

*L'altro, in quanto altro, non esiste per me se non in quanto io mi sono aperto a lui.*  
G. Marcel

# L'altro

Rivista semestrale della SIFIP  
Società Italiana per la Formazione in Psichiatria  
Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria

Direttore  
Francesco Valeriani

ISSN 1127-0624



Anno XVII, n. 1 Gennaio - Giugno 2014

La rivista è disponibile nella versione online sul sito [www.sifip.com](http://www.sifip.com)  
The journal is available in the online version at [www.sifip.com](http://www.sifip.com)



**Rivista scientifica della S.I.F.I.P.**  
Società Italiana per la Formazione in  
Psichiatria - Presidente: Francesco Valeriani  
Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria  
[www.sifip.com](http://www.sifip.com)

in collaborazione con  
**A.R.F.N.** (Associazione Ricerca e Formazione Scienze  
Neuropsicosociali) - Presidente: Salvatore Merra  
**S.I.D.E.P.** (Società Italiana di Deontologia ed Etica in  
Psichiatria) Presidente: Sergio Tartaglione  
**S.I.P.G.E.S.** (Società Italiana Psicotraumatologia e  
Gestione dello Stress) Presidente: Antonio Sciarretta  
**S.I.P.P.A.S.** (Società Italiana Psichiatria e Psicologia  
Aeronautica e Spaziale) Presidente: Gualberto Arduino

Periodico semestrale di  
Psicopatologia - Neuropsichiatria - Psicofarmacologia  
Psicologia Clinica - Antropologia Culturale  
Anno XVII, n. 1 Gennaio - Giugno 2014  
Autorizzazione Trib. Roma n. 341 del 7/7/1998  
ISSN 1127-0624

**Direttore responsabile e scientifico**  
**Editor in Chief**  
Francesco Valeriani  
[francesco.valeriani@libero.it](mailto:francesco.valeriani@libero.it)

**Comitato Scientifico - Scientific Board**  
Eugenio Aguglia, Stefania Alfonsi, Gualberto Arduino,  
Gabriella Ba, Gennaro Barone, Antonello Bellomo, Piero  
Benassi, Gianfranco Buffardi, Luciano Bonuzzi, Massimo  
Casacchia, Riccardo Cecati, Antonio Colotto, Tito De Marinis,  
Alessandro De Santis, Maurizio De Vanna, Guido Di Sciascio,  
Luigi Ferrannini, Franco Garonna, Luigi Janiri, Silvestro La  
Pia, Giuseppe Meco, Claudio Mencacci, Lucio Petronio,  
Giacomo Pirolli, Rocco Pollice, Sandro Rodighiero, Rita  
Roncone, Antonio Scala. Vittorio Sconci, Sergio Tartaglione,  
Antonio Tundo, Salvatore Varia, Lorenzo Ventre, Vittorio  
Volterra, Silvana Zummo

**Sede Redazionale**  
Viale Marconi, 14 - 03100 Frosinone  
Telefax: 0775 855051 - [laltroredazione@libero.it](mailto:laltroredazione@libero.it)

**Segreteria di Redazione**  
Alda Santalucia, Eura Ciapetti  
[santalucia.alda@libero.it](mailto:santalucia.alda@libero.it)

**Comitato di redazione**  
**Editorial Board**  
Pasquale Antignani, Alessandra Ciaramella, Massimo Conte,  
Giovanni Di Giovanni, Ilaria Martino, Salvatore Merra, Demetrio  
Moscato, Alessandro Mura, Michelangelo Pacella, Antonio  
Sciarretta, Angelo Torre, Pasquale Tripepi, Alessia Viselli

*In copertina*  
*Immagine dal Codex Manesse - Università di Heidelberg*  
*All'interno: Immagini a cura di Giuseppe Bertolini*

**Stampa**  
Arti Grafiche Kolbe - Via Appia lato Itri, 26/28 04022 Fondi (Lt)  
**Agenzia di promozione e pubblicità**  
ARESIS srl - Viale Marconi, 12 - 03100 Frosinone  
[aresissrl@libero.it](mailto:aresissrl@libero.it)

© 2014 S.I.F.I.P. - Roma  
Tutti i diritti sono riservati - Vietata la riproduzione,  
anche parziale, senza autorizzazione dell'Editore.

Italia	Costo 1 num.	€ 10,00
	Costo 1 num. arretrato	€ 15,00
	Abbonamento annuale	€ 20,00

# In questo numero

Editoriale  
di Francesco Valeriani



XXXXX

xxx

**COME ABBONARSI**  
Versamento su **c/c postale 35 76 500 7**  
intestato a: SIFIP - Via dell'Umiltà, 49 - 00187 Roma  
causale: Abbonamento annuale rivista L'altro

Per ulteriori **informazioni** rivolgersi alla segreteria di redazione:  
Dott.ssa Alda Santalucia - e-mail: [santalucia.alda@libero.it](mailto:santalucia.alda@libero.it)  
fax: 0775 72 70 19 - cell: 347 54 98 159

## Volti e risvolti della letteratura manicomiale

### Aspects and implications of mental hospital's literary description

<p><b>Riassunto</b></p> <p>È possibile esaminare opere letterarie di varie epoche il cui tema principale è il manicomio. Ne deriva che allorché un romanzo ricorre all'immagine del manicomio, questa introduce nella storia un duplice effetto. In sostanza, il tema generico della follia acquista due specifici significati: l'idea di reclusione e il concetto di incorniciamento. L'immagine del manicomio, quando la letteratura la utilizza, trasforma tramite l'idea di reclusione il significato generico della pazzia in un fenomeno più dettagliato, isolato e concentrato, e allo stesso tempo, mediante il concetto di incorniciamento, lo analizza in modo più profondo ed empatico. Inoltre questo duplice, specifico effetto si manifesta in tre generi di romanzi. Il primo compare in opere nelle quali il protagonista visita in modo realistico un manicomio, descrivendo e valutando sia la follia che i folli. Il secondo genere compare in opere nelle quali il protagonista ha un'esperienza reale di internamento in un manicomio o in un reparto psichiatrico. Il terzo compare in racconti nei quali il protagonista è un direttore di manicomio, poiché l'autore stesso ha ricoperto questo ruolo e perciò adesso racconta in forma autobiografica la propria esperienza.</p> <p><b>Parole chiave:</b> romanzi, generi letterari, manicomi, descrizioni letterarie di manicomi.</p>	<p><b>Summary</b></p> <p>It is possible to examine literary fiction of various ages in which the asylum is the main topic. As a result, when a novel resort to the asylum's picture, this topic bring into the story a double effect. In essence, the general madness' subject acquire two specific meanings: the idea of confinement and the concept of frame. The asylum's picture, when literature make use of it, trough the confinement's idea turns the general meaning of madness in a more detailed phenomenon, isolated and concentrated, and at the same time, through the frame's concept, analyse it in a deeper, empathic way. In addition, this double specific effect comes through three novels' genres. The first one, figures in novels where the main character visits an asylum in a realistic way, describing and judging both madness and mad people. The second one, figures in novels where the main character has a real experience of confinement in an asylum or in a mental hospital. The third one, figures in novels where the main character is an asylum's top clinician, because the same author has really hold this office, and so now he tolds his experience in an autobiographical way.</p> <p><b>Key Words:</b> novels, literary genres, asylums, madhouses, mental hospital's literary descriptions.</p>
---	--

#### La pazzia: la “cosa assai più bella”

Il primo manicomio che la letteratura annoveri compare ne *L'Ospedale de' pazzi incurabili*, celebre opera redatta nel 1586 dal canonico Tomaso Garzoni (Garzoni, 1586). Qui gli «onorati spettatori», ossia i lettori, percorrono trenta celle per la sezione maschile, e altrettante per la sezione femminile. Ogni cella viene introdotta da un discorso, il quale illustra la forma di follia presente nella cella stessa, dove alloggia almeno un individuo che ne risulta affetto. Compaiono perciò, corrispondenti a rispettive celle e ad altrettanti discorsi, i «Pazzi Dispettosi o da Tarocco», oppure i «Pazzi Maninconici e Selvatici» e via proseguendo.

Ancora, riguardo a ciascuna cella, segue una serie di esempi tratti dalla storia antica e moderna. Infine, viene formulata un'orazione alla rispettiva divinità. Questa, per esempio Giove nel caso dei «Maninconici», è invocata affinché conceda la guarigione della follia cui sovrain-tende.

Ebbene, in appendice a questa singolare opera, un poema recita che il sole, con i suoi raggi, ha dato origine alla Natura con le sue «bellezze sparse e sciolte». La luminosa «bontà», simboleggiata dal sole, risulta perciò «divisa» in molte parti, appunto «sparse e sciolte», tante quante

sono i raggi dell'astro. Ciò tuttavia solo fino a quando, «mercé d'una benigna stella / [queste parti] s'uniro un giorno tutte quante insieme / per formar una cosa assai più bella». Questa «cosa assai più bella», conglomerato di tutte le bellezze del mondo, è esattamente la pazzia, le cui varie forme il libro ha fin lì descritto.

Di fronte a questa conclusione, è allora inevitabile chiedersi in quale modo la descrizione letteraria di un manicomio abbia condotto a intravedere, proprio nella pazzia, una simile bellezza. E altrettanto spontaneo è domandarsi perché la stessa opera, in apertura, descriva le «maniere della pazzia» in modo assolutamente opposto, ovvero come «mostruose».

#### Dall'espulsione alla rappresentazione

Nulla, ovviamente, si dà al di fuori di un coevo tessuto sociale e culturale. In questo caso, tale specifica matrice è l'Umanesimo. Tuttavia, nell'opera di Garzoni la raffigurazione di un luogo inusuale e circoscritto, appunto il manicomio, incide e innova. Inaugura una particolare riflessione che l'universo manicomiale, e la follia li racchiusa, stimolano e rendono possibile. Una riflessione, o meglio un insieme di riflessioni, che pur variando lungo culture ed età successive - qui, l'illuminata razionalità

umanista - presenterà alcuni tratti costanti.

Per comprenderli, può essere utile partire da lontano. In un periodo anteriore al VI secolo a.C., e fino all’epoca romana tardo-imperiale, nelle *polis* greche si celebrava il rito del *pharmakòs*. Un individuo, colpito da una qualche deformità, veniva nutrito per un anno all’interno della città, per essere poi espulso, e spesso ucciso, tramite lapidazione.

In tal modo il *pharmakòs*, come avverrà poi nel Cristianesimo con l’Agnello di Dio, è al tempo stesso il reietto e il salvatore: colui cui la comunità attribuisce ogni male, ma che insieme libera dal male stesso. In altri termini, come scrive Jacques Derrida, il *pharmakòs* è: «benefico in quanto cura - e per questo, temuto e trattato con cura - ma è dannoso in quanto incarna i poteri del male - e per questo, temuto e trattato con cautela» (Derrida, 1972). Partendo allora da questo arcaico rito è suggestivo supporre che un ben diverso rito, la *tragedia*, nasca successivamente, per l’esattezza nel momento in cui la comunità, invece che espellere il male, si sia disposta a offrire ad esso voce e volto, ossia rappresentazione. In altre parole, ciò che sfugge a ogni definizione, ciò che mina ordine e certezze, piuttosto che rigettato come nel rito del *pharmakòs* risulta poi, nella tragedia, dolorosamente accolto, generando un confronto intriso di passione, ossia di *pathos*.

Non casualmente, nel Coro dell’*Agamennone* di Eschilo è detto: «attraverso la passione, il conoscere»; o se si preferisce, «con il dolore si impara» (*to pathei mathos* - vv. 176) (Eschilo, 458 a.C.).

#### I due effetti della descrizione letteraria dei manicomi

Ebbene, qualcosa di analogo sembra accadere nell’ambito della letteratura quando essa offre rappresentazione non solo alla follia, ma specificamente ai manicomi. Questi infatti sono veri e propri luoghi di esclusione, di espulsione del male. Contemporaneamente, tuttavia, tali luoghi, insieme al male da essi accolto, grazie a opere narrative che al pari di quella di Garzoni li descrivono, vengono riammessi in forma tragica: la forma di un confronto che permette conoscenza tramite passione.

Nel dettaglio, la rappresentazione letteraria del manicomio, raffigurando la follia come racchiusa in un luogo circoscritto, genera una prospettiva peculiare: raffigura non solo ciò che si sottrae all’ordine del mondo, ma appunto, rappresentandolo come rinchiuso e circoscritto, lo raffigura nel doppio senso di “recluso” e “incorniciato”.

In parole semplici, accade come se l’immagine del manicomio suscitasse due ordini di emozioni. Innanzitutto, un confronto con la follia in forma isolata, per così dire appunto *incorniciata*. Da tale prospettiva, perciò, la follia diventa descrivibile come condizione quanto mai a se stante, rivelando di essere non più soltanto, o soprattutto una metafora, bensì una vera e propria, concreta malattia. Va da sé che sempre in ambito letterario ciò comporti, nel tempo, l’interrogare lo sguardo medico, ribadendo o all’opposto sovvertendo il concetto stesso di malattia

mentale.

Non è tutto. In secondo luogo, il manicomio in letteratura dà raffigurazione allo spirito di esclusione e *reclusione*: alla tendenza a segregare. Tendenza corrispondente, se si vuole, al *grand renfermement*, il Grande Internamento caro a Michel Foucault (Foucault, 1972).

In realtà, questi due aspetti sono immanenti a qualunque discorso sulla follia. Ma appunto, l’immagine del manicomio li accentua e li declina in modo peculiare. Soprattutto, lo stilema letterario del manicomio sembra circostanziare un tratto comune sia alla reclusione che all’incorniciamento. Un tratto peraltro già presente, come ancora Derrida ricorda, nella cerimonia del *pharmakòs*. Questa infatti: «si svolge sulla linea di confine tra l’”interno” e l’”esterno”, e il suo compito è tracciare e rintracciare incessantemente quella linea» (Derrida, 1972). Dunque, il tratto comune alla letteratura manicomiale è esattamente la linea di confine non solo tra l’interno e l’esterno, ma tra norma e fuori norma, ragione e irrazionalità. È questo un confine che in letteratura altrimenti, tramite le generiche raffigurazioni della follia, va incontro a un’eccessiva dilatazione. In queste specifiche opere, invece, la comparsa del tema del manicomio sembra permettere di esplorare tale confine in modo circostanziato e stringente.

#### Narrazioni della follia “senza il manicomio”

Per comprendere meglio questo fenomeno si può considerare, tramite un esempio, cosa è possibile intendere per eccessiva dilatazione letteraria di tale confine. È il caso del *Moriae Encomium*, o *Elogio della follia*, opera pubblicata da Erasmo da Rotterdam nel 1511 (Erasmo, 1511). La matrice è di nuovo l’età umanista. E in quest’opera, in assenza del tema del manicomio, i folli diventano, in forma suggestiva ma appunto generica e indelimitata, lo specchio in cui i normali vedono se stessi (Castelli, 1971). I folli, insomma, diventano trasposizione esterna dell’alterità appartenente ai normali, da questi non riconosciuta e tuttavia evidente.

Ne consegue che nei folli così descritti i lettori vengono sospinti a scorgere i propri incessanti peccati. Il confine tra sanità e follia diventa quindi la suggestiva, ma appunto anche generica linea che divide, secondo un’ascendenza religiosa, peccatori e probi, vizio e virtù. E non solo. La *stultitia* universale, appartenente ai folli ma ugualmente ai normali, in questi ultimi svolge un ruolo che risulta inteso come necessario e benefico. Infatti la *stultitia*, alterando in chiunque - e quindi anche nei normali - la ragione, può positivamente liberare quest’ultima dai propri confini altrimenti irrigiditi e angusti.

Si può insomma intuire quanto in opere di questo genere il tema della follia, proprio perché esaminato senza introdurre lo stilema del manicomio, induca a considerare il confine tra norma e fuori norma con indubbia efficacia, secondo una caustica critica sociale, persino con accenni a una sorta di psicologia della normalità. Tuttavia, contemporaneamente, proprio mancando il tema del mani-

comio e il suo effetto delimitante, tale confine risulta pur sempre evanescente, al punto da non consentire un vero, dettagliato approfondimento né della follia, né della normalità.

#### Narrazioni della follia “attraverso il manicomio”

Ecco di conseguenza, per contrasto, la peculiarità introdotta quando il tema letterario, piuttosto che la follia in senso lato, è la specifica immagine del manicomio. La già descritta opera di Garzoni può fungere da esempio. L’autore è di poco posteriore a Erasmo, e nel tessere le lodi della pazzia è anch’egli umanista, radicato nella propria epoca. Tuttavia, per altro verso soggiace necessariamente agli effetti generali dell’immagine del manicomio, i quali, si è detto, trascendono le varie epoche. Ebbene questi effetti, sempre come già sottolineato, consistono nel descrivere o incorniciare, e nell’escludere o segregare. In effetti l’*Ospedale*, dipanandosi lungo differenti celle, descrive e appunto *incornicia* puntuali turbe psichiche. Tali descrizioni, pur se non assurgono a sindromi psichiatriche *ante litteram*, sono tuttavia accuratamente delineate, peraltro sulla presumibile base di osservazioni reali. Insieme, sempre l’*Ospedale* segrega ed *esclude*, rimarcando così in aggiunta il confine tra norma e fuori norma, tra interno ed esterno.

Ne deriva perciò che la follia, in questo caso, e proprio grazie all’immagine del manicomio, lungo la scia di Erasmo è ancora la bellezza disseminata ovunque a vivificare la ragione. Ma insieme, e ben diversamente, risulta segregata, se non altro perché «più brutta che la Chimera».

Potrà sorprendere, ma questa mutazione, che di fatto sembrerebbe esprimere una più dura condanna, non espunge dalla follia la bellezza, ma addirittura la esalta. In altri termini la letteratura manicomiale, di cui Garzoni lancia il vagito, grazie agli effetti appena detti, incorniciamento e segregazione, non identifica più i folli, seguendo Erasmo, come perspicuo ma generico specchio dei normali. Non identifica insomma una “follia di tutti”, una “follia della normalità”, bensì una follia che risulta “altra dalla normalità”. Esprime un’alterità da cui i normali, pur mostrandosi respinti e spaventati, sono anche attratti, al punto da poterla interrogare con un misto di distacco ed empatia.

Nell’opera del Garzoni, dunque, la linea di confine introdotta dall’immagine del manicomio diventa innovativamente, almeno *in nuce*, illuminista e cartesiana: dove è il folle, la ragione non è più (Porter, 2002). E in tal modo la follia oscilla, in forma appunto innovativa, tra non-logica e logica “altra”, così come tra caotica bruttezza e bellezza inusuale ed enigmatica. In sintesi, pertanto, si può dire che proprio in quanto incorniciata e segregata come estranea, la follia respinge e insieme affascina: è condannata eppure, ben più profondamente che in Erasmo, viene indagata, interrogata e in qualche modo empaticamente avvicinata.

#### I tre filoni della letteratura manicomiale

Entrata con Garzoni nel manicomio, la letteratura a seguire dipana una pluralità di variazioni. Queste, volendo schematizzare, si articolano in tre filoni.

Innanzitutto, si hanno le variazioni prodotte dai letterati che hanno realmente visitato manicomi, e che perciò adottano uno sguardo di poco o di molto alternativo rispetto a quello medico. Nello specifico gli articoli, i romanzi, i racconti che ne discendono, sono abitati ora da protagonisti che nel corso della vicenda entrano anch’essi da visitatori in manicomio, ora invece da personaggi che narrano la loro esperienza in prima persona, in qualità di internati in manicomio. Il secondo filone riguarda poi scrittori che sono stati anche pazienti, ovvero che realmente hanno trascorso un periodo di ricovero manicomiale. È raro, ma accade, che la loro produzione riguardi in chiave autobiografica tale specifico ambiente. La prospettiva è in questo caso generalmente critica, anzi eversiva nei confronti dell’ottica medica. Il terzo filone, infine, è forse il più inatteso. Riguarda le memorie di psichiatri, ora apprendisti scrittori ora invece scrittori naviganti, che hanno diretto manicomi, e che avvertono la necessità di dare voce letteraria a emozioni e suggestioni che il discorso medico è sembrato non accogliere.

#### Primo filone: visitare il manicomio (da fuori o da dentro)

Tra i molti possibili esempi, è possibile citarne alcuni per ciascuno dei filoni appena detti. Quanto al primo filone, tra i letterati che abbiano scritto di personali visite nei manicomi, spicca senz’altro Charles Dickens. Al riguardo, la sua produzione è emblematica, perché contemporanea entrambe le evenienze che in questo caso possono determinarsi. Egli infatti redige articoli che per quanto trasfigurati narrativamente, parlano dell’autore in prima persona e dunque della sua visita presso il manicomio. D’altro canto, tuttavia, almeno in un romanzo dickensiano la visita è compiuta da personaggi soltanto immaginari, descritti in terza persona.

Tra gli articoli, il periodico dello stesso Dickens, «Household Words» (“Parole di famiglia” o “domestiche”) ospita, il 17 gennaio del 1852, «A Curious Dance Round a Curious Tree» (“Una strana danza attorno a uno strano albero”) (Dickens, 1852). Dal manoscritto si evince però che alcuni passaggi sono opera del vice di Dickens, William Henry Wills (Gilman, 1978). Nel testo, la visita cade nel giorno di Santo Stefano, quando, nel manicomio londinese di St. Luke, dopo aver attraversato i vari androni, l’autore raggiunge la galleria dove si svolge, al ritmo della musica, la «strana danza» cui il titolo accenna. I pazienti ballano insieme al personale, e al termine lo «strano albero», ovvero l’albero di Natale, chiude con la sua accensione il saggio.

Molte le concezioni che l’articolo intreccia. Dickens cita a lungo un testo di John Haslam, psichiatra che all’epoca era da poco deceduto e che era stato direttore del precedente manicomio londinese, il famigerato Bedlam (Be-



thlem Hospital). Criticandolo, Dickens si professa fautore della «gestione morale», la quale da poco, all’epoca, aveva riformato i manicomi (Conolly, 1856; Swain, 1994). Percorrendo gli androni che conduco al ballo, l’autore rabbrivisce evocando, con ironia, «il buon tempo antico». Si accorge, per esempio, di «un pianoforte, con qualche foglio di musica, sbrindellato, sul leggio. Naturalmente, la musica era capovolta». Ora invece lui stesso, di fronte alla danza, colloca volutamente il malato di mente, ossia l’Altro per eccellenza, in un ambiente bonario, distante da esclusione e sevizie.

Non è tutto. In più, sottilmente, Dickens sembra suggerire che ogni folle possiede una qualche unica, specifica anomalia, esasperazione di un tratto di per sé normale. Si dovrà perciò guarirlo da questa sproporzione, per poi reinserirlo nella società. Ma il tocco finale è l’immagine del ballo. L’idea dell’influsso curativo esercitato dalla musica e dalla danza ha ascendenze arcaiche (Horden, 2000). Qui tuttavia Dickens la rielabora: il suo discorso suggerisce che istituzioni e norme sociali albergano una strisciante pazzia, ma che alcune, in questo caso il ballo, possono invece ristabilire l’equilibrio mentale.

In conclusione, si può dire che in questo articolo il già citato effetto di incorniciamento, costitutivamente introdotto dall’immagine del manicomio, sembra produrre una “terapia” che amplifica, ma anche modifica il riformismo medico. Quanto all’effetto di segregazione, poi, induce a propugnare, in questa narrazione, una massima continuità ideale tra interno ed esterno, tra normalità e follia.

Di Jack London, invece, non si ha certezza che abbia visitato manicomi. È però nota la frequentazione di emarginati di ogni specie. A lui risale la variante-tipo del filone in esame: un incontro con il manicomio da parte di un internato immaginario. Quest’ultimo, come si può ben supporre, è incarnazione di un vissuto di emarginazione che London ha dentro di sé avvertito. Il racconto, del 1914, si intitola «Told in the Drooling Ward» (“Raccontata nel reparto dei dementi”) (London, 1914).

In questo racconto, in modo caratteristico, del manicomio sono i pensieri del protagonista l’implicita rappresentazione. Tom, il quale narra il racconto in prima persona, è tragicamente convinto di non essere un “demente”. Lo stupendo effetto ironico suscitato da tale inconsapevolezza, così come dalle descrizioni e autodescrizioni del personaggio, trascina i lettori in una identificazione con lui, inducendoli a riconoscersi essi stessi come straniati e “diversi”.

#### Secondo filone: gli scrittori internati

Quanto al secondo filone, ardua è la scelta tra gli scrittori che siano stati anche pazienti internati in qualche manicomio. Il pensiero corre ad Antonin Artaud (Artaud, 1943-48) e a Janet Frame (Frame, 1982-85), fino a John Berryman (Berryman, 1982), Malcom Lowry (Lowry, 1963), Sylvia Plath (1958). Un caso a parte è Lorenzo Viani, pittore e scrittore, la cui esperienza manicomiale è descritta ne *Le chiavi nel pozzo* (Viani, 1935-1943), opera

di estrema originalità, anche sul piano linguistico. Per più approfondite considerazioni, si può comunque consultare la cura della recente riedizione di questo suo libro (Alessandrini, 2011).

Qui tuttavia sembra inevitabile indugiare su un lieve, struggente gioiello: *Appunti da un manicomio*, redatto nel 1946 dalla scrittrice e poetessa austriaca Christine Lavant (Lavant, 1946). Questa, nel 1935, fu ricoverata per sei settimane nel manicomio di Klagenfurt, dopo aver tentato il suicidio ingerendo alcune pillole. La protagonista non porta tuttavia il suo nome. Parla, nei delicati toni di un diario segreto, di un’intimità protesa a salvare dall’autodistruzione il contatto con se stessa.

Pur se gli anni del ricovero, cui l’autrice è andata incontro, sono gli stessi straziati dal nazismo, la narrazione si svolge sospesa in un tempo astorico. A gravare sugli uomini non è una qualche ideologia, né la società. Il manicomio ha piuttosto l’effetto di una cartina da tornasole: rivela che ogni esistenza é “dannazione”, malata di una spinta che induce ognuno ad essere, in direzione positiva oppure negativa, oltre che senza requie né controllo, sempre in bilico sul filo della disperazione.

Dunque, quanto all’effetto di incorniciamento, esso qui produce bozzetti umani scarni e indimenticabili. A sua volta, l’abbinato effetto di segregazione alimenta un fenomeno frequente in questo tipo di letteratura, e non solo nel filone in oggetto: la sensazione che il mondo segregato sprigioni in forma acuminata, quasi cristallina, angosce e disorientamenti che accomunano ogni esistenza. Da questo punto di vista, l’interno e l’esterno, la follia e la normalità mantengono un reciproco confine, sebbene questo in realtà, qualora la definizione sia ammissibile, appare come una membrana di comunione, di inscindibile contatto.

#### Terzo filone: direttori di manicomio

L’ultimo filone, le memorie redatte in forma letteraria da direttori di manicomio, riconosce come esponente più noto Mario Tobino. Nondimeno, è più utile segnalare, in prima battuta, due altri autori, sebbene tra di loro in qualche modo contrapposti.

Il primo autore, Corrado Tumiatì, per la cui mano fu pubblicato nel 1931 *I tetti rossi* (Tumiatì, 1931), opera che si aggiudicò il Premio Viareggio, non rivestì soltanto l’incarico di assistente presso i manicomi di Pesaro, Siena e Venezia. In seguito, diventò appunto scrittore e giornalista. Il volume, che reca come sottotitolo “Ricordi di un manicomio”, ha i potenziali limiti non tanto del genere in esame, quanto di coloro i quali, medici, vi si rivolgono per il loro esercizio di memoria. Aneddoti, bozzetti, spezzoni di vita manicomiale, scorrono sotto uno sguardo compassionevole, nel quale l’interrogazione psichiatrica, mista a partecipazione e stupore, si dissolve in un’aura di malinconica rassegnazione. Si ha l’impressione che lo psichiatra, inconsapevolmente, riconosca nei pazienti il riflesso amplificato di propri stati d’animo sofferti. E che perciò un’evidente difficoltà a curare se stesso venga

elusa grazie a un esercizio letterario il quale, di fatto, abbandona i malati a un loro insondabile mondo.

Antitetica, da questo punto di vista, la posizione dell’ungherese István Hóllòs, direttore del manicomio denominato “Casa Gialla”, situato nei dintorni di Budapest. Il suo *I miei addii alla Casa Gialla* vede la luce nel 1927 (Hóllòs, 1927), dopo che l’autore, nel 1925, aveva dovuto rassegnare le dimissioni in quanto ebreo. Allievo di Freud, Hóllòs continuò ad esercitare, come psichiatra e psicoanalista, per tutta la vita. Il volume è pervaso da un’estrema *pietas*, ed è non solo critico verso l’esclusione sociale di cui l’istituzione manicomiale è incarnazione, né si limita a descrivere il fenomeno “follia”. Le proposte operative, sia psichiatriche e psicoterapeutiche che politico-sociali, ricorrono con insistenza, formando un controcanto al pur presente, ma meno intenso sfondo di rassegnazione. La letteratura, per quanto di matrice romantica, si incontra qui davvero con i migliori intenti della medicina, anzi della psicoterapia, allorché questa si sublima in narrazione.

Si tratta di qualcosa che comunque accade anche in Mario Tobino, direttore a Maggiano, in provincia di Lucca (Tobino, 1953; 1972). Tobino tuttavia propone un modello che elegge il manicomio a spazio di “vera” vita per i ricoverati. Questi a lui, liricamente, soltanto li appaiono liberi di essere folli: di essere anzi la Follia, stigmatizzata ma anche dichiaratamente ammirata. La sua opposizione alla riforma di Franco Basaglia non fu perciò provocatoria, bensì atto convinto e conseguente, cui la trasfigurazione letteraria fornì costante alimento.

L’effetto di incorniciamento, in questo gruppo di autori, produce una tenerezza che travalica ogni diagnosi, e che anzi dissolve la tassonomia in lirismo. Come si è visto gli esiti, da Tumiatì a Hóllòs fino a Tobino, diventano contraddittori e imprevedibili: producono rispettivamente rassegnazione, ripudio del manicomio, apologia del manicomio. Quanto poi all’effetto ingenerato, sempre lungo questo filone, dall’immagine della segregazione, è anch’esso in bilico tra riaffermare ogni linea di confine e invocarne invece, addirittura, l’annullamento o una netta modificazione, quasi una terapia.

#### Conclusioni

Con questa metafora di una terapia la quale, seguendo Derrida, ridisegni, “curandolo”, il confine tra normalità e follia, tra il Sé e l’Altro, questa breve rassegna della letteratura manicomiale lambisce il suo approdo. La letteratura non è una cura, né ha la facoltà di articolare terapie. È però uno straordinario strumento di lettura dell’incontro tra l’uomo e il reale.

I manicomi allora, anche in letteratura, e forse ancor più in essa, sono il riverbero dell’incontro tra l’aspirazione umana a una ragione senza ombre, a una certezza senza angosce, e le ombre e le angosce che destabilizzano l’identità e l’esistenza. È perciò difficile accettare questa instabilità, ed è più facile rinchiudere coloro che maggiormente la soffrono e la incarnano.

Da questo punto di vista, la letteratura non ha contribuito alla chiusura dei manicomi. Tuttavia, nel raffigurarli, si è avvicinata ai folli e alla follia. E anche quando, nel farlo, ha espresso incomprensione, ha comunque fornito strumenti, ossia parole e immagini, storie e sentimenti, tali da rendere pensabili i folli e la follia.

In tempi in cui tanto si parla di abbattere i confini che allontanano dal diverso, e insieme questi stessi confini vengono rinforzati in nome del diritto alla *privacy*, i manicomi letterari offrono dunque narrazioni che aiutano a pensare questa e altre contraddizioni. E stimolano un pensiero secondo il quale, sembrerà banale dirlo, davvero l’Altro, il *pharmakòs*, l’aldilà della ragione risiedono dentro noi stessi, dentro la ragione stessa.

La bellezza della follia, allora, così come viene descritta dalla letteratura manicomiale, coincide con lo smarrimento, con il dolore di essere diversi da come si pensava di essere, e insieme con il sentimento, se non forse con la gioia, di uno sguardo che scorgendo l’inaspettato e il diverso, oltrepassa le mura degli invisibili “manicomi” in cui troppo spesso sono rinchiusi la mente o la sofferenza di chiunque.

\* *Psichiatra, Psicoanalista, Direttore UOC CSM Chieti-CSM Ortona, Professore Scuola Specializzazione in Psichiatria Università di Chieti, Direttore Scientifico Scuola Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica Breve.*

#### BIBLIOGRAFIA

Alessandrini M. (2011). «Nel pozzo della vita, le chiavi di un linguaggio». In: Viani L. (1935-1943). *Le chiavi nel pozzo*. Pisa: ETS, pp. V-XXII.

Artaud A. (1943-1948). *Alice in manicomio. Lettere e traduzioni da Rodez*. Viterbo: Stampa Alternativa, 2008.

Castelli E. (1971) (a cura di). *L’Umanesimo e “la Follia”*. Roma: Abete.

Berryman J. (1972). *Recovery*. New York: Thunder’s Mouth Press, 2002.

Conolly J. (1856). *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*. Torino: Einaudi, 1976.

Derrida J. (1972). *La disseminazione*. Milano: Jaca Book, 1989.

Dickens C. (1852). «A Curious Dance Round a Curious Tree» (17 gennaio 1852). In: Stone H., *Charles Dickens’ Uncollected Writings from «Household Words», 1850-59*, 2 voll. Bloomington: Indiana University Press, 1968, vol. II, 381-391.

Erasmus da Rotterdam (1511). *Elogio della follia*. Milano: Rizzoli, 1989.

Foucault M. (1972). *Storia della follia nell’età classica*. Milano: Rizzoli, 1976.

Eschilo (458 a.C.). *Agamennone*. In: *Agamennone-Coefore-Eumenidi*, a cura di Dario Del Corno. Milano: Mondadori, 1981.

Frame J. (1961). *Dentro il muro*. Milano: Interno Giallo, 1990 (poi Milano: TEA-Editori Associati, 1994).

Frame J. (1982-1985). *Un angelo alla mia tavola*. Torino: Einaudi, 1999.

Garzoni T. (1586). *L’Ospedale de’ pazzi incurabili*. Roma-Padova: Antenore, 2004.

Gilman SL (1978). «Immagini del manicomio». In: (1988) *Immagini della malattia. Dalla follia all’AIDS*. Bologna: Il Mulino, 1993, 113-134.

Haslam J. (1809). *Illustrations of Madness*. London: G. Hayden, 1810 (nuova edizione: Porter R., ed., London: Routledge, 1988).

Hóllòs I. (1927). *I miei addii alla Casa Gialla* (a cura di Marco Alessandrini).

Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi., 2000.

Horde P. (2000) (ed.). *Music as Medicine. The History of Music Therapy since Antiquity*. Burlington: Ashgate.

Lavant C. (1946). *Appunti da un manicomio*. Udine: Forum, 2008.

London J. (1914). «Raccontata nel reparto dei dementi». In: *Un canyon tutto d'oro e altri racconti (1905-1916)*. Bolsena: Massari, 2002, 151-162.

Lowry M. (1963). *Caustico lunare*. Milano: Mondadori, 1973.

Plath S. (1958). «Johnny Panic e la Bibbia dei Sogni». In: *Johnny Panic e la Bibbia dei Sogni*. Milano: Mondadori, 1982, pp. 191-209.

Porter R. (2002). *Madness. A Brief History*. Oxford: Oxford University Press.

Swain G. (1994). *Dialogue avec l'insensé. À la recherche d'une autre histoire de la folie*. Paris: Gallimard.

Tobino M. (1953). *Le libere donne di Magliano*. Firenze: Vallecchi.

Tobino M. (1972). *Per le antiche scale*. Milano: Mondadori.

Tumiati C. (1972). *I tetti rossi. Ricordi di un manicomio*. Milano: Fratelli Treves, 1931.

Viani L. (1935-1943). *Le chiavi nel pozzo*. Op cit.

Vittorio Volterra\*

## Vecchie e nuove forme di induzione al suicidio

### New forms of suicide

<b>Riassunto</b> L’induzione al suicidio è un reato grave (se poi viene attuato), severamente punito dal codice penale. Attualmente, purtroppo, vari casi si sono verificati a seguito di offese, derisioni, persecuzioni, foto “scandalose” su internet, ecc., dovute proprio da persone alle quali era stata richiesta o data amicizia. Talora, poi, violenze morali di vario tipo portano alcuni soggetti fragili, spesso adolescenti, a tentare di, o a togliersi la vita, quando rigidi costumi familiari rendono difficile la realizzazione della loro esistenza. Oltre ad alcune situazioni, circostanze e contesti negativi che possono spingere al suicidio, tra i quali alcune dolorose condizioni esistenziali e psicopatologiche, si elencano anche le motivazioni suicidarie indotte che possono coinvolgere lo psichiatra, in questo senso, esercitante una professione “a rischio”.	<b>Summary</b> Suicide induction is a serious crime (when followed by a suicide), strictly punished by the penal code. Unfortunately, various cases have taken place recently, following offences, humiliations, persecutions, publication of “embarrassing” photos on the Internet, etc., due to people who were required or granted the victim’s friendship. Moreover, moral violence of various types sometimes causes some fragile subjects, often adolescents, to make an attempt to end their lives, when strict family habits make it difficult for them to lead their lives the way they desire. In addition to some negative situations, circumstances and contexts which may induce committing suicide, which include some painful life and psychopathological conditions, we should also list some reasons for psychiatrists to committee suicide, who in this sense performs a “job with risk”.
<b>Parole chiave:</b> internet, violenze morali, situazioni negative, motivazioni indotte nello psichiatra.	<b>Key Words:</b> Internet; moral violence; negative situations; induced motivations in psychiatrists.

*Vi é veramente un solo problema veramente serio: quello del suicidio. Giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta è rispondere al quesito fondamentale della filosofia.*  
*Albert Camus*

*La scuola dovrebbe ambire a qualcosa di più che limitarsi a far in modo che i suoi studenti non si sentano sopinti al suicidio: Dovrebbe insegnare a desiderare la vita e offrire loro supporto e sostegno.*

*Sigmund Freud*

**Premessa**  
Secondo statistiche approssimative, ma di sicuro in difetto, circa un milione di persone si tolgono la vita ogni anno e , nello stesso periodo di tempo, 25-50% in più tentano i l suicidio (WHO). Quanti di questi atti sono causati da malattie mentali,o da disturbi di personalità, o da abusi di sostanze, o da circostanze esistenziali negative, o sono indotti direttamente od indirettamente? Quanto possono influenzare fattori sociodemografici (sesso, età), etnici, culturali, religiosi? Si può sostenere, anche se l’ affermazione è sgradevole, che in realtà il suicidio o il tentato suicidio sono spesso imprevedibili: Solo successivamente, e non sempre, si riescono a trovare od almeno ad ipotizzare le cause che possono aver dato l’avvio all’atto autolesionistico. Da qui il tentativo di spiegare,e di comprendere, ma anche di far tacere l’inquietante interrogativo prodotto dalla ricerca di autodistruzione da parte di una persona, opera-

zione certamente non facile ed inevitabilmente incompleta, che si traduce in interpretazioni rassicuranti e non necessariamente coinvolgenti che ,in genere, però, non riescono ad afferrare completamente il motivo base che mette in moto un gesto così disperato. Ciò non vuol dire che non si debbano ricercare o non esistano prodromi, anticipazioni e fattori di rischio predisponenti o scatenanti e variabili cliniche ed extracliniche, ma che l’eccessiva tendenza a medicalizzare, psicologizzare e socializzare il s. o il t.s. denota un’inquietudine e una paura in chi si viene a confrontare con la morte, non dissimili da quelle che si provano nei confronti di misteriosi sintomi psicopatologici che si cerca spesso di soffocare prima ancora di comprenderli e di approfondirli. Il s. e il t.s. infatti, non si prestano mai ad essere compresi o spiegati in maniera esaustiv,secondo una legge causale che abbia validità generale. Si possono soltanto riconoscere alcune circostanze che li hanno resi possibili , op-



pure indotti, evitando la via più semplice e più comoda dell'ipotesi di un'eventuale malattia mentale, tanto più che nella grande maggioranza dei casi, non sono dipendenti da quadri psicopatologici, ma da schemi di comportamento più o meno condizionati da fattori biologici, psicologici e sociali che sanciscono il polideterminismo della condotta autolesiva

Ecco perché, nonostante in certi casi ci si trovi di fronte a situazioni di tale gravità da rendere indubbia l'induzione ad un gesto così drammatico, restano comunque oscuri aspetti che sono compartecipi nell'accadimento di tali gesti.

Ciò premesso, è necessario ricordare ciò che il codice italiano prospetta in proposito:

L'articolo 580 c.p. recita: “Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, se il suicidio avviene, è punito con la reclusione da cinque a dodici anni ...; da uno a cinque anni se dal tentativo derivi una lesione grave o gravissima. Se la persona istigata è minore di 18 anni, o inferma di mente o in condizioni di deficienza psichica la pena è aggravata; se è inferiore a 14 anni od incapace d'intendere e di volere si applicano le disposizioni relative all'omicidio (art. 575-577).

Se l'induzione al suicidio, sia con un invito diretto, o indiretto, causa uno stress emozionale alla vittima, per il mittente, anche se anonimo ed indefinito, può scattare un'aggravante, per le eventuali conseguenze,. Il social network (Facebook,, in particolare, Ask.fm.,o Twitter) consente una diffusione molto ampia di messaggi sgradevoli e sconvolgenti, tali da ferire e colpire soggetti fragili e ricettivi. E' dunque necessaria la massima attenzione e prudenza per quello che si scrive sul web, dato che chiunque può condividere i contenuti delle bacheche, per cui la piazza virtuale può nascondere più insidie di quella reale con conseguenze legali molto serie in caso di guai conseguenti a missive od a filmati inviati con intenti malevoli ed aggressivi., specialmente a persone fragili o a minori.

A tal proposito si riportano in via esemplificativa alcuni recenti fatti di cronaca

- 1) Caterina, di 25 anni, affetta da una grave malattia genetica ed in trattamento continuo con complesse malattie, dichiara su Face book che è ancora in vita grazie a medicine testate su animali. Viene sommersa da insulti ed inviti a suicidarsi, perché è peggio di una bestia. Fortunatamente la ragazza reagisce con fierezza e dignità..
- 2) Aury, di 14 anni, dopo aver ricevuto una serie d'insulti sul web (“faccia ovale; fai vomitare”), si butta dal sesto piano della sua casa.
- 3) Giacomo, di 16 anni, si uccide dopo continue persecuzioni ed offese dirette, o via sms e chat, perché gay.
- 4) Luciana, di 17 anni, vede su Youtube foto e filmati di suoi rapporti intimi con un ragazzo da cui si è da poco separata e, per la vergogna, tenta il suicidio

ingerendo molti psicofarmaci.

- 5) Karima, di 16 anni, sente il padre dirle che preferirebbe che si suicidasse piuttosto di essere disonorato dal rifiuto alle sue nozze promesse ad un connazionale (che non conosce ed è di oltre trent'anni più vecchio di lei). Si taglia le vene dei polsi e viene salvata per caso.
- 6) Rosita, di 16 anni, eccellente studentessa liceale, si suicida gettandosi dal tetto della sua scuola, dopo aver registrato un lungo messaggio di accusa verso i suoi genitori per pei troppi e continui divieti imposti che le hanno reso la vita impossibile. La Procura ha aperto un'inchiesta sul padre e la madre della ragazza per maltrattamenti psicologici ed istigazione al suicidio.

Ora, nell'affrontare un argomento così complesso come quello del suicidio o del t.s. degli adolescenti, si ha la sensazione che si sarebbe potuto e dovuto capire prima quanto poi è accaduto e riconoscere in tempo prodromi e i sintomi premonitori per evitarlo. Eppure si può sostenere, anche se questa affermazione è sgradevole, che, in realtà, negli adolescenti, questo gesto non è spesso prevedibile, nonostante che molti ritengano che il soggetto abbia commesso un gesto così disperato perché non supportato dall'aiuto necessario e non compreso al momento opportuno.

- 7) Bertrand Cantat, di 50 anni, leader di bande rock, dopo aver ucciso a pugno la compagna Marie Trintignant nel 2003, già nel 2007 ottiene la libertà condizionata e si riavvicina alla moglie, madre dei suoi due figli. Questa si suicida nel 2010, lasciando in segreteria telefonica un messaggio evocante la sua disperazione per i maltrattamenti subiti dal coniuge.
- 8) Due dirigenti di Telecom, Armando Bove ed Emanuele Insinna, implicati in un indagine di spionaggio su segreti di Stato, ed il sequestro di un Iman, con coinvolgimento del Sismi, si sono suicidati, (o li hanno suicidati?) per precipitazione, a qualche anno di distanza l'uno dall'altro, dopo una campagna stampa denigratoria feroce.
- 9) Un Prefetto di Perugia ha affermato, in una pubblica conferenza stampa, che una madre che non si accorge che il figlio è drogato, è fallita ed è meglio che si suicidi.. Si è giustificato affermando che è un tipico intercalare napoletano, ma questa scusa non lo ha salvato dalla rimozione dall'incarico.

#### Induzione ed eutanasia

Le decisioni liberamente determinate riguardanti la propria vita non sono per principio riferibili ad altri, né le loro attuazioni in gesti suicidari dovrebbero essere impedita da altri. Ciò nonostante, è noto che una diversa concezione della vita produce una diversa etica. Ciò che per alcuni una malattia assai grave è edificazione, per altri è tortura. Compito dello Stato è quello di partire

dalle diverse etiche dei cittadini e di proporre una legge ove tutti vedano riconosciuta la possibilità di vivere e di morire secondo la propria concezione del mondo. A tal proposito una questione preliminare riguarda la risposta alla seguente domanda: A chi appartiene la vita? A Dio, allo Stato, o all'individuo inteso come persona morale? E' evidente che la convinzione che ognuno ha su questo tema comporta di per sé un'opinione diversa sulle modalità in cui si possono esprimere le d.a.t. di fine vita, espressione usata per non parlare di testamento biologico dato che il testamento, invenzione del diritto romano, è l'atto con il quale l'individuo prolunga la sua volontà al di là della morte, disponendo implicitamente di un bene che ritiene in suo possesso.

La dichiarazione anticipata di trattamento dovrebbe contenere disposizioni anche in ordine alle cure palliative, alle terapie per il dolore, all'eventuale donazione del proprio corpo, o di organi o tessuti a scopo di trapianto, ricerca o didattica, alle modalità di sepoltura e all'assistenza religiosa richiesta o rifiutata e, inoltre, alla persistente attualità delle volontà espresse in passato (salvo eccezionali evoluzioni dello stato dell'arte), ed al carattere orientativo o vincolante delle stesse per il medico curante. In tal modo sarebbe consentito ad ogni persona di stabilire in piena coscienza cosa è disposta ad accettare per sé, una volta perse irreversibilmente e per tempi ragionevolmente lunghi coscienza e sensibilità, pur restando meccanicamente viva, oppure, accertate alcune condizioni, di rifiutare di sopravvivere in un modo sentito indegno per sé e intollerabile per i propri cari. In ogni caso è comunque opportuna la designazione di un fiduciario cui sia devoluto il compito di attuazione delle volontà di fine vita, e che possa, o meno, eventualmente modificarle se i progressi della scienza e della tecnica le rendessero obsolete.

La legge 6/2004 (art. 408 c.c.) prevede che possa essere designato da ogni persona, mediante un atto pubblico od una scrittura privata autenticata, un amministratore di sostegno, in previsione di una propria eventuale futura incapacità. L'amministratore di sostegno, che deve tutelare la cura della persona e non solo il suo patrimonio, deve rispettare e far rispettare le aspirazioni ed i bisogni del beneficiario (art 410 c.c.). L'a.d.s. deve agire nell'esclusivo interesse dell'incapace e, nella ricerca del “best interest”, e decidere non “al posto di”, o “per”, ma “con” l'incapace.

“Allorché taluno, avvalendosi della norma di cui all'art. 408, comma 2, del c.c. abbia designato un a.d.s. in previsione della propria ed eventuale incapacità futura, contestualmente esprimendo direttive di dissenso circa l'adozione di determinate terapie, ancorché salvifiche, detta volontà va rispettata. Il nominato a.d.s. ha così l'incarico di negare, in nome e per conto del beneficiario, il consenso autorizzativo per l'intervento salvifico... I poteri—doveri demandati in via sostitutiva andranno esercitati dall'a.d.s. alla ferma condizione che il beneficiario non manifesti, qualsivoglia ne siano le modalità

espresse, una volontà opposta a quella precedentemente manifestata quando ancora si trovava nel pieno possesso delle capacità cognitive.” (Tribunale di Modena, dec. 5 nov. 2008, G.T.Stanzani)

L' A.M.C.I. di Milano, con un comunicato stampa del 4 giugno 2008, è intervenuta sull'operato dell'a.d.s. (il marito) di una signora, che, in base a questa delibera del Tribunale di Modena” aveva rifiutato la tracheotomia della donna affetta da s.l.a., manovra indispensabile alla ventilazione forzata permanente, giudicandolo un esempio di rispetto della persona sofferente e di evitamento di cure inutili e sproporzionate.

Nel Catechismo è scritto che “l'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie, o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima.... Non si vuole così procurare la morte, ma si accetta di non poterla impedire”.

Il Concilio Vaticano II ha rovesciato la tradizione della Chiesa come potere sempre alleato dello Stato e ha invitato i cattolici ad un impegno responsabile nella società, uomini con altri uomini, con la fiducia riposta nel libero esercizio delle virtù cristiane e nell'incontro con gli uomini di buona volontà, senza distinzione di fedi.

La Chiesa, che afferma che negare il senso della vita conduce a negare il fondamento stesso su cui poggia: il riconoscimento della dignità delle persone a prescindere dalla loro situazione o dalle alterazioni che colpiscono le loro facoltà mentali (COMECE), in Italia, oggi invoca lo Stato per decisioni etiche, preferendo i diktat della legge ed i Tribunali alla compassione. Un approdo comune si raggiungerà solo se prevarranno l'amore cristiano ed un'etica condivisa.

Non tutti gli esponenti cattolici concordano però con la posizione rigida assunta dalla Chiesa cattolica in Italia sull'argomento. A parte la posizione contraria delle comunità di base, è interessante riportare la bozza di testamento biologico concordemente proposta dal Consiglio delle Chiese evangeliche in Germania e dai Vescovi cattolici tedeschi.

“Nel caso io non possa più esprimere, né manifestare le mie volontà, dispongo: Non devono essere intraprese nei miei confronti misure di prolungamento della vita se, secondo la migliore scienza e conoscenza medica, è attestato che queste sarebbero senza prevedibile miglioramento e che dilazionerebbero solo la morte. Trattamenti ed accompagnamenti medici, così come un'assistenza premurosa devono essere in questi casi indirizzati a ridurre i dolori, l'agitazione, l'affanno, la nausea, anche se non si possa escludere che il necessario trattamento antidolorifico possa abbreviare la vita. Vorrei morire con dignità e pace, per quanto possibile, vicino ed in contatto con i miei parenti, le persone care e nell'ambiente che mi è più familiare. La mia confessione di fede è .....

Per molti intellettuali e scienziati cattolici, sarebbe comunque necessario distinguere vita e vita umana, quest'

ultima contraddistinta, secondo San Tommaso, dalla presenza dell'anima razionale.

Il fine della creazione é la libertà perché solo dalla libertà può nascere il frutto più alto dell'essere che é l'amore. Ne deriva che la libertà é la logica della creazione e che la più alta dignità dell'uomo é l'esercizio della libertà consapevole deliberando anche su sé e il proprio corpo (V. Mancuso). La vita fisica va rispettata e difesa, ma non é il valore supremo e assoluto. Sopra di questo sta quello della dignità umana che, nella visione cristiana e di altre religioni, comporta un'apertura alla vita eterna che Dio promette all'uomo (Card. Martini).

In conclusione, le posizioni in tema di etica possono essere prese in due modi: in nome della verità e del dogma e con regole generali ed astratte; oppure, in nome della carità e della com-passione con atteggiamenti e comportamenti concreti. La carità é una virtù umana che trascende le divisioni delle ideologie e dei credi religiosi e filosofici che non ha bisogno né di potere, né di dogmi, né di condanne, ma si nutre di libertà e di responsabilità. Perciò, in quest'ambito, é necessario combattere gli atteggiamenti ideologici e la contrapposizione di valori che sono ostacoli insuperabili nella ricerca di comuni principi (Zagrebelsky), eliminare le diatribe tra un "partito della crudeltà" e un "partito della pietà", essere consapevoli del senso del limite e dare espressione a parole più adeguate, controllate e condivise con lo scopo di costruire e non solo di contraddire.

E' perciò necessario trovare su questo tema una soluzione di sintesi che garantisca le libertà individuali senza mortificare la sensibilità dei cattolici e senza delegittimare lo Stato, che, comunque, è tenuto a garantire parità di diritti a tutti i cittadini, quello delle terapie e quello della rinuncia alle terapie, ed inoltre a vigilare contro gli abusi.

Tra l'altro le culture oggi appaiono incrociate: i laici, con Croce, sanno "perché non possiamo non dirci cristiani" ed i cattolici, in cuor loro, sanno perchè non possono non darsi laici e cioè partecipi di una laicità che rispetti, dialoghi e riunisca, e non di una laicità che escluda e denunci, una laicità che sia ricerca ragionevole e possibile del bene comune e della "pietas" al di là del messianismo e delle passioni di parte e che tenga conto non solo della "pena" di morte, ma, quando necessario, anche della "pena" di vita.

Le d.a.t., che potrebbero apparire come una delega ad altri d'induzione al suicidio, devono costituire invece una conquista di civiltà ed uno strumento di libertà e responsabilità individuale atti a rafforzare l'alleanza terapeutica medico-paziente e a decretare la fine della medicina paternalistica e tecnocratica aprendo la via ad una medicina più umana nella quale anche le paure e il senso d'impotenza del malato e del medico abbiano un peso accanto alle loro volontà,, tenendo conto delle distinzioni radicali esistenti tra etica e diritto e tra tecnica

ed ideologia, così come del fatto che oggi il limite distintivo tra vita e morte non è così netto come in passato.

Piuttosto di una legge complicata che introduce vincoli, procedure e burocrazia per il cittadino e per il medico, é meglio non avere nessuna legge, essendovi già oggi, nella Costituzione e nei Codici, i fondamenti della validità del proprio testamento biologico. Tra l'altro é bene ricordare che la morte fa parte della vita, che si é un corpo ("leib") e che si ha un corpo ("Korper"), che quest' ultimo é un "prestito d'uso" e che dove finisce la speranza inizia il mistero che ogni persona deve potere affrontare in piena libertà secondo la propria sensibilità e coscienza.

Resta estremamente delicata ed ancora in attesa di definizione legale l'induzione all'autosoppressione nelle disposizioni anticipate di trattamento, che possono comportare conseguenze penali in chi le attua anche per amore, o per sopprimere una sofferenza insostenibile.. A Modena, in un processo svoltosi circa due anni fa ,un uomo, amministratore di sostegno della moglie affetta da sclerosi laterale amiotrofica e che, assecondando le sue "living will", aveva staccato il respiratore e cessata la nutrizione parenterale, determinandone la morte , è stato assolto con una sentenza che è stata approvata anche dall' Associazione dei medici cattolici di Milano. Non si deve comunque dimenticare che in alcune Nazioni (per esempio, la Svizzera), l'induzione, diventa attuazione di un'istanza suicidarla in apposite strutture che, per "giustificati" motivi, mettono in atto, legalmente, procedure per procurare in modo indolore il decesso del richiedente.

#### Violenze morali

Vi sono violenze subdole, continue, talora sadiche, sviluppate nell'ambiente domestico, di scuola o di lavoro (in questi ultimi casi, spesso con le caratteristiche del bullismo o del mobbing) che possono indurre gravi sofferenze alle vittime, tali da rendere loro impossibile il proseguimento della convivenza familiare, della scuola, o dell'attività.

Se tali violenze persecutorie, derisorie, offensive, degradanti, dequalificanti, impedenti ogni comunicazione e prive di rispetto e di ogni valorizzazione umana ed affettiva vengono messe in atto nel rapporto di coppia possono portare alla separazione, o ad una sofferta sotmissione masochista, o al suicidio.

Ci sono e ci sono state situazioni di gravissime discriminazioni e persecuzioni razziali, religiose, etniche, politiche che hanno indotto un numero notevole di persone al suicidio, preferendo una morte autoindotta al degrado, alla tortura, allo stupro, al tradimento della propria patria o dei compagni di fede ( basterebbe ricordare quanto è accaduto durante il nazismo e il fascismo nel confronto degli ebrei; nella Jugoslavia, recentemente, tra i vari Stati in cui si è frammentata, nelle dittature

più crudeli e feroci, come in Cile ed Argentina ,e ciò che succede ancora in Africa al momento attuale, tanto per citare fatti recenti e addirittura del giorno d'oggi).

#### Induzioni indirette al suicidio

Molte situazioni possono indirettamente istigare al suicidio persone predisposte. Senza entrare nello specifico, si vogliono citare:

- Questioni d'onore e fallimenti economici
- Disoccupazione e crisi finanziarie
- Disgregazioni familiari e matrimoniali
- Attivazione di sensi di colpa
- Derisione di soggetti con ferite narcisistiche
- Incidenza di perdite subentranti
- Incapacità a resistere a gravi coercizioni
- "Pietatis causa", per il peso sull'altrui vita
- Perdite rinfacciate di ruolo e di status
- Accuse di fallimento di obiettivi, o di missione
- Insostenibilità di vita in un istituzione totale

Al giorno d'oggi, c'è spesso una difficoltà mostruosa ad affrontare e a sopportare la vita e un'incapacità a comunicare con gli altri, a cominciare da chi divide la propria casa, il lavoro, l' habitat. C'è il peso delle utopie ,da una parte, che istigano ad identificare la vita con la felicità, il benessere, la ricchezza, la TV e, dall'altra, a negare l'esistenza delle difficoltà, delle crisi delle malattie, del declino, dei conflitti..Purtroppo questa insopportabile voglia di dimettersi dal mondo appare uno di segni peggiori della nostra epoca.

#### La professione dello psichiatra come fattore di rischio suicidario

Tra le molteplici critiche mosse al DSM-5, una delle più rilevanti riguarda l'inserimento delle condotte suicidarie come entità diagnostica di uno specifico disordine, il che aumenta le eventuali responsabilità legali dello psichiatra che per vari motivi abbia avuto a che fare con chi compie un gesto auto soppressivo.

Ciò non zé certo consolante se si pensa che già la psichiatria é una specialità a più alto rischio suicidario tra le professioni, perché in essa afferiscono talora persone a scopo autoterapico, o con tratti compulsivi-perfezionisti, o che si lasciano coinvolgere emotivamente dai pazienti, o hanno marcate aspirazioni di onnipotenza, o non riescono a smaltire le frustrazioni. Tra queste vi é anche un'aliquota più elevata, rispetto ad altri medici, dedita ad abuso di alcool, droghe e psicofarmaci. Anche se non si può sostenere che lo psichiatra, a seguito del continuo contatto coi malati, cada vittima di un particolare "contagio", é certo però che, nel continuo impatto con la malattia mentale, egli diventi diverso dalla persona che é, che era, o che era destinata ad essere.

Tra l'altro, può capitare che cada in depressione quando la conoscenza del paziente segnala una patologia molto seria, la scomparsa dei sintomi appare problematica ed ogni rapporto minaccia di dissolversi. Egli, allora, non

riuscendo a far evolvere la situazione, si sente costernato dall'ineluttabilità dell'insuccesso personale e professionale, dalla messa in discussione del suo sapere e da una crisi della sua esperienza. Può sentirsi allora travolto da una condizione ritenuta perduta, pericolosa e senza speranza. Questa disperazione, se ammessa e non negata, può tuttavia paradossalmente avere un effetto benefico sulla terapia in quanto, per una momentanea affinità dei contenuti psichici, può consentire un rapporto nuovo e più autentico, spoglio di ogni artificio, puntello e sostegno tecnico. Il più spesso, però, può portare lo psichiatra a compiere gesti inconsulti o ad abbandonare il campo per distanziarsi definitivamente dai malati. Sono molti i motivi, più o meno specifici di sofferenza professionale che possono aver favorito istanze suicidarie tra gli psichiatri, come talora si sono verificate, anche se probabilmente da considerare più cofattori che cause determinanti della messa in atto di gesti autosoppressivi:

- Difficoltà a conciliare le proprie istanze terapeutiche ed assistenziali con le limitazioni economiche ed organizzative.
- Timore del talora indispensabile ricorso ad interventi costringenti e violenti.
- Conflitti di interesse quando elicitati dalle stesse Aziende.
- Accuse e denunce infondate di malpratica e ingiustificate stigmatizzazioni da parte dei "mass-media".
- Demotivazione e crisi dei valori professionali e "burn out"
- Anedonia e perdita di interessi
- Mancanza di soddisfazione e di significato nel proprio lavoro
- Sentimento di non realizzazione e di spersonalizzazione
- Blocco delle relazioni sociali e chiusura mondana
- Perdita dell'autostima
- Caduta nella depressione, nella farmacofilia e nell'abuso di sostanze
- Insofferenza per una burocratizzazione eccessiva
- Mobbing lavorativo
- Procedimenti legali e/o disciplinari
- Freni ingiusti allo sviluppo di carriera
- Carico emotivo e stress eccessivi
- Insuccessi professionali
- Perdita dei contatti con il "mondo reale"
- Problemi affettivi e/o familiari
- Solitudine e isolamento
- "Helplessness" e "hopelessness" narcisistici

Oltre a questi fattori, non si devono trascurare altri sintomi di allarme:

- Contrasto tra il desiderio di proseguire la propria attività e l'impossibilità di farlo
- Turbamento per il suicidio di un paziente di cui forse si ritiene responsabile, o che tale lo potrebbe ritenere la famiglia del morto



- Recenti frustrazioni nella professione, nel ruolo o nei guadagni; ferite nell’orgoglio e negli affetti; complicazioni legali
- Rinuncia ad ogni contatto con amici e a nuovi progetti, magari con esplosione di un iperattivismo, talora supportato da un abuso di alcol e di psicofarmaci
- Accenni frequenti all’irreversibilità del tempo vissuto e al disgusto per un mondo considerato estraneo ed opprimente.
- Conflittualità attivata dalle identificazioni con l’aggressore (la società) o l’aggredito (il malato), vissuti di volta in volta con attributi intercambiabili.
- Tipo di relazione col malato, non solo coinvolgente, ma talora anche travolgente, soffocante, divorante ed invasiva di spazi e tempi personali.
- Mancanza di punti di riferimento solidi e costanti (scientifici, culturali, ideologici, politici, ecc.) per un’operatività definita una volta per tutte.
- Incertezze e i dubbi sui fini e sui compiti della professione.
- Dispersione di energie in campo professionale a scapito di altri rapporti (personali, familiari, sessuali, ecc.).
- Inevitabile impatto con situazioni rievocanti o riecheggianti conflitti rimossi o repressi, tenuto conto che “il paziente è il creditore, l’accusatore, il super-Io del terapeuta e questi é il suo debitore” (*Racker*).
- Relazioni spesso difficili e conflittuali con i familiari dei malati, altri operatori e i colleghi.
- Insufficiente tempo a disposizione per lo studio, l’aggiornamento, la formazione, la ricerca.

Spesso gli specialisti adottano, nei confronti di un collega che si rivolge loro per una s. depressiva, o con istanze suicidarie, un atteggiamento banalizzante, paternalistico e disimpegnato. In più, oltre la sottovalutazione dei sintomi, talora affidano la terapia, la verifica dei risultati e la frequenza dei controlli alla discrezionalità dell’interessato (cosa che non farebbero mai con altri pazienti). D’altra parte, in genere, lo psichiatra tende a mascherare i sintomi, a non accettare la malattia o ad attribuirla a fattori non pertinenti o irrilevanti, rifiuta le cure o é incostante nel proseguirle, mira a portare sul piano somatico ogni sofferenza psichica e ha una profonda avversione a consultare un collega di cui teme la scarsa riservatezza, l’insensibilità, le attitudini derisorie. Quando ciò accade, non vi è dubbio che vi sia una responsabile, anche se involontaria, induzione al suicidio.

## COMICA FINALE

### Alcuni consigli motivati per indurmi al suicidio da parte di colleghi “amici”

Dopo tante tristi considerazioni depressogene, senza staccarsi dall’argomento, parafrasando *Topor*. si ritiene

opportuno riportare, a conclusione del lavoro, alcuni suggerimenti d’ induzione al suicidio ,propostemi da alcuni psichiatri che mi conoscono da molto tempo:

- Per dimostrare che non sono ancora morto
- Per smentire il mio oroscopo
- Per fare festa il 2 novembre
- Per arrestare la caduta dei capelli
- Per attivare sensi di colpa nel mio analista
- Per far fuori un ebreo, come tutti vorrebbero
- Per lasciare una vedova ancora ruspante
- Per impedire ad altri medici di farmi morire
- Per fregarmene del carovita
- Per non ricevere più le chiamate dei “call center”
- Per far largo ai giovani
- Per non far tornare i conti dell’ultimo censimento
- Per fare la stessa fine di Werther, in modo che non si dubiti che sono colto
- Per non sentirmi più solo
- Per finalmente ricominciare da zero
- Perché una buona percentuale della popolazione é favorevole alla pena di morte
- Per appartenere alla maggioranza silenziosa
- Per avere l’ultima parola
- Per scoprire se c’è la metempsicosi
- Per rinnovare la cerchia di amici
- Per dimagrire senza dieta e senza farci caso
- Perché sono una specie in estinzione non protetta
- Per accertare se sono o meno immortale
- Per liberarmi definitivamente dalla forfora
- Per avere una bocca in meno da sfamare
- Per pronunciare in extremis la bellissima frase preparata da tempo

*Esistono delle Agenzie che possono dare utili suggerimenti per suicidarsi in modo indolore. La clientela é numerosa, ma deve continuamente rinnovarsi. Alcuni atti autosoppressivi suscitano stupore ed offrono uno spettacolo emozionante Tuttavia sarebbe imbarazzante se qualcuno chiedesse il bis. Comunque mai fare oggi ciò che puoi rimandare a domani!!!*

### Conclusioni

Al di là di ogni autoironia, il s. o il t.s. di una persona, soprattutto se adolescente, indotti da motivi o modalità le più varie, devono essere interpretati e compresi alla luce del romanzo di una esistenza travagliata, sofferta e piena di contraddizioni, ma anche dotata di risorse e speranze probabilmente disprezzate o deluse. Per questi motivi, attivando nuovi canali comunicativi, deflazionando le tensioni, le conflittualità e le sofferenze, lasciate alle spalle la disperazione e la sfiducia, si deve tentare di giungere alla scoperta e alla reinvenzione di una realtà meno drammatica, in modo da prevenire ed impedire atti così tragici di non ritorno. Perciò bisogna cercare di contrastare gli intenti aggressivi, derisori od offensivi che possono indurre al suicidio persone fragili,

malate, con disagi esistenziali, dove il livello di “hopelessness”, non può essere compensato da alcun fattore di protezione.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 ) W.H.O.Suicide Prevention(SUPRE).www.who.int.
- 2) Oquendo M.A., Baca-Garcia E:Suicidal behavior disorder as a diagnostic entità in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. Worrl d Psychiatry, 13,128, 2014.
- 3 ) Volterra V.:Gli adolescenti che tentano il suicidio: disperazione e speranza. NOOS 4, 257, 2004.
- 4) Camus A.: Il mito di Sisifo. Bompiani, Milano, 2001
- 5) Freud S. (1915): Lutto e melancolia. Trad. it. Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino, 1976.
- 6) Volterra V.: La ricostruzione del romanzo degli adolescenti che tentano il suicidio. Formazione e società, 20,119, 1988.
- 7) Volterra V. La depressione del medico e dello psichiatra. Atti del Congresso “Psichiatria Messsianensia ,I ,3, 1979 .
- 8) Searles H.F: I sentimenti di colpa dello psicoanalista. Psicoter. Sc. Umane, 6, 1, 1968.
- 9) Volterra V.: Luci ed ombre sul testamento biologico. Atti del Convegno su “Disposizioni anticipate di trattamento ed eutanasia”, 58, Paternò, 2010.

Antonio Tundo\*, Joseph R Calabrese\*\*, Liliana Dell’Osso\*\*\*, Roberta Necci\*, Luca Proietti\*, Rocco De Filippis\*

## Eterogeneità dei disturbi bipolari: il caso della ciclicità continua

Heterogeneity of bipolar disorder: the case of continuous cyclical  
?????????Ho tradotto da google

<b>Riassunto</b> Obiettivi: Obiettivo di questo studio prospettico è verificare se i pazienti con disturbo bipolare e pattern di decorso ciclico continuo (CC) si differenziano in modo significativo da quelli con pattern di decorso non ciclico continuo (NCC) per caratteristiche cliniche e risposta al trattamento profilattico. CC è stato definito come un’alternanza di depressione e (ipo)mania senza un intervallo libero superiore a 1 mese, NCC come un’alternanza di (ipo)mania-depressione o depressione-(ipo)mania e un intervallo di durata superiore a 1 mese . Metodo: Il campione include 140 pazienti con un disturbo bipolare I o II secondo i criteri DSM-IV, di età compresa tra i 18-65 anni e in terapia profilattica da almeno un anno. Il trattamento era stabilito in base alle linee guida internazionali e alla pratica clinica al momento dell’arruolamento dei pazienti (da Gennaio 1998 a Gennaio 2006). Outcome primario era l’assenza di nuovi episodi nel corso del follow-up. Il livello di significatività è stato fissato a p<.05 Risultati: Il 28% del campione aveva un decorso CC. In confronto ai NCC, i pazienti CC avevano un’età maggiore, un esordio tardivo, un maggior numero di episodi totali, depressivi e (ipo)maniacali, un maggior numero di switch e nell’anno precedente l’ingresso nello studio trascorrevano più tempo in malattia. La polarità di esordio e delle successive recidive era più frequentemente mista nei pazienti NCC che in quelli CC. La percentuale di pazienti senza ricadute durante il follow-up era significativamente inferiore nel gruppo CC rispetto a quella del gruppo NCC. Conclusioni: La presenza o l’assenza di intervalli liberi identifica due sottotipi di disturbo bipolare che si differenziano per presentazione clinica, prognosi e risposta ai trattamenti profilattici.	<b>Summary</b> Objective: This prospective study aims to determine if patients with bipolar disorder with a continuous circular course (CC) are significantly different on clinical characteristics and response to long-term treatment from those with a non-continuous circular course (NCC). CC was defined as the alternation of depression and (hypo)mania without a free interval of at least 1 month, and NCC as the presence of free intervals after the sequence mania-depression or depression-mania. Method: The study sample includes 140 consecutive patients with bipolar I or II disorder according to DSM-IV criteria, aged 18-65 years and receiving prophylactic treatment for ≥1 year. Treatment was based upon international guidelines and clinical experience at the time of patient’s enrollment (from January 1998 to January 2006). Primary outcome was the absence of new episodes during the follow-up. Significance level was set at p<.05. Results: Twenty-eight percent of the sample has CC. Compared with NCC, CC patients were older, had a later onset, a higher number of total, depressive and (hypo)manic episodes, and of switches, and spent a higher percentage of time ill in the year before entering the study. Polarity at onset and subsequent recurrences were more frequently mixed in NCC than in CC patients. The proportion of patients in the CC group who had no recurrences during the follow-up was significantly lower than in the NCC group. Conclusion: The presence or absence of a free intervals over the course of illness identifies two subtypes of bipolar disorder that differ in clinical presentation, outcome, and response to long-term treatment.
<b>Parole chiave:</b> Disturbi bipolari, Fenomenologia, Decorso, Terapia profilattica, Esito	<b>Key Words:</b> Bipolar disorders, Phenomenology, Course, Long term treatment, Outcome.

### Introduzione

Nell’ultimo decennio diversi autori hanno ipotizzato che i disturbi bipolari costituiscono una categoria diagnostica eterogenea per sintomatologia, decorso e prognosi, ma i fattori che sottendono questa variabilità sono ancora scarsamente conosciuti<sup>1</sup>. Sul piano psicopatologico, ad oggi l’attenzione è stata puntata principalmente sull’età di esordio<sup>2-3</sup>, sulla polarità di esordio<sup>3</sup> e sulla polarità prevalente<sup>4</sup> mentre non sono state indagate altre variabili potenzialmente influenti come, per esempio, i pattern di decorso. A questo proposito nel 1980 Koukopoluols et al<sup>5</sup>, riprendendo le osservazioni di Ju-

les Baillarger<sup>6</sup>, uno psichiatra e fenomenologo francese della metà dell’800, rilevò che oltre un terzo dei pazienti con disturbo bipolare ha un pattern di decorso senza intervalli liberi (o “ciclico continuo”) e che questi pazienti presentano una scarsa risposta ai sali di litio. Successivamente altri autori hanno confermato che tra il 6% e il 38% (in media 27%) dei disturbi bipolari ha una presentazione a cicli continui<sup>7-10</sup> e che l’assenza di intervalli liberi predice una ridotta sensibilità al trattamento profilattico con litio<sup>7-9, 11</sup>. Obiettivo di questo studio prospettico è verificare se i pazienti con disturbo bipolare a cicli continui (CC) dif-

feriscono significativamente da quelli con pattern non ciclico continuo (NCC) per caratteristiche psicopatologiche e cliniche, per prognosi e per risposta non solo al litio ma anche alle più moderne e complesse terapie profilattiche (sali di litio e/o antiepilettici e/o antipsicotici atipici)<sup>12</sup>.

### Materiali e metodi

C a m p i o n e  
Nello studio sono stati inclusi tutti i pazienti consecutivamente osservati tra il Gennaio 1998 e il Gennaio 2006 presso l’Istituto di Psicopatologia di Roma, uno centro privato specializzato nel trattamento dei disturbi dell’umore e d’ansia. Criteri di inclusione erano: 1) età compresa tra i 18 e i 65 anni; 2) diagnosi di disturbo bipolare di tipo I o II secondo i criteri DSM-IV<sup>13</sup>; 3) essere in trattamento profilattico presso l’Istituto da almeno un anno. Questo terzo criterio era motivato dalla necessità di confermare prospetticamente il pattern di decorso e di valutare l’efficacia del trattamento profilattico dopo un adeguato periodo di assunzione.

#### Assesment

Tutti i soggetti erano valutati dal primo autore (AT) mediante un’intervista semi strutturata svolta sul modello della sezione relativa ai disturbi dell’umore della SCID I<sup>14</sup>. Nel corso della prima visita erano raccolte informazioni sulle caratteristiche demografiche (età, sesso, stato civile e occupazione) e cliniche (età e polarità di esordio, durata di malattia, numero e polarità dei precedenti episodi, presenza di sintomi psicotici e di *switch*, comorbidità *lifetime* di Asse I, tipo di disturbo bipolare (I o II) e di ciclo) di ciascun paziente e sui trattamenti seguiti in precedenza. Nelle visite di controllo (almeno 4 per anno) si ricostruiva insieme al paziente e ai familiari, quando disponibili, l’evoluzione del disturbo (numero, polarità e durata delle recidive, ospedalizzazioni e tentativi di suicidio) e l’adesione alle cure. Le recidive maniacali, ipomaniacali, depressive e miste erano definite in base ai criteri del DSM IV. Si consideravano “aderenti al trattamento” i pazienti che avevano assunto, nel periodo considerato, almeno il 75% della terapia prescritta. La gravità di malattia era valutata mediante la *Clinical Global Impression scale - severity of Illness* modificata per il disturbo bipolare (CGI-BP-s)<sup>15</sup> somministrata ad ogni visita dal primo autore (A.T.). In accordo con Koukopoulos et al.<sup>5</sup> venivano distinti quattro pattern di decorso: 1) MDI (il ciclo comincia con un episodio (ipo)maniacale, seguito da depressione e quindi da un intervallo libero), 2) DMI (il ciclo comincia con un episodio depressivo seguito da (ipo)mania e da un intervallo libero), 3) CC (episodi di depressione e di (ipo)mania si alternano in assenza di un intervallo libero da sintomi di almeno un mese), 4) IRR (la sequenza di depressione, (ipo)mania e di intervalli liberi è irregolare). Come suggerito da Koukopoulos et al.<sup>5</sup>, il decorso CC era a sua volta distinto in due sottotipi, a

lunghi cicli (CC-LC) con meno di due cicli per anno, e a brevi cicli (CC-BC) con due o più cicli per anno. Per gli scopi di questo studio erano inclusi nella definizione di CC i pazienti con cicli continui lunghi e brevi e nella definizione NCC i pazienti con cicli DMI, MDI, e IRR. Tutti i pazienti avevano fornito un consenso scritto informato per l’utilizzo in forma anonima dei loro dati clinici e la ricerca era stata approvata dal comitato etico locale.

#### Trattamento

Il trattamento farmacologico era prescritto dal primo autore (A.T.) in base all’esperienza clinica e alle linee guida internazionali dell’epoca in cui il paziente era incluso nello studio<sup>16-18</sup>. In prima istanza era utilizzato uno stabilizzatore dell’umore (sali di litio, acido valproico o carbamazepina); in caso di risposta insufficiente si ricorreva ad una combinazione di due stabilizzatori. Se la risposta continuava ad essere insoddisfacente si aggiungeva un terzo stabilizzatore oppure uno dei farmaci era sostituito con lamotrigina (prevalenti ricadute depressive), nimodipina (prevalenti ricadute maniacali), gabapentin (comorbidità ansiosa) o topiramato (comorbidità con bulimia). Quando necessario la terapia stabilizzante era integrata con un antidepressivo (episodio depressivo acuto o recidive prevalentemente depressive) o con un antipsicotico (episodio maniacale o misto acuto o recidive prevalentemente maniacali o miste). Gli antidepressivi non erano prescritti nei pazienti con pattern CC-BC, corrispondente alla diagnosi DSM IV di rapida ciclicità<sup>19</sup>, poiché in questi pazienti si sospetta aumentino la frequenza delle recidive<sup>20-21</sup>.  
*Risposta al trattamento a lungo termine*  
Outcome primario era è l’assenza di nuovi episodi durante il follow-up, outcome secondari la riduzione ≥ 50% del numero di episodi nel confronto ultimo anno di follow-up versus anno precedente l’ingresso nello studio, la riduzione ≥ 50% del tempo trascorso in malattia nel confronto ultimo anno di follow-up versus anno precedente l’ingresso nello studio e un punteggio alla CGI-BP-s ≤ 2 nell’ultimo anno di follow up.

#### Analisi statistiche

Le caratteristiche demografiche e cliniche e la risposta alle cure dei pazienti CC e NCC erano confrontate mediante il test  $\chi^2$  per le variabili categoriali e mediante t-test o Mann-Whitney (M-W) test per le variabili continue. In particolare il M-W test era usato quando la distribuzione delle variabili era asimmetrica. Per le variabili categoriali con più di 2 categorie risultate significative al test  $\chi^2$  si effettuava una post-hoc analisi. In ragione della natura esplorativa dello studio, il livello di significatività era fissato a .05. I dati erano analizzati mediante SPSS, versione 17.

### Risultati

Nello studio sono stati inclusi 140 pazienti, 77 (55%) bipolari I e 63 (45%) bipolari II. Il pattern di decorso era MDI in 24 casi (17%), DMI in 35 (25%), IRR in 42



(30%), CC in 39 (28%) [CC-LC in 20 casi (14%) e CC-BC in 19 (14%)]. Dodici dei 39 pazienti CC (31%) (8 CC-LC e 4 CC-BC) avevano questa modalità di decorso sin dall'esordio mentre 23 (59%)(8 CC-LC e 14 CC-BC) prima di diventare CC avevano avuto un differente tipo di ciclo (4 MDI, 17 DMI, 2 IRR) per un periodo medio di 10,3 anni (range 1-30 anni). In 4 pazienti (10%) (1 CC-LC e 3 CC-BC) non era possibile stabilire il ciclo di esordio. Come riportato in Tabella 1, i due gruppi differiscono significativamente per caratteristiche socio-demografi-

Tavola 1: Caratteristiche demografiche e cliniche del campione			
	NCC (n= 101)	CC (n= 39)	
Variabile			p
Età (anni), media (DS)	36.8 (11.9)	45.7 (14.2)	<0.001
Uomo, N (%)	46 (45.5)	13 (33.3)	0.19
Sposato, N (%)	46 (45.5)	24 (61.5)	0.09
Impiego tempo pieno, N (%)	91 (90.1)	37 (94.9)	0.36
D. Bipolare I	57 (56.4)	20 (51.3)	0.58
Comorbidità life time			
Asse I, N (%)	52 (51.5)	22 (56.4)	0.156
Abuso alcol sostanze, N (%)	22 (21.8)	2 (5.1)	0.19
Età esordio (anni), media (DS)	25.9 (10.4)	32 (10.6)	0.003
Polarità I episodio*			0.024
Depressione, N (%)	49 (48.5)	26 (66.7)	
Mania, N (%)	22 (21.8)	8 (20.5)	
Ipo mania, N (%)	1 (1.0)	2 (5.1)	
S. misto, N (%)	29 (28.7)	3 (7.7)	
Durata del disturbo (mesi), media (DS)	125.4 (111.3)	158.5 (144.3)	0.15
Precedenti episodi			
(Ipo)mania, mediana	0	1	<0.001
Depressione, mediana	1	2	<0.001
S. misto, mediana	0	0	0.08
Totale, mediana	1	3	<0.001
Episodi deliranti, N (%)	58 (57.4)	16 (41.0)	0.144
Switch, N (%)	17 (16.8)	32 (82.1)	<0.001
Abbreviazioni: NCC= non-cicli continui; CC= cicli continui.			
*post-hoc analisi: episodi misti NCC>CC, p<0.05			

che, cliniche e di decorso. In particolare, i pazienti CC, confrontati con quelli NCC, avevano un'età maggiore, un'età di esordio più tardiva, un maggior numero di episodi depressivi, (ipo)maniacali e totali e una maggiore frequenza di switch (cioè, passaggio diretto da (ipo)mania a depressione o viceversa). La polarità di esordio era più spesso mista nel gruppo NCC rispetto al gruppo CC. Nell'anno precedente l'entrata nello studio (Tabella 2) il numero di episodi (ipo)maniacali, depressivi e totali, la durata media degli episodi (ipo)maniacali, la percentuale di tempo trascorso in malattia e la gravità di malattia (per come misurata con la CGI-BP-s) erano maggiori nel gruppo CC rispetto al gruppo NCC. Al contrario, il numero e la durata media degli episodi misti e la durata media di tutti gli episodi erano significativamente superiori nei pazienti NCC. Non c'erano differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il tempo intercor-

so tra l'esordio della malattia e il primo trattamento con stabilizzatori dell'umore [60 mesi (range 4-540) per i CC e 70 mesi (2-528) per gli NCC, p=0,700], la durata del follow-up (49.0 ± 32.3 mesi per i CC e 45.4 ± 25.0 mesi per gli NCC, p=0.484), la percentuale di drop-out (28.2% per i CC e 14.9% per gli NCC, p=0.069) e l'aderenza alla terapia (76.9% per i CC e 87.1% per gli NCC, p=0.137). Il numero medio di precedenti terapie antidepressive era significativamente maggiore nel gruppo CC rispetto al gruppo NCC [6 (range 0-55) per i CC e 2 (range 0-30) per gli NCC, p=0.002].

Il trattamento stabilizzante seguito non differiva significativamente nelle due sottopopolazioni ad eccezione della più frequente prescrizione di lamotrigina e nimodipina nel gruppo CC (Tabella 3). Per quanto riguarda la risposta alle cure, la percentuale di pazienti senza recidive durante il follow up (outcome primario) era più bassa nel gruppo CC mentre non c'era una differenza significativa tra i due gruppi per risposta agli outcome secondari.

Discussione

La percentuale di pazienti con un decorso CC nel nostro campione (28%) è in linea con i dati della letteratura (6%-38%) e conferma che oltre 1/4 di coloro che soffrono di disturbo bipolare ha un'alternanza di episodi (ipo)maniacali e depressivi senza intervalli liberi superiori a un mese<sup>5, 7-10</sup>. Anche il rapporto 1:1 tra ciclicità continua a brevi e a lunghi cicli nel nostro campione è simile a quello riportato da altri autori<sup>5,9</sup>.

I risultati del presente studio confermano che i disturbi bipolari sono una categoria diagnostica eterogenea e dimostrano l'importanza di considerare, accanto ad altri fattori<sup>2-4</sup>, la presenza/assenza di intervalli liberi che differenzia due sottopopolazioni con importanti differenze sul piano clinico, prognostico e terapeutico.

Sul piano clinico, l'assenza di intervalli liberi identifica

Tabella 2: Numero e durata degli episodi nell'anno prima di entrare nello studio			
	NCC (n= 101)	CC (n= 39)	
Variabile			p
(Ipo)mania, mediana	0	1	<0.001
(Ipo)mania durata (mesi), mediana	0	2	0.001
Depressione, mediana	1	2	<0.001
Depressione durata (mesi), mediana	3	3	0.132
S. misto, mediana	0	0	0.029
S. misto durata (mesi), mediana	0	0	0.003
Episodi totali, mediana	1	3	<0.001
Durata degli episodi (mesi), mediana	4	3	0.003
% tempo in malattia, media (DS)	65.8 (25.9)	89.3 (23.2)	<0.001
CGI-BP-s, media (DS)	5.1 (0.8)	5.7 (0.9)	<0.001
Abbreviazioni: NCC= non-cicli continui; CC= cicli continui;			
CGI-BP-s= Clinical Global Impression scale severity of illness modificata per i disturbi bipolari.			

un sottogruppo di pazienti con la polarità di esordio e quella delle successive recidive raramente di tipo misto e con un elevato rischio di switch. L'osservazione che gli stati misti sono più rari nei soggetti CC rispetto a quelli NCC suggerisce, come peraltro proposto da altri autori<sup>22-23</sup>, che la tendenza alle ricadute e alla presentazione mista degli episodi siano sottese da una differente

polarità I e II ambulatoriali; b) la valutazione del decorso e della ciclicità era retrospettiva nello studio di Azorin, prospettica nel nostro; c) per la definizione di ciclicità continua era richiesta l'assenza di intervalli liberi superiori a due mesi nello studio di Azorin, a un mese nel nostro.

Sul piano prognostico, l'assenza di intervalli liberi identifica una sottogruppo di pazienti con un'alta frequenza di recidive che trascorre la maggior parte del tempo in malattia (circa l'80% nell'anno precedente l'ingresso nello studio). Tale evoluzione sfavorevole sembra da attribuire specificamente al pattern ciclico continuo di decorso poiché altre variabili, generalmente correlate ad una prognosi negativa<sup>1,24</sup>, sono più frequenti nel sottogruppo NCC (esordio precoce) o egualmente distribuite nei due gruppi (sintomi psicotici, comorbidità di Asse I, abuso di alcool/sostanze).

Sul piano terapeutico, l'assenza di intervalli liberi individua un sottogruppo di pazienti con una risposta insufficiente ai più moderni e complessi trattamenti profilattici (litio e/o antiepilettici e/o antipsicotici atipici). Risposta insufficiente non significa tuttavia non risposta come dimostrato dal fatto che i due gruppi studiati, CC e NCC, non differivano significativamente per quanto riguarda gli outcome secondari. In altre parole, nei pazienti con pattern di decorso CC le terapie profilattiche oggi disponibili consentono una riduzione della frequenza di ricadute e del tempo trascorso in malattia ma raramente il raggiungimento di una completa remissione.

Per quanto riguarda la patogenesi della ciclicità continua, è stato ipotizzato che rappresenti un'evoluzione sfavorevole del pattern NCC provocata da fattori esogeni, in particolare iatrogeni.

Tabella 3: Terapie durante il follow-up*			
	NCC (n= 101)	CC (n= 39)	p
Stabilizzatori dell'umore			
Litio, N (%)	78 (77.2)	33 (84.6)	0.334
Litio dose (mEq/l), media (DS)	0.6 (0.1)	0.6 (0.1)	0.177
Ac. Valproico, N (%)	34 (33.7)	24 (61.5)	0.003
Ac. Valproico dose (mg/die), media (DS)	422 (197)	455 (194)	0.539
Carbamazepina, N (%)	34 (33.7)	12 (30.8)	0.744
Carbamazepina dose (mg/die), media (DS)	529 (154)	533 (196)	0.944
Gabapentina, N (%)	22 (21.8)	5 (12.8)	0.142
Gabapentina dose (mg/die), media (DS)	759 (257)	900 (212)	0.268
Topiramato, N (%)	10 (9.9)	2 (5.1)	0.366
Topiramato dose (mg/die), media (DS)	150 (40.8)	125 (35.4)	0.442
Lamotrigina, N (%)	2 (2)	4 (10.3)	0.030
Lamotrigina dose (mg/die), media (DS)	137 (88)	81 (23)	0.254
Nimodipina, N (%)	1 (1)	5 (12.8)	0.002
Nimodipina dose (mg/die), media (DS)	60	66 (19)	0.793
Combinazioni			
2 o più stabilizzatori, N (%)	22 (21.8)	10 (25.6)	0.14
Antidepressivi			
Triciclici, N (%)	20 (19.8)	13 (33.3)	0.091
Triciclici dose (mg/die), media (DS) <sup>1</sup>	95.3 (43.6)	89.3 (35)	0.674
SSRI, N (%)	36 (35.6)	13 (33.3)	0.797
SSRI dose (mg/die), media (DS) <sup>2</sup>	34 (20.1)	30.7 (13.8)	0.575
Antipsicotici			
Tipici, N (%)	14 (13.9)	3 (7.7)	0.316
Tipici dose (mg/die), media (DS) <sup>3</sup>	2.4 (2.5)	1 (0)	0.479
Atipici, N (%)	31 (30.7)	7 (17.9)	0.128
Atipici dose (mg/die), media (DS) <sup>4</sup>	7.4 (6.6)	6.1 (2.8)	0.602
Abbreviazioni: NCC= non-cicli continui; CC= cicli continui.			
*percentuale superiore a100 perché alcuni partecipanti assumevano più di un farmaco;			
<sup>1</sup> imipramina equivalente; <sup>2</sup> fluoxetina equivalente; <sup>3</sup> alopèridolo equivalente;			
<sup>4</sup> olanzapina equivalente.			

predisposizione genetico-biologica. Il significato di questa osservazione necessita di ulteriori approfondimenti.

I nostri risultati si discostano da quelli dello studio di Azorin e coll.<sup>10</sup> in cui l'assenza di intervalli liberi era significativamente correlata allo stato civile (single o divorziato), ad un più lungo intervallo di tempo tra esordio del disturbo e inizio del trattamento stabilizzante, ad un maggior numero di ospedalizzazioni, alla presenza di sintomi psicotici incongrui in fase maniacale e alla comorbidità con disturbo di panico o ansia generalizzata. Differenze metodologiche e di selezione del campione potrebbero giustificare le incongruenze di risultati tra le due ricerche: a) lo studio di Azorin era condotto su pazienti bipolari I in regime di ricovero mentre il nostro su pazienti bi-

Tabella 4: Risposta al trattamento profilattico			
	NCC (n= 101)	CC (n= 39)	p
Outcome primario			
No nuovi episodi nel follow-up, N (%)	38 (37.6)	6 (15.4)	0.011
Outcome secondari			
Riduzione ≥ 50% episodi, N (%) <sup>1</sup>	74 (73.3)	24 (61.5)	0.175
Riduzione ≥ 50% tempo malattia, N (%) <sup>1</sup>	58 (57.4)	29 (74.4)	0.064
CGI-BP-s ≤ 2,ultimo anno follow-up, N (%)	63 (62.4)	20 (51.3)	0.231
Abbreviazioni: NCC= non cicli continui; CC= cicli continui;			
CGI-BP-s= Clinical Global Impression scale, severity of illness modificata per i disturbi bipolari.			
<sup>1</sup> Ultimo anno di follow up versus anno precedente l'ingresso nello studio.			



A questo proposito, Azorin et al<sup>10</sup> hanno suggerito che l’accelerazione dei cicli fino alla scomparsa degli intervalli liberi è spiegabile attraverso un meccanismo di *kindling*, cioè un processo di sensibilizzazione, causato da un ritardato avvio della terapia stabilizzante nei pazienti con esordio precoce e lunga durata di malattia. I nostri risultati non supportano l’ipotesi del *kindling* perché, in confronto con gli NCC, i pazienti CC hanno un esordio più tardivo, stessa durata di malattia e non differiscono in quanto a tempo intercorso tra esordio del disturbo e inizio del trattamento profilattico.

Altri autori<sup>5,9</sup> hanno ipotizzato che la ciclicità continua è conseguenza di un’eccessiva esposizione a terapie antidepressive. I nostri dati sono parzialmente compatibili con questa ipotesi in quanto il numero di cicli di antidepressivi prima dell’ingresso nello studio era maggiore nei soggetti CC rispetto a quello dei soggetti NCC. Tuttavia, considerando che la ciclicità continua era stata descritta in epoca pre-farmacologica, come riportato da diversi autori francesi,<sup>6,25-26</sup> e che circa 1/3 dei pazienti CC presenta questo tipo di pattern di decorso fin dall’esordio, come indicato da Koukopoulos et al.<sup>5</sup> e dal presente studio, molto probabilmente l’uso di antidepressivi rappresenta una concausa e non è sufficiente da sola a spiegare la completa scomparsa degli intervalli liberi.

Quest’ultima considerazione ci consente di formulare una nuova ipotesi patogenetica, ovvero che la presenza/assenza di intervalli liberi connoti due diversi sottotipi di disturbo bipolare con, almeno in parte, basi genetiche e biologiche differenti.

Questa nostra ipotesi è indirettamente supportata da due dati emersi dal presente studio: 12 su 39 pazienti con ciclicità continua avevano questo pattern di decorso sin dall’esordio della malattia, quindi indipendentemente dall’uso di antidepressivi; le differenze tra CC e NCC non riguardano solo il decorso ma anche diverse altre variabili psicopatologiche. Un sostegno, sempre indiretto, all’ipotesi di una specifica predisposizione genetico-biologica viene dalle osservazioni di Gershon et al.<sup>27</sup> e di Fislafen et al.<sup>28</sup> i quali hanno evidenziato che la frequenza delle recidive nel disturbo bipolare costituisce un tratto familiare.

Il nostro studio presenta diversi limiti che devono essere tenuti in considerazione. Le informazioni relative a età di esordio, polarità del primo episodio, durata di malattia, numero e polarità degli episodi precedenti all’ingresso nello studio e precedenti trattamenti sono stati rilevati in modo retrospettivo e sono quindi possibili errori di rievocazione. Il trattamento durante il follow-up era di tipo naturalistico.

Siamo certi che la validità dei nostri risultati abbia un peso maggiore dei limiti dello studio il quale contribuisce ad una più puntuale caratterizzazione dei pazienti con disturbi bipolari per come si osservano nel *real world* e fornisce informazioni utili al clinico per la loro gestione. In particolare, conferma l’ipotesi di Baillarger

e la nostra impressione clinica che la presenza/assenza di un intervallo libero identifica due differenti forme di disturbo bipolare e dimostra che queste due forme presentano chiare differenze sul piano psicopatologico, clinico, prognostico e di risposta alle terapie profilattiche. In considerazione della particolare rilevanza clinica del tema, sono auspicabili ulteriori studi per approfondire e spiegare le differenze tra CC e NCC e per identificare i mediatori biologici e genetici di questi differenti pattern di decorso.

Questo studio è stato finanziato dalla “Fondazione dell’Istituto di Psicopatologia Onlus”, Roma (Italia)

\* *Istituto di Psicopatologia – Roma (Italia)*

\*\* *Department of Psychiatry, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio (USA)*

\*\*\**Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa (Italia)*

## BIBLIOGRAFIA

- Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Second Edition. Oxford University Press, New York, NY, 2007
- Baldessarini RJ, Bolzani L, Cruz N et al. Onset-age of bipolar disorders at six international site. J Affect Disord, 2010; 121: 143-146
- Etain B, Lajnef M, Bellivier F et al. Clinical expression of bipolar disorder type I as a function of age and polarity at onset: convergent findings samples from France and the United States. J Clin Psychiatr, 2012; 73 (4) 561-566
- Baldessarini RJ, Undurraga J, Vaquez GH et al. Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. Acta Psychiatr Scand 2012; 125: 293-302
- Koukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, et al. Course of the manic-depressivdepressive cycle and changes caused by treatments. *Pharmacopsychiatry*, 1980; 13: 156-167
- Baillarger JGF. Note sur un genre de folie dont les accèes sont caractérisés par deux périodes régulières, l’une de depression et l’autre d’excitation. *Bull Acad Méd*, XIX, 1854: 340
- Haag M, Heidorn A, Haag H, Greil W. response to stabilizing lithium therapy and sequence of affective polarity. *Pharmacopsychiatry*, 1986; 19: 278-279
- Grof E, Haag M, Grof P, Haag H. Lithium response and the sequence of episode polarities: preliminary report on a Hamilton sample. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 1987; 11: 199-203
- Maj M, Pirozzi R, Starace F. Previous pattern of course of the illness as a predictor of response to lithium prophylaxis in bipolar patients. J Affect Disord, 1989; 17: 237-241
- Azorin J-M, Kaladjian A, Besnier N, et al. “Folie circulaire” vs “Folie à double forme”: contribution from a French national study. *European Psychiatry*, 2011; 26: 375-380
- Koukopoulos A, Reginaldi D, Minnai G, et al. The long term prophylaxis of affective disorders. *Adv Biochem Psychopharmacol*, 1995; 49: 127-147
- Tundo A, Calabrese JR, Marchetti F et al. Continuous circular cycling in bipolar disorder as a predictor of poor outcome. J Affect Disorder, 2013; 150: 823-828
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2004

- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, William JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc, 1996
- Spearing MK, Post RM, Leverich GS, et al. Modification of the Clinical Global Impression (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res*, 1997; 73: 159-171
- Frances A, Docherty JP, Kahn DA. The expert Consensus Guideline Series. Treatment of bipolar Disorder. J Clin Psychiatry, 1996; 57 (suppl 12A): 1-88
- Bauer MS, Callahan AM, Jampala C, et al. Clinical practice guidelines for bipolar disorder from the department of veterans affairs. J. Clin Psychiatry, 1999; 60: 9-21
- Goodwin GM for Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacology, 2003; 17 (2): 149-173
- Maj M. Diagnosis and treatment of rapid cycling bipolar disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2001; 251 (Suppl 2): II/62-II/65
- Koukopoulos A, Caliri B, Tundo A, et al. Rapid cyclers, temperament, and antidepressants. *Compr Psychiatry*, 1983; 24: 249-258
- Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE, Cowdry RW. Rapid cycling affective disorder: contributing factors and treatment responses in 51 patients. Am J Psychiatry, 1988; 145: 179-184
- Himmelhoch JM, Mulla D, Neil JF, et al. Incidence and significance of mixed affective states in a bipolar population. Arch Gen Psychiatry, 1976; 33: 1062-1066
- Benazzi F, Akiskal HS. Biphasic course in bipolar II outpatients: prevalence and correlates of a cycling pattern described by Bailarger and Falret in hospitalized patients in 1854. J Affect Disorders, 2006; 96: 183-187
- Goldberg JF, Harrow M. Poor-outcome bipolar disorders. In: Goldberg JF, Harrow M. (eds): Bipolar disorders. Clinical course and outcome. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1999: pagg. 1-20
- Ritti A. Traité Clinique de la folie à double forme. Octave Doin, Paris, 1883; pagg. 216-233
- Ballet G. Folie périodique. In: Charcot, Bouchard, Brissaud (eds). Traité de Médecine, I<sup>re</sup> ed., Masson, Paris, 1894; pagg. 1122-1134
- Gershon ES, Hasmovit J, Guroff JJ, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. Arch Gen Psychiatry, 1982; 39 (10): 1157-1167
- Fislafen ME, Schulze TG, DePaulo JR, et al. Familial variation in episode frequency in bipolar affective disorder. Am J Psychiatry, 2005; 162 (7): 1266-1272



M. Piccione, L. D. Sabella\*\*, M. Gazzella\*\*\*

## I falsi idonei nella valutazione psichiatrica e psicodiagnostica

*Not suitable psychiatric and psychological assessment in driver's permit*

<b>Riassunto</b> La certificazione psichiatrica e psicologica dell'idoneità alla guida prevede l'individuazione dell'eventuale presenza di disturbi psicotici e dell'umore, disturbi cognitivi e di personalità nei soggetti chiamati a valutazione. Il gold standard per tale valutazione in letteratura è il test MMPI- 2 o altri tests di personalità. Da una indagine condotta su 751 soggetti a cui era stata sospesa la patente per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicotrope ed a cui sono stati somministrati MMPI-2 ed anche il Visual Search, Trail Making, Bender Visual Motor Gestalt Test, Matrici Progressive Raven 1938, dal computo statistico è stato possibile evidenziare come la somministrazione dei tests cognitivi accanto a quelli di personalità permette di aumentare l'efficacia valutativa del 27% evitando di dichiarare idonei soggetti con deficit cognitivi che incidono sulla performance di guida, per concludere con l'auspicio che tale protocollo possa essere considerato come minimale ed adottato uniformemente su tutto il territorio nazionale.	<b>Summary</b> The psychiatric and psychological study of an individual serve to identify the presence of a mental disturbance mood disturbances and cognitive function disturbances, thus certifying the suitability of an individual to hold a driver's permit. The test of choice according to the literature is the MMPI-2 and other personality tests. A recent study conducted on 751 subjects whose driving permit had be suspended for driving under the influence of alcohol or psychotropic substances were administered the MMPI-2, the Visual Search, Trail Making, the Bender Gestalt Motor Gestalt Visual Test and the Matrix Progressive Raven 1938. Statistically, the administration of the cognitive tests in combination with the personality tests, revealed a more accurate evaluation of the competency of an individual in driving performance by 27%, thereby identifying those individuals not suitable to hold a driving permit. It would be auspicious if such a protocol could be adopted nation wide.
<b>Parole chiave:</b> idoneità guida, MMPI-2, test cognitivi, falsi idonei	<b>Key Words:</b> driver's permit, MMPI-2, cognitive tests, not suitable.

### Introduzione

Secondo il DPR 16 dicembre 1992, n° 495, appendice II art. 320 (Malattie invalidanti), tra le malattie ed affezioni che escludono la possibilità di rilascio del certificato di idoneità alla guida sono incluse le malattie psichiche.

La patente di guida infatti “*non deve essere rilasciata né confermata a candidati o conducenti che siano affetti da turbe psichiche in atto dovute a malattie, traumi, postumi di interventi chirurgici sul sistema nervoso centrale o periferico, o colpito da ritardo mentale grave o che soffrono di psicosi o di turbe della personalità, quando tali condizioni non siano compatibili con la sicurezza della guida, salvo i casi che la commissione medico locale potrà valutare in modo diverso avvalendosi, se del caso, della consulenza specialistica presso strutture pubbliche*”. (1)

Nella consensus conference dei presidenti delle Commissioni Medico Locali del Giugno 2009 sono emerse tre principali classi di patologie in ambito psichiatrico tali da configurare le malattie/turbe di cui all'articolo di legge sopra citato:

### Disturbi psicotici e disturbi dell'umore; Disturbi cognitivi; Disturbi di Personalità.

Nella medesima consensus conference è emerso come la valutazione psicodiagnostica nell'ambito dei disturbi sopra individuati debba essere incentrata particolarmente sulla rilevazione della presenza della seguente sintomatologia:

sintomi produttivi (deliri, dispercezioni)  
idee ossessive e/o fobie; aggressività auto o etero diretta  
alterazioni del tono dell'umore  
deficit di attenzione, di concentrazione, di memoria, di abilità visuo-spaziale, di problem solving;  
rallentamento psicomotorio, non solo iatrogeno;  
deficit di critica e di giudizio;  
insight insufficiente e mancanza di compliance;  
impulsività;  
esordio recente del disturbo;  
I presidenti delle Commissioni Medico Locali hanno infine stabilito che la presenza anche di uno solo di questi elementi rende il soggetto in esame non idoneo al rilascio di qualsiasi patente.  
Seguendo le direttive legislative e le linee guida per la

valutazione dell'idoneità alla guida sopra richiamate, appare necessaria la definizione di un protocollo psicodiagnostico valido e standardizzato che permetta di indagare con efficacia ed attendibilità i disturbi sopra riportati.

Il maggior numero di soggetti a cui è richiesta una valutazione specialistica psichiatrica e/o psicodiagnostica ha subito una sospensione della patente per guida in stato di alterazione psicofisica da abuso di alcool e/o sostanze stupefacenti. Questo comporta a nostro avviso la necessità e l'opportunità di uno screening psicodiagnostico che esamini con particolare accuratezza l'efficienza cognitiva e non solamente comportamentale di tali soggetti.

È noto, infatti, come l'abuso di alcool o delle altre sostanze psicotrope possa determinare delle alterazioni stabili e durature del tono dell'umore e/o del funzionamento psicologico, nonché deficit di natura cognitiva (ad esempio: demenza persistente indotta da sostanze, demenza vascolare).

Presso lo *Studio Europeo di Psichiatria e Psicodiagnostica* (S.E.P.P.) come già in precedenza nella Clinica Psichiatrica, Sapienza Università di Roma, è stato approntato un protocollo in grado di esaminare sia gli aspetti psichiatrici, che quelli della personalità e dell'efficienza cognitiva, in modo da restituire una valutazione il più completa possibile tale da rendere maggiormente corretta la dichiarazione di idoneità alla guida.

Il protocollo è composto dai seguenti test:

**Matrici Progressive di Raven 1938,**  
**Bender Visual Motor Gestalt Test,**  
**Trail making Test,**  
**Test delle Matrici (Visual Search)**  
**MMPI-2.**

### Materiali e metodi

Sono stati presi in esame 751 soggetti afferiti negli anni 2008, 2009, 2010 per effettuare una valutazione psicodiagnostica relativa a sospensione della patente di guida su richiesta della Commissione Medico Locale. Tali soggetti sono stati divisi in due gruppi rispetto all'esito della valutazione psicodiagnostica e psichiatrica di idoneità o non idoneità alla guida, in funzione degli strumenti di assessment elencati di seguito.

### Strumenti di assessment

Le **Matrici Progressive** sono state elaborate per poter esaminare la massima ampiezza delle abilità mentali e per essere applicabili a persone di ogni età indipendentemente dal livello di istruzione e cultura. Esse forniscono, inoltre, una sicura valutazione delle capacità del soggetto a pensare con chiarezza. Il test richiede che il soggetto analizzi, costruisca ed integri fra di loro una serie di concetti alla portata ed alla conoscenza da parte di chiunque. La difficoltà, infatti, deriva nella capacità di doverli combinare insieme. Poiché i risultati ottenuti

al test dipendono, in misura minore di quanto non avvenga per la gran parte degli altri reattivi, dal livello di scolarizzazione, le **Matrici** sono utili qualora tra i soggetti ci sia una notevole variazione nel *background* culturale. La tecnica delle **Matrici** è dunque molto flessibile. (2)

Il **Bender Visual Motor Gestalt** Test ha mostrato in vari studi l'effettiva utilità diagnostica e discriminante siglato con il metodo Lacks e la capacità di valutare una funzione cognitiva relativamente aspecifica e non solo la capacità visuo-motoria. (3) All'interno di una batteria neuropsicologica il BVGT può essere utile al fine di operare un'indagine iniziale. In questo caso infatti procedendo con una tecnica ad imbuto, qualora vi fossero elementi degni di nota potrebbero essere approfonditi, con una batteria specifica se necessario. Il BVGT come primo test potrebbe offrire, così come è nella sua peculiarità, informazioni suppletive al fine di escludere o al contrario considerare eventuali spunti psicopatologici di sicura eziologia organica come nel Delirium, nella Depressione Maggiore e nei deficit neurocognitivi in generale. E' ovvio che qualora vi fossero tali indicazioni si renderebbe necessario procedere ad un approfondimento neuropsicologico oltre ad eventuali esami medici di laboratorio ematochimici o strumentali (EEG, TAC, RM, PET) con il conforto di eventuale diagnostica neurologica. (4)

Il **Trail Making Test** è uno dei test neuropsicologici più frequentemente usati per la sua semplicità di somministrazione e sensibilità nel rilievo del danno cerebrale. (5) Può essere somministrato a soggetti con deficit attentivi dai 15 anni fino ad oltre i 70, con il presupposto che conoscano l'ordine numerico ed alfabetico. La parte B in particolar modo indaga la capacità di spostarsi tra set di stimoli diversi (in questo caso lettere e numeri) e le funzioni esecutive. Questo test richiede scansione visiva complessa con una componente motoria, e con una forte influenza della velocità e agilità motoria sulla prestazione. Come la maggior parte dei test che comportano velocità motoria e funzioni attentive, il Trail Making Test è molto sensibile agli effetti del danno cerebrale (6,7). Il TMT è conosciuto come strumento di misurazione sensibile alle funzioni esecutive ed è comunemente utilizzato per la documentazione di disfunzioni cerebrali nei traumatizzati cranici, nelle differenti diagnosi di demenza e nell'individuare deficit attentivi e di concentrazione in adulti e bambini. Sia la parte A che B sono molto sensibili al progressivo declino cognitivo dei pazienti con demenza (8, 9), così che Storandt et al., (10) hanno scoperto che la parte A da sola contribuisce, in modo significativo, alla differenziazione dei pazienti dementi dai soggetti di controllo e che attesta il progressivo deterioramento, anche nei primi stadi della malattia. Dalla prestazione al test possono emergere problematiche relative alla scansione visiva e di tracking che possono dare all'esaminatore una buona idea di come effettivamente il paziente risponde a un insieme visivo

di una certa complessità, di come segue, mentalmente, una sequenza, di come tratta più di uno stimolo o pensiero per volta (11), o di quanto è flessibile nello spostare il corso di un’azione (12). Quando i pazienti hanno difficoltà ad eseguire questo test, osservazioni attente sul tipo d’errori commessi possono fornire utili indizi sulla natura delle loro eventuali disabilità neuropsicologiche.

Il **Test delle Matrici o Visual Search** permette di valutare la capacità di selezione attenta dei target e la velocità di scansione visiva. La capacità di selezionare degli stimoli, che possono così assumere una valenza rispetto agli altri, non solo costituisce un utile strumento per isolare e identificare l’informazione rilevante a perseguire i propri scopi, ma è una prerogativa per la sopravvivenza dell’interazione con l’ambiente. Essa dà infatti la possibilità di cogliere prontamente segnali di pericolo e fonti favorevoli di stimolazione. (13)

L’**MMPI 2** è un test ad ampio spettro costituito per valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. Grazie alla facilità di somministrazione questo strumento si è rivelato di grande aiuto nella formulazione di diagnosi psichiatriche e psicologiche e nel determinare la gravità del disturbo psicopatologico riscontrato nel soggetto. Il test è strutturato come un questionario e comprende 567 domande a doppia alternativa di risposta (vero/falso). Consta di 6 scale di validità ed offre una gamma di ben 10 scale cliniche di base che coprono le tradizionali categorie psicopatologiche di riferimento (isteria, ipocondria, depressione, schizofrenia, paranoia, psicoastenia, introversione sociale, maniacalità, isolamento sociale), 12 scale addizionali che facilitano l’interpretazione delle scale di base e approfondiscono la natura dei vari disturbi (includendo ulteriori categorie quali: alcoolismo, tossicodipendenza (2), disagio coniugale, ostilità, dominanza, responsabilità sociale, disturbo da stress post-traumatico (2), forza dell’Io, ansietà, repressione) e 15 scale di contenuto, che permettono di descrivere e predire diverse variabili di personalità (tra cui: ansia, ossessività, rabbia, bassa autostima, problemi familiari, difficoltà di lavoro, indicatori di trattamento psicoterapeutico.). Ai fini dell’analisi e dell’interpretazione dei risultati sono stati ritenuti “ clinicamente rilevanti ” e quindi afferenti al gruppo dei “ non idonei ” quei protocolli che presentano punteggi pari o superiori a 65 in tutte le scale cliniche fatta eccezione per la scale 5 Mf e la scala 0 Si in quanto scale che non misurano atteggiamenti di rilievo clinico. (14)

Analisi del gruppo “Non idonei”

Nell’ambito di questo gruppo si è valutata la differenza nella capacità di individuazione dell’eventuale idoneità/non idoneità dei soggetti in funzione dei soli test cognitivi, dei soli test di personalità o di entrambi, così come rappresentato dal grafico 1.

Preventivamente sono stati esclusi dall’analisi i soggetti i cui protocolli MMPI 2 risultavano non validi rispetto alle tre scale di validità (L > 65, F > 80, K > 65).

Risultati

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportate le principali variabili demografiche relative a numerosità, età, genere, anni di scolarità e motivazione della sospensione.

L’analisi del gruppo “ non idonei ” secondo i criteri di inclusione o esclusione all’idoneità alla guida è riassunta nella tabella 3.

	IDONEI	NON IDONEI
Età (media)	38.03	42.84
Maschi	605	79
Femmine	62	5
Anni di scolarità (media)	11.30	10.26
Sospensione Art. 186	380	54
Sospensione Art. 187	137	20
Sospensione Art. 186/187	22	4
Sospensione per problemi psichiatrici	128	32

	Non idonei
Protocolli non validi	19
Non idoneità cognitiva	18
Non idoneità personalità	26
Non idoneità per entrambi	21
Totale campione	84

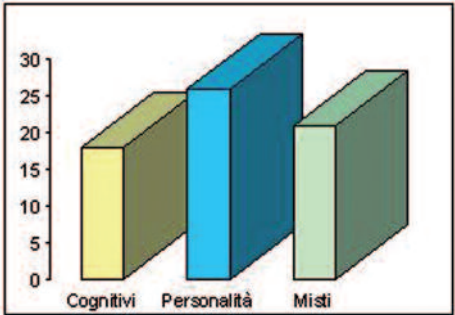
Discussione

Attualmente il *gold standard* in letteratura per la valutazione psicodiagnostica dei soggetti a cui è stata sospesa la patente ai sensi degli art. 186 e 187 e seguenti del Codice della Strada è l’MMPI 2 o altri tests di personalità. (15,16, 17) Dall’indagine condotta emerge come tali tests non siano strutturati per una detection dei deficit cognitivi che sono facilmente riscontrabili in soggetti assuntori di sostanze psicotrope così numerosamente presenti nel campione esaminato e nella popolazione di soggetti a cui è stata sospesa la patente descritta in letteratura.

D’altro canto l’individuazione di deficit cognitivi è di per sé motivo sufficiente per la non idoneità alla guida, così come richiamato dai riferimenti normativi riportati nell’introduzione.

Per tale motivo è parso, quindi, opportuno poter integrare l’MMPI 2 con strumenti testologici in grado di esplorare anche tale campo fenomenico.

Così come evidenziato nella tabella 3 somministrando esclusivamente l’MMPI 2 sa-



rebbe risultato “non idoneo” alla guida soltanto il 72.9% del campione, individuando 47 soggetti su 84, mentre la contemporanea somministrazione di test cognitivi ha aumentato il *potere di risoluzione* del protocollo psicodiagnostico del 27.1% individuando altri 18 soggetti “non idonei” (Grafico 2).



Risulta evidente come l’utilizzo esclusivo di tests di personalità (MMPI-2 o affini) nella individuazione della non idoneità alla guida determini una rilevante percentuale di soggetti “falsi idonei” (27,1%) che presentano, però, problematiche di tipo cognitivo che incidono nella stessa misura, se non in misura maggiore, rispetto alle difficoltà psicologiche, sulla performance alla guida. Tali risultati, bisognosi comunque di ulteriori studi in grado di replicarli, suggeriscono come sia di rilevante importanza integrare l’attuale gold standard dei protocolli psicodiagnostici allo stato presenti in letteratura, che consistono sostanzialmente in test volti ad esplorare strutture di personalità potenzialmente psicopatologiche come l’MMPI 2 o altri tests di personalità, con test in grado di esplorare la dimensione cognitiva dei soggetti sottoposti a valutazione.

Conclusione

Emerge la necessità di stabilire un protocollo testologico che in aggiunta alla visita psichiatrica permetta di indagare approfonditamente, correttamente ed efficacemente tutti gli elementi in grado di influenzare la performance alla guida nei soggetti in esame.

Si coglie, inoltre, alla luce di tali risultati, la necessità di utilizzare oltre a quanto già descritto, un questionario di personalità specifico per l’abuso di sostanze da affiancare al protocollo proposto, per indagare ulteriormente, ed evidenziare più precisamente, tutti quei soggetti che pur non presentando disturbi psichiatrici o deficit cognitivi, potrebbero comunque mostrare un atteggiamento patologico o pericoloso nei confronti di sostanze psicotrope (alcool e stupefacenti) condizionando così la loro “idoneità alla guida”.

In particolare si ritiene opportuno valutare l’accuratezza di scale specifiche, quali la *MacAndrew Alcoholism Scale - MAC* (MacAndrew, 1965) la quale valuta e misura la disposizione alla dipendenza, per il rilevamento di possibili problemi dovuti all’abuso di alcool che, in concomitanza con quanto può emergere dall’uso dei test cognitivi, ulteriormente può far emergere pericolosi falsi positivi, per concludere con l’auspicio che tale protocollo possa essere considerato come minimale ed adottato uniformemente su tutto il territorio nazionale.

BIBLIOGRAFIA

(1) Del Vecchio S., Giannini R. *La valutazione dell’idoneità alla guida. Linee guida per gli accertamenti in ambito Commissio-*

*ne Medico Locale, Edizioni Medico Scientifiche, Roma, 2010.*  
Gazzetta Ufficiale 28 Dicembre 1992 N. 303. S.O.  
(2) Raven J.C. *Standard Progressive Matrices*, Giunti Os, Firenze 2008.  
(3) Bender L., Morante L., *Bender Visual Motor Gestalt Test*, Giunti Os, Firenze, 1979.  
(4) Bender L., *A Visual Motor Gestalt Test its clinical use, Research Monographs*, American Orthopsychiatric Association, Vol 3, Xi+ 176, 1938.  
(5) Giovagnoli A. R., Del Pesce M. Mascheroni S., Simoncelli M., Laiacona M., Capitani E., *Trail Making Test: normative values from 287 normal adult controls*, The Italian Journal Of Neurological Sciences, Vol. 17, Issue 4, Pp. 305-309 Agosto 1996.  
(6) Armitage F.J., *An analysis of certain psychological tests used for the evaluation of brain injury*, Psychological Monographs, 60, Pp. 1-48, 1946.  
(7) Spreen D., Otfried L.J., Benton R. T., Arthur L., *Comparative studies of some psychological tests for cerebral damage*, Journal Of Nervous And Mental Disease, Vol. 104 (5), Pp. 323-333, 1965.  
(8) Greenlief C.L., Margoris R. B., Erker G. J., *Application of the trail making test in differentiating neuropsychological impairment of elderly persons*, Perceptual Of Motor Skill: Vol. 61, Pp. 1283-1289, 1985.  
(9) Boll T. J., Reitan R. M., *Effect of age on performance of the trial making test*, University Of Washington, Perceptual Of Motor Skill: Vol. 36, Pp. 691- 694, 1973.  
(10) Storandt M. Et Al. *Psychometric differentiation of mild senile dementia of Alzheimer type*, Archives Of Neurology, Vol. 41, N 5, Pp 497-499, 1984.  
(11) Cometa M. S., Eson M. E., *Logical operations metaphor interpretation: a Piagetian model*, Child Development, Vol. 49, N. 3, Settembre 1978.  
(12) Pontius A. A., Yudowitz B. S., *Frontal lobe system dysfunction in criminal action, as shown in narratives test*, Journal Nervous And Mental Diseases, 168, Pp. 111-117.  
(13) Spinnler H., Tognoni G., *Standardizzazione e taratura italiana ai test neuropsicologici, Visual Search*, The Italian Journal Of Neurological Sciences, Supp. N. 6/Dicembre P. 47, Masson 1987.  
(14) Butcher J. N., Williams C. L., *Fondamenti per l’interpretazione del mmpi-2 e del mmpi-A*, Giunti Os, Firenze 2007.  
(15) Anecchini L., Buccheri T., Ferraresi A. F., Ferraresi M., Coccanari De’ Fornari M. A., Piccione M., *Profilo psicologico rilevato su un campione di 178 soggetti definibili “candidati alle stragi del sabato sera” ai quali è stata sospesa la patente di guida*, Rivista Di Psichiatria, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011.  
(16) Piccione M., Buccheri T., Anecchini L., Ragusa M., Carlucio G. M., Ferraresi A. F., Ferraresi M., Coccanari De’ Fornari M. A., *Profilo di personalità di un campione di 621 soggetti sottoposti a valutazione psichiatrica e psicodiagnostica ai fini dell’idoneità alla guida di autoveicoli dopo la sospensione della patente di guida*, Rivista Di Psichiatria, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011.  
(17) Piccione M., Buccheri T., Anecchini L., Ragusa M., Carlucio G. M., Ferraresi A. F., Ferraresi M., Coccanari De’ Fornari M. A., *studio epidemiologico di un campione di 796 soggetti sottoposti a valutazione psichiatrica e psicodiagnostica ai fini dell’idoneità alla guida di autoveicoli dopo la sospensione della patente di guida*, Rivista Di Psichiatria, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011.



Dott. Armando Angelucci, Dott. Maurizio Pagliarella, Dott. Antonello Mei,  
Dott.ssa Claudia Bartalucci

## La violenza in rete: nuovi orizzonti della perversione

xxxxxxxxxxxxxxxx

Riassunto	Summary
xxxxxxxx	xxxxxxxx
Parole chiave: xxxxxxxx	Key Words: xxxxxxxx

«Gli essere umani, per loro stessa natura, cercano spesso nuovi modi per esprimere se stessi e per relazionarsi con altri essere umani, allo scopo di trovare nuove vie di comunicazione per le attività creative ed estendere la loro coscienza oltre i confini conosciuti.....». (J. Holland)

La rete è un potente mezzo di informazioni, contatti, interazioni, scambi culturali e.....molto altro. L’uso della rete oggi sostiene la nostra società, il nostro vivere quotidiano ma tale uso, a volte, è inappropriato e si traduce in violenza quando il suo fine diventa quello di danneggiare un’altra persona e se stessi (violenza della/dalla rete). Contatti, interazioni, scambi culturali...questo ed altro è permesso dalla rete. La rete permette .....relazioni?!?! Ognuno di noi, all’interno di una relazione comunica. La relazione permette di comunicare e trasmettere «parole» e fatti che riflettono il proprio essere e la propria personalità, il proprio Sé. **Fatti che “sono un tutt’uno con ciò che si è”...e si fa.** **Fatti che accompagnano le parole...** **Parole che accompagnano e trasmettono: pensieri, emozioni, vissuti...** **Parole che significano e che vanno significate....**

**Parole che simbolizzano, che fanno comunicare....** La rete permette di comunicare e trasmettere fino a che punto? Ci sono parole, ci sono fatti.....ci sono poi la corporeità, il tempo e lo spazio, le emozioni e i sentimenti, il sentire, il proprio Sé nella sua totalità. Tutte cose insostituibili per strutturare relazioni. ....ma allora che passa per la rete.....? La virtualizzazione della realtà e delle relazioni esalta alcuni aspetti della persona quali il narcisismo, l’ambiguità, la ricerca di emozioni, i bisogni, le paure, la violenza declinata tecnologicamente. Tutto quello che viene veicolato dalla televisione, dal cinema, dal monitor del computer riguarda da vicino la nostra fantasia, il nostro mondo interno, le nostre stanze segrete, i nostri sogni e/o le nostre angosce perché ogni progresso umano e ogni novità, espressione sempre di bisogni, per quanto desiderata e soddisfacente, si accompagna a curiosità e interesse ma anche all’emergere di timori e fantasie, spesso tradotti in sentimenti ambivalenti. I bisogni ai quali ci riferiamo, che vengono espressi nella rete, sono di varia natura: Bisogno di una relazione gratificante

Bisogno di dare e ricevere dagli altri  
Bisogno di non sentirsi soli  
Bisogno di onnipotenza e dominio (disinibizione)  
Bisogno di adeguatezza (sentirsi normali)  
Bisogno di esprimere il proprio bambino (regressione)  
Bisogno di esprimere il proprio Sé  
Onnipotenza e Regressione  
Nel vissuto di coloro che lo utilizzano, Internet soddisfa questi bisogni perché si propone come strumento di apertura, tant’è che la comunicazione on line è soprattutto condivisione. È il computer stesso che attrae, coinvolge e confonde, comportandosi come “protesi della mente” in quanto è in grado di estendere il campo di azione e relazione, anche attivando fantasie di onnipotenza e di dominio dove è presente una sensazione di grandiosa eccitazione che permette, attraverso l’anonimato, l’ignoto e il diverso, di sperimentare una “dimensione-altra” dove “l’altro” è virtuale. In questa dimensione i soggetti possono scegliere chi essere: opinionisti, politologi, psicoterapeuti, esperti di qualunque cosa, affermando cose che mai avrebbero avuto il coraggio di esporre in un’altra modalità comunicativa con la sensazione di soddisfare quei bisogni affettivo-cognitivo-relazionali che ognuno di noi sperimenta. Questi bisogni si traducono, a volte ma anche spesso, con: «l’insulto facile» in risposta a qualche affronto percepito «la molestia», ovvero con espliciti e crudi inviti a persone delle quali si conosce a malapena il nome «la straordinaria generosità», anche verso emeriti sconosciuti

È possibile che una sana relazione in rete, sotto la spinta dell’onnipotenza e della regressione, diventi altro ovvero una relazione «narcisistica/perversa» nella quale l’altro diventa oggetto-cosa. Allora la relazione smette di essere tale, l’altro è vissuto come oggetto da usare, da manipolare, da sedurre, da sfruttare, come se l’altro-cosa fosse una protesi della propria mente e del proprio corpo da distruggere o ancor peggio da usare per fini delittuosi tesi al proprio interesse, consapevole o meno. Avviene così che, nella relazione, le istanze amorose e quelle aggressive, sempre presenti e bilanciate, subiscano un’alterazione tale per cui l’aspetto aggressivo prevalga su quello amoroso. Il prevalere dell’aspetto aggressivo significa violenza nelle sue figure più varie e nella perversione in tutte le sue forme: Cracker: come l’Hacker, anche il Cracker ha ottime conoscenze nel mondo informatico ma le usa al fine di delinquere e trarne un profitto per se stesso o per altri. Cyberbullismo: è la forma di “bullismo” perpetrata online. Il termine indica un tipo di attacco continuo, ripetuto e sistematico attuato mediante la rete, insultando, denigrando una persona, molto spesso sottraendogli l’identità e fornendogli un profilo errato al fine di sottomettere il soggetto, con conseguenze importanti dal punto di vista psichico.

Pedopornografia: è la pornografia (ossia la rappresentazione di atti sessuali) in cui sono raffigurati soggetti in età pre-pubere e più in generale qualsiasi forma di pornografia minorile, ossia la produzione, distribuzione e detenzione di materiale pornografico coinvolgente minori. Adescare furtivamente sotto mentite spoglie minori o carpire e scambiare, anche traendone un cospicuo guadagno con altri parafilici, immagini acquisite fraudolentemente a minori o in chat o in altre modalità. Cybersex: Tutto quello che riguarda scambi erotici e/o parafilici di ogni genere. Dapprima sono scambi solo virtuali, in chat-room ad hoc, e poi spesso si concretizzano in incontri sessuali veri e propri. Gioco d’azzardo online: Facilmente accessibile da PC, Tablet e Telefonini, Social Network. Attrae molti giovani in quanto trattasi di una modalità di gioco anonima e semplice. Procurarsi il denaro è semplice visto che attualmente sono in commercio le carte di credito pre-pagate. I giochi on-line sono creati in modo tale da essere accattivanti e attraenti. Le ricerche ci informano che coloro che giocano on-line tendono a scommettere più denaro se paragonati a coloro che giocano off-line. Neck nomination : è l’ultima moda in fatto di giochi live su Facebook. Proveniente dalla Gran Bretagna conosciuto anche come “*Neck and Nominate*”, *Neknominated* o *Neck Nomination* e tra i giovani è già una mania. Il gioco originale richiede ai partecipanti di filmarsi mentre bevono una bottiglia di un alcolico (di solito birra) tutta d’un fiato, e postare il video su Facebook. Il protagonista dunque nomina (da qui il nome del gioco) due/tre amici, i quali dovranno fare la stessa cosa. Le persone nominate dovranno completare la “missione” entro 24 ore. Da quando è nato il gioco le persone nominate hanno cercato di sfidarsi in modi sempre più estremi, bevendo alcolici più forti o compiendo azioni imprudenti e pericolose durante o dopo l’atto della bevuta. In Italia, per questo motivo, ci sono stati moltissimi ricoveri per coma etilico, soprattutto tra i minorenni. Il tabloid britannico Metro ha riportato almeno cinque morti nel Regno Unito e in Irlanda che sarebbero stati causati da Neck-nomination. Dipendenze da video (social network) : in inglese vengono definite “Social Network addiction” e “Friendship addiction” e sono una sorta di dipendenza da connessione, aggiornamento e controllo della propria pagina web e da amicizia detta anche amкодipendenza, ovvero la ricerca di nuove amicizie virtuali da poter registrare sul proprio profilo. Anche tali dipendenze comportamentali presentano preoccupanti sintomi di Craving, Tolleranza ed Astinenza, proprio come accade nelle dipendenze da sostanze o in altri nuovi tipi di dipen-

denza e anch'esse, negli ultimi anni, sono in pericolosa e rapida crescita. La dipendenza dai Social Networks sembra essere dovuta all'apparente forte senso di sicurezza, di personalità e di socialità (in una società sempre meno connotata dai contatti sociali) che tale forma di siti è in grado di fornire.

Tutte queste dinamiche psico-emotive personali ed interpersonali si basano sul "virtuale", dando sicurezza ed autostima fittizie, ben presto raggiunte da pericolosi sintomi di dipendenza, isolamento sociale e conseguente menomazione delle principali sfere vitali come quelle lavorativa, familiare, sociale, affettiva.

Per quanto fin qui detto, Facebook e gli altri Networks sociali possono funzionare mascherando le personali ansie, preoccupazioni, sbalzi d'umore e il proprio senso di disistima e di enorme solitudine.

In tal modo le richieste di nuove amicizie risultano quasi un riempimento, una conferma e/o un rafforzamento del proprio ego.

Si parla di amicizia data e di amicizia richiesta, ma le amicizie che si creano sui Social Networks nascono "virtuali" e spesso le due persone non si sono mai conosciute veramente e, molto probabilmente, non si conosceranno mai nel futuro.

Ad essi si aggiungono problematiche sociali, familiari, affettive e lavorative quali ritardi o assenze a scuola o al lavoro (con la sua possibile perdita), graduale isolamento, distorsione dei rapporti affettivi e sociali, disgregazione dal gruppo familiare ed amicale ecc.

Anche a livello fisico possono subentrare molteplici problematiche come ad esempio emicrania, stress oculare, iper sudorazione, tachicardia, tensioni, crampi e/o dolori muscolari (a causa delle numerose ore passate davanti al computer), forte stanchezza.

Flash mob: (dall'inglese *flash*, lampo, inteso come evento rapido, improvviso, e *mob*, folla) è un termine coniato nel 2003 per indicare un assembramento improvviso di un gruppo di persone in uno spazio pubblico, che si dissolve nel giro di poco tempo, con la finalità comune di mettere in pratica un'azione insolita.

Il raduno viene generalmente organizzato via internet (posta elettronica o Social network) oppure con telefonia cellulare.

Le regole dell'azione di norma vengono illustrate ai partecipanti pochi minuti prima che questa abbia luogo, ma se necessario possono essere diffuse con un anticipo tale da consentire ai partecipanti di prepararsi adeguatamente.

Si è notato che negli ultimi tempi questo mezzo viene usato per dirigere gruppi di violenti facinorosi in manifestazioni sociali o eventi calcistici, inoltre viene molto usato per organizzare e divul-

gare Rave Party illegali dove si possono trovare un'infinita gamma di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Stalking e ogni violenza contro le donne: è un termine inglese derivante dal verbo "to stalk" che letteralmente viene usato nella terminologia della caccia: "fare la posta". In italiano, indica una serie di atteggiamenti tenuti da un individuo i quali affliggono e vessano un'altra persona, perseguitandola, generando in lei stati di paura, ansia e angoscia, arrivando persino a compromettere lo svolgimento della normale vita quotidiana.

Il persecutore o *stalker* può essere un estraneo, ma il più delle volte è un conoscente, un collega, un ex-compagno o ex-compagna che agisce spinto dal desiderio di recuperare il precedente rapporto o per vendicarsi di qualche torto subito.

In altri casi ci si trova, invece, davanti a persone con problemi di interazione sociale, che agiscono in questo modo con l'intento di stabilire una relazione sentimentale imponendo la propria presenza e insistendo anche nei casi in cui si sia ricevuta una chiara risposta negativa.

Meno frequente il caso di individui affetti da disturbi mentali, per i quali l'atteggiamento persecutorio ha origine dalla convinzione di avere effettivamente una relazione con l'altra persona. Questi soggetti manifestano sintomi di perdita del contatto con la realtà e, sette volte su dieci, hanno un'organizzazione di personalità borderline. Solitamente questi comportamenti si protraggono per mesi o anni, il che rafforza l'anormalità di questo genere di condotte.

Phishing: è un tipo di truffa via Internet attraverso la quale un aggressore cerca di ingannare la vittima convincendola a fornire informazioni personali sensibili.

Si tratta di una attività illegale che sfrutta una tecnica di ingegneria sociale: attraverso l'invio casuale di messaggi di posta elettronica che imitano la grafica di siti bancari o postali, un truffatore cerca di ottenere dalle vittime la password di accesso al conto corrente, le password che autorizzano i pagamenti oppure il numero della carta di credito.

Tale truffa può essere realizzata anche mediante contatti telefonici o con l'invio di SMS.

Pusher web: è una forma recentissima di spaccio di sostanze stupefacenti o psicotrope nata proprio sui social network.

Qui, lo spacciatore per eludere i controlli delle Forze dell'Ordine invece di sostare o circolare nella pubblica via in attesa di acquirenti accetta da loro prenotazioni delle sostanze (usando un frasario convenzionale).

Fa quindi effettuare le consegne direttamente al domicilio oppure nel luogo richiesto dal proprio pusher che si maschera da "Pony o da Pizza Express".

Alcool tour: Viene chiamato "Alcool tour" o "pub crawl".

L'obiettivo della serata è, per così dire, "strisciare". Strisciare fuori dall'ultimo locale barcollando sulle gambe, con tanto alcol da riuscire appena a star in piedi (e sono pochi quelli che ce la fanno).

"Strisciare" è la traduzione di crawl, una delle due parole che compongono il nome di una tendenza ormai consolidata anche in Italia: il pub crawl.

E' una sorta di biglietto per comitive di giovani che girano diversi locali ubriacandosi fino a strisciare.

Consiste nell'andare in una decina di locali a bere a prezzo fisso per tutta la notte, un menù alcolico di 15-25 euro (a seconda della città) cui si accede tramite giovani organizzatori poliglotti e spesso senza scrupoli, che non esitano ad accettare nel gruppo minorenni o ad abbandonare in strada i partecipanti più ubriachi che rallentano il giro.

Il fenomeno esiste da anni ma sporadicamente le cronache ne parlano. A preoccupare sono le conseguenze a carico delle persone coinvolte, spesso minorenni, che nei week end vengono ricoverate per coma etilico.

Knockout game: importato dagli Stati Uniti. Si tratta di una moda diffusa tra i bulli: gruppetti di giovani pre adolescenti che aggrediscono per strada dei passanti.

L'obiettivo è metterli "knockout" (fuori combattimento) con un solo pugno, senza motivazioni, solo per dimostrare agli amici di essere sufficientemente coraggiosi e guadagnarsi il posto di leader del gruppo.

Il fenomeno sta facendo il giro della penisola: si sono registrati casi a Roma, in particolar modo a Trastevere, nella centralissima Piazza Trilussa, dove c'è una vera e propria baby-gang specializzata in 'Knockout Game'.

Altri episodi si sono verificati nel Nord Italia, in Veneto. Ma anche in Lombardia, e nel sud, a Napoli, Palermo, Lecce, dove molte persone hanno denunciato di essere stati aggrediti all'improvviso, da sconosciuti, mentre camminavano per strada.

.....

#### Le stanze segrete della violenza.....

Ognuno di noi, nella dimensione individuale e/o nella dimensione gruppale dell'esistenza fa i conti con la solitudine, con il bisogno di comunicare, con i propri aspetti onnipotenti, con le proprie fragilità, con il proprio narcisismo e con gli aspetti perversi che spesso lo colorano. Non è sempre chiaro, anzi spesso è incerto, il rapporto tra "realtà" e "fantasia", quindi tra rappresentazione realistica e ideazione fantastica, due mondi che appaiono spesso coesistenti ma anche in conflitto tra loro. A metà strada potremmo dire che vi è la "realtà virtuale", carat-

terizzata dall'invischiamento del mezzo informatico, dalla capacità di indurre regressioni, ritiro narcisistico, scissione, distacco dalla realtà ecc.

Nell' "intimità apparente" della comunicazione in rete, da queste nostre stanze segrete possono uscire tutti questi aspetti, a volte messi a servizio dell'amore a volte dell'aggressività e della violenza.

Tutto questo tende alla crescita della relazione, ma nello stesso tempo può essere motivo di distruzione della stessa.

La ragnatela è mondiale, cattura, esalta, eccita, ci fa viaggiare velocemente e con la fantasia.

Questo immenso e sconfinato labirinto ci fa conoscere il mondo tanto da far sentire smarrito il proprio Sé.

Sedotti da universi di conoscenza e di esperienza, tanto che a volte brucia il registro delle nostre percezioni, sensazioni, vissuti, emozioni, pensieri, desideri, rimane la necessità di ricostruire l'identità, anche attraverso percorsi tecnologici, tesi a "connettere" i tanti frammenti del nostro Sé, accogliendo l'altro nell'ambito di relazioni sane e risananti e non nella violenza della frammentazione.

#### BIBLIOGRAFIA

Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Masson, Milano, 2001.

Chiesa R., Ciappi S., *Profilo hacker*. Apogeo, Milano, 2007.

Holland N. (1966), *La regressione in Internet*, ripubblicato in Psychomedia.it, traduzione in italiano a cura di Nadia Mentasca.

Martucci P., *La pornografia minorile e i netcrimes. Pedofilia e sfruttamento dei minori come ultima frontiera della devianza informatica*, in Bandini T., Gualco B., a cura di, Infanzia e abuso sessuale, Giuffré Editore.

Marzi A. (a cura di), *Psicoanalisi, identità e Internet. Esplorare il cyberspace*. Franco Angeli, 2013.

Nardone G., Cagnoni F., 2002. *Perversioni in rete. Le psicopatologie da Internet e il loro trattamento*. Ponte alle grazie.

Young K. S. (1998), *Presi nella rete. Intossicazione e dipendenza da internet*. Calderini, Bologna, 2000.

Winnicott D., *Gioco e realtà*. Armando, Roma, 1974.

#### SITOGRAFIA

<http://www.psycomedia.it>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>  
[www.cyberstalking.it](http://www.cyberstalking.it)



Daniela Tedeschi\*, Marco Di Nicola\*\*, Giovanni Martinotti\*\*, Ofelia De Vita\*\*, Marianna Quatrale\*\*, Lucia Ioimea\*\*, Daniele Stavros Hatzijacoumis\*\*, Gino Pozzi\*\*, Luigi Janiri\*\*

## Funzionamento esecutivo ed impulsività nella dipendenza da alcol

### Executive functions and impulsivity in alcohol dependence

<b>Riassunto</b> <b>Introduzione.</b> Scopo del presente studio è stato quello di valutare la funzionalità cognitiva in un campione di pazienti con Dipendenza da Alcol in fase di post-disintossicazione che non presentavano comorbidità con altri disturbi di Asse I o II. La nostra attenzione si è focalizzata sulle funzioni esecutive e sull’eventuale associazione con l’impulsività. <b>Metodi.</b> Sessanta pazienti con Dipendenza da Alcol (DSM-IV-TR) sono stati confrontati con 34 soggetti non clinici omogenei per caratteristiche socio-demografiche. Tutti i partecipanti sono stati valutati mediante una batteria di test neuropsicologici costituita per misurare le principali componenti delle funzioni esecutive: fluenza verbale, working memory, ragionamento deduttivo, flessibilità cognitiva, interferenza, capacità decisionale, auto-regolazione durante compiti multipli. Inoltre, tutti i soggetti hanno compilato la BIS-11 per la misurazione dei livelli di impulsività. <b>Conclusioni.</b> L’alcolismo è correlato con la presenza di deficit in tutte quelle funzioni che rientrano nel dominio esecutivo. Inoltre, è stata rilevata una correlazione tra la performance cognitiva e i livelli di impulsività. I risultati del presente lavoro confermano ed ampliano quanto è stato già riportato in precedenti studi circa la presenza di una significativa compromissione del funzionamento esecutivo in pazienti alcol-dipendenti.	<b>Summary</b> <b>Introduction.</b> Aim of the present study was to explore the domain of executive functions in abstinent non comorbid alcohol dependent subjects in comparison with matched non clinical controls. Any relationship with impulsivity was also investigated. <b>Methods.</b> Sixty Alcohol Dependent outpatients with diagnosis of Alcohol Dependence (DSM-IV-TR) and thirty-four matched control subjects participated to the study. We used a selective battery of neuropsychological tests designed to assess several components of executive functions, including fluency, working memory, analogical reasoning, interference and cognitive flexibility, attention, concentration, problem solving strategy and abstract reasoning. BIS-11 was also administered to explore impulsivity levels. <b>Conclusions.</b> Significant differences in many of the domains explored between alcohol dependent patients and controls have been founded. Furthermore, a correlation between the performance at neuropsychological tests and the score at the instruments designed to assess impulsivity have been deducted. As explained by other studies, alcohol dependence is associated with a significant impairment on executive domain.
<b>Parole chiave:</b> Dipendenza da Alcol; funzioni esecutive; impulsività.	<b>Key Words:</b> Alcohol Dependence; executive functions; impulsivity.

#### Introduzione

Le Funzioni Esecutive includono una varietà di processi cognitivi finalizzati all’applicazione di comportamenti complessi tra cui: l’automonitoraggio, l’autoregolazione emotiva e l’appropriatezza del comportamento sociale. La maggior parte degli individui affetti da patologie neurologiche e psichiatriche mostrano tipicamente un alterato funzionamento in questo ambito. Una compromissione delle funzioni esecutive provoca effetti avversi sulla capacità dell’individuo di cominciare e completare un compito e di regolare la propria componente emotiva. L’effetto deleterio dell’alcol sulle funzioni cognitive è stato dimostrato a partire dal 1880 per opera di Wernicke, Korsakoff, Hamilton, Fisher e Wechsler. Gli studi di Fitzhugh e colleghi (1960), hanno poi dato il via allo studio sistematico del funzionamento neuropsicologico di questi pazienti. In generale, uomini e donne alcol-di-

pendenti mostrano una significativa perdita di volume a livello delle regioni corticali e sottocorticali. Studi sulla morfologia cerebrale *post-mortem* e ricerche condotte *in vivo* evidenziano la presenza di una riduzione anormale del volume corticale e della materia grigia in diverse regioni cerebrali. I lobi frontali e prefrontali, soprattutto la corteccia frontale superiore, sono le regioni maggiormente colpite dalla perdita neuronale conseguente all’abuso cronico di alcol (Sullivan e Pfefferbaum, 2005). Infatti, gli alcolisti cronici mostrano deficit nella capacità di giudizio, distraibilità, affettività inadeguata e deficit a livello del controllo degli impulsi ed in tutte quelle funzioni che rientrano nel dominio esecutivo (Sullivan et al., 2000; Oscar-Berman et al., 2004; Sullivan e Pfefferbaum, 2005). Inoltre, le disfunzioni a livello della corteccia prefrontale possono essere responsabili della scarsa capacità di problem solving e del mantenimento di ricerca della sostanza nonostante le conseguenze ne-

gative (Moselhy et al., 2001; Dolan et al., 2008). D’altro canto, l’astensione prolungata dall’alcol è associata con un recupero di volume cerebrale così come ad un miglioramento dei deficit neuropsicologici e del controllo degli impulsi che generalmente si riscontrano nei pazienti alcolisti (Crews e Nixon, 2009). È ormai stato ampiamente dimostrato che il consumo cronico di alcol o di sostanze psicoattive aumenta la sensibilità alla ricompensa e diminuisce la capacità di controllo inibitorio (Robinson e Berridge, 2003). Le funzioni esecutive sono deputate, tra gli altri compiti, proprio alla modulazione delle risposte che sono elicitate in maniera automatica. Le regioni dominio di tali funzioni ricevono gli input dalle modalità sensoriali, le integrano con i dati di memoria e grazie alla memoria di lavoro, che trattiene temporaneamente l’informazione, mettono insieme le informazioni sullo stimolo e permettono la pianificazione del comportamento. L’impulsività provoca l’emissione di risposte rapide, non riflettute; essa implica uno scarso controllo di tipo inibitorio, una mancanza di attenzione e la scelta di risposte inefficaci. Pertanto, le funzioni esecutive ed impulsività risultano essere intimamente connesse. Nonostante il fatto che la comprensione circa il ruolo dell’impulsività nei disturbi da uso di alcol sia complicata dagli elevati tassi di comorbidità che si riscontrano in questa popolazione di pazienti (Kuo et al., 2008), numerosi studi hanno riscontrato una elevata correlazione tra problemi legati all’uso di alcol ed impulsività. La natura di tale correlazione appare bidirezionale. Infatti, elevati livelli di impulsività sembrano complicare il comportamento additivo, aumentare il rischio di incorrere in una ricaduta e pertanto, influenzare l’esito di malattia (ad es.: Congdon e Canli 2005; Verdejo-Garcia et al., 2008). D’altra parte, è stato dimostrato che l’impulsività è uno dei fattori predittivi dello sviluppo di un disturbo da uso di alcol (e.g.: Clark et al., 2002) e sembra mediare la relazione tra uso di alcol nei genitori ed eventuale sviluppo di un comportamento a rischio nell’adolescenza (Tarter et al., 2004). Acquisizioni simili fanno propendere per la presenza di una vulnerabilità genetica all’uso di sostanze (Kendler et al., 2003). In linea più generale, è possibile affermare che diverse componenti dell’impulsività quali la difficoltà di differimento, l’inibizione comportamentale e la scarsa attenzione risultano compromesse nei soggetti dipendenti (de Wit, 2009).

**Obiettivi**

Scopo del presente studio è stato quello di valutare la funzionalità cognitiva in un campione di pazienti con Dipendenza da Alcol che non presentavano comorbidità con altri disturbi di Asse I o II (DSM-IV-TR; APA, 2000). A tal fine, sono stati confrontati con 34 soggetti non clinici omogenei per caratteristiche socio-demografiche. La nostra attenzione si è focalizzata sulle funzioni esecutive e sull’eventuale associazione con l’impulsività.

#### Materiali e Metodi

##### Soggetti

Sessanta pazienti con diagnosi di Dipendenza da Alcol (DSM-IV-TR) in fase di post-disintossicazione sono stati reclutati presso il Day Hospital di Psichiatria Clinica e Farmacodipendenze del Policlinico Universitario “A. Gemelli” di Roma in un periodo di circa 2 anni, da Dicembre 2009 a Dicembre 2011. I criteri di inclusione prevedevano: (i) età compresa tra i 18 ed i 70 anni; (ii) diagnosi di Dipendenza da Alcol secondo i criteri del DSM-IV-TR (APA, 2000) presente da almeno un anno rispetto alla data di valutazione; (iii) assenza di disturbi psichiatrici e di disturbi di personalità comorbili (SCID I e II); (iv) assenza di pregressi o attuali traumi cranici o disturbi neurologici; (v) assenza di terapia metadonica sostitutiva; (vi) astensione dall’uso di alcol da almeno 15 giorni rispetto alla data di valutazione (verificata mediante esami ematochimici e attraverso interviste ai pazienti e/o ai rispettivi parenti); (vii) *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975) > 26; (viii) punteggio alla CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol - revised*) < 8, ad indicare la presenza di una assente-lieve sintomatologia astinenziale (Sullivan et al., 1989); (ix) umore eutimico da almeno 2 mesi [*Hamilton Scale for Depressione* < 8 (HAM-D; Hamilton, 1960) e *Young Mania Rating Scale* < 6 (YMRS; Young, 1978)]; (x) proprietà della lingua italiana scritta e parlata. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti il cui esame di realtà risultasse compromesso, quelli con evidenti deficit della sfera cognitiva o con ritardo mentale e tutti i pazienti con potus attivo o in fase di intossicazione da sostanze al momento della valutazione. I pazienti alcol-dipendenti sono stati suddivisi in due gruppi a seconda del numero di giorni di astensione dall’alcol: periodo di astensione a medio termine (2s – 2 m), da 2 settimane a due mesi di astensione dalla sostanza; astensione a lungo-termine (2m – 1a): da due mesi ad un anno di astensione dall’alcol (Fein et al., 1990). Trentuno pazienti sono stati assegnati al primo gruppo (2s – 2m) (giorni medi di astensione ± DS: 22 ± 5) e 29 al secondo (2m – 1a) (giorni medi di astensione ± DS: 135 ± 79). Parallelamente sono stati valutati soggetti di controllo non clinici. I criteri di selezione prevedevano: (i) assenza di corrente abuso di alcol, ad eccezione di pregresso o attuale consumo sociale (meno di sei unità alcoliche per settimana); (ii) assenza di disturbi psichiatrici maggiori o di disturbi di personalità (SCID I/NP e II – DSM-IV-TR); (iii) assenza di pregressi o attuali traumi cranici o disturbi neurologici; (iv) non essere sottoposti ad una terapia metadonica sostitutiva; (v) assenza di ritardo mentale; (vi) proprietà della lingua italiana scritta e parlata. Sono stati selezionati 34 soggetti omogenei al gruppo sperimentale per quanto riguarda il genere, l’età e gli anni medi di scolarità. I dati socio-demografici ed i questionari sono stati regi-

strati attribuendo al nominativo un codice numerico di riferimento, garantendo il completo anonimato e dopo aver rilasciato il consenso informato. I soggetti hanno partecipato senza ricevere alcuna forma di pagamento.

Procedura

É stata somministrata un’intervista semi-strutturata per reperire le seguenti informazioni: età, scolarità, occupazione, stato civile, uso di sostanze, abitudine al fumo, storia familiare e personale di disturbi psicologico/psichiatrici, precedenti trattamenti, pregressi tentativi di suicidio, dati circa la storia di abuso alcol (solo per il gruppo clinico).Tutti i soggetti inclusi nello studio sono stati intervistati secondo i protocolli clinici SCID I e II (First et al., 1990, 1995) per la valutazione dei disturbi di asse I e II secondo i criteri del DSM-IV-TR; inoltre per ogni paziente è stata individuata la tipologia di alcolismo (I o II) secondo i criteri di Cloninger (Cloninger et al., 1988).

Strumenti di assessment

Tutti i partecipanti sono stati valutati in una sessione unica della durata di circa 1 ora; i soggetti non potevano consumare cibo, caffeina o nicotina durante la somministrazione dei test.

**BIS-11.** La **Barratt Impulsiveness Scale** (Fossati et al., 2001) è un questionario di autovalutazione per la misurazione dell’impulsività.

**Associazione simboli/numeri** (subtest della WAIS-R; Wechsler, 1981) per la misura dell’attenzione e della memoria di lavoro;

**Test delle analogie** (subtest della WAIS-R; Wechsler, 1981) per il ragionamento astratto di tipo verbale;

**Trail Making Test parte A e B** per l’attenzione visiva e la flessibilità di esecuzione del compito (Reitan, 1958);

Test per la Fluenza verbale

**fonologica (PVF)** (Lezak et al., 2004);

**Stroop test** per le abilità attentive soprattutto in relazione alla capacità di discriminare stimoli rilevanti ed irrilevanti mentre si esegue un compito (Posner e Synder, 1975; Cohen e McClelland, 1990);

**Wisconsin Card Sorting Test (WCST)**, versione a 48 carte (Haaland et al., 1987), per la valutazione delle capacità di ragionamento astratto, dell’attenzione sostenuta, della flessibilità cognitiva e della capacità di modificare le proprie strategie cognitive in risposta ai cambiamenti ambientali;

**Memoria di cifre avanti e indietro** (subtest della

WAIS-R) per la misura dello span di memoria uditiva immediata (Lezak et al., 2004);

**Disegno con i cubi** (subtest della WAIS-R; Wechsler, 1981) per la percezione spaziale, il processamento astratto visivo ed il problem solving.

Analisi dei dati

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il programma SPSS per Windows, Versione 15.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). I tre gruppi sono stati confrontati per le caratteristiche socio-demografiche, per i punteggi ottenuti ai test neuropsicologici, alla BIS-11 ed alla STAXI-2. Per tutti i confronti binari tra variabili categoriali, sono stati utilizzati il test del Chi Quadrato o il test di Fisher. Poiché il numero dei casi inclusi nei differenti gruppi era differente e poiché molti degli assunti di base per la distribuzione normale dei valori sono stati violanti, è stato utilizzato il test di Kruskal Wallis per la comparazione delle variabili continue tra i gruppi clinici e quello di controllo. Quando il confronto risultava significativo, è stato applicato il test U di Mann-Whitney con la correzione di Bonferroni al fine di identificare la fonte e la direzione della significatività. Il coefficiente di correlazione di Spearman è stato utilizzato per esaminare la relazione tra variabili continue.

Il margine di significatività di tutti i test è stato fissato a p<.05.

Risultati

Nella tabella 1 sono illustrate le caratteristiche socio-demografiche e quelle cliniche dei campioni reclutati. La tabella 2 mostra i dati relativi all’uso di alcol per il gruppo clinico; nelle tabelle 3 e 4 sono riportati i risultati principali dello studio.

	AD (2s-2m) N=31 <i>n (%)</i>	AD (2m-1a) N=29 <i>n (%)</i>	Controlli N=34 <i>n (%)</i>
<b>Caratteristiche socio-demografiche</b>			
età (M ± DS)	46,9 ± 14,4	47,4 ± 10,5	46,1 ± 9,6
maschi	17 (55)	16 (54)	18 (53)
femmine	14 (45)	13 (46)	16 (47)
<b>Stato civile</b>			
celibe/nubile	9 (29)	8 (28)	12 (35)
coniugato	14 (45)	14 (48)	12 (35)
separato/divorziato	8 (26)	5 (17)	9 (26)
vedovo	0	2 (7)	1 (4)
<b>Scolarità</b>			
licenza elementare	2 (6)	2 (7)	2 (6)
scuola media inferiore	11 (35)	10 (34)	12 (35)
scuola media superiore	10 (32)	9 (31)	11 (32)
laurea o oltre	8 (27)	8 (28)	9 (27)
<b>Occupazione</b>			
in pensione	3 (10)	3 (10)	3 (9)
occupato	18 (58)	17 (59)	25 (74)
disoccupato	10 (32)	9 (31)	6 (17)
<b>Anamnesi psichiatrica</b>			
precedenti disturbi psichiatrici	17 (55)	10 (34)	4 (12)
precedenti trattamenti psichiatrici	24 (77)	22 (71)	1 (3)
anamnesi psichiatrica familiare positiva	14 (45)	12 (41)	6 (21)
consumo di sigarette	20 (65)	11 (38)	11 (32)
abuso di sostanze psicotrope	9 (29)	8 (28)	5 (15)
precedenti tentativi di suicidio	0	0	0

Tab. 1. Caratteristiche socio-demografiche ed anamnesi psichiatrica del campione esaminato.

	AD (2s-2m) (N=31) <i>n (%)</i>	AD (2m-1a) (N=29) <i>n (%)</i>
<b>Storia dell'uso di alcol</b>		
Durata della dipendenza da alcol (anni: M ± DS)	11,38 ± 81,1	13,05 ± 8,92
Drinks giornalieri* (M ± DS)	15,41 ± 6,14	14,0 ± 5,68
Giorni di astensione dall'alcol	22 ± 5	135 ± 79
Tipologia I di Cloninger	19 (61)	19 (66)
Tipologia II di Cloninger	12 (39)	10 (34)
*1 drink= 12 gr or 0.5 oz		

Tab. 2. Dati relativi al consumo di alcol raccolti nei soggetti appartenenti ai gruppi clinici.

Test	AD (2s-2m) N=31 <i>M ± DS</i>	AD (2m-1a) N=29 <i>M ± DS</i>	Controlli N=34 <i>M ± DS</i>	Kruskal-Wallis Test <i>χ² (2; 62); P</i>	Confronto tra gruppi
<b>BIS – 11</b>					
impulsiv. attentiva	16,87 ± 4,34	15,47 ± 2,67	14,03 ± 3,15	8.386; <b>.015</b>	AD (2s–2m)>HC*
impulsiv. motoria	22,45 ± 4,43	20,26 ± 3,48	18,26 ± 3,22	19.800; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC**
impulsiv. non pianific.	30,19 ± 4,83	27,32 ± 4,46	23,05 ± 4,17	29.320; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC** AD (2m–1a)>HC*
impulsiv. totale	71,10 ± 10,96	64,11 ± 7,74	56,50 ± 7,48	32.109; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC** AD (2m–1a)>HC** AD (2s–2m)>AD (2m–1y)*

Legenda: BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale – versione 11

Tab. 3. Confronto tra i punteggi ottenuti alla BIS-11 tra i tre gruppi. \*p<.05; \*\*p<.001 (Correzione di Bonferroni).

Test Neuropsicologici	AD (2s-2m) N=31 <i>M ± DS</i>	AD (2m-1a) N=29 <i>M ± DS</i>	Controlli N=34 <i>M ± DS</i>	Kruskal-Wallis Test <i>χ² (2; 62); P</i>	Confronto tra gruppi
<b>SIMBOLI/NUMERI</b>					
	33,06 ± 11,95	33,42 ± 14,38	51,19 ± 8,56	35.035; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)** HC>AD (2m–1a)**
<b>ANALOGIE</b>					
	16,58 ± 4,66	17,32 ± 5,56	24,77 ± 3,35	39.013; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)** HC>AD (2m–1a)**
<b>TMT A</b>					
tempo	83,78 ± 37,05	71,97 ± 41,03	37,35 ± 17,80	32.437; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC**
errori	0,60 ± 0,23	0,10 ± 0,43	0	2.033; ,362	AD (2m–1a)>HC**
<b>TMT B</b>					
tempo	159,44 ± 150,5	132,77 ± 66,61	58,97 ± 30,17	33.48; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC**
errori	1,89 ± 2,37	0,50 ± 1,36	0,10 ± 0,30	12.205; <b>.002</b>	AD (2m–1a)>HC**
<b>PVF</b>					
	28,48 ± 6,77	28,82 ± 9,52	45,12 ± 11,0	30.122; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)** HC>AD (2m–1a)**
<b>STROOP TEST-Int.</b>					
tempo	40,03 ± 12,57	44,06 ± 27,85	36,19 ± 56,29	33.108; <b>&lt;.001</b>	
errori	1,24 ± 3,57	0,72 ± 1,18	0,13 ± 0,34	7.499; <b>.024</b>	
<b>WCST-48 carte</b>					
categorie	5,22 ± 1,21	5,30 ± 1,70	6, 0 ± 0	13.110; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2a–2m)* HC>AD (2m–1a)*
errori perserv.	3,0 ± 3,58	2,93 ± 3,70	1,01 ± 0,95	24.951; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC* AD (2m–1a)>HC*
errori non persev.	3,83 ± 2,48	3,67 ± 2,73	1,35 ± 1,60	28.676; <b>&lt;.001</b>	AD (2s–2m)>HC** AD (2m–1a)>HC**
<b>MEMORIA CIFRE</b>					
avanti	6,32 ± 2,27	6,16 ± 1,80	7,81 ± 1,38	15.320; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)* HC>AD (2m–1a)*
indietro	4,81 ± 1,83	4,37 ± 1,18	6,52 ± 1,46	18.959; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)** HC>AD (2m–1a)**
totale	11,16 ± 3,49	10,53 ± 3,29	14,39 ± 2,28	21.433; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)** HC>AD (2m–1a)**
<b>DISEGNO CUBI</b>					
	19,97 ± 8,71	20,89 ± 9,68	37,58 ± 8,84	36.225; <b>&lt;.001</b>	HC>AD (2s–2m)** HC>AD (2m–1a)**

Legend: TMT, Trail Making Test; PVF, Phonological Verbal Fluency; STROOP TEST-Int., Stroop Test Interferenza; WCST, Wisconsin Card Sorting Test.

Tab. 4. Confronto tra i punteggi ottenuti ai test neuropsicologici tra i tre gruppi. \*p<.05; \*\*p<.001 (Correzione di Bonferroni).



**Correlazioni nel gruppo di pazienti con Dipendenza da Alcol (N=60)**

Le correlazioni di Spearman effettuate per stabilire la presenza di possibili correlazioni tra i punteggi alla BIS-11 e la performance neuropsicologica, hanno evidenziato le seguenti associazioni significative: BIS-11 (impulsività totale) e test dei Cubi ( $\rho = -.368$ ;  $p = .011$ ); BIS-11 (impulsività totale) e TMT A - tempo ( $\rho = -.293$ ;  $p = .048$ ); BIS-11 (impulsività motoria) e TMT A - tempo ( $\rho = -.382$ ;  $p = .009$ ); BIS-11 (impulsività motoria) e WCST - numero di categorie ( $\rho = .293$ ;  $p = .049$ ); BIS-11 (impulsività attentiva) e Fluenza Verbale Fonologica ( $\rho = .327$ ;  $p = .027$ ).

**Correlazioni nel gruppo di controllo (N=34)**

Per ciò che concerne i punteggi ottenuti alla BIS-11 e la performance neuropsicologica, sono state rilevate le seguenti correlazioni significative: BIS-11 (impulsività attentiva) e test dell'Associazione simboli/numeri ( $\rho = -.365$ ;  $p < .05$ ); BIS-11 (impulsività attentiva) e Fluenza Verbale Fonologica ( $\rho = -.428$ ;  $p < .05$ ); BIS-11 (impulsività totale) e test dell'Associazione simboli/numeri ( $\rho = -.371$ ;  $p < .05$ ); BIS-11 (impulsività motoria) e TMT-B numero di errori ( $\rho = .420$ ;  $p < .05$ ).

**Correlazioni effettuate nel gruppo di alcol dipendenti (AD) dividendo il campione in base al numero di giorni di astensione dall'alcol**

Le correlazioni effettuate nel gruppo AD tra test neuropsicologici e punteggi alla BIS-11 non confermano i risultati ottenuti nel gruppo di controllo. Infatti, non sono emerse correlazioni significative nel gruppo AD (2m – 1a); nel gruppo AD (2s – 2m) solo i punteggi alla scala della BIS-11 “impulsività non pianificativa” correlano positivamente con la Fluenza Verbale Fonologica ( $\rho = .413$ ;  $p < .05$ ).

**Altri risultati**

Nel gruppo clinico (AD) non sono emerse differenze significative nei punteggi ai test neuropsicologici per quanto concerne il genere.

Nei controlli, invece, la performance cognitiva delle donne (N=16) è risultata complessivamente migliore di quella degli uomini (N=18). Di seguito sono riportate solo le differenze significative.

**ANALOGIE:**  $Z = -3.034$ ;  $p = .002$  (F>M).

**WCST** - numero di errori perseverativi:  $Z = -2.506$ ;  $p = .012$  (F<M).

**WCST** - numero di errori non perseverativi:  $Z = -1.965$ ;  $p = .049$  (F>M).

**STROOP interferenza** - tempo:  $Z = -2.096$ ;  $p = .036$  (F<M).

Come riportato nella tabella 1, 17 soggetti alcol-dipendenti e 5 controlli riferivano un uso di sostanze psicotrope (diverse dall'alcol). In particolare, 12 pazienti usavano regolarmente cannabis e 8 cocaina. Tra i controlli, invece, vi erano 5 consumatori di cannabis. Sebbene non siano state rilevate differenze significative nei controlli tra i consumatori (N=5) ed i non consumatori

di cannabis (N=29), tra gli alcolisti sono state riscontrate differenze significative tra gli abusatori (N=17) ed i non abusatori di altre sostanze (N=34). In particolare, la performance neuropsicologica dei consumatori di altre sostanze era significativamente migliore del resto dei pazienti. Di seguito sono riportate solo le differenze significative.

**ASSOCIAZIONE SIMBOLI/NUMERI:**  $Z = -2.478$ ;  $p = .013$ .

**TMT A** - tempo:  $Z = -2.59$ ;  $p = .010$ .

**TMT B** - tempo:  $Z = -2.40$ ;  $p = .016$ .

**WCST** - numero di categorie ottenute:  $Z = -2.154$ ;  $p = .031$ .

**MEMORIA DI CIFRE** - avanti:  $Z = -3.255$ ;  $p < .001$ .

**MEMORIA DI CIFRE** - indietro:  $Z = -1.979$ ;  $p = .048$ .

**MEMORIA DI CIFRE** - totale:  $Z = -2.992$ ;  $p = .003$ .

**DISEGNO CON I CUBI:**  $Z = -1.969$ ;  $p = .049$ .

Tuttavia, ulteriori analisi hanno messo in luce che gli abusatori di alcol e di altre sostanze erano significativamente più giovani dei soli consumatori di alcol ( $Z = -3.898$ ;  $p < .001$ ); pertanto, è possibile attribuire tale differenza all'effetto dell'età sul SNC e non delle sostanze abusate.

Per ciò che riguarda l'età, non sono emerse correlazioni significative con la performance cognitiva nel gruppo di controllo. La tabella 8 evidenzia, invece, le correlazioni significative riscontrate nel gruppo di soggetti con dipendenza da alcol (N=60).

	ETA' (anni)
	$\rho$ , $p$
<b>ASSOCIAZIONE SIMBOLI/NUMERI</b>	-.439; .002
<b>TMT A - tempo</b>	.512; <.001
<b>TMT B - tempo</b>	.422; .004
<b>STROOP TEST Int.</b> - tempo	.365; .014
<b>WCST</b> – numero categorie	-.435; .003
<b>WCST</b> – errori persever.	.401; .006
<b>WCST</b> – errori non persever.	.429; .003
<b>MEMORIA CIFRE</b> - avanti	-.361; .012
<b>MEMORIA CIFRE</b> - indietro	-.306; .034
<b>Legenda:</b> TMT, Trail Making Test; WCST, Wisconsin Card Sorting Test.	

**Tab. 8.** Correlazioni di Spearman tra età e punteggi ai test neuropsicologici effettuate nel gruppo clinico (N=60); \*\* =  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$ .

Nel gruppo AD non sono emerse differenze significative in nessun test somministrato per quanto riguarda il consumo di sigarette, la tipologia di Cloninger, la quantità di alcol consumata, la presenza o meno di precedenti trattamenti per il disturbo da uso di alcol. Il fumo di sigarette non sembra incidere sulla performance cognitiva neanche nel gruppo di controllo.

La durata dell'abuso di alcol correla negativamente con il test di Fluenza verbale fonologica ( $\rho = -.298$ ;  $p = .044$ ) nel gruppo clinico.

**Conclusioni**

L'Addiction si caratterizza per un utilizzo continuativo

di sostanze nonostante le conseguenze negative che tale comportamento può provocare. Essa, come altri disturbi psichici, appare il risultato di una combinazione di fattori biologici, cognitivo-emotivi e di circostanze ambientali. Mentre i meccanismi psicobiologici sottostanti al disturbo sono stati ampiamente descritti, gli aspetti cognitivi della dipendenza sono relativamente inesplorati. Inoltre, la ricerca su questi ultimi appare viziata da bias metodologici che rendono i risultati scarsamente generalizzabili e poco indicativi della specifica realtà clinica.

I risultati del presente lavoro confermano parte di quanto è stato già riportato in precedenti studi; i pazienti alcol-dipendenti presentano una performance peggiore rispetto ai controlli in tutti i domini indagati: working memory, ragionamento deduttivo ed astratto, flessibilità cognitiva, fluenza verbale, attenzione sostenuta e divisa. Tutte queste abilità possono dirsi rappresentative delle cosiddette “funzioni esecutive” (Koechlin e Summerfield, 2007). Come riportato sopra, una menomazione del sistema deputato al controllo del comportamento è una evidenza centrale per molte teorie sulla dipendenza, e nello specifico quando il soggetto deve controllare una risposta automatica come, ad esempio, il craving che si attiva in risposta a stimoli legati alla sostanza di abuso (Kalivas e Volkow, 2005, Porrino et al., 2007).

L'analisi dei punteggi ai test somministrati mostra che i pazienti in astensione da 2 settimane a 2 mesi erano più impulsivi e presentavano una performance cognitiva peggiore di coloro che erano in astensione da 2 mesi ad 1 anno. Tuttavia, tale differenza non è risultata significativa probabilmente a causa dell'esiguità del campione reclutato. Inoltre, gli studi sull'argomento, indicano che la fase che può essere definita di astensione a lungo termine comprende un periodo di sobrietà che va da 2 mesi a 5 anni (Fein et al., 1990); mentre nel nostro gruppo è ben rappresentato il periodo di astensione a medio termine (2 settimane-2 mesi);, quello relativo al lungo termine è piuttosto ridotto (giorni medi di astensione nel nostro gruppo  $\pm$  DS:  $135 \pm 79$ ) in quanto i pazienti reclutati presentavano al massimo un anno di astensione dalla sostanza. Ad ogni modo, questi risultati confermano quanto riportato in altri studi circa la tendenza ad un miglioramento per quanto riguarda la memoria di lavoro, le abilità visuo-spaziali, l'attenzione, al flessibilità cognitiva, il ragionamento astratto con il mantenimento della sobrietà (Sullivan et al., 2000). È comunque necessario un periodo di tempo maggiore per i soggetti alcol dipendenti affinché possano recuperare il pieno funzionamento cognitivo (Fein et al., 1990). Nel nostro campione, l'età sembra interferire con la performance cognitiva solo nel gruppo clinico, nonostante il gruppo di controllo reclutato fosse omogeneo ad esso per questa variabile. Tale dato mette in luce ulteriormente il fatto che la performance cognitiva è influenzata dall'effetto dell'alcol al punto tale che si assiste ad un'anticipazione di quel deterioramento cognitivo che

funzionalmente si presenta con l'avanzare dell'età.

Un altro dato interessante riguarda il fatto che la differenza della performance tra uomini e donne è stata riscontrata solo nel gruppo di controllo: le donne hanno ottenuto, infatti, punteggi ai test complessivamente migliori degli uomini. Il gruppo di soggetti alcolisti, non presenta tale differenza a dimostrazione del fatto che l'uso di alcol inficia la performance cognitiva prescindendo dalle capacità personali di ciascuno.

Inoltre, mentre i soggetti clinici sono significativamente più impulsivi dei controlli, elevati livelli di tale dimensione sono paradossalmente associati ad un miglioramento della performance, ma solo per i soggetti astinenti da 2 settimane a 2 mesi; nel gruppo di controllo, invece, si verifica esattamente l'opposto in quanto la performance peggiora con l'innalzamento delle quote impulsive. È possibile interpretare tale risultato considerando l'impulsività come una variabile che, quando presente, bilancia il rallentamento cognitivo e motorio e la sintomatologia depressiva sottosoglia che generalmente caratterizzano il periodo successivo alla disintossicazione, migliorando, così, la performance.

I limiti principali del presente lavoro sono: la numerosità del campione reclutato e la sensibilità degli strumenti valutativi esistenti per la valutazione di ciascuna delle componenti delle funzioni esecutive. I risultati potrebbero essere anche influenzati dal trattamento farmacologico che molti dei pazienti assumevano e dalla eventuale sintomatologia sottosoglia.

Nonostante le limitazioni, il presente lavoro mostra numerosi punti di forza che riguardano principalmente il fatto che tutti i pazienti reclutati non presentavano disturbi comorbili in Asse I o II e che, al momento della valutazione, non mostravano alterazioni del tono dell'umore che potessero interferire con la performance cognitiva e la presenza di un gruppo di controllo omogeneo.

Queste osservazioni dovrebbero essere replicate in una popolazione più ampia e considerando un periodo di astensione dalla sostanza più prolungato. Infine, solo uno studio prospettico sarebbe in grado di chiarire la storia naturale della relazione tra impulsività, funzionamento cognitivo, andamento ed esito di malattia.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

American Psychiatric Association. DSM-IV-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. American Psychiatric Publishing, Inc.; Washington, DC: 2000..

Clark DB, Vanyukov M, Cornelius J. Childhood antisocial behavior and adolescent alcohol use disorders. Alcohol Res Health 2002;26:109–115.

Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von-Knorrin AL, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. Adv Alcohol Subst Abuse. 1988;7(3-4): 3-16.

Cohen, J.D., McClelland, J.L., 1990. On the control of automatic processes: a parallel processing account of the Stroop effect. Psych. Rev 97 (3), 332–361.

Congdon E, Canli T. The endophenotype of impulsivity: reaching consilience through behavioral, genetic, and neuroimaging approaches. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2005;4:262–281.

Crews FT, Nixon K. (2009). Mechanisms of neurodegeneration and regeneration in alcoholism. *Alcohol Alcohol* 44:115–27.

de Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 2009;14:22–31.

Dolan, S. L., Bechara, A., & Nathan, P. E. (2008). Executive dysfunction as a risk marker for substance abuse: The role of impulsive personality traits. *Behavioral Sciences & the Law*, 26, 799–822.

Fein G, Bachman L, Fisher S, et al: Cognitive impairments in abstinent alcoholics, In *Addiction Medicine* [Special Issue]. West J Med 1990 May; 152:531-537.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1997.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.

Fitzhugh LC, Fitzhugh KB, Reitan RM: Adaptive abilities and intellectual functioning in hospitalized alcoholics. *Q J Stud Alcohol* 1960; 21:414-423.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh R, 1975. “Mini-Mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12(3), 189-198.

Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 815-828.

Haaland, K. Y., Vranes, L. F., Goodwin, J. S., & Garry, P. J. (1987). Wisconsin Card Sort Test performance in a healthy elderly population. *Journal of Gerontology*, 42, 345–346.

Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 23, 56-62.

Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug;162(8):1403-13.

Kendler KS, Prescott C, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:929–937.

Kuo PH, Aggen SH, Prescott CA, Kendler KS, Neale MC (2008). Using a factor mixture modeling approach in alcohol dependence in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* 98:105–114.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment*, 4th ed. New York, NY: Oxford University Press.

Moselhy HF, Georgiou G, Kahn A. Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol Alcohol* 2001;36:357–368.

Oscar-Berman M, Kirkley SM, Gansler DA, Couture A. Comparisons of Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics on neuropsychological tests of prefrontal brain functioning. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28:667–675.

Porrino LJ, Smith HR, Nader MA, Beveridge TJ. The effects of cocaine: a shifting target over the course of addiction. *Prog Neu-*

*ropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Nov 15;31(8):1593-600.

Posner, M.I., Synder, C.R.R., 1975. Attention and cognitive control. In: Solso, R.L. (Ed.), *Information Processing and Cognition: The Loyala Symposium*, Erlbaum, New Jersey.

Reitan, R.M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skill*, 8, 271-276.

Robinson TE, Berridge KC. Addiction. *Annu Rev Psychol* 2003;54:25–53.

Stroop J. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935;18:643–662.

Sullivan, E.V., and Pfefferbaum, A. Neurocircuitry in alcoholism: A substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology* 180:583–594, 2005.

Sullivan EV, Rosenbloom MJ, Lim KO et al. (2000) Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure. *Neuropsychology* 14:178–88.

Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989 Nov;84(11):1353-7.

Tarter RE, Kirisci L, Habeych M, Reynolds M, Vanyukov M. Neurobehavior disinhibition in childhood predisposes boys to substance use disorder by young adulthood: direct and medicated etiologic pathways. *Drug Alcohol Depend* 2004;73:121–132.

Verdejo-Garcia A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:777–810.

Wechsler, D. (1981). *Wechsler Intelligence Scale for Adults-Revised (WAIS-R)*. New York, NY: The Psychological Corporation.

Young, R., Biggs, J., Ziegler, V., Meyer, D., 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry* 133, 429-435.

## L’ingaggio familiare nei Servizi Psichiatrici Territoriali: una sfida ancora possibile?

### *Executive functions and impulsivity in alcohol dependence*

<b>Riassunto</b> Gli autori, che operano presso un servizio psichiatrico territoriale dell’hinterland milanese, propongono una riflessione metodologico-operativa sulla possibilità attuale di presa in cura di familiari di soggetti con patologie dello spettro psicotico e borderline, con una modalità “integrata”, sistemizzando un’attività di circa due anni e mezzo mediante un modello sistemico-strategico e psicoanalitico nel medesimo gruppo di operatori. Il contenitore istituzionale, di fronte alla pressione di comunicazioni patologiche, di meccanismi di identificazioni proiettive massive della famiglia e del paziente, può perdere la capacità di contenere o divenire “cassa di risonanza” delle ansie, aggravando i problemi. Finalità di queste pagine è di offrire un contributo negli attuali assetti dei servizi psichiatrici, su modalità ed obiettivi della presa in carico dei sistemi familiari, spesso sentita fondamentale ma limitatamente possibile.	<b>Summary</b> The authors, working in a territorial psychiatric service on the Milan’s area, suggest a metodologic-operative reflection concerning the actual possibility of taking care of familiars in subjects with borderline and psychotic spectrum, using an “integrate” formality. They propose a systematic revue of a two and half years activity through a contemporary use of systemic-strategic and psychoanalytic model in the same operator’s group. The institutional pot, up to the pressure of pathologic communications, to massive projective identification’s mechanism of family and patient. could lose the capacity of container or could became a “resonance box” of anxiety, making worse the problems. The goal of these pages should be to offer a contribute starting from the actual trim of basic psychiatric services, concerning forms and goals of familiar systems ‘s taking care , which is often felt basic, but contemporary it remains a “challenge” still limitedly possible.
<b>Parole chiave:</b> presa in cura dei familiari, approccio integrato, contesto psichiatrico di base.	<b>Key Words:</b> taking care of familiars, integrated approach, basic psychiatric context.

### Introduzione

L’articolo propone una riflessione metodologico-operativa riguardo la possibilità di un approccio multimodale ed integrato alla presa in carico dei familiari di soggetti dello spettro psicotico e borderline nei servizi psichiatrici territoriali, utilizzando un modello sistemico-strategico familiare e psicoanalitico nel medesimo gruppo di terapeuti. Ricordiamo la definizione di presa in carico suggerita da Ferrannini (2001) come “un insieme di operazioni complesse che un’equipe professionale mette in atto quando un paziente grave si rivolge al centro di salute mentale...” e che Peloso (2005) descrive come “l’intervento svolto da più operatori... anche verso più soggetti, che necessita di integrazione”. Citando Boscolo e Bertrando (1996, p. 38) “nel servizio pubblico, gli operatori hanno spesso teorie diverse ed è necessario trovare nel lavoro un linguaggio comune e un rispetto reciproco per i diversi punti di vista. E’ un contesto simile a quello delle società multietniche, in cui non è più lecito richiedere ad ogni gruppo di annullarsi nel crogiolo di una teoria comune (il melting pot), ma è necessario che ogni posizione sia presente in una sorta di ‘insalatiera culturale’ (la salad bowl) alla ricerca di un metalinguaggio che ci permetta di lavorare a partire dalle nostre differenze, rispettando tutti gli altri che lavorano

con noi, compresi i nostri clienti”. Nell’ottica di presa in carico ‘integrata’ dell’utenza, creare connessioni non significa solo avere buoni contatti con la rete interna ed esterna al servizio stesso ma, come sottolineano i costruzionisti, co-costruire un percorso di cura attento ad intrecciare necessità, resistenze e soluzioni possibili. In questo senso, occorre partire dall’ascolto di linguaggi clinici e culturali differenti, all’interno della stessa équipe di lavoro come nel rapporto con l’utente, con quella dose di ‘curiosità’<sup>(1)</sup> ed auspicabile sospensione del ‘fare’ che non sempre è riscontrabile. Ricordiamo il concetto di “capacità negativa” (Gaburri, 2003), intesa come poter restare nell’indeterminatezza ed incertezza, nell’angoscia del non capire, per donare un senso, attraverso movimenti trasformativi versus un ‘già noto’ o una pseudoconsensualità convenzionale che protegge dal pensare. Sembra inoltre fondamentale poter sostare in una funzione ‘meta’ che permette di oscillare in uno spazio transizionale, cogliendo similitudini e differenze tra i processi che i sistemi implicati mettono in atto, più o meno specularmente al problema presentato. È in questo processo che diventa possibile rivelare, in codice ‘criptato’, le strade per un possibile cambiamento<sup>(2)</sup>.



## Contesto

L'articolo espone elementi metodologici affinati in due anni e mezzo di lavoro.

Il territorio concerne i Centri Psico Sociali di Cusano Milanino e Cinisello Balsamo (comuni dell'hinterland milanese), afferenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera ICP Milano.

Gli operatori coinvolti erano una psicologa psicoterapeuta ad orientamento “sistemico-relazionale”; una psicologa specializzanda in “terapia strategica-integrata” ed uno psichiatra psicoterapeuta ad orientamento “psicoanalitico individuale e gruppale”. Questi operatori hanno provato ad impostare un intervento rivolto ai genitori e/o famiglia intera, alternando spazi strutturati con le due psicologhe a colloqui allargati allo psichiatra con l'intero nucleo familiare compreso il “paziente” più o meno “designato”. Va rilevato che nella mentalità fondante questo “contesto di lavoro” era presente una particolare attenzione al lavoro con i nuclei familiari, con intervento orientato alla presa in carico integrata. Questo ha facilitato il ‘dispendio’ in questi due anni e mezzo di una psicoterapeuta dedita quasi esclusivamente al lavoro con i familiari di pazienti psichiatrici, prevalentemente disturbi psicotici e spettro borderline. Risulta fondamentale non solo l'individuazione di una figura specifica, ma che questa sia strettamente connessa con l'equipe di lavoro.

Nonostante l'opinione condivisa all'interno dei servizi psichiatrici, dell'importanza di una collaborazione con le famiglie e il contesto sociale di riferimento del paziente, spesso questa apertura resta disattesa nella pratica, mantenendo in realtà uno spazio marginale. Basta pensare che questo tipo di offerta rappresenta una percentuale bassissima (circa il 7%)<sup>(3)</sup> dell'intera proposta terapeutica-riabilitativa dei servizi psichiatrici afferenti ai dipartimenti di salute mentale lombardi.

Un'attuale spinta all'individualismo e all'adozione di difese narcisistiche è sintona ad un'economia istituzionale che privilegia una orizzontalità ed immediatezza delle risposte, rinforzando i fenomeni in urgenza e reattivi, a detrimento del tempo di elaborazione clinica e della storicizzazione.

Questo isomorfismo istituzionale-familiare, favorito da realistiche scarse risorse disponibili, alimenta una mentalità esasperata dell'urgenza e di “dare” risposte concrete, limitando l'utilizzo della capacità di pensare in gruppo e ridefinire strategie di intervento.

Pertanto, con che criteri i servizi accolgono, interpretano, rispondono alle domande dell'utenza e coinvolgono i sistemi familiari? La riflessione aperta mette in relazione da una parte, le risorse insufficienti per una continua revisione del sistema sanitario; dall'altra, il domandarsi se riportare l'attenzione al processo di cura sia una via tutelante il ‘benessere mentale’ di tutti gli attori implicati, cercando di ottimizzare le risorse ‘cronicamente carenti’ dei sistemi coinvolti.

## METODOLOGIA

### Modalità di coinvolgimento della famiglia nei colloqui psicologici

#### Invio

1) dallo psichiatra, dall'equipe territoriale/ riabilitativa: riconosce un bisogno di sostegno ai genitori e volano al progetto terapeutico del figlio.

Sottolinea l'importanza di ricreare un maggiore dinamismo, evitando la convergenza del sistema familiare sulla figura “medica”, dove la distribuzione del ‘carico di lavoro’ va intesa come accesso alla visione multiprospettica della cura.

2) dagli stessi familiari: da richieste di aiuto spesso confuse/confittuali da parte dei familiari che vanno riformulate

3) da Servizi Sociali o da decreti del Tribunale dei Minori o altre istituzioni richiedenti l'attivare un sostegno genitoriale o un collegamento tra le agenzie coinvolte

#### Consulenza e contratto

Intervento **consulenziale** alla famiglia:

Discussione nelle Riunioni di Equipe (CPS) del possibile coinvolgimento dei familiari;

Colloquio iniziale di presentazione congiunta di famiglia e paziente oppure invio diretto dei familiari, seguito da successivo incontro congiunto con paziente ed operatori di riferimento;

Proposta ai familiari di un primo ciclo di consulenza di massimo 5 incontri per poi ‘fare il punto della situazione’ con loro e gli invianti, per contenere richieste infinite/illusorie e verificare in itinere il lavoro effettuato.

I colloqui psicologici hanno cadenza trisettimanale o mensile, ravvicinabili in momenti di criticità.

Nel “**contratto**” sono previsti periodici incontri (ogni 2 massimo sei mesi) con tutti gli attori coinvolti. Momento elettivo di affinamento dell'intervento integrato, oltre a periodiche microequipes tra psicologhe, psichiatra ed altri operatori referenti.

#### Modelli epistemologici integrati e stili comunicativi

L'approccio multiprospettico dei tre operatori ha funto da stimolo/ostacolo ad adottare nella stessa seduta strategie conversazionali differenti e calibrate. Tra queste sottolineiamo l'uso delle domande *lineari*, *circolari*, *strategiche e riflessive* (K.Tomm) che ‘aprono’ altre possibili visioni e l'utilizzo di interventi di *reframe* (ristrutturazione)<sup>(4)</sup>, ipotesi e metafore ristrutturanti, connotazione positiva) e *prescrittivi* <sup>(5)</sup>. Applicati ad esempio al lavoro sulle distorsioni cognitive, lo stigma, la mentalità familiare nella gestione della farmacoterapia, come volano nel processo di “*aderenza*” complessiva alla presa in carico: ecco che un'*immagine trasformativa* (Bion, 1962) portata dallo psichiatra poteva suggellare o diversificare un messaggio “*paradosso*” di tipo sistemico po-

sto ad un genitore. Oppure, partendo da una domanda “strategica o riflessiva” coinvolgente il paziente o sue interazioni con i genitori, si utilizzavano “trasformazioni narrative” (Ferro, 2002) consentendo l'accesso all'ambivalenza di rappresentazioni parziali di sé e dell'altro ed alle relazioni tra queste. L'opera di “figurazione” spesso avvenuta in gruppo (con i tre terapeuti e la famiglia) fungeva da via intermedia verso la rappresentazione, riferibile non tanto al rimosso quanto all'emergere di parti scisse che trovano nel gruppo il luogo di elaborazione e rappresentabilità (Gaburri, 2003).

Anche lo stile comunicativo personale dei tre terapeuti è divenuto nel tempo una risorsa dopo momenti di fraintendimento, di sovrapposizione, di vissuti di non compatibilità negli interventi in atto. Ad esempio uno stile più espansivo, a tratti utilizzante la teatralizzazione, della psicoterapeuta sistemica, si calmierava con quello più pacato ed “analitico” dello psichiatra. L'attenzione al processo conversazionale e alle dinamiche non verbali tra i sistemi implicati, ha sovente consentito la possibilità (in una sorta di “dietro lo specchio” metaforico) di osservare in modo funzionale, ciò che stava accadendo nel colloquio tra operatori e famiglia. Questi differenti stili e modelli di riferimento hanno consentito una prospettiva diacronica, poliedrica e differenziata nella presa in carico, proposta al paziente ed alla sua famiglia.

Esiti riscontrati nel tempo sono stati: una riduzione di richieste in urgenza; un contenimento di domande confuse di intervento di aiuto; una graduale maggiore collaborazione dell'intero nucleo familiare; una possibilità di portare all'intera equipe istituzionale coinvolta (infermieri, educatori, assistenti sociali, altri psichiatri) questo modello di intervento, ricevendone ulteriori contributi/criticità. In questo senso possiamo a posteriori indicare l'attivarsi nel gruppo di funzioni descritte da F. Corrao come “comunanza” e “insiemità” <sup>(6)</sup>.

Fatte queste essenziali premesse, si riportano di seguito due situazioni, scelte tra quelle seguite, esemplificative dell'approccio terapeutico sopraccitato. Per rendere maggiormente esaustiva la trattazione, si specificheranno in seguito i “principi orientativi” utilizzati nella costruzione delle ‘conversazioni terapeutiche’ effettuate.

#### Il paziente invisibile

La famiglia D. arriva al Centro Psicosociale nel 2006, dopo il ricovero per esordio psicotico del figlio A. nell'SPDC del P.O. Bassini [Cinisello B.mo (MI)] dimesso con la diagnosi di “disturbo schizoide di personalità”. A. (1977) è figlio unico, vive e lavora esclusivamente con i genitori. Le anomalie comportamentali, il ritiro sociale sono presenti da tanti anni. Pur negando qualsiasi percezione di ‘problema’, A. assume regolarmente la terapia farmacologica (Risperidone a basso dosaggio), somministrata dalla madre che gestisce, soprattutto dopo il ricovero, ogni suo atto quotidiano. Per un lungo periodo, la dimensione schizoide aveva permeato anche la relazione terapeutica: iperformale, di-

staccato, con negazione o banalizzazione di ogni elemento problematico esistenziale. Lo stile relazionale dei genitori alternava richieste materne urgenti ed incongrue allo stato di A., a lunghi periodi di assenza dal servizio. Oppure esplosivi reclami al “direttore del dipartimento”, proiettandovi richieste disattese di altre figure maschili (padre e consorte), seguite dalla elusione di un proposto coinvolgimento genitoriale.

Nel 2010 la coppia genitoriale, su richiesta dello psichiatra e dopo forte ambivalenza e rinvii, accetta di iniziare un percorso di sostegno con la psicologa. Parallelamente, il paziente si rende disponibile ad un supporto psicoeducativo individuale con un'educatrice, progetto totalmente riacquisito in passato. Questa esperienza porrà le basi per riattivare un processo di “mentalizzazione” (Fonagy, 2010), favorendo capacità empatiche fortemente minate e permettendo in modo graduale, dopo un anno di relazione duale, la partecipazione di A. ad uscite estemporanee in un progetto di socializzazione “protetta”. Il paziente, contemporaneamente allo spazio creato per i genitori, ha sperimentato funzioni di riconoscimento del simile, del “fraterno”, come via identitaria totalmente assente, mediato da uno sguardo materno, educatrice in primis, più empatico e dalla presenza di un terzo con funzioni di norma, di alterità, di accesso alla differenziazione tra funzioni superegoiche ed ideali sinora confuse (Sommantico M., 2012). Tale processo è stato possibile attraverso un costante confronto clinico-epistemologico tra i terapeuti, l'educatrice e più sporadicamente, l'equipe del Centro Psicosociale.

L'ingresso della coppia genitoriale sembra quindi essere stato isomorfo all'acquisizione in A. di un'iniziale fiducia e visibilità nel servizio stesso, a fronte sino ad allora di una sua presenza quasi invisibile, nel ruolo di soggetto ‘non disturbante’, non chiaramente individuato/differenziato, con gli stessi operatori del Centro Psicosociale.

Ecco la ricostruzione dei principali eventi familiari premorbose effettuati durante la consultazione genitoriale: aiutando il padre in azienda, A. manifestava sempre più insofferenza verso i pesanti litigi della coppia per questioni economiche ed i continui rimproveri ricevuti dai genitori, connessi sia alla sua ‘cronica disattenzione’, sia al comportamento sempre più introverso. In un tentativo di distanziamento, si licenzia trovando impiego in un'azienda di trasporti: la madre, allarmata dai molti incidenti di guida verificatisi, lo convince a smettere, ritornando nella più ‘sicura’ impresa familiare. I genitori riferiscono che in questa occasione hanno intuito per la prima volta che qualcosa “non andava” nel ragazzo. Rievocato digressivamente un trauma nella fase in cui A. frequentava le superiori (verosimile molestia da parte di un adulto), che risulta però vago e confusivo anche nei racconti del figlio; questo momento di crisi è stato accompagnato da un breve percorso psicologico e dall'accoglienza della richiesta di A. di cambiare scuola. Nel 2005 i genitori ‘agiscono’ la decisione di ‘auto-

nomizzare’ il figlio, mandandolo a ‘vivere da solo’, in un periodo di ingestibilità delle tensioni tra gli stessi membri. Questo tentativo espulsivo poteva, secondo il loro punto di vista e il senso di impotenza vissuto, assumere l’obiettivo di una chiara consapevolizzazione da parte di A. della sua fragilità.

Di fatto, in seguito a questa modalità di separazione, A. si lascia “morire”: smette di mangiare, strutturando un delirio somatico/ipocondriaco che lo porta al ricovero in ospedale. Siamo a fine 2005, anno in cui inizia l’effettiva presa in carico del servizio di tipo ambulatoriale.

Nei primi colloqui con i genitori è stato necessario accogliere la rabbia della coppia nei confronti di ‘tutti’ e solo gradualmente è stato possibile lavorare in modo multi prospettico tra le figure terapeutiche coinvolte, sia sulle implicazioni e i forti vissuti di colpa connessi agli agiti di espulsione-simbiosi, che sulle modalità di cambiamento tutto-niente che il nucleo adottava.

Per lungo tempo, la signora “allagherà” i colloqui, con indistinte evacuazioni affettive, rancorose che dall’istituzione si indirizzeranno gradualmente verso la carente funzione paterna attribuita al consorte, in un rapporto di coppia ‘materno-filiale’ e connotato dalla realizzazione di un benessere ‘materiale’ compensativo delle scarse capacità empatiche. Il padre di A., sembra aver fondato ogni elemento identitario e narcisistico sull’attività lavorativa (piccolo imprenditore), delegando alla moglie la gestione della casa, l’educazione del figlio e la programmazione del quotidiano. Lui stesso minimizza le difficoltà con la moglie, diventando irascibile con chiunque non confermi la visione di Sé come competente e valido. Pur lavorando a stretto contatto con il figlio, lo descrive come un bambino un po’ ‘ritardato’, associandosi alla madre nella rappresentazione di A. come ‘ragazzino pre-pubere’, immagine garante dell’immutabilità dei livelli individuali, di coppia e generazionali indistinti.

Nei colloqui diventano centrali i temi della vergogna, della fiducia e delle ‘buone maniere’ apparenti. Si è cercato di introdurre la dimensione del preoccuparsi anziché della colpa immanente legati in modo particolare all’agito espulsivo pre-ricovero. Si connota in modo diverso la necessità di minimizzare la sofferenza o di banalizzare, come tentativi della coppia per contenere il malessere profondo al di là delle apparenze. Vogliamo a questo proposito riportare ciò che ci è apparso stabilire per la prima volta un contatto empatico con i genitori. È stato utile partire da un fatto raccontato dai genitori in modo sorridente, e cioè che spesso e volentieri vedevano il figlio ridere da solo, atto che suscitava una collettiva e alquanto strana ilarità. È stato chiesto come mai secondo loro accadeva questo e se questo comportamento li inquietasse. In prima battuta rispondono che ogni volta chiedono al figlio il motivo delle sue risate, lui risponde che ride perché ripensa alle battute o barzellette del padre. Durante una riunione allargata, si confrontava ciò anche con l’osservazione degli operatori del ser-

vizio di avere notato più volte A. parlare e ridere da solo di fronte ad alberi o pali della luce. Sia il paziente che i genitori riproducevano il copione noto, mentre i terapeuti hanno contestualizzato questa modalità surrealisticamente ilare di fronte ad un comportamento bizzarro, inquietante e poco comprensibile. Pur convalidando l’ipotesi principale, sono state cercate altre costruzioni possibili accanto a quella già individuata. Per fare questo è stato chiesto di apportare una piccola modifica al loro modo di rispondere alle risate; nello specifico avrebbero dovuto continuare a fare le solite cose che facevano invece che rispondere ad A. con una risata, provando invece ad assumere un rispecchiamento non verbale di ascolto attento e serio. Sembra che questo passaggio abbia permesso ai genitori di presentarsi nei successivi colloqui in modo meno ‘caricaturale’, permettendo loro di esplicitare gradualmente la grande difficoltà di gestione della situazione nelle piccole cose del quotidiano, la dipendenza estrema, la paura per il futuro (di quando loro non ci saranno più) ma anche di raccontare episodi di comportamenti e stranezze alle quali parzialmente si cerca di trovare un senso. L’elemento secondo noi essenziale, è consistito nel mantenere un setting di coppia, connotando positivamente alcuni aspetti della figura paterna, apparentemente in ombra e secondaria, ma con un ruolo importante nell’omeostasi familiare e nel ‘tradimento’ espulsivo vissuto da A. prima dell’esordio psicotico.

Partendo dalla loro ipotesi irrealistica di trovare urgentemente e in maniera definitiva la soluzione alle difficoltà portate dal figlio, si è proposto un intervento di cautela strategica verso spinte di cambiamento eccessive e non tollerabili <sup>(7)</sup>. A questo proposito, sono stati fondamentali i raccordi e i colloqui congiunti con l’educatrice di riferimento, improntati sulla valorizzazione di spazi di autonomia già esistenti che A. si concedeva, favorendo una gestione economica e farmacologica meno controllante da parte dei genitori. Si è impostato l’intervento accompagnando i genitori a facilitare autonomie minime da loro stessi ‘tollerate’, senza cortocircuitare il sistema.

Si è infine approdati, per quanto possibile, ad alcune fasi critiche della storia di coppia cogliendo aspetti importanti delle stesse identità genitoriali, quali il ‘mito’ materno di una famiglia rispettabile, beneducata, benestante; dei difficili ed eccessivamente idealizzati o rifiutati rapporti intra ed extrafamiliari che hanno portato alla quasi totale esclusione sociale della coppia. E’ emersa la struttura narcisistica paterna che reagiva ad ogni minimo tentativo di ‘differenziazione’ con una componente sostanziale di rabbia narcisistica e svalutazione dell’altro. La possibilità di pensare ad un futuro con strategie meno espulsive, ha permesso di attivare nei genitori nuove risorse, ad esempio ampliando i contatti che A. può ritrovare nell’azienda e che si aggiungono senza ‘scompare’ al padre. Al tempo stesso si è posto l’obiettivo di spostare la fissità di una lettura relazionale orien-

tata esclusivamente sull’asse ‘incompetenza’ del figlio vs ‘competenza’ genitoriale. Ci è sembrato utile infatti proporre un significato relazionale differente dell’‘invisibilità-immobilità’ di A., rivista come una sorta di aiuto ‘inconscio’ al bisogno dei genitori di non perturbare gli equilibri così faticosamente costruiti nel tempo da una parte, ma anche alla tentata soluzione di ‘nascondere’ un malessere psichico profondo per timore di un ulteriore ricovero, evento che nel setting integrato sembra essere stato maggiormente metabolizzato dalla famiglia. In conclusione, si potrebbero interpretare questi primi movimenti del sistema figlio-genitori come attivazione di funzioni mentali che forse porteranno all’acquisizione di una più adeguata funzione di “reverie”, in grado di favorire funzioni di organizzazione delle emozioni e di sviluppo della mente (Bion, 1965).

## 2) Dedalo e Icaro: come “prendere il volo”

M. (1975), operatore d’ufficio, si era rivolto al servizio nel 2003 con la diagnosi di Fobia Specifica (paura di prendere un aereo), con invio successivo ad una psicoterapia in ambito privato. Nel 2009 riprende contatti con il CPS dopo un primo ricovero in SPDC per scompenso psicotico. Nel 2010, effettua un secondo ricovero per intossicazione da farmaci (da autogestione e tendenza tossicofila ) e una successiva diagnosi di Psicosi Cronica e Disturbo Schizotipico di Personalità..

Cosa era accaduto in quegli anni? Sinteticamente, M. aveva gradualmente sviluppato un dilemma: era convinto che il suo benessere fosse vincolato all’effettuazione di un viaggio transoceanico di cui però temeva un amaro e la morte per annegamento. Per questo consultava ossessivamente psichiatri, cercati anche di nascosto ai genitori, che prescrivessero farmaci per ‘farlo dormire’ durante il viaggio, effettuando ‘prove’ farmacologiche per prepararsi al volo. Tutto ciò aveva compromesso ogni ambito esistenziale. Vi era poi una pervasiva dimensione paranoide. Unici referenti extrafamiliari rimanevano i Testimoni di Geova frequentati dall’età di 13 anni grazie ad una zia materna.

Oltre a colloqui con lo psichiatra estesi anche ai genitori, era fallito un tentativo di aggancio al Centro Diurno: M. restava impermeabile a qualsiasi contatto eccetto una ricerca assillante di risposte al suo quesito delirante. Nel 2010 viene proposta una consulenza genitoriale formalizzata, dove i genitori (e l’equipe curante) presentavano uno stato di impotenza e limitata speranza ad ogni tentativo terapeutico. L’intera famiglia occupava la giornata in rituali infiniti di promesse sulla soluzione del “problema”, con spazi di distanza annullati. In passato, il padre aveva provato un contenimento del figlio, solo mediante fugaci ed esplosivi interventi, seguiti da pentimenti e scuse che disconfermavano i tentativi stessi di porre un limite; la madre si rifugiava in una posizione di ‘panico’ temendo altri ricoveri del figlio. Esprimevano l’insopportabilità della situazione, i vissuti espulsivi, ma anche un atteggiamento collusivo allo

stesso delirio metaforicamente ricco e nel contempo sincretico del figlio.

Lo psichiatra veniva immobilizzato (in ogni funzione) da richieste di tutto il nucleo familiare collusive al delirio ossessivo spostato sul farmaco, e le psicologhe trovavano per un lungo periodo un muro di gomma di fronte a ogni tipo di intervento sulla coppia e sul singolo genitore.

Diversi colloqui iniziali sono stati spesi su questioni comportamentali ‘urgenti’, con ripetuti interventi prescrittivo-cognitivi e nel creare un punto di riferimento esterno sufficientemente stabile, differenziato e poco destabilizzante, per questa triade criptica ed isolata. Una quota significativa del lavoro dei tre terapeuti ha riguardato il formare un contenitore mentale (sia individuale che del loro gruppo, sia nel gruppo istituzionale) adeguato a consentire al paziente ed ai familiari di passare da un ‘linguaggio azione’ ad un ‘linguaggio efficace’ <sup>(8)</sup>.

La presa in carico è stata possibile creando interventi integrati mediati dai tre terapeuti, coinvolgenti Reparto, Centro Psico Sociale e nell’ultimo periodo (dopo circa un anno dal primo tentativo fallito) anche il Centro Diurno .

Nella lenta ricostruzione della storia familiare scopriamo che i genitori, coetanei, sono di origine pugliese. Nel matrimonio il padre di M. si affilia fortemente alla famiglia d’origine della moglie. Trasferitisi in Milano per lavoro, hanno condiviso lo stesso luogo come impiegati fino all’età pensionabile. Non sembrano aver mai costruito altri legami al di fuori della famiglia; si definiscono riservati e per loro è difficilissimo parlare dei rapporti con le proprie famiglie di origine. Il vissuto di impotenza e di incapacità sembra venir da lontano: la madre ha affidato il figlio ad una sorella maggiore, l’unica disponibile per la cura di M. In un colloquio ella esprime il vissuto di tradimento provato quando la sorella avvicina l’allora tredicenne M. ai Testimoni di Geova, di cui diventa fedele adepto e che condizionerà non poco il vivere comune. Rabbia ed impotenza/rimpianto (nascosti, autoalimentati e non riparabili) per non ‘aver allontanato in tempo’ il figlio da questa sorella con la quale aveva definitivamente rotto nel 2000, anno in cui la stessa si trasferisce a Torino. Quante perdite, lacerazioni hanno portato i loro “viaggi”. Proviamo a selezionare alcuni passaggi nel percorso/viaggio effettuato con questa famiglia . Era possibile aiutare la coppia ad attivare funzioni genitoriali connotate da minore impotenza e confusività? Si è gradualmente limitato un intervento pedagogico/prescrittivo, accolto formalmente ma sostanzialmente impermeabile per la quota di invischamento comunicativo e gli assunti di base sopracitati. È stato utile riconoscere insieme una coazione ripetuta nel tempo dei vari servizi di cura (o strutture psichiatriche diverse dello stesso dipartimento) nelle risposte terapeutiche allo stesso ‘sintomo’ di M. in parte colludendo al circuito impotenza/onnipotenza nella ri-



cerca infinita di psichiatri che prescrivessero il ‘farmaco magico’: ciò ha portato ad una “sufficiente ed imperfetta” relazione di fiducia verso un solo ‘riferimento curante’.

I colloqui con lo psichiatra e quelli con le psicologhe, hanno proposto differenti modi di linguaggio ma un codice significante comune, riguardo la risposta sul “volo”. Si ricorda che Groddeck (1923) preconizzava agli inizi del ‘900 che “...come un medico ascolta e guarda il corpo, così io ascolto e guardo le parole... l’occhio rimuove costantemente una parte delle percezioni, così come il cervello;...il rimosso in gran parte sprofonda a tal punto nell’inconscio che può riemergere solo da visioni ripetute e addirittura sollecitazioni esterne da parte di un’altra persona, oppure non riemerge più del tutto”. Sguardo illuminante in questa configurazione, espresso nel portare paziente e genitori a riflettere sulla capacità (delirante) di gestire da subito un volo transoceanico senza prima dimostrare le capacità di saper gestire distanze e vicinanze (anche relazionali) minori, sia dubitando che quella situazione ipotetica da lui temuta fosse riproducibile in modo affidabile in una prova farmacologica ‘preventiva’, viste le differenti condizioni di partenza. Ancora, in una “supervisione” coinvolgente tutti gli attori del sistema curante, era emerso come la maggior parte degli operatori considerasse M. quasi privo di risorse cognitive, nonostante la somministrazione della Wais, effettuata di recente, avesse rivelato un livello nella norma di QI. Significativa in questa supervisione la raffigurazione del soggetto emersa dagli operatori del Reparto, nei quali l’immagine di un paziente un po’ stupido ed impermeabile ad ogni intervento, colludeva ad atteggiamenti preconsoci di rinuncia a pensare, di assenza di fastidio o collera o impotenza, in sostanza di rinuncia/evitamento del conflitto.

Al di là della misurazione, quella parentesi diagnostica era stata utile per valutare quali spazi potesse concedere l’impenetrabile fissità del monologo di M., proprio a partire dal tempo intercorso per effettuare il test. Lasciare sullo sfondo le domande impossibili per un tempo limitato cosa poteva significare per lui? Il colloquio di restituzione del test è stato utile per individuare e riflettere con M. e la coppia genitoriale sulla poca efficacia delle tentate soluzioni<sup>(9)</sup> effettuate da tutti, compresa l’equipe curante: cercare di rispondere ai suoi quesiti sembrava alimentare iperbolicamente la sua sofferenza. Si è evidenziato come rispondere a domande impossibili fosse una tentata soluzione diventata trappola.

Un altro transito significativo è avvenuto durante uno dei ricoveri ospedalieri utilizzati dall’equipe come sollievo comune (per paziente, genitori, istituzione) dall’insostenibile “peso” che M. esercitava su tutti gli attori coinvolti con le oscillazioni ossessive riguardo “il volo”. L’insorgenza di una ginecomastia iniziale su base iatrogena, scoperta dalla madre ma non rilevata da M. ha favorito un intervento delle psicologhe in Reparto, rinforzato successivamente in Ambulatorio assieme allo

psichiatra; intervento valorizzante la capacità materna di attenzione premurosa, ponendo l’accento sulla difficoltà di M. di vedersi come corpo separato dalla madre e dall’alterità del padre, e demandando agli altri anche funzioni percettive sensoriali. È stata occasione per dare legittimità e fiducia ai genitori sulle loro capacità di cogliere e valutare quale fosse il ‘bene’ per il figlio, cosa che lui, nello specifico non era riuscito proprio a fare. Tale operazione di fiducia e capacità attribuita ai genitori sembra aver permesso alla coppia di iniziare ad assumere un atteggiamento un po’ meno impotente, riprendendosi minimi spazi di gestione genitoriale e di coppia. Al termine del suddetto colloquio avvenuto in reparto M., chiede alla psicologa se in fondo ‘noi adulti possiamo avere il potere di ‘fermarlo’ impedendogli qualcosa per il suo bene’. Significativa è stata la modalità affettiva (non minacciosa od oppositiva) che il contenuto di quella breve comunicazione sembrava suggerire, arrivando ad un curioso compromesso (minimo esame di realtà) rispetto al volo, in cui M. pensava di sostituire la nave all’aereo. Permettere e legittimare i genitori ad assumere più incisività sembra essere partito timidamente da questo episodio ed è tuttora un percorso in costruzione. Un altro passaggio riguarda uno degli ultimi incontri di verifica e rivalutazione del progetto riabilitativo allargati alla famiglia ed i curanti. Nel colloquio lo psichiatra fa riferimento a verosimili incursioni di M. in bagno per “assillare” la madre. A questo punto M. si arrabbia, nega (uscendo finalmente dalla stolidità percepita) e chiede spiegazioni ai genitori.

Il padre spiazzato dalla reazione afferma che non lo stanno accusando di nulla, che ne hanno parlato per spiegare la situazione difficile che stanno vivendo e non sanno più cosa fare per aiutarlo. La psicologa chiede a M. cosa pensa di questo e cosa vorrebbe dir loro. Lui parla molto e per la prima volta dice che vorrebbe che i genitori uscissero di più e si divertissero. Alla domanda su cosa impedisca loro di farlo, risponde dicendo che ‘non sono molto bravi a farsi amici’. In particolare, parlando della madre afferma, tra lo stupore degli astanti: “Sembra una donna affabile, ma in realtà non lo è, ha difficoltà a esporsi”. I genitori esprimono un’interazione chiara e nell’attualità, affermando che in realtà loro “...non escono perché hanno paura a lasciarlo da solo e che possa fare qualcosa di brutto”. Spesso è capitato che uscissero e al loro rientro, lui era più sconvolto che mai. Lo psichiatra interviene con una ristrutturazione: “Fate-mi capire meglio: voi state dicendo che ogni volta che uscite si scatena il pensiero ricorrente, fisso e rigido di vostro figlio a casa da solo; questo pensiero scatena in voi paura e ansia, tanto che alla fine avete rinunciato a uscire e a prendere i vostri spazi che sentite d’altronde necessari. Un po’ come fa vostro figlio quando, in preda all’ansia e alla paura, “vi assilla” ripetutamente e in modo rigido sulla sua voglia di volare. Interessante notare come vi comportiate allo stesso modo utilizzando un pensiero fisso per bloccarvi in qualcosa che invece

avreste voglia di fare”.

I genitori sembrano attoniti in silenzio, M. annuisce sentendosi forse capito e compreso.

Si potrebbe dire, riprendendo Matte Blanco (1975, p. 265) che “le relazioni simmetriche rivelino aspetti oscuri dell’essere per cui l’individuo sconfina negli altri attraverso la scomparsa delle relazioni di contiguità o di spazio”. In seguito a questi passaggi, M. ha accettato anche la possibilità di frequentare il Centro Diurno, scoprendo abilità personali che potevano dargli soddisfazione, sia nella conversazione con i pari, che nel corso di pittura. Anche i genitori sono riusciti gradualmente ad affrontare alcuni passaggi del ciclo di vita molto critici, parlando delle loro problematiche di coppia, del desiderio futuro di tornare a vivere in Puglia, decidendo di trascorrevi con M. periodi anche abbastanza lunghi di soggiorno. Il percorso sicuramente è ancora in divenire, ma la coppia genitoriale sembra aver iniziato nuovamente a sentirsi un poco efficace. Il padre sembra concedersi alcune attività proprie, la madre sembra aver ricontattato la sorella torinese “in punta di piedi”. L’intervento integrato pare ora consentire graduali tentativi di autonomia di “volo” limitati e protetti.

### Principi orientativi nella conversazione terapeutica con i familiari

Partendo da un metaforico ‘sestante’ come strumento che orienta angolazioni diverse delle situazioni incontrate, gli autori vogliono riportare l’attenzione su alcuni punti, partendo da una domanda: quali sono stati gli ‘ingredienti’ essenziali per permettere il dialogo tra professionalità con impostazioni anche molto differenti? Tra questi la già citata ‘curiosità’ verso le ‘*weltanschauung*’ differenti costruite nel tempo da operatori e famiglie, un pizzico di rispettosa irriverenza verso i ‘propri’ riferimenti teorici e un’attenzione all’inserimento terapeutico della funzione dubitativa<sup>(10)</sup>.

E ancora la possibilità di costruire ipotesi e non ricerche di verità, la necessaria consapevolezza di ritagliarsi ‘tra le mille urgenze’ uno spazio di pensiero di gruppo, e per ultimo, un interesse professionale per la scoperta dei propri pregiudizi (Cecchin, Lane, Ray, 1992). Consapevoli della loro non esaustività, riportiamo i riferimenti di modellizzazione costituenti lo sfondo delle esemplificazioni dei casi clinici descritti.

**Uno specchio che riflette.** Il sistema di cura può adottare in modo trasversale una modalità di lettura del suo funzionamento come ‘*isomorfo*’ al funzionamento di quello familiare, ponendosi nel tempo domande non solo sui controtransfert ma anche su come pensiamo che quella famiglia veda il servizio in quel momento. In particolare, cosa riflettiamo come equipe? Un’immagine di gruppo di lavoro duttile, flessibile, che non risponde in modo automatico o parcellizzato? Siamo un sistema che suggerisce ‘nuove idee’? In che modo viene considerata la proposta “*ectopica*” (come nel famoso

quadro seicentesco della “donna barbata”) che ‘*non c’entra in quel contesto*’ o che sembra meno ‘evidente’ nelle discussioni di equipe? È un sistema che sa restare fermo quando tutto sembra spingere a ‘fare’? In questo senso, cosa offriamo di funzionale alla famiglia che in teoria dovrebbe con noi costruire una sofferenza almeno un po’ differente da quella che ci presenta in prima battuta? Anche la scelta di quando, come e chi convocare può allora divenire implicitamente un segnale-modello di comportamento per la famiglia. In questo senso sono state fondamentali in alcune situazioni alcune convocazioni pensate ad hoc, oltre all’adozione sistematica (tra i due ed i sei mesi) di momenti di verifica congiunta operatori-famiglia sull’andamento del progetto di cura attivato.

**Accoglienza.** Il primo grande obiettivo che il colloquio con i familiari si prefigge è l’accoglienza della loro storia e della situazione critica che li ha portati ad usufruire del servizio. Diventa di vitale importanza un luogo dove sostare e ricomporre almeno alcune tessere del puzzle (soprattutto se si tratta di un esordio psicotico), fare un po’ di ordine e di contenimento in situazioni e vissuti che spesso nei primi colloqui sono segnati da disorientamento. Per le famiglie invece che da anni vivono nei sistemi curanti, la stessa accoglienza presuppone un ‘*passare del tempo*’ che pone ulteriori interrogativi e nuove ricerche di risorse (è il caso di malattia o morte di un caregiver nel tempo diventato unico latore di cure del sistema o allo stesso invecchiamento degli utenti). Possiamo quindi dire che l’accoglienza dei familiari si differenzia in base agli elementi che concernono i cicli di vita e i tempi<sup>(11)</sup> di quella famiglia, puntando l’attenzione sulla difficoltà a superare alcuni passaggi critici e individuando le risorse che in passato sono state attivate.

**Coreografie di coppia e di gruppo.** Sembra fondamentale valutare la possibilità di ‘interpellare’ quel membro che nella coppia ‘appare’ rivestire un ruolo marginale o del tutto ‘assente’ nella funzione genitoriale<sup>(12)</sup>. Tale passaggio potrebbe richiedere tempo ma può essere molto utile, sia nel senso di sviluppare risorse aggiuntive che nella possibilità di creare un equilibrio anche lievemente differente delle funzioni genitoriali spesso ingabbiate in coppie rigidamente suddivise tra assenti/troppo presenti. Occorre valutare nella coppia genitoriale quali ruoli, di solito ‘fissi,’ si sono accaparrati i genitori nella cura del figlio o della figlia. Ma anche quanto ‘quella’ coppia crede ancora che il partner sia ‘risorsa’ nella gestione della genitorialità, area che nella esperienza clinica risulta più raggiungibile dello ‘stallo di coppia’ indicibile, evidenziato da M. Selvini (1988) in passato. Importantissime sono le domande che rivelano nel tempo la posizione della fratria nel sistema familiare. In base all’importanza di tale posizione (in termini di disinvestimento o investimento), può es-

sere utile convocare direttamente fratelli e sorelle che portano un punto di vista generazionale differente e spesso illuminante sulla stessa ‘patologia’. Se questo non è possibile, la fratria può comunque essere ‘inclusa’ nella conversazione terapeutica, per effettuare un’operazione di ‘riequilibrio’ di posizioni spesso narrate e visute come stereotipate.

**Alla ricerca di storie di vita un po’ differenti.** La storia familiare e generazionale raccolta nei colloqui clinici è quasi sempre denotata in modo univoco, criptata, anche se vista diversamente dai due partner. Soffermarsi forse per la prima volta, ri-narrando la propria storia e i momenti evolutivi critici in modo differente può permettere la co-costruzione di nuove visioni <sup>(13)</sup>, rivelando preziose informazioni sulle dinamiche che regolano sia i movimenti di attaccamento che quelli di autonomia-esplorazione costruiti nel tempo, anche nei legami generazionali. Nei casi clinici presentati ad esempio, è stato utile per creare ‘fiducia’ nel sistema curante, accogliere e riposizionare le aspettative che ogni genitore aveva rispetto al partner ma anche quelle relative alla propria storia personale, disattese e proiettate all’esterno, anche nei ‘servizi di cura’.

**Potere e spazio per la conflittualità.** Individuare quali sono le problematiche inerenti alla distribuzione del potere (sia in senso di possibilità che di autorità <sup>(14)</sup> vero e proprio) della coppia genitoriale nel tempo e valutarne la flessibilità o la rigidità dei pattern simmetrici<sup>(15)</sup> o complementari. Evidenziando i pattern disfunzionali e funzionali di comunicazione nella gestione del figlio si può scoprire come viene tollerato e affrontato nel sistema relazionale il conflitto, come ogni membro della famiglia possa contribuire alla negazione o al mantenimento della situazione di stallo familiare e adottare strategie di intervento<sup>(16)</sup> che possono risultare funzionali a produrre piccoli cambiamenti o semplicemente a rendere visibile ciò che si occulta in modo protettivo.

### CONCLUSIONI

La sfida proposta dagli autori è di rivalutare il concetto di professionalità integrata nell’ingaggio dei familiari nelle patologie psichiatriche gravi in un servizio territoriale. Il contenitore istituzionale, di fronte alla pressione di comunicazioni patologiche, di meccanismi di identificazioni proiettive massive della famiglia e del paziente, possono perdere la capacità di contenere o divenire “casce di risonanza” delle ansie, aggravando i problemi (Obhzoler, 2003).

Si potrebbe mutuare il concetto bioniano di “contenitore-contenuto” all’organizzazione istituzionale psichiatrica in cui operano, dove i concetti di “reverie” (Bion,1962) e “funzione alfa” sono collegati alla possibilità di arginare l’ansia negli operatori di fronte al disturbo mentale, di sviluppare capacità di pensare, rico-

noscere e gestire i problemi.

Tutto ciò rimanda metaforicamente alle “permutazioni “ di Renè Magritte che pose il principio di trasformazione al centro della sua opera. I tre quadri scelti per questo articolo, composti negli anni 1942 (“Le compagnons de la peur” e “L’ile au trésor”) e 1961 (“Les graces naturelles”), rappresentano il tentativo dell’artista di affrancarsi dall’ordine della realtà creato dalla guerra, e rimandano a passaggi di stato, a trasformazioni: l’unità spezzata ritrova il suo equilibrio, la disperazione si può tramutare in speranza.

#### BIBLIOGRAFIA

Alexander, F., French T.M., *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press, 1946.

Allen Jon, G., Fonagy, P., Bateman A. W., *La mentalizzazione nella pratica clinica* ,Milano, Cortina, 2010

Beltrano Ceppi Zevi, C., Draguet, M., *Magritte Il mistero della natura*, Milano, Giunti, 2008.

Bion, W.R., *Learning from Experience*. London: W. Heinemann, 1962, (ed. Ital. Apprendere dall’esperienza, Roma, Armando, 1972).

Bion, W.R., *Transformations*. London, Heinemann, 1965, (ed. Ital. Trasformazioni, Roma, Armando, 1973).

Boscolo, L., Bertrando, P., *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Torino, Bollati Boringhieri, 1993.

Boscolo, L., Bertrando, P., *Terapia sistemica individuale*, Milano. Cortina,1996.

Cecchin, G., *Hypotesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to Curiosity*; Family Process, 1987, 26: 405-413, (ed. Ital. Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità, in Ecologia della Mente, 1988, 5, p. 29-41).

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A., *Irreverence.a strategy for therapist survival*. London: Karnac Books,1992, (ed. Ital. Irriverenza, Milano, Franco Angeli, 1992).

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A., *Verità e pregiudizi*, Milano, Cortina, 1997.

Cecchin, G., Apolloni, T., *Idee perfette*, Milano, Franco Angeli, 2003.

Corrao, F., *Orme. Contributi alla psicoanalisi di gruppo*, vol.2, Milano, Cortina, 1998.

Donini, P. (a cura di), *Aristotele: Poetica*, Torino, Piccola Biblioteca Einaudi, 2008.

Erickson, M.H., *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*, Roma, Astrolabio, 1982.

Ferro, A., *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Milano, Cortina, 2002.

Ferrannini, L., *La presa in carico: ideologia o metodologia?*, in Scapicchio, P.L. (a cura di). *Psicosi primarie, psichiatria di comunità in nodi concettuali*, Napoli, Idelson-Gnocchi, 2001.

Ferrannini, L., Peloso, P.F., *Il Dipartimento di Salute Mentale tra modello organizzativo e contenuti*, Rivista sperimentale di Freniatria, 2005: 229.

Gaburri, E., Ambrosiano, L., *Ululare con i lupi*. Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

Groddeck, G., *Das Buch vom Es*, Vienna, 1923, (ed. Ital. Il libro dell’Es. Milano, Adelphi, 1966).

Gulotta, G., *Lo psicoterapeuta stratega. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente*, Milano, Franco Angeli, 2005.

Haley, J., *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1976.

Haley, J., *Il distacco dalla famiglia*, Roma, Astrolabio, 1983.

Heidegger, M., *Aristotele: Metafisica* (1-3), Milano, Mursia, 1992.

Matte Blanco, I., *The Unconscious as Infinite Sets. An Essays in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company Ltd, 1975, (ed. Ital. L’inconscio come insiemì infiniti: saggio sulla bi-logica. Torino, Einaudi, 1981).

Nardone, G., Watzlawick, P., *Terapia Breve Strategica*, Milano, Cortina, 1997.

Nardone, G., Watzlawick, P., *L’arte del cambiamento*, Milano, Ponte alle

Grazie, 2007.

Obhzoler, A., Vega Zagier, R., and members of the Tavistock Clinic, *Consulting to Istitutions Workshop*, Routledge, 2003.

Secci, E.M., *Manuale di Psicoterapia Strategica*, Roma, Carlo Amore, 2005.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Sorrentino, A.M., *I giochi psicotici della famiglia*. Milano, Cortina, 1988.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., *Hypothesinzing-circularity-neutrality. Tree guidelines for the conductor of session*. Family Process, 1980a, 19: p.73-85.

Sommantico, M., *Il fraterno, teoria, clinica ed esplorazioni culturali*, Torino, Borla, 2012

Tomm, K., *Interventive Interviewing: I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist*. Family Process, 1987a, 26, p.3-13.

Tomm, K., *Interventive Interviewing: II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing*. Family Process, 1987b, 26, p.167-183.

Tomm, K., *Interventive Interviewing: III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions?*. Family Process, 1988, 27, p. 1-15.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., *Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi*. Roma, Astrolabio,1974.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.(1967) *Pragmatics of Human Communication*. New York: Norton (ed. Ital. Pragmatica della Comunicazione Umana, Roma, Astrolabio, 1971).

White, M., Telfener, U. (a cura di): *La terapia come narrazione*. Roma, Astrolabio, 1992.

#### NOTE

<sup>(1)</sup> G. Cecchin (1987): “la curiosità, come linea guida, ci aiuta a cercare descrizioni e spiegazioni diverse anche quando non siamo in grado di immaginarne altre”. La curiosità porta a sperimentare ed inventare punti di vista e mosse alternative; in uno stile ricorsivo, neutralità e curiosità si contestualizzano reciprocamente con lo scopo di produrre differenze e apertura invece che fissità interpretativa.

<sup>(2)</sup> In questo lavoro, il concetto di cambiamento si connette a quello della possibilità, nei sistemi irrigiditi in posizioni disfunzionali, di porre le condizioni perché il sistema stesso possa trovare le proprie peculiari vie, un po’ meno sofferenti, nella fase di vita che sta attraversando. In altre parole , come riportano Boscolo e Bertrando (1996, p.23): “... anche se i terapeuti non possono garantirsi l’effetto che le loro comunicazioni avranno sui clienti... ciò non significa che debbano rinunciare a ciò che Maturana definisce la loro passione per il cambiamento. Ciò significa anche che essi devono accettare di non poter predire completamente o determinare le risposte dei clienti..”

(3) [http://www.psychiatryonline.it/ital/SSM\\_LOMBARDIA.pdf](http://www.psychiatryonline.it/ital/SSM_LOMBARDIA.pdf)

<sup>(4)</sup> La ristrutturazione è una delle più sottili tecniche di persuasione. Consiste nella ricodifica della percezione della realtà di una persona, ponendo uno stesso evento all’interno di diversi contesti e guardandolo da prospettive diverse (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Erickson, 1983; Nardone, Watzlawick, 1997; Nardone, Watzlawick, 1999).

<sup>(5)</sup> Le prescrizioni possono essere suddivise schematicamente in tre tipologie: dirette (indicazioni dirette e chiare da eseguire tese alla risoluzione del problema presentato); indirette (utilizzano lo spostamento del sintomo spostando l’attenzione su una problematica differente al fine di ridurre l’intensità del problema); paradossali (utilizzano le prescrizione del sintomo creando situazioni parados-

sali di dover eseguire volontariamente ciò che è involontario), (Nardone, Watzlawick, 1999, Secci, 2005). In generale, attraverso l’uso di prescrizioni, la persona può fare nuove esperienze (prima a livello emotivo e poi cognitivo) diverse da quelle costruite fino a quel momento per la risoluzione del suo problema. A proposito è significativo il contributo dello psicoanalista Franz Alexander (1946) con il concetto di ‘esperienza emozionale correttiva’.

<sup>(6)</sup> La funzione comunanza/koinonia, qualifica la specificità creativa del gruppo, partendo dal riconoscere e mettere insieme elementi comuni. La funzione di “Insiemeità”, indica invece la via trasformativa del materiale emerso, cogliendone l’aspetto polilogico, polisemico, politimico grazie al lavoro del pensiero gruppale.

<sup>(7)</sup> Ci si riferisce ad uno dei principi della cibernetica utilizzato da M. Erickson, che consiste nel provocare un minimo cambiamento in una parte del sistema in modo tale che lo stesso crei cambiamenti anche nel resto del sistema. Gulotta (2005, p.165) lo definisce effetto farfalla.

<sup>(8)</sup> Riferendoci all’ ‘Azione’ nella categoria della ‘Griglia’ (Bion, 1965), sono incluse le fantasie secondo le quali la mente, agendo come se fosse un muscolo, si può alleggerire di incrementi degli stimoli. Con il termine di *funzione alfa*, Bion intende rappresentare una funzione mentale che agisce sulle impressioni sensoriali e sulle esperienze emotive, trasformandole in immagini visive o immagini corrispondenti a modelli olfattivi, uditivi, che nel dominio della mente sono usati per formare i pensieri onirici del pensare inconscio nella veglia, di ricordi, di sogni. Quando la funzione alfa è carente o alterata, emozioni ed impressioni sensoriali sono inadeguate a trasformazioni in pensieri onirici della veglia ed elementi alfa, rimanendo disponibili come *elementi beta* (privi di distinzione tra inanimato e psichico). Gli elementi beta rimangono disponibili per le cosiddette *trasformazioni in allucinosi*, con evacuazione totale, oppure, utilizzabili da un tipo di pensiero fondato nell’omologare l’uso di pensieri alle parole, come “cosa in sé”. Nella categoria *azione*, sono incluse le identificazioni proiettive (dalla teoria Kleiniana) e le trasformazioni che hanno luogo quando il pensiero è espresso in linguaggio, cioè Linguaggio-azione verso Linguaggio- efficace.

<sup>(9)</sup> Ci si riferisce al concetto di ‘tentata soluzione’ come ricerca di sollievo che allo stesso tempo diventa trappola (es: un rituale ossessivo messo in atto per scongiurare o cancellare pensieri o azioni, diventa esso stesso un problema). La tentata soluzione si delinea come il veicolo principale di intervento per la terapia strategica, poiché da una parte permette di conoscere il funzionamento di uno specifico problema, dall’altra diviene la via di accesso alla risoluzione del problema. Questi tentativi disfunzionali ripetuti nel tempo, se non vengono bloccati e sostituiti con delle strategie più funzionali, alimentano la situazione problematica e ne determinano la sua persistenza, complicandola ulteriormente (Nardone, Watzlawick, 1999).

<sup>(10)</sup> Il concetto di Aporema in Platone (da Aporeo = sono in dubbio) indica la conoscenza problematica; il momento aporetico è quello che consente il distacco dalla sicurezza dogmatica ed il superamento di opinioni o posizioni fideistiche (Donini, 2008). Nel libro della Metafisica, Aristotele sostiene la necessità metodologica di esami-



nare le aporie in relazione alla scienza su cui verte la nostra indagine (Heidegger ,1992).

<sup>(11)</sup> Si vuole precisare l'importanza del concetto temporale nel processo terapeutico ma anche l'attenzione ai tre domini temporali generali presenti nel setting terapeutico descritti da Boscolo (1993): *un tempo fenomenologico* (il tempo che la persona distingue come osservatore di sé stesso); un tempo consensualmente co-creato come risultato tra tutti gli individui esistenti e che costituisce una cultura o *tempo antropologico*; un tempo intermedio o sociale o meglio *tempi sociali*. Il modello sistemico non nega il passato ma obbliga il terapeuta ad una continua ricontestualizzazione del tempo. I terapeuti agiscono in modo da introdurre nel sistema terapeutico (terapista e cliente) delle differenze che possono condurre ad una riorganizzazione del sistema nella sua globalità; in questo senso il cambiamento diventa in termini temporali una discontinuità.

<sup>(12)</sup> Ci si riferisce alla 'triade di Haley', (Haley, 1976).

<sup>(13)</sup> Considerare la storia del sistema significa fare attenzione a come esso racconta e ha costruito la sua trama in termini di contenuto e processo. Anche la 'patologia' può quindi essere letta come una particolare struttura narrativa, in cui la terapia si propone di andare alla scoperta delle specifiche configurazioni dell'organizzazione del sistema, per poi co-creare storie alternative (White, 1992).

<sup>(14)</sup> Importante il discorso sull' 'autorità', inteso come incontro tra persone che presidiano un senso di responsabilità verso qualcosa (paradigma prevalente) che difendono verso altre forme di autorità.

<sup>(15)</sup> Si potrebbe dire, riprendendo Matte Blanco (1975, p. 265) che.. "le relazioni simmetriche rivelino aspetti oscuri dell'essere per cui l'individuo sconfina negli altri attraverso la scomparsa delle relazioni di contiguità o di spazio".

<sup>(16)</sup> Ci si riferisce a tutte le prescrizioni e comunicazioni paradossali riportate da più autori nel tempo o alle prescrizioni più inerenti la funzioni genitoriali (uscite della coppia genitoriale, gestione dei conflitti con i figli, ecc.)