creatività”.

Nystya Cellupica



Ricerche

a cura di Annalucia Morrone

La Depersonalizzazione e la Derealizzazione, espressioni di un disturbo della coscienza dell'Io, sono sindromi che si esprimono attraverso una vasta e complessa gamma sintomatologica spesso confusa con la sintomatologia specifica di altri disturbi ed associata a diverse sindromi psichiatriche, tra le quali in letteratura le più frequenti risultano essere i disturbi borderline di personalità, il disturbo ossessivo compulsivo, la schizofrenia, i problemi alimentari, i problemi dissociativi e i problemi dello spettro affettivo come l'ansia, l'attacco di panico e la depressione.

Da questo ampio e variegato terreno di comorbilità, su cui poggiano e dal quale si originano e si sviluppano le due sindromi, nasce la necessità di approfondire l'argomento e il desiderio di svecchiare ed aggiornare le conoscenze in merito, al fine di rimodellare od affinare le proprie capacità discriminative, quotidianamente coinvolte a definire la diagnosi e a programmare, ad hoc, trattamenti psicoterapeutici e/o farmacologici per i nostri pazienti.

In questo numero, inoltre, la Rubrica Ricerche ha il piacere di presentare il progetto di ricerca: "Studio degli effetti comportamentali, neuropsicologici e biologici della psicoterapia psicodinamica integrata breve sul disturbo depressivo nei pazienti con malattia di Parkinson" dell'Istituto IRPPI in collaborazione con il Laboratorio di Neurologia Clinica e Comportamentale del dr. Gianfranco Spalletta, approvato dal Comitato Etico della Fondazione Santa Lucia - IRCCS, di Roma.

Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases (Disturbi della depersonalizzazione: caratteristiche cliniche di 204 casi)

*Dawn Baker, Elaine Hunter, Emma Lawrence, Nicholas Medford, Maxine Patel,
Carl Senior, Mauricio Sierra, Michelle V.Lambert, Marry L. Phillips and Anthony S.
David.*

BJP 2003,182:428-433

Il disturbo di depersonalizzazione viene definito dal DSM-IV come un'alterazione della percezione e delle esperienze di se stessi, come una sensazione di distacco da sé, come se ci fosse un osservatore esterno dei nostri processi fisici e mentali; la derealizzazione, d'altra parte, è definita come un'alterazione delle percezioni o delle esperienze del mondo così da sembrare irreali (*American Psychiatric Association*). Entrambi i disturbi possono essere presenti in diverse patologie psichiatriche, dall'attacco di panico alla depressione. La depersonalizzazione, inoltre, può essere associata a condizioni neurologiche (Lambert et al. 2002) a traumi cranici, uso di sostanze, disturbi post traumatici da stress, ecc.

Lo studio qui presentato analizza il gruppo nei termini di età di insorgenza, di genere, di condizioni mediche e psichiatriche e dei fattori precipitanti in corso.

Gli Autori, quindi, hanno cercato di rispondere a due principali quesiti:

1. Ci sono sottotipi identificabili che possono indicare specifici fattori eziologici?
2. C'è una distinzione significativa tra una depersonalizzazione primaria ed una secondaria?

È stato elaborato un questionario ed effettuata un'intervista, esaminando una coorte di casi che avevano avuto recentemente esperienza di disturbi di depersonalizzazione, presso il Maudsley Hospital di Londra.

Si è esaminato un totale di 204 persone con una diagnosi di disturbo di depersonalizzazione reclutate presso: l'unità dell'istituto di psichiatria di Londra (n=130); l'unità del sito internet (n=55); attraverso annunci sui media (n=14) ed organizzazioni di supporto ai pazienti (n=5).

Dei pazienti che hanno partecipato allo studio si conosceva la loro storia medica e psichiatrica, e una dettagliata storia della natura e del decorso della depersonalizzazione. La valutazione clinica è contenuta nel *Present State Examination* (PSE; Wing et al. 1974). Il PSE include *item* per la depersonalizzazione e la derealizzazione. Le definizioni di ciascun *item* vanno dallo 0= non presente, 1=moderatamente presente, a 2=intenso e persistente.

Sono stati utilizzati il *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck et al.1988a) e il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et.al.1988b). Un punteggio inferiore od uguale a 10 nell'una e nell'altra scala è considerato non patologico, invece, un punteggio maggiore o uguale a 30 è indice di gravità del disturbo.

Ricerche

È stata utilizzata anche la Scala delle Esperienze Dissociative II (DES; Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam 1993). L'analisi fattoriale di queste scale dimostra l'esistenza di tre principali sub scale: "depersonalizzazione/derealizzazione", "amnesia per le esperienze dissociative" e "coinvolgimento immaginativo".

I 204 partecipanti alla ricerca erano così distribuiti: 112 uomini e 92 donne di età media di 36.3 anni. Circa i due terzi provenivano nella maggior parte da Londra e dintorni. Altri dal resto dell'U.K. o dall'Europa (n=16) Nord America e Canada (n=15) Australia (n=3).

Molti dei partecipanti (n=111) attribuiscono alla depersonalizzazione una causa e i fattori identificati erano: psicologici (15%); eventi traumatici (14%); abuso di sostanze (14%); cause multiple (20%); cause non osservate (27%).

Si è notata una suggestiva storia familiare su parenti di primo o di secondo grado riguardo ai disturbi di depersonalizzazione.

Il 30% dei 204 casi riportava una storia di disturbi psichiatrici nel primo grado dei parenti come: depressione (28%); abuso di alcool (15%); panico (14%).

Secondo questo studio, i disturbi di depersonalizzazione non sono così rari come si potrebbe pensare e tendono a presentarsi intorno ai 23 anni di età o alcune volte più tardi.

Gli Autori, inoltre, avendo un largo campione, hanno potuto separare un'insorgenza precoce, che sembra aggiungere gravità al disturbo, da un alto livello di ansia e depressione (Brauer). In molti casi, riassumendo, sono passati degli anni senza nessuno sviluppo di patologie psicotiche. I sintomi di depersonalizzazione, inoltre, generalmente aumentano con l'età, ma gli Autori trovano che tendono ad avere un decorso cronico e senza remissione.

Il 63% dei partecipanti allo studio presentava entrambi i sintomi di depersonalizzazione e di derealizzazione, più tardi un singolo fenomeno appare raro. La maggior parte dei partecipanti presentava una diagnosi clinica di disturbo di depersonalizzazione primario. I principali sintomi presentati erano sulle emozioni e sui disturbi sensoriali e percettivi, così come riportato: "appiattimento o distacco affettivo"; "sensazione come se il mondo o il se fosse irreali" oppure "vedere il mondo attraverso la palla dei pesci rossi". Questo ci fa supporre come entrambi i due fenomeni debbano essere visti insieme, come afferma l'ICD-10, e non separati come nel DSM-IV. La derealizzazione pura non esiste e può avere una chiara base neurofisiologica, perché è riconducibile alla sindrome della visione ipoemozionale.

La metà dei partecipanti riferisce di vedere dei flash di luce, di soffrire di ronzii e/o di emicrania. Nei pazienti che soffrivano di emicrania, infatti, erano stati notati sintomi di depersonalizzazione. Il trauma fisico ed abuso sessuale (soggetti che erano stati oggetto di abuso nell'infanzia, incluse le violenze domestiche) era stato registrato come causa che aveva contribuito all'insorgenza del disturbo nel 14% dei casi, comparati al 43% riportati da Simeone et al. (1997).

I principali fattori di rischio erano una pregressa storia psichiatrica, sebbene da

sola non giustificava l'esordio dei sintomi specifici. Alla metà dei casi clinici menzionati nell'articolo, infatti, erano stati diagnosticati uno o più disturbi psichiatrici pregressi, come la depressione e/o l'ansia. La maggior parte dei pazienti riferiva attacchi di panico, spingendo ad una rivalutazione della "sindrome di depersonalizzazione fobico-ansiosa" di Roth (1959).

D'altra parte era stato dimostrato che la prognosi di disturbo d'ansia, in particolare modo di disturbo di panico, peggiorava se accompagnato da depersonalizzazione. La ragione perché alcune persone sviluppavano la depersonalizzazione come una complicazione di altri sintomi nevrotici, però, deve essere ancora investigata.

Per gli Autori, inoltre, la distinzione tra la depersonalizzazione primaria e secondaria non è possibile in modo assoluto perché il legame tra ansia e depressione appare essere più forte che con i sintomi dissociativi, in quanto si sono ottenuti bassi punteggi sugli *item* dell'amnesia nel DES. Molti Autori, infatti, parlano di un disturbo di depersonalizzazione con sintomi d'ansia (come avviene nel ICD 10), piuttosto che di un disturbo di depersonalizzazione con disturbi dissociativi (come avviene nel DSM IV).

La presenza di comorbidità può derivare dalla necessità di fronteggiare il fenomeno della depersonalizzazione. Alcuni possono mettere in atto comportamenti ansiosi, altri comportamenti ossessivo-compulsivi oppure evitanti e sintomi depressivi, come apatia ed anedonia.

Per concludere, il trattamento più idoneo allo stato attuale sembra essere quello di un intervento integrato su entrambi i livelli farmacologico e psicologico.

Tiziana Liverani

* * *

Depersonalizzazione - Dati attuali (Depersonnalisation - Donnees actuelles)

Y. Khazaal; G.Zimmermann; D.F.Zurllino

The Canadian Journal of Psychiatry 2005;50:101-107

La depersonalizzazione è un fenomeno clinico affascinante che indica un problema della coscienza. La caratteristica essenziale è il sentimento di estraneità e di irrealtà della percezione della coscienza di se, del proprio funzionamento psichico e dei propri comportamenti.

Il paziente sente che una parte del corpo è distaccata dalla totalità o che è in parte modificata nelle sue dimensioni, nella sua integrità e nella sua forma. I pazienti, inoltre, sperimentano un distacco emotivo dai propri sentimenti, dai loro pensieri e dalle loro azioni.

Il soggetto si sente, talvolta, messo di fronte ad un imminente pericolo, come la

Ricerche

folia o la morte. La derealizzazione, dunque, consiste in un'alterazione della percezione del mondo e della realtà esteriore e, a volte, esprime la perdita di un sentimento di familiarità.

La depersonalizzazione e la derealizzazione sono molto spesso associate ed hanno una caratteristica egodistonica e non delirante. Non consiste in un'alterazione significativa della memoria e dell'orientamento, malgrado vi sia l'impressione che, a volte, sia rapportata alla perdita della memoria e del senso della temporalità associati a un sentimento di pena e ad un vissuto angosciante.

I problemi di depersonalizzazione sono rari anche se più frequenti tra le donne, nella misura di 2 a 3 volte in più; l'esordio è solitamente stimato nei giovani adulti in un'età compresa tra i 15 e i 30 anni e risulta più raro prima dei 15 anni e dopo i 40 anni. Un esordio più precoce dei sintomi sembrerebbe essere associato alla gravità del problema stesso.

Le sindromi di depersonalizzazione e di derealizzazione sono rapportate all'interno di una vasta varietà di sindromi psichiatriche come l'attacco di panico, il problema ossessivo compulsivo, problemi affettivi, la depressione, i disturbi *borderline* di personalità, la schizofrenia, i problemi alimentari e i problemi dissociativi.

Differenti fattori partecipano all'emergere degli episodi di depersonalizzazione, come la carenza di sonno, la disaffezione sensoriale, la paura di morire e i problemi organici come i traumi cranici, l'encefalite, la sclerosi a placche e, soprattutto, l'emigrania e l'epilessia.

Le caratteristiche egodistoniche dei sintomi, come una tendenza all'auto-osservazione e il sentimento di incompletezza, conducono ad un avvicinamento della depersonalizzazione ai problemi ossessivo-compulsivi.

I problemi inizialmente associati sono attualmente classificati in problemi somatoformi ed in problemi con caratteristiche dissociative per la perturbazione della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione dello sviluppo (in assenza di lesioni organiche associate). A tal proposito, il carattere "pseudo organico" ha condotto ad un ravvicinamento di tali sindromi con l'isteria. La coscienza preservata dei problemi, l'autoanalisi e l'assenza di disturbi della memoria, differenziano la depersonalizzazione dagli altri disturbi dissociativi specifici del DSM-IV.

I cambiamenti della percezione di sé, tuttavia, possono essere considerati i precursori di un esordio psicotico. Sintomi simili a quelli della depersonalizzazione, infatti, sono frequentemente rilevati nei pazienti schizofrenici. Questi sintomi sembrerebbero essere associati a quei pazienti con un più alto livello di perturbazione cognitiva, con una minore tolleranza allo stress e con punteggi più elevati di Alessitimia.

Nel DSM-IV, quindi, la depersonalizzazione non è riconosciuta come problema se non in associazione ad un altro disturbo psichiatrico.

La fisiopatologia della depersonalizzazione è ancora poco conosciuta. Le ricerche strutturali e l'EEG sulla depersonalizzazione non organica risultano nella nor-

ma. Allo stesso modo la funzione ipotalamo-ipofisaria sembrerebbe essere perturbata e la reattività del sistema nervoso autonomo sembrerebbe diminuire. A tal proposito, il distacco emotivo e la diminuzione delle risposte neurovegetative, presente nei pazienti con disturbo di depersonalizzazione, sono paradossalmente associati ad un'espressione facciale normale delle emozioni, una reattività persistente agli affetti positivi e negativi e ad uno stato concomitante di ansia grave e di ipervigilanza.

Una disfunzione serotoninergica sembra essere alla base di una parte dell'induzione della depersonalizzazione. Infine, la frequenza delle forme transitorie della depersonalizzazione dovuta specialmente all'esposizione a fattori stressanti, pone la questione delle capacità di adattamento del paziente con questa sindrome e di un suo iperfunzionamento che porta all'instaurarsi del problema.

Gli Autori concludono affermando che lo sviluppo del trattamento psicoterapeutico di questi problemi potrà avere una prospettiva interessante. Le numerose domande resteranno aperte per quello che concerne i meccanismi fisiopatologici e psicofarmacologici implicati nella depersonalizzazione e le loro eventuali varianti nei diversi quadri clinici.

Tiziana Liverani

* * *

Studio degli effetti comportamentali, neuropsicologici e biologici della psicoterapia psicodinamica integrata breve sul disturbo depressivo nei pazienti con malattia di Parkinson

Responsabili: Dott. Gianfranco Spalletta, Dott. Giuseppe Lago.

Altri Componenti: Dott.ssa Francesca Assogna, Dott. Fabrizio Piras, Dott.ssa Nystya Cellupica, Dott.ssa Annalucia Morrone.

Tra i disturbi psichiatrici presenti nei soggetti affetti da Malattia di Parkinson (MP) i più frequenti sono i disturbi dell'umore che si associano ad un più rapido declino cognitivo e che solo raramente sono diagnosticati e trattati adeguatamente (Nuti et al., 2004). A tal proposito, è necessario l'impiego di strumenti psicometrici in grado di misurare i sintomi affettivi, separandoli da quelli propri della malattia, e di rilevare l'autenticità del quadro depressivo nella MP per lo sviluppo di un trattamento adeguato che, come si raccomandano Bahroo e Appleby (2009), comprenda la psicoterapia e la farmacoterapia.

Lo scopo prioritario di questo Studio, quindi, è di valutare il possibile miglio-

Ricerche

ramento, indotto dall'intervento psicoterapeutico integrato a quello farmacologico con antidepressivi, sul disturbo depressivo nei pazienti con MP (gruppo sperimentale) rispetto all'intervento esclusivamente farmacologico (gruppo di controllo) e, inoltre, valutare anche l'influenza che può derivarne sui sintomi motori e sulla qualità di vita del paziente.

Lo scopo secondario è quello di analizzare, attraverso il prelievo ematico, se le modificazioni di alcuni valori ematici di infiammazione possono predire il rischio di insorgenza di disturbi dell'umore e se tali parametri possono subire modificazioni a seguito della remissione della sintomatologia depressiva. Attraverso un esame RM cerebrale 3 Tesla, è possibile, inoltre, indagare sulle possibili differenze microstrutturali tra i pazienti che risponderanno al trattamento psicofarmaci-psicoterapia e coloro che non risponderanno.

I criteri di inclusione previsti dallo Studio sono i seguenti:

- 1) Diagnosi di disturbo del movimento effettuata sulla base di criteri clinico-diagnostici internazionali;
- 2) Età compresa tra 35 e 70 anni;
- 3) Scolarità ≥ 8 ;
- 4) Diagnosi di disturbo depressivo maggiore o di disturbo depressivo minore secondo i criteri del DSM-IV TR;
- 5) Pazienti in trattamento con inibitori specifici della ricaptazione della serotonina (SSRI) o inibitori specifici della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (SNRI);
- 6) Punteggio al *Mini Mental State Examination* (MMSE) score >26 ;
- 7) Assenza di demenza in accordo con i criteri diagnostici della *Movement Disorder Society* (Emre et al., 2007);
- 8) Pazienti in terapia dopaminergica stabile da almeno due mesi e non necessitanti di ulteriori dosi di L-Dopa o di dopamino-agonisti;
- 9) Sottoscrizione di un consenso informato scritto.

I criteri di esclusione, invece, sono:

- 1) Comorbidità con altra patologia neurologica;
- 2) Gravi disturbi sensoriali (deficit di vista e di udito) che non permettano la valutazione;
- 3) Gravi malattie internistiche (diabete non stabilizzato, disturbi respiratori o asma, disturbi oncologici o ematologici, deficienza di vitamina B12 o folati, anemia pernicioso, patologia instabile o clinicamente significativa gastrointestinale, renale, epatica, endocrina o cardiovascolare);
- 4) Sospetta o conosciuta storia di alcolismo, dipendenza ed abuso di droga, trauma cranico e disturbi mentali (eccetto disturbi dell'umore o di ansia) secondo i criteri diagnostici del DSM-IV TR;
- 5) Presenza di lesioni cerebrali vascolari, tumori cerebrali e/o marcata atrofia corticale e sottocorticale alla CT e/o alla RM.

Tutti i 60 pazienti reclutati ed equamente distribuiti all'interno dei gruppi sperimentale (30 pazienti con MP e depressione già in trattamento farmacologico con SSRI o SNRI e sottoposti a sessioni di psicoterapia psicodinamica integrata) e di controllo (30 pazienti con MP e depressione esclusivamente in trattamento farmacologico con SSRI o SNRI), previa firma del consenso informato, saranno valutati a diversi livelli mediante: a) batteria neurologica; b) batteria psicopatologica; c) batteria neuropsicologica; d) esame ematico; e) esame di Risonanza Magnetica cerebrale con un magnete ad alto campo (3 Tesla).

In ciascun gruppo le valutazioni neuropsicologiche, psicopatologiche e gli esami ematici saranno ripetuti a tre ed a sei mesi dall'inizio dell'intervento psicoterapeutico e/o psicofarmacologico.

L'intervento di Psicoterapia Psicodinamica Integrata breve (PPIb), tenendo conto dei contributi di Bion (1962), Biondi (1997), Fonagy e la sua Scuola (2001, 2002, 2004), ha formulato una teoria dello sviluppo che propone una serie di livelli mentali che il soggetto sano dovrebbe raggiungere per completare la maturazione della sua personalità (Balbi, 1999; Lago, 2006).

Il *Protomentale* è il primo livello mentale, presente fin dalla nascita, che si distingue per l'instabilità e la reattività agli stimoli di natura fisica e psichica. In questo livello il neonato è motivato, da una parte da modelli operativi di natura genetica, come la tendenza all'attaccamento, dall'altra parte, man mano che cresce, egli sviluppa modelli operativi interni direttamente influenzati dalla presenza della relazione col *caregiver* che, progressivamente portano alla trasformazione del legame biologico neonato-caregiver in un legame affettivo che si configura giorno per giorno come relazione primaria, fonte di sicurezza e responsabile dello sviluppo mentale e dello sviluppo del *Pensiero inconscio* (secondo livello mentale).

Il livello protomentale, quindi, è destinato a ridursi progressivamente per lo sviluppo dell'attività di pensiero attraverso la *mentalizzazione*, ovvero il processo di trasformazione in immagini mentali delle impressioni emotivo-affettive che, altrimenti, condizionerebbero il soggetto spingendolo a passare continuamente all'atto poiché privo di una funzione riflessiva.

Fondamentale per il processo di mentalizzazione è lo sviluppo della memoria.

Esiste una memoria protomentale, detta anche implicita o procedurale, atta a registrare le impressioni emotivo-affettive, che si attiva nelle reti neurali limbiche, anche grazie alla funzione imitativa dei neuroni specchio (Rizzolatti et al., 1996).

Con il procedere dello sviluppo della personalità e della mentalizzazione, il protomentale, pur assottigliandosi, per una piccola quota permane con la sua memoria implicita a costituire la *sanità di base* del soggetto e trova espressione nella partecipazione emotiva e somatizzata del soggetto in relazioni con l'ambiente.

Nello sviluppo adeguato, inoltre, le immagini mentali acquistano una loro coerenza e come tali si fissano nella memoria inconscia, detta anche esplicita o dichiarativa, che comprende elementi semantici (suoni, segni, simboli) ed elementi auto-

Ricerche

biografici (eventi significativi ricordati come una sequenza filmica o narrativa coerente) e che raggiunge la maturazione non prima dei diciotto mesi di vita. Queste immagini mentali rappresentano i mattoni utili alla formazione di altre immagini, che chiamiamo *Fantasie*, non più basate sull'interiorizzazione delle esperienze di relazione con l'ambiente, ma realizzate ex-novo a costituire una produzione originale del soggetto, in grado di esprimere le profonde istanze del suo essere e di concretizzare il nucleo dell'attività di pensiero stesso anche in forma verbale. Un esempio classico di fantasie sono i *sogni*, vere e proprie produzioni originali del soggetto, esprimenti il suo Pensiero inconscio (*Pensiero onirico*).

Il ricordo e la verbalizzazione del sogno permettono l'individuazione del pensiero onirico e la sua trasformazione in *Pensiero verbale* (terzo livello mentale) attraverso l'attività dell'interpretazione esercitata dal terapeuta psicodinamico o dallo stesso soggetto, qualora ne sia capace.

Con la PPIb, proponiamo quindi un intervento ordinato sui tre livelli mentali, ovvero: *Protomentale - Pensiero inconscio - Pensiero verbale*.

L'intervento biologico attraverso i farmaci assume, in questa metodica, la funzione di riequilibrare la sintonia mente-corpo riducendo la quota di elementi protomentali in eccesso che, con il contemporaneo uso della parola che ricostruisce ed interpreta, nel contesto di una relazione empatica, possono gradualmente trasformarsi in Pensiero inconscio.

La relazione terapeutica avrà quindi l'obiettivo di ristabilire la sanità di base, fornendo una nuova opportunità di esperienza sicura di attaccamento e favorendo un buon livello di mentalizzazione, fino alla perdita della fatuità del linguaggio e l'acquisizione di un Pensiero verbale coerente.

L'intervento si articola secondo due fasi successive di lunghezza relativa alla gravità:

- I fase: detta *empatica*, prevalentemente supportiva, che si svolge attraverso l'instaurarsi di un legame di attaccamento come premessa di una relazione terapeutica;
- II fase: detta *interpretativa*, prevalentemente espressiva che si svolge attraverso il confronto verbale tra la mentalità del paziente, condizionata dal disturbo, e la mentalità del terapeuta, capace di offrire strumenti di integrazione.

I pazienti del gruppo sperimentale saranno sottoposti a 24 sessioni con frequenza settimanale di PPIb della durata di 50 minuti ciascuna. La PPIb richiederà:

- a) l'organizzazione dello spazio intersoggettivo e di un *setting* d'intervento stabile e sicuro;
- b) l'organizzazione del legame di attaccamento tra terapeuta e paziente attraverso l'ascolto empatico della storia clinica del paziente e del materiale onirico;
- c) l'intervento di ricostruzione biografica, ovvero di riformulazione degli episodi traumatici remoti e di mentalizzazione delle dinamiche e delle esperienze emotive attuali (familiari, lavorative, sociali);

Mente e Cura - n. 2/2011

- d) l'intervento di mentalizzazione del disturbo del pensiero, attraverso la storizzazione delle esperienze emotive, la critica delle credenze masochistiche auto-colpevolizzanti, del pensiero negativo (contenuti depressivi) e l'elaborazione della situazione temporale;
- e) l'elaborazione di *report* da parte del terapeuta.

Annalucia Morrone

Storia/History

a cura di Giuseppe Tropeano

SU ROLAND KUHN 1912-2005

Giuseppe Tropeano, Nicola Zippel

Questo breve, forse inadeguato, scritto su Roland Kuhn ci fu proposto mesi fa da Bruno Callieri; in uno dei nostri ultimi incontri mostrò una foto inedita dove lo stesso Kuhn conversava con Jacques Schotte¹, psicopatologo di Lovanio, e con Henry Maldiney² filosofo e studioso di Hölderlin.

Roland Kuhn fu definito da un accademico invidioso “Un psichiatre Suisse de campagne”; invece con lui scompare il rappresentante di una cultura psichiatrica che cerca con forza un contatto con l’antropologia e la fenomenologia. Quella fenomenologia che, per citare Ugo Amati, “Porta filosofia e psichiatria dentro i fatti della vita”.

La vicenda di Roland Kuhn si svolge tra le rive del Reno a Basilea (sede dei laboratori CIBA-GEIGY), l’ospedale psichiatrico Münsterlingen e il lago di Costanza, dove incontrò Ludwig Biswanger. Lo aveva ascoltato nel 1950, durante il congresso mondiale di Psichiatria a Parigi; nella stessa aula Descartes alla Sorbona dove Edmund Husserl aveva introdotto le sue “Meditazioni Cartesiane” (Husserl, 2002) Biswanger aveva svolto una relazione sulla “*Dasein Analyse*”, o “Analisi dell’esistenza”.

Questo incontro con la fenomenologia sarà come vedremo determinante nel creare l’estrema peculiarità della figura di R. Kuhn.

Egli entra nella storia della Psicofarmacologia come “scopritore” della prima molecola con azione specifica antidepressiva, il Tofranil, cioè imipramina (G22355), a metà anni ’50.

R. Kuhn, come ricorda nella sua asciutta e umile autobiografia, acquisisce profonde conoscenze nella chimica biologica durante gli anni universitari a Berna; più

1. Jacques Schotte (1928-2007) psichiatra e psicanalista belga. Fondatore con A. de Waelens della “*Ecole Belge de psychanalyse*”; cercò sempre un avvicinamento tra la psichiatria scientifica, l’antropologia, la medicina e la filosofia. Prese così forma la sua “Antropopsichiatria” attraverso un legame sempre più stretto con Husserl, Biswanger, Tellenbach, Doltot e Jean Oury. Ripensò e ripropose l’analisi del destino di Leopold Szondi. Chi scrive ebbe la fortuna di conoscerlo grazie alla comune amicizia con Ugo Amati, mentore Italiano di Szondi.

2. Henry Maldiney (1912) filosofo francese, professore di estetica e di antropologia fenomenologica all’Università di Lione. Studioso di Hölderlin, Cezanne, Van Gogh coltivò insieme con Roland Kuhn una grande amicizia culturale con Ludwig Biswanger. Scrisse numerosi saggi sul senso della follia, su prestigiose riviste di psichiatria. Ricordiamo: “*L’existence en question dans la depressione et la mélancolie*”, “*Evolution Psychiatrique*” 1989.

tardi lo stretto rapporto con il grande psichiatra Svizzero Jacob Wirsch gli fornì un solido bagaglio di psicologia clinica; il lavoro con Otto Briner lo introdusse alle teorie di Freud (Briner aveva avuto un'esperienza psicanalitica a Berlino).

Cosa spinge Kuhn a mettersi alla ricerca di un farmaco che abbia una specifica azione sul sintomo inibizione depressiva?

Certamente per lui fu sempre centrale il ruolo giocato dalla depressione nelle dinamiche psicopatologiche. Lesse i testi di Wilhem Griesinger³; per lo psichiatra tedesco tutte le patologie prendono origine da uno stato di depressione; questo stato può guarire spontaneamente, può cristallizzarsi e divenire cronico, o da esso può svilupparsi un quadro delirante, allucinatorio, o catatonico. All'inizio del XX secolo l'interesse della psichiatria si era rivolto verso le sindromi dispercettive e le psicosi deliranti; la depressione venne cioè intesa come fenomeno reattivo, secondario.

Wirsch e Biswanger vedono invece il ruolo fondamentale degli stati depressivi. Kuhn attinge al concetto di "depressione vitale" di Kurt Schneider, che a sua volta fu ispirato dal filosofo Max Scheler.

Kuhn sottolineò ciò che era per lui uno stato depressivo: "Sagit d'un état biologique-physique, qui est caractérisé par une inhibition. Cette inhibition est caractérisé par un ralentissement d'une réaction biologique et physique. La difficulté à agir vecu par le patient doit être surmonté à chaquin des étapes de l'action". "Trattasi di uno stato biologico-fisico, che è caratterizzato dall'inibizione. Questa inibizione è a sua volta caratterizzata da un rallentamento psicomotorio. La difficoltà all'azione come vissuta dal paziente dovrà essere superata attraverso vari stadi dell'azione farmacologica".

L'azione di un farmaco antidepressivo si dovrà esplicare su tre livelli diversi della dinamica psichica: su un aspetto timico (maniacodepressivo), su quello parossistico/epilettico, su quello psicotico/neurolettico.

Nel 1957, in una conferenza dinanzi a pochi uditori svizzeri, Kuhn riaffermò il bisogno di un'integrazione sostanziale tra fenomeni psichici e fenomeni "vitali" (fenomeni del corpo) ciò contro ogni scotomizzazione della corporeità, scotomizzazione legata al riaffiorare perenne di concezioni dualistiche.

La storia delle prime sperimentazioni dell'imipramina è articolata e complessa. Kuhn ne difenderà sempre la peculiarità dell'azione antidepressiva; altri psichiatri,

3. W. Griesinger 1817-1868 psichiatra tedesco, fu personaggio irrequieto e poliedrico. Fu un competente infettivologo e medico personale del Kedivé d'Egitto. È stato a torto considerato rappresentante di un riduzionismo biologico (con il termine "*Gehirn Pathologie*" che significava in effetti che a ogni malattia psichica corrisponde una disfunzione cerebrale). Fu un vero innovatore e lavorò per favorire una proficua contiguità tra psichiatria e medicina. Si adoperò per creare ospedali più accoglienti, fu il primo a istituire reparti di psichiatria in Università. Sostenitore del concetto dimensionale di "psicosi unica", scrisse, dopo lo studio delle opere di Herbart, sulle motivazioni inconscie del comportamento umano. Nel 1991, a Berlino l'Istituto di psicoterapia e psicosomatica fu fondato in sua memoria e a lui intitolato. Poi, inopinatamente, la Clinica cambiò il nome in "Vivantes Klinikum Hellersdorf".

Storia/History

come quelli giapponesi, insisteranno per anni sull'azione antipsicotica del Tofranil ad alti dosaggi. Dopo le prime sperimentazioni cliniche su pazienti svizzeri e canadesi, seguiranno in cinque anni più di 1.500 pubblicazioni sul farmaco; il riscontro di altre indicazioni terapeutiche (enuresi, dolori di incerta eziologia) rafforzeranno l'idea di un terreno (Grund) depressivo comune a molti disturbi. Più tardi Muriel Gardiner, a conoscenza degli scritti di Kuhn, rivedrà criticamente il caso clinico dell' "uomo dei lupi", ravvisando nell'aristocratico Russo un disturbo primario di marca depressiva più che ossessiva.

Il filo conduttore del lavoro di Kuhn fu concepire come un tutto unico le attività biologiche e psicologiche dell'essere umano. Fu un vero pioniere di un'integrazione tra psicofarmaco, terapia e psicoterapia.

Non tralasciò nel contempo, in un saggio pubblicato in Francia, di svolgere una critica sui metodi di ricerca in psicofarmacologia; sottolineerà la necessità, per il ricercatore, di una grande competenza psicopatologica; la necessità di mettersi in rapporto con il malato e con le sue vicende umane, fenomeni non facilmente "protocollabili"; la necessità di una grande onestà intellettuale, propedeutica in ogni ricerca seria, non sottoposta a interessi di puro mercato. Nel contempo, Kuhn ricorderà come il ricercatore non si possa limitare a "scoprire" l'azione di una sostanza psicotropa; la sua azione va ben più lontano; il ricercatore in altre parole deve "inventare", definire, illuminare l'entità morbosa per la quale quella sostanza può essere specifica. Cioè a dire lo psicofarmacologo deve compiere un atto "creativo".

Kuhn fu sempre consapevole degli enormi limiti delle nostre conoscenze sugli antidepressivi: sappiamo poco sulla loro latenza di azione, sappiamo poco sulla loro perdita di efficacia in alcuni pazienti e in alcune fasi della patologia.

Roland Kuhn sostiene con forza la necessità di una riflessione filosofica che accompagni il discorso psicopatologico. Scriverà d'altra parte la prefazione al libro di Biswanger "Introduzione all'analisi esistenziale" nell'edizione francese. E racconterà di come lo stesso Biswanger fosse stato "rapito" da una frase pronunciata da Edmund Husserl a Kreuzlingen nel 1923, durante la conferenza su *La natura della fenomenologia*: "non possiamo, né dobbiamo trasformare attraverso l'interpretazione ciò che è visibile nella realtà del fenomeno; dobbiamo prenderlo così come è, come si offre, e descriverlo con lealtà..."⁴.

4. In queste righe Husserl richiama il celebre "principio di tutti i principi" della filosofia fenomenologica, che egli stesso coniò nelle pagine del primo volume delle *Idee* (1913): "Nessuna teoria concepibile può indurci in errore se ci atteniamo al principio di tutti i principi: cioè che ogni intuizione originalmente offerente è una sorgente legittima di conoscenza, che tutto ciò che si dà originalmente nell'«intuizione» [Intuition] (per così dire in carne e ossa) è da assumere come esso si dà, ma anche soltanto nei limiti in cui si dà". E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Libro primo "Introduzione generale alla fenomenologia pura", tr. it. a cura di V. Costa, Einaudi, Milano 2002, pp. 52-53.

Mente e Cura - n. 2/2011

Bibliografia

Husserl E (2002). Meditazioni cartesiane. Con l'aggiunta dei Discorsi Parigini, tr. it. a cura di F.Costa, Bompiani, Milano.

ROLAND KUHN E LA FENOMENOLOGIA

L'influenza della filosofia fenomenologica sul pensiero di Roland Kuhn è testimoniata anzitutto dal legame con Binswanger: lavorare a stretto contatto con il massimo esponente della psichiatria fenomenologica non poteva non lasciare tracce nella formazione del pensiero di Kuhn. Egli, tuttavia, elaborerà nel corso degli anni una propria visione della fondazione fenomenologica della psichiatria, che, come scrive Jean-Claude Marceau nella presentazione di alcuni testi scritti da Kuhn dal 1971 al 2001, costituisce una "continuazione della *Dasein Analyse* di Ludwig Binswanger, che si potrebbe tradurre con «analisi dell'esistenza» o «analisi della presenza»" (Marceau, 2007).

L'originalità della sua ricerca è riscontrabile in maniera particolare in due saggi contenuti nel volume curato da Marceau, risalenti entrambi agli anni Novanta, in cui Kuhn presenta una lucida riflessione sui rapporti tra fenomenologia e psichiatria. In questi scritti, lo studioso svizzero dimostra non solo una profonda consapevolezza delle idee principali del pensiero husserliano, ma basa altresì la propria analisi su precisi riferimenti testuali ad alcuni volumi dell'opera postuma di Husserl, come i testi sull'intersoggettività o le conferenze su fenomenologia e psicologia, cui di solito rivolgono una giusta attenzione i soli specialisti del movimento fenomenologico. Questo dimostra come Kuhn non si relazioni a Husserl attraverso studi di letteratura secondaria, ma mediante una conoscenza diretta del suo sterminato lascito.

Tale preparazione ha permesso a Kuhn di elaborare una riflessione sull'attualità della fenomenologia per la ricerca psichiatrica fondata su quei concetti husserliani, che sono stati negli ultimi anni oggetto di studio approfondito da parte dei più importanti pensatori fenomenologici. D'altra parte, la sua appartenenza al campo medico gli ha permesso di liberare tali concetti dai confini limitanti dello specialismo e di inserirli nell'alveo più ampio del dialogo interdisciplinare tra filosofia, biologia e psicologia. In tal modo, Kuhn ha anticipato un ambito di riflessione sui rapporti tra fenomenologia, scienze cognitive e neuroscienze, che nell'ultimo decennio ha dominato il discorso fenomenologico a livello mondiale¹.

Il *metodo* fenomenologico, secondo Kuhn, rappresenta la base dell'incontro della fenomenologia con la psicanalisi e la psichiatria. Consapevole dell'"innaturalità" del gesto inaugurante la riflessione fenomenologica, ossia lo spostamento dell'attenzione ("*le voir*") dalle cose *al modo di apparizione* ("*phainestai*") delle cose, Kuhn ritiene che solo così, tuttavia, anche per la psicanalisi diventi possibile penetrare il vero significato del reale. Cambiare l'abitudine di rapportarsi a ciò che ci circonda e ci si fa incontro nell'esperienza significa oltrepassare la concezione meramente fisica e matematica dello spazio, per trasferire il proprio vissuto esperienziale ("*Erlebnis*"),

1. Si veda, a titolo di esempio: Thompson, 2003; Lohmar e Fonfara, 2006; Gallagher e Zahavi, 2008; Gallagher e Schmicking, 2010; Ierna, Jacobs e Mattens, 2010.

“*vécu*”) in una dimensione spaziale in cui l’Io e il mondo si co-appartengono, perché *vi si muovono* insieme. Basandosi sulla concezione *mondana* della soggettività, elaborata da Husserl, sviluppata in maniera originale da Heidegger e ripresa da Binswanger, Kuhn sottolinea il carattere *spaziale* della mondanità del soggetto, che non significa ridurre la vita dell’Io alla sua semplice collocazione in uno spazio, ma spiegare il significato, il senso dell’esistenza personale sulla base sia dell’*orientamento* (“*espace orienté*”) che dell’*emotività* vissuta nello spazio (“*espace thymique, atmosphérique*”) (Cfr. Kuhn, 2007a).

Il superamento dell’idea puramente fisica della spazialità soggettiva implica la necessità, per Kuhn, di ripensare insieme la *temporalità* dell’Io, che a sua volta non può essere ridotta a una successione meccanica di istanti. Anche qui, è di nuovo nella fenomenologia che Kuhn vede la possibilità di elaborare una diversa concezione del tempo e in particolare nella fondamentale nozione di “orizzonte” temporale, che amplia la concezione attimale del presente aprendolo costitutivamente al passato e al futuro. La triplice struttura del presente, tuttavia, non indica una mera cronologia dell’esistenza, ma, al contrario, esprime l’intima essenza del modo di vivere della soggettività nel tempo. Riferendosi esplicitamente ai concetti husserliani di “ritenzione” e “protensione”, ossia ai momenti della coscienza *in cui* il tempo è conservato, mantenuto, e *verso cui* il tempo è atteso, aspettato, Kuhn descrive la complessità della struttura temporale del soggetto, che non vive ogni istante isolato dagli altri, in un eterno e inestricabile presente, ma si apre costantemente a ciò che deve ancora avvenire serbandolo la memoria di ciò che è già stato. Mettendo in evidenza l’articolazione interiore della vita psichica, Kuhn mostra come ciascun momento vissuto nel presente sia circondato e determinato da un orizzonte più vasto della sola presenza, che viene continuamente reso presente (“*horizon appréhété*”) in ogni atto della vita del soggetto. La totalità del tempo (e dello spazio) entra così in gioco nell’esistenza personale, mediante quel complesso intreccio della vita coscienziale che Husserl descrive con i termini, ripresi da Kuhn, di “sintesi” o “genesi passiva” (Ibid., p. 264).

La sterminata catena di eventi trascorsi e futuri, che co-determinano il presente, è secondo Kuhn il modo in cui la fenomenologia descrive l’*inconscio*. Radicare la dimensione inconscia nella spazialità e nella temporalità del soggetto, intese come sfere esistenziali del soggetto, conduce Kuhn a superare la diffidenza di Freud per la rilevanza del fenomeno temporale e a offrire pertanto una lettura diversa, più complessa e in qualche modo più completa, della patologia psichica. La depressione, secondo questa prospettiva fenomenologico-psichiatrica, diventa l’incapacità di realizzare il proprio avvenire, ossia di raggiungere ciò verso cui si tende (“*capacité d’accomplir des protensions*”) dovuta al costante ricadere nel proprio passato, al rivivere in maniera ossessiva quanto infertile ciò che si è già vissuto e si conserva nella memoria (“*retombent toujours à nouveau dans des contenus rétentionels*”) (Ibid., p. 269). Guarire, allora, non dipende dalla sola efficacia farmacologica, ma significa essenzialmente riprendere contatto con la propria spaziotemporalità, far riemergere lo

Storia/History

sfondo (“*Hintergrund*”, “*arrière-plan*”) vivente della propria esistenza, ordinare il caos interiore mediante il ristabilimento di se stessi nel mondo.

Relazionarsi con piena consapevolezza alla propria dimensione esistenziale non è, tuttavia, un compito che spetta al solo malato, ma deve includere la partecipazione del medico, il quale da parte sua deve essere in grado di *comprendere* la situazione patologica vissuta dal paziente. Tale comprensione non passa semplicemente per un’azione medico-chirurgica, che si basa su una concezione del corpo come mera forma fisica (“*Körper*”, “*corps*”), ma si fonda principalmente su una “comunicazione terapeutica”, che considera la dimensione vivente, biologica della corporeità (“*Leib*”, “*corps propre*”) (Kuhn, 2007b)². Richiamandosi al metodo della “variazione eidetica”, elaborato da Husserl per indicare la capacità di cogliere l’articolazione essenziale del fenomeno variandone gli aspetti secondari per farne emergere il nocciolo invariabile (“*eidōs*”), Kuhn propone di applicare tale metodo alla pratica psichiatrica, poiché consente al medico di cogliere quelle strutture e quelle connessioni costituenti la vita interiore del malato, la cui ri-scoperta potrà aiutare il paziente a ridefinire al propria relazione con il mondo che lo circonda³.

La fenomenologia, per Kuhn, rappresenta la possibilità di dare alla psichiatria un fondamento filosofico che non sia, però, una semplice cornice teoretica, per quanto rigorosa, ma che le fornisca al contempo gli strumenti adatti a sviluppare una *pratica* medica in grado di comprendere e, quindi, di curare l’uomo in tutta la sua complessità.

2. La nozione di “corpo proprio”, di “corporeità vivente” (“*Leib*”), elaborata da Husserl, ha ricevuto particolare risalto nella fenomenologia ad opera di Maurice Merleau-Ponty, (Id., 1945), e, più di recente, ha avuto un’originale rielaborazione in una prospettiva interdisciplinare negli studi di Thomas Fuchs e dei suoi collaboratori, riguardanti sia la dimensione corporea dell’esperienza, sia l’interconnessione tra corpo, movimento e terapia (Fuchs, 2000; Koch et al., 2012).

3. Cfr. Kuhn, 2007b, p. 289. Kuhn definisce la “variazione eidetica” il “segreto» della psicoterapia *dasein-analitica*”, *ivi*.

Bibliografia

- Fuchs T (2000) *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Gallagher S, Schmicking D (2010) Eds., *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*. Springer, Dordrecht.
- Gallagher S, Zahavi D (2008) *La mente fenomenologica*. Cortina, Milano 2009.
- Kuhn R (2007a) *Forme mythique et analyse de l'existence*, in Id., *Ecrits sur l'analyse existentielle*. Éd. par J.-C. Marceau, L'Harmattan, Paris.
- Koch S, Fuchs T, Summa M & Müller C (2012) Eds., *Body memory, metaphor and movement*, John Benjamins, Amsterdam.
- Kuhn R (2007b) *Approche de la pensée daseinsanalytique en psychiatrie et psychothérapie*, in Id., *Ecrits sur l'analyse existentielle*. Éd. par J.-C. Marceau, L'Harmattan, Paris.
- Ierna C, Jacobs H, Mattens F (2010) Eds., *Philosophy, Phenomenology, Sciences*. Springer, Dordrecht.
- Lohmar D, Fonfara D (2006) Hrsg., *Interdisziplinäre Perspektiven der Phänomenologie. Neue Felder der Kooperation: Cognitive Science, Neurowissenschaften, Psychologie, Soziologie, Politikwissenschaft und Religionwissenschaft*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Marceau J-C (2007) *Presentation. L'analyse existentielle entre phenomenology, psychiatrie et psychanalyse*, in R. Kuhn, *Ecrits sur l'analyse existentielle*. Éd. par J.-C. Marceau, L'Harmattan, Paris.
- Merleau-Ponty M (1945) *Fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore, Milano 1965.
- Thompson E (2003) Ed., *The Problem of Consciousness. New Essays in Phenomenological and Philosophy of Mind*. University of Calgary Press, Calgary, Alberta.