



DOLENTIUM HOMINUM
N. 34 (anno XII - N.1) 1997
RIVISTA DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI
OPERATORI SANITARI

Comitato di Redazione:

+ JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
P. JOSÉ L. REDRADO O.H., Redattore Capo
P. FELICE RUFFINI M.I., Segretario
DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D.P.
SR. CATHERINE DWYER M.M.M.
DR. GIOVANNI FALLANI
MONS. JESÚS IRIGOYEN
P. VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH
MONS ITALO TADDEI

Collaborano in Redazione:

P. DAVID MURRAY M.I.D.
MARÍA ÁNGELES CABANA M.I.D.
SR. M. GABRIELLE MULTIER
D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

Direzione, Redazione,
Amministrazione:
Città del Vaticano
Tel.: 698.83138,
698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139
Telex: 2031 SANITPC VA

In copertina:
vetrata di P. Costantino Ruggeri

Pubblicazione quadrimestrale
Abbonamento: 60.000 Lire
(o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione
Questo numero speciale
L. 80.000
più le spese di spedizione
Stampato a cura della
Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

Spedizione in abbonamento
postale 50% Roma

Atti della XI Conferenza Internazionale

*promossa dal
Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli
Operatori Sanitari
su*

**“Ad immagine
e somiglianza
di Dio: sempre?”**
*Il disagio
della mente umana*

**28-29-30 novembre
1996**



**Aula Paolo VI
Città del Vaticano**

Sommario

6 **Indirizzo d'omaggio al Santo Padre del Card. Fiorenzo Angelini**
Prof. Giuseppe Roccagliata

7 **La malattia della mente non crea fossati invalicabili né impedisce rapporti di autentica carità cristiana**
Discorso del Santo Padre

10 **Verso una nuova sensibilità e mentalità nei riguardi del malato mentale**
Sua Eminenza Card. Fiorenzo Angelini

11 **Programmi ed attività di salute mentale dell'OMS per rispondere alle sfide del mondo attuale**
Dott. Hiroshi Nakajma

13 **Esperienza di musicoterapia**

16 **La grandezza dell'essere umano è la sua somiglianza con Dio**
Sua Eminenza Card. Joseph Ratzinger

20 **Introduzione alla prima sessione**
Prof. Corrado Manni

21 **Meccanismi di base del segnale dell'informazione del Sistema Nervoso Centrale**
Prof. Dr. Erwin Neher

25 **Algos e Pathos: momenti fondamentali di crescita spirituale nell'uomo**
*Prof. Pierluigi Zucchi
P. Bonifacio Honings*

33 **Dalle malattie dell'anima alle psiconevrosi**
Prof. Giuseppe Roccagliata

40 **Malattie mentali nel mondo: dati epidemiologici**
Prof. José Manuel Bertolote

44 **Genetica e ambiente**
Prof. Yves Pélicier

46 **L'uomo della nuova creazione. Dall'immagine di Dio alla somiglianza di Cristo**
P. Bonifacio Honings, O.C.D.

52 **La ricerca nella neuroscienza: il suo influsso sulle malattie mentali**
Prof. J.J. Lopez-Ibor

59 **Famiglia e società: luoghi di dolore**
Dott.ssa Anna Rosa Andretta

61 **L'autismo**
Prof.ssa Mary Coleman

64 **Il progetto incompiuto: problemi etici e strategie di intervento nel ritardo mentale**
Prof. Gian Luigi Gigli

77 **Le aberrazioni nell'ordine naturale delle cose**
Prof. Bruno Silvestrini

81 **L'accettazione della malattia mentale**
Prof. Carlo Lorenzo Cazzullo

TAVOLA ROTONDA I.a:
I MALATI DI MENTE
NEI DIVERSI MODELLI DI SOCIETÀ

86 **Salute: un patrimonio inestimabile per una economia ed una democrazia salde**
Prof. Eliot Sorel

88 **La società depressiva**
Rev. Tony Anatrella

93 **Ideologia, politica e psichiatria**
Prof. Modest Kabanov

97 **Cultura e rete di significati: la famiglia e i contesti sociali che creano le situazioni umane difficili**
Prof. Vincenzo Di Nicola

102 **Realtà familiare del malato di mente nei paesi africani**
Suor Andrea Calvo Prieto

105 **Società, famiglia e salute mentale**
Prof.ssa Amelia Musacchio De Zan

140 **Psichiatria e criminalità**
Prof. George B. Palermo

146 **Malattia e morte dell'ascolto: il dramma della solitudine**
Prof. Adolfo Petiziol

149 **Suicidio: determinismo o libertà?**
Prof. Diego De Leo
Dott.ssa Paola Marietta

156 **Incapacità psichica e Sacramento del Matrimonio**
S.E. Mons. Mario Francesco Pompedda



venerdì
29
 novembre

109 **L'ansia: malattia di tutti**
Prof.ssa Gisela Crespo

113 **Quando il disagio invade il corpo**
Prof. Ferruccio Antonelli

115 **The Biology and Psychology of Depression**
Prof. Julio Licinio

120 **Anormalità della mente nella schizofrenia**
Prof. Malcom Lader

124 **La dignità della pazzia**
Mons. Ignacio Carrasco de Paula

127 **Creatività e disturbi mentali**
Prof. Antonio Fernandes da Fonseca

131 **La malattia maniaco-depressiva: una mente fuori misura**
Prof.ssa Dina Nerozzi Frajese

137 **L'uomo non umano**
Prof.ssa Wanda Poltawska

160 **Intelligenza, libertà e santità**
Prof. Francisco Alonso Fernandez

165 **L'intelligenza dell'Universo**
Dott. Ermanno Pavesi

169 **L'uomo nudo nella sua follia e il significato dei suoi deliri**
Prof. Paolo Pancheri

173 **I cerchi maledetti. Il vortice dantesco della pazzia**
P. Mariano Galve

TAVOLA ROTONDA II.a:
PREVENZIONE, TERAPIE E RIABILITAZIONE

178 **La prevenzione nel campo della salute mentale**
Prof. Pierre F. Chanoit

183 **Terapie integrate per pazienti schizofrenici e loro famiglie**
Prof. Janos Füredi

186 **Psicoterapia**
P. Prof. Franco Imoda, S.J.

193 **Terapie psicosociali**
Prof. Eugene Wolpert

196 **Terapia di riabilitazione in psichiatria**
Prof. Driss Moussaoui



sabato
30
novembre

199 **L'immagine del malato di mente nei mezzi di comunicazione**
Dott. Joaquin Navarro-Valls

202 **Etica e psichiatria**
Prof. Michele Schiavone

205 **Ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali**
P. Pierluigi Marchesi, O.H.

208 **Assistenza pastorale e spiritualità del malato di mente**
S.E. Mons. Hervé Itoua

TAVOLA ROTONDA III.a:
LEGISLAZIONI
SULLE MALATTIE MENTALI

218 **La legislazione sui disabili psichici in Germania**
S.E. Sig. Philipp Jenninger

222 **La legislazione e i servizi di salute mentale nella Repubblica Cinese**
S.E. Sig. Raymond R. M. Tai

226 **La legislazione nel campo delle malattie mentali in Argentina**
S.E. Sig. Francisco Eduardo Trusso

229 **Gabon: legislazione sulle malattie mentali**
Dr. Michel Mboussou

*Le illustrazioni di questo numero
sono tratte dal libro
“Universitas Aromatariorum
Storia e documenti del Nobile Collegio
Chimico Farmaceutico di Roma”.
Edizione speciale per la
Merck Sharp & Dohme (Italia) S.p.A.*



“Ero ammalato e mi avete visitato”

(MT. 25, 36)

INDIRIZZO D'OMAGGIO DEL CARD. FIORENZO ANGELINI

Padre Santo,

l'undicesima Conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha segnato una nuova tappa nel cammino di ricerca, di analisi, di riflessione e di conclusioni operative, che il Pontificio Consiglio, sin dalla sua istituzione, si è proposto di condurre sui temi fondamentali attinenti alla sacralità della vita ed alla dignità della persona umana.

Ricercatori, scienziati, studiosi di biomedicina, teologi, psichiatri, sociologi e moralisti hanno affrontato le varie tematiche riguardanti la struttura della mente umana, i dati drammatici sulla diffusione delle malattie mentali, le loro cause dirette e indirette, i luoghi del disagio, i molteplici modelli di riferimento sociale, le forme e le manifestazioni delle varie patologie, nonché i criteri ed i mezzi di prevenzione, terapia e riabilitazione.



Con finalità etica e spirituale sono stati approfonditi compiti e metodi di assistenza ai malati di mente, sia dal punto di vista strettamente clinico che dal punto di vista pastorale, secondo quella dimensione umanizzata e umanizzante, alla quale, Padre Santo, Lei ha così spesso fatto altissimo richiamo.

L'interrogativo posto nell'enunciato della nostra XI Conferenza non esprime un dubbio, bensì stimola una sempre più approfondita risposta affermativa, nella consapevolezza che ogni essere umano vivente è celebrazione della gloria di Dio.

Questa doverosa e cristiana risposta non vuole essere soltanto scientifica né può esaurirsi in semplici affermazioni di principio; si propone, invece, di scuotere le coscienze, innanzitutto, degli operatori sanitari cattolici, ma anche di quanti si riconoscono nella sollecitudine che da sempre anima la Chiesa verso i malati di mente, affinché non siano mai dimenticati e tanto meno esclusi, ma siano considerati veri nostri fratelli.

L'accoglienza incontrata, anche quest'anno, da questa Conferenza è motivo di viva speranza che, particolarmente la comunità ecclesiale, si renda sempre più sensibile ai temi e ai problemi dei malati di mente suscitando negli scienziati, nei professionisti dell'assistenza e nel volontariato un crescente spirito di servizio ispirato alla vocazione ed alla missione propria della civiltà dell'amore.

L'incontro con Lei vuole infine essere occasione e testimonianza di fedeltà alle direttive del magistero della Chiesa, la quale, soprattutto nell'attenzione ai malati e ai sofferenti, si manifesta e si conferma madre attenta ed amorevole.

La Sua paterna e ispirata parola in chiusura di questo incontro mondiale di studio e di riflessione accompagna il proposito che con entusiasmo e coraggio tutti insieme oggi rinnoviamo a forte servizio di chi soffre.

DISCORSO DEL SANTO PADRE

La malattia della mente non crea fossati invalicabili né impedisce rapporti di autentica carità cristiana

1. Sono lieto di questo incontro, che mi consente di portarvi il mio saluto, illustri partecipanti alla Conferenza Internazionale, che il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha promosso sul problema del disagio mentale sotto il significativo titolo «Ad immagine e somiglianza di Dio: sempre? Il disagio della mente umana».

Saluto con affetto il Card. Fiorenzo Angelini, che ringrazio per il cordiale indirizzo rivolto a lui ed ai suoi collaboratori. A lui ed ai suoi collaboratori va una particolare parola di apprezzamento per l'impegno posto nella preparazione di questo Simposio, che raccoglie specialisti di ogni parte del mondo.

2. Sono presenti tra voi, illustri Signori e Signore, ricercatori, scienziati, esperti nel campo delle scienze biomediche, teologi, moralisti, giuristi, psicologi, sociologi, operatori sanitari. Insieme rappresentate un patrimonio di umanità e di saggezza, di scienza e di esperienza, dal quale possono venire indicazioni di grande utilità per la comprensione, la cura e l'accompagnamento dei malati di mente.

A queste persone, come ad ogni altro essere umano toccato dalla malattia, la Chiesa guarda con particolare sollecitudine. Istruita dalle parole del Maestro divino, essa «crede che l'uomo, fatto a immagine del Creatore, redento con il sangue di Cristo e santificato dalla presenza dello Spirito Santo, ha come fine ultimo della sua vita l'essere "a lode della gloria" di Dio (cfr Ef 1, 12), facendo sì che ognuna delle sue azioni ne rifletta lo splendore» (Lett. enc. *Veritatis splendor*, 10).

La Chiesa è profondamente convinta di questa verità. Lo è anche quando le facoltà intellettuali dell'uomo – quelle più nobili, perché testimoniano della sua natura spirituale – appaiono fortemente limitate e persino impediscono a causa di un processo patologico. Essa ricorda pertanto alla comunità politica il dovere di ri-

conoscere e di celebrare l'immagine divina nell'uomo attraverso opere di accompagnamento e di servizio a favore di quanti si trovano in situazione di grave disagio mentale. Si tratta di un impegno che la scienza e la fede, la medicina e la pastorale, la competenza professionale e il senso della comune fratellanza devono concorrere a rendere fattivo mediante l'investimento di adeguate risorse umane, scientifiche e socioeconomiche.

3. Il titolo del Congresso invita a proseguire nell'approfondimento di questa linea di riflessione appena abbozzata. Esso, infatti, mentre da una parte ripropone un'autorevole affermazione della Bibbia, dall'altra solleva un inquietante interrogativo.

Uno dei pilastri dell'antropologia cristiana è costituito dalla convinzione che l'uomo è stato creato a immagine e somiglianza di Dio. È quanto sta scritto nel primo capitolo della Genesi (1, 26). La riflessione filosofica e teologica ha individuato nelle facoltà intellettuali dell'uomo, cioè nella sua ragione e nella sua volontà, un segno privilegiato di questa affinità con Dio. Tali facoltà, infatti, rendono l'uomo capace di conoscere il Signore e di stabilire con Lui un rapporto dialogico. Sono prerogative che fanno dell'essere umano una persona. Riconoscendo su ciò san Tommaso rileva: «Persona significa quanto di più nobile c'è in tutto l'universo, cioè il sussistente di natura razionale» (*Summa theologiae*, I, a.29, a.3).

Va precisato, tuttavia, che l'uomo intero, non quindi soltanto la sua anima spirituale con l'intelligenza e la volontà libera, ma anche col suo corpo partecipa alla dignità di «immagine di Dio». Infatti, il corpo dell'uomo «è corpo umano proprio perché è animato dall'anima spirituale, ed è la persona umana tutta intera ad essere destinata a diventare, nel corpo di Cristo, il tempio dello Spirito» (*Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 364). «Non sapete, scrive

l’apostolo, che i vostri corpi sono membra di Cristo?... Non appartenete a voi stessi... Glorificate dunque Dio nel vostro corpo» (*I Cor* 6, 15.19-20). Di qui l’esigenza di rispetto verso il proprio corpo, e anche verso quello degli altri, particolarmente quando soffre. (cfr *Cat. Chiesa Catt.*, 1004).

4. Proprio per questo suo essere persona l’uomo, fra tutte le creature, è rivestito di una dignità unica. Ogni singolo uomo è fine per se stesso e non può mai essere adoperato come semplice mezzo per raggiungere altri traguardi, neanche nel nome del benessere e del progresso dell’intera comunità. Dio, creando l’uomo a sua immagine, ha voluto renderlo partecipe della sua signoria e della sua gloria. Quando gli ha affidato il compito di prendersi cura dell’intera creazione, ha tenuto conto della sua intelligenza creativa e della sua libertà responsabile.

Il Vaticano II, scandagliando il mistero dell’uomo, ci ha aperto dinanzi, sulla scorta delle parole di Cristo (cfr *Gv* 17, 21-22), orizzonti impervi alla ragione umana. Nella Costituzione *Gaudium et spes* ha accennato esplicitamente ad «una certa similitudine tra l’unione delle persone divine e l’unione dei figli di Dio nella verità e nella carità» (n. 24). Quando Dio rivolge il suo sguardo sull’uomo, la prima cosa che vede e ama in lui non sono le opere che riesce a fare, ma l’immagine di Se stesso; immagine che conferisce all’uomo la capacità di conoscere e di amare il proprio Creatore, di governare tutte le creature terrene e di servirsene a gloria di Dio (cfr *Ibid.*, 12). È per questo che la Chiesa riconosce in tutti gli uomini la stessa dignità, lo stesso valore fondamentale, indipendentemente da qualsiasi altra considerazione derivante dalle circostanze. Indipendentemente perciò – ed è della massima importanza – anche dal fatto che tale capacità non sia attuabile, perché impedita da un disagio mentale.

5. Questa concezione dell’uomo, come immagine e somiglianza di Dio, non solo è confermata dalla Rivelazione neo-testamentaria, ma ne viene massimamente arricchita. Afferma san Paolo: «Quando venne la pienezza del tempo, Dio mandò il suo Figlio, nato da donna, nato sotto la Legge, per riscattare coloro che erano sotto la Legge, perché ricevessimo l’adozione a figli» (*Gal* 4, 4-5). L’uomo dunque, in virtù della grazia, partecipa realmente di questa filiazione divina, divenendo figlio di Dio nel Figlio.

Insegna il Concilio Vaticano II: «Cristo è

“l’immagine dell’invisibile Dio” (*Col* 1, 15). Egli è l’uomo perfetto, che ha restituito ai figli d’Adamo la somiglianza con Dio. Poiché in lui la natura umana è stata assunta, senza per questo venire annullata, per ciò stesso essa è stata anche in noi innalzata a una dignità sublime. Con l’incarnazione il Figlio di Dio si è unito in certo modo a ogni uomo» (*GS* 22).

6. A questo punto avvertiamo tutto il peso dell’inquietante interrogativo che compare nel tema: «sempre?» è una domanda provocatoria, che non si pone tanto sul piano *ontologico* – qui fede e ragione s’incontrano nel riconoscere ai malati di mente piena dignità umana – quanto su quello *deontologico*: ci si può chiedere infatti se ci sia piena e adeguata corrispondenza fra ciò che l’uomo, anche mentalmente malato, è nel progetto di Dio ed il trattamento che gli viene riservato dai suoi simili nel vissuto quotidiano.

Quell’interrogativo – «sempre?» – deve spingere sia la coscienza personale che quella collettiva ad una riflessione sincera sul comportamento verso le persone che soffrono il disagio mentale. Non è forse vero che queste persone sono spesso esposte all’indifferenza e all’abbandono, quando non anche allo sfruttamento ed al sopruso?

Per grazia di Dio, vi è anche l’altra faccia della medaglia: lo sottolineavo nell’Enciclica *Evangelium vitae*, ricordando «tutti quei gesti quotidiani di accoglienza, di sacrificio, di cura disinteressata che un numero incalcolabile di persone compie con amore nelle famiglie, negli ospedali, negli orfanotrofi, nelle case di riposo per anziani e in altri centri o comunità a difesa della vita» (n. 27). Ma non possiamo chiudere gli occhi di fronte a certi comportamenti che sembrano ignorare la dignità dell’uomo e concularne gli inalienabili diritti.

7. Non lo possiamo in particolare noi cristiani. Il Vangelo, al riguardo, parla chiaro. Cristo non solo compatisce i malati e compie su di essi numerose guarigioni, rendendo la salute sia al corpo che alla mente; la sua compassione lo porta anche ad identificarsi con essi. Egli dichiara: «Ero malato e mi avete visitato» (*Mt* 25, 36). I discepoli del Signore, appunto perché hanno saputo vedere in tutte le persone segnate dalla malattia l’immagine di Cristo «sofferente», hanno aperto ad esse il loro cuore prodigandosi nelle varie forme di assistenza.

Orbene, Cristo ha assunto su di Sé ogni sofferenza umana, anche il disagio mentale. Sì, anche questa sofferenza, che appare forse co-

me la più assurda e incomprensibile, configura il malato a Cristo e lo fa partecipe della sua passione redentrice.

8. La risposta all'interrogativo del tema è dunque chiara: chi soffre un disagio mentale porta in sé, come ogni uomo, «sempre» l'immagine e la somiglianza di Dio. Egli inoltre, ha «sempre» il diritto inalienabile ad essere non solo considerato come immagine di Dio e perciò come persona, ma anche a venire trattato come tale.

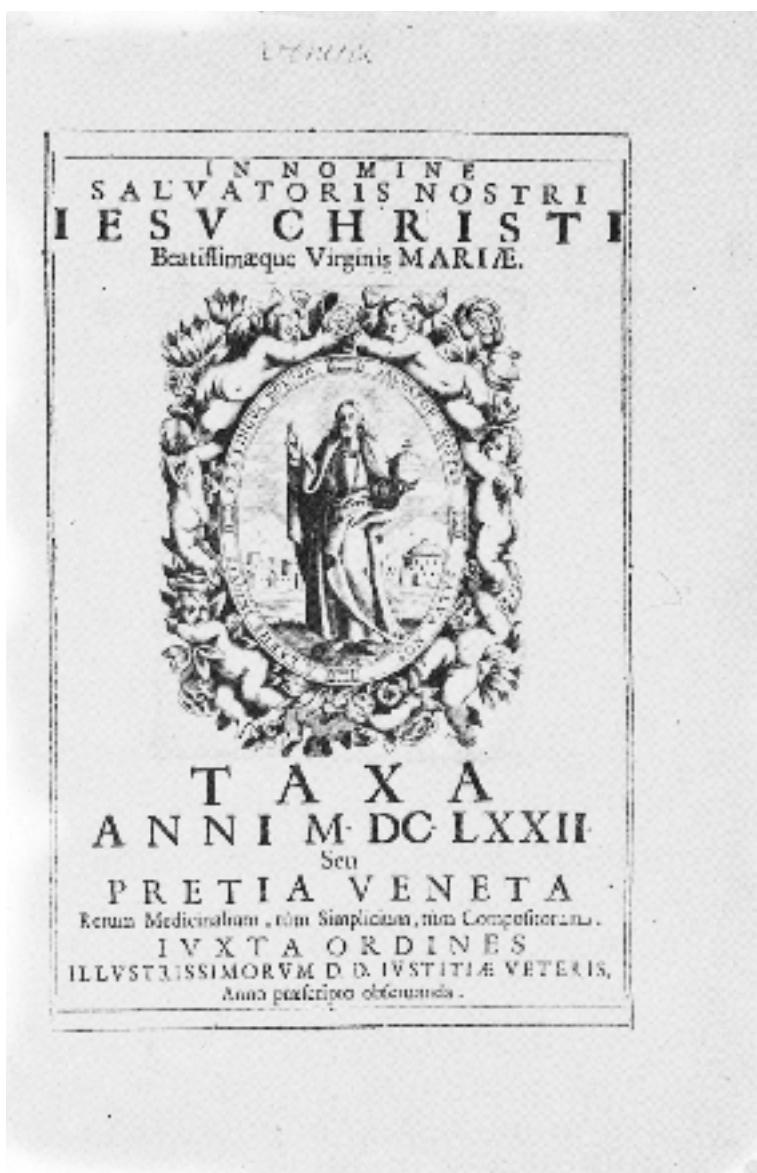
A ciascuno il compito di *rendere operativa la risposta*: occorre dimostrare coi fatti che la malattia della mente non crea fossati invalidabili né impedisce rapporti di autentica carità cristiana con chi ne è vittima. Essa anzi deve suscitare un atteggiamento di particolare atten-

zione verso queste persone che appartengono a pieno diritto alla categoria dei poveri a cui spetta il regno dei cieli (cfr *Mt 5, 3*).

Illustri Signori e Signore, ho ricordato queste fondamentali e consolanti verità, ben sapendo di parlare a persone che le capiscono a fondo. Volentieri mi valgo della circostanza per esprimervi tutto il mio apprezzamento per il vostro prezioso lavoro e per incoraggiarvi a proseguire in un servizio di così alto significato umanitario.

Voglia il Signore benedire i vostri sforzi terapeutici e coronarli con risultati confortanti per i vostri pazienti, ai quali va il mio ricordo affettuoso insieme con l'assicurazione di una particolare preghiera.

JOANNES PAULUS II



FIORENZO ANGELINI

Verso una nuova sensibilità e mentalità nei riguardi del malato mentale

L'interrogativo collocato nell'assunto non intende introdurre un dubbio sulla verità del riflesso dell'immagine e della somiglianza di Dio in ogni persona umana, ma individuare e approfondire, attraverso le vie della ragione, della scienza e della stessa esperienza, illuminate dalla fede, le vestigia di questo misterioso riflesso di Dio in coloro che, in molteplici forme e con articolata gravità, soffrono il disagio di patologie della mente.

Ciò che sta a cuore e che vuole essere quasi una provocazione, non è tanto, però, una risposta affermativa teorica e astratta. Questa non basta. Poiché l'immagine divina splende nell'uomo anche quando, a causa delle malattie della mente, le sue facoltà sono del tutto impedisce o limitate nel loro esercizio, è compito della comunità sociale e, particolarmente dei cristiani, riconoscere e celebrare l'immagine divina nell'uomo attraverso il servizio a quanti soffrono di queste patologie. Il rifiuto e l'incapacità di assolvere questo dovere diventano colpevoli quando si traducono in indifferenza al problema, in totale assenza di impegni concreti. Dovere che scienza e fede, medicina e morale naturale e cristiana sono chiamate ad assolvere avvalendosi del crescente progresso e della comprovata efficacia dei mezzi terapeutici.

Alla *mente humana* fu dedicata anche la III Conferenza internazionale nel 1989. I temi affrontati nella Conferenza di quest'anno ne rappresentano, per molti aspetti, un aggiornato sviluppo.

Ricercatori, scienziati, studiosi di biomedicina, psicologi, teologi, sociologi e moralisti di fama internazionale affronteranno, nel corso della Conferenza, le varie tematiche riguardanti la *struttura* della mente umana, i dati sulla diffusione delle malattie mentali, le loro cause dirette e indirette, *i luoghi del disagio*, *i diversi modelli* di riferimento sociale, *le forme e le manifestazioni* delle varie patolo-

gie, nonché i criteri ed i *mezzi di prevenzione, terapia e riabilitazione*. Con ottica etica e spirituale saranno approfonditi compiti e metodi dell'assistenza ai malati di mente, sia dal punto di vista strettamente medico che da quello pastorale.

Il disagio della mente che colpisce un quinto dell'umanità non va soltanto affrontato nelle sue cause, ma particolarmente nelle sue conseguenze, per affrontare, curare ed anche sanare le quali si conferma decisiva una concezione e visione della vita che ne riconosca l'origine in Dio, l'inviolabile sacralità e la somma dignità in ogni persona umana.

È abituale sentire ripetere che prima di procedere alla chiusura degli istituti psichiatrici occorre prevedere alle necessarie strutture alternative nel territorio; strutture che in molte regioni o mancano del tutto o sono insufficienti.

Questo è vero, ma non è tutta la verità. Le strutture da sole non bastano se poi alla loro gestione non presiedono criteri umani e cristiani che portino a guardare al malato di mente più grave come ad un fratello da amare e da servire. È anche un problema di *mentalità*, la quale purtroppo è sempre più chiusa, egoistica, tendente a rimuovere la sofferenza e ad emarginarla. Oggi che la scienza ha compiuto tanti passi avanti nella terapia delle patologie della mente, queste terapie si confermano del tutto insufficienti se non sono integrate da una ritrovata sensibilità sociale. L'esperienza sta dimostrando che uno dei problemi più acuti nella terapia e nell'assistenza ai malati di mente è proprio quello di essere vicini alle famiglie che, da sole, non sono in grado di seguire adeguatamente e senza rischio il congiunto che ne è affetto. Anche le più moderne strutture, ove manchi il *cuore*, finiscono di essere analoghe ai vituperati manicomì.

Quanto poi al problema degli operatori sa-

nitari impegnati in questo campo, tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere psicologicamente, professionalmente, moralmente e spiritualmente preparati a questa forma di assistenza.

La Conferenza internazionale affronterà anche lo studio delle cause strutturali del malessere psichico della nostra società. Il punto-chiave, tuttavia, rimane quello del recupero e della creazione di una nuova sensibilità e mentalità. Non c'è dubbio, infatti, che all'origine delle molte e nuove forme di malessere psichico sia una crisi di valori ed una affer-

mazione di disvalori che gettano l'uomo in una crescente solitudine. Il passo da questa solitudine al disagio mentale è breve, anzi, può farsi brevissimo. L'alleanza tra risorse scientifiche e risorse spirituali non rappresenta un'ipotesi di soluzione possibile, ma la soluzione doverosa e, quindi, insostituibile, considerato, che un numero crescente di manifestazioni derivano dal mancato ricorso, in sede sia preventiva sia terapeutica, all'apporto delle risorse spirituali.

FIORENZO Card. ANGELINI

HIROSHI NAKAJIMA

Programmi ed attività di salute mentale dell'OMS per rispondere alle sfide del mondo attuale

La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità asserisce che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità". Questa definizione dà dunque il giusto peso alla dimensione psichica e relazionale della salute degli esseri umani. Quali che siano le incapacità o i disturbi mentali che colpiscono una persona, questa ha diritto a ricevere attenzione e cure mediche nonché un sostegno sociale, psicologico ed umano che le permettano di accedere alla massima autonomia e benessere.

Fin dalla sua fondazione, cinquant'anni fa, l'OMS ha sviluppato programmi e attività di salute mentale che oggi, per rispondere alle nuove sfide poste dal nostro mondo e dalle diverse culture, si articolano lungo *quattro assi principali*.

1. *Primo asse*. Ci sforziamo di promuovere

un sano sviluppo del bambino, comprendendo anche le sue funzioni cerebrali. A tale riguardo siamo molto attenti al rischio e alle conseguenze delle carenze nutrizionali e aiutiamo i nostri Stati membri a mettere in atto dei programmi di sorveglianza e di miglioramento dell'alimentazione delle madri e dei bambini. Poniamo anche l'accento sul fatto che un bambino, per svilupparsi appieno, ha bisogno di essere amato e protetto, ma anche di ricevere i mezzi per costruire la sua libertà nella responsabilità.

2. *Secondo asse*. Incoraggiamo la partecipazione comunitaria alla riflessione sull'origine psicologica dei fenomeni quali la violenza e il suicidio, sull'importanza dell'ambiente sociale ed economico nella genesi di questi disturbi e dunque anche sul suo possibile ruolo nella prevenzione o nella cura. Una riflessione si impone anche sulla violenza che la società

stessa esercita o provoca legittimando, attraverso i valori del denaro e del successo, la legge del più forte.

3. Terzo asse. Cerchiamo di favorire la partecipazione comunitaria alle cure, in particolare per gli anziani. Troppo spesso in effetti la solitudine è, per le persone anziane, il primo fattore di fragilità, che va ad aggravare la loro precarietà economica. Passare a nuovi approcci di cure di salute mentale implica l'introduzione o il rafforzamento di politiche pubbliche di sostegno sociale, con maggiori mezzi materiali, ad esempio con l'aiuto all'alloggio, ed una revisione dell'organizzazione delle cure infermieristiche. Questi approcci, d'altronde, devono fare maggiormente appello all'intervento di movimenti associativi e di reti di quartiere.

In tutti questi campi, noi mettiamo l'accento sul ruolo fondamentale che le strutture familiari possono e devono svolgere. Ciò è chiaro nel caso degli anziani che sono isolati e senza mezzi. Ma sono i bambini e gli adolescenti ad essere più a lungo segnati dalle eventuali carenze dell'ambiente familiare. Tutti sono d'accordo nel dichiarare che ogni bambino dovrebbe avere il diritto di crescere a casa propria, in buone condizioni. Ma sappiamo che nella realtà contemporanea spesso avviene il contrario. La disgregazione delle famiglie, la miseria e la guerra sono altri fattori che impongono al bambino i traumi della separazione e della violenza.

Il lavoro clinico realizzato in situazione di guerra mostra il ruolo essenziale delle famiglie per preservare l'integrità psicologica dei bambini, anche in condizioni estreme. D'altronde la pratica quotidiana delle cure psichiatriche mostra i benefici che apporta al bambino la partecipazione delle famiglie al lavoro terapeutico. Aggressività, disfacimento della personalità, delinquenza, fuga nella tossicomania, ricerca d'identità e di appartenenza a gruppi violenti, assenza di punti di riferimento, emarginazione, prostituzione ... questi tipi di percorso non sono una casualità, ma l'assenza o la carenza della famiglia, del suo apporto educativo ed affettivo, ne aumentano il rischio.

4. Quarto asse. Raccomandiamo lo sviluppo e l'integrazione dei servizi di salute mentale in tutti i servizi sanitari di base. Proponiamo a questo livello che siano accessibili, da una parte, delle consultazioni in neuropsichiatria per tutti coloro che ne hanno bisogno e, dall'altra,

un insieme di medicinali psicotropi essenziali e di interventi psicosociali essenziali. Questa offerta di cure dovrà essere razionalizzata e proposta ad un costo accessibile a tutti. A questo riguardo, è indispensabile l'impegno dello Stato.

Le malattie mentali necessitano di essere affrontate tanto dal punto di vista medico, quanto da quello psicologico e sociale. Esse provocano nel malato una sofferenza che deve essere trattata e lenita affinché possano essere rialacciati dei legami, ristabilita una comunicazione, e perché sia possibile un lavoro di autonomia. Il sostegno materiale e sociale è necessario, ma non basta. Bisogna curare, cioè bisogna alleviare, aiutare a ricostruire una volontà e una capacità di vita e di relazione con gli altri.

Come altri psichiatri hanno sottolineato, il rispetto del malato esige sia il rispetto del suo sintomo sia la volontà di non abbandonarlo a quella che sarebbe "una cronicità senza speranza, ma socialmente tollerabile". A degli esseri umani che, nella loro differenza, ci rimandano nello specchio una parte della nostra verità, noi dobbiamo offrire "delle strutture sanitarie e non dei luoghi di custodia". È in questo rapporto, segnato allo stesso tempo dal rispetto e dalla giusta responsabilità, che si decide e si definisce l'immagine della nostra umanità comune.

Eminenza, è con emozione che partecipo a questa XI.ma Conferenza del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Nel corso degli anni, Vostra Eminenza ha voluto mostrarmi la sua amicizia associandomi al suo lavoro e alla sua riflessione. Sono infinitamente riconoscente di quanto Ella ha realizzato per la salute nel mondo, e in particolare presso i più poveri. Vostra Eminenza ha consacrato tutte le sue energie a questo compito, mobilitando con efficacia la rete delle istituzioni e del personale sanitario amministrate dalla Chiesa. Le è stato assegnato il Premio della Fondazione Sasakawa, ed io stesso ho avuto il piacere e l'onore di consegnarle, a nome dell'OMS, la Medaglia della Salute per Tutti. Ella ben presto intraprenderà la strada della pensione, che le auguro lunga, felice e sufficientemente attiva, affinché io possa avere ancora l'occasione di incontrarla e di lavorare con Lei per far progredire la salute di tutti i popoli del mondo.

Dott. HIROSHI NAKAJIMA
Direttore Generale
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Esperienza di musicoterapia

In ciascuna sessione è stata proposta un'esperienza consistente nell'esecuzione da parte di un'Orchestra Sinfonica diretta dal Prof. Adolfo Petiziol (Presidente della Società Italiana di Musicoterapia) di una serie di brani musicali. Di tali brani è stata fatta una analisi semeiotica per definire quali elementi simbolici significativi rappresentano la dimensione affettivo-intuitiva, relazionale, emotiva ed al tempo cognitiva della musica eseguita.

Questi elementi della significazione musicale rappresentano la base teorico-operativa dell'intervento musicoterapeutico. Si tratta di immagini archetipiche o elementari correlate alla profondità dell'essere umano, delle sue emozioni, del suo soffrire o del suo gioire.

Sono stati eseguiti:

1. Wolfgang Amadeus Mozart: Le nozze di Figaro - Ouverture

L'uomo, nella progressiva costruzione della sua realtà come individuo, ha bisogno di regolarità, per cui è predisposto alla percezione ed al riconoscimento di ritmi, necessari per elaborare un nucleo di stabilità. Alcune qualità presenti nell'interazione madre/bambino, quali l'intensità, la durata, la sincronizzazione e la forma, sono caratteristiche sovraccaricate che producono una sintonizzazione affettiva. Questo comportamento spontaneo di sintonizzazione, che riflette piuttosto la qualità di sentimenti condivisi, è fondamentale per la crescita emotionale e cognitiva del bambino in quanto fornisce di significato soggettivo e di forma il suo mondo interiore.

La struttura della musica che ascolteremo, l'Ouverture dalle Nozze di Figaro di Mozart, melodica ordinata, chiara, comprensibile, ma con qualche sorpresa gioiosa, è ben sostenuta da un ritmo regolare, per cui l'esperienza che potremo fare sarà di ricompensa e di piacere, come quella provata in una relazione incoraggiante con qualcuno per noi significativo quando ci siamo sentiti rassicurati e sostenuti, liberi di giocare ed esplorare il nostro universo.

Ecco allora l'innocenza dello spirito dell'artista, come quello del bambino, di creare mentre si pone l'affascinante interrogativo delle e sulle cose: la musica e la scienza hanno il diritto divino di rispondere a questi interrogativi, in quanto la realtà è multipla ed olistica ed il cammino per conoscerla presenta molteplici livelli e diramazioni. In una paziente con

disturbi psichiatrici, il rifiuto della musica, con la sua simbolica funzione di unione tra il mondo interiore soggettivo e quello esteriore, relazionale, rappresentavano un meccanismo di spostamento e rimozione della sofferenza sperimentale per il rifiuto subito da parte della madre che amava la musica.

2. Franz Schubert: Sinfonia "L'incompiuta" - 1° tempo

La musica, in particolare questo brano di Schubert "L'incompiuta", può considerarsi un alleato ed un supporto nel processo di individuazione, una metafora per rappresentare ed esprimere i moti dell'animo e dare suono a ciò che è inespresso e senza forma. La musica sollecita l'immaginario dove tutti i sensi possono non solo venire usati, ma ampliati in stati alterati di coscienza. Questo scenario che segue una logica idiosincratica e simbolica può definirsi il linguaggio del Sé, del nostro mondo interiore. La musica, secondo il pensiero di Aristotele "non imita solamente gli oggetti, ma esprime il carattere delle passioni stesse"; in quanto vive con la realtà un rapporto che esula dal linguaggio verbale: le emozioni, la gioia, il dolore, la paura, la tranquillità sono esperienze immediate piuttosto che meri concetti. Come complessa è la musica così complesso è l'Io: allora la musica può essere considerata o può favorire una proiezione della psiche individuale, costituita da suoni, temi, armonie, timbri in conflitto, complementari, integrati, consonanti o dissonanti. Anche perché l'ascolto musicale favorisce una regressione con l'emersione di stati di coscienza meno strutturati che permettono di superare le difese ed entrare in contatto con l'organizzazione del proprio universo interiore. In questa composizione di Schubert è possibile avvertire due livelli di coscienza, dati l'uno da timbri e suoni bassi, l'altro dalla melodia che si dipana su un piano più alto, coi violini, con la creazione di uno spazio emotionale intenso e struggente, nella ricerca di un'integrazione e di un mutuo sostegno. Il timbro degli strumenti, insieme alla tonalità in minore ed alla linea melodica che procede senza sbalzi evocano risposte emotionali intense, seppur legate e filtrate da ciascun Sé individuale, con una sensazione di oscurità e tristezza, permettendo, con l'andamento talvolta verso l'alto ed il cambio di modalità, una temporanea apertura alla speranza ed alla luce. L'armonia procede lentamente e dà un maggior

senso di intensità e di riflessione alla melodia, approfondendone il significato emozionale. Il brano, con le sue caratteristiche di tessitura e di colore, può facilitare un'esperienza di alterazione temporale e/o di regressione verso il passato, insieme alle ridotte distanze degli intervalli minori. Nel processo di individuazione è necessario anche mettersi in contatto e diventare consapevoli dei lati oscuri, dell'ombra che è in ciascuno di noi e la vibrante atmosfera del suono ci fa sperimentare l'intensa drammaticità del mistero della nostra psiche.

3. Ludwig van Beethoven: Sinfonia n. 7 - 1º tempo

La forza e l'energia concreta che si sviluppano in questa Sinfonia n. 7 di Beethoven sono associabili allo sviluppo della voce dell'animo umano che, mediante la suggestione dell'evento sonoro, tenta di dare un significato ed una forma alle esperienze del dolore, del dubbio, della volontà, delle passioni soggettive. La ricerca di una dimensione trascendente la terrena esperienza, sembra rivelarsi nel fermarsi momentaneo dello scorrere del tempo ordinario nella composizione, come silenzio estatico di sfere celesti: "In excelsis, in silenzio" dice S. Agostino, e si frappone ai vigorosi elementi ritmici e melodici che assicurano la coerenza interna di questo brano. L'essenziale caratteristica della musica di Beethoven ed anche di questa composizione, è la ricerca continua e decisa di modi espressivi che siano rappresentazioni coerenti dei suoi personali e tempestosi atteggiamenti spirituali e mentali. Nell'ascoltatore, le variazioni dinamiche di intensità, di timbri, producono una reazione emozionale con i crescendo o diminuendo di energia che attiva e motiva all'azione e, talvolta, alla scarica di aggressività. Anche se la linea melodica è accompagnata dallo stesso andamento dei bassi e sostenuta da una struttura ritmica binaria, regolare e, quindi, prevedibile, queste caratteristiche di violenti contrasti timbrici e dinamici, possono sconsigliare un soggetto psichicamente labile che potrebbe sperimentare un senso di squilibrio angosciante per la carica e la diversità delle emozioni suscite. Infatti spesso nell'espressione musicale di pazienti schizofrenici, l'intensità è molto elevata, ma non presenta variazioni coerenti a stati d'animo differenti, come se a queste persone sfuggano il controllo, la modulazione, la capacità di rappresentazione ed il riconoscimento negli altri di stati affettivi, sia a livello comportamentale che simbolico.

4. Gioachino Rossini: L'Italiana in Algeri - Sinfonia

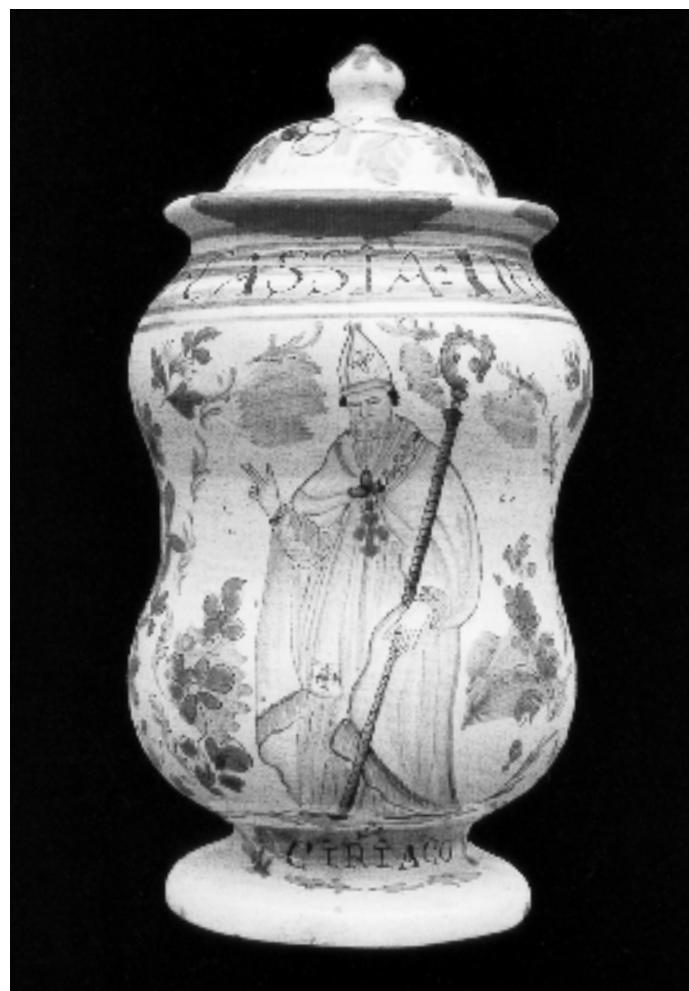
Il tempo felice, la magia del ritmo, l'elettrizzante esaltazione dei contrasti sono elementi che ritroviamo in questa Sinfonia dall'"Italiana in Algeri" di Rossini. Il Suono ed il ritmo sono fenomeni naturali entrambi contenuti nel corpo umano e dei quali l'essere umano fa esperienza fin dalla sua vita intrauterina, per cui quando nasce il neonato è già impregnato da un particolare contesto sonoro, ritmato dal battito del cuore materno e sensibilizzato su frequenze

simili alla voce della madre. Queste esperienze precoci, sensoriali, preverbali sono alla base di alcune risposte emozionali che vengono sollecitate dall'ascolto della musica, in quanto nella percezione musicale sono coinvolte strutture e funzioni sottocorticali (limbiche) legate alla modulazione dell'emozione e corticali per risposte associative e l'emergere di ricordi. La forma di questo brano, come relazione sequenziale tra temi ed unità strutturali, quali la strumentazione, può influenzare nell'immaginario il "quando accade qualcosa". L'alternarsi di una melodia con caratteristiche dolci e struggenti, con un'altra festosa, cui fa seguito una melodia più tranquilla ed un'altra vorticosa ed agitata ci propone una rappresentazione della vita di relazione flessibile e dinamica. Ogni motivo, anche se breve, propone un tipo di sentimento, ma il come può essere percepito dipende non solo dal linguaggio enigmatico della musica, dei mezzi tecnici impiegati ma soprattutto dal Sé individuale, sviluppatosi durante l'infanzia, che fornisce ogni stimolo di significato personale.

5. Helmut Laberer: Los Andes e Carretera Panamericana

La libertà purificata dell'intuizione e l'emozione di una luce vittoriosa dello spirito hanno potuto comporre una rappresentazione simbolica di una realtà, monotona, ripetitiva, opprimente, vissuta senza quella libertà creativa necessaria per apportare al quotidiano variazioni emozionali che forniscono di significato soggettivo ogni esperienza. I ritmi percussivi, ossessivi, sono simili a quelli che vengono prodotti da pazienti con disturbi mentali, dove vige un appiattimento affettivo e l'altro come soggetto umano è negato, trasformato in oggetto o fantasticato come nemico pericoloso e terrorizzante. Nella composizione Los Andes si sente fisicamente, per il tempo ed il ritmo, la pesantezza del cammino e la fatica di una vita fatta in schiavitù, dove gli sprazzi di luce non sono sufficienti per scoprire la propria identità. Le sonorità evocano mistero, profondità ed irrazionalità ed i cambiamenti di ritmo procurano un senso di dissoluzione e frammentarietà, come è possibile notare in persone affette di schizofrenia. Le composizioni sono caratterizzate dall'intensità e dal ritmo che stabiliscono il forte livello di energia ed anche il suo scaricarsi a livello fisico, piuttosto che mentale, in quanto le pulsazioni si presentano concrete, dure e non sono accompagnate da una linea melodica che possa fornire un'esperienza affettiva di piacere. Quando appare la melodia nella "Carretera Panamericana" è su un ritmo sincopato, una ribellione contro l'autorità del tempo ricorsivo che scorre inesorabile su stesse esperienze, senza apportare alcun cambiamento duraturo, in quanto non c'è un movimento teleologico personale o gruppale per migliorare la qualità della vita. Anche la gioia è un'imposizione artificiale per la durata di un ballo, non è una conseguenza di scelte libere e responsabili dell'individuo, per cui non si integra con il tessuto compositivo ma rimane a sé stante, lasciando poi l'essere umano ancor più triste e sfinito ad affrontare una vita che è vuota di significato.

*Ad immagine
e somiglianza
di Dio*



*Il disagio
della mente umana*

JOSEPH RATZINGER

La grandezza dell'essere umano è la sua somiglianza con Dio

Davanti al tema di questo convegno internazionale, emergono in me ricordi inquietanti. Permettete-mi, vi prego, di raccontarvi a modo di introduzione questa esperienza personale, che ci riporta all'anno 1941, quindi nel tempo della guerra e del regime nazionalsocialista. Una delle nostre zie, che visitavamo frequentemente, era madre di un robusto figliolo, che era qualche anno più giovane di me, ma dimostrava progressivamente i segni tipici della sindrome di down. Suscitava simpatia nella semplicità della sua mente offuscata, e sua madre, che aveva già perduto una figlia per morte prematura, gli era sinceramente affezionata. Ma nel 1941 fu ordinato, da parte delle autorità del Terzo Reich, che egli doveva essere portato in un ricovero per ricevere un'assistenza migliore. Non si avevano ancora sospetti sulla operazione di eliminazione dei disabili mentali, che già era stata iniziata. Dopo poco tempo giunse la notizia che il bambino era morto di polmonite ed il suo corpo era stato cremato. Da quel momento si moltiplicarono le notizie di tal genere. Nel villaggio, nel quale avevamo abitato prima, facevamo volentieri visita ad una vedova, che era rimasta senza figli e si rallegrava per la visita dei bambini del vicinato. La piccola proprietà, che aveva ereditato da suo padre, poteva a stento darle di che vivere, ma era di buono spirito, anche se non senza qualche timore per il suo futuro. Più tardi venimmo a sapere che la solitudine, nella quale sempre più venne a trovarsi, aveva ottenebrato sempre più la sua mente: il timore per il futuro era divenuto patologico, così che a stento osava ancora mangiare, per-

ché temeva sempre per il domani, nel quale forse sarebbe rimasta completamente senza cibo da mettere sotto i denti. Fu allora classificata come mentalmente disturbata, portata in un ricovero, e anche in questo caso giunse tosto la notizia che era morta di polmonite. Poco dopo accadde nel nostro attuale villaggio nuovamente la stessa cosa: il piccolo podere, attiguo alla nostra casa, era fino allora affidato alle cure di tre fratelli non sposati, ai quali apparteneva.

Erano ritenuti mentalmente malati, ma erano nondimeno in grado di occuparsi della loro casa e della loro proprietà. Anch'essi sparirono in un ricovero e poco dopo fu riferito di loro che erano morti. A quel punto non ci poteva più essere dubbio, circa quanto stava accadendo: si trattava di una sistematica eliminazione di tutti coloro, che non erano considerati come produttivi. Lo stato si era arrogato il diritto di decidere chi meritava di

vivere e chi doveva essere privato dell'esistenza in vantaggio della comunità e di se stesso, perché non poteva essere utile né agli altri né a se stesso.

Agli orrori della guerra, che divenivano sempre più sensibili, questo fatto aggiunse un nuovo, diverso sgomento: avvertivamo la gelida freddezza di questa logica dell'utilità e del potere. Sentivamo come l'uccisione di queste persone umiliava e minacciava noi stessi, l'essenza umana che era in noi: se la pazienza e l'amore, che vengono dedicati alle persone sofferenti, vengono eliminati dall'esistenza umana come perdita di tempo e di denaro, allora non viene fatto solo del male agli uccisi, ma in quel caso vengono mutilati nello spirito proprio gli stessi sopravvissuti. Ci rendevamo conto che là ove il mistero di Dio, la sua dignità intoccabile in ciascun uomo non viene più rispettata, non vengono minacciati solo i singoli, ma l'essere umano stesso è in pericolo. Nel silenzio paralizzante, nel timore, che tutti bloccava, fu allora come una liberazione, quando il Cardinale von Galen levò la sua voce e ruppe la paralisi del timore, per difendere nei disabili mentali l'uomo stesso, immagine di Dio.

A tutte le minacce contro l'uomo derivanti dal calcolo del potere e dell'utile si oppone la luminosa parola di Dio, con la quale la Genesi introduce il racconto della creazione dell'uomo: creiamo l'uomo a nostra immagine e somiglianza – *faciamus hominem ad imaginem et similitudinem nostram*, traduce la Volgata (Gen 1,26). Ma cosa si intende con questa parola? In cosa consiste la somiglianza divina dell'uomo? Il ter-



mine all'interno dell'Antico Testamento è per così dire un monolito; non appare più nell'Antico Testamento ebraico, anche se il Salmo 8 – "Cos'è l'uomo, perché tu ti ricordi di lui?" – rivela una parentela interiore con esso. Viene ripreso solo nella letteratura sapienziale. Il Siracide (17,2) vi fonda la grandezza dell'essere umano, senza propriamente voler dare un'interpretazione del significato della somiglianza con Dio. Il libro della Sapienza (2,23) fa un passo ulteriore e vede l'essere immagine di Dio essenzialmente fondato nell'immortalità dell'uomo: ciò che rende Dio Dio e lo distingue dalla creatura è proprio la sua immortalità e perennità. Immagine di Dio la creatura è quindi proprio per il fatto che partecipa dell'immortalità – non per sua natura, ma come dono del creatore. L'orientamento alla vita eterna è ciò che fa diventare l'uomo il corrispondente creato di Dio. Qui la riflessione potrebbe continuare e si potrebbe anche dire: vita eterna significa qualcosa di più che una semplice sussistenza eterna. È riempita di un senso, e solo così è vita che merita ed è capace di eternità. Eterna una realtà può essere solo a condizione che partecipi di ciò che è eterno: all'eternità della verità e dell'amore. Orientamento all'eternità sarebbe quindi orientamento alla eterna comunione di amore con Dio, e l'immagine di Dio rinvierrebbe quindi di sua natura oltre la vita terrena. Non potrebbe affatto essere determinata staticamente, essere legata a qualche qualità particolare, ma sarebbe questo essere protesi oltre il tempo della vita terrena; si potrebbe comprendere solo nella tensione al futuro, nella dinamica verso l'eternità. Chi nega l'eternità, chi vede l'uomo solo come intramondano, non avrebbe pertanto in partenza alcuna possibilità di penetrare l'essenza della somiglianza con Dio.

Ma questo è solo accennato nel libro della Sapienza, e non ulteriormente sviluppato. Così l'Antico Testamento ci lascia con una questione aperta, e si deve dar ragione ad Epifanio, che di fronte a tutti i tentativi di precisare il contenuto della somiglianza divina, afferma che non si deve "cercare di definire ove si colloca l'immagine,

ma confessarne l'esistenza nell'uomo, se non si vuol ingiuriare la grazia di Dio" (*Panarion*, LXX, 2,7). Ma noi cristiani leggiamo in realtà l'Antico Testamento sempre nella tonalità dell'unica Bibbia, nell'unità con il Nuovo Testamento e riceviamo da esso la chiave per comprendere rettamente i testi. Come il racconto della creazione "In principio creò Dio" riceve la sua corretta interpretazione solo nella sua rilettura giovannea "In principio era la Parola", così anche qui. In questo momento naturalmente io non posso, nel quadro di una breve prolusione, presentare la ricca e pluristratificata testimonianza del Nuovo Testamento relativamente al nostro problema. Cercherò semplicemente di richiamare due temi. Si deve rilevare innanzitutto e come fatto più importante che nel Nuovo Testamento Cristo viene designato come "l'immagine di Dio" (2 Cor 4,4; Col 1,15). I Padri hanno inserito qui un'osservazione linguistica, che forse non è così sostenibile, ma corrisponde certamente all'orientamento interiore del Nuovo Testamento e della sua reinterpretazione dell'Antico. Essi dicono: solo di Cristo viene insegnato che egli è "la immagine di Dio", l'uomo invece non è *la* immagine, ma *ad imaginem*, creato ad immagine, secondo l'immagine. Egli diventa immagine di Dio, nella misura in cui entra in comunione con Cristo, si conforma a lui. Detto con altre parole: l'immagine originaria dell'uomo, che a sua volta ripresenta l'ima-

gine di Dio, è Cristo, e l'uomo è creato a partire dalla sua immagine, su sua immagine. La creatura umana è allo stesso tempo progetto preliminare in vista di Cristo, ovvero: Cristo è l'idea fondamentale del Creatore, ed egli forma l'uomo in vista di lui, a partire da questa idea fondamentale.

Il dinamismo ontologico e spirituale, che si cela in questa concezione, diventa particolarmente evidente in Rom. 8,29 e 1 Cor. 15,49, ma anche in 2 Cor. 4,6. Secondo Rom. 8, 29 gli uomini sono predestinati, "ad essere conformi all'immagine del Figlio suo, perché egli sia il primogenito tra molti fratelli". Questa conformazione all'immagine di Cristo si compie nella risurrezione, nella quale egli ci ha preceduto – ma la risurrezione, è necessario richiamarlo già qui, presuppone la croce. La prima Lettera ai Corinti distingue il primo Adamo, che divenne "anima vivente" (15,45; cfr Gen 2,7) e l'ultimo Adamo, che divenne Spirito datore di vita. "E come abbiamo portato l'immagine dell'uomo di terra, così porteremo l'immagine dell'uomo celeste" (15,49). Qui è rappresentata con tutta chiarezza la tensione interiore dell'essere umano fra fango e spirito, terra e cielo, origine terrena e futuro divino. Questa tensione dell'essere umano nel tempo e oltre il tempo appartiene all'essenza dell'uomo. È questa tensione lo determina proprio nel centro della vita in questo tempo. Egli è sempre in cammino verso se stesso o si allontana da se stesso; è in cammino verso Cristo o si allontana da lui. Egli si avvicina alla sua immagine originaria, o la nasconde e la rovina. Il teologo di Innsbruck F. Lakner ha felicemente espresso questa concezione dinamica della somiglianza divina dell'uomo, caratteristica del Nuovo Testamento, nel seguente modo: "L'essere immagine di Dio dell'uomo si fonda sulla predestinazione alla filiazione divina attraverso la incorporazione mistica in Cristo"; l'essere immagine è quindi finalità insita nell'uomo, fin dalla creazione, "verso Dio per mezzo della partecipazione alla vita divina in Cristo".

Ci avviciniamo così ora però alla questione decisiva per il nostro tema: questa somiglianza divina



può essere distrutta? ed eventualmente, come? Esistono esseri umani, che non sono immagine di Dio? La Riforma nella sua radicalizzazione della dottrina del peccato originale aveva risposto affermativamente a questa domanda e aveva detto: sì, con il peccato l'uomo può distruggere in se stesso l'immagine di Dio e di fatto l'ha distrutta. Infatti l'uomo peccatore, che non vuol riconoscere Dio e che non rispetta l'uomo o addirittura lo uccide – costui non ripresenta l'immagine di Dio, ma la deturpa, contraddice Lui, che è Santità, Verità e Bontà. Ricordando quanto detto all'inizio, ciò può e deve portarci alla domanda: in chi è più oscurata l'immagine di Dio, più sfigurata o più estinta – nel freddo assassino, ben cosciente di se stesso, potente e forse anche intelligente, che fa se stesso Dio e deride Dio o nel sofferente innocente, nel quale la luce della ragione guizza assai flebile o addirittura non è più percepibile? Ma la domanda in questo momento è prematura. Dapprima dobbiamo dire: la tesi radicale della Riforma si è dimostrata come insostenibile, proprio a partire dalla Bibbia. L'uomo è immagine di Dio in quanto uomo. E finché egli è uomo, è un essere umano, egli è misteriosamente proteso a Cristo, al Figlio di Dio fattosi uomo e quindi orientato al mistero di Dio. L'immagine divina è connessa con l'essenza umana in quanto tale, e non è in potere dell'uomo distruggerla completamente.

Ma ciò che l'uomo certamente può fare è lo sfiguramento dell'immagine, la contraddizione interiore con essa. Qui occorre citare ancora una volta Lakner: "...la forza divina riluce proprio nel lacramento causato dalle contraddizioni... in questo mondo l'uomo come immagine di Dio è pertanto l'uomo crocifisso". Fra la figura dell'Adamo terreno formato dal fango, che Cristo in comune con noi ha assunto nell'incarnazione e la gloria della resurrezione sta la croce: il cammino dalle contraddizioni e dagli sfiguramenti dell'immagine verso la conformazione con il Figlio, nel quale si manifesta la gloria di Dio, passa attraverso il dolore della croce. Fra i Padri della Chiesa, Massimo il Confessore ha più di altri riflettuto su questa

connessione fra somiglianza divina e croce. L'uomo, che è chiamato alla "sinergia", alla collaborazione con Dio, si è invece posto in opposizione a lui. Questa opposizione è "un'aggressione alla natura dell'uomo". Essa "sfigura il vero volto dell'uomo, l'immagine di Dio, poiché distoglie l'uomo da Dio e lo rivolge verso se stesso ed erige fra gli uomini la tirannia dell'egoismo". Cristo dall'interno della stessa natura umana ha compiuto il superamento di questo contrasto, la sua trasformazione in comunione: l'ubbidienza di Gesù, il suo morire a se stesso, diviene il vero esodo, che libera l'uomo dal suo decadimento interiore condendolo all'unità con l'amore di Dio. Il crocifisso diviene così la vivente "icona dell'amore"; proprio nel crocifisso, nel suo volto scorticato e percosso, l'uomo diventa nuovamente trasparenza di Dio, l'immagine di Dio torna a rilucere. Così la luce dell'amore divino riposa proprio sulle persone sofferenti, nelle quali lo splendore della creazione si è esteriormente oscuro; perché esse in modo particolare sono simili al Cristo crocifisso, all'icona dell'amore, si sono accostate in una particolare comunanza a colui, che solo è *la* stessa immagine di Dio. Possiamo estendere a loro la parola, che Tertulliano ha formulato in riferimento a Cristo: "Per misero che possa essere stato il suo corpo..., esso sarà sempre il mio Cristo..." (*Adv. Marc.* III,17,2). Per grande che sia la loro sofferenza, per quanto sfigurati e offuscati possano essere nella loro esistenza umana – essi saranno sempre i figli prediletti di nostro Signore, ne saranno sempre in modo particolare l'immagine. Fondandosi sulla tensione fra nascondimento e futura manifestazione dell'immagine di Dio possiamo del resto applicare alla nostra questione la parola della prima Lettera di Giovanni: "noi fin d'ora siamo figli di Dio, ma ciò che saremo non è stato ancora rivelato" (3,2). Noi amiamo in tutti gli esseri umani, ma soprattutto nei sofferenti, nei disabili mentali, ciò che essi saranno e ciò che essi in realtà già sono fin d'ora. Già fin d'ora essi sono figli di Dio – ad immagine di Cristo, anche se non è ancora manifesto ciò che essi diverranno.

Cristo nella croce si è definitivamente assimilato ai più poveri, ai più indifesi, ai più sofferenti, ai più abbandonati, ai più disprezzati. E fra questi, vi sono coloro di cui il nostro colloquio oggi si occupa, coloro la cui anima razionale non arriva ad esprimersi perfettamente per mezzo di un cervello infermo o malato, come se, per una ragione o per un'altra, la materia resistesse ad essere assunta da parte dello spirito. Qui Gesù rivela l'essenziale dell'umanità, ciò che ne è il vero compimento, non l'intelligenza, né la bellezza, ancor meno la ricchezza o il piacere, ma la capacità di amare e di acconsentire amorevolmente alla volontà del Padre, per sconcertante che esso sia.

Ma la passione di Gesù sfocia nella sua resurrezione. Il Cristo risuscitato è il punto culminante della storia, l'Adamo glorioso verso il quale tendeva già il primo Adamo, l'Adamo "terreno". Così si manifesta il fine del progetto divino: ogni uomo è in cammino dal primo al secondo Adamo. Nessuno di noi è ancora pienamente se stesso. Ciascuno deve diventarlo, come il grano di frumento che deve morire per portare frutto, come il Cristo resuscitato è infinitamente fecondo perché si è infinitamente donato.

Una delle grandi gioie del nostro paradiso sarà senza dubbio scoprire le meraviglie che l'amore avrà operato in noi, e che l'amore avrà operato in ciascuno dei nostri fratelli e sorelle, e nei più colpiti, nei più sofferenti fra di essi, mentre



noi non comprendevamo neppure come l'amore era possibile da parte loro, mentre il loro amore rimaneva nascosto nel mistero di Dio.

Sì, una delle nostre gioie sarà di scoprire i nostri fratelli e sorelle in tutto lo splendore della loro umanità, in tutto il loro splendore di immagini di Dio.

La Chiesa crede, fin da oggi, a questo splendore futuro. Essa vuole essere attenta e sottolineare anche il minimo segno che già lo lasci intravvedere. Perché, nell'al di là, ciascuno di noi brillerà tanto più quanto più avrà imitato il Cristo, nel contesto e con le possibilità che gli saranno state date.

Ma mi sia permesso qui di rendere testimonianza all'amore della Chiesa per le persone mentalmente sofferenti. Sì, la Chiesa vi ama. Essa non ha verso di voi solo la "predisposizione" naturale della madre per i più sofferenti dei suoi figli. Essa non resta ammirata solo davanti a ciò che voi sarete, ma a ciò che voi già siete: immagini di Cristo.

Immagini di Cristo da onorare, da rispettare, da aiutare nella misura del possibile, certamente, ma

soprattutto, immagini di Cristo portatrici di un messaggio essenziale sulla verità dell'uomo. Un messaggio che tendiamo troppo a dimenticare: il nostro valore davanti a Dio non dipende né dall'intelligenza, né dalla stabilità del carattere, né dalla salute che ci permettono molteplici attività di generosità. Questi aspetti potrebbero sparire in ogni momento. Il nostro valore davanti a Dio dipende solamente dalla scelta che avremo fatto di amare il più possibile, di amare il più possibile nella verità.

Dire che Dio ci ha creati a sua immagine, significa dire che egli ha voluto che ciascuno di noi manifesti un aspetto del suo splendore infinito, che egli ha un progetto su ciascuno di noi, che ciascuno di noi è destinato a entrare, per un itinerario che gli è proprio, nell'eternità beata.

La dignità dell'uomo non è qualcosa che si impone ai nostri occhi, non è misurabile né qualificabile, essa sfugge ai parametri della ragione scientifica o tecnica; ma la nostra civiltà, il nostro umanesimo, non hanno fatto progressi se non nella misura in cui questa

dignità è stata più universalmente e più pienamente riconosciuta a sempre più persone. Ogni ritorno indietro in questo movimento di espansione, ogni ideologia o azione politica che estromettesse alcuni esseri umani dalla categoria di coloro che meritano rispetto, segnerebbero un ritorno verso la barbarie. E noi sappiamo che sfortunatamente la minaccia della nostra barbarie pende sempre sui nostri fratelli e sorelle che soffrono di una limitazione o di una malattia mentale. Uno dei nostri compiti di cristiani è di far riconoscere, rispettare e promuovere pienamente la loro umanità, la loro dignità e la loro vocazione di creature ad immagine e somiglianza di Dio.

Vorrei approfittare di questa occasione che mi è offerta per ringraziare tutti coloro, e sono qui numerosi, che con la riflessione o la ricerca, lo studio o le diverse cure, si impegnano a rendere sempre più riconoscibile questa immagine.

Sua Eminenza il Cardinale
JOSEPH RATZINGER
Prefetto della Congregazione
per la Dottrina della Fede (Santa Sede)



CORRADO MANNI

Introduzione alla prima sessione

Diamo inizio a questa prima sessione dei lavori che la stima e la benevolenza del Cardinale Angelini hanno chiamato me a presiedere.

Di questo lo ringrazio di cuore, anche se altri, per la loro preparazione specifica e per i loro interessi culturali sarebbero stati forse più idonei a sedere al mio posto.

Chiunque si sia avvicinato per interesse culturale od esigenze professionali allo studio del Sistema Nervoso Centrale è rimasto senza dubbio affascinato dalla sua complessità anatomica e funzionale. Di esso la caratteristica più straordinaria è sicuramente la trasformazione di eventi bioelettrici e biochimici in funzioni cerebrali superiori capaci di esprimere la volontà e l'identità di ciascun individuo.

In questa miracolosa integrazione tra stimoli e segnali esterni e contenuti mentali si estrinseca l'essenza stessa dell'anima umana, della persona creata ad immagine di Dio.

Durante questa sessione affronteremo, grazie agli interventi degli autorevoli relatori qui convenuti, tematiche riguardanti:

- i meccanismi attraverso i quali le strutture neuroanatomiche sostengono le funzioni stesse della mente umana;

- il problema del dolore fisico (*algos*) e della sua trasformazione in esperienza emotiva e cognitiva (*pathos*).

- l'importanza della psichiatria moderna come di una disciplina capace di riconoscere alla base della malattia mentale precisi processi dismetabolici e di indicare univoche vie di trattamento;

- la rilevanza socioeconomica

della malattia mentale, una delle più frequenti ed invalidanti malattie dell'ultimo secolo;

- i meccanismi causali della malattia mentale, l'integrazione eziologica tra substrati genetici ed influssi ambientali;

- il problema della dignità del malato mentale come di persona creata ad immagine e somiglianza di Dio, che esprime attraverso la propria malattia ed il proprio disagio socioambientale la sofferenza di Cristo;

- ed infine le più importanti acquisizioni riguardanti la ricerca nell'ambito delle Neuroscienze.

Il contributo apportato dalle Neuroscienze, in particolare negli ultimi 50 anni, ha consentito di approfondire gran parte dei meccani-

smi che dall'acquisizione del segnale nervoso consentono la trasformazione di un evento bioelettrico (potenziale d'azione), in biochimico (trasmissione sinaptica), ed infine in evento percettivo ed esperienza cognitiva.

Ascolteremo ora i contributi dei diversi partecipanti ed io li ringrazio sin d'ora per quanto ci diranno: certamente cose di grande interesse.

Prof. CORRADO MANNI
Direttore dell'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma)
Membro della Pontificia Accademia per la Vita e del Consiglio direttivo
Consultore del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari



ERWIN NEHER

Meccanismi di base del segnale dell'informazione del Sistema Nervoso Centrale

Il Sistema Nervoso Centrale (S.N.C.) media l'informazione che converge attraverso i nostri sensi. Esso costruisce la rappresentazione del mondo esterno all'interno di noi, e coordina i nostri movimenti e le nostre funzioni corporee.

Il S.N.C. è anche il substrato materiale delle cosiddette funzioni cerebrali superiori, come il pensiero, la memoria e la coscienza.

La ricerca nel settore delle Neuroscienze durante l'ultimo centenario e, particolarmente durante gli ultimi 50 anni, ha rivelato molti meccanismi attraverso i quali l'informazione è ricevuta, attraverso i quali è propagata e mediante i quali l'informazione è processata ed accumulata nel S.N.C.

Il risultato centrale di questi studi è stata la comprensione di due meccanismi di base del funzionamento del S.N.C.: la propagazione del potenziale di azione (l'impulso elettrico attraverso il nervo) ed il meccanismo della trasmissione sinaptica (il passaggio del segnale da un neurone a quello vicino).

Noi abbiamo compreso che ognuno dei cento milioni delle nostre cellule nervose è connesso attraverso sinapsi (dalle 1.000 alle 10.000 sinapsi) con altri neuroni e che l'intensità e la natura di queste connessioni è determinata sia da predisposizioni genetiche che dalle nostre esperienze precedenti.

La maggioranza di neurobiologi crede che le nostre memorie e molte delle nostre capacità individuali siano dovute alla serie di connessioni tra i neuroni del nostro cervello. L'apprendimento e l'acquisizione di nuovi compiti, quindi, richiedono cambiamenti di queste connessioni: i cosiddetti "cambiamenti plasticci". È divenuto chiaro,

attraverso questi ultimi anni di ricerca, che il S.N.C. utilizza ed adatta l'intero spettro dei meccanismi di trasduzione del segnale che sono voluti nelle diverse parti del nostro corpo per indurre tali cambiamenti.

Questi meccanismi includono la regolazione del metabolismo ed i processi che governano la formazione e la riparazione dei tessuti.

Noi conosciamo molti dei principi che governano la formazione e la propagazione del potenziale di azione, la trasmissione sinaptica, la modalità attraverso la quale una sinapsi può essere rinforzata o ridotta in efficacia, e molti di quei principi generali dell'architettura delle nostre cellule nervose. Al contrario, noi conosciamo poco sulle funzioni superiori, di come le parti individuali o i sottosistemi del cervello cooperano per produrre le cosiddette funzioni cerebrali superiori come la coscienza, il pensiero, l'emozione e la memoria.

Riguardo a questi problemi, sembra che le Neuroscienze moderne, siano in uno stato per il quale il processo migliore può essere fornito dalla formulazione di appropriate domande piuttosto che dal tentativo di dare una singola risposta.

In questa lettura, pertanto, tenterò di spiegare alcuni di questi meccanismi di base che ho menzionato in precedenza.

Nel fare ciò, enfatizzerò i meccanismi mediati dai canali ionici, perché lo studio di questi meccanismi è stata la mia principale area di interesse da molti anni. Tenterò di descrivere alcuni principi fondamentali dell'architettura neuronale. Per fare ciò, utilizzerò come e-

sempio le prime tappe attraverso le quali l'informazione viene processata nel nostro sistema visivo, largamente investigato dal lavoro di Hubel e Wiesel.

I canali ionici regolano la propagazione del potenziale di azione e l'azione dei neurotrasmettitori

I neuroni sono cellule specializzate che, così come le altre cellule del nostro corpo, sono circondati da una membrana che separa l'interno della cellula dal fluido extracellulare.

L'impulso nervoso è un'onda elettrica di carica positiva che si propaga attraverso l'assone nervoso, un'estensione cilindrica del corpo cellulare. Nel 1952 Hodgkin e Huxley, furono in grado di descrivere questo segnale elettrico come una conseguenza della permeabilità di membrana nervosa ai principali ioni con carica positiva, cioè una permeabilità al sodio ed al potassio. Negli anni dal 1976 al 1980, il mio collega Bert Sakman ed io caratterizzammo le correnti ioniche che attraversano la membrana neuronale attraverso tappe ben distinte. Questo, come venne provato, avveniva grazie a molecole proteiche che erano incastonate nella membrana nervosa (i cosiddetti "canali ionici") che avevano una struttura circolare. Queste strutture proteiche venivano definite pori di membrana. Tali pori potevano essere in stato di apertura o di chiusura quando essi venivano appropriatamente stimolati. Noi svilupparammo un metodo che permise di registrare le correnti di membrana con una notevole sensi-

bilità. Tali correnti avvenivano grazie a cambiamenti dovuti all'apertura ed alla chiusura di questi pori. Il nostro metodo permise di studiare tali meccanismi in dettaglio. In seguito, venne scoperto

che vari tipi di tali molecole proteiche che costituivano i pori descritti operavano sia durante la propagazione dei potenziali di azione che durante la trasmissione sinaptica (Fig. 1).

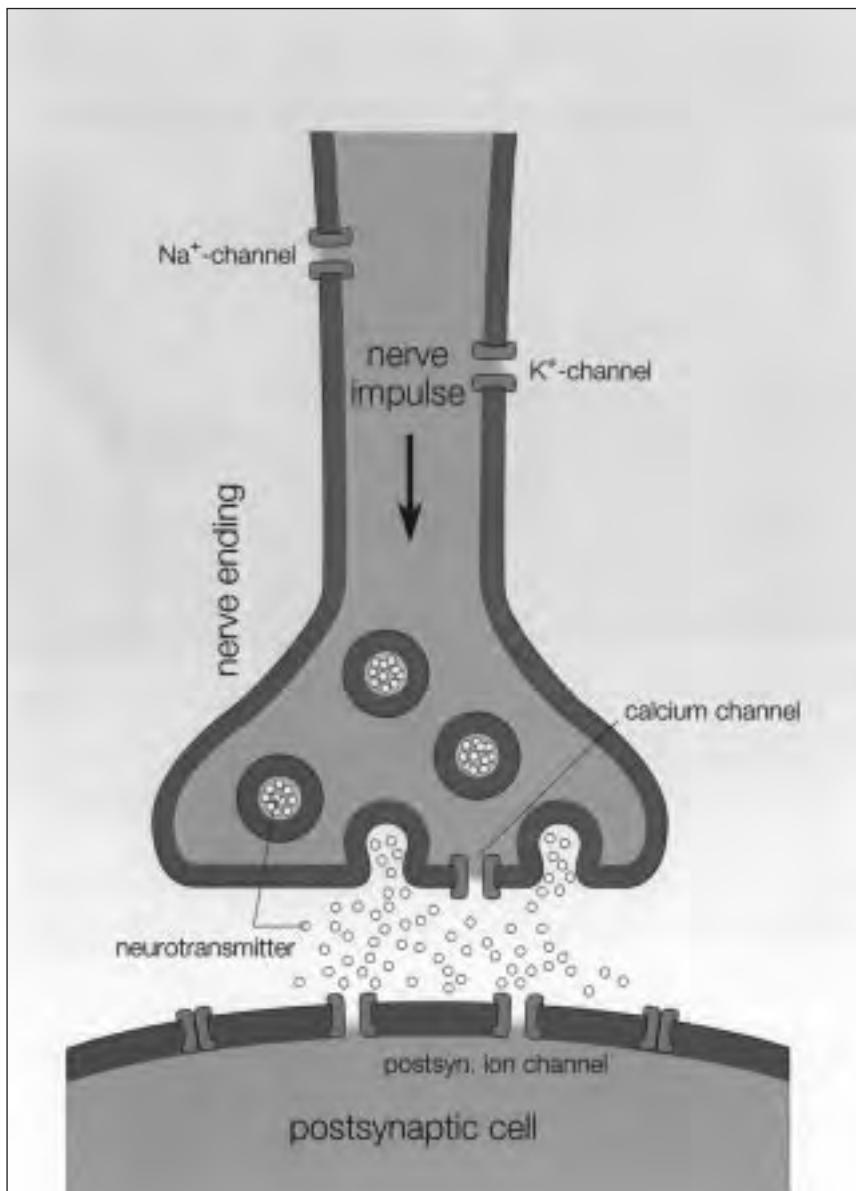


Fig. 1 - I meccanismi del potenziale d'azione e della trasmissione sinaptica.
Il potenziale di azione si propaga lungo la fibra nervosa grazie all'apertura e chiusura dei canali del sodio e del potassio che generano una sequenza di corrente in entrata e in uscita attraverso la membrana neuronale. Nella terminazione nervosa i canali specifici per il calcio (che si aprono in modo molto simile a quelli del sodio) provocano un influsso di calcio. Questo, a sua volta, scatena la fusione delle vescicole sinaptiche con la membrana plasmatica. Le vescicole, quindi, rilasciano il proprio contenuto (neurotrasmettore) nello spazio tra il terminale sinaptico e la cellula post-sinaptica. Il neurotrasmettore diffonde nella membrana post-sinaptica dove si lega ad uno specifico recettore. I recettori, in molti casi, sono essi stessi canali ionici che si aprono in seguito al legame con il neurotrasmettore. In tal modo, un segnale elettrico viene generato attraverso la membrana post-sinaptica. I segnali da un grande numero di sinapsi sono "integriti" a livello della membrana dendritica dei neuroni e generano un flusso di potenziali di azione che, a sua volta, si propaga alle cellule vicine.

Inoltre, venne evidenziato che una moltitudine di altri tipi di canali agisce in diverse cellule nervose e contribuisce allo svolgimento di una varietà notevole di funzioni cellulari: la trasduzione sensoriale, la regolazione della secrezione di fluidi, la regolazione dei cambiamenti del volume cellulare. In sostanza, tutti i tipi di cellule del nostro corpo sono organizzati con specifici gruppi di canali ionici. Di fondamentale importanza sono i canali permeabili agli ioni calcio. Questo perché la concentrazione di calcio libero all'interno della cellula è di unità di grandezza più bassa che la concentrazione di questo ione nel sangue e negli interstizi tissutali.

L'apertura di questi canali, che causa un influsso di calcio all'interno della cellula, induce un aumento nella concentrazione di calcio all'interno della cellula, e la risultante attivazione di una varietà di proteine calcio-dipendenti come le proteine contrattili (nei muscoli) o gli enzimi calcio-dipendenti. I canali del calcio che sono regolati dal potenziale di membrana, pertanto, costituiscono il legame tra i segnali elettrici del sistema nervoso e le funzioni metaboliche delle cellule effettive. I canali del calcio e le cellule che rispondono ai cambiamenti del calcio possono essere considerate come la via di uscita del sistema nervoso (qualora quest'ultimo sia considerato come un processore di segnali elettrici). I segnali del calcio, comunque, sono anche molto importanti nella formazione e nella regolazione del sistema nervoso stesso. Tali aspetti verranno descritti nel prossimo paragrafo.

Connessioni sinaptiche che si modificano in maniera uso-dipendente

I neuroni utilizzano tutti i meccanismi conosciuti di regolazione cellulare per modulare l'attività elettrica ed indurre cambiamenti plasticci. Va ricordato che i neuroscienziati considerano la serie delle connessioni tra le cellule nervose come la base che è in grado di fornire un substrato per le memo-

rie. Tale memoria include sia la cosiddetta "memoria dichiarativa" (la memoria della quale noi siamo coscienti) che la cosiddetta "memoria procedurale" (la memoria che media i compiti che sono regolati da reazioni inconsce). Se così è, quindi, apprendere un compito o aumentare la nostra conoscenza può essere dovuto a cambiamenti in questa connessione neuronale. Pertanto, i neuroscienziati negli ultimi 20 anni hanno studiato i meccanismi attraverso i quali sono formati le connessioni (sinapsi) tra i neuroni. Essi hanno studiato, inoltre, i cambiamenti che dipendono dall'attività di queste cellule nervose che sono controllati dall'uso ripetuto di una certa sinapsi. Un meccanismo che ha ricevuto particolare attenzione è il cosiddetto potenziamento a lungo termine (LTP); questo fenomeno è, in sostanza, derivante dall'osservazione e certe sinapsi sono potenziate per ore, o più a lungo, dopo che sono state utilizzate ripetutamente in precedenza. Particolarmente interessante è risultato che certe forme di LTP sono solo osservate se la stimolazione sinaptica induce una significativa attivazione del terminale pre-sinaptico, associata ad una attivazione di potenziali d'azione nella cellula post-sinaptica. Tale "coincidenza" dell'attività sia pre-sinaptica sia post-sinaptica, è un importante elemento di considerazione teoretica per quanto riguarda l'apprendimento e la memoria. In molti casi deve essere notato che l'influsso di calcio nella membrana post-sinaptica è un fenomeno indispensabile per la generazione di LPT. Studiando questi fenomeni i neuroscienziati hanno trovato che il calcio, così come altri secondi messaggeri, (che sono noti da lungo tempo come regolatori del metabolismo cellulare) sono coinvolti nel mediare la LTP e nel modificare i canali ionici come trasduttori dei segnali del sistema nervoso. Le modificazioni descritte possono avvenire a diversi livelli: modificazioni dei canali ionici attraverso fosforilazione, espressione di canali ionici attraverso l'attivazione di processi trascrittivi, degradazione di canali, alterazioni morfologiche delle sinapsi, formazione

di nuove sinapsi ed eliminazione di gruppi cellulari attraverso processi di morte cellulare programmata (definita anche con il termine di "apoptosi"). Questa gamma di meccanismi nei quali il calcio fornisce un legame essenziale tra modificazioni elettriche e cambiamenti strutturali, fornisce l'opportunità per analizzare le alterazioni nella circuistica tra neuroni. Tali cambiamenti possono durare secondi, minuti, ore, giorni, o addirittura la durata intera della vita individuale.

L'informazione sensoriale è processata dalla progressiva astrazione di strati neuronali in sequenza

La lente dei nostri occhi proietta un'immagine del mondo esterno sulla retina. Qui, uno strato di cellule simili a quelle nervose, i fotorecettori, trasduce l'intensità luminosa in segnale elettrico. Questo è il solo sito noto del sistema visivo dove vi è una corrispondenza univoca tra una cellula e l'intensità luminosa. I segnali dei fotorecettori rappresentano una mappa dell'intensità luminosa intorno a noi.

All'interno della retina i fotorecettori passano i loro segnali ad un complicato circuito di neuroni; le cellule ganglionari della retina costituiscono la via di uscita dei segnali che originano nell'occhio. Ogni cellula ganglionare invia un'assone attraverso il nervo ottico alla tappa successiva nell'elaborazione dell'informazione nel cervello: il corpo genicolato laterale. Sebbene le cellule ganglionari rappresentano un mappa del mondo esterno, esse non forniscono più una traccia dell'intensità luminosa, ma riflettono piuttosto i contrasti della luce. Per esempio, i membri di una classe di cellule ganglionari rispondono particolarmente bene se ad un'alta intensità luminosa al centro del campo di ricezione, ma in modo discreto ad un'alta intensità nella periferia. Un'illuminazione uniforme, non importa se alta o bassa, evoca solo risposte minori.

Nel corpo genicolato gli strati di neuroni sono caratterizzati dal fatto che in ogni cellula vi è una

risposta a certe posizioni nel mondo esterno. Le caratteristiche della risposta di una data cellula sono molto simili a quelle delle cellule nervose. Le fibre del nervo ottico sono distribuite fra 6 strati paralleli di neuroni da ognuno dei quali origina una via in uscita che media un certo aspetto della percezione visiva come il colore, la forma o il movimento. Inoltre, le cellule del corpo genicolato ricevono molte informazioni da altre aree del cervello che hanno un ruolo fondamentale nel controllare l'informazione tra retina e cervello. In questo modo il cervello può avere un mezzo per prevenire l'eccessivo accumularsi di informazioni in situazioni nelle quali l'informazione non è considerata rilevante.

Le fibre nervose dei neuroni nel corpo genicolato proiettano alle cellule della corteccia visiva primaria. Qui le cellule non rispondono più in modo preciso a punti di luce, ma piuttosto a linee ed a barre che si muovono attraverso il campo visivo. In una classe di cellule (le cellule semplici) una data cellula risponde in modo preciso ad una linea che ha un determinato orientamento e che si muove attraverso una certa posizione del campo visivo. Per un altro tipo di cellule (le cellule complesse) le linee sono degli elementi di stimolazione. Tuttavia, questo tipo di cellule non sono più in grado di localizzare precisamente una certa posizione nel campo visivo. Di nuovo, l'orientamento della linea è importante per questo tipo di analisi.

Come possiamo notare, a mano a mano che gli stadi dell'informazione vengono processati attraverso il sistema visivo, quella rappresentazione del mondo esterno è sempre più astratta. Ad ogni stadio una proprietà o specificità è persa, mentre un'altra proprietà viene acquisita. Così, quando noi andiamo dai fotorecettori alle cellule ganglionari la intensità assoluta è persa, mentre la sensibilità ai contrasti viene acquisita. Passando dalle cellule ganglionari alle cellule del corpo genicolato, la proprietà che tutta l'informazione del campo recettivo è rappresentata da un'area nel network è persa, mentre il processo parallelo di a-

nalisi in strati successivi viene acquistato. Avanzando verso le cellule semplici della corteccia primaria, la sensibilità alla localizzazione puntiforme è persa, mentre viene acquisita la sensibilità all'elemento direzionale. Infine, quando ci muoviamo verso le cellule complesse, la sensibilità per la posizione esatta viene persa, mentre le cellule guadagnano la capacità di rispondere ad un'ampia parte del campo visivo. Possiamo vedere che ad ogni stadio del processo di analisi dell'informazione visiva la nostra immagine delle cose viene prevalentemente rappresentata attraverso i contrasti. Può essere questa la ragione per la quale noi riconosciamo immediatamente gli oggetti di scene anche se sono semplicemente disegnati da semplici linee.

I circuiti neuronali possono eseguire compiti sorprendentemente complessi

Gli esempi di analisi dell'informazione visiva mostrati sopra hanno indicato che gli strati di neuroni sono in grado di fornire analisi estremamente specifiche. Dal momento che noi conosciamo molte delle proprietà di segnale di singoli neuroni, possiamo chiederci come questi neuroni di uno strato possono essere connessi ai neuroni degli strati seguenti per attuare processi di analisi tra i diversi strati. È chiaro, pertanto, che non è difficile immaginare diagrammi di connessioni, basati sulla morfologia e sulle conoscenze funzionali neuronali, che possono essere in grado di generare alcuni tipi di segnale. In molti casi, infatti, molte possibilità alternative sono state proposte per spiegare le modalità di funzionamento del S.N.C.

L'architettura generale delle organizzazioni di strati di cellule neuronali, osservate in molte parti del nostro cervello, ha permesso la nascita di una disciplina definita "neurobiologia computazionale" che ha il compito ambizioso di riprodurre questi meccanismi attraverso computer ed utilizzando applicazioni tecniche in modelli di circuiti. In questi studi gli elementi sono definiti sia come "og-

getti" in un computer o come elementi logici in uno schema di circuito che rappresentino neuroni. Essi sono arrangiati in strati e sono interconnessi ai "neuroni" e strati successivi in un modo simile ai neuroni reali. È chiaro, pertanto, sia nella teoria che nella pratica, che una tale architettura può permettere compiti sorprendentemente complessi, e non solo la rappresentazione spaziale, come descritto nel precedente esempio per quanto riguarda il sistema visivo. Essi possono essere progettati anche per fornire compiti complessi come la memoria associativa, il completamento di compiti archiviati in tale memoria dopo la presentazione di informazioni parziali. Possono fornire compiti di riconoscimento e, inoltre, possono fornire il rilievo di deboli correlazioni tra compiti da eseguire. Infine, essi possono controllare l'attività di "robot". Una proprietà molto interessante di tali circuiti associativi è che essi possono "apprendere" nel senso che ci sono disponibili degli algoritmi che indicano come le connessioni tra i "neuroni" di diversi strati devono essere cambiati (basandosi sulla risposta a sequenze di stimoli successivi). In tal modo, il circuito risponde in modo ottimale ad una serie di stimoli. Tali circuiti sono spesso in grado di fornire "comportamenti" estremamente com-

plessi nonostante le interazioni tra elementi siano limitate alle più semplici interazioni neuronali. Tuttavia le interazioni tra i neuroni sono molto più complesse come ordine di grandezza, così che non è provato del tutto che il nostro cervello si comporti in modo simile a questi circuiti "neuronali" artificiali.

Pertanto, è possibile dire che la ricerca nel campo delle Neuroscienze negli ultimi 30 anni ha fornito una notevole comprensione di molti degli aspetti del nostro S.N.C. D'altro canto, però, è anche chiaro che noi siamo molto lontani dal capire alcune funzioni cerebrali complesse come l'attività cognitiva, la coscienza e le emozioni. Partendo da questo punto, non è chiaro se c'è una via per migliorare la nostra comprensione di questi fenomeni. L'approccio che io ho presentato è la parte basilare di questo tentativo, un tentativo che cerca di spiegare alcune delle proprietà del sistema studiando i suoi singoli elementi. L'alternativa è considerare il sistema nel suo complesso, studiandolo attraverso le sue potenzialità e le sue limitazioni.

Sfortunatamente, non c'è nessuna via di continuità tra questi due approcci. La metodologia corrente nella ricerca cellulare è abbastanza limitata anche se restringiamo questa metodologia all'analisi della singola cellula. I tentativi di registrare simultaneamente da più neuroni o di visualizzarli contemporaneamente sono anche più limitati. D'altro canto, tutte le evidenze indicano che l'informazione viene processata in modo parallelo e distribuito ed indicano, inoltre, che molti dei compiti del cervello vengono svolti contemporaneamente da grandi gruppi di neuroni. I due approcci possono definitivamente essere complementari e avanzare di pari passo. Tuttavia, deve essere anche riconosciuto che c'è un grande divario che al momento non può essere facilmente colmato.

Prof. Dr. ERWIN NEHER
Premio Nobel in Medicina
Direttore del Reparto di Membrana
bio-fisica all'Istituto Max-Planck
per la Chimica Biofisica,
Gottingen (Germania)



PIERLUIGI ZUCCHI, BONIFACIO HONINGS

Algos e Pathos: momenti fondamentali di crescita spirituale nell'uomo

Vista la complessità e la densità dell'argomento affidatomi entro-rei subito in "medias res" cercando di procedere in maniera schematica per rendere più comprensibile l'argomento della mia relazione che ho voluto suddividere in tre parti: una introduzione etico-filosofica, una parte anatomo-clinica con dati epidemiologici e una terza parte terapeutica nella quale si evidenzia il ruolo fondamentale della preghiera che unitamente alla somministrazione dei farmaci può fornire notevoli vantaggi per la qualità della vita del paziente, come riportato in uno studio statistico recentemente eseguito con la preziosissima collaborazione del Professor Honings.

Introduzione etico-filosofica

Desidero, quindi, sotto il profilo etimologico definire i due termini greci *algos* e *pathos* che significano rispettivamente dolore fisico e sofferenza morale.

Il primo termine – *algos* – rappresenta la reazione fisiologica a stimolazioni nocicettive come accade, per esempio, in un trauma; il secondo – *pathos* – viene ritenuto una reazione emotiva lacerante, secondaria ad un vissuto psicologico valutato negativo dal soggetto, come può accadere per la perdita di una persona cara oppure come accade in situazioni psicologiche particolari causate da stress, ansia, depressione.

Nella grammatica della sofferenza *algos* e *pathos* rappresentano solo apparentemente due entità algebriche negative che portano, sempre in una visione etico-religiosa, ad una positività che coinvolge nell'interesse se non nel consenso, tutti gli uomini, credenti o agnostici. Solo una visione di tipo trascendente, infatti, riesce a dare un significato al dolore e alla sofferenza nel suo rapporto anche con la colpa, perché la sofferenza in questo caso viene interpretata non solo come pena e punizione, ma soprattutto come espiazione e riscatto. Il dolore, quindi, rappresenta la vera energia nascosta del patrimonio psico-fisico dell'uomo capace di vincere i veri effetti letali del male: rappresenta il vero punto di incontro della solidarietà tra Dio e l'uomo.

Bisogna, comunque, profondamente riflettere come nella formazione etico-religiosa di ciascun individuo solo le condizioni di dolore fisico e sofferenza morale portino l'uomo a riflettere ed a elevarsi a Dio e come Dio in queste condizioni riesca ad infondersi pienamente nell'uomo.

Il dolore come esperienza individuale e individualizzante porta l'uomo ad una maggior conoscenza del proprio Io, la cui identità e interpretazione spesso è affannosamente ricercata in questo così difficile e complesso articolarsi dell'unione soma-psiche.

Nessun uomo potrebbe, quindi, vivere e superare la propria sofferenza se in qualche modo non riuscisse a dare un senso a ciò che patisce. Il cristiano contrappone, quindi, ad una visione biologistica e immanentistica un'immagine noetica dell'uomo: di fronte all'*homo faber* si pone l'*homo sapiens* e accanto a questi viene collocato l'*homo patiens*, nel quale si cerca di dotare il dolore di significato. È proprio in questa dotazio-

ne di significato che si attua lo scopo di consacrare il dolore come sacrificio.

Il dolore e la sofferenza di ciascun individuo hanno un senso solo se portano l'uomo all'accettazione del sacrificio che queste entità impongono.

Soltanto nel concetto della sofferenza sacrificale, come per primo ha insegnato il Cristianesimo attraverso la sofferenza di Dio, in Cristo è possibile ottenere una migliore comprensione del dolore e della sofferenza; è solo con il passaggio obbligatorio attraverso la Croce che vengono gettate le basi per meglio comprendere la grammatica di qualsiasi atto di amore; infatti, come afferma il Cardinal Angelini "Non può aversi una civiltà dell'Amore, senza una valorizzazione del dolore, poiché la condizione umana è necessariamente accompagnata dal dolore" (F. Angelini, *Quel Soffio sulla Creta*, 1990, Roma, A.M.C.I.).

La dottrina cristiana della sofferenza esige non solo una mite accettazione delle sofferenze, ma una sofferenza soffusa di beatitudine, nella quale l'uomo si abbandona a Dio per accettare qualsiasi dolore e sofferenza che devono essere amati e, talvolta, addirittura cercati. In questa visione di vita il Cristianesimo si contrappone all'eudemonismo. L'eudemonista cerca il piacere e trova sofferenza; il cristiano colpito dal dolore cerca di interiorizzare questo momento che ritiene privilegiato perché possiede la beatitudine e la letizia della fede.

Ma vediamo quale è la funzione così importante che il dolore può assumere in ambito clinico.

Parte anatomo-clinica

In ambito clinico-biologico il dolore rappresenta certamente il più grande alleato dell'uomo e di tutti gli esseri viventi. A riprova di questa asserzione, che può sembrare molto particolare, esiste, purtroppo, una sindrome, per fortuna molto rara, l'*analgesia congenita*, nella quale il paziente viene a morte, di solito nei primi anni di vita, perché non possiede quel sistema nocicettivo indispensabile a prevenire situazioni di danno, ad esempio una ustione, o di pericolo ancor più grave quale può essere rappresentato da un ascesso o dalla perforazione di un viscere. A parte questa sindrome molto rara, la natura, nella sua filogenesi continua e lentissima, ha escogitato, per difendersi da condizioni di danno, meccanismi estremamente raffinati e intelligenti che si adagiano al processo di adattamento delle mutevoli condizioni ambientali.

Esiste, anche, una condizione clinica opposta a quella dell'*analgesia congenita* nella quale anche gli stimoli innocui vengono percepiti come dolore. Questa condizione è definita *iperalgesia* o *allodinia*.

Per la sopravvivenza dell'uomo non solo il dolore come prezioso "campanello d'allarme", così giustamente definito nel '600 da Cartesio, ma anche i sistemi preposti al controllo del dolore, cioè all'*analgesia*, sono importanti per ottenere una omeostasi indispensabile alla cinestesi dell'individuo e di cui l'organismo dispone analogamente al ritmo sonno-veglia, alla termoregolazione, all'istinto della fame e della sete. Meccanismi biologici questi fondamentali e irrinunciabili per la vita dell'essere umano.

Passiamo ora ad esaminare molto rapidamente uno dei sistemi di difesa più importanti del nostro organismo, il Sistema Dolore-Analgesia. Classicamente il Sistema Dolore-Analgesia è un sistema neuromonale costituito: a) da vie afferenti che conducono lo stimolo nocicettivo dalla periferia (cute, sottocute, muscolo, articolazioni, visceri) ai centri superiori; b) da centri superiori come punti di arrivo dell'emotività e dell'integrazione cognitiva, che interpretano il

messaggio doloroso e ne attuano la strategia di risposta; c) da sistemi che modulano e riducono l'input nocicettivo.

Questa schematizzazione del Sistema Dolore-Analgesia, nel quale come vedremo sono identificabili morfologicamente vie e centri, ha un significato esclusivamente didattico perché nella realtà clinica non sempre il dolore segue il percorso classico testé descritto ma può insorgere in una delle tre stazioni: nei recettori algogeni periferici o nocicettori, nelle vie afferenti nocicettive o addirittura nel cervello.

Uno dei problemi più importanti ed attuali della Neurofisiologia è quello di capire e quindi interpretare in maniera sempre più completa il meccanismo intimo fisiopatologico del passaggio dell'informazione da una cellula nervosa all'altra e quindi possedere la conoscenza teorica e pratica del substrato neuroendocrino del dolore col quale dovrà misurarsi nel prossimo futuro il fisiopatologo.

Ma da dove parte e dove viene accolta la sensazione dolorosa?

I tipi di noxae algogene di origine varia, meccanica, termica, chimica, vengono accolti da organuli situati in distretti diversi (cute, muscolo, articolazioni, visceri) chiamati recettori (Fig.1).

Il recettore algogeno o nocicettore è la formazione istologica più distale deputata alla trasduzione dello stimolo e collegata a due diversi tipi di fibre: le fibre mieliniche

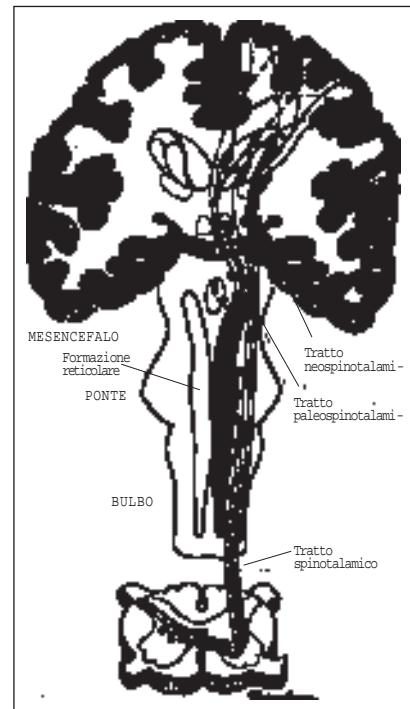
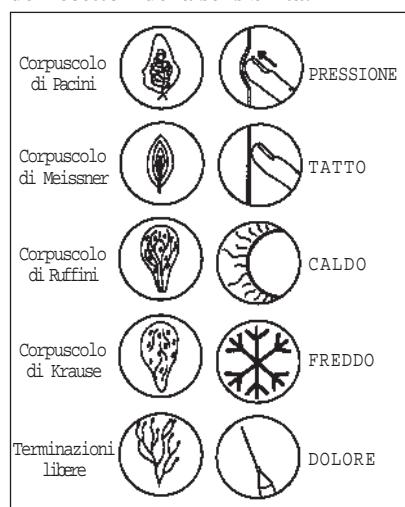
che A δ così chiamate perché munite di guaina mielinica e le fibre amieliniche C non ricoperte di guaina.

Esperimenti con stimolazione elettrica sui nervi hanno evidenziato come questi due tipi di fibre nocicettive conducano due differenti tipi di dolore: si ha, infatti, un dolore acuto, trafiggente, ben localizzato, detto anche primo dolore o *first pain* in seguito a stimolazione selettiva delle fibre A δ , mentre l'attivazione delle fibre C evoca un dolore diffuso, sordo, bruciante, detto anche secondo dolore o *second pain*, caratteristico delle patologie croniche.

Ma quali sono le vie che trasmettono ai centri superiori i vari tipi di noxae nocicettive?

Le vie anatomiche caratteristiche che conducono e modulano il dolore fino ai centri superiori sono rappresentate: a) dal Sistema Neospinotalamico, costituito prevalentemente da fibre mieliniche A δ ; b) dal Sistema Paleospinotalamico costituito da fibre amieliniche C (Fig.2). Le vie testé descritte rappresentano il substrato anatomo-fisiologico di ogni nostra condizione algogena, nella quale si attuano tutti gli eventi bioelettrici, ionici,

Fig. 2 - Rappresentazione schematica del tratto neospinotalamico e paleospinotalamico.



molecolari, che a seguito di uno stimolo nocicettivo si producono nel sistema nervoso dal recettore alla corteccia e che costituiscono la *nocicezione*.

Come abbiamo visto, il primo evento della nocicezione si compie a livello dei recettori, detti appunto nocicettori; il secondo evento della nocicezione è costituito dalla trasmissione lungo le fibre: lungo la fibra del primo neurone afferente, che porta il messaggio dal recettore fino al corno posteriore del midollo spinale, da dove parte la fibra del secondo neurone che giunge al talamo donde si diparte la fibra del terzo neurone che arriva alla corteccia dove si attuano i meccanismi integrativi della condizione algica (Fig.3).

Oltre al sistema della nocicezione, esiste il *Sistema dell'anti-nocicezione*, costituito dall'insieme delle reti neuronali e da quelle dei neurotrasmettitori che provvedono al controllo e alla modulazione del dolore (Fig.4).

Ma quale è la situazione basale nella quale l'individuo inizia a percepire il dolore? Questa condizione è rappresentata dalla *soglia algica* che è determinata dalla minima intensità avvertita come dolore

che uno stimolo nocicettivo riesce a provocare nell'uomo o che evoca nell'animale segni di risposta comportamentale al dolore come il riflesso di fuga e la vocalizzazione.

Gli aspetti anatomo-clinici che abbiamo descritto fino ad ora rappresentano il substrato fondamentale per ben interpretare i meccanismi fisiopatologici che stanno alla base del dolore fisico o *algos*. Purtroppo anche nei trattati più recenti di fisiopatologia e terapia del dolore si ha una visione riduttiva dell'impostazione neuro-fisiologica del dolore: infatti l'interesse di un gran numero di ricercatori è orientato quasi esclusivamente allo studio delle vie e dei centri nervosi del *cervello rettiliano*, ossia di quel cervello che prende in esame i sistemi che si dipartono dal neurone afferente primario e giungono al corno posteriore, alle vie ascendenti, ai nuclei, alle vie bulbo-mesencefaliche e al talamo. Degli altri due cervelli filogeneticamente più recenti, il *limbico* e la *neocorteccia* nei quali il dolore assume le connotazioni psico-affettive diventando esperienza emotiva e cognitiva, cioè *pathos*, si parla molto poco. È proprio in queste aree del sistema nervoso, invece, che si at-

tuano le più intelligenti strategie di risposta e di modulazione al *feno-meno dolore* appreso e memorizzato e delle quali solo pochi gruppi di studio si stanno occupando.

Dinamiche culturali del dolore

A questo punto, una volta individuate le aree anatomo-fisiologiche nelle quali si attuano i meccanismi di percezione cosciente del dolore, viene da chiederci quale ruolo fondamentale abbiano le componenti culturali dell'individuo sull'elaborazione psicologica del dolore.

La formazione culturale di ciascun individuo ha un ruolo molto importante sulla percezione della noxa nocicettiva e sulla risposta alla stessa.

Vorrei a questo proposito, per far comprendere in maniera molto semplice l'entità del problema, riportare due esempi tratti dalla letteratura, quello della *Couvade* e quello dell'*Iniziazione del capo tribù*. Sappiamo bene che il dolore da parte rappresenta l'esperienza nocicettiva fisiologica più intensa che un essere umano può provare. Studi antropologici di Kroeber e

Fig. 3 - Rappresentazione schematica delle stazioni della nocicezione. (I neurone: recettore-midollo; II neurone: midollo-talamo; III neurone: talamo-corteccia).

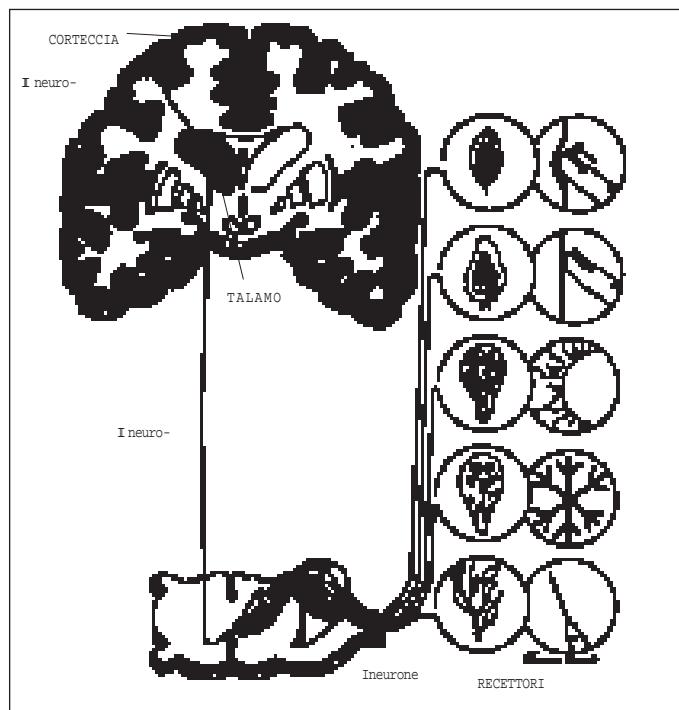
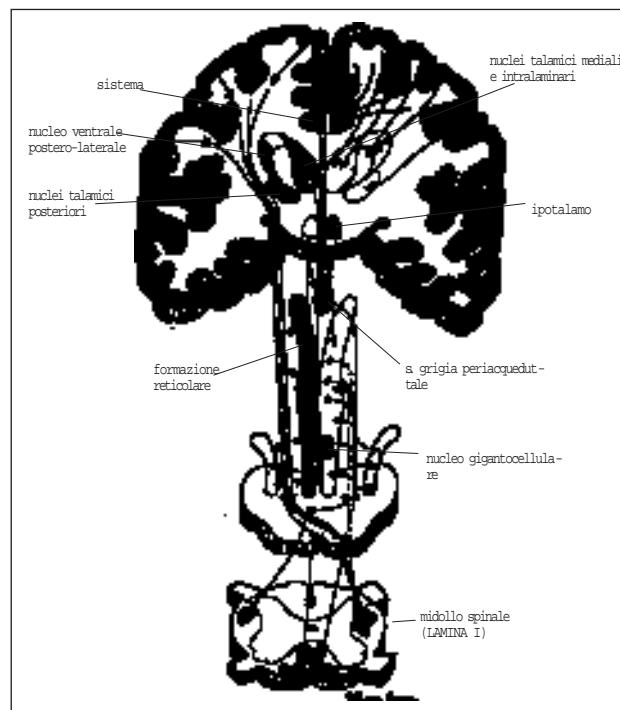


Fig. 4 - Rappresentazione schematica delle principali stazioni dell'anti-nocicezione.



Kosambi hanno evidenziato in alcune popolazioni dell'India, dell'America Latina e dei Paesi Bassi, come nella pratica della Couvade, alla nascita di un bambino si tratta l'uomo come se fosse il partoriente mentre la donna continua a lavorare nei campi senza avvertire dolore fino al momento del parto. Un altro esempio che testimonia come fattori emozionali, motivazionali e affettivi, abbiano un ruolo fondamentale nella percezione del dolore, è offerto dal rituale di iniziazione del capo tribù dove all'uomo, prescelto tra gli abitanti della tribù a rappresentare il potere degli Dei, vengono infissi dei ganci di acciaio nei muscoli del dorso. A questi ganci vengono inserite delle corde con le quali il soggetto viene portato alla sommità della torre del carro dal quale benedice le persone dei villaggi vicini presso i quali è portato.

Questi due esempi testimoniano come condizioni psicologiche di grande partecipazione emotiva innalzino a tal punto la soglia fisiologica della percezione al dolore che questo non viene ad essere avvertito neppure in condizioni palesemente algogene.

D'altro canto, condizioni emotive nelle quali emergono ansia e depressione, psicologicamente opposte a quelle prese finora in esame, abbassano la soglia algica a tal punto che vengono avvertiti come dolorosi stimoli nocicettivi che normalmente non lo sono, creando quindi una condizione di pathos che spesso non è proporzionale alla noxa algogena.

Dinamiche psicologiche del dolore

Dagli esempi testé descritti si evidenzia come elementi culturali e psicologici influiscano sulle componenti psico-affettive dell'individuo innalzando o abbassando la soglia del dolore.

Non solo nell'uomo psicologicamente malato ma anche nell'uomo fisicamente malato il medico può constatare infatti risposte diverse alla terapia a seconda dell'impostazione culturale ed etico-religiosa del paziente, come vedremo più avanti nel corso della relazione.

La sofferenza maturata nel dolore fisico può non essere soltanto patrimonio di crescita spirituale esclusiva del *paziente* ma coinvolgere anche i *familiari* e il *medico* costituendo un banco di prova fra tre entità che interagiscono intimamente tra loro.

È infatti descritta in letteratura una sindrome particolare definita *Sindrome Burn Out* (Mayou, 1987) che colpisce medici certamente poco formati sotto il profilo spirituale anche se costretti ad affrontare situazioni particolarmente stressanti dal punto di vista psicologico, quali quelle che si presentano nei reparti di terapia del dolore. La *Sindrome Burn Out* è una sindrome caratterizzata da una sintomatologia di tipo depressivo con tendenza all'atarassia e spesso alla tristezza con senso di ridotta realizzazione personale. Il contatto quotidiano col paziente affetto da patologia algogena crea inevitabilmente nel medico curante una interiorizzazione di queste sofferenze andando incontro a conseguenze psichiche spesso di grado notevole.

È proprio nel dolore fisico e nella sofferenza morale del paziente che il medico, se credente, e anche la famiglia del malato eticamente ben formata trovano un momento privilegiato di arricchimento e di crescita spirituale. La famiglia, infatti, non può essere unione soltanto di soggetti sani e autosufficienti, ma deve costituirsi alveo naturale di simbiosi di affetti soprattutto quando qualcuno dei suoi membri diventa inattivo e bisognoso di cure: solo così assolverà il compito precipuo di essere davvero punto di incontro fisiologico di solidarietà, disponibilità e amore, qualità etiche queste che dovrebbero essere intrinseche e connaturate in ciascun gruppo familiare.

L'esperienza del dolore fisico e della sofferenza morale che coinvolgono il paziente rappresentano, infatti, entità che non possono essere ridotte o reificate nel contesto di esperienze estranee alla condizione umana, ma devono rappresentare un riferimento indelebile di forma di vita nella quale il dolore non si lascia né livellare né svuotare di significato indipendentemente dall'impostazione etica di ciascun individuo.

Il vissuto del dolore di ciascun paziente che è sempre dolore che possiamo definire globale per l'interessamento costante della sfera psicofisica dell'uomo, non può essere "banalizzato" o "psicologizzato" come parentesi di vita che non costituisca anche per l'agnosta alcun contatto con il soprannaturale o che non riconduca la mente ad una maturazione e introspezione personale; l'uomo, infatti, di qualsiasi impostazione sia, tende alla verità totale, che non deve essere considerata somma di verità parziali: infatti, insufficienza e parzialità, anche se moltiplicate all'infinito, costituiranno sempre insufficienza e parzialità.

Ma vediamo quale tipologia di dialogo può attuare talvolta il medico, soprattutto quando si è instaurato un rapporto ottimale col proprio paziente sofferente e quando questo desti in situazioni di salute davvero precarie.

Il medico, soprattutto se cristiano, deve sentirsi chiamato ad assumere un atteggiamento diaconale, e quindi di servizio, nei confronti del paziente sofferente attuando una forma comunicazionale che si identifica, secondo la definizione di Zulehner, in una pastorale mistagogica. La mistagogia (dal greco *misterion agein* = iniziare al mistero) come metodologia dialogica invita il medico ad una adeguata comunicazione intersoggettiva, capace di promuovere quella comunicazione intrasoggettiva da cui dipende la crescita di entrambi gli interlocutori.

Il rispetto verso coloro che soffrono impone inoltre al medico di avvicinarsi in maniera discreta e, talvolta, silenziosa. Il silenzio come forma di dialogo col proprio paziente ottenuto dopo una maturata formazione mistagogica, indica da parte del medico grande disponibilità e può costituire la risposta più costruttiva, perché in questi casi la *parola muta* viene espressa dalla propria totale presenza. Il *silenzio*, infatti, di fronte al dolore e alla sofferenza rappresenta un arricchimento reciproco e svolge un ruolo fondamentale di maturazione spirituale nel particolare linguaggio che si sviluppa nel rapporto tra il medico e il proprio paziente. Giustamente, infatti, Leiston Havens sottolinea che proprio

nel silenzio l'individuo "assume la posizione empatica" nei confronti del sofferente, permettendo risonanze affettive in se stesso, perché proprio in questa circostanza geth-semanica il medico si identifica con la sofferenza dell'altro, senza, tuttavia, perdere la propria identità. Il silenzio attuato da parte del medico con il proprio paziente indica, quindi, un'empatia totale tra i due: questo atteggiamento discretamente silenzioso, per il medico, se credente, e per alcune Scuole di Psicoterapia significa porsi *accanto al paziente* con spirito di condivisione della sua condizione e non dietro o di fronte. Questo *mutismo dialogico* tra medico e paziente, soprattutto quando si è instaurato un rapporto autenticamente empatico tra i due, spinge il malato a una continua introspezione che lo stimola a rivalutare il linguaggio della propria sofferenza in stretto dialogo con la propria vita.

Alternare, quindi, la *parola al silenzio* a seconda delle circostanze costituisce la più significativa forma di linguaggio che si possa attuare nel dialogo medico-paziente.

In una società tecnocratica e tafatofobica, preoccupata, ora come non mai, esclusivamente del rendimento e della produttività, para-

metri di vita questi che tendono sempre più a voler assurgere a "valori etici" di riferimento individuale, si può ben capire come il malato in generale, e quello con dolore in particolare, costituisca un elemento scomodo lasciato spesso a vivere da solo con le proprie povertà.

Ma quale è il delicato ruolo del medico nel rapporto col proprio paziente, soprattutto alla luce delle attuali disposizioni di legge?

Il *medico* si trova a rivestire il ruolo molto importante di "tramite" fra le esigenze personali del malato e le esigenze della società che possono essere in contrasto tra loro, soprattutto quando vengono introdotte valutazioni di ordine economico che spingono ad eliminare spese che non offrono un sufficiente rapporto costo-beneficio.

Una possibilità di conciliare posizioni spesso divergenti tra medico e amministrazione ospedaliera potrebbe essere rappresentata dall'adozione di un criterio improntato ad aiutare di più chi più ha bisogno di cure.

Aspetti epidemiologici del dolore

Per cercare quindi di capire meglio quanto il problema "dolore" possa incidere anche sotto il profi-

lo sociale mi permetterà di riportare i più importanti dati epidemiologici comparsi in letteratura.

L'incidenza del dolore in rapporto alla patologia è rappresentata nel 10% da *dolore neoplastico* mentre nel 90% da *dolore non neoplastico* (Fig. 5); i problemi associati al dolore neoplastico sono costituiti nel 21,5% dal non poter dormire, nel 7,4% dal non poter fare alcunché, nel 18,2% dal non poter sedere per un tempo superiore a 15 minuti, nell'11,7% dal non poter guardare la televisione, nel 14,8% dal non poter leggere un libro, nel 26,4% dal non poter stare insieme con la gente (Fig. 6); gli handicaps associati al dolore neoplastico sono costituiti nel 27,1% dal non poter correre o danzare; dal non poter accudire alla propria igiene personale nel 5,5%; dal non poter camminare in campagna nel 15,9%; dal non poter cucinare nel 5,6%; dal non poter fare shopping nell'8,3%; dal non poter pulire nel 13,5%; dal non poter salire e scendere le scale nel 10,9%; dal non potersi vestire nel 5,4%; dal non riuscire a camminare su strada nel 7,8% (Fig. 7); l'incidenza del dolore in rapporto al numero delle persone colpite negli U.S.A. è rappresentata da 11 milioni nella malattia neoplastica e da 86 milioni in quella non neoplastica (Fig. 8);

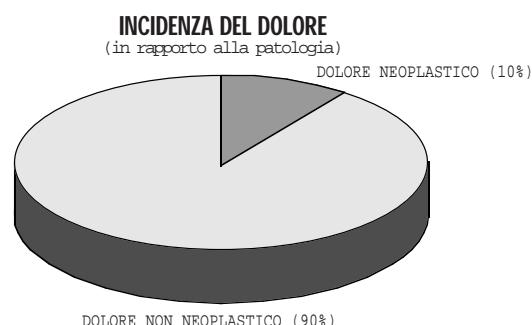


Fig. 5

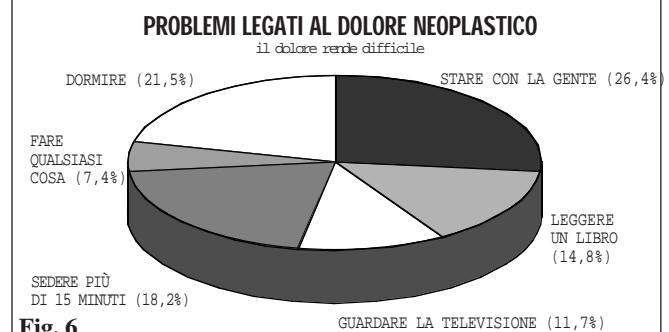


Fig. 6

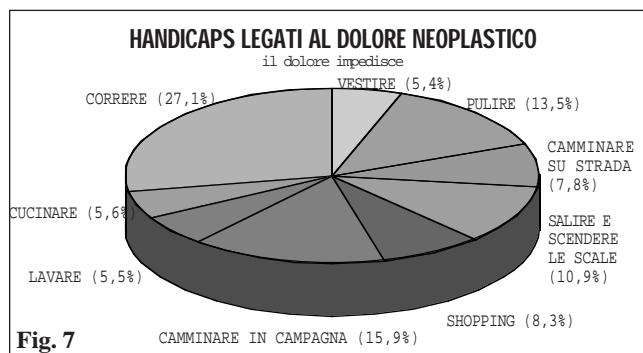


Fig. 7

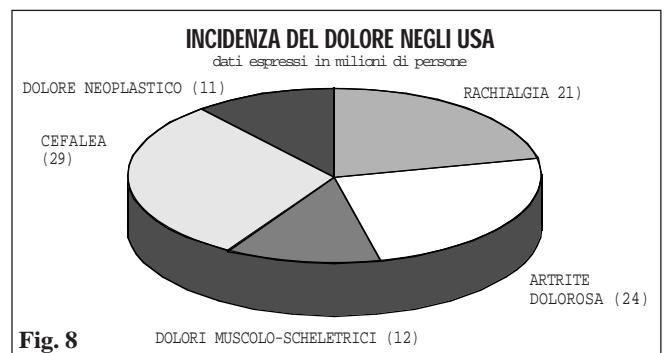


Fig. 8

negli U.S.A. il costo economico del dolore espresso in milioni di giornate lavorative perse è rappresentato da 58 milioni nel dolore neoplastico e da 375 milioni nel dolore non neoplastico (Fig. 9).

Il costo di assistenza medica diretta (cioè l'utilizzo di personale medico e paramedico, della struttura ospedaliera, degli esami diagnostici, dei farmaci) è di 9 miliardi di dollari annui per il dolore neoplastico, 4 miliardi per le cefalee ricorrenti, 11 miliardi per l'artrite dolorosa, 13 miliardi per la rachialgia e 8 miliardi per le patologie muscolo-scheletriche (Fig. 10); il costo indiretto annuo (cioè giornate lavorative perse, richiesta di indennizzi, uso di vertenze legali) in miliardi di dollari è di 6 per il dolore neoplastico, 12 per le cefalee ricorrenti, 6 per l'artrite dolorosa, 7 per la rachialgia, 3 per

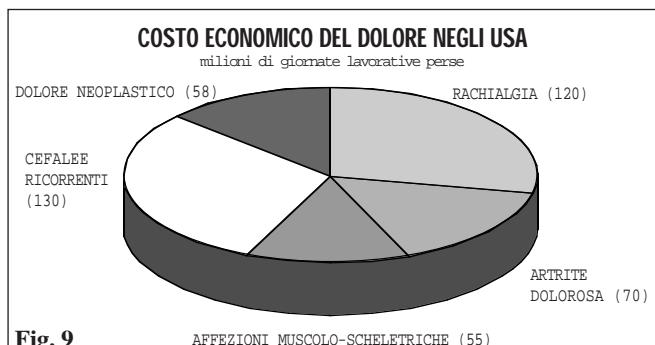


Fig. 9

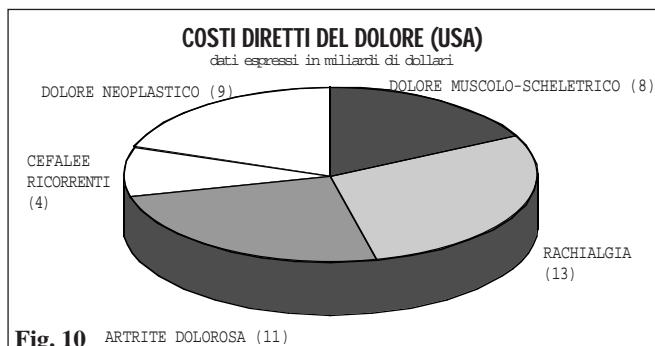


Fig. 10 ARTRITE DOLOROSA (11)

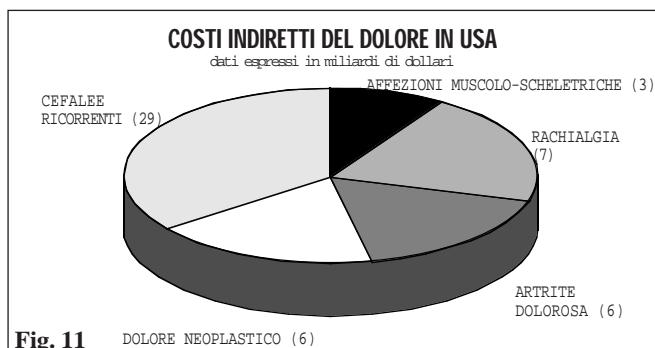


Fig. 11 DOLORE NEOPLASTICO (6)

le patologie muscolo-scheletriche (Fig. 11).

Interpretazione medico-teologica del dolore e della sofferenza

Dopo aver preso in esame questi importanti dati epidemiologici del dolore, vediamo quale etiologia, secondo una interpretazione medico-teologica (Fig. 12), possa essere ipotizzata per questo sintomo clinico così incisivo e determinante per la vita di ciascuno.

Noi osserviamo che la *colpa* originale dell'uomo e quindi, il *male* che da essa deriva, conduce al *dolore*, percezione fisica subita dall'uomo come pura *passività*. Da questa *fase biologica* del dolore l'uomo passa ad una *fase etica*, nella quale l'entità fisica iniziale

sviluppa l'affettività morale che conduce l'individuo verso una interiorizzazione del proprio dolore che porta alla *sofferenza*, come momento di libera e cosciente *reattività* che implica la *volontà*. Questo passaggio dalla fase biologica alla fase etica del dolore conduce l'uomo ad una maggiore attività introspettiva del proprio Io. Questa condizione porta ad una maggior conoscenza di Dio e, quindi, ad un accrescimento della fede, momento fondamentale che tende a far accettare anche situazioni cliniche di dolore veramente intenso per l'aumento delle resistenze fisiche che tale atteggiamento di introspezione etica è in grado di realizzare maggiormente nell'organismo di ciascun individuo che creda in una Entità Superiore.

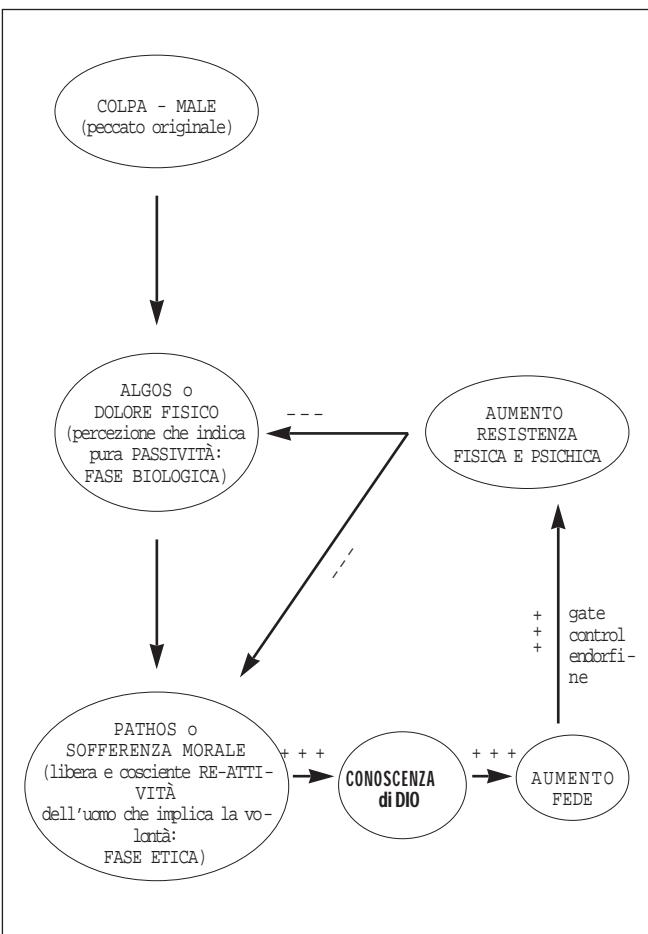


Fig. 12 - Interpretazione medico-teologica del dolore e della sofferenza.

Gate Control: porta di controllo delle afferenze nocive.
Endorfine: sostanze endogene di natura oppiacea ad azione analgesica.

Terapia farmacologica e terapia etica

Vediamo ora quale interazione positiva abbia la terapia etica, rappresentata dalla preghiera, sulla terapia farmacologica del paziente sofferente.

Algós e Pathos, momenti fondamentali di crescita spirituale nell'uomo, sono certamente influenzati dalla terapia *farmacologica* ma anche dalla terapia *etica*, rappresentata dalla preghiera.

In un recente studio, infatti, pubblicato da Zucchi e Honings, gli Autori hanno scientificamente dimostrato con metodo statistico, in un gruppo di pazienti in cieco (cioè senza conoscere a priori le convinzioni religiose dei pazienti stessi), come l'invito alla lettura e alla meditazione di un brano evangelico fosse in grado di stimolare il patrimonio intimo dei soggetti in esame con risultati estremamente positivi sul dolore. Da questo studio, infatti, è emerso come: a) nei credenti la soglia di base del dolore sia più alta, cioè i pazienti credenti avvertono meno il dolore; b) nei credenti vi sia un miglior risultato della terapia rispetto ai non credenti; c) gli agnostici invitati a leggere il brano evangelico rispetto al gruppo di controllo degli stessi, cioè senza lettura del brano, rispondono meglio alla terapia.

Basandosi su questo studio gli Autori ritengono che il meccanismo fisiopatologico con cui la condizione di fede nel credente o la stimolazione del proprio patrimonio intimo nell'agnosta riesca a modulare la percezione dello stimolo doloroso consista:

a) *neurofisiologicamente* nell'attivazione di fasci inibitori discendenti che determinano la chiusura del cancello agli inputs nocicettivi e, quindi, una minore percezione del dolore, come sostenuto anche nella "Teoria del cancello" (Melzack e Wall, 1965);

b) *neurofarmacologicamente* nella liberazione di endorfine, sostanze endogene di natura addirittura oppiacea (morphinica), ad azione analgesica, localizzate a livello dell'ipotalamo, del nucleo del rafe magno e della sostanza grigia periacqueduttale (Hughes e coll. 1985)

Questo studio, i cui risultati han-

no ricompensato ampiamente gli sforzi compiuti dagli Autori, evidenzia come in momenti fondamentali della vita di ciascun individuo, rappresentati dal dolore e dalla sofferenza, abbia un ruolo preminente la Fede come agente etiologico indispensabile per l'innalzamento della soglia fisica del dolore nei pazienti credenti. Anche nei pazienti agnostici gli Autori hanno notato che riferimenti di tipo trascendente quali la *lettura con meditazione di un brano che ricordi di una Presenza Superiore* cui far riferimento, facilitano l'innalzamento della soglia del dolore perché ciascun individuo rappresenta una entità ad immagine di Dio anche se a lui inconscia.

Conclusioni

Concludendo, vorrei affermare quanto il dolore e la sofferenza, componenti così presenti e pressanti del nostro esistere siano invece allontanati dalla nostra cultura contemporanea dove l'Ego di ciascun individuo è teso ad orientare ogni propria energia fisica e psichica nella concretizzazione di fini esclusivamente edonistici.

È proprio da una concezione di edonismo sfrenato e senza limiti che nasce il concetto di *dolore-spettacolo*, come spesso si vede nei programmi televisivi, dove viene rappresentato il dolore nella sua crudezza di immagini con scene violente, macabre, raccapriccianti ed è proprio in questa impostazione unicamente *estetica* del

dolore che l'attuale neopaganismo cerca di tracciare una visione *etica* di vita basata esclusivamente su una concezione immanentistica della scienza, su ideologie apparentemente rivoluzionarie e falsamente innovative, su economie orientate soltanto al profitto.

L'uomo, tuttavia, deve ricordarsi che proviene storicamente da una cultura capace di trascendere dalle cose terrene, anche quando in questi non sia esistito uno stretto legame con un vissuto religioso, perché, questa esigenza verso il soprannaturale rimane, comunque, quale sua prima esperienza in quanto essere.

Nessun'altra condizione come quella nella quale viene a trovarsi l'individuo affetto da dolore può maturare la persona in maniera così privilegiata verso componenti etico-spirituali che favoriscano non solo la capacità di trascendere, ma anche la possibilità di aprirsi ad una esperienza fondamentale di introspezione che può avere i caratteri qualitativi addirittura dell'esperienza mistica.

Il sofferente, quindi, escluso da una società materialistica ritrova, tuttavia, la capacità di riflettere e meditare in un'esperienza certamente unica che indirizza all'unione con l'Assoluto.

È nel dolore che l'uomo trova il potenziamento della propria sfera interiore in una attività continua con i propri sentimenti spirituali allorquando le risorse legate al vigore e alla forza del corpo tendono ad affievolirsi perdendo intensità, interesse e motivazione.

Il dolore fisico e la sofferenza morale rappresentano, infatti, momenti fondamentali di crescita spirituale proprio perché tendono a migliorare in questa fase gethsemanica di vita il rapporto con la propria interiorità e a mettere quindi l'individuo nella condizione di trascendere gli avvenimenti umani e di orientarlo verso una telegenesi più sincrona con l'anima. Il dolore, infatti, come momento fondamentale di vita, vede in queste condizioni circoscriversi il suo significato immanente.

È quindi solo nel confronto con il dolore, scotomizzato in una società che mitizza produttività e valore sociale, che l'uomo può ritrovare un rapporto con il trascenden-



te e avvicinarsi a un comportamento spirituale per un bisogno imperioso di ricerca dell'Assoluto spesso lungamente represso. Tutto questo, comunque, sembra apparire veramente difficile in una società dove il dolore diviene sempre più facilmente agente etiologico di lutti affettivi per lo svilimento di quei valori fondamentali la cui perdita impedisce il raggiungimento del trascendente e determina l'annullamento del proprio Io.

Prof. PIERLUIGI ZUCCHI
Direttore dell'Istituto per lo studio e la terapia del dolore (Firenze)

P. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.
Membro della Pontificia Accademia per la Vita
Consultore della Congregazione per la Dottrina della Fede
e del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari

Bibliografia

ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, A.M.C.I., Roma, 1990.

BONICA J.J., *Il Dolore*, Vol. I, 1994, III Ed., pp. 605.

CARTESIO, *De Homine*, 1665.

ECCLES J.C., *Come l'io controlla il suo cervello*, Rizzoli, Milano, 1994.

FIELDS H.L., BASBAUM A.I., *Endogenous pain control mechanism*. In: P.D. Wall, R. Melzack (Eds.), *Textbook of Pain*, London, Churchill-Livingstone, 1984, pp. 142-152.

HAGBARTH K.E., KERRI D.I.B., *Central influence on spinal afferent conduction*. Journal of Neurophysiology, 17(1954) 295-307.

HAVENS L., *Explorations in the uses of language in psychotherapy: complex empathic statements*. Psychiatry, 42(1979) 40-48.

HUGHES J., SMITH T.W., KOSTERLITZ H.W., FOTHERGILL L.A., MORGAN B.A., MORRIS H.R., *Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity*, Nature, 258(1975) 577-579.

KANDEL E., *Principles of Neural Sciences*, 3rd ed., J.H. Schwartz, T.M. Jessel (Eds.), Elsevier, New York, 1991.

KOSAMBI D.D., *Living prehistory in India*. Sci. Amer., 216(1967) 105.

KROEGER A., *Anthropology*. Harcourt, 1948.

MAYOU R., *Burn-Out*. Br. Med. J. 295 (1987) 284-287.

MELZACK R., WALL PD., *Pain mechanisms: a new theory*. Science 150(1965) 971-979.

MORUZZI G., *Sistema nervoso vegetativo e sistema nervoso autonomo*. Rass. Clin. Sci., 44(1968) 239.

TIENGO M., *Il sistema dell'antinocicezione*. In: Report dal XVII Congresso Nazionale A.I.S.D., Giugno 1994. *Controllo del Dolore: attualità terapeutiche*. Pathos, suppl. 1(1994) 3-7.

TIENGO M., *Nocicezione e dolore*. In: M. Tiengo, *Cervello e mente nella terapia del dolore*. Pathos, 4(1995) 4-9.

ZUCCHI P.L., *Compendio di Semantica del Dolore*, Vol. VI.

ZUCCHI PL., HONINGS B., *La fede come elemento trascendente e facilitante il risultato terapeutico nel paziente sofferente. Studio controllato in cieco su un gruppo di soggetti affetti da patologie dolorose croniche*. Dolenium Hominum, in press.

ZULEHNER PM., *Passaggi. Pastorale delle fasi della vita*, Queriniana, Brescia, pp 304, 1992.

Fig. 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11
tratte da: Zucchi P.L. (Ed.), *Compendio di Semantica del Dolore*, Vol. VI.



GIUSEPPE ROCCATAGLIATA

Dalle malattie dell'anima alle psiconevrosi

L'anima è per Pitagora il principio che dirige in maniera armonica l'organismo, che senza questa energia risulterebbe un puro assemblamento di materia organica. Esiste un "focolare" che governa e impone ordine, bilanciando forze opposte che Eraclito individua nel "fuoco", Ippocrate negli umori, Aristotele nel calore, ed è la forza vitale che connette gli organi e "muove" l'organismo secondo un piano prestabilito e in stretta correlazione con l'anima cosmica. L'anima è attiva nel controllare, secondo Bichat e Stahl, quelle forze che porterebbero l'organismo all'inorganico. Essa contiene in sé la "vis essentialis", adattiva e finalizzata, diversa qualitativamente dall'energia detta "naturale", che è propria di ciascun organo e che si attiva seconciariamente tramite impulsi dell'anima, secondo ritmi automatici; in questo senso esistono l'anima e il corpo. Il giudizio di Socrate sul modello biologico dei disturbi mentali è ironicamente negativo. Rivolgendosi a Ippocrate definisce la terapia umorale "una storiella". La decisa terapia delle malattie dell'anima, contrapposte rigidamente alle somatiche, è la "maieutica", tecnica che porta alla conoscenza di sé "purificando" l'anima malata, perché rivela la "verità" interiore. Lo studio della "natura" per Socrate, è del tutto inutile; necessita conoscere la vita dell'uomo, tramite l'esame della virtù, del bene e del male, del vero e del falso; soltanto l'etica è basilare per ottenere ottimi uomini: virtù e sanità psichica, per Socrate, coincidono del tutto.

Una singolare posizione sulle malattie dell'anima è assunta an-

che da Platone; essa nasce dall'originale impostazione del rapporto anima-corpo: l'anima sarebbe entrata nel corpo da una iniziale condizione di "purezza" e autonomia. Nel soma essa si sarebbe suddivisa localizzandosi così nei diversi organi, con i quali convive come energia vitale e da cui a sua volta riceve stimoli fisiologici e patogeni, venendo a perdere così la sua naturale integrità come "un'anfora che nel fondo del mare si ricopre di fango e di detriti". La parte più nobile dell'anima è quella che si è localizzata nel cervello dove svolge funzioni elevate consone alla sua condizione "divina" originaria.

Per Platone è il corpo che inquina l'anima deteriorandola e causando così i disturbi mentali; sull'anima può svolgere un ruolo negativo anche l'educazione, il carattere e la disarmonica vita familiare.

La coesistenza dell'anima col corpo, per Platone, pone le condizioni per la nascita della psicopatologia: l'isteria riflette la "rabbia dell'anima dell'utero" per la mancanza dell'orgasmo e della gravidanza: la sofferenza "spinge l'utero a vagolare nel corpo" e da ciò la sintomatologia. La depressione reattiva è sostenuta dalla "rabbia" che, perché trattenuta e non sfogata, in via psicosomatica, "stringe i canalicoli della bile nera", così che essa si accumula nel sangue e giunge al cervello in eccesso e lo deteriora, generando il disturbo malinconico. Le due principali malattie dell'anima, l'isteria e la depressione reattiva, hanno per Platone la loro genesi rispettivamente nell'insoddisfazione dell'anima dell'apparato genitale e in u-

na retroflessione della rabbia sul corpo. Altre psicopatologie trovano la causa dell'inappagamento dell'eros, pulsione per natura infelice perché povera e bramosa e perciò alla ricerca dell'oggetto che l'arricchisce; l'eros inappagato sostiene una condizione esistenziale di sofferenza per la mancanza dell'oggetto d'amore che soddisfi la sempre ricercata e primigenia unità perduta; il desiderio inappagato è la causa della sofferenza dell'eros per cui esso si "ritorce su se stesso cupo e triste". Se Platone ritiene che mania e malinconia siano sostenute da disturbi umorali a carico della pituita e della bile nera, è però del parere che alcuni tipi di mania che chiamava "entusiastica" siano creativi, perché esprimono un "invasamento divino" così come Aristotele sosterrà poi a proposito del ruolo positivo della "atra bilis" nella malinconia "generosa".

È probabilmente, sul piano storico, la dicotomia anima-corpo come impostata da Socrate e da Platone, che pone le basi originarie per una interpretazione psico-genetica-passionale di alcune forme psichiatriche nelle quali sembrava che, più che il dato biologico, giocassero un ruolo decisivo nella etiopatogenesi le passioni dell'anima, le quali riflettendosi sugli organi specifici determinano appunto l'emergere dei sintomi, come tipicamente questo filosofo riteneva per i disturbi cui abbiamo accennato: isteria, depressione reattiva e malinconia d'amore.

Per Aristotele l'anima è niente altro che una "energia" attiva per un potere intrinseco che ha la finalità di creare delle forme; l'anima è dunque una "entelechia", che

controlla il comportamento: verbale, motorio, psichico, immaginativo, intellettuativo. L'energia dell'anima contiene in sé le forme; essa nulla riceve da altri organi, si impone sul corpo e ne coordina le complesse funzioni, comprese quelle cerebrali: il cervello è lo "strumento" dell'anima, che lo usa secondo un piano elaborato dall'intelletto. Compito dell'anima è la creazione di forme adeguate alla vita: oggetti, sistemi operativi, modelli filosofici e scientifici. In questa prospettiva un'anima armonica darà luogo a forme adeguate, se disarmonica a forme psicopatologiche. L'anima è da ritenersi perciò la sede dei sempre possibili sintomi psichiatrici; in questo senso deve essere intesa la frase di Kraepelin: "lo psichiatra si interessa delle malattie dell'anima".

Fra tutte le parti dell'organismo esiste fisiologicamente un legame, mantenuto dall'anima, al fine di modulare "il più e il meno", in vista di un bilanciamento armonico, che imponga una unità del diverso ed eviti la possibile "discordanza"; l'anima ha dunque in se stessa un piano che impone al corpo; piano che è sostenuto, per Filolao, da un sovrardeterminato piano cosmico, termine che etimologicamente deriva da "cosmos", ordine; l'Uno si attua tramite una armonia fra tutte le forze dell'organismo che, senza l'anima, risulterebbero squilibrate dando origine così alla malattia dell'anima stessa: un suo disturbo determina una complessa sintomatologia a seconda del livello, grado e vastità, con disordini somatici, viscerali, emotivo-affettivi e mentali.

Il modello biochimico attuale dei disturbi psichiatrici si basa su di una prospettiva simile a quella classica. Infatti l'anima è da identificare col biochimismo attivo dei sistemi neurochimici, neuroendocrini e neurovegetativi della corteccia cerebrale, dell'ipotalamo, del tronco encefalico, dell'epifisi, dell'ipofisi e del sistema vegetativo; queste strutture sono fra di loro coordinate secondo un piano teso all'autobilanciamento, finalizzato ad impedire un'eventuale disregolazione. L'energia chimica contenuta nei neurotrasmettitori costituisce dei sistemi che, stimo-

lando il corpo, determinano specifiche forme: motorie, mentali, affettive, emotive. Il sistema dopaminergico, ad esempio, è deputato a funzioni diverse a seconda delle connessioni anatomiche: l'asse ipotalamo-ipofisi controlla la dismissione di prolattina, il nigrostriatale l'attività motoria, quello mesolimbico le emozioni e gli affetti, il meso cortico-frontale l'attività immaginativa.

Tutti i neurotrasmettitori, come NA, 5-HT, DA, sono fra di loro bilanciati in un mutuo controllo di attività inibitorie, eccitatorie e modulatorie, al quale aderiscono sistemi neuro-endocrini, neuropeptidi e determinati aminoacidi. Il complesso sistema descritto è formato da miliardi di cellule interagenti fra di loro e collegate da specifici neurotrasmettitori. I disturbi psichiatrici esprimono uno squilibrio di questo poli-sistema diffuso come una "rete" in tutto il corpo; se un singolo circuito si squilibra, diventando ipo o iperattivo, ciò si trasmette anche, in modo più o meno diffuso, ad altre maglie; ciò che i classici chiamarono "anima" coincide col modello attuale dei disturbi psichiatrici: un'anima equilibrata esprime l'eutimia, se squilibrata le così dette "tempeste" ossia il "pathos", la "aegritudo", per un suo "movimento contro natura dal quale nasce l'irrazionalità". Un ordine per bilanciamento della "sostanza corporea dell'anima", riteneva

Galen, sostiene la ragione, mentre il disordine della "costellazione umorale... l'irrazionalità".

Il problema cervello-mente si situa sempre come un nodo cruciale nella prospettiva interpretativa delle malattie dell'anima, esiste un'anima, un corpo e una struttura detta "egemonico"; esso dirige tramite sistemi neurochimici il cervello. Gli umori, come i moderni neurotrasmettitori, sono il legame fra intelletto e cervello. Le strutture somatiche, come cuore, muscoli, ghiandole, polmoni, sarebbero di per sé inerti se non ricevessero stimoli da parte dell'acetilcolina, dell'adrenalina, della nor-adrenalina, della dopamina. Per questo modello, l'equilibrio del sistema omeostatico è alla base di una armonia fra *logos* e *soma*; lo sbilanciamento a carico dei neurotrasmettitori si riflette sulle funzioni somatiche, viscerali e mentali generando la sintomatologia che si pone dinanzi all'io come fenomenologia parassitaria e disturbante. È oggi dimostrato che la rete neurochimica (l'anima per gli antichi) è formata da molecole con specifiche funzioni: eccitatorie, inibitorie, modulatorie, collegate fra di loro e con sistemi neuroendocrini e somato-vegetativi, ossia le stazioni viscerali simpatico-parasimpatiche. La NA stimola, il GABA inibisce e la 5-TH modula, inibendo sistemi iperattivi e stimolando sistemi deficitari, per mantenere l'equilibrio dell'organismo. Molecole a partenza viscerale, come acetilcolina, cortisolo e colecistochinina, se giungono al S.N.C. in eccesso, qualora nel cervello e specie nell'ipotalamo sia presente un deficit di NA e di 5-TH, destabilizzando l'omeostasi, così che compaiono specifici sintomi: ansia diffusa, attacchi di panico, depressione, cefalopatie e disfunzioni viscerali: sudorazione, nausea, diarrea. Si spiega così come un evento stressante, in individui con un deficit di NA e di 5-TH, permette una iperattività ipotalamo-ipofisi-surrene, l'aumento del cortisolo, dell'acetilcolina e della colecistochinina. Oggi è documentato che ciò può accadere anche in via idiopatica; sempre e in ogni caso lo sbilanciamento è a carico del complesso sistema neurochimico; il deficit di DA causa depressioni



inibite, di NA depressioni vitali, di 5-TH depressioni stagionali e alta incidenza di suicidio. In ogni caso sia i disturbi psiconevrotici, basati sulla confluenza di uno stress su di un dato temperamento, sia i disturbi endogeni sono sempre una "tempesta dell'anima", come volevano gli Stoici.

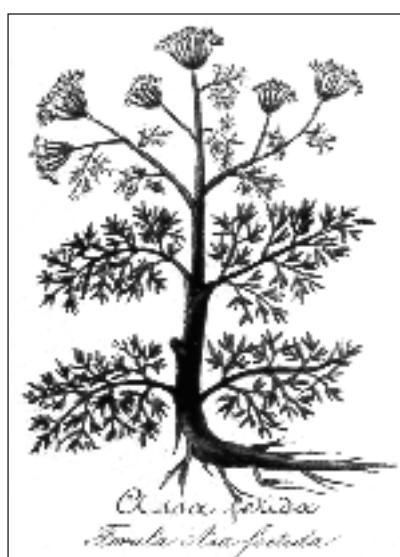
Dal punto di vista clinico-nosologico, anticamente le malattie dell'anima, le attuali psiconevrosi, dette "perturbationes animi", furono quasi sempre ritenute, sia dai medici sia dai filosofi, solo quelle che insorgono in via reattiva, in relazione ad uno scatenamento per stress, sulla base di un temperamento predisponente e, sul piano della sintomatologia, senza i caratteri psicotici dei disturbi maniaco-depressivi e schizofrenici; questi ultimi, le attuali psicosi endogene, erano dette "alienationes mentis". Questa impostazione si tramanda, più o meno inalterata, sino alla metà di questo secolo quando una serie di ricerche, iniziata sulla base dei risultati farmacologici, portano a sorprendenti risultati. Si intravede, in primo luogo, come la diversità della sintomatologia sia connessa con il grado e la vastità del processo destabilizzante e che, quasi sempre, un evento stressante risulta la causa scatenante per tutti i disturbi psichiatrici, i quali in seguito, per un fenomeno di "sensibilizzazione", si possono presentare anche in assenza di stress; in via endogena o esogena, risulta destabilizzato sempre il sistema omeostatico; esso in molti casi è in via genetica già di natura meiopratica. Infatti il deficit di 5-TH e l'ipersensibilità dei recettori Ach. rimangono anche allorché l'individuo si presenta clinicamente guarito e sono la base delle future ricadute. Potente ruolo gioca la "proclivitas", che è il nodo gordiano di tutta la psicopatologia, sia su base primitiva, sia, come dicevano gli antichi, "simpatica". Oggi è documentato come i neuromodulatori controllino funzioni che, se alterate, si manifestano come sintomi: la 5-TH controlla il sonno, il comportamento alimentare e quello sessuale; una sua diminuzione genera bulimia, insonnia, sonnolenza diurna e disfunzioni sessuali. La NA la spinta vi-

ta, l'energia, la stabilità viscerale; una sua disfunzione comporta astenia, tristezza vitale, disturbi vegetativi. La DA controlla la dismissione di prolattina, la funzione motoria, il tono affettivo e le rappresentazioni mentali; una sua diminuzione si esprime con inibizione, depressione abulica, aumento della prolattina e idee di colpa, rovina, morte. Un eccesso di DA, al contrario, sostiene uno stato opposto, maniacale, con euforia, acceleramento motorio e verbale e idee megalomaniche. Del resto anche i medici vitalisti insistevano sul fatto che un "pneuma" freddo determina la malinconia e uno "caldo" la mania, e i seguaci del modello atomistico pensavano che un acceleramento del movimento degli atomi in canalicoli stretti fosse alla base della mania, mentre un rallentamento dei "corpuscola" in canalicoli larghi lo fosse della malinconia. Il modello biologico dei disturbi psichiatrici, pur variando nella scelta della materia basilare (umori, pneuma, atomi) fa dipendere la malattia dell'anima, in generale, da un più o un meno di energia o da stati così detti "misti", dove molecole con attività diversa agiscono contemporaneamente: bile nera e bile gialla, atomi veloci e lenti e così via, determinano psicopatologie atipiche perché associano sintomi inibiti e sintomi eccitati.

Un fattore decisivo è il tempe-

ramento, che in certi casi condiziona l'insorgenza dei disturbi psichiatrici; esso, se disarmonico, sostiene una predisposizione costituzionale chiamata "proclivitas" dagli stoici e "costellazione umorale" da Galeno. Il temperamento anormale favorisce l'emergere del "pathos" a seguito di un evento stressante; non di rado però, sostiene Areteo della Cappadocia, esiste di già uno stato morboso, come nella malinconia amorosa, che viene alla luce soltanto con la rottura del legame con l'oggetto d'amore. Il temperamento è determinato dal fattore fisico dominante alla base della dismetria: se si ha un lieve eccesso costituzionale di bile nera si avrà il temperamento depressivo, se di bile gialla quello colerico, se di sangue quello di tipo ipomaniacale, se di pituita quello apatico-abulico. La ricerca moderna ha anch'essa messo in risalto come dati biochimici anormali permangano anche dopo la guarigione e siano una condizione di ricaduta; essi precisamente consistono in una costituzionale ipersensibilità centrale dei neuroni acetilcolinergici, in un deficit contemporaneo di 5-TH dell'ipotalamo e in un basso contenuto di NA nel "locus coeruleus", di modo che un evento stressante favorisce un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con la comparsa dei sintomi somatici e affettivi per la messa in circolo di massicce quantità di cortisolo e colecistochinina. I sintomi isterici, neurastenici, ipocondriaci, depressivi, ansiosi, ossessivi, altro non esprimono che il contenuto e la forma dell'immagine mentale morbosa, come determinato dal tipo e dal carattere del dismetabolismo biochimico.

Nell'ambito della nosologia, sino al XVII secolo i disturbi psichiatrici comprendono le attuali psicosi; solo l'isteria e la malinconia d'amore sono disturbi ritenuti a genesi reattiva. Nel XVII secolo per Pisoni e Willis tutte le manifestazioni neuropsichiatriche, dall'epilessia alla mania, dall'apoplessia all'isteria, devono ritenersi "neurosi", giacché esse nascono pur sempre da disturbi "chimici" del S.N.C. Al contrario Perdulcis ritiene che le manifestazioni neurológicas debban appartenerre al-



la medicina generale, mentre quelle psichiatriche siano da classificare come "malattie dell'anima". Pinel all'inizio del XIX secolo, pur contemplando nel concetto di "nevrosi" sia i disturbi neurologici che quelli psichiatrici, nota come in questi ultimi siano implicati meccanismi psicoreattivi: suddivide peraltro, nell'ambito delle nevrosi delle "funzioni cerebrali", due classi: quella con vere e proprie lesioni del cervello e quella della "vesaniae", dove i disturbi sono a carico dell'intelletto e delle facoltà affettive. A queste ultime appartengono tutti i disturbi psicopatologici come malinconia, mania, catalessia, idiotismo acquisito (l'attuale schizofrenia), l'ipocondria e gli attacchi di panico. Egli isola poi un gruppo di nevrosi così dette: "genitali", che comprendono la satiriasi e il piazzismo per il maschio, e la ninfomania e l'isteria per la donna. Per le "vesaniae" egli ammette il ruolo decisivo di due fattori: una disposizione primitiva del temperamento associata a dispiaceri, spaventi, perdite d'amore, uso di alcool e così via, ossia ad eventi stressanti. Per quanto riguarda l'isteria, Pinel ammette due fattori: la predisposizione ("eccessiva sensibilità fisica e sentimentale") e fattori occasionali come "emozioni vive e la privazione dei piaceri amorosi". Alla fine del XIX secolo con Dubois abbiamo la decisa suddivisione di tutti i disturbi psicopatologici in due gruppi: psicosi e psiconevrosi, queste ultime così chiamate sia per l'assenza di vere e proprie lesioni organiche, sia per l'insorgenza su base reattiva e per un meccanismo psicogenetico.

All'inizio del XX secolo la psiconevrosi così è contrapposta alle psicosi; come ritiene Kraepelin, è un disturbo di origine psicogena rispetto ad uno a genesi somato-gena. Già Dubois, pur esaltando la medicina scientifica dell'epoca basata sul modello cellulare di Virchow, applicabile per lui alle psicosi, aveva ritenuto le "psiconevrosi" disturbi a genesi psicogena, connessi "con i processi di pensiero e di immaginazione", per cui il loro trattamento farmacologico è fuori luogo: serve il "trattamento psico-morale"; lo

psichiatra deve dedicarsi al "rinovamento morale dell'uomo". Le psiconevrosi, specie le depressioni nevrotico-reattive, vengono a coincidere col "pathos" degli stoici e nosologicamente vengono opposte alle psicosi, giacché non sono scatenate da umori ma da pensieri errati, da giudizi falsi e da rappresentazioni mentali inficate dalle passioni. Il "phantasma" non controllato dal "logos", agita il corpo determinando un turbamento con ripercussioni somatico-vegetative; come già per Zenone, esso è simile al volo "convulso" di un uccello spaventato, a un turbine per cui è sconvolto il pneuma vegetativo. Soltanto un egemonico "forte come una roccia" può positivamente controllare il "pathos", ossia le così dette "onde" delle passioni; un egemonico che si "volta" verso la realtà ideale buona può, come ritenevano Socrate, Platone e Crisippo, manovrare il "pathos".

Mentre il pensiero medico ritiene che la destabilizzazione dell'anima sia determinata da umori viscerali, che modificano lo stato chimico-fisico del cervello ("corruptio cerebri") dando origine alla sintomatologia, per l'indirizzo filosofico e per i medici vitalisti come lo Stahl, il processo risulta inverso: l'immagine morbosa favorisce pensieri ed affetti congrui e questi piegano il logos, originando i sintomi viscerali. Del resto Aristotele nella "Fisiognomica"

aveva impostato questo problema in maniera corretta: "la mente può agire sul corpo e il corpo sulla mente". La dicotomia corpo-anima giunge sino ai nostri giorni e viene rielaborata secondo due prospettive: la "Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi del comportamento" avvalorata la genesi psicogena delle nevrosi, mentre il "DSM IV" della APA la esclude, ritenendola un concetto clinico equivoco e le inquadra sotto la dizione generica di "disturbo": d'ansia, ossessivo, di conversione e spesso come distimie e depressioni minori.

Invero già Ippocrate aveva localizzato due tipi di malinconia: uno "sine causa" e l'altra "cum causa", ossia connessa con un "motivato dolore... in un individuo con un temperamento depressivo". Vi sono sempre gli umori alla base della psicopatologia, ma nel primo caso sono essi che, partendo dai visceri, creano una "demissio animi" nel "thumos" e, di riflesso, denaturano il S.N.C. generando così i sintomi mentre nel secondo un carattere predisponente e un evento scatenante sostengono il loro dismetabolismo. È quest'ultimo caso la classica "aegritudo", la sofferenza triste e dolorosa dell'anima, innescata in via reattiva. Tuttavia, se la nosologia tenta di distinguere, separare e identificare sostanzialmente in ogni psicopatologia, endogena o reattiva, la sintomatologia di fondo, come diceva Galeno "paura e tristezza", non può essere elusa avvalorando sintomi interpretativi e metaforici. Il Petrarca nel "Secretum" chiama malattia dell'anima la "aegritudo" ma in realtà descrive una depressione maggiore malinconica: "in questa angosciosa desolazione tutto è duro, miserabile, spaventoso; porta alla disperazione e spinge alla rovina; ...questo non è più tempo di luce o di vita, ma è notte d'inferno e crudelissima morte".

L'immagine morbosa, creata dalla "atra bilis", crea paura e tristezza, piega l'io e spinge l'individuo alla morte; per Crisippo questa psicopatologia trova origine in una parte dell'io malvagio che crea e agita fantasmi orrendi che lo portano ad un falso giudizio, al



delirio. È proprio in questo ambito che Socrate e Platone ritengono terapeutico un mutamento interno, un prendere una nuova direzione, un volgere lo sguardo verso il bene e il vero: questa educazione, basata sulla conoscenza interiore, dà all'io una tale potenza da sfidare ogni morbo dell'anima, come dimostra Socrate davanti alla morte. Favorisce la malattia dell'anima il non sapere di sé; l'insipiente è individuo contrario al saggio, il quale rimane impermeabile davanti alle onde delle passioni. L'indirizzo biologico ritiene che l'immagine morbosa sia creata dagli uomini, mentre il modello filosofico la vede come terribile fantasma nato da passioni o da parti malvagie dell'io; quindi sebbene il piano semeiologico sia identico, ciò che distingue i due modelli è il ruolo giocato dal fattore etiologico: umorale o psicogeno.

Per le malattie dell'anima intese come strutture psicopatologiche minori, il modello medico giunge ad un terreno di confine con quello filosofico: nell'isteria, ipocondria, malinconia d'amore, i sintomi sono determinati non tanto dagli uomini, ma dai "vapori", ossia da emanazioni gassose che le passioni favoriscono "riscaldando" gli umori: paura, rabbia, tristezza in via reattiva determinano la formazione di sostanze aeree le quali agiscono sui visceri, sul "thumos" e sulla mente, dando origine alla sintomatologia. Risposta analoga è data oggi alla psicopatologia con ansia, attacchi di panico, astenia, depressione reattiva, disturbi somatoformi e psicosomatici, come colon irritabile. In questi casi è documentato come un costituzionale deficit di NA e di DA nel "locus coeruleus" e nel "nucleus accumbens" faciliti la destabilizzazione dell'omeostasi per irruzione nel Sistema Nervoso Centrale di cortisolo, acetilcolina e soprattutto di un neuropeptide intestinale, la colecistochinina.

Inoltre, eventi slatentizzanti sono riscontrabili sia nei disturbi psicotici dell'umore sia nei disturbi distimici (psiconevrotici), mentre nelle forme bipolari ricorrenti e bifasiche si assiste ad un fenomeno singolare già descritto da Galeno e da Areteo della Cappa-

docia: per un certo periodo il paziente è triste, spaventato, desidera la morte, si ritiene colpevole a causa della bile nera che "circonconde la ragione", ma improvvisamente, per un viraggio biochimico, diventa euforico, attivo, si ritiene forte, pensa di essere un bravo poeta, di possedere ricchezze, "incede con corone sul capo". In questi casi la malattia dell'anima, come riteneva Aristotele, consegue ad un deficit o ad un'iperattività dell'energia idiopatica dell'anima; è evidente che i sintomi qui altro non esprimono che una sottostante mutazione biochimica a carico dell'energia animica.

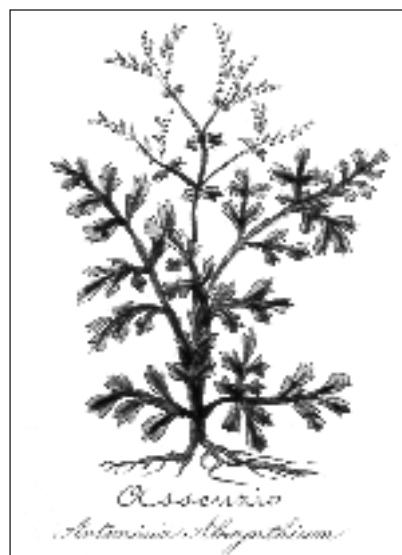
Il mutamento della biochimica del S.N.C. è quindi determinato da un evento allorché esiste una disposizione individuale per deficit centrale di NA e DA e 5-HT e per iperattività di molecole viscerali, mentre, nei disturbi endogeni, tale squilibrio è favorito da una innata disposizione genetico-familiare così che esso si verifica in assenza di fattori scatenanti, per un fenomeno di sensibilizzazione chiamato "Kindling".

Il ponte fra malattie dell'anima endogene e quelle psicoreattive è stato adeguatamente documentato, oltre che dai dati dei risultati farmaco-terapeutici, da esperienze su neonati di scimmie rhesus allontanati precocemente dalla madre; una percentuale di essi mostra un comportamento depre-

sivo con apatia, abulia, rifiuto di cibo e isolamento. Inoltre si è rilevato un calo liquorale di NA, DA e 5-HT; la sintomatologia regredisce con trattamento antidepressivo; il pretrattamento con psicofarmaci elimina la reazione depressiva di abbandono.

In questa prospettiva l'eros frustrato, che, quale evento stressante, per Ippocrate, causa la "uteri transmotio" e i sintomi detti perciò isterici, teoria ripresa da Freud con una interpretazione che sposta l'accento sul ruolo patogeno dell'immagine mentale carica di libido che si scarica sul corpo, appare oggi desueto; l'isteria conversiva è scomparsa e si nota una netta accentuazione di disturbi depressivi nella donna; ciò che per il costume del tempo prendeva una via psicosomatica, oggi appare quello che in realtà esso realmente è: l'espressione fenomenica di una sofferenza depressiva dell'anima.

Anche la malinconia d'amore, la "lassitudine tensiva" di Teofrasto, gli attacchi di panico descritti da Areteo della Cappadocia, l'aerofobia di Celio Aureliano e la pantofobia di Temisone sono ritenuti oggi sintomi collegabili con una depressione minore detta "distimia". L'eutimia non è paragonabile all'Uno perfetto di Parmenide ma è sottesa da un ottimale bilanciamento fra molecole opposte. È noto come il rapporto intercellulare è basato su due recettori, uno pre e uno post-sinaptico; sul loro rapporto equilibrato è fondata l'eutimia. Il recettore presinaptico con funzione inibitoria controlla la dismissione del neurotrasmettore in modo che essa non sia eccessiva o deficitaria e il numero dei recettori post-sinaptici sia adeguato allo stimolo. Un eccesso o un difetto di attività presinaptica, permessa da un deficit di 5-HT con funzione modulatoria, scatena lo squilibrio. Se il recettore presinaptico è più attivo nell'inibire, è dismesso meno neurotrasmettore e, di riflesso, aumentano i recettori post-sinaptici; se esso è meno attivo, invece esce una maggior quantità di neurotrasmettore e di riflesso i recettori post-sinaptici diminuiscono: da ciò nasce lo squilibrio e la scomparsa della sintomatologia, il malessere di vivere, la "aegritu-



do", epifenomeno di una disgregazione pre-post recettoriale, con sintomi inibiti o eccitati, proprio come il medico amico di Lucrezio, Asclepiade di Prusa, aveva ipotizzato con un modello interpretativo nato dal riduzionismo di Democrito.

La risposta della psichiatria alle malattie dell'anima come manifestazioni psicopatologiche globalmente intese, si basa su dati esperienziali estremamente validi; le variazioni semeiologiche sono correlate con fenomeni di co-morbilità: la depressione nei giovani assume sintomi diversi spesso comportamentali, non di rado con dipendenza da sostanze, nel tentativo di controllare lo squilibrio biochimico. La stessa schizofrenia è oggi vista come squilibrio fra 5-HT e DA in un soggetto che presenta un congenito danno strutturale cerebrale per atrofia temporo-limbica. Un deficit di 5-HT condiziona comportamenti suicidari, disturbi ossessivo-compulsivi e bulimia, oltre che depressioni stagionali connesse con le diminuzioni di intensità e di durata della luce solare.

La psicastenia di Janet, nata da debolezza mentale, l'isteria di Charcot detta "nevrosi traumatica", e la neurastenia di Beard addebitata allo stress della vita "convulsa" delle grandi città, risultano essere delle psiconevrosi sul piano fenomenologico ma, biochimicamente, nient'altro che delle distimie. È noto come eroina, alcool, cocaina sono utilizzate in un tentativo, invero vano, di riequilibrare una sottostante "aegritudo" di tipo depressivo. Anche personalità psicopatiche, accaniti giocatori d'azzardo, caratteri aggressivi, dongiovanni ostinati ottengono tramite il comportamento un rialzo cerebrale di NA e da ciò un'euforia chimica.

Il percorso vitale è complesso, non di rado intralciato da disturbi mentali e fisici che lo rendono difficile e pericoloso; Platone aveva accennato alla "zattera" filosofica per traversare la vita e S. Agostino aveva notato come soltanto il Cristo può essere il valido aiuto nel percorso esistenziale. La risposta filosofica alle malattie dell'anima data da Crisippo e Seneca, da Socrate e Kierkegaard, da Kant, He-

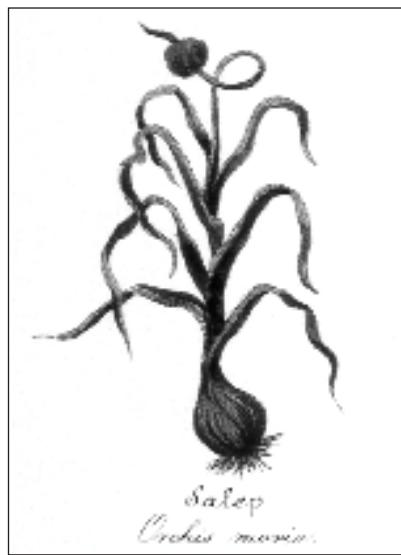
gel e Nietzsche non tiene sempre in giusto valore i fattori biologici che Morel chiamava degenerativi e che rendono spesso impossibile un adeguato adattamento vitale; il percorso dallo spirito soggettivo e quello oggettivo e infine a quello assoluto, come avevano notato i classici, è solo del saggio. La psichiatria invero non si addossa il compito di educare l'umanità; il male e il bene esprimono due momenti della vita, non di rado epifenomeni sociali di squilibri che non sono soltanto individuali bensì originano da squilibri biochimici.

Riassumendo, l'anima secondo il pensiero classico, dai filosofi della natura a Aristotele e Galeno, ha una natura fisica, un intrinseco potere energetico, "è effettrice in sé" e attiva il corpo; in condizioni fisiologiche il "logos" dirige l'anima. *Logos, anima e corpo* sono fra loro armonici, nel senso che la guida, il sistema attivo e il corpo sono finalisticamente coordinati fra di loro. L'anima vive in un sistema cosmico e ne subisce le influenze perché essa è formata dagli stessi elementi della natura. L'anima, intesa in questo modo, coincide del tutto con il sistema neurochimico e neuroendocrino e i suoi rapporti con le funzioni cognitive e somatiche si attuano come prospettato da Aristotele. Le influenze cosmiche sull'anima sono ampiamente dimostrate anche sul piano della psicopatologia: ba-

sti accennare alle variazioni del metabolismo aminico in rapporto alla durata e all'intensità della luce solare, e come certi tipi di depressione e di mania siano correlati con variazioni della 5-HT che avvengono in autunno e in estate.

Le malattie dell'anima, dopo essere state svincolate da ipotesi astrali, si pensi a Saturno e alla malinconia, a inquadramenti pseudoreligiosi come dimostra il mito che le localizza come indice della maledizione divina e al modello sociologico che vede i sintomi come segno di un comportamento antisociale, vengono da Ippocrate, che acquisisce il pensiero di Eraclito e di Anassagora, viste come epifenomeno di uno sbilanciamento umorale. La malinconia non è più indice dell'influenza saturnina né il pianto disperato di Bellerofonte come maledizione del divino, né le crisi isteriche sono dissocialità; gli "umori" (l'anima) influenzano sia il cervello sia l'intelletto, sono il tramite che conforma la rappresentazione mentale e forniscono l'energia all'attività analitica e sintetica del "logos"; è alterata l'anima, è alterato il corpo, è subissato il "logos" che perde la propria autonomia. Il malessere dell'uomo, tutto ciò, come diceva Bleuler, che rende instabile l'umanità, è rintracciato nella dissimmetria dell'anima, in quel disordine che, se lieve, come volevano Aristotele e Ficino, sostiene la "malinconia generosa", per cui la pulsione di morte è sublimata in forme artistiche, filosofiche, scientifiche "perché di me non tutto finisce". Tutto ciò che l'uomo ha creato nasce da una lieve dissimmetria biochimica dell'anima che, se rigidamente simmetrica, risulterebbe monotona-mente e fisiologicamente beata e tranquilla, tutta interessata a placare il desiderio con l'oggetto e ad aspettare l'emergere di un nuovo bisogno per il piacere di soddisfarlo.

Per quanto si riferisce alla terapia dei disturbi dell'anima strettamente intesi, ossia delle attuali psiconevrosi, il medico antico generalmente la attua somministrando farmaci come elleboro, mandragora, oppio, quest'ultimo specie nell'isteria in quanto, come ritiene Galeno, esso è il farmaco



della tranquillità eutimica. Nel caso della malinconia d'amore, l'approccio è caratterizzato dall'allontanamento del paziente con viaggi, oppure con l'indirizzarlo verso diversivi che abbassino la tensione dell'animo e il ricordo dell'amato con lettura, ginnastica, riunioni conviviali; la terapia medica è centrata sull'uso di moderate quantità di vino, di oppio e di elleboro, sostanza questa considerata un antidepressivo. Nei casi francamente reattivi le malattie dell'anima sono affrontate con una psicoterapia di appoggio detta "consolatio". Con Dubois e Freud questo approccio psicoterapeutico viene centrato sul rafforzamento educativo dell'io secondo il primo studioso e, con Freud, sul tentativo di giungere, tramite le associazioni libere e l'interpretazione dei sogni, al nucleo del conflitto, all'immagine "nascosta" che alimenta la sintomatologia, in ambedue i casi riaffiora la "consolatio" degli stoici e il metodo maieutico

socratico: quanto più si conosce di sé tanto più si è liberati dai sintomi. Oggi, da parte della psichiatria, visti i risultati delle ricerche biologiche, i disturbi nevrotici, ossessivi, fobici, ipocondriaci, bulimici, anoressici, ansiosi, neurastenici, sono affrontati con la terapia usata per trattare i disturbi dell'umore, con dosi minori di farmaci che agiscono sui sistemi specifici, che si ritiene siano implicati nella sintomatologia, associan-dovi però la psicoterapia cognitiva o quella relazionale. Considerato che lo squilibrio neurochimico risulta la via finale comune di fattori patogeni diversi, somatici, familiari-genetici, esogeno-stressanti e che il sintomo la esprime, il riequilibrio della "potenza dell'anima", come diceva Alcmeone, può per l'indirizzo biologico, essere raggiunto agendo sul meccanismo patogeno; sembra essere questo un approccio riduzionistico, ma già Epicuro sosteneva come un "modello stretto" comporti

sempre ottimali risultati.

Riteniamo, con questo modesto apporto, di avere così chiarito un equivoco sostanziale che si pone in opposizione alla tradizione psichiatrica, alimentato da un giudizio grossolanamente errato sulla struttura basilare dell'anima, che è vista, secondo alcuni modelli interpretativi, come quello basato sul razionalismo etico di Socrate e l'idealismo moderno, come un qualche cosa di impalpabile e immateriale, mentre per il pensiero medico-filosofico classico e per tutti gli studiosi vitalisti la sostanza dell'anima è del tutto materiale e intrinsecamente autonoma sul piano della derivabilità della propria energia, così appunto come si trova nelle attività delle così dette anime biogene.

Prof. GIUSEPPE
ROCCATAGLIATA
Professore Associato di Psichiatria
presso l'Università di Genova
Membro del Consiglio Nazionale delle
Ricerche (Italia)



JOSÉ MANUEL BERTOLOTE

Malattie mentali nel mondo: dati epidemiologici

Le origini della psichiatria

Prima di dire quanti sono e dove sono i malati di mente, dobbiamo dire quali sono oggi i malati di mente o, in altre parole, quale è attualmente il concetto prevalente di malattie mentali.

Quelle che consideriamo oggi le principali malattie mentali sono sempre state ritenute ovunque come qualcosa al di là della normalità, qualcosa che causa sofferenza, timore, paura. Indubbiamente le spiegazioni sulla causa e sul significato di questi fenomeni sono state varie nel tempo e nei luoghi. Purtuttavia, è solidamente documentato come gli antichi Egizi avessero già identificato e rivolto la loro attenzione all'isterismo, proponendo come sua causa lo spostamento dell'utero. Lo vediamo anche nell'antica Grecia dove Ippocrate, Padre della Medicina, aveva descritto la depressione e dove venivano già impiegate alcune forme di psicoterapia (ad es. la catarsi). Nell'antica India possiamo trovare le radici della psicofarmacoterapia nell'uso di preparati di *Rauwolfia*, *Papavero* (oppio) e *Cannabis* (marijuana) per il controllo di diverse forme di sofferenza umana.

Nel Talmud troviamo riferimenti molto antichi agli attuali principi di igiene mentale e nel mondo islamico abbiamo i primi esempi di cura dei malati di mente da parte delle istituzioni in "maristans, madrasas e tekkes". Dagli Arabi abbiamo ereditato anche esempi di cura comunitaria per malati di mente. Il grande Avicenna ci ha lasciato un eccellente esempio di lavoro clinico con notevoli descrizioni di meningiti, depressione e demenza.

Nel Medio Evo, le malattie mentali erano viste in prevalenza come conseguenza di peccati, possessioni demoniache e stregoneria, e venivano trattate di conseguenza. Nondimeno, questo periodo fu testimone anche della creazione dei primi ospedali dedicati esclusivamente ai malati di mente. A questo riguardo dobbiamo ricordare i nomi di P. Juan Jofré e di João Cidade (più tardi conosciuto come San Giovanni di Dio).

La nascita della psichiatria scientifica

Nonostante tutte le ricche tradizioni fin qui menzionate, la psichiatria scientifica si sviluppò non prima del XVIII secolo, di pari passo con lo sviluppo delle scienze cliniche e basilari avvenuto in quel periodo. Sotto l'influenza del pre-

dominante clima scientifico creato da giganti quali Darwin, Claude Bernard, Pasteur, Comte, e seguendo la strada intrapresa da maestri come Koch e Virchow, la conoscenza e le pratiche, che fecero della Psichiatria una particolare branca della medicina, furono strutturate da coloro che potremmo chiamare i Padri della Psichiatria moderna: Pinel e Kraepelin.

Questa nuova psichiatria, scientifica e moderna, era fondamentalmente una psichiatria istituzionale, basata su ospedali mentali, paragonabile a quel che stava accadendo nella medicina in generale. Tuttavia, gli psichiatri di quel periodo furono profondamente interessati al benessere dei pazienti e alla questione dei diritti umani da poco sollevata dalla Rivoluzione Francese. Oltre all'umanizzazione della cura psichiatrica rappresentata dalla rimozione delle catene e dei legami dei pazienti e da una politica di ospedali dalle "porte aperte" sviluppata da Ellis e Conolly in Gran Bretagna, una preoccupazione con più vaste implicazioni sociali è rappresentata dalla promulgazione della Legge Francese sulla Salute Mentale del 1838, vera pietra miliare la cui influenza si è estesa in alcuni luoghi fino ai giorni nostri. Dobbiamo qui menzionare il nome di Esquirol come esempio di psichiatra che eccelse tanto come clinico e patologo quanto come riformatore sociale. In questo periodo, Charcot fu uno dei più notevoli neuropsichiatri, come erano considerati allora gli psichiatri.

Dall'esperienza del passato, e come il nano sulle spalle del gigante, gli psichiatri del nostro secolo hanno enormemente ampliato ed esteso i benefici resi disponibili



dalle successive generazioni di clinici, ricercatori e amministratori. Infatti, Pelicier considera che, nel XX secolo, la psichiatria ha raggiunto l'età della maturità.

Nel 1892 fu adottata una prima Nomenclatura Internazionale delle Malattie contenente 13 categorie relative a ciò che oggi consideriamo malattie mentali.

TAVOLA N. 1

NOMENCLATURA DI MALATTIE DI BERTILLON, 1892	
5 6	Alcolismo acuto o cronico
6 4	Demenza apoplettica
6 5	Necrobiosi cerebrale
6 7	Paresi generale
6 8	Altre forme di alienazione mentale
6 9	Demenza epilettica
7 3	Demenza coreica
7 4	Isterismo
1 2 0	Demenza uremica (morbo di Bright)
1 4 0	Psicosi puerperale
1 5 4	Astenia senile

Questa Nomenclatura fu l'antesignana della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) dell'O.M.S., attualmente alla 10.ma revisione, che riporta oltre 300 tipi di malattie mentali, il che rende la sezione sulle Malattie Mentali e di Comportamento il capitolo più lungo dell'intero ICD-10. Tutte queste malattie sono raggruppate in dieci principali categorie, come indicato nella Tavola n. 2.

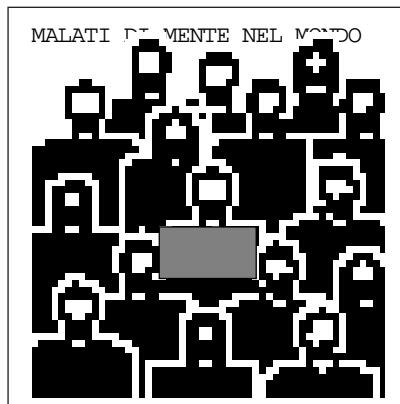
TAVOLA N. 2

O.M.S., ICD-10, Capitolo V, 1992	
F 0	Malattie mentali organiche, incluse quelle sintonatiche
F 1	Disturbi mentali e del comportamento dovuti all'uso di sostanze psicoattive
F 2	Disturbi schizofrenici, schizotipici e deliranti
F 3	Disturbi dell'umore (affettivi)
F 4	Malattie nevrotiche, da stress e somatiche
F 5	Sindromi comportamentali associate a disturbi psicologici e a fattori fisici
F 6	Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
F 7	Ritardo mentale
F 8	Disturbi dello sviluppo psicologico
F 9	Disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

La frequenza delle malattie mentali

Passiamo ora ad alcuni dati sull'importanza delle malattie mentali, di comportamento e neurologiche nella popolazione in generale. Devo iniziare col dire che la frequenza di questi problemi si conta in milioni, il che ne dà già un'idea della grandezza, e che circa uno su quattro abitanti di questo pianeta sono colpiti da una forma di malattia mentale.

TAVOLA N. 3



Parlando in generale, stimiamo che oltre un miliardo e mezzo di persone sono affette da una qualche forma di malattia mentale, se nei nostri calcoli includiamo anche la dipendenza dal tabacco.

TAVOLA N. 4

Per quanto riguarda le malattie *sensu strictu*, contiamo approssimativamente oltre 480 milioni di casi di disturbi d'ansia, 350 milioni di disturbi dell'umore, 250 milioni di disturbi della personalità, 60 milioni di ritardi mentali, 22 milioni di casi di schizofrenia e 29 milioni di casi di demenza.

TAVOLA N. 5

In relazione ai disturbi d'ansia, i disturbi specifici rappresentano 154 milioni di casi di disturbi d'ansia generalizzati, 80 milioni di disturbi da panico, 66 milioni di disturbi da stress post-traumatico (PTSD), 58 milioni di disturbi ossessivo-coercitivi (OCD) e 57 milioni di disturbi della somatizzazione.

TAVOLA N. 6

Esaminando in particolare i disturbi dell'umore, studi epidemiologici indicano l'esistenza di 335 milioni di persone con depressione maggiore (che emerge come la più frequente di tutte le forme di malattie mentali) e 23 milioni di casi di disturbo del bipolarismo.

TAVOLA N. 7

In termini di dipendenza da una sostanza psicoattiva, abbiamo 1.100 milioni di casi di dipendenza dalla nicotina, 250 milioni di dipendenza dall'alcol e 15 milioni da altre droghe. I casi di epilessia sono contati in oltre 40 milioni.

Problemi mentali e psicologici nei centri PHC

TAVOLA N. 8

Da uno studio compiuto dall'O.M.S. in 14 paesi su 25.916 persone curate in strutture sanitarie di base, si è scoperto che le malattie mentali ben definite erano frequenti in tutti i luoghi in cui venivano fornite cure mediche generiche: 24%. Ciò vuol dire che su quattro persone che ricorrono alle cure mediche, ad una è stata diagnosticata una malattia mentale.

Inoltre, una notevole percentuale di pazienti (9%) soffrivano di una "condizione ai limiti della norma" che non incontrava i criteri diagnostici per la ricerca ma che nondimeno avevano due o tre sintomi clinicamente significativi (p.es. sonno, fatica) e alterazioni delle funzioni nelle loro vite quotidiane.

DIAGNOSI NELLE STRUTTURE SANITARIE DI BASE

Depressione corrente
Disturbi generalizzati d'ansia
Neurostenia
Uso nocivo di alcol
Dipendenza dall'alcol
Distimia
Disturbi da panico
Disturbi della somatizzazione
Agorafobia con panico
Ipocondriasi
Agorafobia senza panico
Due o più disturbi mentali
Totale

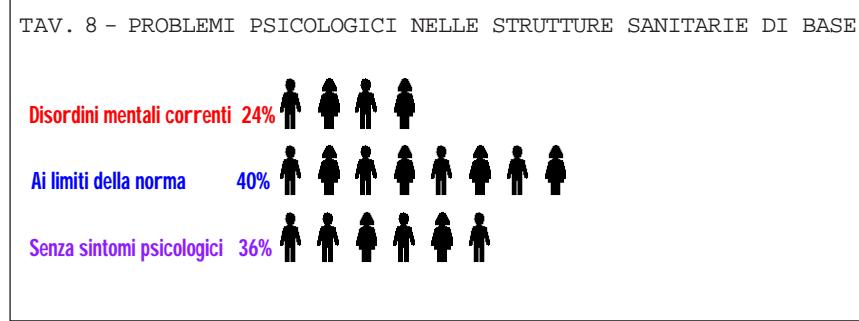
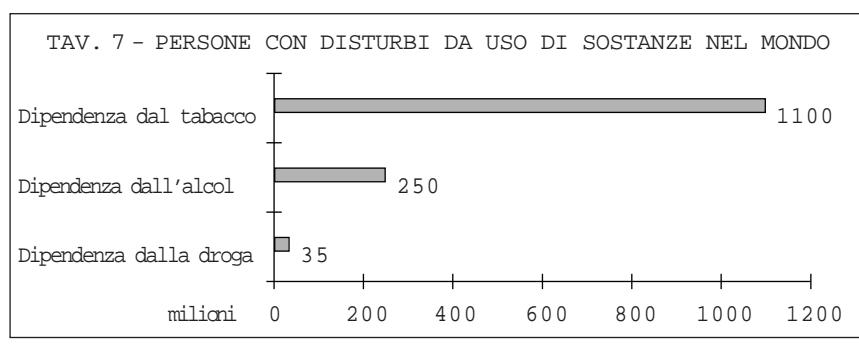
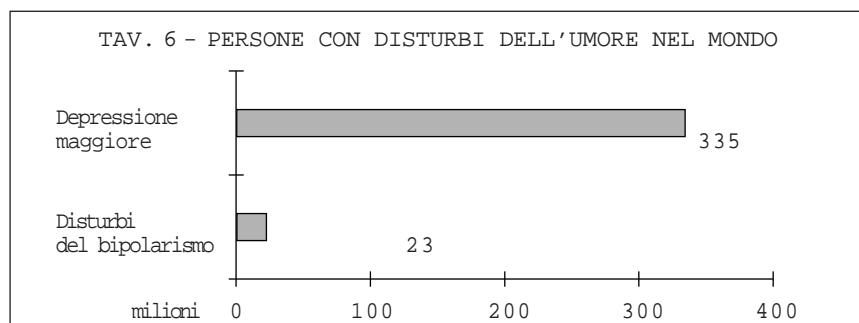
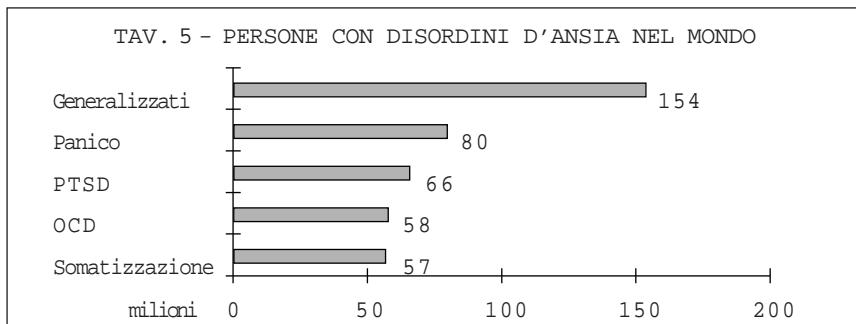
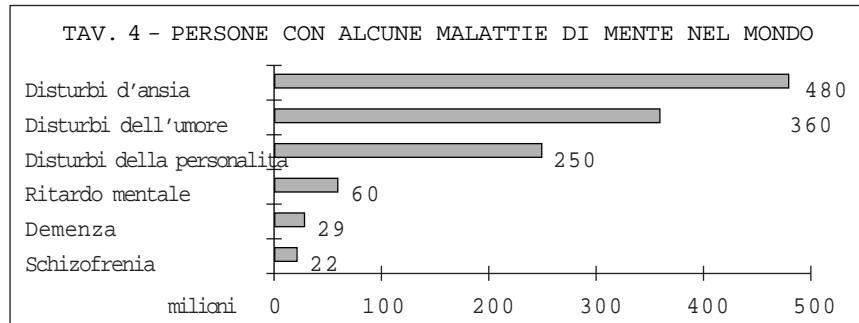


TAVOLA N. 9

È quindi legittimo concludere che almeno un terzo di quanti ricorrono a cure mediche primarie richiedono una particolare attenzione per quanto riguarda i problemi psicologici. Dato l'elevato numero di persone che si rivolgono ai PHC ogni giorno, ci troviamo di fronte ad un problema di salute pubblica realmente importante. Non possiamo non dare rilievo all'importanza delle strutture sanitarie di base per il controllo delle malattie mentali.

Sebbene molti medici dei centri PHC fossero consapevoli della natura delle malattie psicologiche, molti pazienti con problemi di questo tipo non furono da loro riconosciuti. Essi identificarono come aenti problemi psicologici un quarto dei pazienti dei centri PHC, mentre lo strumento di ricerca (CIDI-PHC) ne identificò un terzo; comunque, l'accordo tra le due modalità di identificazione non era sufficientemente alto. Era anche evidente che molti casi che erano stati adeguatamente identificati non venivano correttamente trattati.

Da altri studi dell'O.M.S. sappiamo anche che non oltre l'uno per cento di tutti i malati di mente diventano ricoverati psichiatrici. Tuttavia, nella comunità rimane una "maggioranza invisibile"; come nel caso dell'iceberg, noi psichiatri vediamo soltanto la punta.

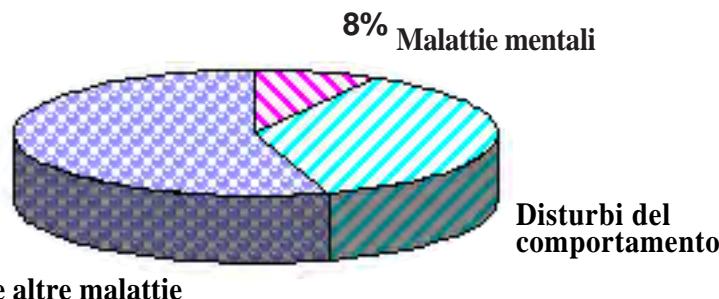
Il peso sociale delle malattie mentali

Possiamo guardare a questi fatti da un'altra prospettiva, e misurare l'impatto delle malattie mentali attraverso il peso dell'invalidità che creano. La Banca Mondiale, in collaborazione con l'O.M.S., è arrivata alla conclusione che le malattie mentali sono responsabili dell'8.1% dell'onere causato da tutte le malattie.

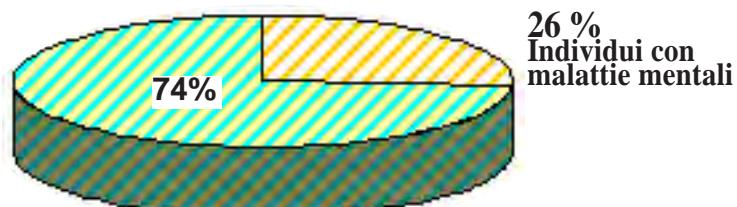
TAVOLA N. 10

L'invalidità causata dalle malattie mentali è spiccatamente più alta di quella associata a malattie fisiche croniche quali il diabete, il mal di schiena, l'ipertensione e l'artrite; tutti i tipi di cancro causa-

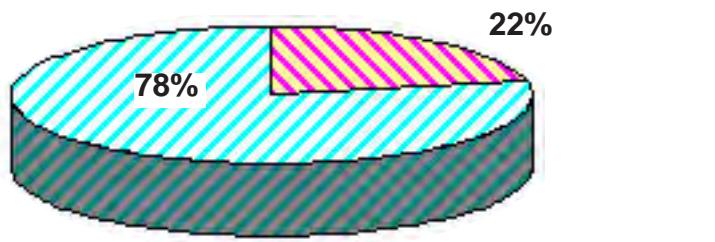
TAV. 10 - PESO ECONOMICO DOVUTO ALLE MALATTIE NEL MONDO



TAV. 11 - MALATTIE MENTALI NEL MONDO



TAV. 12 - MALATTIE MENTALI NEL MONDO



validità. Se estendiamo la nostra definizione del caso includendo i disturbi del comportamento (come quelli associati all'abuso di sostanze, alla violenza e al suicidio) raggiungiamo la percentuale di circa il 45% dell'onere.

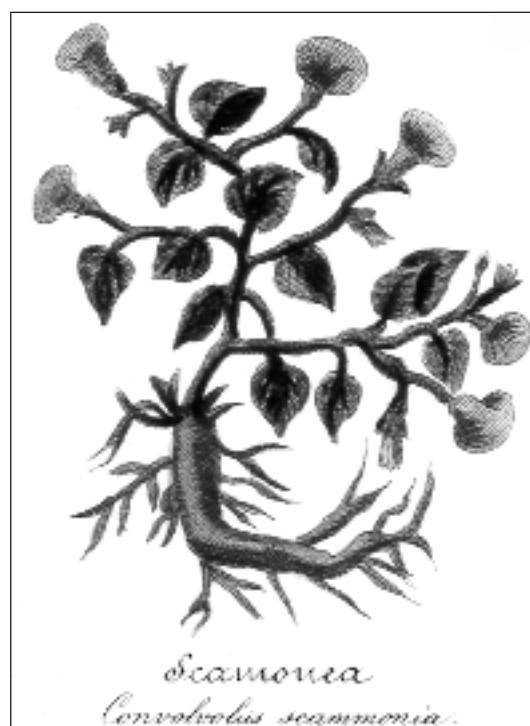
TAVOLA N. 11

Se guardiamo al carico sociale da un punto di vista umanitario piuttosto che economico, il numero di persone colpite da malattie mentali balza dal 25% ad un sorprendente 78%, che include anche i loro familiari.

TAVOLA N. 12

Secondo questa prospettiva, i tre quarti dell'umanità sono direttamente o indirettamente colpiti da malattie mentali, il che è più che una buona ragione per dare loro grande priorità tanto da una punto di vista di salute pubblica quanto da quello di sviluppo sociale.

Prof. JOSÉ MANUEL BERTOLOTE
*Direttore del Dipartimento del Servizio
di Controllo delle Malattie Mentali
del Dipartimento della Salute Mentale e
della Prevenzione dall'Abuso di Sostanze
dell'Organizzazione Mondiale
della Sanità, Ginevra, Svizzera*



YVES PÉLICIER

Genetica e ambiente

Mi sembra che le osservazioni che sono state fatte introducano ad una breve riflessione sulla genetica e l'ambiente.

L'ambiente non è soltanto ciò che circonda fisicamente l'individuo ma anche ciò che esiste per lui, sul piano fisico e morale. Husserl parla qui di *Umwelt*. Von Uexküll utilizza il termine *Umgebung* che indica un ambiente materiale globale. Egli definisce l'*Umwelt* come questo campo di presenza, l'ambiente in cui l'uomo si afferma.

La concezione del mondo stabilisce i concetti che indicano un insieme di realtà empiriche. L'essere vivente conserva il contatto con l'ambiente, dice Jaspers, ma sottopone questa vita ad una conoscenza sia fisiologica sia psicologica. Il mondo reale, obiettivamente empirico, è il mondo della tecnica, del sociale, dell'economia e della politica.

L'ambiente è l'effetto di azioni complesse, che allo stesso tempo costringono e spingono l'individuo a difendersi. Egli deve difendere la sua storia, la possibilità di provare la sua libertà, dice ancora Jaspers, la libertà da cui deriva la sua continuità personale, un mondo che è anche la dimora temporale di un'esistenza. Ora questa esistenza è fondamentalmente l'occasione di una trascendenza.

Possiamo definire l'ambiente come l'insieme delle condizioni naturali e culturali suscettibili di agire sugli organismi viventi e sulle attività umane. La natura è ciò che esiste indipendentemente da queste attività umane, deliberate o accidentali. Questi cambiamenti sono tali che diventa difficile ormai distinguere una natura "naturale"

da un prodotto "naturale" utilizzato, modificato, alterato o migliorato dall'uomo. L'ambiente umano si sviluppa a fianco o contro la natura, natura o *physis*. Le specie animali o vegetali, il corso dei fiumi, la qualità dell'acqua dovrebbero orientare il lavoro umano nel senso di un rispetto per tutti gli oggetti di questo lavoro e dei bisogni etici che si scoprono in questa occasione.

Ciò che fa ad esempio il problema e le minacce dell'inquinamento è mettere la parola e le cose al primo posto delle ricerche e delle inquietudini dell'uomo moderno. Come sottrarsi alla schiacciante re-

sponsabilità di evitare questa presa in conto di un'etica senza debolezza né false sembianze? Il mondo della natura, come quello delle attività umane, non sfugge a questo interrogativo incessante di cui bisogna dire che protegge contro i mali umani o ne precipita la sopraggiunta.

Il progresso è, nel senso etimologico, ciò che spiega e indica la marcia in avanti. Dalla fine del XIX secolo è stato una parola chiave. Non si può contestarne la realtà ma bisogna valutarne l'esatto valore. Non esiste un progresso sicuro perché la storia presente del mondo sembra mostrarlo, ma perché l'uso che ne risulta è utile, proficuo, a beneficio degli uomini e della natura. Lo si è spesso dimenticato, in funzione anche di una vertigine di potenza e bisogna spesso pagarne il prezzo.

La storia dell'ereditarietà biologica comincia con Haeckel il quale mostra che lo sviluppo dell'embrione riassume lo sviluppo della specie, la filogenesi. Mendel descrive le esperienze classiche sulla riproduzione delle piante e le leggi che se ne possono trarre. Sutton (1903) propone la teoria cromosomica (*chromos*, il colore) dell'ereditarietà. Morgan studia lo sviluppo della drosofila, o moscerino dell'aceto. De Vries (1880) e Darwin analizzano la pangenesi, cioè l'esistenza di aspetti indipendenti dall'ereditarietà. I pangeni (Johannsen) hanno quattro proprietà: replica (cioè la capacità di formare copie di se stessi); funzioni (la capacità di determinare un dato carattere); ricombinazione (la capacità di combinare dei legami tipici); mutazione (la capacità di variare indipendentemente l'am-



biente). Bateson inventa il termine mendelismo. Egli spiega i risultati di Mendel con il fatto che ogni carattere dipende da un gene che comporta due alternative o stati, gli alleli. Le cellule somatiche comportano due esemplari simili. Uno dei membri dei cromosomi, simili, deriva da un genitore e ugualmente dall'altro. Esistono due tipi di cromosomi, quelli del sesso e gli autosomi. Il maschio dispone di un cromosoma XY, la femmina di due cromosomi XX.

Il numero di cromosomi varia secondo le specie. Il genoma umano (o struttura genica), comporta 22 paia di autosomi e un paio di cromosomi del sesso. Alcune felci hanno cinquecento cromosomi. Per un verme intestinale, ci sono due cromosomi. Un tipo di scimmia ha 46 cromosomi, il gorilla 48 cromosomi.

Ciò che viene chiamata la chimica dei geni è divenuta un luogo di studio da una cinquantina di anni: l'acido desossiribonucleico (o DNA) è una molecola composta da 4 nucleotidi con una base azotata e un gruppo fosforico. Si utilizzano le lettere A, B, G e T per definire la sequenza del DNA. Il DNA esiste come un duplice filamento, che forma una doppia elica.

Il DNA contiene l'informazione genetica della specie. Ogni locus è il sito di un gene sul cromosoma. Sappiamo trascrivere i geni, tradurli, clonarli (cioè inserire un frammento di DNA in un vettore), utilizzare gli ibridi, ecc. È l'attuazione, iniziata nel 1990, del programma genoma, sostenuto dagli Stati Uniti e da altri paesi che dispongono dei mezzi di ricerca; gli obiettivi sono la costruzione di una carta genetica e fisica del genoma umano. Si possono e si potranno scoprire numerose malattie con predisposizioni genetiche.

Questa cartografia riposa sull'uso dell'informatica. I metodi sono molto diversi: citiamo ad esempio le carte ibride d'irradiazione dove si scatenano delle rotture, studiate dal genoma. Attualmente si osservano i nuovi geni e le loro nuove funzioni. Ciò che si sa non è sufficiente né decisivo.

Un ricercatore dell'Istituto di Tecnologia del Massachusetts, Eric Lander, propone un nuovo programma che studi il cromosoma

17 nei suoi rapporti con l'ereditarietà del diabete.

"Il progetto del genoma umano tende a produrre una classificazione biologica periodica, non con 100 elementi, ma con 100.000 geni; non con un rettangolo che riflette le valenze d'elettroni, ma con un albero che descriva le affinità funzionali e ancestrali tra i geni umani". Egli spiega: "Come i chimici possono riconoscere gli atomi dalla loro massa e dalla loro carica, così i biologi saranno capaci di creare dei rivelatori che permetteranno ad ogni gene di essere riconosciuto a partire da un frammento caratteristico".

Il cancro dell'ovaia ha una predisposizione ereditaria dal 5 al 10% dei casi. Il legame genetico è trovato con il locus BRCA1 sul cromosoma 17qA1. L'età media è più bassa in questo tumore (41 anni contro 61); si tratta soprattutto di tumori gravi la cui potenzialità evolutiva è migliore. La prognosi è migliore. Sono stati trovati risultati dello stesso livello nel cancro colon-rettale.

Anche il 10% dei tumori della prostata ha una predisposizione ereditaria, spesso con un rischio genetico.

Le differenze etniche svolgono un ruolo nello sviluppo dei tumori. Tuttavia per il tumore al seno e al collo uterino, l'aspetto etnico non conta. Per il cancro della prostata gli americani di colore sono sette volte più numerosi dei coreani. I tumori rari si trovano presso gli eschimesi, cancro della vescica; presso gli indiani d'America, i tumori del corpo tiroideo; i naso-faringei presso i cinesi.

Nel caso del CADASIF (cerebral autosomal dominant arteriopathy with neuroencephalopathy), che si manifesta con infarti cerebrali precoci e recidivanti, il gene sembra legato al cromosoma 19 ma la cartografia non è terminata.

Sapevamo già come dire la verità, o ciò che si crede sia la verità. Sappiamo mentire e falsificare.

Come stupirsi che il progetto del genoma umano sia oggetto di una frode di estremo livello? Collius Francis, Direttore del progetto, ha rivelato che uno dei suoi collaboratori ha modificato quantità di dati ed ha inventato una massa di lavori da due anni. Il settimo lavoro

ha mostrato l'esistenza di un difetto nel ragionamento che indicava un inganno. L'inchiesta condotta dall'OSI (Bureau pour l'Intégrité de la Science) non è terminata. Essa testimonia il rischio che esiste anche nei riguardi di una scienza trionfante. Tenendo conto delle conseguenze per le ricerche e delle speranze per i pazienti, la prudenza è indispensabile.

Ma bisogna anche garantire il segreto medico. Il New Hampshire è stato il primo stato, nel 1995, a vietare ai datori di lavoro e agli assicuratori i testi genetici per coprire la diagnosi. Nel corso di un colloquio tenutosi a Berlino, l'Association Internationale du Barreau ha auspicato che venga limitato l'accesso al dossier genetico allo stesso titolo della religione, delle convinzioni politiche, dell'appartenenza etnica o delle preferenze sessuali.

Tuttavia, i giuristi sono riservati per ciò che riguarda le assicurazioni e i premi da pagare! Ogni malattia comporta dei rischi genetici ma non sempre si sa come valutarli. Questo spiega la difficoltà di tali misure di cui non possiamo contestare l'importanza nella vita di un uomo.

È così che l'utilizzazione dei dati genetici non è evidente quando si divulgano informazioni relative alla possibilità di un tumore diverse decine d'anni prima che si produca!

Bisogna parlare o tacere? È necessario valutare i rischi diretti ma anche le conseguenze sul modo di vivere. Al di là dei rischi genetici, ci sono dei rischi certi a fronte al consumo di alcol e di altri prodotti tossici, degli eccessi alimentari, dell'abuso di esposizione al sole (melanomi), dell'assenza di cure per le affezioni benigne, che possono degenerare, ecc.

C'è una responsabilità dell'uomo alla quale bisogna rispondere con la medicina, l'educazione, la carità. È il senso del messaggio cristiano al quale non possiamo sottrarci. Saperlo ed affermarlo è un dovere: è l'occasione di essere uomini tra gli uomini.

Prof. YVES PÉLICIER
Professore emerito di Psichiatria
Università René Descartes
Parigi (Francia)

BONIFACIO HONINGS

L'uomo della nuova creazione. Dall'immagine di Dio alla somiglianza di Cristo

Nella sua prima lettera l'apostolo San Pietro ha scritto: "...se anche aveste da soffrire per la giustizia, beati voi! Non abbiate alcuna paura né vi turbate; adorate nei vostri cuori il Cristo come Signore, pronti sempre a rispondere a chiunque vi domandi ragione della speranza che è in voi; con dolcezza però e rispetto"¹. Queste parole rivoluzionarie del primo vicario di Cristo hanno sfidato e sfidano, ancora, gli uomini di tutti i tempi e di tutti i luoghi e, soprattutto, gli uomini del terzo millennio.

Il titolo della presente conferenza "Ad Immagine e Somiglianza di Dio: sempre? Il disagio della mente umana" intende dare a questa "storica sfida" di speranza cristiana una risposta interdisciplinare. Il mio contributo dal titolo: "L'uomo della nuova creazione" è, quindi, una di queste risposte che la conferenza vuol dare a chiunque domandi ragione di quella speranza. Una risposta, spero, in grado di dare un solido fondamento alla fiducia di tutti coloro che soffrono, ma, soprattutto, di tutti coloro la cui anima spirituale sperimenta i limiti "organici" delle proprie facoltà o risulta, persino, del tutto impedita nell'esercizio delle medesime.

Rilevo subito, perché facilita la comprensione dell'articolazione del mio intervento, che questa risposta si fonda sul progetto divino della creazione. Infatti, chi pensa all'uomo della *nuova o seconda creazione*, non può non avere in mente l'uomo della *vecchia o prima creazione*; non solo, ma deve pure pensare all'uomo costituito da Dio nel paradiso e, soprattutto, deve aver presente, anche, l'uomo caduto ossia l'uomo-peccatore che abusò, all'inizio della storia, della

sua libertà paradisiaca. In altre parole, l'uomo della nuova creazione è lo stesso uomo che Dio, dopo averlo creato a sua immagine, maschio e femmina, costituì in grazia. Una riflessione teologico-biblica, come vuole essere la mia, deve perciò partire dal progetto divino della creazione e, più precisamente dai suoi tre momenti dopo di che bisogna approfondire i singoli momenti. Pertanto il presente contributo si articola come segue: 1. I tre momenti del progetto divino della creazione dell'uomo; 2. Il momento dell'atto creatore "ad immagine"; 3. Il momento dell'atto costitutivo "in Paradiso" e la sua perdita; 4. Il momento della nuova creazione "a somiglianza di Cristo".

L'uomo della nuova creazione rimanda a Cristo, l'Unto del Padre, divenuto uomo come noi, appunto perché ogni uomo potesse divenire di nuovo "simile", a Dio, una nuova creatura ad immagine di Cristo-Risorto.

1. I tre momenti del progetto divino della creazione dell'uomo

Se rileggiamo attentamente quanto Dio, nel libro della *Genesi*, rivela sull'uomo possiamo distinguere, prima, l'atto della creazione. Presentando simbolicamente l'opera del Creatore come un susseguirsi di sei giorni di "lavoro" divino, risulta che esiste nulla che non debba la propria esistenza a Dio. Il mondo ha avuto inizio quando è stato tratto dal nulla dalla Parola di Dio. In questo evento primordiale si radicano tutti gli esseri esistenti, tutta la natura, tutta la storia umana. Ogni creatura ha la sua propria bontà e la sua propria perfezione. Le varie creature, volute nel loro proprio essere, ricevono la loro consistenza, verità, bontà, le loro proprie leggi e il loro ordine. Per questo, ognuna delle creature riflette, a modo suo, un raggio dell'infinita sapienza e bontà di Dio. Tuttavia, i "sei giorni" intendono, appunto, esprimere non solo l'interdipendenza delle creature, ma anche e soprattutto, la loro gerarchia, il loro ordine dal meno perfetto al più perfetto². "Il sole e la luna, il cedro e il piccolo fiore, l'aquila e il passero: le innumerevoli diversità e disugualanze stanno a significare che nessuna creatura basta a se stessa, che esse esistono solo in dipendenza le une dalle altre, per completarsi vicendevolmente, al servizio le une delle altre"³. Da questa diversità degli esseri e dalle relazioni esistenti tra loro derivano l'ordine e l'armonia del creato. La bellezza della creazione riflette così la bellezza infinita del Creatore.

Comunque, ed è quanto c'inte-



ressa di più, il racconto ispirato rivela chiaramente che l'uomo è il vertice della creazione. Infatti, il Creatore distingue nettamente la creazione dell'uomo da quella delle altre creature. La formazione dell'uomo, pur avendo origine come ogni altro essere da un atto divino di creazione, viene descritta in un modo che gli è del tutto caratteristico. Il più antico racconto recita che l'uomo è preso dalla terra come gli animali e, quindi, è mortale al pari di loro; tuttavia il suo alito di vita proviene dal soffio di Dio, il che non viene riferito nella creazione di nessun animale⁴. Il racconto più recente della creazione presenta, pertanto l'uomo come opera di una solenne decisione divina: "Facciamo l'uomo ad immagine nostra"⁵. Grazie a questo modo speciale della creazione divina, e quindi della sua particolare natura, l'uomo occupa, nel mondo visibile, il posto sia di centro che di vertice. Ecco il primo momento del progetto divino della creazione dell'uomo.

Su questo sfondo dell'atto creatore di Dio, la rivelazione vetero-testamentaria fa capire che Dio non solo creò il primo uomo buono, ma lo volle, inoltre, costituire in uno stato di santità originale e, di riflesso, in uno stato di giustizia originale. Il segno dell'amicizia dell'uomo con il suo Creatore è il fatto che Dio lo colloca in un giardino, dove egli vive "per coltivarlo e custodirlo"⁶: il lavoro non è una fatica penosa⁷, ma la collaborazione dell'uomo e della donna con Dio nel portare a perfezione la creazione visibile⁸. È quanto la Chiesa, interpretando autenticamente il simbolismo del linguaggio biblico alla luce del Nuovo Testamento e della Tradizione, insegna: che i nostri progenitori Adamo ed Eva sono stati costituiti in uno stato "di santità e di giustizia originali"⁹. Ecco il secondo momento del progetto divino della creazione dell'uomo.

Ma "per il peccato dei nostri progenitori andrà perduta tutta l'armonia della giustizia originale che Dio, nel suo disegno, aveva previsto per l'uomo"¹⁰. Tuttavia, ed è il terzo momento del progetto creatore di Dio, dopo la caduta, l'uomo non è stato abbandonato da Dio. Al contrario, Dio lo chia-

ma¹¹ e gli predice, in modo misterioso, che il male sarà vinto e che l'uomo sarà sollevato dalla caduta¹². "Questo passo della Genesi è stato chiamato "Protovangelo", poiché è il primo annuncio del Messia redentore, di una lotta tra il serpente e la Donna e della vittoria finale di un discendente di lei"¹³. Ecco l'annuncio dell'uomo della nuova creazione. Una creazione, precisa il magistero della Chiesa, che supera la santità e la giustizia originali dell'uomo paradiso. "Il primo uomo non solo è stato creato buono, ma è stato anche costituito in una tale amicizia con il suo Creatore e in una tale armonia con se stesso e con la creazione, che saranno superate soltanto dalla gloria della nuova creazione in Cristo"¹⁴. Adesso passo ai singoli momenti del progetto creatore di Dio con particolare attenzione al momento della nuova creazione.

2. Il momento dell'atto divino-creatore dell'uomo "ad immagine di Dio"

Tutti, sia credenti che non credenti, sono più o meno concordi che tutto quanto esiste sulla terra deve essere riferito all'uomo, come a suo centro e a suo vertice. Ma alla domanda "cos'è l'uomo", le opinioni sono varie ed anche contrarie. Infatti, spesso l'uomo si esalta così da fare di sé una regola assoluta, o si abbassa fino alla disperazione per finire, poi, nel dub-

bio e nell'angoscia. Sentendo profondamente queste difficoltà, la Chiesa crede di poter dare una risposta che le viene dall'insegnamento della divina rivelazione, che descrive la vera condizione dell'uomo, perché dà una ragione delle sue miserie, e insieme aiuta a riconoscere giustamente la sua dignità e vocazione¹⁵.

La Chiesa risponde, con l'autorità dei padronciliari, alla domanda dell'uomo riguardante la sua identità, che egli è stato creato "a immagine di Dio". Vale a dire, che l'uomo è capace di conoscere e di amare il proprio Creatore nonché di governare tutte le creature quale signore di esse per servirse ne a gloria di Dio¹⁶. È questa la ragione perché "l'uomo sintetizza in sé, per la stessa sua condizione corporale, gli elementi del mondo materiale, così che questi attraverso di lui toccano il loro vertice e prendono voce per lodare in libertà il Creatore"¹⁷. E ancora, l'uomo è un essere "a immagine di Dio" perché ha la dignità di una persona. Egli non è qualcosa, ma qualcuno ossia un individuo umano capace di conoscersi, di possedersi, di donarsi liberamente e, quindi, di entrare in comunione di vita e di amore con altre persone¹⁸. Tra le creature visibili, l'uomo è l'unica creatura fatta "a immagine di Dio" e, quindi, capace di dialogare con lui, di conoscerlo e di amarlo. L'uomo è un "soggetto consapevole di sé, libero e aperto all'infinito, si conosce, si interroga, si possiede, si dona. Soggetto corporeo e sessuato, riceve e trasmette la vita in un tessuto di relazioni"¹⁹. Ecco perché l'uomo non sbaglia quando si riconosce superiore alle cose corporali e si consideri più che soltanto una particella della natura o un elemento anonimo della città umana. "Infatti, nella sua interiorità, egli trascende l'universo: a questa profonda interiorità egli torna, quando si volge al cuore, là dove lo aspetta Dio, che scruta i cuori, là dove sotto lo sguardo di Dio egli decide del suo destino. Perciò, riconoscendo di avere un'anima spirituale e immortale, non si lascia illudere da fallaci funzioni che fluiscono unicamente dalle condizioni fisiche e sociali, ma invece va a toccare in profondo la verità delle cose"²⁰.



Presentemente è molto importante riprendere il linguaggio simbolico del racconto biblico dell'atto della creazione divina dell'uomo. Per rivelare che la persona umana, creata "a immagine di Dio" è un essere insieme corporeo e spirituale, l'autore sacro usa questi termini: "Dio plasmò con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita, e l'uomo divenne un essere vivente"²¹. Ecco chiaramente rivelato perché il corpo dell'uomo partecipa alla dignità dell'essere "immagine di Dio": è, infatti, "corpo umano proprio perché è animato dall'anima spirituale"²². Pertanto, lo spirito e la materia, nell'uomo, non sono due nature congiunte, ma la loro unione forma un'unica natura"²³. Questa unità dell'anima e del corpo è, poi, così profonda da considerare l'anima la "forma" del corpo. Da notare qui, perché importantissimo, «la Chiesa insegna che ogni anima spirituale è creata direttamente da Dio – non "prodotta" dai genitori – ed è immortale»²⁴. Dunque, ed ecco la grande dignità di ogni uomo: egli è creato "ad immagine di Dio" appunto come "unità di anima e di corpo". Non solo, ma è anche "immagine di Dio" come maschio e femmina. Ciò non vuol dire che Dio è a immagine dell'uomo. Dio non è né uomo né donna. «Dio è puro spirito, e in lui, perciò non c'è spazio per le differenze di sesso. Ma le "perfezioni" dell'uomo e della donna riflettono qualche cosa dell'infinita perfezione di Dio: quelle di una madre²⁵ e quelle di un padre e di uno sposo»²⁶. L'uomo "a immagine di Dio" è un soggetto corporeo e sessuato che riceve da Dio la vita e lui stesso, come maschio e femmina, la trasmette come cooperatori responsabili del Creatore²⁷. Comunque quanto finora detto sull'uomo creato a immagine di Dio non è tutto anzi, c'è un gesto di Dio-Creatore ancor molto più grandioso e sublime.

3. Il momento della costituzione dell'uomo "in Paradiso" e la sua perdita

L'uomo è venuto alla luce come un progetto da portare a compi-

mento, perché Dio lo chiama alla cooperazione. È quanto le parole di Dio rivelano: "Io ti ho posto davanti la vita e la morte, la benedizione e la maledizione; scegli dunque la vita, perché viva tu e la tua discendenza"²⁸. È quanto San Paolo fa intendere quando "prega perché il nostro essere tutto intero, spirito, anima e corpo, si conservi irrepreensibile per la venuta del Signore"²⁹. Faccio presente che l'Apostolo non introduce, con questa distinzione, una dualità nell'anima. "Spirito" significa che sin dalla sua creazione l'uomo è ordinato al suo fine soprannaturale³⁰ e che la sua anima è capace di essere gratuitamente elevata alla comunione di vita con Dio³¹. Dunque l'uomo era, nel progetto divino della creazione, sin dall'inizio ordinato al fine soprannaturale. Di conseguenza, la sua anima era capace di essere, mediante la grazia, elevata a partecipare della vita d'amore del suo Creatore.

Ecco la ragione teologica perché Dio costituisce i nostri progenitori in uno stato di santità originale. "L'eterno Padre, spiegano i padri conciliari, con liberissimo e arcano disegno di sapienza e di bontà, ha creato l'universo, ha decretato di elevare gli uomini alla partecipazione della sua vita divina"³². Da notare, perché caratterizza bene il secondo momento del progetto divino della creazione, questa grazia della santità originale ossia questa partecipazione alla vita divina potenziava, con la sua irradiazione, tutte le dimensioni

della vita dell'uomo. La potenza di questa irradiazione della intimità divina dell'uomo con Dio era, poi, tale da impedire che l'uomo non solo non soffrisse, ma neppure morisse. Al riguardo insegnava la Chiesa: «Tutte le dimensioni della vita dell'uomo erano potenziate dall'irradiazione di questa grazia. Finché fosse rimasto nell'intimità divina, l'uomo non avrebbe dovuto né morire³³, né soffrire³⁴. L'armonia interiore della persona umana, l'armonia tra l'uomo e la donna³⁵, infine l'armonia tra la prima coppia e tutta la creazione erano le caratteristiche della "giustizia originale"³⁶. Tuttavia la partecipazione dell'uomo alla vita divina "si realizzava innanzi tutto nell'uomo stesso come *padronanza di sé*. L'uomo era integro e ordinato in tutto il suo essere, perché libero dalla triplice concupiscentia³⁷ che lo rende schiavo dei piaceri dei sensi, della cupidità dei beni terreni e dell'affermazione di sé contro gli imperativi della ragione"³⁸. Il secondo momento del progetto divino della creazione è dunque che l'uomo e la donna si trovano in uno stato di amicizia con Dio, da cui derivava la felicità della loro esistenza nel Paradiso. La vita dell'uomo paradisiaco era segnata da una triplice armonia: religiosa, intra- ed interpersonale, cosmica. Questo uomo, notiamolo bene, «era destinato ad essere pienamente "divinizzato" da Dio nella gloria»³⁹.

Senonché, tentato dal diavolo, l'uomo "ha lasciato spegnere nel suo cuore la fiducia nei confronti del suo Creatore"⁴⁰; abusando della propria libertà, ha *disobbedito* al comandamento di Dio⁴¹. «Con questo peccato, l'uomo ha preferito se stesso a Dio, e perciò, ha disprezzato Dio: ha fatto la scelta di se stesso contro Dio, contro le esigenze della propria condizione di creatura e conseguentemente contro il suo proprio bene... Sedotto dal diavolo, ha voluto diventare "come Dio", ma "senza Dio e anteponendosi a Dio, non secondo Dio"⁴². La drammaticità ed immediata conseguenza di questo primo peccato di disobbedienza è la perdita della santità originale e, di conseguenza, anche della giustizia originale⁴³. I padri del Vaticano II rilevano chiaramente come tutti



gli uomini sono coinvolti nel peccato di Adamo. "Infatti se l'uomo guarda dentro al suo cuore si scopre anche inclinato al male e immerso in tante miserie che non possono certo derivare dal Creatore che è buono... rifiutando di riconoscere Dio quale suo principio, l'uomo ha infranto il debito ordine in rapporto al suo ultimo fine, e al tempo stesso tutto il suo ordinamento sia verso se stesso, sia verso gli altri uomini e verso tutte le cose create"⁴⁴.

Ma, secondo la promessa di Dio ai nostri progenitori, il suo progetto della creazione conosce un terzo momento. All'universalità del peccato e della morte consegue l'universalità della salvezza in Cristo.

4. Il momento della nuova creazione dell'uomo "a somiglianza di Cristo"

Infatti, "come... per colpa di uno solo si è riversata su tutti gli uomini la condanna, così anche per l'opera di giustizia di uno solo si riversa su tutti gli uomini la giustificazione che dà la vita"⁴⁵. L'Apostolo delle genti è convinto che si tratta del terzo, ed ultimo momento, del progetto creatore di Dio. Lo afferma con parole esplicite quando rivela agli Efesini il piano divino di salvezza. "Benedetto Iddio e Padre del Signor nostro Gesù Cristo, il quale ci ha benedetti con ogni sorta di benedizioni spirituali, nelle regioni celesti, in Cristo. Così egli ci ha prescelti in lui, prima della fondazione del mondo, a essergli santi e senza macchia al suo cospetto, a vendoci, nel suo amore, predestinati a essere figli adottivi, per Gesù Cristo, secondo il beneplacito della sua volontà, affinché fosse magnificata la gloria della grazia sua, della quale ci ha favoriti nel Diletto"⁴⁶. Il vincitore del male e della sollevazione dell'uomo dalla caduta, predetto dal Padre nel libro della Genesi è, dunque, Cristo. La Tradizione cristiana, infatti, ha visto nel passo del "Protovangelo"⁴⁷, l'annuncio del "nuovo Adamo"⁴⁸, che, con la sua obbedienza "fino alla morte di croce"⁴⁹ ripara sovrabbondantemente la disobbedienza di Adamo⁵⁰. Ha ragione

l'Apostolo quando parla di una riparazione sovrabbondante, poiché, infatti, la santità e giustizia originali – paradisiache vengono di molto superate dalla gloria della nuova creazione in Cristo⁵¹.

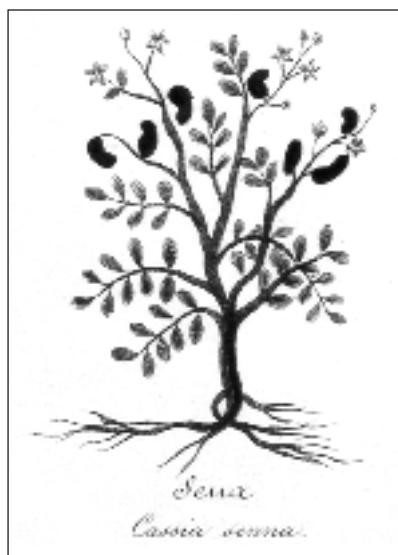
Annoto che con questa missione salvifica di Cristo entriamo nel vivo della risposta al quesito della nostra conferenza, che è, allo stesso tempo, una risposta alla sfida "pietrina" della nostra testimonianza di speranza. Al quesito se l'uomo con un disagio della mente è sempre ad immagine e somiglianza di Dio, rispondo: certamente è sempre "ad immagine di Dio"; non solo, ma anche, in qualche modo, è sempre e più ancora "a somiglianza di Cristo". A scanso di equivoci avverto che non entro nella questione dello stato di grazia delle persone e, neppure, nella questione a quale religione esse appartengono. Penso ad ogni persona umana che soffre un disagio mentale.

La risposta si fonda, da una parte, sulla dottrina della Chiesa che *l'uomo*: «Sfigurato dal peccato e dalla morte, ...rimane "a immagine di Dio", ...ma è privo "della Gloria di Dio"⁵², della "somiglianza"⁵³; dall'altra, e soprattutto, che la promessa divina, fatta ad Abramo, inaugura l'Economia della salvezza, al termine della quale il Figlio stesso aumenterà "l'immagine" e la restorerà nella "somiglianza" con il Padre, ridonandole la Gloria, lo Spirito "che dà la vita"⁵⁴. La risposta della nostra speranza è quella della speranza con-

tro ogni speranza della discendenza che Dio promise ad Abramo e che è Cristo. In lui l'effusione dello Spirito santo avrebbe riuniti "insieme i figli di Dio che erano dispersi"⁵⁵. Dio, infatti, si era impegnato, con giuramento⁵⁶, al dono del suo Figlio Prediletto⁵⁷ e al dono "dello Spirito Santo che era stato promesso... in attesa della completa redenzione di coloro che Dio si è acquistato"⁵⁸.

Dunque, Il Figlio Prediletto del Padre ha assunto la nostra carne: "E il Verbo s'è fatto carne e ha dimorato fra noi e noi abbiamo contemplato la sua gloria, gloria che come unigenito ha dal Padre, pieno di grazia e di verità"⁵⁹. Ora, che Cristo ha assunto la nostra carne cioè è diventato uno di noi, vuol dire che l'uomo è rimasto, anche dopo il peccato, un essere "a immagine di Dio". Ma, e ciò è molto importante, l'uomo per il quale Cristo si è fatto uomo era privo della santità originale ossia della Gloria di Dio, della somiglianza "paradisiaca" di Dio. Ecco perché San Paolo scrive ai Galati: "Ma quando venne la pienezza del tempo, Dio mandò il suo Figlio, nato da donna, nato sotto la Legge, per riscattare coloro che erano sotto la Legge, perché ricevessimo l'adozione a figli"⁶⁰. In altre parole e più incisive: il Verbo si è fatto carne perché diventassimo "partecipi della natura divina"⁶¹. "Infatti, precisa Sant'Ireneo, questo è il motivo per cui il Verbo si è fatto uomo, e il Figlio di Dio, Figlio dell'uomo: perché l'uomo, entrando in comunione con il Verbo e ricevendo così la filiazione divina, diventasse figlio di Dio"⁶². Anche Sant'Atanasio scrive. "Infatti il Figlio di Dio si è fatto uomo per farci Dio"⁶³. E L'Aquinate asserisce: "L'Unigenito Figlio di Dio, volendo che noi fossimo partecipi della sua divinità, assunse la nostra natura, affinché, fatto uomo, facesse gli uomini dei"⁶⁴.

Dunque, Cristo ha restaurato, nell'uomo caduto cioè privo della somiglianza con Dio, "quella somiglianza di Dio" che è "Propria di Lui". Infatti, «la natura umana di Cristo appartiene in proprio alla Persona divina del Figlio di Dio che l'ha assunta. Tutto ciò che egli è e ciò che egli fa in essa deriva da "Uno della Trinità". Il Figlio di



Dio, quindi, comunica alla sua umanità il suo modo personale d'esistere nella Trinità⁶⁵. E siccome ognuno di noi è stato assunto dal Verbo⁶⁶, possiamo affermare che tutta la ricchezza di Cristo "è destinata ad ogni uomo e costituisce il bene di ciascuno"⁶⁷.

Va bene, tutto questo vale per ogni persona umana, ma vale, ed è il nostro quesito, anche e "sempre" per l'uomo sofferente di un disagio mentale. La risposta è un sì ancora più valido. "Siamo chiamati a formare, precisa il CCC, una cosa sola con lui; egli ci fa comunicare come membra del suo Corpo a ciò che ha vissuto nella sua carne per noi e come nostro modello"⁶⁸. Di più: a ogni uomo, in qualsiasi situazione si trovi, la Chiesa ha questa buona notizia da dare: "Dio ama questa tua vita, sana o malata, felice o infelice, virtuosa o sfigurata dal peccato, perché Cristo la vive insieme a te, condividendo i tuoi beni e le tue miserie, come se fossero suoi"⁶⁹. Dalla "somiglianza cristica" consegue, dunque, che Cristo, appunto perché "l'uomo perfetto" è il modello della vita di ogni uomo.

San Paolo si vanta, giustamente, di non predicare se stesso, ma Cristo Gesù come Signore. Perciò le sue parole e, soprattutto, la sua vita testimoniano di una forza presente, proprio, nella fragilità e nella sofferenza dell'uomo. "Sempre, scrive ai Corinzi, portiamo nel nostro corpo i patimenti di Gesù morente, affinché anche la vita di Gesù sia manifestata nel nostro corpo... Perciò, in noi, compie l'opera sua la morte e, in voi, la vita"⁷⁰.

Notiamo attentamente che San Paolo connette intrinsecamente la morte di Cristo, che lui (l'Apostolo) porta nella sua carne mortale, con una forza trascendente di vita, appunto, inherente alla sofferenza e alla morte. Alla luce della fede, Paolo non esita a scrivere su questo nesso di "potenza" tra sofferenza-morte e vita che "colui che ha risuscitato il Signore Gesù risusciterà anche noi con Gesù e ci farà comparire davanti a lui insieme con voi... Ecco perché noi non ci scoraggiamo; anzi, ancorché in noi l'uomo esteriore si consumi, tuttavia quello interiore si rinnova di giorno in giorno"⁷¹.

La sofferenza e la morte della esistenza umana sulla terra possono diventare, appunto perché capaci di rinnovare di giorno in giorno questa esistenza, fattori effettivi ed, addirittura, fonti inesauribili di attesa in una gloria eterna. Questa speranza, che non deluderà mai, non solo non scoraggia, ma rivolge lo sguardo oltre il visibile ed al di là delle cose effimere. L'uomo della nuova creazione si distingue, perciò, quando professa e confessa, con la certezza assoluta della fede di Paolo e di tutti i credenti in Cristo, che "se la nostra abitazione terrestre, questa nostra tenda, viene distrutta, avremo nei cieli una abitazione di Dio, una casa eterna non costruita da mano d'uomo. E infatti noi sospiriamo in questa tenda, bramando di sopravvestirci di quella nostra abitazione celeste;... E chi proprio a questo ci ha preparato è Dio, il quale ci ha dato il pegno dello Spirito"⁷².

Alla luce di questa fede, mi sento autorizzato ad affermare, che ogni sofferente e, soprattutto, il sofferente di un disagio mentale non solo *si assomiglia* al Crocifisso, ma diventa, in modo particolare, una persona "*a somiglianza di Cristo*" perché partecipe della sofferenza e della morte di croce di Cristo. Questa risposta ci coinvolge, come è ovvio, ad esprimerci sul valore salvifico del mistero della croce. Ad ogni modo una persona, segnata dalla croce di un disagio mentale, ci sfida a giudicare questa sua croce: o una follia o una potenza. Davvero questa

persona più di qualsiasi altra persona, può porre, a noi uomini di oggi, le provocatorie domande di San Paolo. "Dov'è il sapiente? dove il letterato? dove il sofista di questo secolo? Non ha forse Iddio resa folle la sapienza di questo mondo?" E la persona del disagio mentale, più di ogni altra persona, ha il diritto di rispondere: "Daché, infatti, il mondo non seppe con la sua sapienza conoscere Iddio nelle manifestazioni della sapienza divina, Iddio si compiacque di salvare i credenti mediante la stoltezza della predicazione. E dato che i Giudei domandano miracoli e i Greci vanno in cerca di sapienza, noi, all'opposto, predichiamo un Cristo crocifisso, oggetto di scandalo per i Giudei e follia per i pagani, ma per quelli che sono chiamati, siano essi Giudei o Greci, un Cristo che è potenza di Dio e sapienza di Dio"⁷³.

Eccoci alla conclusione: le persone che soffrono di un disagio mentale sono, come ogni altro uomo, *sempre un essere "a immagine di Dio"*; e, da un certo punto di vista, esse lo sono ancora di più, perché il Figlio di Dio ha assunto, appunto, l'uomo segnato, a causa del peccato, dalla sofferenza e dalla morte. Così pure, le persone che soffrono un disagio mentale sono più di ogni altra persona, *sempre un essere "a somiglianza di Cristo"*, appunto perché sfidano ognuno ad esprimersi di fronte al valore salvifico del mistero della sofferenza e della morte di croce di Cristo.

Dunque, a immagine di Dio, perché si tratta di una qualifica "antropologico-religiosa" che non dipende né dall'avere e né dal sapere e, neppure, da una più o meno "effettiva capacità" di volere e d'intendere, ma dal loro "essere persona", ossia, dal loro essere unità di corpo e di anima. Il loro essere immagine di Dio dipende, unicamente, dal fatto che il loro essere-corporeo è dotato di un'anima spirituale. Il loro corpo, la loro mente, la loro volontà sono "a immagine di Dio", appunto, perché animati da quella loro anima spirituale *direttamente creata* da Dio e *non prodotta* dai genitori. Non è l'uso delle loro capacità mentali a farle essere "ad immagine di Dio". Certo, questo uso manifesterebbe



questo loro essere, ma non n'è la causa e meno ancora la "conditio sine qua non".

Le persone sofferenti di un disagio mentale sono, da un certo punto di vista, ancora più "a somiglianza di Cristo" perché tutte, l'una più e l'altra meno, sono segnate dalle caratteristiche "profetiche" del servo sofferente di Jahve. "Non ha apparenza né bellezza così da attirare i nostri sguardi, non splendore perché ce ne possiamo compiacere... perché il suo aspetto era troppo sfigurato per un uomo, la sua forma era troppo diversa da quella dei figli dell'uomo"74. Tuttavia, oltre a questa, diciamo, "configurazione esterna con Cristo", vi è una somiglianza di carattere più interna. I padri del Vaticano II asseriscono: "Con l'incarnazione il Figlio di Dio si è unito in certo modo a ogni uomo. Ha lavorato con mani d'uomo, ha pensato con mente d'uomo, ha agito con volontà d'uomo"75. Ora, se è vero che il mistero di ogni uomo trova, in realtà, vera luce solamente nel mistero del Verbo, questo è, anzitutto e soprattutto, vero di ogni uomo sofferente di un disagio mentale.

Poiché proprio, come servo sofferente, egli si è unito ad ogni persona sofferente di un disagio mentale. Quindi, Cristo ha assunto queste loro sofferenze. Ma allora, ed ecco la testimonianza di speranza e la risposta al quesito del "sempre": nel giorno della risurrezione, ogni persona sofferente di un disagio mentale parteciperà, in modo del tutto particolare, alla gloria del Cristo Risorto, appunto perché ha partecipato e manifestato nel suo corpo, in modo particolare, la potenza "risuscitatrice" della sofferenza e della morte di Cristo76. Termino, accentuando la testimonianza di speranza che ci offre ogni persona con un disagio mentale: è una immagine di Dio, *sfigurata*, che ci offre la garanzia divina che tutti gli uomini sono già stati restaurati a somiglianza di Cristo, *trasfigurato*.

P. BONIFACIO HONINGS, O.C.D.
Membro della Pontificia
Accademia per la Vita
Consulente della Congregazione
per la Dottrina della Fede
e del Pontificio Consiglio della
Pastorale per gli Operatori Sanitari

Note

- ¹ *I Pt.3*, 14-15.
- ² Cfr. *Genesi*, 1, 1-25.
- ³ *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 340; in seguito citerò, *CCC*, n....
- ⁴ Cfr. *Genesi*, 2, 7.
- ⁵ *Genesi*, 1, 26.
- ⁶ *Genesi*, 2, 15.
- ⁷ Cfr. *Genesi*, 3, 17-19.
- ⁸ *CCC*, n. 378.
- ⁹ *CCC*, n. 375.
- ¹⁰ *CCC*, n. 379.
- ¹¹ Cfr. *Genesi*, 3, 9.
- ¹² Cfr. *Genesi*, 3, 15.
- ¹³ *CCC*, n. 410.
- ¹⁴ *CCC*, n. 374.
- ¹⁵ *Gaudium et Spes*, n. 12. in seguito citerò, *GS*, n....
- ¹⁶ Cfr. *ibidem*.
- ¹⁷ *GS*, n. 14.
- ¹⁸ Cfr. *CCC*, n. 357.
- ¹⁹ Cfr. CEI, *La verità vi farà liberi*, Catechismo degli adulti. Roma 1995, p. 188.
- ²⁰ *Ibidem*.
- ²¹ *Genesi*, 2, 7.
- ²² *CCC*, n. 364.
- ²³ *CCC*, n. 365.
- ²⁴ *CCC*, n. 366.
- ²⁵ Cfr. *Is. 49, 14-15; 66, 13; Sal. 131, 2-3.*
- ²⁶ Cfr. *Os. 11, 1-4; Ger. 3, 4-19*. Cfr. *CCC*, n. 370.
- ²⁷ Cfr. *Genesi*, 1, 22.
- ²⁸ *Dt. 30, 19.*
- ²⁹ *I Ts. 5, 23.*
- ³⁰ Concilio Vaticano I: DS 3005.
- ³¹ Cfr. Pio XII, Lett. enc. *Humani generis*: DS 3891; cfr. anche *CCC*, n. 367.
- ³² *Lumen Gentium*, n. 2.
- ³³ Cfr. *Genesi*, 2, 17; 3, 19.
- ³⁴ Cfr. *Genesi*, 3, 16.
- ³⁵ Cfr. *Genesi*, 2, 25.
- ³⁶ *CCC*, n. 376.
- ³⁷ Cfr. *I Gv. 2, 16.*
- ³⁸ *CCC*, n. 377.
- ³⁹ *CCC*, n. 398.
- ⁴⁰ Cfr. *Genesi*, 3, 1-11.
- ⁴¹ *CCC*, n. 397.
- ⁴² *CCC*, n. 398.
- ⁴³ Cfr. *Rom. 3, 23.*
- ⁴⁴ *GS*, n. 13.
- ⁴⁵ *Rom. 5, 18.*
- ⁴⁶ *Ef. 1, 3-6.*
- ⁴⁷ Cfr. *Genesi*, 3, 15.
- ⁴⁸ Cfr. *I Cor. 15, 21-22. 45.*
- ⁴⁹ *Fil. 2, 8.*
- ⁵⁰ Cfr. *Rom. 5, 19-20; CC, n. 411.*
- ⁵¹ Cfr. *CCC*, n. 374.
- ⁵² *Rom. 3, 23.*
- ⁵³ *CCC*, n. 705.
- ⁵⁴ *CCC*, n. 705.
- ⁵⁵ *Gv. 11, 52.*
- ⁵⁶ Cfr. *Lc. 1, 73.*
- ⁵⁷ Cfr. *Genesi*, 22, 17-19; *Rom. 8, 32; Gv. 3, 16.*
- ⁵⁸ *Ef. 1, 13-14.*
- ⁵⁹ *Gv. 1, 14.*
- ⁶⁰ *Gal. 4, 4-5.*
- ⁶¹ *2 Pt. 1, 4.*
- ⁶² SANT'IRENEO DI LIONE, *Adversus haereses*, 3, 19, 1.
- ⁶³ SANT'ATANASIO DI ALESSANDRIA, *De Incarnatione*, 54, 3: PG 25, 192 B.
- ⁶⁴ SAN TOMMASO, *Opusculum 57 in festo Corporis Christi*, 1. Cfr. *CCC*, 460.
- ⁶⁵ *CCC*, n. 470.
- ⁶⁶ Cfr. *GS*, 22.
- ⁶⁷ GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Redemptor hominis*, 11.
- ⁶⁸ *CCC*, n. 521.
- ⁶⁹ CEI, *La verità vi farà liberi*, n. 1015.
- ⁷⁰ SAN PAOLO, *2 Corinzi*, 4, 10-12.
- ⁷¹ *Ibidem*, 4, 14-16.
- ⁷² *Ibidem*, 5, 1-2. 5.
- ⁷³ *I Cor. 1, 20-24.*
- ⁷⁴ *Isaia*, 53, 2; 52, 14.
- ⁷⁵ *GS*, n. 22.
- ⁷⁶ Cfr. *Col. 3, 3-4; Ef. 2, 26.* A conferma inconfondibile e indiscutibile riporto la riflessione da un discorso di Sant'Atanasio: "Per questo Cristo è morto ed è ritornato alla vita: per essere il Signore dei morti e dei vivi" (*Rom. 14, 9*). «Non per altro motivo infatti egli disse sulla terra, incatenata da antiche catene, se non per infrangere le porte di bronzo e spezzare le sbarre di ferro della morte e per trarre a sé dalla corruzione la nostra vita, donandoci la libertà al posto della schiavitù. Se non appare ancora ultimata l'opera di questo disegno divino (gli uomini infatti continuano a morire e i corpi si dissolvano nella morte), il fatto non deve certo per questo diventare motivo di diffidenza. Già in anticipo infatti abbiamo acquisito un pugno... come dice Paolo: "Con lui ci ha risuscitati e ci ha fatti sedere nei cieli, in Cristo Gesù" (*Ef. 2,6*)... L'Apostolo inoltre dice che questo fatto, a lui ben noto, si sarebbe avverato per tutto il genere umano per mezzo di Cristo, "il quale trasfigurerà il nostro misero corpo per conformarlo al suo corpo glorioso" (*Fil. 3,21*). Se dunque la trasfigurazione è il cambiamento in un corpo spirituale e questo è conforme al corpo glorioso di Cristo, Cristo è certo risorto con un corpo spirituale; esso non è altro che il corpo seminato ignobile (cfr. *I Cor. 15, 43*), ma mutato poi in glorioso». (SANT'ANASTASIO, *Discorso 5 sulla risurrezione di Cristo*, 6-7. 9; PG 89, 1358-1359: 1361-1362).



JUAN J. LOPEZ-IBOR, JR.

La ricerca nella neuroscienza: il suo influsso sulle malattie mentali

Paesi come gli Stati Uniti, il Giappone e quelli appartenenti all'Unione Europa, hanno sviluppato negli ultimi anni programmi di ricerca sul sistema nervoso conosciuti come *decade del cervello* o *decade della ricerca sul cervello* (Commissione Europea, 1992) per potenziare la conoscenza dell'organo più complesso e caratteristico dell'essere umano e, nel contempo, per trovare soluzioni pratiche per affrontare le malattie e i problemi psicosociali relazionati con le loro disfunzioni e patologie. In seguito farò riferimento ai risultati più importanti raggiunti grazie a questi sforzi.

D'altra parte, è necessario fare una riflessione sui limiti della ricerca scientifica in questo campo e sull'importanza che hanno i principi etici nella stessa. I due aspetti sono essenziali per raggiungere il fine ultimo delle inquietudini degli uomini di scienza che è quello di conoscere meglio la natura e la condizione umana per poter aiutare coloro che soffrono a causa di una malattia.

Sfida delle malattie mentali e del cervello

L'esigenza di coordinare gli sforzi di diverse discipline sotto l'unico segno della neuroscienza, è conseguente alla portata della sofferenza personale, all'influenza che questa ha nel campo sociale e nell'impatto economico di malattie con una elevata prevalenza. A questo dobbiamo aggiungere il fatto che l'aumento della longevità comporta una maggiore incidenza delle demenze, come quella di Alzheimer, di

disturbi cerebro-vascolari e della motilità e conseguenze a breve e lungo termine di malattie croniche come l'epilessia e il ritardo mentale.

L'aumento di comportamenti dipendenti trova nella società dei consumi il suo miglior terreno di coltura. Questo vuol dire che la patologia del sistema nervoso comporta problemi individuali, tensioni familiari e, a livello comunitario, un impatto sociale rilevante, la perdita di produttività e altre conseguenze negative molto importanti.

Quando parliamo di prevalenza, in molti casi stiamo parlando di milioni di persone colpite in paesi di medie dimensioni come la Francia, l'Italia o la Spagna. Secondo i dati forniti dalla *National Foundation for Science Research* (1989) il costo totale di queste malattie negli Stati Uniti

superà i 400 miliardi di dollari annuali, e ciò equivale al 7,3% del prodotto nazionale lordo. Di essi, 136 miliardi appartengono a disturbi psichiatrici, 104 a quelli neurologici, 90 al consumo di alcol e 71 a quello delle droghe. Per valutare bene queste cifre, dobbiamo tener conto che le spese indirette sono maggiori di quelle destinate all'assistenza diretta e che a queste bisogna aggiungere la sofferenza personale dei malati, quella dei loro parenti e quella che ricade su altri individui del gruppo sociale.

Per estrapolazione, in Europa si calcola una spesa annua di 109 milioni di ECU, dei quali 43 milioni destinati all'assistenza ed il resto alle spese secondarie (Commissione Europea, 1992). In Germania, nel 1988, si calcolava che il 14% della popolazione, 11,5 milioni di persone, soffriva di un disturbo psichiatrico. Nello stesso anno, sono andati persi 18,9 milioni di giorni lavorativi come conseguenza degli stessi disturbi (*Bundes Minsiter für Arbeit*, 1991). Riassumendo, si calcola che nei paesi dell'Unione Europea il costo relativo alle spese per malattie del sistema nervoso sia dell'ordine del 20% del totale della spesa sanitaria.

Le malattie mentali, fanno sì che coloro che ne sono colpiti e coloro che le combattono, si trovano di fronte ad uno dei più grandi e più intimi misteri della natura umana. Sua Santità Giovanni Paolo II lo fece presente nelle parole indirizzate, nel gennaio 1992, alla delegazione dei membri dell'Associazione Americana di Psichiatria e dell'Associazione Mondiale di Psichiatria:



By its very nature, your work often brings you to the threshold of the human mystery. It involves a sensitivity to the often tangled workings of the human mind and heart, and an openness to the ultimate concerns which give meaning to people's lives. These are areas of almost importance to the Church, and they call to mind the urgent need for a constructive dialogue between science and religion for the sake of shedding greater light on the mystery of man in its fullness.

Only by transcending themselves and living a life of self-giving and openness to truth and love individuals can reach fulfillment and contribute to building an authentic human community.

La Banca Mondiale ha pubblicato alcuni dati che ci permettono di valutare, seppur in modo approssimativo, la disabilità prodotta da diverse malattie, utilizzando come indice gli anni persi proprio a causa di essa (*Disability-adjusted life years, DALYs*). Il 34% di essi è prodotto da problemi di comportamento, l'8,1% da malattie mentali in senso stretto e il 3,2% da malattie vascolari-cerebrali. Infine, bisogna dire che il 45% dei DALYs ha qualcosa a che vedere con la condotta o con l'organo dal quale dipendono, il cervello.

Tendenze della neuroscienza

La neuroscienza ha quattro obiettivi principali:

1. Studiare il cervello e il sistema nervoso in generale;
2. Approfondire la conoscenza delle relazioni tra il cervello, la mente e il comportamento;
3. Stabilire dei ponti tra la biologia, le scienze umanistiche, la sociologia e le scienze della computazione;
4. Ricercare l'origine, la diagnosi ed il trattamento delle malattie che dipendono dal cervello e dal sistema nervoso.

La neuroscienza ha sviluppato una grande varietà di strumenti per la ricerca, sempre più sofisticata. Tra gli strumenti bisogna menzionare quelli apportati dalla biologia molecolare, che studia

l'espressione dei geni; la genetica; la biofisica, che permette di visualizzare dei segni individuali tra i neuroni; nuove forme di microscopia elettronica; la costruzione di immagini con radioisotopi e magnetiche, che visualizzano sempre meglio la struttura e la funzione del cervello in soggetti vivi in condizioni normali o mentre realizzano determinati compiti; le colture di cellule e tessuti vivi; la tecnologia della computazione e la strumentazione elettronica automatica, che facilitano tecniche e strategie per ottenere farmaci sempre più specifici.

Possiamo raggruppare in cinque grandi campi i temi più importanti della ricerca della neuroscienza moderna:

1. Il neurone, cioè, la cellula nervosa, che comprende gli studi riguardanti:

a) gli elementi chimici che trasmettono il segnale da un neurone all'altro (neurotrasmettitori, neuromodulatori, neuropeptici, ormoni), i suoi recettori, canali, trasportatori e messaggeri, che intervengono nella comunicazione tra i neuroni e tra il sistema nervoso e altri sistemi come l'endocrino e quello immunologico;

b) La struttura proteica e degli aspetti biofisici e biochimici dei segnali;

c) La genesi, migrazione di particelle neuronali, lo scheletro cellulare, le interazioni tra neuroni e altre cellule, la struttura e funzio-

ne della sinapsi e, cioè, della struttura che collega un neurone all'altro.

2. Il cervello nel suo insieme; attraverso studi sul modo con cui questo organo costruisce la percezione del mondo a partire dai segni sensoriali elementari; la visualizzazione del cervello (immaginazione cerebrale) e lo studio del suo metabolismo in esseri viventi ed i meccanismi dei farmaci che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale, la cui conoscenza è essenziale per l'individuazione di nuovi farmaci.

3. Lo sviluppo e la plasticità del sistema nervoso: includendo il modo con cui si sviluppa il sistema nervoso, le sue cellule e gli organi intracellulari, di come si rigenera e i fattori di crescita e trapianto di cellule. Bisogna includere qui gli studi sul danno e la morte cellulare (tra cui la morte spontanea), l'invecchiamento normale o patologico e la neurotossicità (influenza di tossici esogeni ed endogeni sui neuroni).

4. Il comportamento dell'individuo: bisogna mettere in primo piano gli studi sulla cognizione, sull'apprendimento e sulla memoria, sulla motivazione, sulle emozioni, sull'intelligenza e quelli riguardanti la psicolinguistica, la psicologia, la neuropsicologia, l'etologia e l'intelligenza artificiale.

5. La patologia: che comprende le malattie psichiatriche, neurologiche, cerebro-vascolari, i meccanismi del dolore, quelli sull'abuso e dipendenza da sostanze, e le patologie relative allo sviluppo e all'invecchiamento.

Esempi di ricerche con una prospettiva integrale

Ci sono due esempi che illustrano molto bene ciò che è e può essere il progresso in questo campo. Il primo riguarda gli studi sull'origine della schizofrenia, una forma grave di malattia mentale che colpisce il 1% della popolazione (Tsuang et al., 1991) e che soltanto alcune decadi fa con molta probabilità condannava chi ne soffriva a finire in un manicomio mentre oggi si può ottenere un recupero di almeno il 50% dei colpiti.



Nel corso di molti anni gli psichiatri hanno studiato l'influsso nella schizofrenia di fattori biologici (genetici o acquisiti) psicologici, familiari e sociali. Negli ultimi anni è apparso un modello chiamato di vulnerabilità, che permette di spiegare, anche se in modo approssimativo, cosa succede nella malattia. Il modello si basa sulla presenza di una certa carica genetica (la concordanza nei gemelli univitelini, cioè identici, è del 50%, mentre nei gemelli bivitelini è dell'ordine del 10%, la stessa proporzione tra i fratelli di sangue; Tsuang et al., 1991) e di fattori ambientali. Tra questi ultimi c'è un ampio spettro di fattori psicosociali e biologici, alcuni dei quali colpiscono l'individuo ed il suo cervello in epoche molto precoci dello sviluppo, e altri incidono durante l'adolescenza quando si scatena la malattia.

Tecniche di neuroimmagine come la tomografia assiale computerizzata (Nasrallah et al., 1982, Messimy et al., 1984) e la risonanza magnetica (Andreasen et al., 1986), mettono in risalto anomalie nello sviluppo del cervello e soprattutto le sue asimmetrie. La cosa curiosa è che l'asimmetria cerebrale è accompagnata da una asimmetria parallela delle ossa del cranio (Messimy et al., 1985; Falkai et al., 1992), e ciò vuol dire che quanto è accaduto nel cervello, ha avuto luogo nei primi mesi di vita, prima che il cranio avesse finito la sua ossificazione. Queste anomalie non sono progressive e non sono in relazione con l'evoluzione della malattia, e ciò contribuisce all'origine precoce e non evolutiva delle stesse (Andreasen et al., 1986).

Altri dati che sostengono questa origine precoce sono gli studi sui coorti, cioè su un insieme di individui lungo molti anni o decenni, come può essere lo studio danese riguardante la schizofrenia (Parmas et al., 1982); Mednick et al., 1987). Ciò dimostra la necessaria presenza di fattori diversi quali i danni cerebrali in tempi precoci, condizioni negative nella crescita dell'individuo (famiglie distrutte, orfanotrofi, condizioni negative ed una educazione povera) durante l'infanzia. La teoria virale della schizo-

frenia (Adams et al., 1993) è sostenuta da una, non sempre dimostrata, relazione tra individui che sono nati durante l'inverno (pertanto più esposti ai virus) e in determinati anni in cui ci siano state maggiori epidemie virali, che potrebbero lasciare tracce sottili ed influire nello sviluppo del cervello.

Il modello della vulnerabilità spiega l'interazione tra i fattori cerebrali e altri di carattere biografico. La malattia in genere sorge durante l'adolescenza, e in modo più precoce nei maschi che nelle femmine (Beiser et al., 1990) e molte volte a partire da fattori stressanti concreti, che hanno a che vedere con situazioni di isolamento sociale brusco (ad es., la migrazione). Questi fattori sono capaci di scatenare la malattia in individui vulnerabili. Il disturbo dello sviluppo, prima menzionato, si manifesta attraverso tracce concrete della personalità, del tipo di tendenza all'isolamento emozionale e ad una comunicazione interpersonale povera che gli hanno permesso di vivere in condizioni di sufficienza, seppure limitate, che in seguito diventano totalmente insufficienti di fronte ad esigenze nuove.

Lo studio danese, che abbiamo citato, parte da un campione di bambini di sette anni di età, a elevato rischio di schizofrenia in quanto figli di madri schizofreniche nei quali ci si può aspettare

che il 10% svilupperanno la malattia. Questa proporzione è 10 volte più elevata di quella della popolazione in generale. L'osservazione effettuata lungo diverse decadi ha identificato un numero di soggetti che sviluppano una schizofrenia, altri che sono normali e un terzo gruppo che patisce un disturbo schizofrenico, chiamato disturbo schizoide. Questo condivide alcuni segni della schizofrenia, quali l'isolamento nella comunicazione, le difficoltà nella relazione sociale, nell'identità ed alterazioni emozionali, ma non presentano in lui sintomi deliranti né allucinazioni, e il suo percorso non è così problematico.

In questo studio, i precedenti biografici negativi e di danni cerebrali dimostrano che sono frequenti più negli schizofrenici che in quelli nei quali non sviluppano nessuna malattia e in questi più negli schizoidi. Questi dati si possono interpretare nel senso che lo schizoide ha ereditato una predisposizione genetica nei confronti della malattia, ma una vita eccezionalmente favorevole lo ha protetto contro l'insorgere di essa, mentre avviene il contrario negli schizofrenici.

Questo modello di ipotesi apre le porte alle prevenzione e nella cura della malattia, in quanto non si tratta di una malattia progressiva, ma di una malattia che ha un periodo concreto di rischio, quello che va dai 15 ai 25 anni nei maschi e alcuni anni più tardi nelle donne.

Il secondo esempio lo troviamo nei malati con un disturbo limite (*borderline*) della personalità e condotte suicide impulsive, nei quali abbiamo trovato (López-Ibor et al., 1990), attraverso una tecnica di stimoli neuroendocrini (test di fenilfluramide) in confronto con i controlli, alte concentrazioni basali di *cortisol* (suggerendo un elevato livello di stress) e una risposta molto piatta allo stimolo (suggerendo una capacità ridotta di rispondere agli stimoli esterni). Lo stesso campione appare negli individui dipendenti da eroina in cura di mantenimento con *naltrexone*.

La chiave per interpretare questi risultati la troviamo nei lavori di Sapolsky (1990) il quale ha



studiato nella savana africana di Serengeti l'adattamento allo stress di un determinato tipo di scimmie (*papiones*). Le colonie di queste scimmie vivono in circostanze molto favorevoli, al riparo da predatori o da alti e bassi nella quantità e qualità dell'alimentazione disponibile. La società privilegiata delle scimmie di Serengeti è attualmente gerarchizzata. I maschi dominanti raggiungono il loro rango mediante un sistema di alleanze, di tradimenti e di lotte che, una volta raggiunto, si mantiene grazie ad un repertorio di gesti convenzionali. I maschi di rango inferiore hanno nel sangue concentrazioni costantemente elevate di idrocortisona, l'ormone dello stress, mentre nei dominanti i tassi sono bassi. Nonostante ciò, le concentrazioni aumentano rapidamente in questi ultimi nei momenti di stress e diminuiscono appena è stato superato, mentre in quelli di livello gerarchico basso, che vivono in uno stato di stress permanente, non riescono a mettere in moto altre risorse di adattamento (aumento della secrezione di idrocortisona) quando si presentano nuovi avvenimenti stressanti. Che si tratti della conseguenza del rango e non la sua causa (l'alternativa è quella che le scimmie meglio dotate fisiologicamente per rispondere a situazioni stressanti raggiungerebbero il ruolo più elevato) si è potuto dimostrare dopo la rivoluzione avvenuta nel 1981. Durante il periodo rivoluzionario i membri della colonia occuparono successivamente ruoli diversi e nonostante ne esistesse sempre uno superiore che riusciva a far valere i suoi privilegi, si era persa la stabilità della società e con essa la fisiologia adattata allo stress dei maschi dominanti, i quali durante tutto il periodo rivoluzionario ebbero, come il resto delle scimmie, elevate concentrazioni molto prolungate di idrocortisona. Ritrovata la calma, si ricuperò il campione normale riguardante il ruolo gerarchico di ognuna delle scimmie, indipendentemente da quale fosse il campione di secrezione di cortisolo e di testosterone di ognuna di esse prima della rivoluzione, e ciò si deve interpretare nel senso che i cambia-

menti ormonali sono una conseguenza e non una causa del rango sociale.

Il problema della verità in psichiatria

La definizione classica di delirio, quella di Esquirol (1968) agli inizi del secolo XIX, come idea falsa, soprattutto patologicamente ed inesorabilmente all'argomentazione logica è stata criticata da molti autori, specie da Jaspers (1955) e Schneider (1930, 1949). Che le idee deliranti siano patologiche in quanto soprattutto patologicamente è un ragionamento in circolo vizioso. La veridicità o falsità dell'idea delirante può essere verificata tutti i giorni considerando le idee che sono accettate in determinati contesti culturali e non in altri. In questo modo, il limite tra delirio e credenza diventa discutibile.

Cercando di approfondire la conoscenza delle idee deliranti, Kunz (1954-55) cercò un modello di idea della psicologia del soggetto sano che avesse una struttura analoga alle idee deliranti degli schizofrenici e ne trovò soltanto una, l'idea della morte, nella quale agiscono gli stessi meccanismi di difesa come nelle idee deliranti.

Una delle caratteristiche nucleari del delirante è la sua incapacità di tollerare l'ambiguità,

che lo fa cadere in una certezza inalterabile. L'essere umano vive in due mondi, quello comune (*koinos cosmos*) e quello proprio (*idiros cosmos*) delle sue fantasie ed illusioni. Questa ambiguità è la stessa che ha riguardo al suo corpo (così chiamata da Mereau Ponty, 1942, 1945), del quale può dirsi allo stesso tempo che è e che l'ha (Marcel, 1955). L'ambiguità è un radicale dell'esistenza umana e pertanto della conoscenza. Questa intolleranza del delirante lo porta ad alienare una parte importante della sua vita psichica che smette di appartenergli, cioè, che vive come se non fosse la sua, che appartiene a coloro che lo rimproverano, a coloro che frugano in lui o gli inviano fulmini per ferire il suo corpo o invadere il suo pensiero ed intimità.

Il binomio falsità ed irrefutabile all'argomentazione logica di Esquirol ci ricorda il concetto di pazzia nella Grecia classica come negazione arrogante della realtà. Questa arroganza, l'irrefutabile alla logica, è la certezza delirante che s'impone perfino al proprio malato.

Per molto tempo la psichiatria si è trovata in una situazione d'incomodità davanti al problema della verità, nonostante fosse, come vediamo, dentro la stessa definizione dell'idea delirante. È per questo che lo smantellamento della definizione classica fu sostituito con la definizione dell'idea delirante partendo dalla sua struttura e non dal suo contenuto come fece la scuola di Heidelberg (Jaspers, 1955; Schneider, 1930, 1949). Secondo questa prospettiva, la fedeltà della sposa è in certo senso irrilevante per definire l'idea delirante della gelosia. Niente impedisce al delirio di essere certo. La cura del delirio del geloso non consiste nel fatto che l'altra parte realmente lo inganni, né quella dell'ipocondriaco di patire una grave malattia. Questo processo ha il suo culmine in Schneider (1949) secondo il quale il delirio si concretizza in due forme: la percezione delirante e l'idea delirante.

Secondo il mio punto di vista, questa via è per ora esaurita. Lo stesso Schneider (1951) annunciò la fine della psicopatologia e de-



dicò le riflessioni dei suoi ultimi anni alla teologia. L'analisi del problema della verità è la via per superare la crisi della psicopatologia.

Facendo un breve riassunto possiamo affermare che la verità non è un concetto univoco. Esiste una verità logica opposta alla falsità e una verità metafisica opposta all'illusorio, all'irreale (Ferrater Mora, 1979). Da Aristotele in poi, la verità viene considerata come l'adeguamento dell'intelletto alla cosa. Nonostante ciò, Heidegger (1953, 1964) ha approfondito il concetto di verità così come appare nei filosofi presocratici ed ha considerato la verità come un processo di scoperta, per svelare l'occulto che si apre a noi (la verità come *aletheia*). Questo concetto di verità in Heidegger è simile al processo di ricerca, di rivelazione del senso occulto dei sintomi nevrotici, che avviene nella psicoterapia. Ma c'è ancora dell'altro: in Heidegger la verità confluisce nella libertà, l'essenza della verità è la libertà, libertà di lasciare che le cose (e gli uomini) si manifestino in ciò che sono, che siano quali realmente sono. La verità ha, dunque, un carattere interpersonale, è un processo tra due simili. Il problema della verità nella medicina si riduce, o si allarga se si vuole, all'autentica relazione medico-malato, al processo che svela il significato dei sintomi, della ricerca di abitudini negative ed autodistruttive, della rivelazione del senso dell'esistenza del fondamento della fiducia reciproca, del desiderio e dello sforzo per raggiungere un miglioramento, una cura che nei casi più favorevoli è quella di cercare di raggiungere un livello di autenticità più elevato di quello precedente e, in definitiva, una maggiore libertà, quella di essere il malato come pure di non essere più il medico.

Da questa prospettiva, la falsità dell'idea delirante è più chiara, si conviene che è una falsa verità che, travestita da agnello, viene imposta dall'isolamento come certezza e consenso, è una verità autistica, irraggiungibile dalla ricerca comune a partire dal riconoscimento della contingenza, dell'ambiguità presente. Il problema non è che l'idea di gelosia sia cer-

ta o incerta, ma è la mancanza di una reciproca fiducia del geloso che gli impedisce di andare oltre la propria gelosia.

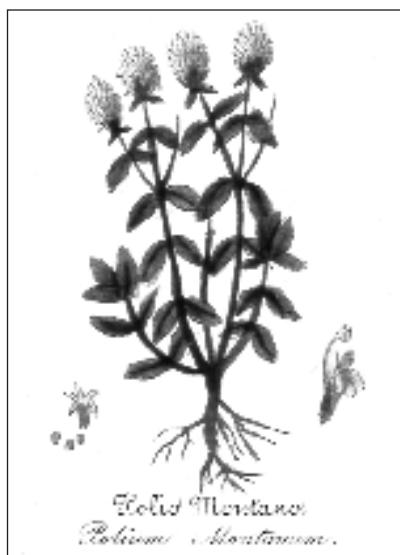
Non bisogna tralasciare il fatto che queste riflessioni hanno una portata pratica molto importante. Le norme di McNaughton (West e Walk, 1977), ad es., che hanno sostenuto la valutazione della responsabilità penale dei malati mentali durante decenni nei paesi anglosassoni, si basano nella rigida applicazione di un malinteso concetto di verità. In altre parole, se colui che vive schiavo della sua gelosia uccide sua moglie o l'amante di questa, presunto o reale che sia, deve avere la pena che merita; infatti, anche nel caso in cui l'infedeltà sia certa, il crimine non è giustificato. McNaughton, un giovane schizofrenico che passò quasi tutta la sua vita presso l'ospedale di Bethlem di Londra, sarebbe stato giustiziato sulla forca, se gli fossero state applicate le norme che portano il suo nome.

L'impostazione di Heidegger ha delle implicazioni molto importanti nella psichiatria. È ovvio che il processo di svelamento, di rivelazione della verità viene affrontato attraverso il processo psicoanalitico, nel quale la relazione interpersonale è la base della conoscenza. D'altra parte, mantiene profonde relazioni con la tradizione religiosa, che a suo tempo interpretò come neotestamentarie (1988). Comunque, ci sono delle

radici più profonde che meritano di essere trattate seppur brevemente.

La radice religiosa del pensiero freudiano non è passata inavvertita. López-Ibor (1975) l'ha messa in relazione con il pensiero agnostico che soggiace in molte religioni e in diverse forme di religiosità. Il manicheismo implicito nel dualismo agnostico offre una base etica apparentemente solida in quanto permette di assumere l'esistenza di due nature, una delle quali giustifica il male e può essere, deve essere, finalmente vinta o redenta dall'altra, nonostante si perdano alcune battaglie durante la guerra. Il problema del male, la struttura del male, è stato considerato come il problema base della scienza, perlomeno delle scienze sociali (Becker, 1980) e ciò significa che la scienza ha di per sé una radice agnosta. Questa affermazione urta contro quella di T.H. Huxley, creatore del termine agnosticismo, da lui considerato come una caratteristica essenziale della scienza: "Semplicemente significa che un essere umano non affermerà di conoscere o di credere in ciò che non può provare scientificamente". Ma questa descrizione racchiude in se stessa un dualismo, ciò che si può conoscere scientificamente e ciò in cui ogni essere umano crede (Huxley adopera il termine incorrettamente) o non crede, il primo accessibile al dominio della tecnica, il secondo appartenente al regno del mistero, dell'enigma o della fantasia, molto affine ai due concetti di verità di Ferrater Mora (1979). La scienza moderna è dunque, allo stesso tempo, gnostica e agnosta.

Il pensiero freudiano non soltanto è gnostico perché scientifico, ma perché si riallaccia ad una tradizione mistica ebraica (Bakan, 1964). È interessante indicare che il processo di lettura dei testi sacri nella religione ebraica si basa su una interpretazione che diventa ricreazione. L'effetto: l'ebraico così come le altre lingue semitiche, non ha vocali scritte. La lettura di un testo obbliga ad intervallare le vocali adeguate che permettono la sua comprensione ed in questo processo bisogna, allo stesso tempo, tentare di essere fedeli al testo



originale, sconosciuto, e al senso del testo nel suo insieme. La lettura è, dunque, un esercizio di svelamento, di rivelazione della parola.

Zarader (1990) ha pubblicato un libro molto profondo sul pensiero di Heidegger, che lo avvicina ad alcune radici finora ignorate, o per meglio dire, negate. Questa filosofia indica che l'aspetto principale è che tutto il suo pensiero è in debito nei confronti di ciò che soggiace in lui e che mai è stato formulato. Rivelare che l'uomo che portò il pensiero moderno fino alle sue radici nella Grecia classica, al tempo e luogo del *logos*, del pensiero parlato, potesse "non pensare" e "non dire" l'elemento essenziale del suo discorso, è sorprendente. La tesi di Zarader è che il pensiero di Heidegger ha una profonda influenza ebraica. I testi vanno oltre l'analogia. Pertanto il poeta Heidegger non è che il profeta della Bibbia e la sua poesia è un'interpretazione nel senso di una rielaborazione del testo citato in precedenza.

Verso una nuova etica

La cosa importante è dedurre da queste considerazioni che nell'indagine scientifica del processo della conoscenza, c'è sempre un elemento personale che deve svilupparsi in un contesto, quello della conoscenza e del pensiero degli altri, in un processo comune. Queste radici etiche della conoscenza hanno ricevuto una grande spinta da ciò che chiamiamo bioetica. Questa disciplina può orientare e dare delle regole per la condotta dei professionisti, ma bisogna sottolineare anche che ogni attività di conoscenza è in se stessa oggetto dell'etica. Forse è Popper (1992) colui che meglio ha espresso tutto ciò negli ultimi tempi descrivendo i principi etici della ricerca della verità, e li ha formulati nel modo seguente.

I principi che sono il fondamento di ogni dialogo razionale, vale a dire, di ogni discussione sulla ricerca della verità, sono di fatto principi etici. Vorrei far risaltare tre di questi principi etici.

1. *Il principio di fallibilità*: for-

se io mi sbaglio e forse lei ha ragione, ma, d'altra parte, entrambi possiamo sbagliarci.

2. *Il principio del dialogo razionale*: senza voler fare una critica personale, certo, ma vogliamo criticamente mettere alla prova le nostre ragioni a favore o contro le nostre diverse (criticabili) teorie. Questo atteggiamento critico al quale aderiamo perché obbligati, forma parte della nostra responsabilità intellettuale.

3. *Il principio di avvicinamento alla verità con il sostegno del dibattito*. Possiamo sempre avvicinarci alla verità con l'aiuto di tali discussioni critiche impersonali (e obiettive) e così facendo possiamo quasi sempre migliorare la nostra intesa, perfino nei casi in cui non raggiungiamo un accordo.

È straordinario che questi tre principi siano di carattere epistemologico e, allo stesso tempo, siano anche principi etici. Tra l'altro, implicano tolleranza.

Successivamente, Popper aggiunge dei principi per una nuova etica professionale basata sui dodici principi seguenti.

1. La nostra conoscenza obiettiva congetturale continua a superare differenziandolo ciò che l'individuo può comprendere. Pertanto: non c'è presenza di autorità.

2. È impossibile evitare tutti gli errori, perfino quelli che, in se stessi, sono evitabili.

3. Continua ad essere nostro

dovere fare tutto il possibile per evitare gli errori. Ma, soprattutto per evitare gli errori dobbiamo essere coscienti in primo luogo della difficoltà che ciò comporta e del fatto che nessuno riesce ad evitarli: nemmeno lo scienziato più creativo che è guidato dall'intuizione.

4. Gli errori possono permanere occulti alla conoscenza di tutti, perfino nelle nostre teorie meglio verificate; pertanto il compito specifico dello scienziato è quella di cercare quegli errori.

5. Dobbiamo, quindi, cambiare il nostro atteggiamento nei confronti dei nostri errori.

6. Il nuovo principio base vuole che per evitare di sbagliarci, dobbiamo imparare dai nostri errori. Cercare di occultare l'esistenza degli errori è il peccato più grande che possa esistere.

7. Dobbiamo stare continuamente in guardia per individuare gli errori specialmente quelli propri, sperando di essere i primi a riconoscerli. Una volta individuati, dobbiamo essere sicuri di ricordarli e di esaminarli da tutti i punti di vista per scoprire il perché sono stati commessi.

8. Forma parte del nostro compito mantenere un atteggiamento autocritico, franco ed onesto nei confronti di noi stessi.

9. Visto che dobbiamo imparare dai nostri errori, dobbiamo imparare anche ad accettarli, perfino con gratitudine, quando gli altri ce li fanno notare. Con questo non voglio dire che i nostri errori siano generalmente da perdonare: non dobbiamo abbassare mai la guardia.

10. Abbiamo bisogno degli altri per scoprire e correggere i nostri errori (così come gli altri hanno bisogno di noi) e abbiamo bisogno di gente che sia stata educata con idee diverse in un mondo culturalmente diverso.

11. L'autocritica è la critica migliore, ma la critica degli altri è una necessità.

12. La critica razionale e non personale (od obiettiva) deve essere sempre specifica. Bisogna lasciarsi guidare dall'idea dell'avvicinamento alla verità obiettiva. In questo senso, la critica deve essere impersonale ma, allo stesso tempo, benevola.



Dichiarazione di Madrid dell'Associazione Mondiale di Psichiatria

L'Associazione Mondiale di Psichiatria, ha appena pubblicato alcune raccomandazioni etiche sotto il nome di *Dichiarazione di Madrid* (World Psychiatric Association, 1996), che sostituiscono quelle precedenti conosciute come *Dichiarazione delle Haway* (World Psychiatric Association, 1977, 1983). Quest'ultima fu fatta nel contesto dell'abuso sulle malattie mentali e sulla psichiatria in regimi totalitari, specialmente nell'antica Unione Sovietica, nella quale i dissidenti politici e altri con ideologie o con una religiosità diverse dal comunismo, venivano diagnosticate come malati mentali e addirittura confinati in strutture psichiatriche. Questo tipo di abuso è quasi scomparso, ma la stigmatizzazione della malattia mentale e la discriminazione nei confronti di coloro che ne sono colpiti, sono presenti in tutti i paesi, perfino in quelli più sviluppati. Le troviamo nelle leggi e nei costumi, nell'atteggiamento generale e nelle opinioni più accettate. Non c'è istituzione nella quale non vengano alla luce. Le possiamo trovare addirittura nell'ambito della stessa assistenza psichiatrica.

La *Dichiarazione di Madrid* parte da un principio di uguaglianza nella relazione umana, a cominciare dalla relazione medico-malato. Il paragrafo più significativo afferma:

Il paziente deve essere accettato nel processo terapeutico come un eguale per diritto proprio. La relazione terapeuta-paziente deve fondarsi sulla fiducia e sul rispetto reciproci, che è ciò che permette al paziente di prendere decisioni libere e consone. Il dovere degli psichiatri è di procurare al paziente una informazione rilevante e significativa affinché possa prendere decisioni razionali in conformità con le sue norme, i suoi valori e le proprie preferenze.

Soltanto se si parte da questo principio è possibile combattere la stigmatizzazione e la discriminazione; bisogna partire da una relazione umana profonda e vera come abbiamo indicato prima. In questo modo, sarà possibile considerare

un'infinità di particolari situazioni riguardanti i ricoveri involontari, la ricerca e la cura.

Se la psichiatria e la neuroscienza in genere, saranno in grado di superare le barriere contro la malattia mentale, di trovare la comunicazione e la relazione con i più alienati tra gli alienati, di cercare la verità assieme a quelli che sono dominati da una verità autistica, sarà possibile la ricerca. Altrimenti, la psichiatria sparirà come disciplina e come pratica e la neuroscienza rimarrà alla deriva, avendo perso l'obiettivo della sua missione, quella di ricercare nella profondità dell'essere umano le sue caratteristiche più specifiche e di reinserire nel mondo degli esseri umani coloro che aveva allontanato, a causa della loro malattia e delle conseguenze da essa provocate.

Prof. JUAN J. LOPEZ-IBOR, Jr.
Cattedratico Capo del Dipartimento
di Psichiatria
Ospedale Universitario San Carlos
Università Complutense di Madrid
Accademico della Reale Accademia
Nazionale di Medicina

Bibliografia

ADAMS W., KENDELL RE., HARE E.H., MUNK-JORGENSEN P., *Epidemiological evidence that maternal influenza contributes to the aetiology of schizophrenia*. Br J. Psychiatry 163: 522-534, 1993.

ANDREASEN N.C., NASRALLAH H.A., DUNN V.D., OLSON S.C., GROVE W.M., EHRHARDT J.C., COFFMAN J.A., CROSSETT J.H.W., *Structural abnormalities in the frontal system in schizophrenia: A magnetic resonance imaging study*. Arch Gen Psychiatry 43: 136-144, 1986.

BAKAN, D., *Freud et la tradition mystique juive*, Payot, Paris, 1964.

BECKER E., *La estructura del mal. Un ensayo sobre la unificación de la ciencia del hombre*. Fondo de Cultura Económica. México D.F., 1980.

BEISER M., IACONO W.G., *An update on the epidemiology of schizophrenia*. Canadian Journal of Psychiatry 35: 657-668, 1990.

BUNDES MINISTER FÜR ARBEIT UND SOZIALE LÖRDUNGS, *Arbeitsundfähigkeit und Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten* 1988. (ISSN 0937-4930). Bonn, 1991.

EUROPEAN COMMISSION, *European decade of brain research. Programme for the first 5 years*. First draft from the C.E.C. Task Force, June 28, 1992.

ESQUIROL, J.E.D., *Von den Geisteskrankheiten*, H. Huber, Berna 1968.

FALKAI P., BOGERTS B., GREVE B.U.P., MACHUS B., FOLECH-REETZ B., MAJENCI C., OVARVY I., *Loss of sylvian fissure asymmetry in schizophrenia: A quantitative post mortem study*. Schizophr. Res. 7: 23-32, 1992.

FERRATER MORA J., *Diccionario de Filosofía*, Alianza Editorial, 6. Edición. Madrid, 1979.

HEIDEGGER, M., *Sein und Zeit*, 7. ed. Tübingen, 1953.

HEIDEGGER, M., *¿Qué significa pensar?*, Nova, Buenos Aires, 1964.

JASPER, K., *Psicopatología General*, Beta, Buenos Aires, 1955.

JUAN PABLO II PAPA, *Discurso a la delegación de la Asociación Psiquiátrica Americana y de Asociación Mundial de Psiquiatría*, Roma, 1992.

KUNZ, H., *Zur Frage nach dem Wesen der Norm*. Psyche, 8 (1954/55), 241 y 321.

LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J., *Psicopatología y fenómenos religiosos. En riesgos psíquicos de la experiencia religiosa*. (Eds: Benzo, Pinillos, García-Monge, Fernández Martos, Barcia y López-ibor). Fundación universitaria San Pablo CEU, 1988.

LOPEZ-IBOR JR., J.J., LANA, F. y SAIZ RUIZ, J., *Conductas autolíticas impulsivas y serotonina*, Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines 18: 316-327, 1990.

LOPEZ-IBOR, J.J., *Freud y sus ocultos dioses*, Planeta, Barcelona, 1975.

MARCEL, G., *Etre et avoir*, Paris, Montaigne, 1955.

MEDNICK S.A., PARNAS J., SCHULSINGER F., *The Copenhagen High-Risk Project*, 1962-86. Schizophr. Bull 13: 485-495, 1987.

MERLEAU-PONTY, J., *La structure du comportement*, Paris, P.U.F., 1942.

MERLEAU-PONTY, J., *Phénoménologie de la perception*, Paris, N. R. F. Gallimard, 1945.

MESSIMY, R., LOPEZ-IBOR ALIÑO J.J., LOPEZ-IBOR, L., LOO, H., METZGER, P. ET DENIKER, P., *Tomodensitometrie (CT Scanner) au cours de la Schizophrénie. Confrontation avec ses résultats avec d'autres investigations*. L'Encéphale: 10, 69-77, 1984.

NASRALLAH H.A., MCCALLEY-WHITTERS M., JACOBY C.G., *Cortical atrophy in schizophrenia and mania: A comparative CT study*. J. Clin Psychiatry 43: 439-441, 1982.

National Foundation of Brain Research, *The cost of disorders of the brain*. Prepared by Lewin-ICF, 1992. USA, 1989.

PARNAS J., SCHULSINGER F., TEASDALE T.W., SCHULSINGER H., FELDMAN P.M., MEDNICK S.A., *Perinatal complications and clinical outcome within the schizophrenia spectrum*. Br. J. Psychiatry 1982; 140: 416-420.

POPPER, K., *Una nueva ética profesional*. Discurso de investidura como Doctor Honoris Causa. Universidad Complutense. Madrid, 1992.

SAPOLSKY, R.M., *Adrenocortical function, social rank, and personality among wild baboons*. Biol. Psychiatry, 15, 862-78, 1990.

SCHNEIDER, K., *Die Psychologie der Schizophrenen*, Leipzig, 1930.

SCHNEIDER, K., *Zum Begriff des Wahns*. Fortschr. Neurol., 17, (1949), 26 (También en: *Die Wahnselten*. Eds. E. Straus y J. Zutt. Akademische Vg., Francfort 1963, pag. 108).

SCHNEIDER, K., *Interpretación especulativa de la psicosis*. Actas luso-esp. de Neurol. y Psiquiat., 10, (1951), 1.

TSUANG M.T., GILBERTSON M.W., FARAOONE S.V., *The genetics of schizophrenia: Current knowledge and future directions*. Schizophr. Res. 4: 157-171, 1991.

WEST, D.J. y WALK, A., *Daniel McNaughton, his trial and the aftermath*. Gaskell, A-shford, 1977.

WORLD BANK, *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press, 1993.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Hawaii Declaration* (1977, 1983).

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Madrid Declaration* (1996).

ZARADER, M., *La dette impensée. Heidegger et l'héritage hébraïque*, Editions du Seuil, Paris, 1990.

ANNA ROSA ANDRETTA

Famiglia e Società: luoghi di dolore

Il titolo della Conferenza invita tutti ad una meditazione. Chi è il malato di mente? Quale spiegazione dare ai suoi comportamenti?

Ho scelto come tema del mio intervento "Famiglia e Società: Luoghi di sofferenza", tema che presenterebbe notevole difficoltà, se non si riflettesse su di un vissuto personale.

Per lui e per la sua famiglia scompare una frontiera, una frontiera che portava nei territori di una vita serena. Una volta era facile varcarla, chiunque sapeva come trovarla. Poi giungono tempi terribili, pieni di paura e la strada della vita si fa un labirinto senza uscita. Si assiste al lento sgretolamento di una quotidianità tranquilla. Si lotta a lungo prima di darsi per vinti.

Si hanno delle reazioni diverse, il malato sembra goderne, la famiglia non ha più le forze per tentare un restauro sia pure approssimativo. Non si hanno dubbi su una realtà che ci impone di affrontare le situazioni incresciose che ne derivano, affidandosi unicamente, di volta in volta al proprio istinto.

Si evita la loro presenza, e contemporaneamente la si cerca, si temono le reazioni. Si vivono momenti in cui non è chiaro se si sta all'erta per realizzare al più presto l'incontro o invece per scongiurarla.

Bisogna ridurre sensibilmente i propri tempi ed i propri spazi e rassegnarsi alla sua inevitabile fine.

Ci si sente stremati, si è presi da un desiderio di fuga che è la tentazione del non esserci, di svincolarsi, di scomparire.

Si è coinvolti da sentimenti am-

bivalenti di odio e di amore.

Poi tutto si ricompone. Ci si nasconde la disperazione annebbiando le sensazioni d'insofferenza che è pura falsità esistenziale.

Il modo in cui i malati mentali sono costretti a vivere ci sconvolge. Ci turba il pensiero della loro sorte, perché le nostre paure sono troppo simili ad alcuni loro deliri. Si desidera credere che il malato sia pericoloso, ma l'inquietante sentimento che la società prova quando si trova di fronte al disagio mentale dimostra anche troppo chiaramente che, nella convinzione più intima, il pericolo non viene dal malato, bensì dall'idea che possiamo essere o diventare simili a lui.

La caratteristica del nostro tempo è rappresentata dalla metamorfosi della fisionomia delle malattie mentali, questo insidioso avvicinamento tra l'uomo normale e l'alienato avvenuto a piccolissimi passi, non sono tuttavia riusciti a eliminare l'atavico atteggiamento di paura superstiziosa, di curiosità morbosa e di fuga davanti alla follia.

Nonostante gli attuali tentativi di curare il malato mentale in seno alla comunità anziché escluderlo, tali sentimenti di repulsione persistono anche quando si vuol tendergli una mano, nonostante il gesto sia pieno di carità, il capo è voltato da un'altra parte.

La tranquillità e la buona coscienza vengono fortemente scosse dal cadere delle mura di separazione sia materiali che virtuali.

Le paure arcaiche riaffiorano ed il potere terrificante della follia risorge da un passato pieno di riti e di pratiche magiche.

La convinzione inconfessata ed

inconfessabile che i malati di mente sono diversi, inutili, ingombranti e costosi si fa strada piano piano.

Considerati una specie strana che è più prudente contemplare sino a diventare motivo di vergogna anche per le loro famiglie.

Si parla senza nessuna reticenza di un figlio drogato, ma chi riuscirà senza imbarazzo ed in termini chiari e parlare di un parente con disagio mentale? L'atteggiamento estremista ed irrazionale della famiglia di fronte all'internamento ed al trattamento di un loro parente malato, il rifiuto che esse vi oppongono e l'insistenza con cui li richiedono come una punizione che possa riscattare la colpa, mettono in evidenza l'enorme carica affettiva da cui viene investita la malattia mentale.

Il sentimento di obbrobrio scaturisce dall'ignoranza e dalla convinzione molto diffusa che le alterazioni mentali possono trasmettersi da una generazione all'altra. La società diventa luogo di sofferenza in quanto i malati di mente diventano una minoranza oppressa, privi di mezzi di difesa, la follia vive relegata alla periferia anche dell'assistenza medica.

Il "pazzo" senza colpa ed incapace di resistere alla marea di rimproveri con cui viene assalito ed al sospetto con cui viene trattato diventa quello che la gente esige da lui: l'orribile smorfia della pazzia.

La considerazione della società per la persona è il risultato di un complesso di relazioni in cui l'individuo vive ed usufruisce della struttura societaria in rapporto alle sue capacità di essere attivo all'interno di essa. L'obiezione più frequente e più immediata a questo

tipo di ragionamento si incentra intorno alla messa in questione dei miti della produttività e della funzionalità.

Da qui la domanda: può il malato di mente adattarsi a vivere senza sofferenza in un contesto sociale che si rifiuta di accettarlo con tutte le sue limitazioni?

La risposta se affermativa è conseguentemente utopica. La

sua ridotta o assente capacità produttiva gli resta addosso come un marchio indelebile che lo priva della sua rispettabilità.

È votato ad una morte sociale.

Voglio chiudere questo mio intervento con la lettura di brevi versi scritti da un malato di mente: "quando pensi che sia finita è vita, quando ti senti oppresso, malato, emarginato è vita. Quando ti senti

solo è vita, perché appartiene a te a me a Dio fratello mio".

Da qui mi viene facile la conclusione. Riprendo il tema della Conferenza: "Ad immagine e somiglianza di Dio: sempre?". Io rispondo: sì, sempre!

Dott.ssa ANNA ROSA ANDRETTA
*Presidente Nazionale D.I.A.P.S.I.GRA.
(Difesa Ammalati Psichici Gravi)*



MARY COLEMAN

L'autismo

Sono qui per parlarvi di una tra le più misteriose malattie che affliggono l'uomo. Questa malattia colpisce il pensiero ed il comportamento dei bambini in età di sviluppo: è la sindrome dell'autismo, che colpisce all'incirca un bambino su 2.000.

Il concetto di autismo infantile rappresenta una diagnosi di vasta portata, un po' lungo la stessa linea della paralisi cerebrale o dell'epilessia. L'autismo non è una singola malattia. È ora evidente, in modo schiacciante, che la sindrome comportamentale dell'autismo rappresenta l'espressione finale (comune?) di diversi fattori eziologici.

Nel 1943, uno psichiatra specializzato in bambini, Leo Kanner della Johns Hopkins University negli Stati Uniti, riferì su 11 casi in un giornale scientifico, introducendo nel mondo della letteratura medica questo gruppo di bambini da lui etichettati come "autistici" (Kanner 1943). La caratteristica centrale di questo disturbo sembra essere una mancanza di reciprocità nell'interazione sociale con gli altri esseri umani ed un'apparente carenza nel riconoscere l'unicità e la "particolarità" degli altri esseri umani. Il tipico bambino autistico evita il contatto visivo sin dal primo anno di vita, guarda fisso dall'angolo degli occhi e molto brevemente, non mostra movimenti che anticipino quando sta per essere preso, resiste all'essere tenuto in braccio o toccato, e non si "trova bene" in un abbraccio o qualcosa di simile. I bambini autistici sembrano mancare spesso di iniziative così come spesso mancano del tutto in loro l'interesse curioso e il comportamento esplorativo riscontrabili in bambini normali. I bambini autisti-

ci di solito non vanno dai genitori, dai fratelli e dalle sorelle – o da qualcun altro – per ricevere aiuto o per essere consolati.

Come il bambino cresce, le anomalie delle sue relazioni non sono più così immediatamente ovvie, particolarmente se il bambino viene visto nel suo ambiente familiare. La resistenza ad essere toccato o tenuto di solito diminuisce con l'età, anche se di solito questi bambini preferiscono il gioco rude e disordinato alle carezze gentili. Purtroppo, nella maggior parte dei casi l'incapacità di giocare con bambini della stessa età non cambia con il passare degli anni. Nei bambini autistici, questa incapacità a contraccambiare e la tendenza a trattare gli altri esseri umani solo come oggetti rimane evidente. Questi segni li differenziano dai comportamenti superficialmente simili visti nei bambini privati emotivamente.

Ci sono altri sintomi che aiutano a formulare una diagnosi di autismo in un bambino. Solitamente, sin da un'età molto precoce il bambino autistico mostra più problemi nella comprensione della mimica umana, dei gesti e delle parole. All'incirca un bambino autistico su due non sviluppa un linguaggio parlato pratico. Tutti quelli che lo sviluppano, mostrano anomalie nello sviluppo del linguaggio stesso. Un altro problema è che la maggior parte dei bambini autistici richiede di aderire ad alcune abitudini in modo patologicamente rigido. Inoltre, essi spesso si attaccano in modo strano ad alcuni oggetti, come pietre, ciocche di capelli, spilli, pezzi di giocattoli di plastica o di metallo. La mania per il cibo è la norma più che l'ecce-

zione. La mania autodistruttiva vista in molti bambini autistici (colpi alla testa, morsi ai polsi, pugni al mento, schiaffi alle guance, graffi, strapparsi i capelli, ecc.), è stata proposta come concomitante al ritardo mentale, che in realtà potrebbe non essere tale, in quanto questo comportamento si nota spesso anche in bambini autistici con un'intelligenza normale.

Perché questi bambini hanno questi strani comportamenti? Non conosciamo abbastanza il funzionamento del cervello per poter affermare con esattezza dove risieda, nel cervello, il problema, ma sappiamo che questi bambini hanno una risposta sensoriale non normale. Generalmente parlando, l'esperienza clinica suggerisce che le percezioni relative agli stimoli uditi e tattili sono più deboli nei bambini autistici rispetto alle percezioni relative agli stimoli visivi ed in special modo olfattivi. Questi bambini spesso vogliono odorare le persone e le cose, probabilmente a scopi di identificazione. È inoltre stato dimostrato che alcuni bambini autistici, sebbene non tutti, mostrano "zone di particolare abilità", specialmente nei campi della memoria radicata (per es. abilità con i numeri), della musica, delle capacità artistiche e visivo-spatiali (o abilità con i giochi di pazienza). Noi chiamiamo questi bambini "autistici-eruditi".

Gli studi delle neuropatologie del cervello non mostrano anomalie della mielinizzazione, e nessuna evidenza di gliosi significativa (Bauman e Kemper, 1994). Tuttavia, confrontato ai controlli, spesso il cervello nell'autismo mostra un aumento della densità cellulare ed una riduzione della dimensione

cellulare del complesso ippocampale, della corteccia entorinale, dei nuclei selezionati dell'amigdala, dei corpi mammillari e dei nuclei del setto che sporgono sull'ippocampo. Inoltre, si è notata la mancanza di cellule Purkinje nel neocervelletto. I nuclei emboliformi, globosi e fastigiati mostrano piccoli neuroni ridotti di numero. Ci sono lesioni nel proencefalo nelle zone relative alla memoria. Studi "imaging" hanno teso a confermare gli studi neutropatologici. In definitiva, nell'anatomia del cervello ci sono cambiamenti indefinibili ma probabilmente importanti.

Cosa può essere fatto per aiutare questi piccoli che vivono in un mondo di forti rumori e di confusione intorno a loro? Ci sono due aree principali in cui possiamo aiutarli e cambiare in modo significativo la loro vita futura. Una sono le tecniche speciali per l'educazione che dovrebbero essere disponibili per tutti i bambini autistici; la seconda è una valutazione medica che talvolta può essere seguita da una terapia medica che fa retrocedere o migliorare i sintomi. Sia nell'educazione che nella medicina, i risultati migliori si ottengono quanto prima la terapia è iniziata. Per questo, sviluppare le tecniche per una identificazione precoce dei bambini autistici è ora una priorità per i ricercatori in questo campo.

Le tecniche speciali di educazione sono diverse da paese a paese, ma tutti i buoni programmi hanno in comune il fatto che i bambini hanno bisogno di ricevere un insegnamento individualizzato, basato sull'insieme particolare di sintomi di ogni bambino. Molti bambini autistici che hanno iniziato un buon programma educativo nei primi tre anni d'età e che sviluppano il linguaggio, migliorano sensibilmente, in modo da essere inseriti nelle classi di scuola assieme ai bambini normali dall'età di sei anni. Non possiamo non sottolineare l'importanza di un'educazione precoce ed individualizzata come trattamento per i bambini autistici. Oggi per la maggior parte di questi bambini l'educazione è la loro migliore speranza.

Il secondo modo per aiutare questi bambini è quello di cercare di scoprire in modo esatto cos'è che fa manifestare a questo cervel-

lo infantile questi strani sintomi. Ciò chiama in causa una dettagliata anamnesi, in quanto ci sono molti disturbi diversi sottostanti: tutti danneggiano il cervello e si esprimono mediante il comune sbocco finale che chiamiamo autismo. Infatti, l'autismo è una sindrome di molte eziologie (Gillberg & Coleman 1992 - Inglese); (Coleman & Gillberg 1986 - Francese); (Gillberg & Coleman in corso di stampa - Italiano); (Coleman & Gillberg 1985 - Giapponese); (Coleman & Gillberg 1989 - Spagnolo).

Ci sono molte cause differenti che raggruppiamo nelle seguenti categorie:

1. Eziologie infettive;
2. Malattie metaboliche;
3. Aberrazioni cromosomiche;
4. Lesioni strutturali del Sistema Nervoso Centrale;
5. Associazione di handicaps sensoriali – sordità, cecità;
6. Sindromi doppie (autismo più un'altra sindrome nello stesso bambino);
7. Idiopatia.

Naturalmente, a proposito di ogni sintomo, l'approccio migliore di tutti è in primo luogo quello di prevenirlo. Due forme di autismo attualmente possono essere prevenute totalmente.

La prima è quella dell'*autismo da rosolia*, causato quando una donna incinta viene colpita da rosolia all'inizio del secondo trimestre di gravidanza. Se tutte le ragazze venissero vaccinate contro

la rosolia prima di raggiungere l'età adulta, questa forma di autismo scomparirebbe. È ciò che sta accadendo oggi in molti paesi, e bisogna che questa pratica venga estesa ad ogni paese del mondo.

La seconda forma prevenibile di autismo è l'*autismo da fenilchenoturia* o, in breve, *autismo PKU*. PKU è un disturbo del metabolismo che può essere scoperto nei neonati con uno 'screening' di tutti i bambini. In molti paesi, per tutti i neonati viene prelevato un po' di sangue dal tallone e sottoposto ad uno speciale test. Oggi, i bambini con PKU possono essere identificati nella prima settimana di vita e sottoposti successivamente ad uno speciale programma infantile per prevenire sia l'altrimenti inevitabile ritardo mentale sia i comportamenti autistici. I bambini devono essere nutriti durante la loro infanzia con cibo speciale, che non contenga aminoacidi, e fenilalanina. Ma ne vale certamente la pena, in quanto diventeranno degli adulti normali invece che individui gravemente menomati, handicappati e autistici.

Potremo avere presto altri e maggiori modi per prevenire l'autismo. Ci sono gravi malattie metaboliche che le terapie della ricerca stanno attualmente esaminando attentamente. Se questa ricerca porterà ad una stabilità terapia medica che farà retrocedere i sintomi, sarà possibile che il test per queste malattie possa essere aggiunto allo 'screening' test neonatale.

Una di queste malattie è l'*autismo da purina*. L'autismo da purina è diagnosticato quando ad un bambino autistico vengono trovati troppi acidi urici nelle urine. Le purine sono molto importanti per le funzioni cerebrali, per la neurotrasmissione, il processo di informazione sul DNA, la produzione di energia e l'antiossidazione. Tre studi hanno mostrato che molti bambini autistici producono troppi acidi urici. I dati mostrano che in Italia il 26% dei bambini autistici producono troppi acidi urici; in Francia sono il 28% e negli Stati Uniti il 22%. Finora, sono stati trovati due enzimi troppo anormali del sistema purinico (adenylsuccinate lyase e sintetasi PRPP) nei bambini autistici e la ricerca attuale dimostra che ci sono ulteriori



enzimi. A causa del fatto che gli enzimi vengono prodotti in eccesso piuttosto che in difetto, è probabile che si possa trovare presto un trattamento per l'autismo da purina.

Una rara forma di autismo è conosciuta come *autismo da hyperlactatemia*. Qui l'errore è nel sistema dei carboidrati che colpisce il cervello ed i trattamenti allo studio sono la dieta chetogenica e relativa alla vitamina B1 (tiamina).

Un'altra malattia che causa l'autismo è stata recentemente identificata come *malattia infantile maniaco-depressiva*, che è una malattia maniaco-depressiva dei genitori che viene fuori nel bambino in età infantile. Il trattamento allo studio è il litio, un trattamento classico usato nella malattia maniaco-depressiva adulta.

Alcuni bambini autistici abbandonano completamente il cibo, e il risultato è una dieta molto povera, con un inadeguato apporto di calcio al cervello. Bassi livelli di calcio, come è stato trovato nelle loro urine, possono essere associati ad un'impedimento nello sviluppo del linguaggio e/o auto-abusare dei propri occhi. È piuttosto semplice controllare e correggere la mancanza di calcio nella dieta somministrandolo a questi bambini autistici. Ciò fa emergere il punto importante che se un individuo autistico sta abusando di sé, una valutazione biochimica della persona è sempre in ordine.

Gli attacchi sono spesso un problema nei bambini autistici, infatti per loro è più probabile, rispetto ai bambini ritardati, avere un attacco della malattia. Una recente ricerca ha mostrato che se un bambino ha un focolaio EEG per spasmi infantili in entrambi i lati del cervello, è molto probabile che quel bambino sviluppi in seguito sintomi autistici. Gli attacchi dovrebbero essere sempre trattati in modo aggressivo e eliminati in ogni individuo autistico; talvolta anche i sintomi comportamentali migliorano con i trattamenti a base di medicinali. Certe malattie sottostanti sono quasi certamente da associare agli attacchi che colpiscono i bambini autistici: si tratta della sclerosi tuberosa e della neurofibromatosi, che possono essere diagnosticate con esami "imaging"; PKU e autismo da pu-

rina che possono essere diagnosticati con gli esami del sangue e delle urine; la debole sindrome X che può essere diagnosticata da un esame dei cromosomi, e la sindrome di Rett (una forma di autismo vista solo nelle femmine) che può essere diagnosticata con un'osservazione clinica.

Questa discussione sugli attacchi ci ricorda che molti bambini con altre sindromi hanno caratteristiche autistiche; infatti, essi possono avere due sindromi: l'autismo più un'altra sindrome. Ecco alcuni esempi di queste doppie sindromi:

1. Sindrome di deLange;
2. Sindrome da alcool fetale;
3. Ipomelanosi di Ito;
4. Sindrome della sequela degli spasmi infantili;
5. Sindrome di Joubert;
5. Sindrome di Lyan-Fryan;
5. Sindrome di Moebius;
6. Neurofibromatosi;
7. Sindrome di Rett;
8. Sindrome di Sotos;
9. Sindrome di Tourette;
10. Sclerosi tuberosa;
11. Sindrome di Williams.

Come abbiamo già visto, alcuni pazienti hanno un autismo secondario alle infezioni sia "in utero" sia infantili: rosolia, CMV e herpes sono quelle già individuate attualmente. Anche le infezioni da batteri, come la meningite da *Haemophilus* hanno portato allo sviluppo dell'autismo. Come se una tragedia non bastasse, i bambini ciechi o sordi sono maggiormente

a rischio di diventare autistici. Una causa che spezza il cuore e che è stata documentata sopravviene quando le madri durante la gravidanza sono esposte a sostanze tossiche. Le benzodiazepine, l'alcol eccessivo e il talidomide sono i responsabili in alcuni casi di autismo. Ci sono inoltre bambini dove anche il più ampio degli esami non rivela l'eziologia dell'autismo: questi bambini sono chiamati autistici "idiopatici", laddove questo è il modo che ha il medico per attestare che "non lo conosciamo".

Per finire, vorrei richiamare la vostra attenzione sulla sofferenza dei genitori dei bambini autistici. Questi bambini hanno un tipo di handicap che spesso non permette loro di mostrare affetto ai propri premurosi genitori. A differenza dei bambini colpiti dalla sindrome di Down, per esempio, che spesso sono molto affettuosi con i genitori, alcuni bambini autistici soffrono quando la madre li guarda o quando li abbraccia. I bambini con una forma grave di autismo possono usare la mano della madre come un oggetto per girare la maniglia della porta piuttosto che considerarla come una persona. Nel nostro lavoro di aiutare i bambini autistici, dobbiamo includere il supporto a questi eroici genitori.

MARY COLEMAN, M.D.,
Professore Emerito Scuola di Medicina
Università di Georgetown
Washington, D.C., U.S.A.



Bibliografia

BAUMAN M.L., KEMPER T.L., *The Neurobiology of Autism*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1994.

COLEMAN M., GILLBERG C., *The biology of the Autistic Syndromes*. Prima edizione. Tokyo: Tuttle-Mori Agency, Inc., 1985.

COLEMAN M., GILLBERG C., *Biologie des Syndromes d'Autisme*. Prima edizione. Paris: Maloine s.a., 1986.

COLEMAN M., GILLBERG C., *El Autismo: Bases Biológicas*. Prima edizione. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A., 1989.

GILLBERG C., COLEMAN M., *La sindrome Autistica*, Roma: Omega Publishing, in corso di stampa.

KANNER L., *Autistica disturbance of affective contact*. Nervous Child 2, 1943, 217-250.

GIAN LUIGI GIGLI

Il progetto incompiuto: problemi etici e strategie di intervento nel ritardo mentale

Premessa terminologica

Il termine di "ritardato mentale", proprio della nosografia nordamericana, acquisisce sovente connotazioni negative e può risultare offensivo in altre culture, come ad esempio in quella britannica. La terminologia preferita per indicare questi problemi varia da paese a paese. Ritardo mentale, disabilità intellettive, disabilità di apprendimento, disabilità dello sviluppo, handicap mentale, sono termini che possono indicare la stessa cosa o cose profondamente diverse, con evidente confusione nel valutare i risultati delle indagini epidemiologiche o nel comunicare con precisione i risultati delle diverse strategie di intervento.

Sarebbe opportuna la scelta di una terminologia che assumesse per tutti lo stesso significato e che sollecitasse una visione positiva delle persone disabili. Da una ricerca limitata ai paesi di lingua inglese (Fernald, 1995), sembrerebbe che possa essere trovato un certo consenso sul termine di "disabilità intellettiva", percepito come comprensibile, sufficientemente chiaro e non offensivo. In questa mia relazione userò spesso il concetto di disabilità intellettiva, alternandolo a quello di ritardo mentale, utilizzando, quest'ultimo senza alcun intento di connotazione negativa.

Introduzione

Benché il fenomeno si ripeta senza apparente sforzo durante il periodo della crescita, esso tuttavia non cessa di sorprenderci per il suo carattere miracoloso: nulla è più stupefacente dell'osservare il pro-

gressivo sviluppo intellettivo del bambino, fino al suo aprirsi alle caratteristiche dell'intelligenza razionale dell'adulto, a quello che Piaget chiama lo stadio del pensiero operatorio-formale.

Questo processo è in gran parte la realizzazione di un progetto già scritto, più grande di noi, sul quale solo marginalmente noi possiamo influire. La nostra influenza riesce a rendersi più visibile solo quando opera interferendo in modo negativo.

A volte tuttavia questo delicato processo può interrompersi. Allora vediamo il bambino continuare a crescere fisicamente fino a diventare un uomo, mentre il suo comportamento e la sua intelligenza restano ancorati ad un'età ancora infantile. Ci rendiamo conto di avere di fronte uno strano individuo, la cui età cronologica non corrisponde all'età mentale. Il processo si è arrestato, o continua con esaspe-

rante lentezza, il progetto-uomo è restato incompiuto. Siamo consapevoli allora di trovarci di fronte ad un soggetto con ritardo mentale. Al di là di improprie connotazioni negative, il termine indica un funzionamento intellettivo generale significativamente al di sotto della media, insorto prima dei 18 anni di età, e associato a sostanziali limitazioni nella capacità di adattarsi alle richieste dell'ambiente.

Le cause del ritardo mentale

Le cause che possono portare a questo arresto di sviluppo sono molteplici. In un certo senso, il ritardo mentale può essere visto come una sorta di esito finale comune per moltissime condizioni patologiche che colpiscono il Sistema Nervoso Centrale prima della nascita o nei primi anni di vita extrauterina.

Tra le cause di ordine biologico vi sono le alterazioni cromosomiche tra le quali la trisomia del cromosoma 21 o sindrome di Down e la Sindrome dell'X fragile (che insieme rappresentano le due cause più frequenti di RM su base genetica), le altre forme legate a geni mutanti localizzati sul cromosoma X ed altre condizioni meno rappresentate nella popolazione, come la sindrome di Prader-Willi e la Sindrome di Angelman (dovute a delezione del cromosoma 15, rispettivamente di derivazione paterna o materna); vi sono inoltre molte alterazioni congenite del metabolismo, ereditate soprattutto con modalità di trasmissione autosomico recessiva (come la oligofrenia fenzilpiruvica, la malattia di Tay-Sa-



chs, o la malattia di Niemann-Pick), ma anche legate al cromosoma X (come da sfingolipidosi della malattia di Fabry, la mucopolisaccaridosi della malattia di Hunter, la adrenoleucodistrofia). Ovviamente, le malattie da alterazione del metabolismo non determinano delle encefalopatie fisse, in cui cioè il ritardo mentale rappresenta una sequela permanente, ma delle encefalopatie, progressive, in cui il difetto intellettuale si aggrava nel corso degli anni. Vi sono forme ereditate secondo modalità di trasmissione autosomica dominante ad espressività variabile (come la Sclerosi Tuberosa, e la neurofibromatosi); vi sono alterazioni dello sviluppo embrionario o fetale legate ad infezioni materne (come da toxoplasmosi, la rosolia o l'herpes simplex), a tossici esogeni (alcol, farmaci, sostanze inquinanti l'ambiente), ad ipossia pre o peri natale, a malnutrizione o traumi nel corso della gravidanza. I pericoli per lo sviluppo intellettuale del bambino sono tuttavia in agguato anche dopo la nascita. Infatti, traumi, infezioni, malnutrizione, avvelenamenti, effetti tossici dei farmaci possono produrre effetti devastanti anche durante l'infanzia, anche se solitamente essi danneggiano il cervello in modo meno grave dei fattori che interferiscono con lo sviluppo embrionario.

Oltre alle cause di tipo biologico, anche fattori di ordine psicosociale possono condurre al ritardo mentale. La mancanza di adeguati stimoli nei primi rapporti con la madre (soprattutto se la madre è assente, incapace, o negativa), la mancanza di stimoli sociali, la povertà degli stimoli linguistici, la depravazione sensoriale (anche per una cecità o sordità su base organica), sono tutti fattori in grado di contribuire all'instaurarsi di un ritardo mentale. Infine, il RM può prodursi anche a causa di gravi disturbi mentali, capaci di interferire con lo sviluppo delle funzioni cognitive.

Malgrado l'importante sviluppo delle conoscenze sul ritardo mentale, dovuto al progresso della ricerca scientifica, anche nei Centri più qualificati una buona percentuale di soggetti (almeno il 30%), sfugge allo sforzo di arrivare ad una diagnosi etiologica.

Anche se le cause del ritardo mentale, la sua patogenesi e la sintomatologia con cui si esprime possono essere diverse da caso a caso, esiste un elemento che accomuna i RM e ne consente la diagnosi. La valutazione del funzionamento intellettuale generale, effettuata calcolando il QI, mostra infatti livelli di prestazioni deficitari in tutti i soggetti con RM. Il QI viene determinato utilizzando scale di valutazione che esplorano l'intelligenza in termini generali. Tra le più usate vi sono la WISC, la Stanford-Binet, la Kaufman. Nella loro applicazione bisogna tener conto di un certo margine di errore, sempre possibile, mentre esse risultano non applicabili nei casi più gravi.

L'altro criterio di valutazione utilizzato per la diagnosi del RM è quello dell'adattamento funzionale. Sono proprio i problemi di adattamento alle richieste dell'ambiente quelli che fanno per primi sospettare la possibilità di un ritardo mentale. I genitori si rendono conto che il loro bambino non è in grado di vivere ai livelli di autonomia attesi per la sua età. Alle osservazioni si aggiungono in genere quelle dei medici e degli educatori, oltre che i dati forniti dalla applicazione di opportune scale di valutazione. Nel caso che più osservatori indipendenti e più scale di valutazione a largo spettro concordino nel rilevare problemi di adattamento funzionale, è molto probabile che ci si trovi davvero di fron-

te ad una condizione di ritardo mentale. Occorre tuttavia tenere sempre conto che altri fattori possono artificiosamente aggravare o ridurre il rilevamento di problemi di adattamento. Per esempio, la presenza di handicap fisici o disturbi mentali associati o la provenienza da un ambiente culturalmente sottosviluppato possono peggiorare la valutazione dell'adattamento funzionale di un bambino. Al contrario, quando un bambino venga istituzionalizzato, possono assumere connotazioni positive anche comportamenti di passività e dipendenza che in altro contesto sarebbero stati giudicati maladattativi. Implicito nel discorso sull'adattamento funzionale è il concetto di una reversibilità della diagnosi. Infatti, se l'adattamento migliora, lo stesso soggetto può non soddisfare più i criteri diagnostici che definiscono il RM.

Come opportunamente suggerito dalla *American Association on Mental Retardation* (Luckasson, 1992), l'adattamento deve essere valutato nel contesto ambientale tipico del bambino e dei suoi coetanei di simile contesto linguistico e culturale, vale a dire nella scuola, a casa, nel quartiere.

La valutazione dell'intelligenza con lo strumento del QI si presta ad una serie di difficoltà. Il punteggio del QI infatti non è in grado di descrivere adeguatamente le abilità di un soggetto qualora i punteggi ottenuti nelle diverse prove siano molto diversi tra loro o quando vi sia una forte discrepanza tra i punteggi ottenuti nelle prove verbali ed in quelle di performance.

Oltre a ciò, vi sono critiche di ordine concettuale sulla valutazione numerica del QI. Essa inoltre deve tener nel dovuto conto gli aspetti linguistici, gli eventuali deficit neurosensoriali, il background socioculturale.

Pur con tutti i limiti insiti in tale tipo di approccio, limiti sui quali non è questa la sede per addentrarsi, la definizione del QI consente di raggruppare i soggetti a seconda del livello di gravità. Sulla base del QI infatti, i soggetti vengono distinti in RM lievi, moderati, gravi o gravissimi. I quattro gruppi sono molto diversi tra loro quanto ad importanza numerica e corrispondono operativamente a livelli di



funzionamento molto diversi, anche se, come è ovvio, le distinzioni tendono a diventare sfumate quando il QI del soggetto si colloca al confine tra una classe e l'altra.

La stragrande maggioranza dei RM (circa l'85%) appartiene fortunatamente alla categoria dei lievi, corrispondente a QI tra 50-55 e 70. Proprio perché i loro problemi non sono di grande rilievo, questi bambini spesso non vengono identificati come ritardati fino a che non raggiungono l'età scolare, essendo comunque capaci di acquisire sufficienti livelli di comunicazione e di socializzazione. Non a torto, essi vengono anche definiti come educabili, potendo anche arrivare ad acquisire le competenze di un allievo di quinta elementare, se pur con anni di ritardo. Generalmente, specie se l'ambiente è in grado di offrire qualche forma di supervisione e supporto nei momenti difficili, essi riescono ad occuparsi in lavori socialmente utili ed in grado di garantire loro un qualche sostegno economico ed a vivere indipendentemente.

Il gruppo di livello di gravità moderata, corrispondente a punteggi di QI tra 35-40 ed 50-55, comprende circa il 10% dei ritardati mentali. Benché difficilmente progrediscano oltre il livello della seconda classe elementare, essi possono provvedere a se stessi con un minimo di supervisione, possono muoversi indipendentemente all'interno di luoghi familiari, come un villaggio od un piccolo quartiere, possono impegnarsi in lavori generici, se pur in ambienti protetti, dove non venga richiesto un particolare rispetto delle convenzioni sociali.

Al gruppo dei gravi appartengono circa il 3-4% dei RM. Solo con molto ritardo essi acquisiscono capacità di comunicazione verbale ed autonomia nella cura dei propri bisogni elementari. Benché non in grado di acquisire un'istruzione curricolare, essi possono apprendere gli elementi più semplici del calcolo, l'alfabeto e la lettura gestaltica di alcune parole chiave. Malgrado i loro limiti possono riuscire nell'esecuzione di compiti semplici e ripetitivi in ambienti di occupazione altamente sorvegliati. Allo stesso modo possono essere integrati in una vita di comunità al-

l'interno della famiglia o in gruppi protetti, sempre che non siano affetti da altre gravi forme di disabilità.

La maggior parte dei ritardati gravissimi (circa l'1-2% del totale) sono affetti da gravi deficit neurologici che insieme all'intelligenza ne compromettono la motilità o le capacità neurosensoriali.

Essi necessitano di ambienti di vita specificamente preparati per la loro assistenza e si avvalgono soprattutto di terapie individualizzate, le sole che possono far loro compiere progressi sotto il versante motorio o della comunicazione.

Disinteresse della psichiatria

La psichiatria per lungo tempo ha provato scarso interesse per la disabilità intellettuale. La difficoltà di approccio stava proprio nel considerare l'intelligenza come prerequisito dell'umanità. Più specificamente la psichiatria utilizza un concetto di mente che attribuisce all'intelligenza il ruolo di guida nel processo decisionale, nel comportamento, nella stessa evoluzione dell'Io e fonda gran parte delle sue capacità di intervento sulla psicoterapia individuale, per la quale sono necessarie capacità di verbalizzazione ed introspezione.

Forse per le stesse ragioni, inoltre, fino a non molti anni addietro, non veniva riconosciuta la comorbilità psichiatrica nei soggetti affetti da disabilità intellettuale. Si fa-

ceva fatica a riconoscere nei ritardati mentali i sintomi di malattie psichiatriche classiche, come ad esempio la depressione o i disturbi di tipo ossessivo-compulsivo e ad ammettere che le persone con disabilità intellettuale avessero diritto a ricevere cure specifiche per queste malattie, come ogni altro paziente psichiatrico.

Solo recentemente l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata su indagini volte a precisare come i problemi psicopatologici potessero essere diagnosticati e trattati nella specifica condizione della disabilità intellettuale e quali fossero i fattori biologici, psicologici e sociali responsabili delle specificità della psicopatologia dei disabili intellettivi. In altre parole, gli psichiatri hanno incominciato ad interessarsi del problema della comorbilità psichiatrica tra i soggetti con RM.

Comorbilità psichiatrica

Il tasso di prevalenza di disturbi psichiatrici associati alla disabilità intellettuale varia considerevolmente negli articoli sull'argomento, collocandosi tra il 10 ed il 65%. Ovviamente tale ampia variabilità testimonia solo dei problemi di definizione, dei diversi criteri di selezione e di individuazione, della differente rappresentazione dei problemi a causa dei diversi criteri per l'accoglienza nelle varie istituzioni e nei programmi di riabilitazione. Essa dipende inoltre dall'uso di strumenti diagnostici di diversa sensibilità.

Benché sia chiaro che i disabili intellettivi sono più vulnerabili ai disturbi psichiatrici rispetto ai non ritardati, tuttavia, è altrettanto evidente come tali disturbi restino difficili da diagnosticare. I criteri per la diagnosi delle malattie psichiatriche nei ritardati mentali sono difficili da stabilire e quelli previsti dai comuni manuali di classificazione sono difficilmente applicabili. Un problema del tutto aperto è quello riguardante la tipologia di servizi da offrire ai disabili mentali con malattie psichiatriche associate.

Un cenno particolare meritano i *comportamenti problematici*, manifestazioni al tempo stesso frequenti e persistenti nei RM, e che



risultano fortemente disturbanti per l'ambiente in cui i soggetti vivono. Antagonismo, mancanza di compliance, aggressività, autolesionismo, iperattività, sono comportamenti che possono essere riassunti come una sfida alla famiglia, o alla scuola, o all'istituto di ricovero. Oltre alle lesioni per l'individuo affetto o per altri ed al conseguente rischio di ulteriore disabilità, i comportamenti problematici aumentano notevolmente il peso dell'assistenza che grava sulle famiglie, aumentando il rischio di disgregazione del nucleo familiare, riducono le possibilità di integrazione scolastica, ricreativa o lavorativa, favoriscono il ricorso all'istituzionalizzazione, aumentando di conseguenza il costo economico per la società.

Numerose teorie sono state proposte per spiegare l'alto tasso di comportamenti problematici tra i RM (Matson e Sevin, 1994). La maggior parte delle ipotesi si fondono sulle teorie dell'apprendimento. In molti casi, infatti, può essere riconosciuta un'origine funzionale dei comportamenti di sfida. La reazione dell'ambiente cioè causa un rinforzo del sintomo, contribuendo al mantenimento del comportamento patologico. Ad esempio, il RM può apprendere che mettendo in atto determinati comportamenti può ricevere alcuni tipi di attenzioni o può sfuggire a determinate situazioni che l'ambiente gli richiede, ma che a lui non sono gradite. Altre volte sono le conseguenze sensoriali o neurochimiche prodotte dal comportamento di sfida che possono causare il rinforzo automatico dei comportamenti patologici. Il fatto che questi siano più frequenti nei soggetti con alterazioni neuropatologiche documentabili ed i risultati della ricerca farmacologica (di cui parleremo più avanti) portano un forte sostegno alla tesi di un fondamento biologico di questi disturbi. Alcuni autori reputano anzi molto probabile che, col passare del tempo, molti dei comportamenti problematici finiranno col rivelarsi di natura organica (Reid, 1995). È verosimile anche che l'aspetto comportamentale e quello biologico possano integrarsi a vicenda e richiedere, in fase di trattamento, un doppio tipo di intervento.

La visione negativa del RM

Ho cercato fin qui di presentare i problemi clinici che pone il soggetto con disabilità intellettuiva. È chiaro che l'assistenza ai soggetti con RM pone un pesante carico sulle spalle della famiglia, della scuola, delle istituzioni di ricovero e della società tutta intera. È un carico non solo di natura economica, ma anche di tempo, di dedizione, di umiliazioni, di disagio psicologico, di problemi relazionali.

L'impegno e le energie che famiglia, istituzioni e società sapranno profondere verso i RM dipenderà dalla concezione dell'uomo che ne ispirerà le azioni ed in particolare dal valore che verrà attribuito all'uomo affetto da disabilità intellettuiva.

Nella società occidentale, industriale e postindustriale, fondata sulla produzione e sulla merce, il valore dell'uomo finisce spesso per identificarsi con la funzione sociale che assolve, egli viene valutato non per ciò che egli è, ma per ciò che egli fa. In tale sistema di riferimento, il valore e la dignità dell'uomo non costituiscono più un assoluto, ma subiscono pesanti condizionamenti, soprattutto di ordine economico. Il RM finisce allora per essere visto come un inutile fardello, dai costi altissimi, e l'imperativo diviene il far di tutto perché nuovi casi non debbano gravare sul corpo sociale.

Vi sono anche altri orientamenti culturali che condizionano negati-

vamente la possibilità di attenzione e di disponibilità verso i RM. I modelli proposti ai giovani della società del benessere sono quelli del successo e della soddisfazione immediata. Qualunque tipo di sacrificio risulta difficilmente comprensibile e accettabile. Ancor meno può dunque essere accettato il disabile intellettuivo che con la sua nascita propone alla famiglia un sacrificio di lunga durata, da affrontare nella totale gratuità, senza alcun apparente vantaggio. Questo sacrificio viene per di più richiesto ad una famiglia che spesso è già minata nella sua solidità, per la quale la nascita di un figlio RM può diventare un fattore di disgregazione. Una famiglia, inoltre, che non viene incoraggiata dall'organizzazione economica della società ad accogliere la vita nascente, anche quando normale.

Infine, ancor più che per altri tipi di disabilità, un bambino affetto da disabilità intellettuiva arreca una ferita alle aspettative della famiglia in cui nasce, alla autoimmagine dei genitori. Essa costringe la famiglia e la società tutta ad interrogarsi sulla fragilità della nostra esistenza, su ciò che avrebbe potuto accadere ad ognuno dei nostri figli, e che solo per puro dono non ci è stato dato in sorte. Una società che preferisce togliere dal proprio orizzonte visibile la sofferenza e la morte, pur essendo razionalmente consapevole che esse finiscono per riguardarci tutti, ancor più preferisce nascondere il problema del RM all'interno delle istituzioni di ricovero, o eliminarlo alla radice negandogli il diritto all'esistenza.

Tale mentalità ha corrotto il significato stesso delle parole, anche in ambito medico e nella ricerca scientifica. Così, prevenzione del RM ha finito per significare, nel linguaggio corrente, capacità di identificare il problema durante la vita prenatale e risolverlo col ricorso all'aborto.

Per giustificare almeno dei risultati la selezione eugenetica, su autorizzate riviste di epidemiologia si è arrivati a sovrapporre in un grafico le curve del tasso di abortività e quelle della mortalità infantile e della mortalità materna legata al parto. L'autore dell'articolo (Puffer, 1993), metteva in relazione la diminuzione della mortalità



infantile e materna con il parallelo aumento del tasso di abortività prodottosi negli USA dopo la sentenza della Suprema Corte che nel 1974 aveva legalizzato l'aborto. L'articolo è un chiaro esempio di uso ideologico dell'informazione scientifica. Infatti dallo stesso grafico appariva chiaro come la diminuzione della mortalità infantile e materna fosse cominciata prima della legalizzazione dell'aborto ed avesse continuato anche dopo che il numero degli aborti legali aveva toccato il suo tetto attorno al 1980. Inoltre non veniva tenuta in conto la possibilità che la diminuzione dei tassi di mortalità avesse potuto essere stata determinata anche dal miglioramento della qualità dell'assistenza ostetricia e neonatologica.

Problemi etici nello screening di massa

Per alcune cause di disabilità intellettuale sono oggi disponibili metodi di *screening* che consentono, con margini di dubbio variabili da malattia a malattia, di identificare i portatori sani della alterazione genetica. Nei casi a trasmissione autosomica recessiva, la diagnosi dei portatori sani può essere positivamente utilizzata per il counselling prematrimoniale e preconcezionale. Nei casi invece in cui la trasmissione della malattia è legata al cromosoma X, lo *screening* delle madri portatrici sane del tratto genetico viene utilizzato invece per decidere l'effettuazione dell'amniocentesi. Qualora l'amniocentesi confermi la diagnosi di malattia nel feto, non esistendo oggi possibilità di terapia in utero, la futura madre viene afferrata in un circuito perverso che porta quasi inevitabilmente all'aborto.

La sindrome dell'X fragile ha una frequenza di circa 1/1200 uomini e 1/2500 donne ed è la causa più comune di disabilità intellettuale su base ereditaria. Recentemente è stato messo a punto per la diagnosi un test anticorpale di rapida esecuzione (Willemse et al., 1995). La sua applicazione è stata raccomandata per futuri screening di massa, sollevando pesanti interrogativi. L'esito quasi ineluttabile della diagnosi sarebbe l'aborto, pur in pre-

senza di una difficoltà nel predire la gravità della malattia nei feti di sesso femminile affetti dalla alterazione cromosomica. Sono possibili infatti condizioni fenotipiche di rilievo clinico minore. È stato inoltre calcolato che se lo *screening* avvenisse su larga scala, sarebbe impossibile assicurare a tutte le donne interessate il supporto del counselling genetico necessario e si determinerebbero condizioni di ansia e di preoccupazione a cui nessuno potrebbe dare risposta.

Anche per la Sindrome di Down esistono oggi metodi di *screening* che, a gravidanza già in atto, consentono di sospettare la diagnosi, con conseguente ricorso all'amniocentesi e all'aborto. Uno di questi metodi prevede ad esempio 3 test biologici (alfafetoproteina, gonadotropina corionica, ed estriolo non coniugato) e sembra essere particolarmente attendibile. Anche nell'uso su larga scala di questo metodo di *screening* sono state intraviste delle conseguenze paradossali. Fletcher e coll. (1995) hanno calcolato che l'offerta dello *screening* sierologico a tutte le donne di una città di mezzo milione di abitanti porterebbe alla nascita di un solo bambino Down in meno rispetto ad uno *screening* limitato alle sole donne di età superiore ai 30 anni. Il raggiungimento di questo risultato comporterebbe, oltre alla morte per aborto del bambino diagnosticato come Down, il costo economico di 4500 test inutili, l'angoscia di 200 risultati falsi

positivi, il disagio di altrettante amniocentesi, la perdita di 1-2 bambini normali a causa dell'amniocentesi, il costo delle amniocentesi stesse e quello del personale impegnato nel counselling (calcolato solo quest'ultimo in 90.000 sterline).

È chiaro che anche sulla destinazione delle risorse sono necessarie scelte in sintonia con il valore dell'uomo che si intende proporre. Forse con adeguato sostegno economico si sarebbe permesso al bambino Down di essere accettato, e a 1-2 bambini normali di non essere rifiutati per errore, mentre il costo economico non sarebbe stato maggiore.

Una prospettiva più umana

La *Dichiarazione dei diritti dell'handicappato mentale*, proclamata dall'ONU il 20.12.1971 afferma che "l'handicappato mentale deve godere *in tutta la misura possibile* degli stessi diritti degli altri esseri umani". Tra questi diritti vanno senz'altro compresi il diritto alla vita, il diritto ad essere riconosciuto come persona e trattato come individuo prima che come categoria, il diritto ad avere una famiglia, il diritto alla migliore assistenza possibile (medica, riabilitativa, istituzionalizzazione), il diritto alla scuola, il diritto al lavoro, diritto a partecipare alla vita della Comunità (religiosa, ricreativa, politica, etc.). Questi diritti, se non vogliono essere mere enunciazioni retoriche, implicano altrettanti doveri. Per esempio, riconoscere il diritto del RM ad avere una famiglia, significa sostenere le famiglie dei RM, alleggerendo con i meccanismi della solidarietà sociale il pesante carico rappresentato dalla presenza di un membro in condizioni di bisogno, e trasformando in fattori di unità le spinte alla disgregazione che esso comporta. In tal modo potrà essere ridotto il ricorso alla istituzionalizzazione. Ovviamente, l'esercizio dei diritti sopra elencati deve essere goduto, come afferma la *Dichiarazione* dell'ONU, "in tutta la misura possibile". Soltanto avendo cura di offrire al RM servizi corrispondenti alle sue possibilità, si potrà evitare che la scuola o il lavoro diventino non



fattori di promozione ma ulteriori sottolineature di una diversità. La diversità del RM va tuttavia riconosciuta e rispettata anch'essa come diritto, diritto alla fragilità e alla invalidità, per evitare ogni rischio di tentazioni eugenetiche che richiamano tristi esperienze razziste.

Tutta la moderna ricerca sul RM ci invita ad accogliere questa prospettiva più umana. Infatti, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, il RM non è soltanto una persona con un deficit di sviluppo, ma è una persona che possiede delle competenze che lo mettono in grado di vivere, di amare e, anche, di apprendere. È soprattutto una persona cui riconoscere un potenziale di sviluppo. Ne deriva un compito per le famiglie, per gli operatori e per la società intera: non rassegnarsi all'ineluttabile. Rifiutarsi non solo di dire, ma anche di pensare che non ci sia niente da fare. Smettere per sempre di guardare al RM come ad una condizione di vita subumana, come a una fonte di terrore o a un oggetto di pietà disarmata, o come a un testimone innocente della presenza del sacro. Occorre invece lavorare per ogni forma di intervento in grado di promuovere le potenzialità di sviluppo che abbiamo riconosciuto, nonostante l'oggettiva difficoltà del compito.

Oggi si può e si deve intervenire: a livello della prevenzione, della diagnosi, delle terapie, della pedagogia, a livello delle istituzioni di ricovero, della famiglia, dell'ambiente sociale, delle relazioni tra la persona e l'ambiente, a livello dell'ambiente fisico e, infine, a livello dell'economia.

Intervento a livello della prevenzione

Occorre riaffermare con forza che la vera prevenzione avviene, per le malattie genetiche, attraverso la diffusione del *counselling* genetico prematrimoniale e preconcezionale e, per tutte le malattie, attraverso il potenziamento della medicina prenatale (assistenza in gravidanza, forse in futuro possibilità di correzione chirurgica di malformazioni), perinatale (miglioramento dell'assistenza al parto) o postnatale (correzione di deficit del metabolismo, vaccinazioni,

intervento riabilitativo precoce, prevenzione degli esiti invalidanti delle cause postnatali di ritardo mentale).

Alcuni esempi possono servire ad illustrare le già grandi potenzialità della prevenzione del RM e a lasciare immaginare le possibilità future.

Penso sia giusto cominciare con l'esempio ormai storico della fenilchetonuria, un errore congenito del metabolismo, trasmesso con modalità autosomica recessiva, dovuto al deficit dell'enzima fenilalanina idrossilasi. La malattia riguarda circa una nascita ogni 10.000. Se non trattata la malattia porta con certezza ad un RM di grado moderato o grave. La conoscenza del deficit enzimatico ha portato alla introduzione di metodi di screening ormai praticati alla nascita in modo generalizzato. I bambini riconosciuti affetti vengono sottoposti a restrizione dietetica dell'apporto di fenilalanina, un aminoacido che fa parte della nostra normale alimentazione. Questa pratica ha portato ad una drammatica riduzione dei casi di RM da fenilchetonuria.

Un esempio più recente di screening per una alterazione congenita del metabolismo riguarda la malattia di Tay-Sachs per la quale è oggi possibile l'identificazione dei portatori sani. Una applicazione di massa di tale metodo di screening è stata condotta tra i giovani della comunità israeliana degli ebrei Ashkenazi, un gruppo ultraortodosso, con matrimoni solo tra membri

della comunità e quindi particolarmente colpito da malattie genetiche. L'identificazione di coppie di fidanzati tutti e due eterozigoti per il tratto genetico, e quindi con possibilità di generare figli affetti dalla malattia di Tay-Sachs, porta ora saggiamente alla rottura dei fidanzamenti, che si verifica per di più senza particolari problemi, dato che in questo gruppo etnico le unioni coniugali sono di solito concordate tra i genitori dei futuri sposi. Il programma di screening ha portato alla identificazione di decina di coppie a rischio, prevenendo la nascita di molti bambini affetti da una forma di ritardo mentale grave, a decorso progressivo (Brodie et al., 1993).

Un esempio di correzione metabolica che sarà forse possibile nei prossimi anni riguarda la Sindrome di Smith-Lamli-Opitz, una condizione genetica identificata circa 30 anni fa, caratterizzata da ritardo mentale, deficit di crescita, microcefalia, dismorfismi craniofacciali, ed altre malformazioni.

La prevalenza della sindrome viene calcolata in circa 1/20.000 nascite e negli USA è considerato il secondo più comune disturbo a trasmissione autosomica recessiva, secondo solo alla fibrosi cistica. La malattia è sottostimata, almeno nel nostro paese, essendo la diagnosi fondata fino ad oggi solo su dati clinici. La recente scoperta di bassi livelli di colesterolo, accompagnati da alti livelli di un precursore del colesterolo ha consentito di classificare la malattia tra gli errori congeniti dal metabolismo (Tint et al., 1994). È evidente che questa scoperta porterà in futuro alla identificazione precoce dei neonati affetti ed al loro trattamento con supplementazione di colesterolo.

Ma la prevenzione non riguarda solo gli errori congeniti del metabolismo. Anche le malattie infettive che causano ritardo mentale possono talvolta essere prevenute. Un esempio ormai storico in questo campo riguarda la Panencefalite Sclerosante Subacuta, una malattia relativamente rara che sopravvive a distanza di anni da una infezione di virus del morbillo. Essa porta a modificazioni della personalità, a deficit intellettivo, a paralisi ed infine a morte. L'associazione con il virus del morbillo



cominciò ad essere notata alla metà degli anni Sessanta. Nei successivi dieci anni cominciò ad essere introdotta la vaccinazione contro il morbillo. Benché all'inizio del programma di vaccinazione ci fosse il timore che il virus attenuato utilizzato per il vaccino potesse esso stesso essere causa della malattia, a distanza di venti anni appare ormai evidente che la vaccinazione ha portato ad una progressiva diminuzione dei nuovi casi di Panencefalite Sclerosante Subacuta, che appare sempre più come una malattia in via di estinzione.

Più recentemente si è incominciato a parlare della prevenzione dei danni da *Toxoplasma Gondii*. L'infezione materna da *Toxoplasma* può causare nel bambino deficit visivi e più raramente disabilità intellettive. Sono oggi disponibili metodi di screening ed è stato mostrato che l'identificazione dei neonati infetti senza segni clinici conclamati può essere effettuata utilizzando lo stesso campione di sangue comunemente prelevato per lo screening dei disturbi metabolici (Guerina et al., 1994). Benché la diagnosi debba essere poi confermata con altri test e siano possibili falsi negativi, tuttavia l'identificazione precoce può consentire l'instaurazione del trattamento già nel primo anno di vita, riducendo significativamente deficit e disabilità.

La prevenzione del RM è possibile anche con opportune integrazioni dietetiche. Le ricerche degli ultimi anni continuano a portare argomenti a favore del ruolo dell'apporto di acido folico nella prevenzione dei difetti di saldatura del tubo neurale. Questo capitolo comprende malattie importanti come la spina bifida, il meningocele e l'anencefalia (quest'ultima condizione porta inevitabilmente a morte il neonato nell'arco di pochi giorni). Sembra che l'apporto di 0.4 mg al giorno di acido folico possa portare ad una riduzione di almeno il 60% dei difetti di saldatura del tubo neurale (Werler et al., 1993; Czeizel, 1993). Ne consegue che le donne in età fertile dovrebbero aumentare il loro consumo di folati, sia con la dieta che attraverso supplementi vitaminici, soprattutto quando decidono di avere una gravidanza.

Infine occorre ricordare che esiste anche una prevenzione secondaria. È noto ad esempio che i bambini con RM presentano un tasso di incidenti notevolmente superiore a quello dei bambini normali di pari età. Sebbene tale differenza tenda ad attenuarsi col progredire dell'età, è certo che è necessaria una maggiore enfasi sulla prevenzione del danno cerebrale secondario a trauma nei bambini affetti da disabilità intellettive.

Intervento a livello della diagnosi

Di fronte al paziente con RM è dovere del medico e delle istituzioni sanitarie approfondire la diagnosi con l'identificazione delle cause e della patogenesi del RM. Una mentalità orientata all'approfondimento diagnostico permetterà indirettamente l'avanzamento della ricerca, garantirà la prevenzione di ulteriori deficit (come nel caso delle malattie metaboliche o carenziali) e consentirà di identificare le aree comportamentali più interessate dal ritardo mentale, definendo quindi con maggior precisione gli interventi individualizzati ed ottenendo maggiori successi terapeutici e riabilitativi. La possibilità di porre precise diagnosi ha compiuto grandi passi negli ultimi anni. Basti pensare a tal riguardo ai progressi della biologia molecolare o delle tecniche di neuroimaging. Alla necessità di approfondimento diagnostico le istituzioni sanitarie

devono corrispondere garantendo l'accesso ai servizi, soprattutto ospedalieri, senza le attuali discriminazioni, che fanno del RM un ospite non gradito.

Intervento a livello delle cure

Non è possibile, in questa sede, passare in rassegna tutto il ventaglio degli interventi terapeutici e riabilitativi che oggi sono offerti al RM. Non entrerò quindi nel campo della fisioterapia, della riabilitazione del linguaggio, della psicomotricità, delle varie forme di psicoterapia, etc. Mi limiterò solo ad accennare ai progressi del trattamento psicofarmacologico ed alle prospettive della terapia genica.

Trattamento farmacologico

Benché il prestigio dell'intervento farmacologico abbia seguito il declino di tutti i metodi di intervento medico, secondario alla crisi del modello istituzionale, tuttavia il Mito del Farmaco come soluzione miracolosa ai problemi del disabile mentale continua a sopravvivere nell'immaginario collettivo, sostenuto anche dal maggior prestigio di cui la classe medica gode rispetto agli psicologi o agli educatori. L'uso indiscriminato del farmaco è inoltre praticato quale soluzione più conveniente per risolvere i problemi comportamentali dei pazienti dove manchi la formazione del personale ai metodi di intervento comportamentale o dove il sistema sia riluttante ad investire tempo, risorse umane ed economiche nel rimodellamento dei comportamenti del personale e dei pazienti. Molti problemi comportamentali costituiscono in realtà dei messaggi che possono essere affrontati in un'ottica relazionale.

Il trattamento psicofarmacologico dei ritardati mentali resta un intervento estremamente difficile, specialmente a causa della mancanza di criteri diagnostici precisi per la valutazione delle manifestazioni psicopatologiche nei RM. A ciò si aggiunga la mancanza di studi clinici controllati, anche per i farmaci tradizionalmente più utilizzati come i neurolettici. Pur con tali limitazioni, la recente ricerca sembra offrire alcune nuove modalità di intervento abbastanza promettenti.



Cominciano ad accumularsi dati sull'uso degli antipsicotici atipici, come clozapina e risperidone, una classe di farmaci che rispetto ai neurolettici tradizionali presenta il vantaggio di minori sintomi extrapiramidali e di una minore probabilità di indurre discinesia tardiva.

Malgrado alcuni risultati contrastanti, gli antagonisti degli oppiacei, soprattutto il naltrexone, sembrano ritagliarsi un ruolo nel controllo dei comportamenti autolesionistici, mentre farmaci come il buspirone e gli inibitori del reuptake della serotonina hanno mostrato una promettente efficacia nei comportamenti problematici dei RM, avvalorando l'ipotesi che la disregolazione comportamentale dei RM possa essere sostenuta da alterazioni del metabolismo serotonergico, in analogia a quanto osservato nei disturbi ossessivo-compulsivi o negli attacchi di panico, se pure con manifestazioni sintomatologiche diverse.

Sono ormai abbastanza consolidate le esperienze sull'uso di alcuni farmaci antiepilettici come stabilizzanti del tono dell'umore e come coadiuvanti nel controllo dei comportamenti problematici.

Interessanti infine appaiono gli effetti dei farmaci psicostimolanti, come il metilfenidato, nel controllo dei disturbi da deficit di attenzione e iperattività.

A causa della vulnerabilità psicologica e biologica dei disabili mentali, gli effetti collaterali negativi dei farmaci neurolettici sono di particolare rilevanza. Oltre agli effetti negativi sulle funzioni cognitive, per una utilizzazione che sia rispettosa del rapporto rischi-benefici vanno sempre tenuti in considerazione l'alta frequenza di effetti collaterali di tipo parkinsoniano, di manifestazioni discinetiche e distoniche, di discinesie tardive. Fortunatamente rara, ma comunque più frequente e più grave che negli altri pazienti psichiatrici, è la sindrome maligna da neurolettici, il cui esito può anche essere fatale (Boyd, 1993). Negli ultimi anni ha cominciato ad essere riconosciuta anche una tossicità da farmaci modulanti la serotonina, probabilmente anch'essa più frequente e grave nei retardati mentali (Sternbach, 1991).

In considerazione di quanto e-

sposto e della limitata efficacia del trattamento psicofarmacologico occorre interrogarsi sulla eticità di un uso indiscriminato di farmaci psicotropi.

Oltre il 50% dei retardati mentali infatti ricevono psicofarmaci, spesso in politerapia e ad alte dosi (Deb e Fraser, 1994). In questo campo occorre evitare abusi e rispettare la personalità del RM, evitando, se possibile, che i neurolettici divengano una camicia di forza chimica.

Il miglioramento futuro di tale situazione si fonda su un più frequente ricorso a interventi di tipo comportamentale, sulla individuazione di linee guida di trattamento opportunamente validate, sul monitoraggio costante dell'efficacia e degli effetti negativi dei trattamenti psicofarmacologici, e sulla differenziazione tra gruppi responders e non responders.

La sperimentazione farmacologica

L'avanzamento degli standard della pratica medica è inscindibile dalla ricerca scientifica e quindi anche dalla possibilità di sperimentare nuovi farmaci. Ogni sperimentazione pone tuttavia degli interrogativi etici, come testimonia il diffondersi della preventiva verifica dei fondamenti etici di ogni indagine proposta all'interno degli Enti di ricerca. Gli interrogativi sono ancor più pressanti e le necessarie verifiche debbono essere più profonde nel caso di studi condotti

su soggetti RM. Senza approfondire l'argomento, basterà in questa sede accennare al problema della validità del consenso ed alla necessità di valutare il beneficio atteso per il soggetto che partecipa alla sperimentazione.

Terapia genica

Per quanto riguarda la terapia genica, oggi si sente spesso parlare della speranza di correggere il deficit grazie all'inserimento nel codice genetico del paziente di sequenze geniche normali. È probabile che di tali terapie potranno beneficiare nel futuro soprattutto le alterazioni che riguardano un solo gene e che causano RM grave, piuttosto che le condizioni di RM lieve, nelle quali spesso anche l'ambiente svolge un ruolo importante. Tuttavia, così come il compianto Prof. Lejeune, anch'io ritengo che la prospettiva di una terapia genica per le condizioni di RM su base genetica, sia una ipotesi di risposta troppo semplice, addirittura scolastica, che verrà probabilmente preceduta e resa inutile da altre soluzioni più creative. Per esemplificare la sua posizione, il Prof. Lejeune sosteneva che a suo avviso prima ancora che il diabete giovanile potesse essere corretto da una terapia genica, sarebbero stati perfezionati i trapianti di cellule pancreatiche animali avvolti da membrane in grado di far passare selettivamente l'insulina prodotta dal trapianto senza lasciar aggredire il trapianto dalla reazione degli anticorpi circolanti.

Intervento a livello della pedagogia

Abbiamo detto all'inizio che la definizione di RM include un deficit di funzionamento intellettuale generale (misurato dal QI) ed il rilevamento di limiti nella capacità di adattarsi alle richieste dell'ambiente. Se il QI viene correntemente visto come qualcosa di relativamente rigido e poco modificabile, è invece certo che si può intervenire sulle difficoltà di adattamento all'ambiente. Il miglioramento del maladattamento può addirittura far sì che una persona non sia più classificabile come RM.

Educazione specializzata, programmi di arricchimento strumen-



tale, approccio comportamentale, sono soltanto alcune esemplificazioni delle molteplici possibilità di intervento pedagogico che possono essere offerte al RM. Cercando di cogliere sinteticamente l'orientamento odierno, possiamo affermare che l'enfasi si sta spostando da una attenzione mirata sui deficit della persona, cioè sui suoi comportamenti maladattivi, alla definizione dei sostegni ambientali e sociali che quel particolare soggetto richiede per essere messo in condizione di vivere con successo in un particolare ambiente.

La tendenza che abbiamo delineata si riflette nella versione 1992 della definizione dell'American Association on Mental Deficiency. A proposito delle abilità di adattamento, questa definizione utilizza il concetto di intelligenza sociale e non più quello di comportamento maladattivo.

Il riconoscimento del RM come persona a pieno titolo implica anche il dovere di considerarne le opinioni, soprattutto quando riguardano gli interventi sulla sua persona, e di accettare la nostra sofferenza quando non siamo in grado di capirlo e non riusciamo a comunicare con lui.

La scuola

Un discorso particolare merita l'istituzione scolastica tradizionale. A tale proposito mi rifarò solo all'esperienza italiana, giudicata tuttavia in altri Paesi come un'esperienza di avanguardia. Fino agli anni '70 l'istruzione scolastica del bambino RM si svolgeva in Italia all'interno stesso degli istituti di ricovero o, per i bambini non istituzionalizzati, all'interno di scuole speciali o nell'ambito di classi differenziate. Fondandosi sugli articoli 34 e 38 della Carta Costituzionale, il movimento di opinione in favore dell'inserimento sociale dei portatori di handicap promosse l'intervento legislativo del Parlamento, tradottosi nelle Leggi 30.3.1971 n° 118 e 4.8.1977 n° 517. Successive Circolari Ministeriali (n° 199 del 28.7.1979, n° 258 del 22.9.1983, n° 250 del 3.9.1985 e n° 262 del 22.9.1988) concretizzarono il dettato legislativo, portando alla chiusura delle scuole speciali, all'abolizione delle classi differenziali, alla attuazione di for-

me di sostegno e di integrazione scolastica che partendo dalla diagnosi clinica realizzano interventi fondati sulla valutazione dei profili dinamici e della diagnosi funzionale dei singoli soggetti.

Oggi, nonostante molte resistenze, in quasi tutte le scuole italiane di ogni ordine e grado sono inseriti alunni portatori di handicap; tra essi molti ragazzi con RM sono presenti nelle classi, almeno fino alla scuola dell'obbligo.

L'integrazione scolastica dei RM costituisce senz'altro un obiettivo di grande civiltà, anche se, da un punto di vista etico, occorre chiedersi se i tentativi di reinserimento indiscriminato nelle classi normali siano sempre giustificabili.

Mentre infatti la classe normale può agire da fattore di stimolo per il ritardato lieve e medio, può risultare ancora più disturbante per i soggetti con RM grave o profondo, impedendo loro di fatto anche le acquisizioni minime che avrebbero potuto ottenere in un ambiente protetto. Inoltre tale reinserimento è avvenuto spesso in maniera selvaggia, senza adeguata preparazione di alunni e di insegnanti, venendo in tal modo a produrre un'ulteriore forma di rifiuto e di stigmatizzazione. Da ultimo, l'inserimento a tutti i costi nelle classi normali ha finito spesso per privare i soggetti con RM grave della possibilità di una diagnosi precisa e di interventi riabilitativi realmente mirati, diagnosi e riabilitazione generalmente impossibili in una scuola normale, in cui la scarsa rilevanza numerica dei soggetti con RM non permette né giustifica la spesa necessaria per organizzare un servizio diagnostico e riabilitativo veramente efficace. Anche senza tener conto dei costi, inoltre, occorre rilevare che nell'ambiente non specialistico della scuola normale raramente vi è la disponibilità di uomini preparati e motivati per questi interventi.

Intervento a livello delle istituzioni di ricovero

Abbiamo detto sopra del diritto a vivere all'interno di una famiglia e del diritto a ricevere lo standard migliore di assistenza. Su tali diritti

del RM occorre riflettere nel valutare caso per caso l'opportunità di ricorrere all'istituzionalizzazione. Il giudizio dipenderà dalla gravità del RM, dalla problematicità del comportamento del soggetto, dalle condizioni del nucleo familiare, dal livello dell'istituzione. La soluzione ottimale sarebbe ovviamente quella di assicurare all'interno della famiglia tutte le cure possibili. Occorre tuttavia riconoscere, con disincantato realismo, che in alcuni casi (per limiti culturali, per condizioni economiche, per età o condizioni di salute di coloro su cui graverebbe l'assistenza) la famiglia non è in grado di affrontare il problema di un membro con RM grave. La società, dal canto suo, ha un obbligo morale di tipo solidaristico verso le famiglie dei RM, obbligo dal quale dovrebbe scaturire una politica di sostegno economico e di servizi volti ad alleviare il carico della famiglia. La società dovrebbe inoltre garantire al RM fuori dell'istituzione di ricovero standard adeguati di assistenza medica e di trattamento riabilitativo in condizioni ambulatoriali e se necessario domiciliari. Anche per quei casi in cui sia stato necessario ricorrere all'istituzionalizzazione, resta per la società il dovere di vigilare affinché all'interno delle istituzioni di lunga degenza siano garantite prestazioni sanitarie ed interventi pedagogici e riabilitativi adeguati, oltre a condizioni di ospitalità rispettose della dignità dell'uomo. Solo un'opera costante di vigilanza potrà infatti prevenire la frequente degenerazione di tali istituzioni in luoghi di segregazione e di violenza.

L'intervento a livello delle istituzioni può essere graduale e flessibile, a seconda della situazione di partenza ed a seconda delle possibilità finanziarie e culturali del paese.

Il passaggio dalle vecchie istituzioni chiuse in grado di accogliere centinaia di soggetti ad istituzioni aperte e stimolanti può già consentire il superamento della segregazione e la realizzazione di modelli di vita meno artificiali. La realizzazione di piccole strutture di accoglienza nel contesto urbano, nelle quali prevalgono modelli di vita comunitaria e l'apporto delle organizzazioni di volontariato, può fa-

cilitare l'inserimento sociale e l'accettazione da parte della comunità, oltre che la progressione verso maggiori livelli di autonomia. La permanenza in famiglia, fino a quando possibile, o la collocazione in case autogestite (con livelli variabili di sostegno professionale esterno), sono certamente le più adatte a garantire dignità e normalizzazione, almeno nei casi di ritardo lieve o moderato.

Come tutte le rivoluzioni, anche quella del movimento antisegregazionista ha avuto le sue vittime innocenti e sarebbero stati più opportuni cambiamenti graduali, meditati e assimilati, anche per evitare il rischio di reazioni di rigetto ed ostilità. Tuttavia bisogna onestamente riconoscere che spesso è stata solo la spinta di correnti estremiste in favore della deistituzionalizzazione che ha dato luogo a decisioni giudiziarie o legislative, capaci di chiudere le vecchie istituzioni e di riorientare la destinazione delle risorse finanziarie verso la creazione di luoghi di vita simili, per quanto possibile, a quelli in cui vivono gli altri membri della comunità.

Il dibattito pro o contro l'istituzionalizzazione è ormai superato. Ora si discute su come garantire e migliorare l'inserimento sociale dei disabili intellettivi in tempi di risorse ristrette. Una soluzione potrebbe essere lo spostamento dell'accento dalla fornitura dei servizi al rafforzamento dei supporti nell'ambiente naturale.

Intervento a livello delle famiglie

La famiglia costituisce l'anello più importante e più delicato nella catena degli interventi per il RM. La nascita di un figlio con RM è causa di diverse modalità di reazione, che vanno dalla ribellione e dall'aggressività, all'isolamento ed all'apatia, al sentirsi diversi ed emarginati. Il disagio si ripercuote su tutti i membri della famiglia, compreso il figlio disabile, che avverte di essere causa di turbamento, si sente colpevolizzato e non vive in un clima sereno.

L'umanizzazione dell'assistenza ai RM è tanto più possibile quanto maggiore è la solidità dell'istituto familiare. Non è infatti possibile, schizofrenicamente, chiedere alle

famiglie di assistere in casa i RM e poi minare la solidità della famiglia.

L'intervento deve coinvolgere le famiglie, soprattutto quando si tratti dell'applicazione di programmi di stimolazione prolungata, o quando si ritenga necessario un intervento molto precoce.

Il coinvolgimento dei genitori permette inoltre di realizzare l'intervento nel normale ambiente di vita del bambino e fornisce all'operatore una possibilità di osservazione indiretta molto attenta e prolungata, che può rivelarsi fondamentale per la valutazione. Occorre tuttavia evitare che i genitori vengano sovraccaricati di responsabilità e di lavoro, sia per evitare loro il *burn out*, sia per ridurre il rischio di crisi della coppia.

Intervento a livello dell'ambiente sociale

Per molte persone con disabilità intellettiva di grado lieve, è l'ambiente che fa la differenza. Infatti l'incontro con un ambiente accogliente e stimolante può portarli all'interno del *range* di funzionamento normale. Pertanto, migliorare l'ambiente in cui i bambini poveri sono cresciuti può contribuire a ridurre il tasso di prevalenza del ritardo mentale lieve ed il ricorso all'istituzionalizzazione (Zigler, 1995).

L'importanza dei fattori sociali viene sottolineata dal comune riscontro di tassi più alti di disabilità intellettiva nelle classi sociali favorite. Anche quando sembrerebbero in gioco fattori di tipo razziale (Murphy et al., 1995), si è potuto dimostrare che la maggiore frequenza di ritardati mentali nelle comunità nere d'America poteva essere ricondotta in realtà alle condizioni economiche, al livello di scolarizzazione delle madri, all'età materna al momento del parto. In una parola, i bambini neri avevano una più alta probabilità di venire esposti a molteplici fattori dannosi, sia prima che dopo la nascita, fattori negativi capaci di cumularsi tra loro e con la condizione di svantaggio negli stimoli cognitivi e nelle esperienze educative precoci di cui gli stessi bambini neri venivano a soffrire (Yeargin-Allsopp et al., 1995).

Intervento a livello della relazione tra persona ed ambiente

Per quanto riguarda le relazioni tra la persona disabile ed il suo ambiente di vita, è necessario lavorare per la riduzione di potenziali conflitti e per il superamento di modi di vita caratterizzati dall'isolamento e dall'anonimato. Il RM si gioverà della creazione di un ambiente che favorisca le relazioni umane ed il senso di appartenenza del RM ad una precisa comunità. Occorre anche favorire l'accettazione sociale del movimento per l'integrazione, senza la quale non esistono possibilità di accettazione nel quartiere, non vi è offerta di posti di lavoro, non vi è spinta sul legislatore per opportuni interventi normativi e finanziari.

Intervento a livello dell'ambiente fisico

Anno dopo anno, tossici alimentari o ambientali ed altri fattori di inquinamento stanno purtroppo aumentando il loro ruolo nel determinismo delle disabilità intellettive. Come esempio di inquinamento ambientale vorrei riferire quanto riportato da un recente articolo a proposito di un cluster, cioè di un picco di nuovi casi di Sindrome di Down nella popolazione di Berlino, verificatosi nove mesi dopo la tragedia di Chernobyl (Sperling et al., 1994). È molto improbabile che il fenomeno sia stato puramente casuale, data la stretta correlazione temporale tra i due eventi. Benché un rapporto di causalità non possa essere dimostrato con certezza, esso resta tuttavia fortemente presunto. Sono ovvie le implicazioni di ordine politico ed economico per produrre mutamenti comportamentali verso stili di vita più rispettosi dell'ambiente.

Un crescente interesse come possibile causa di RM stanno assumendo il piombo ed altri metalli come cadmio, cromo, cobalto, mercurio, nichel. Essi sono presenti in molti materiali da costruzione, nella benzina, ed in materiali di rifiuto come le pile scariche. Cominciano ad accumularsi dati sui livelli di queste sostanze tossiche nel liquido amniotico prelevato durante l'amniocentesi (Lewis et al.,

1992). La materia è ancora oggetto di discussione, ma sembra che esista una relazione inversa tra i livelli ematici di alcune di queste sostanze ed il livello intellettivo, anche dopo aver tenuto conto di altri fattori confondenti.

Per quanto riguarda le sostanze tossiche introdotte con gli alimenti, accennerò solo al ruolo dell'alcol. L'esposizione in utero all'alcol è stata associata con una sindrome caratterizzata da ritardata crescita pre e post natale, dismorfismi craniofacciali e alterazioni a carico del Sistema Nervoso Centrale, tra le quali il ritardo mentale. Benché vi siano ampie variazioni geografiche nell'incidenza della sindrome fetale alcolica, legate alle differenti abitudini alimentari, si calcola che a livello mondiale la incidenza della sindrome sia di 1.9 casi ogni 1000 nascite. La sindrome fetale alcolica può pertanto essere considerata una delle cause più importanti di RM. L'alcolismo è in costante crescita e richiede un'opera attenta di prevenzione come causa del ritardo mentale da sindrome fetale alcolica (Spohr et al., 1993).

Si richiede inoltre un'opera educativa delle future madri, soprattutto negli ambienti nei quali il consumo moderato di alcol è incoraggiato socialmente. L'alcol infatti può comunque associarsi a ritardo della crescita e a riduzione della circonferenza cranica (Geva et al., 1993).

Infine, le caratteristiche dell'ambiente possono essere causa di disabilità intellettuale anche per motivi di ordine naturale. Accennerò tra breve alla carenza di iodio nelle acque.

Intervento a livello dell'economia

Qualunque intervento sulla disabilità intellettuale non può prescindere da un intervento sull'economia, senza il quale le risorse necessarie non sarebbero disponibili.

Secondo autorevoli commentatori, verso la fine di questo secolo verrà completamente a mancare la spinta che negli anni Settanta permise di accantonare, in alcuni Paesi europei, fondi pubblici per progetti di assistenza integrata in favore dei ritardati mentali. Essi ritengono che in Europa Occidentale e

negli Stati Uniti ci si avvia verso la perdita di una politica specifica a sostegno dei ritardati mentali, schiacciata tra altre istanze competitive che rendono turbolento il rapporto tra gli utenti ed i fornitori dei servizi (Boston, 1994). Già da alcuni anni si comincia a discutere della fornitura di servizi ai RM in termini di rapporto costi/benefici. Autorevoli ostetrici britannici contestano questo tipo di impostazione, invitando la classe medica a resistere alle sollecitazioni a diventare "fornitori di offerte tecniche ossessionati dai costi" (Elkins e Brown, 1993). Dopo aver definita assurda e fuorviante la affermazione che una persona con Sindrome di Down costa alla società circa 196.000 \$, Elkins e Brown vanno avanti chiedendosi e chiedendoci provocatoriamente "Quale è il costo per una famiglia e per la società di far crescere ed educare una persona 'normale' fino a farne un dottore? Quale è il costo di una persona che passa anche un breve numero di anni in prigione? Quanto spendiamo oggi per allevare un ragazzo 'normale' che mangia all'americana nei fast-food e passa il tempo davanti alla televisione?".

Dal negare fondamento economico alla nascita di un ritardato mentale, al negargli, in tempi di ristrettezze economiche, le cure necessarie, il passo è breve. Breve è anche il passo verso la sterilizzazione, come proposto da una recente risoluzione del Parlamento Europeo.

Una recente ricerca condotta a Chicago (Fujiura e coll., 1994) ha cercato di quantificare i costi gravanti sulle famiglie che avevano a casa un membro adulto con RM. L'indagine ha consentito di verificare che i costi di mantenimento non erano superiori a quelli per il mantenimento di un adulto senza RM. Il problema nasceva a livello del basso reddito (da lavoro o da sussidi sociali) con il quale l'adulto RM contribuiva al budget familiare. Per tale motivo il costo del suo mantenimento ricadeva in larga parte sulle spalle della famiglia. Ne derivano implicazioni politiche di tutto rilievo, in quanto fornire alle famiglie anche il costo totale del mantenimento sarebbe sempre una piccola frazione dei costi da sostenere per il collocamento del disabi-

le in servizi residenziali alternativi.

Una ridistribuzione delle ricchezze si impone inoltre su scala mondiale. Basti come esempio quello del cretinismo endemico da carenza di iodio. Esso costituisce in assoluto la causa più frequente di RM grave a livello mondiale. La sua patogenesi è ancora scarsamente compresa, ma la prevenzione con supplementazione di iodio è semplice e poco costosa. Eppure il mondo sviluppato dimentica tale problema, di immensa importanza in molti Paesi in via di sviluppo, che costerebbe assai poco ma darebbe ai Popoli in via di sviluppo molti problemi in meno ed un capitale intellettuale assai superiore.

Caratteristiche dell'intervento

Abbiamo sin qui delineato i diversi ambiti nei quali l'intervento in favore del RM può realizzarsi. A differenza che nel passato esso si fonda su metodi oggettivi di valutazione che permettono di orientare gli sforzi con maggiore precisione e di controllare l'efficacia dell'intervento.

L'intervento deve oggi tendere a diventare individualizzato. Non sono più sostenibili infatti forme di intervento standardizzato che non tengano conto della specificità dei bisogni individuali. Si tratta di sviluppare piani di intervento individuali volti a realizzare livelli più avanzati di *social competence*, con modelli di vita sempre più vicini a quelli della vita quotidiana della comunità dei normali. Lavorando per l'adattamento del disabile intellettuale alla società, si realizza anche l'adattamento della società al disabile, valorizzandone il ruolo sociale.

La complessità dei problemi in gioco richiede che l'intervento sul RM venga ormai fatto attraverso équipes multidisciplinari, ma ciò comporta il rischio di una cattiva circolazione delle informazioni, di un eccessivo stress per i genitori (privi di punti di riferimento e costretti ad un nomadismo terapeutico tra un numero a volte elevato di operatori), di una frammentazione culturale ed operativa dell'unità della persona, di tensioni o conflitti tra gli operatori.

Occorre aggiungere che la possi-

bilità di intervenire copre oggi tutte le età della vita, con modalità diverse, dall'epoca prenatale, all'indebolimento patologico. Da un lato infatti l'intervento deve essere precoce. Qualunque servizio può essere offerto solo se il problema viene riconosciuto. In tal senso appare fondamentale il ruolo dei pediatri di base e, come abbiamo già detto, quello dei genitori. Infatti, quanto più precocemente verrà avviato l'iter diagnostico, terapeutico e riabilitativo, tanto maggiori saranno le speranze di recupero.

All'altro estremo, l'intervento deve oggi continuare e diversificarsi per il continuo aumentare dei ritardati mentali adulti. La popolazione anziana è in continua crescita numerica. Parallelamente, il miglioramento delle cure ha portato ad un aumento delle persone anziane con ritardo mentale. Viene oggi stimato in 173.000 il numero degli adulti con RM di età superiore a 60 anni attualmente viventi negli Stati Uniti. Le proiezioni indicano che essi aumenteranno fino a raggiungere il numero di 330.000 nell'anno 2025. Il fenomeno non è senza conseguenze. L'invecchiamento della popolazione porta ad un aumento della demenza senile. Viene calcolato che alla fine del secondo millennio gli americani affetti da malattia di Alzheimer saranno circa 10 milioni.

Numerosi studi hanno suggerito che una larga fetta degli adulti con Sindrome di Down sopra i 40 anni sviluppano segni clinici di Alzheimer, anche se in proporzione minore rispetto a quanti presentano alterazioni neuropatologiche caratteristiche dell'Alzheimer. Queste ultime infatti si ritrovano nel cervello della quasi totalità dei Down anziani. Qualcosa di simile, ancora poco studiato, sembra potersi verificare anche in altre forme di RM.

Esistono oggi strategie di intervento per la malattia di Alzheimer, ma poco o nulla è noto su come esse vadano applicate agli adulti con ritardo mentale che vanno incontro al deterioramento dell'Alzheimer. Sarebbe probabilmente necessario correggere il tiro dei programmi di intervento, adattandoli alle modificazioni del comportamento e delle capacità del paziente. Tuttavia mancano linee guida specifiche per una precoce e corretta diagnosi di

Alzheimer nei RM e per l'intervento successivo alla diagnosi. Anche le agenzie pubbliche per i servizi sociali e sanitari, mancando di esperienza specifica, entrano in crisi quando debbono programmare piani per questo particolare tipo di utenti. La conseguenza di ciò è che i pazienti con RM colpiti da demenza finiscono prima del dovuto nelle unità di lungodegenza, nelle quali la mancanza di familiarità del personale con i loro problemi si risolve in una assistenza inadeguata ed in un accelerato declino funzionale.

Infine, l'intervento richiede garanzie per il rispetto della persona, perché non diventi ingerenza, perché non diventi interventismo eccessivo o sperimentazione selvaggia, per evitare eccessi di zelo e posizioni estremiste, perché venga riconosciuto anche il diritto alla diversità del disabile.

Prima di passare a concludere questa mia relazione, desidero sottolineare che l'intervento a favore della persona con RM, lo studio attento ed appassionato delle disabilità intellettive, non solo è un atto di giustizia verso i RM stessi, ma riveste importanza fondamentale per la società intera.

Infatti, lo studio della disabilità intellettiva ha portato ad un progresso delle conoscenze sui meccanismi dello sviluppo mentale, permettendo di offrire forme di sostegno più adeguate ai bisogni dei disabili mentali e di aiutare al tempo stesso il fisiologico sviluppo mentale del bambino normale ed il compito educativo di ogni famiglia.

Valga come esempio un recente studio (Brunner et al., 1993) che ha permesso di identificare il locus genico per un disturbo legato al cromosoma X caratterizzato da importanti manifestazioni di aggressività e da un difetto nel metabolismo delle monoaminossidasi di tipo A. I risultati ottenuti potranno contribuire allo studio del comportamento aggressivo in generale.

La conoscenza dei meccanismi che portano alla disabilità intellettiva ed ai comportamenti patologici ad essa associati possono dunque offrire informazioni sulle basi biologiche delle funzioni cognitive e del comportamento anche nelle persone non affette da RM.

Conclusioni

Abbiamo cercato di definire le possibili linee di intervento a favore del soggetto con disabilità intellettiva e di sottolineare di volta in volta le implicazioni di carattere etico delle diverse scelte. Alcune riflessioni generali sono tuttavia possibili. L'atteggiamento della società in generale e della classe medica in particolare verso i RM ha continuamente oscillato tra un comportamento di tipo rinunciario ed una ideologia che possiamo definire "liberale". Come sempre, gli estremi di tali posizioni hanno finito per coincidere: per esempio, la rinuncia all'approfondimento diagnostico, propria di molte istituzioni segreganti, ha costituito anche l'esito, forse non voluto, di interventi volti all'inserimento a tutti i costi nella scuola normale. Allo stesso modo coincidono, agli effetti pratici, il mancato approfondimento diagnostico di chi minimizza il problema e quello di chi non considera il singolo, ma solo l'etichetta dello stigma sociale.

A nostro parere, il modo più umano di affrontare i problemi dei RM deve essere fondato allo stesso tempo sulle categorie del realismo e della speranza. Una speranza priva di realismo finirebbe per non tener conto delle possibilità del singolo e per non offrire quindi i supporti necessari. Un realismo senza speranza eviterebbe di riconoscere ciò che le più recenti ricerche sul cervello umano ci confermano: il potenziale cognitivo non è statico per nessuno di noi; il cervello è dotato di plasticità, tanto più grande quanto più precoce è lo stimolo portato su di esso. Il recupero quindi è sempre possibile e la sua entità dipenderà, oltre che dal dato biologico, dalla precocità della diagnosi e dell'intervento riabilitativo.

Non è possibile inoltre, se si desidera evitare l'abbandono o il lager, la delega all'istituzione, ma è necessario il controllo sociale continuo e competente. Ancora, nessun intervento è possibile, anche per ragioni di ordine economico se non facendo perno sulla solidarietà e quindi educando alla solidarietà come valore.

Una visione siffatta del problema richiede che anche verso il RM, considerato come persona e non

come categoria, si nutra un sentimento di amore. "Un amore che si apre all'altro nella sua individualità irrepetibile e gli dice la parola decisiva: 'Voglio che tu ci sia'. Se non si comincia da questa accettazione dell'altro, comunque egli si presenti, in lui riconoscendo un'immagine vera, anche se offuscata, di Cristo, non si può dire di amare veramente. ... Ogni amore autentico ripropone in certa misura la valutazione primigenia di Dio, ripetendo col Creatore, nei confronti di *ogni individuo* umano concreto, che la sua esistenza è 'cosa molto buona' (Gn 1, 31)" (Giovanni Paolo II al 'Cottolengo' di Torino, il 13.4.1980).

"È cosa molto buona". Prima che un fardello, il disabile mentale è per noi una cattedra di insegnamento. Egli ci insegna che nessuno di noi è perfetto. Ci insegna il diritto alla diversità, il rispetto delle differenze, base prima di ogni possibile vera forma di integrazione sociale. Con le parole di Elkins e Brown (1993), ci insegna "il valore di una comunità civile fondata sull'accoglienza piuttosto che sulla competizione. Ci insegna l'ideale filosofico di un amore incondizionato, il concetto teologico della grazia" (gratuità).

Con questa convinzione E. Mounier poteva scrivere alla moglie, a proposito della figlia immobilizzata e muta per gli esiti di una gravissima encefalite: "Non ho senza dubbio mai conosciuto così intensamente lo stato di preghiera come quando la mia mano diceva cose a quella fronte che non rispondeva niente, come quando i miei occhi correva a quello sguardo distratto, che parlava lontano...". Questa dimensione della contemplazione di Dio nel volto di una persona gravemente colpita nella sua intelligenza tocca le vette più alte dell'ascesi, richiede l'accettazione totale della Croce e non può essere pretesa da alcuno. Essa tuttavia sarà più facile se l'Amore di Dio si farà incontro al disabile ed alla sua famiglia attraverso l'amore gratuito di persone capaci di rendergli testimonianza.

Alcuni anni addietro sono stato molto colpito dalla lettera che la giovane madre di un grave disabile ha scritto alla semplice rivistina trimestrale delle comunità di Fede e

Luce, legate all'Arche di Jean Vainer. Nell'incontro con i membri di questa Comunità che lavora in modo splendido per i disabili, questa mamma aveva scoperto un nuovo significato per la sofferenza sua e di suo figlio.

Lettera

Non a tutti noi è dato uno sguardo altrettanto limpido sulla sofferenza che ci circonda, a tutti noi tuttavia verrà chiesto conto almeno della nostra risposta. Domenica scorsa, festa di Cristo Re abbiamo riascoltato nella liturgia della Messa il racconto terribile del destino che attende coloro che non sono stati capaci di riconoscere il volto di Cristo nei più piccoli, nei più poveri, nei più sofferenti. Anche per coloro che soffrono per disabilità intellettive ci verrà chiesto conto e speriamo che l'esame termini con l'ascolto della sentenza beatificante: venite benedetti dal Padre mio, ricevete il Regno per voi preparato.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI
Primario Neurologo, Ospedale
S. Maria della Misericordia, Udine

Bibliografia

BOSTON S., *Too deep for tears*, Harper Collins, London, 1994.

BOYD R.D., *Neuroleptic malignant syndrome and mental retardation: review and analysis of 29 cases*. Am J Mental Retard 1993, 98: 143-155.

BRODIE E., ZEIGLER M., ECKSTEIN J., BACH G., *Screening for carriers of Tay-Sachs disease in the ultraorthodox Ashkenazi Jewish Community in Israel*. Am J Med Genet 1993, 47: 213-215.

BRUNNER H.G., NELEN M.R., VAN ZANDVOORT P., ABELING N.G.G.M., VAN GENNIP A.H., WOLTERS E.C., KUIPER M.A., ROPERS H.H., VAN OOST B.A., *X-linked borderline mental retardation with prominent behavioral disturbance: phenotype, genetic localization and evidence for disturbed monoamine metabolism*. Am J Hum Genet 1993, 52:1032-1039.

CZEIZEL A.E., *Prevention of congenital anomalies by periconceptual multivitamin supplementation*. BMJ 1993, 306: 1645-1648.

DEB S., FRASER W., *The use of psychotropic medication in people with learning disability: towards rational prescribing*. Hum Psychopharmacol 1994, 9:259-272.

ELKINS T.E., BROWN D., *The cost of choice: a price too high in the triple screen for Down syndrome*. Clin Obstet Gynecol 1993, 36:532-540.

FERNALD C.D., *When in London....: differences in disability language preferences among English-speaking countries*. Ment Retard 1995, 33:99-103.

FLETCHER J., HICKS N.R., KAY J.D.S., BOYD P.A., *Using decision analysis to compare policies for antenatal screening for Down's syndrome*. BMJ 1995, 311:351-356.

FUJIURA G.T., ROCCOFORTE J.A., BRADDOCK D., *Costs of family care for adults with mental retardation and related developmental disabilities*. Am J Ment Retard 1994, 99:250-261.

GEVA D., GOLDSCHMIDT L., STOFFER D., DAY N.L., *A longitudinal analysis of the effect of prenatal alcohol exposure on growth*. Alcohol Clin Exp Res 1993, 17:1124-1129.

GUERINA N.G., HSU H-W., MEISSNER C., MAGUIRE J.H., LYNFIELD R., STECHENBERG B., ABRAMS I., PASTERNAK M.S., HOFF R., EATON R.B., GRADY G.F., *Neonatal serologic screening and early treatment for congenital Toxoplasma gondii infection*. N Engl J Med 1994, 330:1858-1863.

LEWIS M., WOROBIEY J., RAMSEY D.S., MCCORMACK M.K., *pre-natal exposure to heavy metals: effects on childhood cognitive skills and health status*. Pediatrics 1992, 89: 1010-1015.

LUKASSON R., *Mental Retardation: definition, classification, and system supports*, edn 9. Washington DC: American Association on Mental Retardation; 1992.

MATSON J.L., SEVIN J.A., *Theories on dual diagnosis in mental retardation*. J Consult Clin Psychol 1994, 62: 6-16.

MURPHY C.C., YEARGIN-ALLSOPP M., DECOUFLÉ P., DREWS C.D., *The administrative prevalence of mental retardation in 10-year old children in metropolitan Atlanta, 1985 through 1987*. Am J Publ Health 1995, 85: 319-323.

PUFFER R.R., *Family planning issues relating to maternal and infant mortality in the United States*. Bull Pan Am Health Organ 1993, 27: 120-134.

REID D.H., BALLINGER B.R., *Behaviour symptoms among severely and profoundly retarded patients: a 16-18 year follow-up study*. Br J Psychiatry 1995, 167: 452-455.

SPERLING K., PELZ J., WEGNER R-D., DORRIES A., GRUTERS A., MIKKELSEN M., *Significant increase in trisomy 21 in Berlin nine months after the Chernobyl reactor accident: temporal correlation or causal relation?* BMJ 1994, 309: 158-162.

SPOHR H.L., WILLMS J., STEINHAUSEN H.C., *Prenatal alcohol of exposure and long-term developmental consequences*. Lancet 1993, 341: 907-910.

STERNBACH H., *The serotonin syndrome*. Am J Psychiatry 1991, 148: 705-713.

TINT G.S., IRONS M., ELIAS E.R., BATT A.K., FRIEDEN R., CHEN T.S., SALEN G., *Defective cholesterol biosynthesis with the Smith-Lamli-Optiz syndrome*. N Engl J Med 1994, 330: 107-113.

YEARGIN-ALLSOPP M., DREWS C.D., DECOUFLÉ P., MURPHY C.C., *Mild mental retardation in black and white children in metropolitan Atlanta: a case-control study*. Am J Pub Health 1995, 85: 324-328.

WERLER M.M., SHAPIRO S., MITCHELL A.A., *Periconceptual folic acid exposure and risk of occurrent neural tube defects*. JAMA 1993, 269: 1257-1261.

WILLEMSSEN R., MOHKAMSING S., DE VRIES B., DEVYS D., VAN DEN OUWELAND A., MANDL J.L., GALJAARD H., OOSTRA B., *Rapid antibody test for fragile X syndrome*. Lancet 1995, 345: 1147-1148.

ZIGLER E., *Can we "cure" mild mental retardation among individuals in the lower socioeconomics stratum?* Am J Public Health 1995, 85: 302-304.

BRUNO SILVESTRINI

Le aberrazioni nell'ordine naturale delle cose

Il termine aberrazione viene qui riferito agli esseri viventi dotati di caratteristiche sostanzialmente diverse da quelle che contraddistinguono gli appartenenti alla medesima specie o comunità sociale. Questo scostamento può riguardare svariati tratti somatici o mentali, ma in questa sede se ne discutono prevalentemente i riflessi psichici. Si comincerà con il ricordo di alcune esperienze personali, per passare quindi ad una riflessione di ordine più generale.

Il mio primo incontro con le aberrazioni è avvenuto da bambino, quando venni accompagnato dai genitori a visitare un ospizio di infermi, affetti da gravi malformazioni, molti dei quali erano ridotti ad un'esistenza puramente vegetativa. In maggioranza erano bambini, ma non mancava qualche adulto. Mi trovai per la prima volta di fronte ad una realtà agghiacciante, che prima non avevo mai nemmeno lontanamente immaginato. Ne rimasi sconvolto e spaventato. L'istinto fu di fuggire, di tornare all'aria aperta e di cancellare quelle immagini dalla memoria il più rapidamente possibile. Poi, gradualmente, subentrò nella mia mente il confronto tra la condizione di quegli esseri e quella di un bambino sano, circondato dall'affetto della famiglia, cui non mancava niente. Prima non avevo mai capito quanto fossi fortunato, né forse l'avrei capito in seguito senza questo ammaestramento traumatico, che i genitori avevano voluto impartirmi. Quei corpi deformi e quei visi sofferenti o ebeti mi sarebbero tornati spesso alla memoria negli anni successivi, aiutandomi a mantenere la serenità anche di fronte ad avversità che ad altri apparivano

insormontabili. Al confronto di quelle lontane immagini, perfino la morte mi è spesso apparsa come un male minore. La mia unica preoccupazione, alla nascita dei figli ed in seguito quando arrivavano alla crisi della pubertà, che spesso rivela disturbi mentali prima latenti, è stata solo che fossero normali di corpo e di mente.

Col passare degli anni sono subentrate altre esperienze e riflessioni. Ho incontrato le malattie mentali gravi, quelle che allontanano una persona dalla realtà che noi conosciamo. Un giorno un gruppo di amici si trovò in una situazione di emergenza, di fronte ad un ragazzo che stava annegando. D'istinto ci si gettò in acqua e lo si trasse in salvo. Uno solo degli amici aveva assistito alla scena immobile, apparentemente paralizzato dall'emozione. Era stato, invece, bloccato da un pensiero lucido, che in seguito espresse in questi

termini: "Chi ci dà il diritto di intervenire sulla vita di un'altra persona? Che cosa ne sappiamo delle sofferenze che gli saranno riservate?". Sul momento lo guardammo increduli, senza capirlo, pensando di sognare tanto le sue parole sembravano assurde. Provammo a farlo ragionare, qualcuno di noi spese ore ed ore discutendo con lui, ma inutilmente. Solo anni dopo impaii a riconoscere i primi segni della schizofrenia in quei pensieri lucidi, razionalmente inconfutabili, ma separati dagli istinti e dalle emozioni che normalmente ci impregnano. Ho anche conosciuto schizofrenici in preda a crisi psicotiche, che chiedevano disperatamente aiuto contro le allucinazioni dalle quali non sapevano liberarsi, pur rendendosi conto della loro inconsistenza. Ho conosciuto la depressione endogena, che talvolta trasforma la vita in una sofferenza talmente bruciante, da spingere al suicidio. Chi ne è affetto raramente chiede aiuto, perché ritiene che le sue difficoltà non nascano da se stesso, ma dalla realtà. Pertanto, guarda stupito chi gli propone una cura, domandandosi come si possa essere talmente stolti da non capire che quello che non va non è lui, ma il mondo.

Attraverso queste esperienze sono arrivato a comprendere che occorre distinguere la nostra percezione delle aberrazioni da quella di chi le vive dall'interno. Accanto allo schizofrenico che chiede di essere liberato dalle sue allucinazioni, ce ne sono altri che fanno parte della loro malattia, che ne hanno fatto il loro modo di essere e non ne conoscono altri. Chiedono solo di poter vivere in pace, in accordo con quello che sono.



Vorrei citare a questo proposito un'altra esperienza personale. Quando ero bambino ed i farmaci antipsicotici non erano stati ancora scoperti, nella cittadina dove sono cresciuto era facile incontrare una persona che girovagava per le strade facendo ragionamenti bislacchi, ma comportandosi per altri versi come una persona tranquilla e serena. Subiva con rassegnata condiscendenza gli scherni che talvolta le venivano rivolti. La sofferenza non era la sua, ma dei suoi familiari, per i quali l'esistenza di un malato mentale in famiglia rappresentava un'onta.

Anche le depressioni configura-

no situazioni completamente diverse dal punto di vista di chi ne è affetto e di chi le vede dall'esterno. Ci sono forme di depressione collegabili ad una causa esterna, come una malattia fisica, un contrasto familiare, una difficoltà lavorativa, la perdita di una persona cara e così via. Il malato ne soffre profondamente, fino a precipitare in uno stato di abbattimento che travolge tutto e dal quale non sa come uscire. I medesimi problemi, tuttavia, sono causa di sofferenze apparentemente analoghe in altre persone, senza che esse precipitino nella depressione. Quello che conta, quindi, non è tanto la causa della sofferenza o la sofferenza in sé, ma come esse vengono recepite nel proprio intimo. La componente soggettiva è ancora più marcata nelle depressioni endogene, che nascono senza cause esterne apparenti.

Le aberrazioni dovrebbero quindi essere affrontate sforzandosi il più possibile di mettersi nella posizione di chi ne è il protagonista. Tante volte mi sono domandato, ripensando a quella lontana esperienza della mia infanzia, quanto del problema risiedesse in quelle persone affette da malformazioni e quanto non risiedesse piuttosto in me, che le guardavo dal di fuori. È una riflessione difficile, che può essere male interpretata, ma che occorre fare. Vorrei riproporla in termini diversi, riferendola ad un caso che mi ha coinvolto direttamente.

Una persona a me cara venne colpita da un ictus, che ne danneggiò irreversibilmente le facoltà fisiche e mentali. Per alcuni mesi

C'è un'altra aberrazione ancora, con la quale mi sono dovuto spesso confrontare: la tossicomania (Silvestrini, 1995). Generalmente essa nasce da un disagio mentale, al quale chi ne è affetto cerca talvolta di dare sollievo attraverso la droga. Questo disagio può consistere in una malattia vera e propria, di tipo depressivo o schizofrenico, oppure nell'incapacità, da parte di persone altrimenti normali, di accettare le regole sulle quali si regge prevalentemente la nostra convenienza. Queste persone vorrebbero seguire il proprio estro e le proprie attitudini, mentre sono costrette a svolgere attività ripetitive e noiose, a seguire orari prestabiliti, ad

ubbidire a regole che non capiscono. Si accontenterebbero dei beni fondamentali, che sono il cibo, la salute e la libertà, mentre vivono in una società che crede nel successo, nell'accumulazione di sempre più potere e ricchezza, anche quando diventano inutili e controproducenti. Sono rimasto fortemente colpito dai membri di una piccola comunità, che si sono insediati in un convento in rovina, l'hanno restaurato e l'hanno trasformato in un giardino. La loro condizione mi ha ricordato quella degli antichi monaci di clausura. Alcuni si sono disintossicati, altri stanno ancora lottando per riuscire. Diversi vengono da famiglie ricche, dalle quali hanno ricevuto tutto, dai giocattoli più complicati fino, via via che crescevano, alle automobili ed agli abiti più costosi, alle scuole più prestigiose che assicurano un titolo di studio ed uno sbocco professionale adeguato al censio. Gli è mancato, tuttavia, l'unico dono del quale avevano veramente bisogno: l'accettazione della loro diversità.

Ho esposto dei casi concreti per entrare nel problema, ma in questo modo troppe domande sono rimaste senza risposta. Per esempio, quali sono i confini tra normalità ed aberrazione? Ancora, ammesso che l'aberrazione consista in uno scostamento dalla normalità, fino a che punto siamo autorizzati a considerarla una stranezza pericolosa e, quindi, a combatterla o correggerla? Sono domande concrete, che esigono risposte concrete. È il caso dei genitori, di fronte ad un figlio che chiede di vivere un'esistenza che sotto certi aspetti lo emarginerà. O della madre, di fronte al dilemma angoscioso se portare a compimento la gravidanza di un feto malformato. O, ancora, del medico che deve stabilire se difendere la vita fino all'accanimento terapeutico o, piuttosto, se lasciarla al suo corso naturale. Per tentare di dare una risposta a queste e ad altre domande occorre imbarcarsi in una riflessione di ordine più generale. Io cercherò di affrontarla, esclusivamente sotto l'angolazione biologica che mi appartiene.

Normalmente si fa una distinzione tra il flusso spontaneo della vita, così come si svolge al di fuori dell'intervento umano, ed i cambiamenti che l'uomo, avvalendosi



delle sue peculiari capacità intellettuali e manuali, vi introduce. Il primo viene anche chiamato ordine naturale delle cose, i secondi progresso, termine che sottende gli sviluppi scientifici e tecnologici perseguiti dall'umanità. Anche la Chiesa accetta che la vita sia iniziata con organismi primordiali, relativamente indifferenziati, che si sono evoluti fino ad arrivare ad organismi multicellulari, composti da tessuti, organi ed apparati specializzati e differenziati, ma nello stesso tempo appartenenti ad un sistema unico, nel quale si integrano e si sostengono vicendevolmente. L'evoluzione biologica è quindi continuata sotto forma di evoluzione sociale, rappresentata da esseri viventi che si raccolgono in comunità costituite da individui suddivisi in categorie, ciascuna delle quali si dedica ad un'attività particolare, la svolge sempre meglio e vi trova la propria valorizzazione e ragione d'essere. Con l'uomo si passa gradualmente dalla società primitiva, costituita da piccoli gruppi familiari o tribali all'interno dei quali esiste già una suddivisione di ruoli e compiti, a società sempre più articolate, nelle quali l'evoluzione biologica e quella sociale traggono un'ulteriore impulso dal progresso scientifico e tecnologico. L'avanzamento delle conoscenze, che assieme alla capacità di tradurle in applicazioni pratiche è una delle prerogative dell'uomo, a questo punto non è più affidata al dotto tradizionale, ma ad una comunità cui partecipano tutti avvalendosi di strumenti e macchine che moltiplicano a dismisura le forze intellettuali e manuali del singolo. In questo modo l'uomo è andato ben oltre il dominio dei sensi, penetrando nel mondo microscopico, ultramicroscopico, molecolare, atomico e subatomico, fino là dove materia ed energia si confondono. Si è anche affacciato sulle origini dell'universo superando, con la forza del pensiero sostenuta da strumenti sempre più potenti, le leggi fisiche della velocità della luce. È quindi arrivato alla decifrazione del codice genetico, che contiene il passato, il presente ed il futuro della vita, ed alla sua manipolazione. In questo processo gli aspetti conoscitivi e quelli applicativi si intrecciano,

così come avviene nel nostro organismo con le capacità intellettuali e manuali.

Questi momenti della vita, da quello strettamente biologico, che appartiene all'ordine naturale delle cose, al progresso, che è invece legato all'intervento umano, portano un'evoluzione della vita in una direzione opposta rispetto a quella del restante mondo conosciuto: non verso la disorganizzazione e la disgregazione, cioè, ma verso configurazioni materiali ed astratte sempre più organizzate ed articolate, che difendono la propria identità proteggendola dalle forze avverse della natura, la migliorano e la perpetuano trasmettendola ad altre configurazioni, capaci a loro volta di proseguire lungo il medesimo cammino. Per fare questo esse debbono avere la percezione precisa della propria identità, dapprima inconsapevolmente e quindi, quando si arriva all'uomo, sotto forma di coscienza critica di sé.

Sul piano filosofico è arduo separare l'evoluzione biologica, della quale l'uomo è peraltro partecipe, dal progresso. Quest'ultimo è infatti legato alle facoltà intellettuali e manuali che sono insite nella natura umana, così come il volo lo è in quella dell'uccello. Entrambi hanno inoltre in comune due elementi distinti, ma nello stesso tempo complementari: la similarità e la diversità. La similarità rappresenta la tappa intermedia dell'evoluzione e del progresso, la pausa necessaria per consolidare il

cammino fin lì percorso. È l'intervallo durante il quale gli esseri viventi si raggruppano in specie dotate di un'identità fondamentalmente comune, nella quale si riconoscono nonostante le dissimilitudini individuali. È un'identità fatta di caratteristiche somatiche, funzionali, intellettuali e di regole di comportamento e di convivenza. La diversità è invece la ripresa del cammino interrotto, nell'incessante tentativo di proseguirlo e di perfezionare sempre più la costruzione che ne deriva. Sul piano strettamente biologico la diversità, intesa come aberrazione o scostamento dal cammino fin lì percorso, consiste soprattutto, ma non esclusivamente, nelle mutazioni genetiche. Esse introducono un cambiamento che non è buono o cattivo di per sé, ma a seconda dei vantaggi che offre dal punto di vista della sopravvivenza, dell'evoluzione della vita e del progresso. Questo è il criterio fondamentale che stabilisce se un'aberrazione sia buona o cattiva, se vada conservata o respinta.

Pertanto, qualunque forma di vita aberrante, sia essa vegetale, animale o d'altro genere, scompare dalla faccia della Terra se è inutile o dannosa; viene invece preservata se è utile sia in senso assoluto, sia relativamente a condizioni particolari e contingenti. Per esempio, un'abnorme capacità di trattenere il sale nell'organismo è determinante per la sopravvivenza in climi aridi, ma laddove l'acqua abbonda e si sopravvive a lungo si trasforma nella patologia ipertensiva. I tratti costituzionali legati alla depressione, che di per sé è una malattia temibile, sono apparentemente gli stessi che, in circostanze diverse, sostengono la creatività dell'artista e dello scienziato.

Nel cosiddetto ordine naturale delle cose le aberrazioni vengono mantenute o eliminate seguendo il criterio, apparentemente spietato, della loro utilità. A ben guardare, tuttavia, anche questo criterio costituisce un corollario della legge generale della solidarietà. Quello che sostiene la vita, infatti, consentendo la sopravvivenza e la convivenza delle singole componenti di un organismo vivente, o dei singoli individui che fanno parte di una comunità. È la capacità di soddisfare i bisogni reciproci. Gli organi



del corpo umano la trovano nel soddisfacimento dei bisogni dell'organismo al quale appartengono, quest'ultimo nel soddisfacimento dei bisogni degli organi dai quali è composto. Gli uni e l'altro sopravvivono, crescono e si sviluppano nei limiti entro i quali rispettano questa regola, per la prima volta enunciata da Menenio Agrippa. Un tessuto che la infranga si trasforma in cancro, che trascina nella rovina se stesso e l'organismo del quale fa parte. Viceversa, un organismo che non sappia fornire agli organi ciò di cui essi hanno bisogno li distrugge, ma nel contempo distrugge anche se stesso.

Allo stesso modo le aberrazioni rimangono o scompaiono a seconda che favoriscano o meno gli sviluppi della vita. È un concetto semplice, ma illuminante. È il bene altrui che si trasforma nel bene proprio, è la solidarietà che coincide con la tutela di sé, è il comandamento "ama il prossimo tuo come te stesso" che diventa regola di vita biologica, oltre che etica e religiosa.

Nella civiltà dell'uomo il problema delle aberrazioni si pone in termini più complessi che nell'ordine naturale delle cose. Il criterio della solidarietà, intesa come utilità reciproca, rimane, ma le aber-

razioni prive di un'utilità immediata non vengono eliminate. Il normale vede infatti nella persona debole, malformata, diversa, soffrente ed incapace di sopravvivere autonomamente una condizione che prima o poi riguarderà anche lui, nella malattie, nella senescenza o nelle circostanze avverse. Se è saggio, quindi, sostiene quelli meno fortunati di lui sapendo che in questo modo appoggia e sostiene anche se stesso.

Il rispetto delle aberrazioni nasce quindi non solo da principi religiosi o etici, ma anche da un ragionamento strettamente biologico che vi intravede sia l'elemento essenziale dell'evoluzione della vita verso configurazione di crescente organizzazione e complessità, sia anche l'espressione della forza della solidarietà, senza la quale la vita si dissolverebbe. Ancora una volta, quindi, lo scienziato scopre con stupore di essere arrivato, al termine delle sue tormentate e contorte peregrinazioni, nient'altro che là dove altri erano pervenuti ben prima di lui, seguendo la strada maestra.

Vorrei aggiungere a questo intervento, fin qui rimasto su livelli astratti che sono poco consoni alla drammaticità dei problemi quotidiani sollevati da molte forme di aberrazione, una proposta concreta.

Si tratta dello Statuto delle Aberrazioni, che dovrebbe nascere da contributi laici, religiosi, etici e filosofici, oltre che di chi vive questa condizione in prima persona, in forme diverse. Si tratta non solo di definire le aberrazioni, ma anche di stabilirne i diritti ed i doveri, da parte della società nel suo insieme, che talvolta chiede di essere tutelata, così come da parte di chi è respinto ed emarginato, ma rivendica il suo ruolo ed i suoi diritti. È un compito difficile, ma indilazionabile perché noi che proclamiamo la nostra normalità stiamo accumulando nei confronti degli altri un debito che, se non onorato, finirà per schiacciarci. La sede adatta per impostare questo lavoro potrebbe essere, a mio giudizio, il Comitato Nazionale per la Bioetica.

Prof. BRUNO SILVESTRINI

Professore di Farmacologia e

Farmacognosia all'Università

"La Sapienza", Roma

Membro del Comitato Nazionale

di Bioetica

Consultore del Pontificio Consiglio della

Pastorale per gli Operatori Sanitari

Bibliografia

SILVESTRINI, B. *Malati di Drogena*, Sperling & Kupfer, Milano, 1995.



CARLO LORENZO CAZZULLO

L'accettazione della malattia mentale

Prima parte

1. Premessa

Fin da tempi lontani, la malattia mentale ha sempre suscitato vissuti di grande intensità emotiva nella gente comune, così come anche fra dotti e sapienti. I motivi di questi sentimenti – curiosità, paura, fascino – durano tuttora, anche se via via più attenuati e vengono costantemente alimentati dai mezzi di comunicazione di massa e dalla spesso irridente pubblicità letteraria e cinematografica. La motivazione primaria di tale interesse risiede soprattutto nella presunta *incomprensibilità*, ed *incomunicabilità* del malato di mente e nella costellazione di eventi "strani" che lo circondano.

Questi eventi non riguardano soltanto il malato, ma finiscono per associare i membri della famiglia e si allargano concentricamente al contesto sociale. Sembra evidente pertanto che colui che soffre più profondamente dei mutamenti che la malattia mentale porta con sé, è innanzitutto il paziente, ma che i cambiamenti avvenuti nella mente e nel comportamento del malato ben presto "contagiano" anche il suo ambiente più prossimo.

L'*accettazione* delle malattie mentali e della loro imprevedibile complessità nasce quindi, in primis, nel seno della famiglia e attraverso quest'ultima può dilatarsi all'intera società e contribuire, tra l'altro, ad una migliore qualità di vita del paziente.

2. La stigmatizzazione della malattia mentale

La sofferenza individuale ed il disagio collettivo associati alla malattia mentale sono in realtà amplificati, non di rado in maniera sostanziale, da due elementi costanti e spesso ineliminabili: la *stigmatizzazione* ed il conseguente *isolamento sociale* cui il malato viene progressivamente sottoposto nel corso della sua esperienza esistenziale con la patologia. Tale stigma assume qui proporzioni sconosciute alle malattie mediche tradizionali, paragonabili forse soltanto a quanto si è verificato per le malattie contagiose nei tempi passati e anche, per certi versi, in quello presente (lo testimonia, in questi ultimi anni il caso dell'AIDS).

In particolare per alcune malattie psichiche – le psicosi, gli handicap mentali o la tossicodipendenza – la stigmatizzazione assume caratteristiche e valenze che influenzano primariamente e in maniera determinante la qualità della vita di tutte le persone coinvolte: il malato e il suo ambiente di stretta o contigua comunità.

Il caso più eclatante è proprio quello della *schizofrenia*, la più grave tra le malattie mentali. I sintomi della schizofrenia, soprattutto all'esordio, rappresentano una discrepanza a volte sottile tra il soggetto e il mondo che lo circonda. Tali discrepanze trovano il loro fondamento nell'incapacità di perseguire coerentemente un obiettivo, cioè la *mancanza di finalismo nella condotta*. Chi entri in contatto con il paziente schizofrenico – la famiglia in primo luogo – si trova pertanto a fronteggiare un pro-

blema dai contorni ambigui, non di rado sfuggenti e, soprattutto, una serie di comportamenti dalle mille sfaccettature che possono sollecitare differenti e, spesso, discordanti interpretazioni. La questione primaria è se credere o meno al comportamento del paziente!

Il punto cruciale diventa così la correlazione tra i comportamenti passati e presenti del paziente, con il rischio di criticare comportamenti dettati dalla patologia, oppure, all'opposto, di non riconoscerli attribuendoli a tratti di carattere «particolari o bizzarri» o a cattiva educazione, ritardando di conseguenza l'intervento terapeutico.

Questa situazione si ripete, con caratteristiche ancora più accentuate, nel caso della *tossicodipendenza* nonostante sia oggi scientificamente dimostrato che la tossicodipendenza è nella stragrande maggioranza dei casi non una libera scelta dell'individuo, ma espressione di una patologia e la sua famiglia è colpevolizzata per non aver saputo prevedere o prevenire il comportamento tossicomano.

Questi aspetti vengono amplificati quando il tossicodipendente è, nel contempo, portatore di un "contagio"; da virus HIV, portatore di morte e di fronte al quale i rimedi della scienza e della medicina sono ancora impotenti.

Che però tali dinamiche di stigmatizzazione e di isolamento non siano inevitabili è testimoniato da un'altra malattia oggi nota ai più e che può accompagnare fasi differenti della vita: è il caso della *depressione*, a sua volta patologia grave, e diffusa più di ogni altra nella popolazione.

Sintomi molto importanti sono la caduta dell'autostima e soprattutto

tutto il sentimento di perdita di un bene essenziale (un figlio, i genitori, il coniuge, una posizione di prestigio nella vita). Questo fenomeno è sempre accompagnato dal rifiuto, dalla non accettazione dell'evento, quindi dalla perdita di interesse e di piacere per le cose della vita, delle persone familiari più care, dal rifugio nella solitudine, con rischio di suicidio.

Oggi è socialmente riconosciuto che la depressione, per quanto grave, è una malattia *curabile*, e questo si ripercuote sull'idea che la società ha della malattia: non più stigmatizzato, il depresso può oggi essere accettato da tutti i membri della società, senza soffrire la situazione dello schizofrenico. I suoi sintomi sono noti, le manifestazioni cliniche descritte senza paura dai mass-media e, soprattutto, la sua sofferenza compresa dai più e, progressivamente, sempre più accettata a livello familiare e sociale.

Tale consapevolezza reca vantaggi inestimabili ai malati e aiuta a prevenire, precocemente, le ricadute, agevolando l'instaurarsi dei necessari presidi terapeutici. La conoscenza quindi del fenomeno favorisce l'accettazione della malattia verso un'alleanza terapeutica efficace.

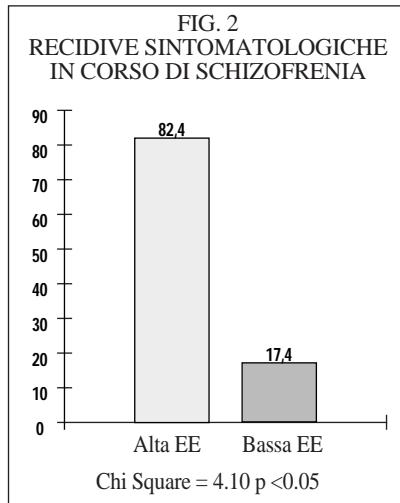
3. Famiglia e malattia mentale

Quando si prende in considerazione il problema della patologia mentale e dell'uomo malato è dunque opportuno non dimenticarsi del terzo grande protagonista che partecipa in prima persona – nell'immediato e a lunga distanza – a questi eventi: si tratta, come abbiamo anticipato, della famiglia del paziente.

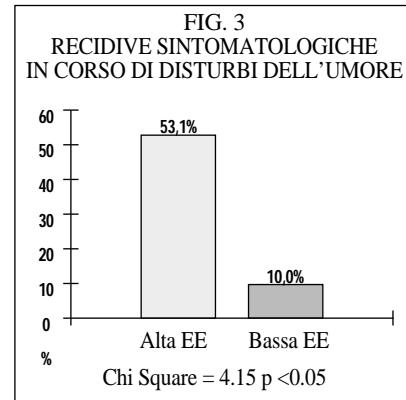
Nell'ambito della famiglia si svolgono infatti tutta una serie di fenomeni dinamici legati alla sofferenza del coniunto malato che modificano le risposte degli altri membri attraverso atteggiamenti reattivi: ciò determina disagio individuale e collettivo o, addirittura, slantizza disturbi del carattere preesistenti. Il medico è di frequente il primo ad incontrare tali situazioni e la sua preparazione professionale ed etica nel governarle è certamente determinante.

FIG. 1 EMOTIVITÀ ESPRESSA	
Fattori negativi o di rifiuto	Fattori positivi o di accettazione
• Eccessivo coinvolgimento emotivo	• Calore affettivo
• Ostilità	• Commenti positivi

(Fig. 1) Le tensioni familiari – la cosiddetta “temperatura emotiva” – sono oggi riconoscibili attraverso un costrutto scientifico metodologicamente coerente, ampiamente utilizzabile anche sul piano clinico e della relazione terapeutica: si tratta dell'analisi della *Emotività Expressa (EE)*. I suoi componenti sono costituiti in negativo dall'*eccessivo coinvolgimento emotivo*, dalla *ostilità*, dalla *critica*, fattori di *non accettazione* e, in positivo, dal *calore dei rapporti* con il malato e dai *commenti positivi* verso i suoi comportamenti, fattori di accettazione della malattia.



(Fig. 2) In genere l'alta Emotività Expressa è caratterizzata dall'associazione tra elevato ipercoinvolgimento emotivo, criticismo o ostilità e condiziona soprattutto nella *schizofrenia* le recidive con tassi di ricaduta che raggiungono anche l'80%; questi ultimi – così come i tassi di riospedalizzazione dei malati – sono più che dimezzati quando il calore affettivo o l'empatia nei confronti del paziente sono elevati.



(Fig. 3) Nella *depressione* alti tassi di Emotività Expressa per atteggiamenti ostili o emotivamente ipercoinvolgiti dei familiari – in questo caso soprattutto dei coniugi – determinano anch'essi una quota di recidiva superiore ai controlli con bassa EE. Le mogli dei pazienti depressi risultano più critiche dei mariti verso gli stessi e i figli di sesso femminile.

Il *tentativo di suicidio*, prevalente nelle femmine sino ai 21-22 anni, si correla in oltre l'80% dei casi con una risposta ad alta Emotività Expressa.

Per contro nelle famiglie con *soggetti a ritardo mentale* moderato o grave, che pure è una condizione di notevole “carico” familiare, l'ipercoinvolgimento emotivo non è quasi mai accompagnato da ostilità e l'Emotività Expressa non è in genere elevata. I familiari di questi pazienti sembrano avvantaggiati dal potersi meglio spiegare il disturbo con una interpretazione della malattia come una patologia organica. Tale comprensione toglie il mistero delle cause della malattia e agevola la condivisione dei programmi.

Ma ove il mistero eziologico permane, come nella *sclerosi multipla*, si è riscontrato che l'alta EE è presente nel 46 per cento dei casi e sollecita, quindi, un'attenzione particolare alla famiglia ed alle sue risposte emotive.

Seconda parte

Tutto quanto descritto finora può essere interpretato, forse un po' pessimisticamente, come il risvolto negativo della proposizione iniziale di questo breve discorso. L'*aspetto positivo* di esso ci introduce

ai quesiti fondamentali della *tolleranza*, della *disponibilità* e della *capacità del conoscere*.

La *tolleranza* è costituita da una disposizione dell'animo ad amare il suo prossimo, comunque esso sia senza pretendere una spiegazione se non di mettersi al suo servizio. È una virtù preziosa, oggi sempre più rara.

La *disponibilità* è legata all'accettazione di base della *dignità* e *dell'autonomia* di ogni essere umano. Se ciascuno di noi accetta a priori una verità essenziale, e cioè le limitazioni – per la nostra qualità umana – dei confini della conoscenza e della temporalità della stessa, ecco che del vaso del sapere noi ci rallegreremo della metà piena, più che disperarci della metà vuota.

Nella metà piena ci sono oggi preziose notizie che ci consentono di capire meglio e di più la patogenesi di alcune malattie mentali e soprattutto i mezzi per provvedere al loro *precoce* trattamento.

La *precocità del riconoscimento* è un momento determinante. Ogni malattia, quanto più presto è conosciuta, tanto più offre possibilità di essere controllata e talvolta sradicata, evitando inoltre la sua diffusione nell'ambiente familiare.

I familiari, infatti, si trovano a vivere una doppia condizione. Sono *soggetti attivi* di sostegno psicologico per il membro malato. Sono *soggetti passivi* che necessitano direttamente di sostegno mirato e di informazione veridica della malattia del loro congiunto. Sofferenti, quindi, con il sofferente e tanto più sofferenti quanto più di fronte ad un malato destinato a cronicizzare.

Tutti gli autori concordano su un dato: spesso si arriva troppo tardi a lavorare con le famiglie dei malati mentali gravi – ma noi diremo anche con le famiglie degli altri malati – così che l'attività terapeutica finisce per richiedere un lungo periodo preparatorio.

Quando si conosce e si comprende una patologia, diminuisce l'ansia verso quest'ultima, verso gli aspetti "misteriosi" che la pervadono, dando così la possibilità di parlare liberamente della malattia stessa. I rischi e i pericoli di quest'ultima perdono allora l'alone di mistero e, nel contempo anche il risvolto negativo.

Da queste considerazioni, derivano alcuni principi che devono informare l'azione di tutti coloro che vogliono concorrere a una *maggiore accettazione* della malattia mentale ed al contemporaneo miglioramento della sua immagine.

1. *Informare* sulla malattia: per conoscerla e per difendersene. Un'attività importante in questo senso, relativamente al grave problema della schizofrenia, continua tuttora a essere portata avanti con profitto presso l'Associazione Ricerche sulla Schizofrenia. Questa istituzione morale, dalle finalità solidaristiche e scientifiche, ha messo a punto un programma di intervento familiare adatto alla particolare cultura delle famiglie italiane e basato soprattutto sull'*informazione*.

L'informazione risulta un dato essenziale del lavoro sulla schizofrenia in quanto quest'ultima rappresenta il nucleo centrale dello *stigma*, il volto più orribile di quello che viene vissuto come un flagello. Nessuno riesce ad accettarla per sé o per la propria famiglia e spesso fa di tutto per nasconderla.

2. *Controllare l'emotività* a vantaggio della cognizione e dell'intelletto. Un'adeguata riduzione dell'emotività, accompagnata da

una riorganizzazione dei processi e delle modalità cognitive della famiglia, è in grado di migliorare in modo determinante il decorso stesso della malattia.

3. *Facilitare la comunicazione* interpersonale.

Paziente e ambiente sociale si influenzano "circolarmente" e diaconicamente a vicenda, sia in senso negativo che positivo. Il paziente può rispondere a interventi relazionali ambigui o negativi con una riduzione della fiducia e della sicurezza sperimentando precoci sentimenti di rifiuto. *In una certa percentuale dei casi i pazienti vivono isolate esperienze di colpevolizzazione e di caduta dell'autostima.* Spesso ciò è dovuto al *tentativo, malriuscito, dei familiari* e delle altre persone attorno al paziente *di negligenze le sue argomentazioni che hanno sempre una certa base di realtà e di rispondere quindi adeguatamente per poter aiutare concretamente il malato.*

4. *Togliere il malato dalla solitudine*, dall'isolamento, dall'abbandono. [La sofferenza induce all'isolamento, alla riduzione dei rapporti sociali, alla sensazione di essere tutti "diversi": da questi sentimenti possono sorgere meccanismi di rivolta e di aggressività o, al contrario, di chiusura, di distacco dalla comunità e la sua esclusione dal gruppo come *capro espiatorio*].

5. *Diffondere nella società* le conoscenze relative alle malattie mentali. Per quanto tuttora siano poco note nei loro meccanismi causali e patogenetici, è anche vero che le conoscenze scientifiche sono progredite a un punto tale da poter rendere meglio comprensibili i fatti relativi ad esso. Una corretta informazione rivolta a tutti i cittadini è oggi ottenibile dalla ricerca sia clinica, sia biologica, sia farmacologica, sia nella riabilitazione.

Ma questa è una finalità ancora incompletamente raggiunta.

Un'indagine svolta in Inghilterra ha rivelato l'alta percentuale delle rimozioni dei familiari insoddisfatti delle scarse notizie ricevute dal personale dei servizi psichiatrici e delle informazioni in generale sull'evoluzione delle malattie psichiatriche.

Questi rilievi negativi sono pur-



troppo ancora diffusi e rispondono a realtà di fatto.

L'aspetto positivo dell'accettazione della malattia mentale da parte di tutti coloro che entrano in contatto con soggetti sofferenti ed in ispecie i medici è soprattutto rappresentato da una *corretta relazione comunicativa*. Questa consiste:

- nell'ascolto;
- nel decodificare i messaggi;
- nel far emergere le cose dell'altro (maieutica);
- nel prendere coscienza della complessità: non banalizzare alcun messaggio; anche se espresso con locuzioni peculiari;
- nell'accettare i tempi del malato;
- nel proporre un progetto di aiuto e di terapia.

È necessario, in altre parole, arrivare a comprendere in modo il più possibile rispettoso, il malato e i suoi vissuti, così che il malato stesso possa arrivare a una maggiore comprensione di se stesso. Anche in questo caso, diventa cruciale l'influenza del gruppo familiare.

Se il comportamento del malato viene profondamente e costantemente influenzato in senso positivo dalla realtà assistenziale, medica e familiare possiamo riscontrare esplicativi miglioramenti clinici, riacquisizione di energie individuali e collettive da tempo perdute o soltanto cristallizzate, impreviste evoluzioni, non da ultimo, incremento delle risorse utili per tollerare anche gli aspetti deficitari e spesso non più recuperabili della malattia stessa.

Quando adeguati meccanismi di sostegno e di consenso sociale le vengono offerti, la famiglia può riassumere in modo convincente un ruolo "forte" e positivo.

L'intervento psicoeducativo

Un'azione chiave per realizzare l'accettazione della malattia mentale *consiste in un intervento sulle famiglie in gruppi*. È all'interno di tali gruppi che i familiari potranno essere informati ed educati in base al grado di emotività, di comprensione della malattia e di bagaglio conoscitivo.

Questa attività viene da tempo

svolta dall'A.R.S. – Associazione Ricerche sulla Schizofrenia con finalità morali e sociali.

Queste attività hanno effetto innanzitutto sulla *critica*, aiutando i familiari a rendersi conto delle risorse del malato, oltre che della sua patologia, e a non condannare a priori i comportamenti dettati dalla malattia (la cui responsabilità non è vincolata alla persona).

Al di là del potenziale terapeutico sito nell'informazione, altri fattori positivi vengono attivati, con duraturi effetti positivi sulle famiglie:

- *solidarietà* palesemente esplicitata;
- *infusione di speranza*;
- *condivisione dei problemi comuni*; spesso i familiari sono convinti di essere i soli ad avere questo tipo di problema, ma una volta inseriti nel gruppo essi si rendono conto ben presto di non essere soli. Ciò induce a condividere ansie e timori;

• *catarsi; l'espressione intensa delle emozioni* nel gruppo è importante, in quanto *riduce la tensione all'interno* della famiglia e aiuta a sviluppare la coesione del gruppo;

• *apprendimento*; i familiari possono acquisire conoscenza di aspetti importanti del *proprio comportamento* confrontando le pro-

prie opinioni con gli altri partecipanti e con i conduttori.

Il risultato ottimale di un'opera di psicoeducazione è il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi:

- *comprendizione* delle necessità psicologiche che si celano dietro i sintomi e il comportamento disturbato;
- *accettazione* realistica dei bisogni reciproci;
- *riduzione di aspettative* eccessive;
- *riduzione della tendenza al giudizio* e dei comportamenti contraddittori, spesso causati da un mancato riconoscimento della realtà della malattia;
- *miglioramento dei canali comunicativi* che devono essere rinforzati da una costante rielaborazione;
- *stimolo alle autorità* per un miglioramento dei servizi a pro del malato e della sua famiglia.

Ogni situazione psichica può avere per sé aspetti positivi.

In particolare basti citare il caso della depressione che è sempre un'esperienza critica: è lavorando attraverso ad esso che l'uomo cresce, matura, rivede i suoi programmi, riproporzia le sue forze rispetto ad essi (M. Klein).

La tendenza depressiva è, secondo Aristotele una prerogativa dell'uomo di genio. Così genio e follia, (per quanto riguarda la schizofrenia) hanno spesso un percorso comune, artistico come in Van Gogh o filosofico (come in Nietzsche).

Infine l'accettazione della malattia mentale è minata, nella sua essenza, da un fantasma di fondo: *la paura*. Questa può essere sconfitta con una migliore conoscenza, ma anche con la fiducia in chi opera per il malato e per chi gli è vicino. Per tutti costoro, esposti ad un gravoso compito, saranno salutari le parole del Pontefice Giovanni Paolo II, «Non abbiate paura e varcate le soglie della speranza».

Prof. CARLO LORENZO CAZZULLO

Presidente Onorario della Società Italiana di Psichiatria

Professore Emerito di Psichiatria all'Università di Milano
Presidente dell'Associazione ricerche sulla Schizofrenia



Tavola rotonda



*I malati di mente
nei diversi modelli
di società*

ELIOT SOREL

Salute: un patrimonio inestimabile per una economia ed una democrazia salde

*La salute delle nazioni
è la ricchezza delle nazioni*
William J. Durant

William J. Durant

La salute è un patrimonio inestimabile per lo sviluppo di economie e democrazie salde. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o infermità... (e sottolinea che)... la salute di tutti i popoli è fondamentale per il conseguimento della pace e della sicurezza e dipende dalla piena cooperazione degli individui e degli stati". Su uno sfondo sfaccettato di economie nazionali sempre più globalizzate, con il frequente ricorso al lavoro minorile, con l'emarginazione del lavoratore a causa di un rapido e diffuso progresso tecnologico nella produzione, il ritorno di vecchie malattie (tubercolosi) e l'emergenza di nuove (virus Ebola, AIDS), percentuali sempre più alte del prodotto nazionale lordo vengono ora destinate alla salute e alle spese sanitarie, in particolare per quanto riguarda i primi e gli ultimi anni di vita delle persone. La condizione sanitaria dei singoli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni è determinata da variabili ambientali, biologiche, psicosociali, socioculturali, spirituali, economiche e politiche, in transazione tra di loro.

Fattori economici colpiscono la pianificazione e l'attuazione sanitaria nonché l'accesso alle cure sanitarie, la responsabilità dei dispensatori, la qualità e i risultati dei trattamenti, l'intensità e l'ampiezza della ricerca e della formazione. A sua volta, la salute pubblica di una nazione si ripercuote sulla sua produttività economica, sulla sua efficacia

ed efficienza. Il settore sanitario è un importante datore di lavoro, in quanto rappresenta tra il 10 e il 15% dell'economia di alcuni paesi.

I piani sanitari nazionali sono attualmente sottoposti a pressioni finanziarie deleterie, che hanno come risultato tagli al personale, riduzione dei costi (ad es. il minimo costo, la non massima efficienza, le cure prescritte e i ricoveri ospedalieri limitati in modo arbitrario), ed una pianificazione largamente guidata da considerazioni economiche. Ma l'inseguimento di guadagni a breve termine porta verosimilmente a perdite a lungo termine che hanno un impatto negativo sulla salute della popolazione e aumentano i costi invece di ridurli (ad es.: un ricovero ospedaliero di 24 ore per doglie e parto aumenta i rischi post-partum e le spese per le cure per la madre e il bambino).

Viviamo in un'epoca in cui le a-



nali si costi/ricavi mirano alla riduzione dei costi e all'aumento del profitto. Alcune misure di riduzione dei costi sono state preziose finora poiché hanno spinto ad una revisione dei sistemi sanitari. In alcuni casi questa revisione ha portato a dare grande priorità alla prevenzione e a creare incentivi per la prevenzione stessa, la diagnosi precoce e l'intervento, così come allo stesso tempo ha frenato un uso eccessivo dei servizi e degli interventi tardivi. Gli utenti sono stati stimolati a partecipare ai processi decisionali sanitari. I dispensatori stanno formando nuove reti, hanno iniziato nuove linee-guida di trattamento attraverso specializzazioni e stanno sviluppando i risultati degli studi per il bene dei consumatori, dei dispensatori e dei paganti aumentandone la responsabilità.

La promozione della salute, la prevenzione delle malattie ed una condivisione di rischi, nel senso più vasto, sono tutte responsabilità congiunte di piani nazionali sanitari, aziende, governi, dispensatori sanitari, lavoratori e loro famiglie. Metodi appropriati per la distruzione dei rifiuti, la responsabilità nel trattamento del cibo, e l'assistenza per il benessere dell'impiegato, sono benefici non soltanto per gli azionisti ma anche per la società in genere. La condivisione dei rischi connessi alla salute (ambientali, comportamenti ad alto rischio, violenza e malattie) tra i governi, le aziende, i paganti, i dispensatori ed i consumatori di servizi sanitari è una parte essenziale di un contratto sociale corretto che sottolinei la responsabilità congiunta, e gli imperativi morali ed etici. Così, la disponibilità di servizi sanitari accessibili e di qualità è una forza stabile

lizzatrice essenziale nella forma della società. Insieme ad una partnership tra settori pubblici e privati, sono richiesti modelli sanitari che sottolineino la prevenzione a livello primario, secondario e terziario, così come assicurino l'accesso, la responsabilità e risultati di qualità.

Le aziende, sono diventate sempre più globali nella loro struttura, devono riconoscere che il loro successo dipende, in larga misura, tanto dalla loro forza lavorativa multinazionale quanto da pianificazione, capitalizzazione, innovazione ed espansione strategica dei mercati. La salute della forza lavorativa è un patrimonio inestimabile. Una forza lavorativa non sana limita gravemente la produttività, la qualità, la competitività e la redditività. Ogni anno si perdono miliardi di dollari a causa delle condizioni ambientali (contaminazione da rifiuti tossici, sindrome "sick building", morbo della "mucca pazza") o degli eventi (disastri naturali, progetti massicci di sviluppo nazionale e regionale, con conseguente dislocazione della popolazione, conflitti e "pulizia" etnici); malattie del lavoratore e/o della sua famiglia non diagnosticate e/o insufficientemente tratte (AIDS, malattie infettive, alta pressione sanguigna, cancro, depressione, altri disturbi psichiatrici); comportamenti ad alto rischio (compreso il fumo, le malattie sessualmente trasmissibili, l'abuso di sostanze e la dipendenza); violenza etnica, domestica e sul luogo di lavoro. Investire nella salute dei lavoratori e delle loro famiglie non soltanto ridurrà queste perdite, ma porterà benefici significativi e tangibili per i lavoratori stessi, le loro famiglie, le aziende e i governi. Lo stato di salute della forza lavorativa non solo è importante per il suo valore intrinseco, ma anche per il suo valore aggiunto.

Sebbene il rapporto paziente-medico costituisca la pietra miliare del processo sanitario, negli ultimi anni esso è diventato ostaggio al riduzionismo professionale biologico e a quello politico, commerciale ed economico. Il paziente non è la malattia; il solo costo non può determinare esclusivamente le scelte per i malati ed i medici. Entrambi hanno bisogno di liberare il loro rapporto dalle forze riduzionistiche ed impegnarsi in un rapporto ridefini-

to e rinvigorito caratterizzato dal reciproco rispetto, fiducia, cura e guidata da un'eccellente conoscenza scientifica e da considerazioni umanistiche. I medici devono affrontare questo compito con umiltà, cura e alti livelli di professionalità. Essi devono essere a loro agio non soltanto come clinici, ricercatori ed educatori, ma anche come avvocati per i loro pazienti. Questo rapporto va oltre il paziente e include la sua famiglia, ed oltre il medico per includere l'intera équipe di medici, paramedici e operatori sanitari. Insieme essi devono sviluppare un nuovo linguaggio sanitario intelligibile tanto alla gente quanto a professionisti¹. Il nuovo linguaggio emergente e i nuovi concetti faciliteranno la co-partecipazione e la condivisione dei rischi nei processi decisionali relativi alle cure sanitarie.

I politici hanno un'opportunità senza precedenti per fare sano un componente principale delle loro iniziative. Da ciò trarranno beneficio non soltanto i sistemi sanitari, ma anche i settori dell'istruzione, della giustizia, del commercio e del lavoro. Non considerando l'importanza della salute, insidiano la forza economica e la stabilità politica a livello nazionale ed internazionale in quanto la malattia si diffonde attraverso i confini, crea spese enormi e forse anche disastrose di natura economica, sociale e politica.

Quando sono sensibili ai desideri dei propri elettori e memori attenti



delle condizioni globali di cambiamento, i politici possono manovrare fattori ambientali, biologici, psicosociali, socio-culturali, spirituali ed economici. Essi possono fare assegnamento su un'assistenza professionale e tecnica basata sulle più moderne innovazioni scientifiche e scoperte, per sviluppare modelli economici e sanitari integrati nel nuovo millennio.

I politici devono:

- sottolineare l'importanza della salute in tutti i settori;
- promuovere la cooperazione metodica tra settori;
- incoraggiare la condivisione dei rischi tra pazienti, famiglie, medici, e fornitori nel contesto delle decisioni mediche, finanziarie, etiche e legali;
- equilibrare la distribuzione delle risorse tra prevenzione, trattamento, formazione e ricerca;
- sviluppare riforme multi-settoriali flessibili, ristrutturando e rieducando;
- promuovere la cooperazione tra il settore pubblico e quello privato, a livello nazionale ed internazionale;
- promuovere la complementarietà tra la "job-creation", l'assistenza sociale e la salute per tutti.

I pazienti e le loro famiglie, i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari hanno il compito-sfida di andare oltre i propri ruoli tradizionali, e come parti in causa sviluppare un nuovo linguaggio sanitario che informi, educhi, e sostenga le politiche sanitarie ed economiche che sono sostenute da solide considerazioni scientifiche, e da considerazioni umanitarie ed etiche.

Prof. ELIOT SOREL
Presidente della "World Association for Social Psychiatry" e del "Third Payors Committee, Medical Society" (Colombia)

Nota

¹ La terminologia precedente era professionalmente derivata: il (rapporto) medico/paziente. Recentemente le forze di mercato hanno dato origine ad una "nuova" terminologia: il (rapporto) consumatore/dispensatore, che non riflette adeguatamente la complessità del rapporto né le forze che lo influenzano.

TONY ANATRELLA

La società depressiva

In questo mio intervento vorrei esaminare quegli aspetti che, particolarmente in Francia, favoriscono un clima di depressione. La nostra società è afflitta da un senso di tristezza le cui cause vanno al di là del semplice fatto della disoccupazione e di una crisi economica che emarginano un numero sempre più grande di individui.

Nel corso di un recente studio¹, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la depressione come la malattia dei paesi ricchi. Secondo le previsioni di questo organismo, le affezioni psichiche e le patologie non trasmissibili aumenteranno del 15% vero il 2020. Le malattie che maggiormente rappresentano una minaccia non sono quelle che si crede comunemente in quanto, sempre secondo questo studio, i decessi legati al consumo di tabacco triplicheranno di qui a venticinque anni, per raggiungere gli 8,4 milioni di morti l'anno nel mondo. La mortalità dovuta all'AIDS dovrebbe passare da 1 a 1,7 milioni di morti. Questo risultato traduce il malessere sempre più avvertito nei paesi ricchi e le condizioni di vita che favoriscono l'insorgere di nuove malattie e di perturbazioni psichiche legate alle mutate condizioni di vita.

In effetti, malgrado le condizioni di benessere delle nostre società sviluppate, sentiamo spesso individui lamentarsi del male di vivere. Uno dei motivi di queste lamentele è l'astenia e un senso di depressione, cioè la fatica e il senso di non poter affrontare le realtà dell'esistenza. Paradossalmente, constatiamo però che il numero di affezioni mentali non è aumentato da oltre trenta anni a questa parte, mentre nelle nostre consultazioni i

pazienti esprimono sempre più un malessere esistenziale. È evidente una sofferenza psichica di cui le persone non sanno identificare la causa e che danneggia la loro vita. Se il ricorso al terapeuta è sempre possibile per alleviare la sofferenza e curare ciò che la provoca, questo malessere presente nelle civiltà avanzate e che osserviamo attraverso la vita dei nostri pazienti e della società, non può essere trattato soltanto da un punto di vista medico. Molto spesso esso pone delle domande che riguardano il senso partendo dal quale si organizza l'esistenza ma in funzione del quale vengono ugualmente trattati i problemi dell'esistenza stessa. Questa depressività ambientale diventa un fenomeno di massa e pone un reale problema sociale che un rilancio economico non riuscirà automaticamente a risolvere. Essa è spesso mascherata dall'ottimismo volontario dei modelli che ci presentano i mass media.

1. La mancanza di risorse interne

Si va diffondendo un certo lassismo con l'impressione che non esistano soluzioni ai problemi esistenziali. Questo senso di impotenza sviluppa un ambiente deleterio e l'idea che le realtà ci sfuggano, che non si possa fare molto, che gli avvenimenti non dipendono da nessuno al punto di essere privati di sé e della propria vita. Mancano i progetti, le esperienze delle generazioni passate non sembrano più adeguate o vengono dimenticate, quanto alle tradizioni religiose e morali, esse non appaiono sempre come delle risorse a partire dalle quali è possibile costruire il senso e i legami con le novità della nostra storia contemporanea.

La depressione appare qui come la perdita dei propri mezzi. L'uomo, trovandosi solo con se stesso e senza risorse, li va a cercare in farmacia, nello scaffale degli psicotropi. Certo non bisogna disconoscere l'utilità, in caso di bisogno, di queste medicine, tuttavia rischiamo di assistere ad una deviazione del loro uso. Concepite inizialmente per curare delle psicopatologie, esse sono diventate prodotti ricercati per il conforto soggettivo che apportano. Questa forma di tossicomania traduce una carenza e una fragilità dell'interiorità contemporanea. Oggi ci si droga per essere più presenti ed efficaci nel lavoro, nei rapporti e nella propria vita affettiva mentre in un passato recente la droga era soprattutto un mezzo per sfuggire alla realtà. Gli stati d'animo e i problemi esistenziali sono diventati insopportabili perché non riusciamo ad affrontarli.



Dietro questi fenomeni, c'è una richiesta di autoassistenza dell'individuo reso vulnerabile in quanto solo con la propria vita. Ognuno diventa sempre più un problema per se stesso. Le medicine e le droghe appaiono allora come mezzi illusori per sviluppare le proprie possibilità o per regolare i propri umori e comportamenti, in quanto l'individuo non sa a partire da quali riferimenti e da quale progetto valutare ed organizzare la propria esistenza. D'altronde, non si sa sempre dove sia il limite tra le alterazioni dell'umore, che annunciano una patologia, e gli interrogativi esistenziali. Numerose persone si trovano in una nebulosa e la questione è quella di sapere se sono malate o se non riescono a sopportare o a dare un significato alle difficoltà della vita. Oggi tendiamo a tradurre la maggior parte dei problemi in termini psicologici. I geni codificano i loro problemi con un linguaggio psicologico o psicopatologico benché la risposta in termine di prodotto costituisca un legame per permettere di alleviare la sofferenza. Il prodotto è ricercato per meglio inserirsi socialmente ed essere disponibile al suo interno per non essere più occupato da sensazioni e percezioni di cui non sa cosa fare e che, non accedendo alla parola, non possono diventare pensieri. Da quel momento, ci si chiude nella soggettività senza poter occupare il proprio spazio interiore e senza voler essere confrontati con le leggi e le realtà oggettive che, per definizione, esistono indipendentemente da sé.

L'uomo contemporaneo ha la tendenza a vivere come un malato e ad indirizzarsi massivamente verso la medicina, che si ritiene possa trattare tutti i problemi dell'esistenza per mancanza di risorse personali. La nostra società non ha fiducia in se stessa e ci si può a volte domandare se sa perché vive, perché lavora e perché ama.

Se nel mio libro² ho definito "depressiva" la società, l'ho fatto per sottolineare la crisi e la sofferenza della struttura psichica dell'Ideale nel senso psicanalitico del termine e di cui la psichiatria sociale misura le conseguenze sul legame sociale. Questa struttura si costruisce durante l'infanzia poiché è l'erede di una parte del suo

narcisismo e delle sue identificazioni parentali. Essa permette un dibattito interiore tra ciò che il bambino è e ciò che egli desidera diventare e diventa un'istanza di valutazione e di progetto del destino psichico. Non c'è d'altronde vita umana possibile se essa non si iscrive in un progetto grazie al quale si coniugano funzioni psicologiche tanto essenziali quali l'identificazione, l'Ideale dell'Io e del Superio che permettono all'individuo di mettersi all'opera se l'ambiente sociale comunica i materiali simbolici necessari a tale operazione. Ma questa trasmissione difetta in modo grave e provoca carenze dell'idealità, dell'interiorizzazione e della sessualità.

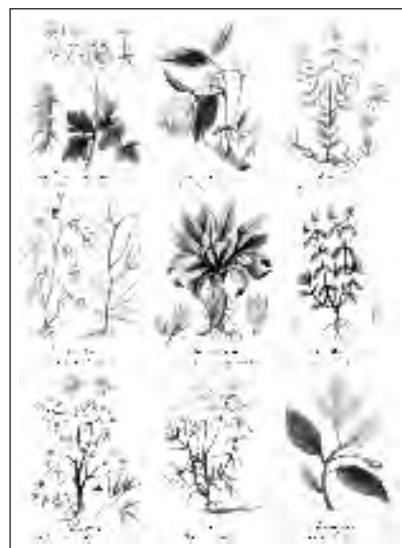
La depressione ha un senso medico preciso che non bisogna confondere con il sentimento passeggero di tristezza e di pena che l'individuo avverte quando vive delle difficoltà. Questa tristezza, spesso provvisoria, non fa sparire in effetti tutti gli atteggiamenti della persona che resta capace di agire, di trovare delle soluzioni per calmare e assumere le contrarietà che prova.

Al contrario la depressione, come malattia, è uno stato di tristezza profondo e doloroso che ha ripercussioni sulla vita quotidiana al punto di alterare le capacità dell'individuo di vivere e di mettersi all'opera. Il disgusto, il disinteresse, cioè la disperazione si impossessano di lui che si blocca e vive solo al presente, nell'oblio del passato e senza potersi proiettare nel-

l'avvenire: l'individuo non vede vie d'uscita alla crisi se non introduce un altro faccia a faccia nel suo rapporto con le realtà.

La gravità della tristezza dà l'impressione che le risorse siano esaurite e gli atteggiamenti distrutti. Ma questa tristezza, in cui l'amore e il gusto della vita non sono attivi, può essere anche mascherata da una moltiplicazione di attività diverse ed euforiche, per darsi l'impressione che tutto vada bene mentre restano degli interrogativi condannati alla rimozione e il cui ritorno sarà pagato a caro prezzo. Di fronte agli avvenimenti, l'uomo moderno vive solo e senza coscienza storica, come se il mondo e l'universo siano nati con lui. In queste condizioni, è difficile che le personalità accedano alla maturità temporale e possano concepire impegni duraturi e il senso dei valori oggettivi. Ci troviamo in forme di società che dimenticano il proprio passato e ciò che le fa. Il narcisismo dei modelli contemporanei, che fa dell'individuo il riferimento e la fine di tutto, è piuttosto tragico poiché in queste condizioni il legame sociale non può più essere conviviale né fonte di progetti. La vita si ferma con sé e non può esserci una vita di fronte a sé e ancor meno dopo se, inoltre, ci installiamo in una mentalità dello "sciopero" delle nascite e della trasmissione del patrimonio culturale.

L'astenia in questione non è dovuta ad uno sforzo fisico ma, la maggior parte delle volte, ad una paralisi interiore. L'uomo ha difficoltà a raggiungere il reale a mano a mano che invecchia, senza dubbio perché le nostre condizioni di vita non favoriscono lo sviluppo dell'interiorità ma lo mantengono alla superficie delle cose. Da un punto di vista psicologico gli mancano, fin dall'infanzia, immagini guida per imparare a vivere e ad agire sulle realtà esterne. Volendo fare tabula rasa del passato, e sottraendosi al compito di educare i figli, questi sono perpetuamente rinviati a se stessi poiché gli adulti non sanno cosa dire né cosa trasmettere loro. Abbiamo così favorito una contro-identificazione alla nostra storia e alla sua origine. Un sentimento diffuso plana sui nostri contemporanei, come se si sprigionasse la vergogna per le nostre ori-



gini e per il nostro passato che non permetterebbe di concepire l'avvenire. Tuttavia, è ormai apparato che, senza passato, è difficile costruirsi una storia! Se l'uomo moderno ha difficoltà a raggiungere il reale, senza dubbio è anche perché gli mancano delle ragioni per vivere...

È dunque meno la società ad essere depressiva che gli uomini i quali, al suo contatto, hanno uno scompenso allorquando non riescono ad affrontare la realtà e hanno l'impressione di non poter agire sugli avvenimenti. L'individuo si ritrova di fronte a se stesso senza il sostegno di una società che vive senza avvenire: l'effimero diventa re. Bisogna realizzare sul campo le proprie volontà, tanto più che le condizioni di vita moderne favoriscono il raccorciamento del tempo. Il problema del depresso si riassume nel sentimento di non poter esistere né per gli altri, né attraverso un ideale, e resta segnato da una noia esistenziale.

2. Crisi dell'interiorità e dell'ideale dell'Io

La crisi attuale colpisce il funzionamento dell'apparato psichico e ho mostrato nel mio libro quanto la struttura dell'Ideale dell'Io possa esserne malata.

Abbiamo sottolineato che l'Ideale dell'Io che si crea a partire dal narcisismo, è una istanza di valutazione e di progetti che si nutre delle identificazioni parentali e sociali ma anche degli ideali culturali. L'individuo può interiorizzare questi ultimi soltanto nella misura in cui li valorizza la società.

Le mentalità contemporanee, preoccupate della loro individualità, vivono con un sentimento di appartenenza sociale inferiore rispetto alle generazioni precedenti poiché l'ambiente è incerto e sviluato. In effetti, quando gli individui hanno una coscienza storica, iscrivono la loro esistenza nella durata attraverso le istituzioni. Attualmente il legame istituzionale e d'identità viene trascurato per semplice disinteresse o per l'angoscia di essere privati e limitati, per non dire castrati. Oggi si pianta, si coltiva, si costruisce per il momento. Non lo si fa più per le genera-

zioni future, ma con dei materiali che invecchiano male e che sono senza interiorità, come il vetro e il metallo.

Se l'autonomia e la libertà della persona sono guadagni inestimabili, ereditati dal cristianesimo, il rischio è di voler bastare a se stessi e di credere che noi siamo la fine e la misura di tutto. Secondo i nostri umori, i nostri rapporti con i valori, ad esempio, possono essere relativi dimenticando che essi sono una dimensione oggettiva che va al di là di noi, come avviene, tra l'altro, per la proibizione dell'incesto. Noi non siamo i fondatori e il magistero della legge.

Le nostre rappresentazioni sociali e i modelli dominanti in circolazione plasmano un uomo narcisista che si preoccupa di sé in senso positivo, ma esse possono ugualmente rinchiuderlo e riportarlo alla sua sola soggettività. Infatti, il reale esteriore è poco integrato e i processi di interiorizzazione si impoveriscono.

Si pensa spesso che il depresso esprima una perdita d'interesse per la realtà; sarebbe più giusto constatare che egli non riesce a raggiungerla. Si trova bloccato in una impotenza strutturale e fa ricorso a strategie di ripiego. La carenza dell'Ideale dell'Io lascia l'individuo senza risorse.

La struttura psichica dell'Ideale dell'Io, già più volte ricordata, si costruisce durante l'infanzia quando l'individuo realizza che non può bastare a se stesso e che l'universo non è alla sua mercé. Egli

accetta di rinunciare ad una parte del suo narcisismo progettandolo come Ideale e questo si trova caricato degli interessi personali, delle sue identificazioni parentali e dei progetti che egli intende dare al suo destino psichico. *In altre parole, è attraverso l'intermediazione di questa istanza che l'individuo è in rapporto con il mondo esteriore e che la realtà può entrare all'interno di lui stesso.* Ma, affinché questa operazione sia possibile, ripetiamolo, è indispensabile che l'ambiente sia valorizzante altrimenti l'individuo rischia di prendere il suo Io per un ideale – il che corrisponde abitualmente ad una fase di sviluppo della prima infanzia riattualizzata nella pubertà e nell'adolescenza. Poiché l'Ideale dell'Io diventa una istanza di valutazione, lo scarto esistente tra ciò che l'individuo è e ciò che egli desidera diventare crea uno spazio a partire dal quale si sviluppa la soggettività in cui saranno possibili il dibattito interiore e il lavoro di interiorizzazione di materiali introiettati in lui.

È proprio questa operazione che numerosi giovani non riescono a realizzare, per mancanza di materiali di identificazione e culturali per occupare la loro interiorità che resta relativamente piatta e superficiale. Quando l'interiorità è povera, essa lascia spazio all'impulsività e all'agire delle rappresentazioni primarie. Per quanto riguarda la comunicazione, essa diventa molto complicata. Questa constatazione spiega la crescita di psicopatologie giovanili dell'interiorità quali la tossicomania, la bulimia e l'anoressia e i comportamenti di dipendenze affettive attraverso il modello che abbiamo definito delle "baby-coppie"³ in cui il rapporto di conservazione è più importante del sentimento amoroso.

Infine, il crollo delle filosofie politiche, dopo aver provocato la miseria economica e morale di numerosi popoli, lascia credere, nella loro caduta, che una vita non può costruirsi a partire da un'ideale. Non sono dunque più le illusioni ad apparire come un inganno, ma è il senso stesso dell'Ideale, come funzione psichica, a trovarsi alterato. Ora, nella maggior parte degli stati depressivi, si constata che l'Ideale dell'Io soffre di non poter di-



namizzare la personalità né di iscriverla in un progetto, di non sapere più innovare: in breve, di vivere senza avvenire. Se l'Ideale dell'Io non incontra una continuità nella vita sociale, mantenuta da ideali comuni ed universali, il campo sociale, il rapporto con gli altri e le conseguenze degli atti dell'individuo sulla collettività perdono il loro valore. Ognuno resta con se stesso come in un deserto.

Se l'individuo è soggetto di vita sociale, e non unicamente un effetto o un prodotto sociale come pretendeva il marxismo, egli può diventarlo soltanto al prezzo di una educazione e di una trasmissione che lo desti a se stesso e alla realtà attraverso un progetto di vita. Tale progetto di vita è quello dell'ordine della volontà, cioè della ricerca razionale e di una concezione umanizzante dell'esistenza.

Uno dei compiti dell'interiorità, bisogna ricordarlo, è quello di favorire l'associazione tra la soggettività e le verità, e le realtà oggettive, che non dipendono cioè dal soggetto. Questo lavoro interiore che permette di elaborare le sue pulsioni attraverso produzioni secondarie come la riflessione intellettuale, i rapporti sociali, culturali ed artistici, il senso della legge, una fede religiosa o semplicemente l'educazione dei bambini e la formazione degli adulti, incoraggia l'espansione e lo sviluppo di una interiorità a partire dalla quale il rapporto con il mondo esterno sarà possibile e benefico per l'individuo e la società.

3. La società frantumata non è più educatrice né strutturante

Il problema essenziale della crisi dell'interiorità è quello dell'educazione. Abbiamo constatato che, da una ventina di anni, il rapporto educativo è stato progressivamente trascurato in numerosi ambienti. Partendo dal principio che i bambini hanno in se stessi tutto ciò di cui hanno bisogno per svilupparsi, gli adulti hanno abbandonato questo compito a beneficio di un'autoeducazione dei loro bambini che devono arrivare a determinarsi e ad imparare da soli. Questi stessi bambini, non potendo appoggiarsi

sugli adulti, svilupperanno in seguito carenze del sostegno e ricercheranno condotte di dipendenze e di sostegno al momento dell'adolescenza e della post-adolescenza. Infatti, la pseudo-autonomia precoce indebolisce l'individuo che cerca dipendenze alienanti e di "appoggiarsi" su altri o su prodotti ed attività esoteriche e magiche in quanto non dispone di risorse interne.

Tuttavia la funzione psichica è sempre in attesa di materiale identificativo per svilupparsi. Oggi essa deve fare il suo lavoro intrecciando del diniego: "Anzitutto non bisogna identificarsi con noi, noi non abbiamo nulla di valido da proporre!", ecco quel che possiamo ascoltare da certi adulti che non accettano più di essere degli oggetti a partire dai quali i bambini si costruiscono. E se tutti si sottraggono, lo psichismo non ha il materiale oggettivo per nutrirsi. Senza materiale culturale, le personalità, lasciate all'esplosione parziale delle loro pulsioni, si appropriano degli oggetti a partire dalle relazioni arcaiche della prima infanzia. Di qui il successo internazionale di film come *Il Grande Blu* che simboleggia la fuga dall'altro, *L'attimo fugge* che rinchiede nell'idealismo giovanile fino al suicidio e *Notti selvagge* che pone la patetica domanda: "come trovare l'altro" e come identificare le proprie emozioni nella confusione dei sentimenti e della bisessualità psichica? È ancora l'elaborazione dell'interiorità a mancare.



Il fatto che la vita emotiva e sensoriale prenda il passo sul pensiero è rivelatore dello stato di soggettività a fior di pelle.

La formazione dell'intelligenza e quella della coscienza sono due campi su cui lavorare se vogliamo che si affermi il processo di interiorizzazione. Per questo la lettura, la riflessione sui testi e il pensiero degli autori sono fondamentali. Le immagini dei cartoni animati, non più di quelle della televisione, non possono favorire questa operazione psichica. Sono lo scritto e la parola a sviluppare la memoria e le immagini mentali, poiché associano razionalità, immaginario e sentimenti. L'immagine dello schermo resta sensoriale, fattiva e senza memoria. A guardarla troppo le persone si deprimono con il sentimento di non far nulla e di svuotarsi.

Infine l'impoverimento dell'interiorità lascia un posto eccessivo all'esteriorità. Ne è prova la considerevole importanza accordata oggi al corpo sul quale dovrebbe riposare l'edificio identitario del soggetto. "Mi esprimo con il mio corpo ma la mia testa non sa più pensare!". Quando non si sa più che cosa dire si esibisce il proprio corpo e, in alcuni casi, ci si sveste. La nudità così rapidamente svelata è più il senso di una incapacità ad essere se stessi che la manifestazione di una nuova libertà. È un modo di scongiurare l'angoscia del vuoto e dell'incertezza interiore.

Il cattivo funzionamento dell'Ideale dell'Io che è al centro della vita degli uomini nella "società depressiva" sfocia in diversi fattori sintomatici che possiamo osservare attraverso almeno due fenomeni. Uno è la *tossicomania* che è il riflesso della difficoltà ad occupare il proprio spazio interiore e ad integrare la legge. Per mancanza di risorse trasmesse dalla società, gli individui mancano di rappresentazioni e di immagini guida che li mantengono nella condizione di un corpo a pezzetti, e il *suicidio* come segno di disperazione (e non più come sintomo dell'anomia descritto da Emile Durkheim) è in costante aumento. Dal 1975 al 1986 si è constatato un incremento dei suicidi di oltre il 67% nella popolazione tra i 15 e i 34 anni di età

e di oltre il 42% negli individui di oltre 50 anni. Il silenzio che lo circonda mostra che è difficile o che non ci si vuole interrogare sui motivi che portano un individuo a perdere la speranza in se stesso o nella società. I giovani diventano fragili poiché devono trovare in sé le risposte ai propri interrogativi personali ma anche ai problemi della società laddove, una volta, le istituzioni come la famiglia, la scuola, la Chiesa apportavano un sostegno e un terreno di maturazione.

Le questioni cui ci troviamo di fronte sono ben più gravi di quelle inerenti ad una crisi, poiché questa è sempre limitata nel tempo ed è il frutto di problemi particolari. Oggi vediamo che tutti i campi ne sono colpiti. Per questo possiamo dire che siamo piuttosto di fronte ad un caos in cui assistiamo ad uno smembrarsi della società ed al rifiuto di costruzioni simboliche essenziali all'elaborazione della

vita sociale ed individuale.

La società depressiva non è una fatalità ma delle condizioni di vita generano e mantengono un certo masochismo morale così come il discorso di derisione di cui sono ghiotti i mass media. Come se il bisogno di distruggere fosse più forte di quello di vivere!

Come scienza dell'inconscio, la psicanalisi, se non consegna un messaggio di speranza per dare un senso all'esistenza umana, è nel suo campo quando si propone attraverso i propri metodi terapeutici, cioè la psicoterapia e la cura psicanalitica, ma anche con la sua teoria, di comprendere meglio l'individuo per permettergli di trattare i propri conflitti interiori e vivere meglio. È una presa di posizione in favore della vita e non una rassegnazione di fronte alle disgrazie dell'esistenza.

La seduzione della disperazione, così presente nella coscienza masochistica contemporanea, è una

sfida che si realizzerà soltanto nella misura in cui avremo il gusto e la preoccupazione della ricerca della verità, animati dall'amore per la vita. Ma questa speranza deriva anche da un'altra dimensione, tanto religiosa quanto morale e, in questo caso, si tratta di un altro discorso, diverso da quello dello psicanalista.

P. TONY ANATRELLA

Psicanalista

Specialista in Psichiatria Sociale

Parigi (Francia)

Note

¹ Impact Médecin Quotidien, Paris, n° 934, 16 septembre 1996: *Les prévisions de l'Oms pour 2020*.

² TONY ANATRELLA, *Non à la société dépressive*, Paris, Flammarion, 1993.

³ TONY ANATRELLA, *Interminables Adolescences*, Paris, Cerf/Cujas, 1988.



MODEST KABANOV

Ideologia, politica e psichiatria

Sin da tempi remoti, la psichiatria è stata strettamente collegata con l'ideologia e la politica. Questa circostanza si riflette nelle parabole bibliche, nei trattati teologici del Medioevo, e nei periodi più avanzati dell'evoluzione della società nella sua filosofia e morale. Per molto tempo la psichiatria non fu considerata una scienza medica, era più "di competenza" della chiesa, che la interpretava a partire da presupposti religiosi. La cura dei malati mentali era portata avanti principalmente nei monasteri, ad opera dei rappresentanti delle confessioni religiose. L'approccio al malato mentale era diverso nelle varie culture e paesi, e talvolta differiva molto dall'uno all'altro. Da una parte, i pazienti erano riveriti come santi ("il popolo di Dio") (ad esempio, i cosiddetti "yurodivies" in Russia, "profeti" isterici); dall'altra, venivano trattati non di rado come persone soggette ad influenze demoniache (sataniče), e ciò succedeva in molti paesi dell'Europa Occidentale, specialmente nel periodo dell'Inquisizione.

La medicina, a quei tempi poco sviluppata, praticamente non si curava di loro. La situazione della psichiatria, il suo strutturarsi in una branca speciale della medicina e come scienza iniziò a cambiare alla fine del XVIII secolo (Ph. Pinel); all'inizio del XIX, la psichiatria venne riconosciuta come una sfera dell'attività medica, e si convenne che le persone "pazze" dovevano essere curate e non soltanto assistite caritatevolmente. Va detto però che in quei tempi ormai lontani le cure erano piuttosto brutali, e rimasero tali per molti pazienti sino all'inizio degli anni '50,

quando fecero la loro comparsa le prime preparazioni psicotrope. Tuttavia, già in quel periodo (all'inizio e a metà dello scorso secolo) in alcuni paesi europei tra gli psichiatri apparvero i primi riformatori, che effettivamente iniziarono ad applicare il cosiddetto sistema non restrittivo nel trattamento dei pazienti. Essi erano D.B. Tuke e D. Connolly in Inghilterra, V. Chiarugi in Italia, W. Griesinger in Germania, I.F. Ruehl, A.U. Fraese e più tardi S.S. Korsakov in Russia. Il considerare la malattia mentale come un disturbo del cervello sostituì la credenza nell'influenza delle "forze demoniache". Questo approccio si diffuse talvolta sotto l'influenza di alcune scuole filosofiche (J. Moleschott, L. Büchner), che comunque per quel periodo fu un fenomeno progressivo nello sviluppo della psichiatria. Sebbene l'emergenza del concetto del siste-

ma non restrittivo avesse cominciato a completare il nascente modello biologico di malattia mentale mediante la sua "disposizione" ambientale, tuttavia il cambiamento del paradigma, e cioè la comprensione di un modello morboso misto (biopsicosociale) di una persona malata di mente, in quel tempo non ebbe luogo. Soltanto oggi, alla luce dell'approccio sistematico, questo "modello" viene sempre più accettato.

Il rafforzamento delle posizioni della psichiatria biologica, in grande misura sotto l'influenza della scuola tedesca di psichiatria, è associato al progresso nello sviluppo delle scienze naturali, in modo specifico la fisiologia, la biologia e la genetica. I cataclismi politici al tempo di Napoleone III e di Bismarck, così come nella Russia al tempo di Nicola I, chiamato "il gendarme d'Europa" che portò al consolidamento del potere statale, rafforzando la concezione ideologica dell'"assolutismo illuminato", le intensificate manifestazioni di lotta tra la visione materialistica e quella idealistica in filosofia e nelle scienze naturali, manifestazioni intraprese con un successo variabile fino ai nostri giorni, tutto ciò non poteva non toccare, direttamente o indirettamente, lo stato della psichiatria sia come scienza sia come campo del lavoro pratico.

Con i primi dissidenti fece la sua comparsa il marchio di uomo-pazzo (in Russia costui fu il filosofo P. Ya. Chaadayev, amico di A.S. Pushkin). I successi più recenti delle scienze biologiche, della chimica e della farmacologia in particolare, hanno portato allo sviluppo di un immenso numero di rimedi farmacologici (specialmente gli psico-



tropi); il loro numero cresce di anno in anno, in una progressione geometrica e ciò, oltre al fatto di essere un fattore positivo, rappresenta anche una minaccia ecologica ancora non del tutto realizzata per la salute della popolazione, e per quella mentale al primo posto. Allo stesso tempo, la psichiatria rimane quasi incapsulata, separata dalla medicina generale, dalla società e dall'ecologia umana. La stigmatizzazione della persona malata di mente, così come di un certo livello di psichiatri (il cui lavoro è quasi sempre circondato da un alone di misticismo, di "magico" peculiare) è ancora in atto, anche se in forme diverse e attenuate se paragonate al tempo di Paracelso. Un paziente malato di mente rimane ancor oggi per molte persone un "matto", una specie di mostro che dev'essere emarginato nella società delle cosiddette persone normali, e soltanto successivamente curato con farmaci particolari senza addentrarsi nei suoi problemi spirituali connessi con l'atteggiamento nei confronti di se stesso, della sua malattia e dell'ambiente circostante (la famiglia in primo luogo). E dal punto di vista dell'uomo medio (anche contemporaneo), lo psichiatra "individua" i presunti "matti" ovunque, ed è egli stesso una persona strana, un eccentrico. Questo punto di vista è stato generalmente accettato dalla pubblica opinione (anche dai medici di altre specializzazioni) e da diverse branche del mondo artistico (come ad esempio la prosa o la cinematografia). L'approccio da parte dei biologi nei confronti dei pazienti, in vigore ancor oggi (specialmente nelle cliniche accademiche), postula in pratica una inevitabile predisposizione genetica alle malattie mentali, e ciò ha i suoi risultati nel nichilismo terapeutico e favorisce la definizione (stigmatizzazione) della malattia mentale.

Il concetto di psichiatria dinamica di Adolf Meyer e la psicanalisi di Freud non toccarono in modo significativo queste posizioni della psichiatria classica, specialmente in Germania e nella psichiatria Russa, che seguitò a mantenere la sua ideologia e la sua politica per molto tempo. Reazione alla "disumanizzazione" della psichiatria che ha, tra parentesi, un carattere

estremista, può essere considerata la comparsa negli anni '60 e '70 nell'Europa occidentale e negli USA, della cosiddetta antipsichiatria (J. Cooper, Th. Szasz ed altri), che rinnegava completamente il modello medico di malattia mentale. Questo rinnegamento nello spirito della protesta può essere attribuito anche alla riforma degli psichiatri italiani, che seguiva l'ideologia e la politica della Scuola Bisaglia a Trieste. Le riforme italiane nel campo dell'organizzazione dei servizi per la salute mentale ebbero i loro alti e bassi e sono ancor oggi oggetto di giudizi differenti tra gli psichiatri occidentali, mentre incontrarono sempre un netto rifiuto nella Russia totalitaria. Nel nostro paese, specialmente nel periodo di Stalin - Breshnev, tutte le innovazioni che nell'insieme manifestarono, nell'opinione delle autorità, una coloratura ideologica (non di rado creata artificialmente), furono messe al bando. Prevalse invece l'approccio puramente biologico alla psichiatria, che fu supportato, da un punto di vista teorico, dall'insegnamento Pavloviano sulla "attività nervosa più elevata" corretta "nella giusta direzione" dalla leadership comunista e dai suoi servitori scientifici. L'influenza esercitata dall'ideologia e dalla politica sulla psichiatria si manifestò in modo particolarmente distinto sia nella Germania di Hitler sia nella Russia stalinista – paesi con regimi marcatamente to-

talitari – anche se con approcci diversi per risolvere questo "scomodo" problema.

In Germania, vennero sterminati una considerevole percentuale di malati mentali, così come i cosiddetti "inferiori" Ebrei. Sapere che negli ospedali mentali della città di Bernburg, già nella Germania del dopoguerra, i pazienti malati di mente venivano uccisi con il gas nei seminterrati dell'edificio, mi impressionò terribilmente. Questi fatti sono poco conosciuti dalla maggioranza della gente, specialmente fuori dalla Germania, molto meno delle atrocità naziste, quelle ad esempio di Osviencim o di Buchenwald. Luxenburger e Rüdin erano gli psichiatri del terzo Reich che coprirono d'infamia la classe medica e posero le basi teoriche per l'elaborazione delle leggi razziali dell'ideologia nazista. Avvenne all'inizio del nostro secolo, nell'illuminata Germania, che G. Simon pose nel Güntersloch Mental Hospital le basi della medicina sociale contemporanea, improntata sui principi dell'umanesimo e del rispetto per la personalità del malato. Tuttavia, non molto tempo prima di Simon e sempre in Germania, il famoso filosofo F. Nietzsche, che si ammalò di mente in modo grave alla fine della propria vita, diede un considerevole contributo all'ideologia dell'"Übermensch" (superuomo); i suoi lavori, assieme a quelli di M. Stirner e di altri filosofi, furono usati dai nazionalsocialisti per sviluppare la propria ideologia e la propria politica. Per un certo periodo, essi usarono anche alcune idee di F.M. Dostoyevsky nella loro politica. Lo stesso deformare i principi scientifici, filosofici e persino religiosi e usarli per le proprie manovre politiche nella politica in generale, nelle scienze, nella medicina e specialmente nella psichiatria, come sua branca, per combattere la classe "inferiore" della società, è anch'esso tipico dei regimi dittatoriali. Al periodo di Stalin, nell'ex Unione Sovietica, i malati mentali, sebbene non venissero sterminati direttamente, erano tenuti in condizioni disumane. Ne sono degli esempi le persone salvate dagli psichiatri da morte imminente negli anni '30 ("elementi della classe aliena"), e cioè rappresentanti del



clero, della nobiltà e persino funzionari del partito, che furono nascosti negli ospedali per malati di mente.

Più tardi, ai tempi di N. Khrushchov e di L. Brezhnev, i servizi psichiatrici venivano usati a scopi repressivi nella lotta contro i cosiddetti dissidenti. Ma ciò non accadeva così spesso come oggi si sostiene, e non dappertutto. Lo so molto bene perché dal 1960 al 1964 ho lavorato come Primario Psichiatra a San Pietroburgo (che a quell'epoca si chiamava Leningrado). Ma l'etichetta di malato mentale ("pazzo", "matto") rimaneva appiccicata alla persona per tutta la vita. Nel periodo sovietico, l'atteggiamento delle autorità, così come degli ideologi scientifici e medici nei confronti della psichiatria, era molto negativo. Primo, la psichiatria era vista come una scienza minore (e non proprio necessaria) distinta dalla terapeutica, chirurgia, ostetricia, ginecologia, ecc. Essa fu "consacrata" dall'insegnamento Pavloviano come l'"acqua santa" e quasi messa al bando dagli sforzi delle sfere dirigenti e dalla loro burocrazia scientifica compiacente. Essa esisteva solamente a livello ufficiale e veniva insegnata negli istituti medici in modo sommario. C'era una rete di ospedali psichiatrici (molto trascurati e altrettanto spesso situati in ex-prigioni, baracche per prigionieri di guerra o bagni penali, o monasteri semi diroccati) e di ambulatori psiconeurologici che esistevano principalmente nelle grandi città. Al tempo stesso e per le suddette ragioni, prima della cosiddetta perestroika (trasparenza) di Gorbaciov, la psichiatria, così come gli psichiatri, erano citati piuttosto di rado dalla stampa in generale. Alcune pubblicazioni facevano la loro comparsa unicamente nella letteratura scientifica, ed in modo specifico nella rivista psichiatrica S.S. Korsakov Journal. È necessario notare che al tempo degli Zar e nei primi anni del dopo-rivoluzione, sino agli inizi degli anni '30, molte riviste specializzate pubblicavano articoli di psichiatria e di altre discipline che con essa avevano una certa attinenza. Durante gli anni del Soviet, venivano pubblicati anche manuali per gli studenti e per i giovani terapeuti ma, ad iniziare dagli anni

'30, essi vennero privati dell'individualità e si ignorarono quasi completamente le influenze personali ed ambientali sullo sviluppo dei disturbi nervosi e mentali. Nella nostra terra del socialismo "trionfante" o "vittorioso" si ritenne per molto tempo che la psichiatria, così come il malato mentale, potessero compromettere la nostra ideologia e il nostro sistema politico che conduceva al comunismo, che era definito come "il futuro luminoso del genere umano". L'avvento di questo futuro sembrava imminente, sebbene nessuno sapesse descriverne la reale forma ed il contenuto. Molte malattie, come l'alcolismo, l'abuso di sostanze stupefacenti, ed altre forme di comportamenti autodistruttivi erano chiamate in quegli anni "desiderio di capitalismo" o si dava la colpa all'"influenza deleteria" dell'Occidente.

Negli anni passati, i giornali parlavano delle malattie mentali nelle colonne che avevano per titolo "La loro moralità", riferendosi al tipo di vita "corrotto" della società occidentale, basata sullo sfruttamento crudele dell'uomo da parte della società capitalistica (una frase ricorrente era: "le malattie mentali sono le ulcere del capitalismo"). Presumibilmente, poiché nell'URSS non c'era e non poteva esserci alcuna utilizzazione, di conseguenza la psichiatria nel nostro paese era soltanto una "rimanenza" di quella società che doveva

presto scomparire. Partendo da queste "teorie", in molte parti del nostro paese (specialmente a Leningrado) vennero chiusi un certo numero di ospedali psichiatrici, e, come regola, non ne vennero costruiti di nuovi. Tutto, compresa la medicina, fu tendenzialmente ideologizzato nella struttura della società russa per molti decenni, e sostenuto nella teoria dall'"insegnamento immortale di Marx - Engels - Lenin - Stalin" (benché Stalin scomparve dalla lista dei cosiddetti "Padri della Chiesa" dopo che N. Kruchchov ne denunciò i crimini, tuttavia lo spirito delle sue concezioni e persino la nostalgia per la sua "saggia leadership" sono ancora vivi in alcune classi della popolazione). Tra le scienze antropologiche ignorate e persino perseguitate nell'ex Unione Sovietica, la psichiatria non fu un'eccezione. Così ad esempio, essa fu tra le scienze che per prime a metà degli anni '30 vennero emarginate, e per molti anni condusse una miserevole esistenza principalmente negli istituti pedagogici (era una specie di supporto alla pedagogia). Non c'erano riviste di psicologia (sino al 1955), e la psicologia sociale, assieme alla sociologia, furono dichiarate false scienze borghesi. Le tracce di questa ideologia si sono mantenute sino ai nostri giorni.

Successivamente alla formale caduta del comunismo ed al crollo del sistema totalitario, la situazione che è andata sviluppandosi nella società russa rappresenta un fenomeno unico nella storia mondiale. Dall'assenza di tradizioni democratiche e di basi spirituali in relazione alla politica, all'economia ed alla psicologia, derivò una crisi mondiale dell'intera società post-comunista e post-sovietica. I precedenti ideali (credenze false ed utopiche) sono andati perduti, così come l'"equilibrio", mentre al tempo stesso le libertà di parola, di stampa, di pensiero, ecc. perse decenni fa ed improvvisamente riacquistate, si sono abbattute su un terreno impreparato e si sono trasmutate in permissivismo, accompagnato dall'assenteismo, dalla xenofobia e persino da una grossa perdita di spiritualità. Il numero dei casi di malattie dovute allo stress è improvvisamente aumentato, i cosiddetti casi-limite al pri-



mo posto, comprese le nevrosi, i disturbi psicosomatici e i comportamenti autodistruttivi. L'interesse per la religione ha avuto un risveglio nella società, fatto questo che noi consideriamo come un fenomeno positivo, principalmente a causa di diversi cambiamenti attinenti alla crisi e accompagnati da fattori di stress. Purtroppo, questo interesse ha in molte persone un carattere superficiale e persino di finzione (questa situazione è il risultato di 70 anni di ateismo sostenuto dallo stato). In tutti gli strati sociali, in particolar modo in quello della psichiatria, una grande preoccupazione è causata dalla comparsa di un numero considerevole di sette religiose, semi-religiose e apertamente patologiche, che vanno profetizzando assurdità fantascientifiche riguardanti la "fine del mondo", fanaticismi di varo tipo e altre cose poco chiare (ad esempio, la cosiddetta "Fraternità Bianca", o la setta giapponese Aum Shinrikyo che ha molti adepti in Russia).

Molte persone, sospettose nei confronti delle istituzioni convenzionali e della medicina ufficiale, compresa la psichiatria, si rivolgono a persone paranormali (specialisti in metodi extra-sensoriali), parapsicologi e semplici maghi e ciarlatani, non soltanto per liberarsi dalle loro malattie, ma anche per

"possessioni" e "stregonerie"; essi credono realmente che si possa curare l'alcolismo anche in mancanza del paziente usando le sue foto, e che ci si possa liberare dall'alcolismo "con una seduta solamente". Inoltre, questi metodi di cura di solito costano molto denaro.

Il comunismo ha subito un fallimento naturale, il sistema totalitario è crollato, ma qualcosa di entrambi è ancora vivo, e c'è bisogno di molto tempo per liberarcene, specialmente per quanto riguarda la sfera spirituale ("sono necessarie due o tre generazioni di persone non frustate", disse A.I. Hertsen in un'altra occasione). Qui gli psichiatri, in stretta collaborazione con gli psicologi, gli operatori sociali, gli insegnanti, gli uomini di legge, così come con i giornalisti ed i politologi, hanno un ruolo importante nel risolvere i problemi statali connessi con la liquidazione delle conseguenze della crisi generale, ad esempio, addestrando i quadri degli specialisti moderni, partecipando alla cosiddetta selezione dei leader, riabilitando i pazienti con manifestazioni di stress post-traumatici, adottando misure di psicoprofilassi su larga scala, ecc. Non dobbiamo limitare la nostra attività solamente a risolvere i problemi tradizionali come il trattamento e la riabilitazione delle malattie mentali già svilup-

patesi, sebbene ci sia ancora bisogno di considerevoli riforme. I politici e gli ideologi devono innanzitutto capire noi psichiatri. Non devono avere paura di avere contatti con noi per quanto riguarda quei problemi in cui gli psichiatri, gli psicoterapeuti, gli psicologi medici e sociali possono aiutarli (aiutare tutti noi, più precisamente).

È forse questo il problema più difficile quando confrontiamo la psichiatria moderna che sta cambiando il proprio stato. Gli psichiatri, senza perdere la faccia (cioè la loro peculiarità professionale), devono al tempo stesso, anche se potrebbe suonare come un paradosso, sottoporsi alla de-psichiatriizzazione ad un certo livello; infatti, questo problema è stato discusso da molti specialisti, soprattutto operatori sociali, per molto tempo (tuttavia, secondo V.M. Bekhterev, il limite tra psichiatria clinica e psichiatria sociale è molto relativo). Ma la loro voce è rimasta finora una voce nel deserto tanto per i politici quanto per la gente in generale. Forse fino a quando alcuni pazzi non "organizzeranno" (Dio ce ne guardi!) un'altra Chernobyl o qualcosa di peggio.

Prof. MODEST KABANOV
Direttore dell'Istituto Bekhterev
per la Ricerca Psiconeurologica
San Pietroburgo (Russia)



VINCENZO DI NICOLA

Cultura e rete di significati: la famiglia e i contesti sociali che creano le situazioni umane difficili

Introduzione: Contesti Sociali

Per poter comprendere l'esperienza della malattia mentale nelle diverse società, avremmo bisogno di un vocabolario per queste esperienze e di un metodo per comprendere la "natura situata" della malattia e della sofferenza. Ciò significa che la malattia si colloca in un dato tempo e luogo, che ha una storia ed una geografia, che ha luogo in una rete di relazioni che iniziano con la famiglia e con il mondo sociale. Questi particolari insieme creano e definiscono la cultura come una "rete di significati", dalle parole dell'antropologo Clifford Geertz (1983).

In questo intervento, che si basa sul mio prossimo libro (Di Nicola, 1997), definisco la nozione di "situazione difficile" per comprendere l'esperienza umana della malattia mentale e come si esprime in "linguaggi del disagio" e "modelli esplicativi della malattia". La famiglia e la cultura creano contesti sociali per questa comprensione. Dato che questi contesti sociali sono così fondamentali nel dare forma a risposte individuali e familiari alle esperienze di malattia, prendo in esame una serie di cambiamenti nelle società occidentali e le relative tendenze nelle scienze umane, come l'antropologia, la terapia familiare, e la psichiatria culturale.

Successivamente, analizzo i progressi recenti nelle due subdiscipline per lo studio della malattia mentale – la terapia familiare e la psichiatria culturale – per riunire questi cambiamenti per un modello clinico della terapia familiare culturale.

Definire le situazioni difficili

Situazione difficile è un concetto che cerca di comprendere l'esperienza umana della malattia in un contesto significativo (Di Nicola, 1989):

le situazioni difficili sono situazioni o circostanze sociali penose, complesse, instabili, moralmente caricate e mutevoli nel loro significato in termini di tempo e luogo (Taylor, 1985, p. 130).

Possiamo chiarire le situazioni difficili attraverso le storie personali dei pazienti e comprendendo i loro "linguaggi del disagio" e i loro "modelli esplicativi della malattia".

Linguaggi del disagio (IDs): concetto preso dall'antropologia medica per identificare i modi con cui le persone esprimono i propri dilemmi e il proprio dolore nel loro linguaggio locale e nei loro modi popolari (Nichter, 1982).

Modelli esplicativi della malat-

tia (EMs): ciò che genera una risposta della persona alle domande basilari che riguardano la propria situazione difficile: Perché io? Perché ora? Cos'è sbagliato? Quanto durerà e quanto è seria la cosa? Quali problemi mi crea? In che modo potrò risolvere il problema? (Kleinman, 1988, p. 156).

Psichiatria Transculturale

Il termine "psichiatria transculturale" è stato coniato negli anni '50 da un gruppo di psichiatri della McGill University di Montreal. All'inizio, secondo Murphy (1986, p. 13), nel campo si interessavano tre gruppi principali: 1) ricercatori interessati all'influenza della cultura sulla salute mentale; 2) clinici che avevano constatato che gli psichiatri occidentali insegnanti non erano adatti ad esercitare nelle società con contesti culturali molto diversi; 3) psichiatri sociali che cercavano di dare una dimensione internazionale ai loro argomenti. Il gruppo del McGill, guidato da Wittkower, e successivamente la Sezione Transculturale della "World Psychiatric Association" presieduto da Murphy scelsero di riunire i primi due argomenti.

Raymond Prince (1983) ha offerto una definizione ampia e pratica: la psichiatria transculturale è in relazione con la comparsa del disturbo mentale tra diversi gruppi e/o culture etnici. Secondo il punto di vista di Prince, la psichiatria transculturale si occupa di tre aree:

1. Variazione culturale nella sintomatologia psichiatrica e diagnosi (psichiatria comparativa);



2. Lo studio delle sindromi ai limiti della cultura;

3. In che modo la cultura riguarda le pratiche guaritrici (come le pratiche guaritrici indigene).

Un'implicazione è che tutte le spiegazioni di malattia mentale emergono da quella che l'antropologo Clifford Geerts (1983) chiama "conoscenza locale" e che tutte le terapie sono ciò che io chiamo "prodotti culturali", non proprio pratiche guaritrici indigene. Un'altra implicazione è che ogni terapia ha bisogno di essere culturalmente informata.

Accentuando l'epidemiologia (lo studio della distribuzione delle malattie), Murphy (1982) ha chiamato il suo testo basilare, *Comparative Psychiatry* (la distribuzione internazionale ed inter-culturale delle malattie mentali), che egli definisce come "lo studio delle relazioni tra il disturbo mentale e le caratteristiche psicologiche che distinguono le nazioni, i popoli, o le culture" i cui "scopi principali sono quelli di identificare, verificare e chiarire i legami tra disturbo mentale e queste ampie caratteristiche psicosociali" (p. 2). Questo aspetto importante dell'argomento sottolinea la ricerca oggettiva della popolazione che usa un approccio comparativo con una scarsa concentrazione o applicabilità ai problemi degli individui o delle famiglie che chiedono il nostro aiuto. Con questo atteggiamento oggettivo, la psichiatria comparativa si appoggia al punto di vista "etic" che chiede ai ricercatori di sviluppare una struttura analitica dall'esterno con concetti e criteri che si presuppone fossero "universali".

Sin dall'inizio, però, la psichiatria transculturale si è interessata anche alle prospettive "emic", generate all'interno della cultura specifica in questione. Le domande che sorgono dal punto di vista "emic" nella psichiatria transculturale comprendono: Qual è l'esperienza della malattia mentale in una particolare cultura? Come è espressa dai membri di questa cultura? Come viene spiegata da loro? A quale tipo di pratiche guaritrici essi si rivolgono per un aiuto?

La "Nuova Psichiatria Culturale Trasversale"

Arthur Kleinman (1977) dell'Università di Harvard, criticava "la vecchia psichiatria transculturale" essendosi preoccupato dell'"universalità" tra culture, in particolare delle categorie psichiatriche occidentali imposte dall'esterno (l'approccio "etic"). Al suo posto, Kleinman propose una "nuova psichiatria culturale trasversale", una struttura interdisciplinare che attinge dalla disciplina – che si sta espandendo rapidamente – dell'antropologia medica, assieme a metodi più nuovi nell'epidemiologia psichiatrica. Kleinman sottolineava un approccio più "emic", sostenendo che i concetti di salute mentale e di malattia hanno una base culturale e che essi, insieme alle terapie, dovrebbero attingere dalle culture locali per essere efficaci.

Il quadro che emerge dalla psichiatria culturale negli anni '90 è di una comprensione processuale della cultura *collocata nel e creata dal* mondo sociale delle famiglie e da altre comunità interpretative. Con questa enfasi crescente sui 'produttori di significato' e sulla costruzione sociale della realtà, la cultura è un processo "situato non nella mente degli individui, ma *tra* le persone, in mezzo a impegni soggettivi" (Lewis-Fernandez & Kleinman, 1995, p. 434). Ciò porta al quadro delle malattie come esperienze incarnate con una base biologica

e create da processi culturali. E la psichiatria culturale emerge come la disciplina che può esaminare i collegamenti tra i mondi sociali e le malattie incarnate.

Cambiamenti nella Società e nelle Scienze Umane

Un certo numero di progressi significativi in tutte le società occidentali stanno dando forma all'esperienza dei modi della malattia mentale che richiedono un approccio socio-culturale.

Nella società:

* Gli argomenti sulla diversità sono diventati molto più importanti nella maggior parte delle società occidentali: il bilinguismo e la traduzione sono argomenti sociali comuni (Edwards, 1994).

* Il razzismo è identificato in modo più chiaro come un problema *sistemico* nella società e nelle professioni mediche (Fernando, 1988).

* I discorsi medici sono diventati politicizzati; ad esempio, si discute sulle implicazioni politiche delle diagnosi psichiatriche e delle pratiche mediche.

* Si dà grande enfasi alle prospettive di comprensione dei pazienti, degli argomenti legali, dei diritti e dei poteri dei medici.

* Il movimento di auto-assistenza, rappresentato dalla creazione del "World Alliance of the Mentally Ill" (da rappresentanze di pazienti, utenti e gruppi di auto-assistenza in molti paesi), è cresciuto.

Nella letteratura:

* Il post-modernismo, nato dalla perpetua crisi del modernismo, comprese le diverse richieste delle società multi-culturali, è emergso come la teoria sociale dominante (Harvey, 1989), insidiando la filosofia di base della tradizione occidentale (Rorty, 1989).

* Con "testo" emergente come una metafora onnipresente nel pensiero sociale (Geertz, 1983), la semiotica (lo studio dei segni e dei simboli) è diventata la nuova scienza sociale, dalla letteratura alla film-teoria agli approcci narrativi in terapia (v. Josselson, 1995).

Negli studi culturali:

* I dibattiti sulla psichiatria



transculturale sono centrati sui temi chiave dell'universale e del particolare, similarità tra culture contro differenze e unicità, "la psichiatria transculturale classica" contro la "nuova psichiatria culturale incrociata" (Kleinman, 1977).

* Pragmaticamente, molta ricerca nella psichiatria transculturale è stata centrata più su questioni cliniche e ha introdotto alcune valide idee cliniche per la diagnosi (su PTSD, v. Marsella et al., 1996; sulla diagnosi culturale incrociata v. Westermeyer, 1987), e il trattamento (sull'automutilazione, v. Favazza, 1966; sui metodi clinici nella psichiatria transculturale, v. Okpaku, 1996).

* "La consultazione culturale è uno sforzo di collaborazione" diretto a sostenere più che a minare l'autorità e la competenza locali, facendo assegnamento sugli altri come eguali (Kirmayer, 1995, p. 168).

* L'antropologia medica e la psicologia culturale incrociata sono diventate più attuali, visibili nei programmi per studenti universitari e nei curricula medici e di altre professioni.

* La psicologia e altri studi sociali si sono rivolti sempre più a questioni sulla costruzione del Sé, sull'identità, e sulle storie familiari (Bruner, 1990; Gergen, 1991; Shweder, 1991).

* Studi sul ruolo del sesso hanno riscritto in modo significativo lo scenario sociale post-moderno (Gilligan, 1982; McDermott et al., 1983).

Nel campo della terapia familiare:

* Tentativi per integrare la terapia individuale e familiare.

* Un maggiore orientamento all'utente è riflesso da tecniche più *visibili* (équipes aperte, invece di messaggi strategici da parte di un'équipe nascosta) ed un atteggiamento di maggiore collaborazione (interviste come conversazione, terapia come dialogo).

* Maggiore enfasi è stata posta su questioni pragmatiche (come risolvere i problemi, come dare pieni poteri ai clienti) e brevi approcci di terapia.

* Il costruttivismo e il costruzionismo sociale sono divenuti i modelli concettuali dominanti

della terapia familiare, eclissando la teoria dei sistemi (v. Hoffman, 1990).

* Il raccontare è risultato come una nuova prospettiva nella terapia familiare (echeaggiando esami di antropologia culturale del suo lavoro) (v. Paré, 1995).

Alla luce di tutto ciò, c'è stato un certo numero di richieste di cambiamenti nel paradigma – attraverso le scienze sociali e tra i clinici. Ne esamineremo due, una da studi culturali e l'altra dalla terapia familiare.

"Perdita dei paradigmi" Cambiamenti nella teoria sociale

Questo elenco di cambiamenti sociali ha avuto il suo impatto reciproco sulla teoria sociale. Qui di seguito riporto altre tre aree relative delle scienze umane dove sono stati immaginati nuovi paradigmi.

1) *Antropologia*: in un tentativo brillante che ha prefigurato il suo impatto sulla terapia, l'antropologo culturale Clifford Geertz (1983) chiama l'analogia della tesi "la più vasta delle recenti raffigurazioni della teoria sociale" e "la più temeraria" (p. 30). Il raccontare così risulta come ideachiave per comprendere l'esperienza umana.

2) *Psicologia*: Jerome Bruner (1990) e Richard Shweder (1991) chiedono la costituzione di una "psicologia culturale". Bruner, in risposta alle caratteristiche me-

canistiche dell'approccio informativo alla psicologia cognitiva, vuole reimettere il significato e la narrativa nella psicologia con un'attenzione alla cultura. Shweder rifiuta la psicologia culturale incrociata, l'antropologia psicologica, l'etnopsicologia, e altri approcci universalistici ad una psicologia generale, sostenendo la psicologia culturale come uno studio dei mezzi per l'intelletto che insieme alla cultura si compensano (p. 73).

3) *Studi dello Sviluppo*: Jaan Valsiner (1989) ha scritto un incisivo saggio critico sulla psicologia dello sviluppo, auspicando una "psicologia dello sviluppo che includa la cultura". Con il lavoro di Valsiner e di altri come base, ho richiesto una "psichiatria infantile transculturale" definita come "questioni dello sviluppo circa i disturbi mentali dei bambini nel contesto culturale" (Di Nicola, 1992, p. 40).

Psichiatria socio-culturale: "Un punto di vista rilevante per le società multiculturali"

Nel suo importante libro sulla razza e la cultura in psichiatria in Gran Bretagna, Suman Fernando (1988) definisce un nuovo approccio a questi argomenti. Fernando sostiene che la psichiatria necessiti di una propria definizione dei suoi compiti sociali e culturali – non una importata dall'antropologia o dalla terapia familiare. Ciò di cui secondo Fernando abbiamo bisogno è:

«Una "psichiatria socio-culturale" che sia sensibile alla cultura in senso ampio pur mantenendo una atteggiamento pratico, forse pragmatico, nell'insistere sull'essere rilevante e utile alle persone con le quali si suppone la psichiatria dovrebbe trattare. La psichiatria socio-culturale è un mezzo per cui gli psichiatri, ed altri operatori sanitari che usano la psichiatria in un ambiente multiculturale, possono esaminare se stessi, le loro pratiche istituzionali e le loro discipline per le influenze sociali che producono e perpetuano il preconcetto» (p. 104).

Secondo Fernando, la psichiatria socio-culturale dovrebbe in-



corporare la sensibilità ai fattori culturali ed estendere la psichiatria dalle preoccupazioni individuali al gruppo familiare e culturale, come ho sostenuto. Ma, anzitutto, la psichiatria socio-culturale è:

“un punto di vista, così come una maniera di lavorare, attinente ai bisogni di una società multiculturale, tirandoci dentro le realtà sociali che riguardano i gruppi culturali” (p. 104).

Nel suo libro su *Culture, Health and Illness*, Cecil Helman (1994) scrive: “Il rapporto della cultura con le dinamiche familiari è complesso, e in certa misura controverso” (p. 288). Helmanечeggia alcune preoccupazioni sopra espresse sul “pericolo di stereotipare tutte le famiglie italiane”, ad esempio nelle “mini-eticnografie delle culture familiari di differenti gruppi etnici negli Stati Uniti” nel volume di McGoldrick e dei suoi collaboratori (1982). Helman registra anche la preoccupazione corollario di “ignorare le maggiori differenze tra famiglie” basate su altre variabili sociali e culturali (p. 299). Egli articola anche qualcosa che mi preoccupa profondamente – e che è sempre trattata superficialmente quando la sollevo – che i “gruppi etnici orientati sulla famiglia sono a volte descritti come se le loro differenze dal tipo di famiglia anglosassone (con la sua enfasi sull’individuo, piuttosto che sugli obiettivi familiari) fossero patologiche per definizione” (p. 288).

Una nuova storia per la terapia familiare: “La famiglia come cultura”

Mettendo insieme molti di questi fili, David Paré (1995) chiede un nuovo paradigma nella terapia familiare, ricapitolato nella seguente domanda e risposta:

“come dovrebbe essere una terapia familiare che non pretenda di essere senza valore, che includa una dimensione temporale, che includa tanto le persone quanto i rapporti, che sia contestuale, che induca una riduzione delle differenziali di potere tra terapeuta e famiglia, che auspichi e promuova il dare pieni poteri alle fa-

miglie, che valuti l’eguaglianza sull’autoritarismo, e che valuti sia un metodo educativo che uno terapeutico?” (Erickson, 1988, p. 233).

La risposta di Paré è la seguente: una terapia che veda le famiglie come culture che fanno la storia (Paré, 1995, p. 14). La metafora narrativa, una lettura testuale della vita che veda l’esperienza vissuta come un testo, “pone le persone in comunità interpretative” (Paré, 1995, p. 14). Offrendo un modello di terapia come “sense-making”, alla ricerca di significato, Paré sostiene che la teoria dei sistemi è una storia fuori moda. Il modello concettuale che egli offre al suo posto è l’epistemologia sociale costruzionistica. Dall’altra parte, la posizione post-moderna si allontana sia/o dalle costruzioni sia/e dalle giustapposizioni. In questo spirito, Paré ci rassicura che non c’è bisogno di rifiutare idee utili dall’epoca dei sistemi della terapia familiare (v. P. 15). Ma quale è la verità? Dove troviamo le basi? Non c’è verità finale, soltanto “significati preferiti” (Paré, 1995), “discorsi edificanti” (Rorty, 1989), e le “storie che viviamo” (Howard, 1991). Credo che sia tempo di smettere di esigere nuovi paradigmi e di voltarci verso il *sintagma*:

“Invece di portare un metodo di lavoro con me nella sessione (paradigma), cerco di catturare un discorso fresco e differente con ogni famiglia, in ogni sessione (sintagma)”. (Di Nicola, 1993, p. 54).

Non c’è base, soltanto “vocabolari finali”, il linguaggio irriducibile che usiamo per dare senso al mondo, secondo Richard Rorty (1989). Quando le “storie vanno di traverso” (psicopatologia, problemi relazionali, storie umane difficili), il compito della terapia può essere meglio descritto come “riparazione della storia” (Howard, 1991). Lo strumento più adatto per la riparazione della storia può essere l’articolazione di una nuova storia in parole nuove: ciò che Michael White (1986) chiama “ridescrizione”. Come Paré conclude a proposito: “cambiando i nostri significati, noi cambiamo i nostri mondi” (1995, p. 15).

Qual è la nuova metafora per le famiglie, se non vengono meglio viste come sistemi? Nella “metafora famiglia come cultura” (Paré, 1995), le famiglie sono comunità interpretative, o culture che fanno la storia. Nel loro libro su “teoria narrativa nel mondo post-moderno”, Parry e Doan (1994) invitano i clienti a diventare autori, raccontando le storie delle loro vite e reclutando un’audience per le loro storie.

Tutti i cambiamenti nella società e nella teoria familiare che si sono fusi nella comparsa di un nuovo paradigma per la terapia familiare basata su metafore narrative e approcci costruzionistici sociali – “famiglie come culture che fanno la storia” – vengono insieme con la mia proposta di una sintesi di terapia familiare e psichiatria culturale come “terapia culturale familiare”.

Prof. VINCENZO DI NICOLA
Direttore del Dipartimento di Psichiatria
Infantile e Adolescenziale
Queen’s University, Kingston (Canada)



Bibliografia

BRUNER, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
DI NICOLA, V.F. (1989). The child’s predicament in families with a mood disorder: Research findings and family interventions. *Psychiatric Clinics of North America* 12(4), 933-949.
DI NICOLA, V.F. (1992). De l’enfant sauvage à l’enfant fou: A prospectus for transcultural child psychiatry. In N. Grizenko, L.

Sayegh & P. Migneault (Eds.), *Transcultural at issues in child Psychiatry*. Montréal: Editions Douglas, pp. 7-53.

DI NICOLA, V.F. (1993). The postmodern language of therapy: At the nexus of culture and family. *Journal of Svetemic Therapies* 12(1), 27-41.

DI NICOLA, V.F. (1997). *A Stranger in the Family: Culture Families, and Therapy*. New and London: W.W. Norton & Co.

EDWARDS, J. (1994). *Multilingualism*. London: Routledge.

ERICKSON, G.D. (1988). Against the grain: Decentering family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 14, 225-236.

FAVAZZA, A.R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* Second edition. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

FERNANDO, S. (1988). *Race and culture in psychiatry*. London: Croom Helm.

GEERTZ, C. (1983). Blurred genres: The refiguration of social thought. In *Local knowledge: Further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Books, pp. 19-35.

GERGEN, K.J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.

GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

HARVEY, D. (1989). *The condition of postmodernity*. Oxford: Basil Blackwell.

HELMAN, C.G. (1994). *Culture, health and illness*. Third Edition. Oxford: But- terworth-Heinemann.

HOFFMAN, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process* 29, 1-12.

HOWARD, G.S. (1991). Culture talee: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist* 46, 187-197.

JOSSELSON, R. (1995). Narrative and psychological understanding. *Psychiatry* 58, 330-343.

KIRMAYER, L.J. (1995). Versions of intercultural therapy. *Transcultural Psychiatric Research Review* 32(2), 166-177.

KLEINMAN, A. M. (1977). Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.

KLEINMAN, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

LEWIS-FERNANDEZ, R., & KLEINMAN, A. (1995). Cultural psychiatry: Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatric Clinics of North America* 18(3), 433-448.

MARSELLA, A.J., FRIEDMAN, M.J., GERRITY, E.T., & SCURFIELD, R.M. (Eds.) (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

MCDERMOTT, J.F., ROBILLARD, A.B., CHAR, W.F., et al. (1983). Reexamining the concept of adolescence: Differences between adolescent boys and girls in the context of their families. *American Journal of Psychiatry* 140, 1318-1322.

MURPHY, H.B.M. (1982). *Comparative psychiatry: The international and intercultural distribution of mental illness*. New York: Springer-Verlag.

MURPHY, H.B.M. (1986). The historical development of transcultural psychiatry. In J.L. Cox (Ed.), *Transcultural psychiatry*. London: Croom Helm, pp. 7-22.

NICHTER, M. (1982). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry* 5, 379-408.

PARÉ, D.A. (1995). Of families and other cultures: The shifting paradigm of family therapy. *Family Process* 34(1), 1-19.

PARRY, A., & DOAN, R.E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: Guilford.

PRINCE, R. (1983). Lectures in social and transcultural psychiatry. McGill University, Montreal.

RORTY, R. (1989). *Contingency, irony and solidarity*. Cambridge: Cambridge University Press.

SHWEDER, R.A. (1991). *Thinking through cultures: Expeditions in cultural psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

TAYLOR, D.C. (1985). The sick child's predicament. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 19(2), 130-137.

VALSINER, J. (Ed) (1989). *Child development in cultural context*. Toronto: Hogrefe and Huber.

WESTERMAYER, J. (1987). Clinical considerations in cross-cultural diagnosis. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 160-165.



ANDREA CALVO PRIETO

Realtà familiare del malato di mente nei paesi africani

1. Introduzione

In Africa la strada verso la guarigione non può permettersi d'ignorare la famiglia, quest'insieme che dà senso agli individui, che riguarda tutti e che funziona soltanto con l'apporto di tutti, senza eccezione alcuna.

Presso i bantu (popolazione dell'Africa centrale), la salute è veramente uno stato di completo benessere condizionato da un vero "savoir-être", da un vero "savoir-vivre" e da un vero "savoir-faire" in relazione agli altri membri del gruppo familiare. La famiglia in Africa nera si confonde con il clan, un insieme di individui che hanno un avo in comune, il più lontano possibile. Si tratta dunque di un sistema familiare vasto, dai contorni sfumati, e che riduce l'individuo alla sua più semplice espressione in favore del gruppo.

La vita di una persona (la sua salute, il suo sviluppo socio-professionale, ecc.) si concepisce soltanto in rapporto alla sua famiglia in cui il suo vero valore dipende in realtà solo dalla sua posizione di nonno, padre, figlio o nipote.

I doveri di fronte alla famiglia sfociano in un superinvestimento dei poteri di questo gruppo o dei suoi elementi influenti sull'individuo, e nell'altro versante in un trinceramento tattico verso l'irresponsabilità personale. Così la fortuna o la disgrazia del nero africano sembrano sempre essere affare di tutti. Il suo successo materiale si deve alla collettività che ha diritto di goderne tanto quanto lui; i suoi fallimenti, ad esempio quando si ammala, diventano fallimenti degli altri con i quali vanno necessariamente regolati i conti se si vu-

le sperare di ritrovare la prosperità.

Questa concezione fortemente paternalistica della famiglia è all'origine della leggendaria solidarietà africana che costituisce teoricamente un contrappeso al rifiuto degli elementi del sistema familiare. L'individuo riceve dal gruppo sostegno materiale e protezione nei confronti delle aggressioni esterne di tipo economico, fisico o mistico. In questo modo, tradizionalmente il malato di mente non è mai squalificato nel suo apporto alla coesione del gruppo familiare: egli cambia semplicemente ruolo, che deve essere il più valorizzante possibile. Il "folle" africano è principalmente rivelatore di un malessere esistente in seno al gruppo e così permette la risoluzione dei conflitti destabilizzatori fino ad allora nascosti o resi banali.

La vita in città, lontano dalla grande famiglia a cui si è legati da vincoli di sangue e di terra, forza il raggruppamento delle persone in "neo-famiglie" iniziata da un'origine comune di villaggio, regione o semplicemente quartiere di residenza. In queste condizioni, si tratta di persone che si uniscono per necessità, con diritti e doveri poco costrittivi, e di relazioni poco solide poiché rette essenzialmente dal potere del materiale. In questo tipo di "famiglia", ogni elemento del gruppo che esca dall'ordinario è presto rifiutato, soprattutto quando è animato da comportamenti antisociali, come è il caso del malato di mente.

2. Materiale e metodi

Lo studio riguarda 40 pazienti di etnia bantu, psicotici cronici seguì-

ti in "day hospital" presso i centri di salute mentale "TELEMA" di Kinshasa, nello Zaire, e di Yaoundé in Camerun, nel corso del 1995.

Per ogni paziente viene compiuta una etero-anamnesi, il più dettagliata possibile, allo scopo di evidenziare l'ambiente familiare nel suo ruolo di sostegno al malato.

Abbiamo cercato non soltanto l'esistenza o meno di un sostegno materiale del paziente da parte del suo ambiente familiare (messa a disposizione di un alloggio, acquisto di farmaci psicotropi, cibo, ecc.) ma anche la disponibilità e la preoccupazione di questo stesso ambiente di fronte all'esistenza di disturbi del comportamento di uno di loro.

Nei commenti, cerchiamo di interpretare il tipo di sostegno che arriva qualche volta fino al rifiuto del malato.

3. Dati riguardanti i malati e loro ambiente familiare

Lo studio prende in esame 40 pazienti, 25 donne e 15 uomini, tutti celibi, anche se 7 di loro hanno avuto una progenitura apparentemente non desiderata prima o nel corso dei loro disturbi mentali. L'età media della popolazione, che va dai 17 ai 48 anni, è di 27,5.

Nessun malato ha conseguito un livello di studi superiore e soltanto 5 di loro hanno lavorato (percepido uno stipendio) prima dell'inizio dei loro disturbi di comportamento.

Il principale tutore familiare è nel 75% dei casi un genitore diretto (30 pazienti); è un componente della famiglia di uno dei genitori

nel 20% almeno dei casi (8 pazienti); ha un'occupazione remunerata nel 25% dei casi (10 pazienti) o non si è affatto presentato nel 5% dei casi.

Per i tutori che si sono presentati, sono state organizzate delle consultazioni di indovini-guaritori nell'80% dei casi. In tutte queste consultazioni sono stati designati dei colpevoli all'interno della famiglia, tranne in un solo caso in cui il malato è stato riconosciuto come unico colpevole di pratiche magiche.

4. Commento sui dati riguardanti i malati

L'età della popolazione presa in esame è conforme a quella della popolazione ospedaliera psichiatrica in Africa nera.

I pazienti sono poco istruiti e senza risorse tali da permettere la creazione di un ambiente familiare così stabilizzante e valorizzante nel mondo dell'Africa nera. In effetti, l'africano riconosce nei bambini un valore soprattutto per il futuro, nei genitori attivi coloro ancora in grado di procreare, e nei vecchi i depositari e i garanti della saggezza pacificatrice o destabilizzatrice del gruppo.

Coloro che non sono sposati restano "bambini", qualunque sia la loro età cronologica, e così sono ridotti nella posizione gerarchica di irresponsabili, di vulnerabili e di eterni protetti nel senso della famiglia africana estesa. In queste condizioni, la malattia mentale del celibato facilita la sua emarginazione là dove manca il sostegno della famiglia numerosa, come nel caso della città.

Nell'80% dei casi, la malattia mentale è passata attraverso la figura indefinibile dell'indovino-guaritore che rivela l'origine esterna dei disturbi, colpevolizza, de-colpevolizza e quindi reinserisce il malato nel circuito familiare.

Tutti gli elementi tradizionali di nascita e di risoluzione di conflitti saranno utilizzati o sfruttati per spiegare il senso di una malattia mentale e per indicarne il cammino terapeutico. Anche i movimenti cristiani carismatici, con il loro corteo di profeti-guaritori, passano il più delle volte attraverso l'entità

familiare in cui si trovano nascosti i "malfattori" chiamati stregoni o spiriti cattivi. Del resto, cercare i demoni o il diavolo in persona non basterebbe senza dubbio a rassicurare tutti, cominciando dallo stesso malato.

La proiezione sugli altri, meccanismo di difesa privilegiato dell'africano, rafforza in fin dei conti la coesione familiare. Inconsciamente, il nero africano (il bantu) rinuncia alle sue responsabilità a favore del gruppo, della famiglia che sola conta. L'individuo che vale solo nell'ambito della famiglia non può permettersi di assumersi una qualsiasi responsabilità che possa perturbare l'armonia e la coesione familiari. Di rimando, la famiglia si vede "costretta" a trovare un responsabile della disgrazia che si abbatte su un membro del gruppo. La famiglia è una e indivisibile, ed ha come corollario la sofferenza di un elemento che all'improvviso colpisce tutti i membri del gruppo. Il più miserabile, il più disgraziato o il più malato del gruppo riguarda alla fine tutti.

Il trattamento di una persona deve di conseguenza rivestire un carattere collettivo tanto per la forma (il malato è curato in gruppo, in pubblico) quanto per lo sfondo (tutto il gruppo familiare si sente malato, o almeno accusa un senso di malessere).

Per rassicurare il malato e i suoi accompagnatori familiari, il terapeuta deve non solo calmare i sintomi che disturbano visibilmente i familiari, ma anche e soprattutto lottare o dare l'impressione di aver vittoriosamente lottato contro le inevitabili forze sotterranee occulte che sono alla base di ogni turba di comportamento. Tutto sommato, un comportamento nuovo è quasi estraneo al suo autore; per questo non può essere indotto che da forze invisibili. Queste possono essere combattute soltanto da coloro che sanno normalizzare il visibile sradicando il male dal sotterraneo accessibile ai soli iniziati.

Il medico o il guaritore deve avere un duplice stato, essere un "formato" (da maestri, alla scuola) e un iniziato (cosa che necessita l'acquisizione delle capacità incomprensibili o almeno inaccessibili alla maggior parte degli individui).

La società bantu dell'Africa centrale affida tranquillamente il suo malato di mente soltanto a costui o ad istituzione in cui la cura fisica visibile si suppone sia accompagnata da una capacità sovrannaturale dei terapeuti. Questo è forse un vantaggio per i religiosi che chiaramente hanno dovuto essere iniziati nei loro ordini alla lotta, attraverso la preghiera e la disciplina consacrata, contro qualcosa più sottile del visibile. Dopo tutto, i divieti sociali che sarebbero stati calpestati da questo "folle" possono essere intesi dagli altri come dei divieti divini, dei peccati. Come i divieti tradizionali che possono conoscere riparazione solo attraverso un cammino psico-socio-culturale, il peccato può essere sradicato soltanto grazie ad un cammino non fisico con un sostegno psico-affettivo.

La nozione di "guarigione" nell'Africa nera non lascia spazio alcuno alla ricaduta, alla recidiva o ad una semplice attenuazione o stabilizzazione dei disturbi. L'elemento familiare, il malato che non è più come prima, anche se con un funzionamento sociale rispettabile, incita il gruppo familiare responsabile a cercare altrove. È alla fine una corsa sfrenata verso l'ipotetico medico o guaritore che ha la soluzione assoluta, la guarigione senza la minima contrarietà del domani.

La famiglia del malato di mente intende l'inquadramento terapeutico dell'ospedale psichiatrico soltanto come la parte visibile di un processo che deve prolungarsi nel nuovo, in un vissuto appena materializzato dalla memoria collettiva sostenuta dalle credenze culturali (stregoni, avi, fantasmi, spiriti, morti viventi, geni malefici, ecc.). Tutto sommato, l'africano "muntu" è proprietario di un duplice corpo, uno visibile sul quale agiscono le medicine e uno invisibile sul quale può agire solo un processo che scruti l'invisibile.

Ad una diagnosi moderna (patologia psichiatrica), l'africano nel suo gruppo attende che da qualche parte, certamente non nella medicina occidentale, si designi il vero male, la vera eziologia di un disturbo del comportamento. Un colpevole, ad esempio, deve essere designato, cioè nominato (al titolo

o al grado di stregone). Di qui, saranno prese le precauzioni per evitare che questi possa nuocere al malato e al suo gruppo.

Il colpevole, origine di ogni male per l'africano, è alla fine un male necessario per la società. Egli deve esistere, deve aver "lavorato" nell'ombra perché tra i membri del gruppo ci sia uno "squilibrato". La pace all'interno del gruppo torna soltanto dopo l'individuazione del colpevole e la liberazione della vittima. Dopo tutto, bisogna conoscere il proprio nemico per combatterlo meglio!

Di solito il male è portato da una parola malefica (da far confessare), così la liberazione non può che passare attraverso un'altra parola benefica, questa pubblica, da pronunciare su una scena in cui gli attori sono il malato e il suo ambiente familiare.

Le origini della malattia mentale in Africa centrale sono legate al gruppo familiare dei viventi e degli avi; anche gli esseri invisibili legati alla terra, alla foresta e ai fiumi appartenenti alla famiglia sono dei pericoli permanenti. Nelle città, in cui i vicini del quartiere e i colleghi costituiscono la "famiglia" dei cittadini, nella genesi dei disturbi mentali sono spesso incriminate pratiche magiche o fetiche. Queste vie di documento paradossalmente avvicinano persone senza legami familiari naturali. Esse sono inconsciamente vissute come legami patogeni potenziali, tessuti da ogni vita in comune che sfocia in un gruppo più o meno unito.

Per l'africano la malattia, come ogni sorta d'infortunio, ha naturalmente una causa o almeno una componente d'origine esterna alla vittima. Questa "extra-individuallità" della malattia mentale svolge un ruolo decolpevolizzante per il paziente e un ruolo rafforzatore della coesione del gruppo familiare. Qui l'individuo è quel che è grazie o a causa degli altri.

Chi attacca l'individuo, attacca il gruppo familiare; per questo, lo stregone è spesso visto come un sadomasochista nella misura in cui disturba l'altro disturbando se stesso come membro del corpo familiare che è uno e invisibile! Nelle zone rurali, la famiglia finisce per accettare la condizione partico-

lare del malato di mente che può tranquillamente evolvere senza impedimenti tra il suo mondo delirante e la realtà sociale, soprattutto dato che il costo di questo impegno resta malgrado tutto finanziariamente poco elevato nei villaggi.

Nell'ambiente urbano, l'uscita del gruppo familiare (già poco unito in quanto allargato e destabilizzato dalla crisi socio-economica) dalla porta della psicosi innesca ben presto meccanismi di autoprotezione e di rifiuto "per necessità". La dipendenza da un salario abitualmente irrisorio limita il già debole potere d'intervento al solo nucleo familiare (padre, madre e figli), comportando "ipso facto" una dimissione dal ruolo tradizionale di sostegno degli altri. Il malato di mente è la prima vittima di questo rifiuto (o meglio di questa mancanza di sostegno); situazione tanto più penosamente vissuta in quanto c'è un'assenza quasi generalizzata delle strutture d'inquadramento a tutti i livelli. Si vive una sorta di dissociazione tra la natura solidale della famiglia e l'abbandono dei più fragili imposto dalle difficili realtà socio-economiche del momento. In fin dei conti, assistiamo ad una specie di sgretolamento della famiglia africana che ha come conseguenza l'"emarginazione" del malato di mente.

Al contrario, nella zona rurale la famiglia finisce per accettare la condizione particolare del malato di mente che può tranquillamente evolvere senza impedimenti tra il suo mondo delirante e la realtà sociale, soprattutto dato che il costo di questo impegno resta malgrado tutto finanziariamente poco elevato nei villaggi.

In realtà la famiglia è unita solo quando tutti gli elementi presenti restano solidali nella loro maniera di pensare, di comprendere e di vivere le aggressioni della vita. Purtroppo negli ambienti urbani, la solidarietà è quasi esclusivamente al servizio della sopravvivenza economica del gruppo familiare. Troppo poca energia è disponibile per la protezione degli individui, in particolar modo dello psicotico.

Il gruppo familiare nell'ambiente urbano si caratterizza per i suoi numerosi conflitti latenti o presenti, per la poca coesione tra i suoi

membri, favorendo così la nascita o la manifestazione di disturbi psichici essenzialmente basati sulla nozione fondamentale di conflitto nella rete delle relazioni.

Il futuro del malato di mente in Africa passa necessariamente attraverso la sua realtà familiare. Il gruppo familiare deve essere sensibilizzato e associato a tutti i livelli di impegno nei confronti dei pazienti, dalla comprensione tradizionale dei disturbi all'inquadramento psichiatrico moderno dei malati. Ci sembra urgente insistere sulla necessità di creare un sistema di protezione sociale del malato di mente e questo per completare il ruolo tradizionale superato dalla famiglia in questa materia.

Sr. ANDREA CALVO PRIETO

*Infermiera psichiatrica
Diretrice del Centro di Salute Mentale
della Congregazione delle Suore
Ospedaliere del "Sacro Cuore di Gesù"
Yaoundé (Camerun)*

Bibliografia

DE ROSNY E., (1994), *L'Afrique des Guérisons*, Paris, Ed. Karthala.

HEBGA M.P., (1982), *Sorcellerie et prière de délivrance: réflexion sur une expérience*, Paris, Présence africaine.

KASWA K. E MAMPUNZA M.M. (1986), *Le vécu de la maladie mentale par les tradipraticiens de Kinshasa*. Njanja Méd., I, 14, 5-6.

MAHANIAH K., (1982), *La maladie et la guérison en milieu Kongo*, Kinshasa, EDIC-VA.

MAMPUNZA M.M., KINSALA Y.B., M'PANIA P.M., DECHEF G., BADIBANGA, MBANZULU P.N., e YANGA K., (1984), *Profil psychosocial de la psychose puérprale à Kinshasa*, Afr. Méd. 23, 217 (107-110).

MASAMBA M., (1976), *La libération des envoutés*, Yaoundé, Ed. Clé.

M'PANIA P.M., MAMPUNZA M.M. e MAWETE K., (1985), *Influence des éléments climatiques sur la santé mentale à Kinshasa*, Anales Médico-psychologiques 1985.

SOW I., (1977), *Psychiatrie dynamique Africaine*, Paris, Ed. Payot.

AMELIA MUSACCHIO DE ZAN

Società, famiglia e salute mentale

I valori della società urbana hanno subito un cambiamento considerevole.

Come ricorda la mia generazione, negli affari la parola data si manteneva, il lavoro era un valore positivo, raggiungere il successo con le proprie forze era logico, la responsabilità nei compiti era sottintesa e il rispetto per la persona più grande, padre, maestro, sacerdote, o per l'autorità in generale, era vissuto in modo naturale.

I bambini sono tuttora visti da molti come una benedizione e le famiglie curano in modo naturale non soltanto i propri figli ma anche i figli degli altri.

C'è amore ed esiste ancora un rispetto fondamentale per i genitori. Tra i membri della famiglia, c'è vero affetto e l'ospitalità e la tendenza ad integrare l'estraneo o lo straniero hanno un calore molto particolare.

Circostanze progressive di origine molto differente hanno avuto un'influenza negativa su questo stile di vita. L'abitudine di dipendere da uno stato benefattore ha lasciato tracce profonde, nonostante l'impegno di molti, nel passato ed attualmente, nel ripristinare l'errore di confondere i diritti della persona con l'obbligo che tutto si possa ottenere senza alcuno sforzo personale. Impercettibilmente è andata scemando la cultura del lavoro.

Il cambiamento di prospettiva è stato tale che in questo momento appaiono come valori la possibilità che una persona faccia solo ciò che le conviene, il ricevere denaro senza sforzi per guadagnarlo, il burlarsi dell'alunno che si sforza di essere migliore, lo scendere a compromessi come l'unica maniera di

trionfare, l'accettare la tangente come una cosa logica. Così la conseguenza è la non responsabilità personale e la fuga verso l'esteriore è l'elemento comune a tutti.

Le vicissitudini che ci sono state e le lotte politico-sociali logoranti, hanno causato un danno enorme al mantenimento della solidarietà. La persona comune osserva e si illude di fronte ai cambiamenti positivi, però un trionfalismo inveterato le rende difficile il rimanere fedele alla continuità degli ideali.

La nostra società non sempre coltiva le sue virtù, che sono molte, ma considera a volte unici i valori peculiari di altre società, indugianando nel darsi una identità giovane ma propria.

Molti lavorano e si sentono rappresentanti di un paese pulito, sano ed amabile nel più profondo del cuore. A volte sembra difficile confessare in pubblico questo amore, così come l'amore per Dio.

Alcuni fenomeni tendono ad indurre cambiamenti negativi che ostacolano lo sviluppo della parte migliore delle persone e il credere nella famiglia come qualcosa che dev'essere conservato.

Ad esempio, non molto tempo fa noi psichiatri abbiamo dovuto sopportare i concetti sulla famiglia decantati da Cooper, leader dell'antipsichiatria insieme a Laing, il quale nel suo libro "La morte della famiglia" afferma: "è inutile parlare della morte di Dio o della morte dell'uomo ... mentre non possiamo contemplare direttamente la morte della famiglia, questo sistema che assume come obbligo sociale quello di filtrare oscuramente la maggior parte della nostra esperienza e di vuotare le nostre azioni di ogni spontaneità generosa e genuina"...

"educare un bambino nella pratica corrisponde ad affondare, sommerso una persona. Allo stesso modo, educare qualcuno vuol dire condurlo fuori e lontano da se stesso".

Sulle persone disattente questi concetti possono esercitare una certa seduzione da parte dei contestatori, però il loro inganno intrinseco esce allo scoperto quando lo stesso autore più avanti ci confessa che "...mentre scrivevo la fine di questo libro contro la famiglia sono stato attraversato da una profonda crisi spirituale e corporale... coloro che mi hanno accompagnato e curato con immensa sollecitudine durante la parte peggiore di questa crisi sono stati mio fratello, mia cognata e le loro figliole" (5).

La psicologia profonda, essendo stata superficializzata e massivamente distribuita, divulgata concetti. È attraverso questa diffusione che vengono utilizzati i più volte dibattuti termini "liberazione", "trauma", "complesso", "assumersi", "coscientizzare", totalmente svincolati dai loro primitivi contesti. E queste parole, così sradicate, sono solite trasportare critiche latenti o manifeste contro la stabilità del matrimonio, contro la libera e matura scelta del coniuge, contro il diritto di posporre le gratificazioni in onore di un ideale adeguato, contro la decisione di resistere ai dettami di un impulso infantile.

A mo' di esempio vale l'aver sentito fino alla noia che la repressione è fonte di disturbi fisici e psichici più diversi, però non si sente con la stessa frequenza che effetti negativi quali invidia, gelosia, odio e risentimento sono soliti utilizzare la pulsione sessuale come mezzo di

espressione che li nasconde. Il fatto è che la psicologia di oggi non può affrontare il tema dell'istinto come è solita farlo la nostra società, e in modi tanto diversi, secondo la preterita ipotesi di cariche che cercano di scaricarsi e niente più, bensì deve ascrivere la sua funzionalità all'Jo.

L'Io è chi distribuisce e colloca secondo la propria struttura, la qualità del suo rapporto con il mondo interiore, e le situazioni emotionali intime ed irrepetibili di ciascuno (15).

Vari autori ci parlano di una zona dell'«Io» «libera da conflitto», e Kohut ci descrive le vicissitudine della maturazione del «self», nel suo delicatissimo equilibrio biopsico-sociale e insegnava sulla necessaria cura e tenerezza che richiede questo sofisticato essere in formazione che è la persona umana (13).

Altri elementi collaborano a squilibrare la salute mentale.

La pubblicità e l'attrazione esercitata dalla televisione sono implacabili. È difficile sfuggire al fascino del cambiamento provocato dalla pubblicità. Quando la mentalità consumistica prende piede, si possono cambiare non soltanto le cose ma anche il coniuge, gli amici, perfino gli ideali, in quanto tutti sono soltanto beni di consumo, secondo il desiderio, la necessità o il capriccio del momento.

Così come le privazioni disperano, irritano, opprimono, inquietano e scoraggiano, l'agiatezza piglia, rammollisce e non permette di prendere decisioni serie che implichino l'esercizio dell'autorità paterna o materna o di accettare le fasi proprie della vita in famiglia.

D'altro lato, siccome in genere non importa molto se ciò che dice la pubblicità è vero o falso, si aliena l'amore per la verità in onore del poter acquistare e si indebolisce la capacità critica. In questo, poiché l'uomo vale per ciò che ha o non per quel che è, l'io individuale cede e si sommerge in un io collettivo inumano. Allo stesso tempo, raggiungere questo paradiso in terra esige uno sforzo duro e terribile.

Gli uomini e le donne che sopravvivono presentano un quadro clinico apparentemente contraddittorio: sono sempre molto occupati e segretamente passivi; si affannano per guadagnare denaro e presti-

gio e non possono goderseli, conservano uno spirito critico acuto di fronte alle privazioni e sono essi stessi privi di senso sociale ed umano; sembrano avere un carattere forte ma sono deboli nello spirito (15).

Come vediamo, la società è permanentemente convinta dai media della inevitabilità del divorzio, dell'infedeltà, dell'aborto, delle dipendenze, della legalizzazione del consumo di droga. La frivolezza e i fatti di corruzione nel mondo completano un'opera demoralizzatrice. D'altro lato, la corruzione è la logica conseguenza dell'esaltazione del denaro come valore assoluto.

del denaro come valore assoluto. La continua informazione in favore del diritto a modificare il sesso e la naturalezza nell'accettare supposte unioni matrimoniali tra persone dello stesso sesso, è seguita dalla logica conclusione che queste unioni possono adottare figli.

Inoltre, è stata registrata una caduta nel numero totale di matrimoni e sono aumentate le unioni di fatto soprattutto nelle grandi città (1).

Le famiglie mostrano desiderio di stabilità, però in molte case ci sono bambini di cui si occupa un solo genitore. L'assenza, il cambiamento e l'alternanza di uno dei genitori è comune, tanto tra le famiglie povere quanto tra quelle ricche e questo provoca patologia.

Nel corso di forum internazionali, il nostro paese ha difeso l'integrazione della famiglia e la difesa della vita fin dal concepimento,



però il numero delle opinioni a favore dell'aborto sembrano, a volte, essere maggiori. La scelta della vita suole essere squalificata in forme molto varie.

Possiamo vedere tentativi di de-culturalizzazione. Le indicazioni stradali nelle città e i cartelloni pubblicitari sono scritti in inglese. Il linguaggio di molta gente è turpe e pieno di brutte parole, così come insegna la TV. Le buone maniere e l'educazione, che sono il riflesso della carità e dell'amore verso il prossimo, hanno dato luogo ad un certo torpore e alla collera nei modi.

La nostra società urbana è laicizzata e desacralizzata. A Natale quasi non si vedono presepi, è Babbo Natale a distribuire i regali, e i Re Magi sono stati dimenticati. La Settimana Santa è per molti un periodo di ferie prolungato, molto opportuno per il riposo o per il turismo.

Le sette hanno proliferato tra persone già prive di valori veri e che hanno bisogno di vita spirituale. Insieme a guaritori e veggenti, confondono sempre più la gente e la allontanano da una devozione e da una credenza più rigorose.

I media influiscono in quanto presentano molti adulti come non proprio i più adatti perché i figli possano avere in loro una identificazione sessuale adeguata, per formare il loro carattere, suscitare una capacità professionale nella gioia, ispirare il loro senso umanitario e sociale e dirigerli verso una proiezione trascendente della personalità. Inoltre il lasciar fare ha sostituito lo sforzo e la scuola deve svolgere ora molteplici ruoli con poco o nessun aiuto da parte delle famiglie.

In alcune famiglie si dà ai figli perché non disturbino e poiché si dà tanto, essi disturbano di più; per questo li si lascia allegramente andare alla ricerca di leader apparentemente più adatti dei genitori, sia quel che siano, o li si spinge ad una indipendenza precoce o a matrimoni in giovane età dal risultato altamente incerto.

Altri aspetti della patologia mentale li insegna Henry Ey (6), grande psichiatria francese contemporaneo scomparso, che mostra la malattia mentale come la patologia della libertà. Le malattie mentali

soffocano, in diversa misura, la libertà, la capacità di decidere.

È utile segnalare, tuttavia, che sebbene i pazienti soffrano la più grave delle alienazioni, soggiace in essi una vita personale occulta e vivace. Ne fu prova l'episodio a cui assistetti quando ero studente di medicina e che non ho mai dimenticato. Un docente disamorato dei suoi ammalati, ci mostrava un paziente schizofrenico catatonico perché vedessimo la condizione di "obbedienza automatica", collocandolo in varie posizioni che il paziente manteneva a causa della sua malattia.

Ecco che il docente, con una insolita mancanza di rispetto, afferò il paziente per i capelli e cominciò a scuotergli la testa per enfatizzare quanto intendeva insegnare. Il malato, senza collera, gli sferrò un forte pugno, dopo di che tornò al suo atteggiamento catatonico autistico.

Non c'è dubbio che anche nei malati di mente più gravi esiste una vita intima invisibile ai nostri occhi. Così deve intendersi anche quando l'intelletto, la volontà e i sentimenti sono abbattuti dalla malattia.

Come insegna il V Concilio Laterano (4), l'anima non solo è forma del corpo, ma è anche immortale e viene infusa singolarmente, individualmente.

Il credere che l'anima sia creata singolarmente per ogni individuo, obbliga il medico ad una considerazione particolarissima del proprio malato, in quanto ogni terapia deve essere diretta all'essere umano anche quando questi è gravemente debilitato.

Le visite negli Ospedali Psichiatrici sono aumentate. Nell'Ospedale pediatrico Tabar García, le prime visite sono state 2.783 nel 1993 e 14.641 nel 1995. Nell'ospedale psichiatrico per uomini José T. Borda, le visite sono state 5.539 nel 1993 e 7.932 nel 1995. Nell'ospedale psichiatrico per donne Moyano, esse sono state 1.009 nel 1993 e 1.768 nel 1995 (2). Inoltre, l'11,64% dei 3.652 pazienti ricoverati a partire dal mese di gennaio 1993 fino al marzo 1996 erano psicopatici, cioè persone con disturbi antisociali della personalità (3).

Secondo l'OPS, le cause di morte nel paese tra il 1980 e il 1990 so-

no state: primo, malattie del cuore; secondo, tumori maligni; terzo, malattie cardiovascolari; quarto, incidenti; quinto, arteriosclerosi (17). Possiamo vedere qui la prevalenza di affezioni di netto taglio bio-psicosociale, di malattie di adattamento psicosomatico e sociale.

Benché la patologia del sottosviluppo sia drammatica nella sua espressione, soprattutto nell'infanzia: malattie da carenza, infezioni, diarrea, denutrizione e disoccupazione di entrambi i coniugi, la patologia dello sviluppo ci mostra che gli indici di salute fisica, che migliorano in modo notevole, si incrociano con il peggioramento della salute psicosociale come la sterilità, il suicidio, il divorzio, le malattie psicosomatiche (9).

A volte una delle aggressioni più brutali ed ingiuste che si soffrono è la diffusione delle droghe di cui molti dichiarano la imprescindibilità che vengano liberalizzate.

Tra i tanti argomenti socio-economici che vengono sbandierati, non si chiarisce bene che questa fuga verso sogni e fantasie non creativi non permette di affrontare la vita che, per quanto difficile a volte da vivere, è l'unico vincolo che consente all'apparato psichico di funzionare normalmente.

Il Cardinale Lopez Trujillo esprime con chiarezza uno dei fattori che hanno a che vedere direttamente con la patologia sociale che abbiamo descritto: il fenomeno della tossicodipendenza – dice – è in diretta proporzione con la misu-

ra del vuoto interiore, della carenza di ideali, della desolazione interiore, di una gioventù che non ha ricevuto né dalla società né dalla propria famiglia i valori necessari per vivere nella verità. La droga è una fuga, è un mondo irreale in cui si pretende di riempire il vuoto. Sì, c'è un vuoto esistenziale che provoca la fuga, in questi "viaggi" compensatori, in cerca di una felicità che sfugge (14).

Se ricordiamo Nacht (16) quando afferma che un io forte ha vinto la paura, e che solo allora sarà libero, a volte questo drogare i membri più giovani delle famiglie, è un sottemetterli perché abbiano paura della realtà sia esteriore che interiore. Così, la paura rende inferiori, massifica e porta l'essere umano a delegare ad altri la propria capacità di pensare rinunciando così alla propria autoconduzione.

La società fomenta in un modo o nell'altro una lotta generazionale.

Lo sradicamento e l'abisso tra le generazioni contribuisce a generare, come tutti gli psichiatri hanno visto, espressioni schizoidi e psicopatiche, freddezzze affettive che nascondono un bisogno disperato di amore, ricerche di identificazioni sostitutive per cercare di supplire, sia come sia, ai tormenti di un super-Io il cui segno è la contraddizione stessa in questo nefasto senso di tutela.

La psicopatologia attuale mostra dipendenze dalla droga, dall'alcol, dagli psicofarmaci, dal lavoro, dal fascino della televisione e dei computer. La patologia dell'alimentazione – anorexia e bulimia – corrisponde ad un complesso biopsicosociale correlato in cui l'interiorità viene alienata per il culto della bellezza, della magrezza, della moda di una valorizzazione estrema in cui sono associate la famiglia e la società.

Patologie del nostro tempo, esse hanno a che vedere con altre distorsioni gravi della personalità.

Le personalità "Borderline" (10), (11), (8), sono state descritte come "stabili con la loro instabilità". Sono impulsive, con profondi disturbi d'identità, mostrano irritabilità o ira inappropriata, e minacciano il suicidio o condotte suicide. Si tratta di persone con un tipo di rapporto intenso con gli altri ma che si alterna tra affetto e idealizza-



zione e odio e svalorizzazione, il che confonde e provoca problemi affettivi nel loro ambiente. Esse soffrono di un sentimento di vuoto cronico.

Le persone con disturbi narcisistici della personalità (19), soffrono molto presto di una mancanza di regolazione delle tensioni affettive. Ripiegati su se stessi per essere ammirati e apprezzati, mancano di empatia personale, usano gli altri per i propri fini, hanno fantasie grandiose, si offendono con facilità, e sono soliti sessualizzare i problemi, alla ricerca di una via di scarico sessuale per conflitti che non lo sono in origine.

Benché siano descritte come persone che presentano uno stile permanente di grandiosità, si deve sottolineare che esse soffrono anche di una sensazione di futilità e di vuoto, se le difese grandiose lasciano una spaccatura.

Queste patologie sono chiamate di "deficit" in quanto si tratta di personalità apparentemente molto solide, ma che fin dall'inizio mancano di una formazione strutturata della loro personalità. Il loro io resta così vulnerabile. Tra le molte cause di tali patologie di deficit, c'è quella che le persone non hanno potuto essere adeguatamente seguite o apprezzate in modo tale che potesse avere luogo una identificazione riuscita con gli aspetti buoni dei genitori.

Anche la mancanza di genitori o di curatori con idee chiare su ciò che è buono, cattivo, giusto, sbagliato, falso e vero, può dare luogo a personalità senza alcun criterio morale, ma che agiscono secondo il vantaggio, la convenienza e la necessità, senza contraddizione morale tra opposti.

È evidente che in una società la continuità dell'eredità tradizionale degli antenati, viene trasmessa in modo naturale soltanto dalla famiglia attraverso la comunicazione naturale con i più grandi: i racconti, gli aneddoti, i modi di dire, le canzoni, l'amicizia e la fiducia dei più giovani verso gli amici dei più vecchi, certe tenere complicità tra gente di età molto differente, tutto questo e molto di più sono ingredienti inestimabili per il senso del proprio valore o individuazione.

Quante volte abbiamo visto che in pazienti con problemi di identità

si comincia ad intravvedere la loro cura quando smettono di rifiutare ciò che hanno ricevuto dai genitori e passano ad una progressiva comprensione degli stessi e alla riconciliazione con molte delle tradizioni trasmesse. Ciò permette ai pazienti di recuperare la propria libertà interiore e di intraprendere eventualmente altri cammini molto differenti da quelli paterni, senza però che questo significhi un taglio netto, bensì costituisca un passo in avanti a partire da una fusione con gli elementi preziosi degli ideali ereditati. È un recuperare il buono anteriore, è un integrare il passato con il presente in una base armonica per il futuro.

Tale tentativo assai incompleto di ubicare alcune circostanze della società attuale – il ricordo delle tesi demolitrici dell'antipsichiatria, l'incomprensione superba di uno psicologismo diffuso, il quasi imprescindibile paternalismo della propaganda come elemento patogeno su menti predisposte, l'attacco dei bambini e dei giovani da parte della debolezza degli adulti e certe gravi aggressioni al loro psichismo difficilmente scusabili, la comodità di ammettere come inevitabile un isolamento generazionale, tutto questo maneggiato più volte secondo freddi criteri di bureau socio-politico, tutto questo ripeto può avere il carattere di una enumerazione allarmistica che sebbene sia certa, come credo, è tuttavia parziale. Al riguardo vanno ricordati gli studi realizzati a Londra sulle reazioni emotive dei bambini durante i terribili bombardamenti dell'ultima guerra. È stato scoperto che la serenità con cui gli adulti sopportarono gli attacchi fu la causa dello scarso numero di bambini colpiti da chocs traumatici e che l'angoscia infantile era in relazione, più che con una nozione chiara di pericolo, con l'atteggiamento dei genitori di fronte a questo pericolo. Inoltre, quando c'erano conflitti in famiglia, le conseguenze erano ben più gravi degli stessi bombardamenti (7).

Ciò vuol dire che nonostante la violenza esteriore, i veri autori dell'armonia erano i genitori e che, solo nella misura in cui i loro conflitti li rendevano alleati degli attaccanti, i bambini ne soffrivano l'effetto.

Quante speranze ci sono dunque nell'ammettere con umiltà che la propria condotta distorta è ciò che rende più vulnerabile la famiglia degli attacchi dall'esterno e che quando la coesione morale interna è indenne, non c'è distruzione da fuori che possa danneggiare gravemente i figli (15).

AMELIA MUSACCHIO DE ZAN
Professoressa Titolare
Direttrice del Dipartimento di
Salute Mentale Facoltà di Medicina
Università di Buenos Aires (Argentina)

Bibliografia

- 1) BALIAN DE TAGTACHIAN, B.; DE IMAZ, J.L., MERCENARO BOUTELL, R. PASSANANTE, M.A. I., *El divorcio en cifras*, Ed. Educa. Bs.As., 1985.
- 2) BERTOCCHI, L., CERULLO, E., GARCIA L., *Comportamiento Institucional ante la demanda de atención en Salud Mental*. Trabajo Monográfico, Carrera de Especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Unidad "Borda", 1996.
- 3) Boletín Borda N. 52, del Hospital Psiquiátrico, "José T. Borda", Año VI, Mayo 1996, Pag. 92.
- 4) Bula papel *Apostolici Regininis* de LEON X, promulgada en la 8° sesión (19 de diciembre de 1513) del V Concilio de Letran. DENZINGER, E., *El magisterio de la Iglesia*. Barcelona, Ed. Herder, 1995. 217
- 5) COOPER, D., *La muerte de la familia*. Paidos, Bs.As., 1972.
- 6) EY, H., *En defensa de la Psiquiatría*. Ed. Crear. Bs.Aires. 1977.
- 7) FREUD, A. e BURLINGHAM, D., *War and Children*. Int.Univers.Press. New York, 1943.
- 8) GUNDERSON, J., *Borderline Personality Disorders*. Washington. American Psychiatric Press, Inc. 1984.
- 9) HALLIDAY, J., *Medicina Psicosomática*. Ed. Eudeba. Bs.As., 1961.
- 10) HARTCOLLIS, P., *Borderline Personality Disorders*. International Universities Press, Inc. 1986.
- 11) KERNBERG, O., *Trastornos Graves de la Personalidad*. México. Manual Moderno. 1987.
- 12) KOHUT, H., *Como cura el análisis?* Bs.As. Aidos 1986.
- 13) KOHUT, H., *Introspection, empathy and the semicircle of mental health*. Int. J. Psycho. Anal. (1982) 63, 395-407.
- 14) LOPEZ TRUJILLO, A., *Por una ecología humana*. Actas de la VI Conferencia Internacional Drogas y Alcoholismo contra la Vida. Dolentium Hominum, 19.VIII. Ed. Tipográfica Vaticana. 1992.
- 15) MUSACCHIO DE ZAN, A., Cfr. *Sociedad Actual y Familia*. Psicología Médica. Vol. V. 3, 1980, 399-404.
- 16) NACHT, S., *Role du moi dans la thérapie psychanalytique*. In *De la pratique à la théorie psychanalytique*. Preses Universitaires de France, 1950.
- 17) OPS. *Las condiciones de salud en las Américas*, Washington DC, Vol. II, 1994, 26-39.

GISELA CRESPO



L'ansia: malattia di tutti

L'ansia è un'esperienza umana universale, una forza vitale, con capacità di adattamento, che è in grado di indurre nel soggetto dei comportamenti che appagheranno condizioni fisiche e psichiche necessarie al consolidamento dell'equilibrio biologico, psicologico o sociale in un determinato momento e contesto. L'ansia appena descritta è l'ansia normale.

Noi parliamo di ansia patologica quando si è persa la capacità di adattamento, quando eccede il limite ottimale per il funzionamento armonioso dell'individuo e raggiunge un'intensità e persistenza che è patologica.

Sobral Cid (1959) ha definito l'ansia patologica come "uno stato emotivo di tonalità affettiva dolorosa, raggiunto con sentimenti *sui generis* di tensione interna che si rigenerano costantemente e da cui il paziente non si può liberare" (8).

I disturbi d'ansia sono i più comuni in tutta la psichiatria, e il loro carattere di non-funzionalità, che comporta una grande sofferenza, incapacità e costi, ne fa una delle patologie più gravi.

Del miliardo e passa di persone nel mondo che soffrono di un tipo qualsiasi di disturbo psichiatrico, quattrocento milioni hanno disturbi d'ansia (Hiroshi Nakagima 1996).

L'ansia e la depressione, vere "piaghe della società", colpiscono il 30% della popolazione in genere ad un certo momento della propria vita, ed esistono delle evidenze di un aumento di questi disturbi che fanno del ventesimo secolo il "Secolo dell'ansia e della depressione", Stuart A. Montgomery 1993 (19).

W.H. Auden ha chiamato i tem-

pi moderni "L'età dell'ansia". Questa ansia ha un senso di universalità e ci riguarda tutti. È in relazione ad un contesto mondiale di rapidi cambiamenti che forzano atteggiamenti di adattamento rapido e impongono nuovi stili di vita che non rispettano i valori tradizionali o familiari. Prima della Rivoluzione Industriale, i cambiamenti erano lenti; dopo di essa divennero galoppanti. I progressi scientifici e tecnologici superarono lo stesso uomo, che rimase senza risposte di fronte ai nuovi problemi generatisi, arrivando talvolta a soluzioni perverse in nome della dignità e dei diritti umani.

Le città stanno crescendo in modo anarchico, cancellando il ricordo dei vecchi spazi familiari. I villaggi si tramutano in deserto, per l'abbandono dei campi. L'accorciamento delle distanze ha incoraggiato trasformazioni radicali nella vita rurale ed ha reso più difficile l'adattamento ai nuovi modelli sociali. La disoccupazione aumenta in Europa e nel resto del mondo e, con essa, l'insicurezza e le attività fuorilegge. I grandi spazi geopolitici, l'abbattimento delle frontiere, portano con sé nuove minacce e rafforzano la competizione per la sopravvivenza.

Le persone vanno di fretta e non hanno tempo per godere della vita; non parlano più tra di loro e hanno perso anche la capacità di comprendere e di ascoltare... persino quella di vedere. Aumentano le guerre, le persone fuggono dalla paura, dall'odio e dall'umiliazione. La mancanza di programmi di integrazione aggrava i problemi esistenti, esacerbando i comportamenti xenofobi. I chiari problemi di adattamento di queste popola-

zioni possono essere gravi, principalmente per il più debole, in presenza di fattori di stress connessi all'abbandono del proprio paese e della propria famiglia e nel confronto con una nuova realtà scoraggianta, talvolta persino ostile (3, 9).

I disturbi d'ansia sono stati studiati recentemente in modo esauriente, tanto da esserci un "inflazione informativa"; sappiamo ora che è una patologia molto frequente. Clinicamente può presentarsi in tre diverse categorie di sintomi.

Manifestazioni soggettive. L'intensità degli stati d'ansia cambia da una certa agitazione interna fino al vero panico, che può essere raggiunto con la non-percezione dei fenomeni.

Manifestazioni comportamentali. Cambiamenti molto eterogenei; da una grande agitazione incrociata con il *raptus* auto-aggressivo fino ad una profonda inibizione. Apparenza di evitare un tipo di comportamenti nella propria vita, per i quali l'individuo si organizza, che di solito annullano la personalità ed hanno delle conseguenze sociali.

Manifestazioni somatiche. Sono il *correlatus* neurovegetativo dei disturbi d'ansia. Consiste in sintomi che si riferiscono alla digestione (diarrea, nausea, dolore addominale), o alla respirazione (dyspnea, tachipnea, soffocamento, alcalosi, che possono mettere in pericolo la vita), o cardiovascolari (tachicardia, palpitazioni, dolore al petto, ipertensione), sudorazione, tremore o scuotimento, sensazione di caldo-freddo, problemi urinari.

Questi sintomi hanno già una componente cognitiva, che colpisce i pensieri, le percezioni e l'apprendimento.

Indipendentemente dall'intensità, i sintomi riferiti sono sentiti come minacciosi (paura di morire, di diventare pazzo o incapace). L'“alterazione cognitiva” rafforza la stessa ansia, aggiungendo ulteriori sintomi somatici e configurando un vero *ciclus-viciosus*. L'ansia in questo modo acquisisce delle caratteristiche di vera autonomia, agendo essa stessa come un “nucleo psicopatologico organizzante” dei disturbi d'ansia (14).

Secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD-10, i disturbi d'ansia sono classificati come segue (7):

- * Disturbi d'ansia fobica:
 - Agorafobia
 - Agorafobia con disturbi da panico
 - Agorafobia senza disturbi da panico
 - Fobia sociale
 - Fobie specifiche
- * Altri disturbi d'ansia:
 - Disturbi da panico
 - Disturbi d'ansia generalizzati
 - Insieme di disturbi d'ansia e depressione
 - Disturbi ossessivo-coercitivi
 - Disturbi da stress post-traumatico
 - Disturbi di forma somatica.

Epidemiologia dei disturbi d'ansia

I risultati esistenti cambiano moltissimo tra gli scienziati, in dipendenza della popolazione a cui ci si riferisce ed al modo in cui i dati vengono raccolti. Oggigiorno abbiamo dati più precisi, che sono il risultato di metodi più accurati, dell'uso di attrezzature standard e di analisi statistiche multivariate.

Come risulta da uno studio americano (Mental Health National Institute) e da uno studio svizzero da parte di Angst et Doble (Mikola 1985), è stata riscontrata la prevalenza seguente (Tavola 1):

Dalla tavola risulta una netta preponderanza della popolazione femminile.

Fattori di rischio nei disturbi

Fattori Sociali Demografici

Sesso: preponderanza della popolazione femminile; dal 66 al 90% secondo Thorp et Burns, confermata da altri. Nel disturbo da panico la percentuale tra i sessi varia tra l'1,5 e il 6%

Nei singoli attacchi di panico e nelle gravi crisi ricorrenti, la preponderanza femminile va rispettivamente dal 2 al 3 e dal 2,5 al 5. Nei disturbi da panico la preponderanza femminile è incerta.

Età: I disturbi d'ansia iniziano tra i venti ed i trent'anni di età. La maggiore incidenza è tra i 25 ed i 44 anni, per cadere radicalmente dopo i 65. Nel caso della fobia sociale, questa inizia molto prima, tra gli 11 e i 15 anni.

Stato civile: Le crisi di panico sono molto più frequenti nei divorziati e nei separati rispetto alle persone sposate. Questa differenza non riguarda l'agorafobia.

Fattori sociali e culturali: Nei disturbi da panico, specialmente nelle fobie (principalmente la fobia sociale), il livello socio-educativo è basso, ed ha attinenza con l'isolamento, le cattive condizioni socio-economiche ed un cattivo funzionamento sociale (comportamenti a parte).

Evoluzione e prognosi: Un paziente su due ha un'evoluzione negativa, essendo la prognosi negativa il risultato di fattori economici e socio-culturali sfavorevoli, e di un lungo periodo di disturbi (più di sei anni). La co-morbosità è accentuata, così come i disturbi psichici. C'è una grande mortalità a causa di disturbi cardiovascolari, così come dei suicidi e delle conseguenze per abuso di alcol.

Fattori di precipitazione e di

predisposizione: Possono essere di natura organica, come l'abuso di sostanze e la loro mancanza. La più importante è l'alcol, vengono poi le droghe illegali, e le benzodiazepine del caffè.

Episodi della vita: La separazione e la perdita sono responsabili di un gran numero di disturbi d'ansia che avvengono nell'anno, o più spesso nel mese, che precede la comparsa di questi disturbi.

Fattori della personalità: Ci sono alcuni individui con una personalità ansiosa pre-morbosa che può essere portatrice di un deficit nei meccanismi di adattamento (Lepine et all). Ma in generale la personalità è perfettamente normale (15).

Fattori familiari: Dobbiamo considerare i fattori genetici e quelli ambientali. Studi condotti sui gemelli hanno mostrato, in 15 coppie di gemelli prese in esame, una concordanza di disturbi d'ansia nel 41% dei monozigoti e nel 4% degli eterozigoti. Togersen (1983) trovò una concordanza molto alta dei disturbi da panico nei gemelli monozigoti, ma non nell'ansia generalizzata (29). Questi studi confermano il forte vincolo genetico nel caso dei disturbi da panico ma non nel caso dell'ansia generalizzata (Pauls D.L. et al.) (26).

Disturbi d'ansia fobica Fobia Sociale (19,20)

Una persona su dieci soffre di fobia sociale in un determinato momento della propria vita. C'è un alto rischio di co-morbosità con diverse patologie come la depressione Major, l'agorafobia e i disturbi da panico, l'abuso di sostanze alcoliche e il consumo di altre sostanze.

Il numero dei suicidi è di due volte maggiore rispetto a quello dei suicidi della popolazione in generale. È indipendente dal sesso e dalla condizione sociale. Si manifesta tra i 10 e i 15 anni, e causa gravi problemi allo sviluppo del bambino, con problemi di istruzione, di preparazione professionale ed anche nei rapporti con gli altri. La fobia sociale, culturalmente, è più frequente nei paesi occidentali rispetto a quelli dell'est, forse perché in questi paesi è vista come un disturbo della personalità e perciò

TAVOLA 1: EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI D'ANSIA

	Maschi	Femmine
Disturbi da panico	0,3 - 0,8 %	0,7 - 1,8 %
Agorafobia	0,9 - 3,4 %	2 - 17,8 %
Disturbi d'ansia	1 - 4 %	2 - 12,3 %

incurabile. Ciò nonostante, i segni clinici sono identici.

Di solito viene sub-diagnosticata o non diagnosticata affatto, il che spesso rende la prognosi peggiore. La fobia sociale ha un'evoluzione maligna, quando non viene trattata adeguatamente.

Caratteristica della persona fobica è l'“aver paura di essere valutata”, il che porta a comportamenti di: dissimulazione, razionalizzazione, allontanamento, fuga. In questo contesto ella evita l'aiuto medico perché ha paura di dover affrontare persone sconosciute, accetta il proprio disturbo come una cosa normale, ha paura di essere bollata come persona malata di mente, usa strategie di adattamento (sopra descritte); non crede nelle cure e nei medici, è scoraggiata nei confronti degli atteggiamenti dei medici.

Quando la fobia sociale non è accompagnata da altre patologie, il ricorso ai servizi medici è basso, ma quando ci sono altre patologie, essa diventa molto grave e superiore alle altre malattie non fobiche: 59% in ambulatorio e il 37% in psichiatria. La co-morbosità varia dal 75 al 90% dei casi (Tavola 2).

TAVOLA 2: CO-MORBOSITÀ NELLA FOBIA SOCIALE

Fobia semplice	59%
Agorafobia	45%
Abuso di alcol	19%
Abuso di droga	17%
Depressione Major	17%

Nella fobia sociale non c'è ansia anticipatrice, come nel panico con o senza agorafobia.

L'isolamento nelle fobie sociali è il pretesto per la depressione, così comune nelle fobie sociali e l'idea di morire diventa una soluzione: non si desidera morire ma è necessario! In questo punto è differente dall'agorafobia.

Principali caratteristiche nella Fobia Sociale

- **Paura di essere osservati dagli altri negli eventi sociali;**
- **Paura costante di essere esposti a situazioni imbarazzanti e umilianti;**
- **Evitare situazioni fobogeniche.**

La fobia sociale risponde bene al trattamento con RIMA e SSRI. La psicoterapia in sé produce risultati limitati, ma ha una certa importanza quando è associata agli psicofarmaci.

Disturbi da panico

È caratterizzato dal suo improvviso apparire e dal suo avanzare molto rapidamente. Può essere preceduto da un'Aura e la sua durata è breve, e scompare dopo un periodo di massima intensità. Il panico può apparire in modo spontaneo o essere disinnescato da una situazione ansiogena, che il paziente talvolta non percepisce.

Può avere conseguenze di due tipi: psicologiche (disagio con la sensazione di una imminente catastrofe, perdita di controllo, paura di morire o di diventare pazzo), e somatiche (tachicardia, palpazioni, sudorazione, stordimento che rivela un grande coinvolgimento neurovegetativo; dispnea, soffocamento che può portare all'alcalosi con conseguenze mediche drammatiche). Le pulsazioni sono più o meno di 130b/min., con ipertensione sistodiastolica (dovuta alle catecolammine) e iperplessia.

Associate con le manifestazioni ansiose parossistiche, emergono alcune reazioni comportamentali-cognitive, che portano ai segni clinici finali (agitazione incontrollabile e/o fuga in una “zona sicura”).

Il disturbo va avanti con crisi ripetute, tra le quali c'è un “ansia anticipatoria” a causa della paura di nuove crisi. Il dramma, nel disturbo da panico, è che il paziente perpetua e rinnova la sua sofferenza (le crisi spaventose e l'anticipazione della paura di una nuova crisi), e la sua stessa vita è organizzata in funzione di queste paure. Si evitano i comportamenti dai quali si presume potrebbero apparire situazioni psicogene, il che porta ad un isolamento del paziente. C'è una forte associazione con le fobie, precisamente con l'agorafobia, la depressione, la dipendenza dall'alcol. Ma l'intensità dell'ansia anticipatrice può essere tale da dominare i segni clinici ed è anche un rafforzamento dell'abuso di alcol. I cambiamenti neurobiologici e comportamentali legati al metabo-

lismo alcolico, aggravano i disturbi da panico rendendo la prognosi più grave (George et coll., Chignon et coll.).

La mortalità è alta: effetti tossici dell'etanolo, associazione con disturbi somatici come il prolasso mitrale, spasmofilia, e sindrome di iperventilazione.

Il panico risponde bene alla terapia di rilassamento e ai medicinali come benzodiazepine, RIMA e SSRI. È necessario fare delle diagnosi sistematiche perché il trattamento sia possibile e risulti efficace.

Basi biologiche: Sistema noradrenergico, sistema ricettivo GABA-Benzodiazepinico, sistema serotonergico, sistema della adenosina, sistemi peptici.

Principali Fattori nei Disturbi da Panico

- **Inizio improvviso e drammatico degli attacchi;**
- **Ansia anticipatrice;**
- **Forte legame genetico.**

Disturbi ossessivo-coercitivi

Il punto principale in questo tipo di disturbi sono i pensieri ossessivi (che scaturiscono contro la volontà del paziente), o i ricorrenti atti coercitivi. I pensieri ossessivi, le idee, le immagini o gli impulsi “si introducono” nella mente dell'individuo, ripetutamente e in modo distruttivo a causa della loro violenza e del contenuto osceno, e non hanno alcun senso per l'individuo, che cerca a tutti i costi di opporvisi, fino a quando non cede. Gli atti coercitivi sono atteggiamenti che si ripetono e non sono utili o piacevoli per il paziente. Di solito essi capitano con sintomi autonomi di ansia e di angoscia, tensione interna o psichica.

Co-morbosità nei disturbi ossessivo-coercitivi

Con la depressione... È un caso molto comune. I sintomi depressivi possono precedere, accompagnare o seguire l'inizio dei disturbi ossessivo-coercitivi (OCD). La differente diagnosi si basa sul primo inizio e sulla cronicità degli OCD, e la resistenza agli SSRI e alla sismoterapia.

Con altri disturbi d'ansia... È anche questo un caso molto frequente: il 47% con la fobia, il 18% con l'ansia generalizzata, il 14% con disturbi da panico. L'abuso di sostanze alcoliche può essere trovato nel 24% dei pazienti con OCD. I disturbi da panico sono presenti nel 20%, l'agorafobia nell'11% e la fobia semplice nel 10%.

Con disturbi da panico... I segni clinici si rivelano presto e il consumo di alcol sale al 37% e la depressione all'89%. In questi casi c'è una grave storia familiare alle spalle e la prognosi si riservava una risposta negativa agli attacchi da panico con l'Aprazolan®.

Con la fobia sociale... Assistiamo ad una diminuzione della sensibilità agli agenti serotonergici, essendo poi indicati i RIMA.

Con la schizofrenia... In studi recenti è stato trovato che in 161 schizofrenici, 21 avevano sintomi ossessivo-coercitivi e la loro prognosi divenne più grave quando vennero confrontati con altri schizofrenici. Molti autori confermano la gravità dei sintomi e riservavano l'evoluzione nei casi di doppia diagnosi (OCD + Schizofrenia). Questo fatto ha delle implicazioni terapeutiche, con l'uso di clomipramina che migliora di molto gli OCD.

Con tics motori... La concomitanza di altre patologie è significativa nel caso della sindrome di Gylles de la Tourette: il 63% dei pazienti con disturbi ossessivi hanno tics e di questi il 50% ha dei familiari nelle stesse condizioni. Anche nel 25% dei portatori di tics, c'erano dei precedenti in famiglia con OCD. In un altro studio, il 22% dei pazienti portatori di tics aveva avuto dei precedenti in famiglia con disturbi ossessivi, contro il 2-3% del resto della popolazione. Nella sindrome di Gylles de la Tourette le ossessioni sono spesso di grande violenza sessuale. C'è anche una frequente associazione con la bulimia e l'anoressia ansiosa con aggravamento dei segni clinici e della prognosi. La presenza di personalità sconvolte è altresì molto frequente, ma gli stessi OCD possono essere responsabili di sconvolgimenti della personalità difficili da distinguere con turbe primarie, secondearie o coesistenti (13).

Considerati una volta un raro disturbo, gli OCD, come sappiamo oggi, sono un disturbo molto frequente, con un'incidenza di circa il doppio rispetto alla schizofrenia o ai disturbi della personalità. Sono prevalentemente presenti negli adolescenti e nei giovani adulti, e vengono spesso sub-diagnosticati o non diagnosticati affatto, a causa della mancanza di cooperazione da parte del paziente. C'è una maggiore prevalenza nella popolazione più svantaggiata. In generale, solamente quando c'è bisogno del ricovero, viene fatta una diagnosi di OCD: in un gruppo di studenti che furono ricoverati durante l'anno scolastico, nel 17% dei casi è stata fatta una diagnosi di OCD, contro l'1,5% tra gli studenti non ricoverati. Questi studi confermano la frequenza di questi disturbi, l'incapacità che causano ed il bisogno di ricorrere più volte alle unità mediche. Per questo motivo, i medici devono essere allertati nei confronti degli OCD. Il trattamento consiste nell'uso di SSRI, con risultati molto buoni. La base biologica degli OCD è in relazione ad un disturbo specifico della serotonina.

Prof. GISELA CRESPO

Direttore del Reparto per lo Studio, la Prevenzione e la Cura dei pazienti alcoolizzati
Miguel Bombarda Hospital
Lisbona (Portogallo)

Bibliografia

- 1) AZORIM J.K., VALLIM, PRINGUEY D, TISSOT R., *Bases biochimiques de la psychiatrie*, Encycl. Med. Chir., (Paris-France) Psychiatrie 37-040-A-10.
- 2) BALINT, M., *Thrills and Regression*, London (1959).
- 3) BERNER P., *Psychiatrie Ecologique-psychopathologie des Migrations*, Encycl. Med. Chir., (Paris-France) Psychiatrie, 37889 A20,5 - 1989.
- 4) BOULENGER J.P. et coll., *Anxiogenie effects of caffeine in normal controls and patients with panic disorders*, in: Sevier, New York, 1986.
- 5) BOULENGER J.P., ZARIFIAN E., *L'approche Biologique de la pathologie anxiouse*, in: BOULENGER J.P., *L'attaque de panique: un nouveau concept?* pp 119-151 Gouveau, Château du Loir, 1987.
- 6) BOULENGER J.P., BISSERBE J.Cl., ZARIFIAN E., *Biologie des troubles anxieux*, in: J. MENDLEWIEZ, *Acquisitions en Psychiatrie Biologique*, Masson 1992.
- 7) CID - 10, Who-Genève; Porto Alegre (1993).
- 8) CORTESAO E.L., *Diagnostico das neuroses e Eastados Afins na Praxis policlinica*, Act. Med. Port, 2:4/3 (1980).
- 9) CROQ L., DOULHEAU C., SAIHAN M., *Réactions émotionnelles dans les catastrophes*, Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie-37-113-D-10.
- 10) EY H., BERNARD P., BRISSET C.H., *Manuel de Psychiatrie* (1978).
- 11) GILLIÉRON E., KAUFMANN L., *La dimension familiale dans les troubles psychiatriques et psychosomatiques*, Praxis 60, 332-337 (1971).
- 12) GUELFI J.D., CRIQUILLION - DOUBLET S., *Depressions et... Syndromes anxi-dépressifs*, Hors Série Audix Medical, 15-18; 65-69 (1992).
- 13) HANTOUCHE F.G., *Troubles obsessionnels compulsifs*, Encycl. Med. Chir. (Paris-France) Psychiatrie, 37-370-A-10 (1995).
- 14) KAPLAN H.I., SADOK B.J., GREBB J.A., *Kaplan and Sadok's Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins 7th Ed (1994).
- 15) LÉPINE J.P., CHIGNON J.M., *Semiologie des troubles anxieux et phobiques*, Encycl. Med. Chir. (Paris-France) Psychiatrie 37-112-A-10 (1994).
- 16) LUBAM-PLOZZA B., POLDINGER W., *Le Malade psychosomatique et le médecin praticien*, Basilea: Edit. Roche (1974).
- 17) MARTINOT J.L., *Apport de la Tomographie par émission de positrons en psychiatrie*, Encycl. Med. Chir. (Paris-France) Psychiatrie- (Fr) 37-160-A-10.
- 18) MAUDEL G., *La crise des générations*, Paris: Payot, (1969).
- 19) MONTGOMERY S.A., *Ansiedade e Depressão*, Climepsi Editores, Sociedade Medico Psicológica Lda Lisboa (1993).
- 20) MONTGOMERY S.A., *Pocket Reference to Social Phobia*, By the WPA Social Phobia task force - SP, Science Press.
- 21) MUSACCIO A., *Stress environment and Immunology*, F.M.P., III Serie (XVII) 1-2 Jan-Jun (1995).
- 22) NORMAN T.R., BURROWS G.D., JUDD F.K., MCINTYRE I.M., *Serotonin and panic disorders: a review of clinical studies*, Int. J. Clin. Res., IX (2) 152-157, (1989).
- 23) NORMAN T.R., JUDD F.K., STAIKOS V., BURROWS G., MCINTYRE I.M., *High affinity platelet ³H LSD binding is decreased in panic disorders*, J. Affects. Dis., 19, 119-123 (1990).
- 24) PAICHELER G., *Psychologie Sociale*, Ed. Techniques - Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-876-A-50 (1994).
- 25) PAUL A., LANDSBERGIS et coll., *Job Stress and Heart disease, evidence and strategies for prevention*, Internet Ex Mi. 1-15 (1993).
- 26) PAULS D.C., BUCHER K.D., CROWE, NOYES, *A genetic study of panic disorder pedigrees*, Am. J. Herm. Genet. 1980.
- 27) SATORIUS N., USTUN T.B., COSTA E SILVA, J.A. et al., *An international study of psychological problems in primary care*, Arch Gen-Psychiatr (1993).
- 28) STEIN M.B., UHDE T.W., *Panic disorder and major depression* Psych. Clin. N. Am., 11, 446-460; 1988.
- 29) TOGERSENS, *Genetic factors in anxiety disorders*, Amch.Gen.Psychiatry. 1983.
- 30) VINAR M.N., ULRIKSEN-VINAR M., BLEGM L., *Troubles psychologiques et psychiatriques induits par la Torture*, Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Psychiatrie 37889 A²⁰, 5-1989.
- 31) WEISSMAN M.M., *The epidemiology of panic disorder and agorafobia*, in: HALES R.E., FRANCES A.J. eds Review of Psychiatry Washington, DC: American Psy Press; 1988.
- 32) WEISSMANN M.M., *Family genetic studies of panic Disorder*, J. Psychiatr. Res.

FERRUCCIO ANTONELLI

Quando il disagio invade il corpo

1. Perché il «salto dallo psichico al somatico»

Quando il disagio invade il corpo: questa frase sintetizza l'intero concetto della medicina psicosomatica, una corrente di pensiero che sostiene la stretta interdipendenza tra mente e corpo (psiche e soma) a tutti i livelli: dal fisiologico al patologico, dal preventivo al terapeutico.

Il *disagio* è il precursore del *disturbo*: il disagio anticipa il disturbo, mette in guardia suggerendo immediati provvedimenti adattativi ma, se persiste, produce il disturbo e cioè uno stato di malattia.

Il disagio è un'*emozione*, uno stato d'animo caratterizzato da malumore, insoddisfazione, desiderio (o bisogno) di cambiare qualcosa per poter tornare a star bene. Esempio banale di disagio è l'affaticamento di un braccio che porta una valigia pesante; qui il rimedio è elementare: si posa la valigia per terra e la si afferra con l'altro braccio. Cioè l'emozione-disagio viene "gestita" cognitivamente, vale a dire razionalmente, e quindi eliminata.

Ma ciò non è sempre così facile perché alcune (anzi molte) emozioni-disagio sono tali da non poter essere "gestite" per almeno tre motivi: 1) o perché improvvise e fugaci (p.es. uno spavento ci colpisce come uno schiaffo, infatti schiaffeggia il cuore facendolo sobbalzare (palpitazione) senza darci il tempo di ragionare); 2) oppure perché sono così complesse da impedirci di delimitarne i confini, di identificarle con chiarezza, di tradurle in pensieri (per poterci ragionare sopra) o di verbalizzarle (per poterne parlare e sfogarsi); 3)

oppure, infine, perché ci sono chiare, ma siamo consapevoli di non disporre di alcuna possibilità concreta di fronteggiarle.

In tali casi le emozioni, nell'impossibilità di esprimersi attraverso i normali canali psicologici, e cioè pensieri, parole, riadattamenti comportamentali (magari anche un urlo o un pugno sul tavolino) imboccano i canali espressivi del corpo e "parlano" con i visceri e con i muscoli. In gergo tecnico si parla di *acting out* cioè: un sentimento diventa azione (*acting*) ed esce (*out*) dal proprio alveo naturale (la psiche) invadendo il soma. Esempi tipici: lo "scoppiare in pianto" per interrompere una discussione che ci sta mettendo alle corde o una situazione che non riusciamo più a controllare. O anche un vomito che simbolizza il "rigetto" non di un contenuto gastrico ma di una situazione divenuta insopportabile. O la scarica diarroica che simbolizza la fuga dal pericolo: non potendo scappare io, lascio scappare una parte di me.

2. Perché le somatizzazioni sono in crescente diffusione

Le somatizzazioni del disagio – e cioè le manifestazioni psicosomatiche – ci sono sempre state. Le avevano intuite persino Platone e Aristotele. Ma oggi sono in continuo aumento, presenti addirittura in un buon 80% degli esseri umani, sani o malati che siano.

Una prima ragione sta nel fatto che la quotidianità di una società civile (industrializzata, acculturata, meccanizzata, elettronizzata, informatizzata, accelerata) è una inesauribile fucina di disagi. Il pro-

gresso sembra volerci rendere tutto più semplice, ma in effetti ci impone ritmi frenetici, ci richiede uno stato di vigilanza così continuo ed elevato che è visceralmente ai limiti del sopportabile, ci depriva di quelle pause a cui l'umanità era abituata e affezionata da secoli, come la passeggiata, il pranzo in famiglia, il piacere di giocare con figli e nipoti (come si usava prima del boom delle baby sitter), il gioco fine a se stesso (com'era prima che lo sport si snaturasse trasformandosi da svago in business). È vero che lo stress (*stressor + stressed*) colpisce solo chi si lascia stressare: si dice che la pioggia cade su tutti ma qualcuno riesce a non bagnarci perché apre l'ombrello. Però, restando nella metafora, una volta pioveva di rado, oggi è un diluvio continuo, sicché ci si bagna tutti. Il progresso sia il benvenuto, per carità, però è un fatto che chi non ne gode somatizza di meno, come gli animali e come le popolazioni del terzo mondo dove il tasso di psicosomatosi sale di pari passo con lo sviluppo della civiltà.

Una seconda ragione della diffusione delle somatizzazioni del disagio sta nel ridimensionamento del corpo da parte della cultura odierna. Nella Grecia omerica *soma* era il cadavere: degli eroi si decantavano il braccio forte o il "pie' veloce". Fino a un secolo fa il corpo era un valore solo in gioventù: quando si moriva troppo presto, a 40 anni si era già in disarmo, a 50 anni obesi, a 60 cadenti. Oggi non sono pochi coloro che a 70 anni e più giocano a tennis e, a qualunque età uomini e donne curano il look, la cosmesi, l'estetica, la fitness, la linea: sarà mito, sarà moda, ma è

così. Nell'immaginario collettivo il corpo è diventato un valore costante e inflazionato. Parlare con il corpo, una volta, era solo prerogativa delle donne giovani e belle, e dei divi di Hollywood; oggi, un po' tutti parlano con il corpo. Non dimentichiamo che il disturbo psicosomatico è proprio un "parlare con il corpo": Alexander lo definì «linguaggio simbolico degli organi»; nei frequenti disturbi da attacchi di panico (i famosi DAP) gli organi addirittura sembrano espandersi urlando (in gergo tecnico parliamo di *tempesta vegetativa*: tempesta è l'insieme di vento, tuoni, fulmini, acquazzoni; nel DAP vediamo infatti tachicardia, sudorazione, tremore, dolori ovunque, senso di svenimento, angoscia di morte, fame d'aria, disturbi dell'equilibrio).

3. Quale disagio

In questo Congresso il termine *disagio* viene usato in una accezione molto vasta. Nel caso delle psicosomatosi invece il disagio è del tutto particolare: la psiche del malato psicosomatico è *sana* nella struttura e nelle funzioni (infatti lo schizofrenico o il Down, p.es., non somatizzano mai), mentre è solo *fragile* nel controllo delle emozioni.

Il disagio che si somatizza è esistenziale: cioè qualcosa che "non va" nell'esistenza del soggetto, vale a dire nel modo di esistere, nello stile di vita, nei rapporti con i familiari o con il lavoro o con il cibo, nelle cattive abitudini, nella antieconomica amministrazione delle potenzialità emotive quali amore, ambizioni, valori, morale.

Impossibile elencare le infinite faccette del prisma-disagio. Ne cito una sola, tra le più frequenti: la *solitudine*. Che non vuol dire vivere isolati come eremiti. Vuol dire sentirsi soli. Quasimodo scrisse «Ognuno è solo nel cuore della terra». Soli come eremiti, soli nello spirito, possono essere gli anziani (malgrado la presenza fisica di figli e nipoti), i pensionati (che troppo investirono nel lavoro e troppo poco negli affetti e negli hobby), i disabili, i disadattati, i decaduti dalla ricchezza o dal prestigio o dal potere, gli sventurati che hanno

fallito anche il loro presunto rimedio della droga o dell'alcol. Soli sono i cosiddetti *malati immaginari* che vanno spesso dal medico perché sentono che è l'unica persona ancora disponibile a dar loro un po' d'ascolto.

La solitudine è un fattore patogeno grave come un virus: capace di raddoppiare morbilità e mortalità, cioè la probabilità di ammalarsi e di morire. Come si vede in tanti vedovi e vedove che si lasciano finire pronunciando quell'orribile parola "ormai" che l'igiene mentale vorrebbe cancellare da tutti i dizionari. Mai dire *ormai*, è una parola che sa di suicidio. E mai dire «soffro di solitudine»: è antigienico come passeggiare sulla neve in costume da bagno. L'igiene della solitudine è facile: basta aderire alle cosiddette «agenzie di sicurezza» quali sono la famiglia, i circoli, i centri per anziani, le opere di volontariato e così via.

Poco fa citavo i malati immaginari. Non ci pensi che essi siano il prototipo del paziente psicosomatico. Ci sono disturbi psicosomatici, e cioè malattie da disagio, persino letali, come l'infarto e addirittura il cancro. Conosciamo tutti persone famose finite fisicamente dal cancro dopo che erano già finite psicologicamente da eventi sconvolgenti come lutti, arresti, fallimenti. Non c'è da stupirsi. Gravi eventi della vita (i cosiddetti *life events*) provocano un abbassamento delle difese e cioè proprio

quella particolare disfunzione dell'apparato immunitario che è il *primum movens* del processo di cancerogenesi.

4. Come difendersi

Qualche somatizzazione è inevitabile, alla pari del raffreddore, ed è gioco-forza sopportarla. Quel che si deve fare è evitare che la somatizzazione si cronicizzi. Per ottenerne questo risultato è necessario fronteggiare la emozione-disagio che sta a monte. Fronteggiare, non affrontare. Affrontare implica impegno, sforzo, eroismo: atteggiamenti poco utili e molto costosi per l'economia della psiche. Viceversa "fronteggiare" significa cercare con calma qualche soluzione, magari parziale e provvisoria, ma comunque rassicurante o almeno distensiva. Il termine tecnico è l'inglese *coping*. Gli inglesi dicono *hope and cope*, spera e prova. La tecnica del *coping* è una forma di psicoterapia, alla pari del *counseling* e del *problem solving*, che non significano proprio, rispettivamente, "consigliare" e "risolvere i problemi", ma quasi. Non tutti i problemi sono risolvibili, ma vanno in qualche modo fronteggiati. I cinesi dicono saggiamente, da secoli: «Se per un problema il rimedio c'è, perché te la prendi? E se non c'è, perché te la prendi?».

Le regole dell'igiene mentale, contro il rischio delle somatizzazioni da disagio, sono poche ma essenziali, forse due sole.

1 - *Adattamento*. Bando agli irridimenti, alle prese di posizione, ai "sempre" e ai "mai". Impariamo ad essere "muri di gomma". Adattamento non significa rassegnazione, passività, umiliazione, ma viceversa condotta positiva, produttiva, vincente. Sotto il peso della neve un ramo di quercia può spezzarsi, il giunco che si flette sopravvive.

2 - *Buon umore*. Sdrammatizzare e giustificare sono assai più salutari dell'odio e della rabbia. Lorenz diceva «L'uomo che ride non spara» né agli altri né a se stesso. È una verità su cui è bene riflettere.

Prof. FERRUCCIO ANTONELLI
Presidente della Società Italiana
di Medicina Psicosomatica



JULIO LICINIO

The Biology and Psychology of Depression*

Introduction

Depression is a state that can be experienced by all human beings as a reaction to loss or deprivation. Depression is also a severe disease that affects the mind and the body. How does one differentiate feelings of depression experienced by all of us from the disease major depression that affects only certain individuals? Feelings of depression that are part of the general human experience are not long lasting; they are not associated with severe symptoms, and they tend not to affect function. For a diagnosis of major depression to be made it is required that an individual feels depressed or has a general lack of interest for at least 15 consecutive days. Moreover, there should be associated symptoms affecting appetite, sleep, sexual activity, memory, concentration, hopelessness, and despair, most likely resulting in detrimental effects on performance of professional and personal duties (1, 2).

Can depression be caused by the modern world? That is an important and complex question. Depression has been reported since antiquity; therefore, it is not a "modern" disease. Nevertheless, many believe that the stress of life in the 20th century contributes to precipitate depression. That hypothesis is hard to test experimentally. Sociologists earlier in the century postulated that the industrial production process that alienated the worker from the product of his/her work, might cause stress, hopelessness, and depression. Social research no longer focuses on stress as the result of the industrial production process as it has not been demonstrated that assembly line workers are more

depressed than the population at large. Social studies on stress are now testing the hypothesis that stress may be caused by administrative work involving decisions that affect job security. It is still unknown whether social factors cause clinically-relevant stress that contributes to depression.

Major depression is a universal experience that transcends cultural boundaries. It is among the most common form of mental illness in the world. A recent population-based epidemiologic study assessed the rates of depression in 38,000 community subjects in 10 countries: the United States, Canada, Puerto Rico, France, West Germany, Italy, Lebanon, Taiwan, Korea, and New Zealand. The results showed that lifetime rates for major depression vary widely across countries, ranging from 1.5 cases per 100 adults in the sample in Taiwan to 19.0 cases per 100 adults in Beirut. The annual rates ranged from 0.8 cases per 100 adults in Taiwan to 5.8 cases per 100 adults in New Zealand. The mean age at onset shows less variation (range, 24.8-34.8 years). In every country, the rates of major depression were higher for women than men. Insomnia and loss of energy occurred in most persons with major depression at each site. Individuals suffering from major depression were also at increased risk for comorbidity with substance abuse and anxiety disorders at all sites. Persons who were separated or divorced had significantly higher rates of major depression than married persons in most of the countries, and the risk was somewhat greater for divorced or separated men than women in most countries. These large datasets

show striking similarities across countries in patterns of major depression; however, the differences in rates for major depression across countries suggest that cultural differences or different risk factors affect the expression of the disorder (3).

The Psychology of depression

Psychologically, melancholic major depression presents as a state of organized negativistic outlook, especially attached to one's sense of self: typically, the profoundly depressed individual feels either like a burden to others or the object of their disgust, and is hopeless about the prospects that this worthless self may have for future gratification in either love or work. Because these feelings rarely yield to the individual's most carefully constructed arguments, the sense of helplessness is exacerbated. Consequently, shame deepens and a vicious cycle is initiated that can lead to suicide.

Major depression is also classically associated with inhibition of physiological events that are associated with restorative functions, including sleep, eating, growth, and reproduction. The response rate of melancholic depression to antidepressant treatment is in the 60-80% range (4).

Cognitive elements and vision of life contribute to personality structure and to life experience. Although there are no standard categories under which specific intellectual orientations towards life can be grouped, there is some convention for assessing whether a particular view corresponds more

* Per ragioni tecniche questa relazione è stata lasciata in lingua originale.

closely to a comic, romantic, tragic, or ironic vision of reality. These visions differentially shape expectations in life and the sense of the place that disappointment, ambiguity, sadness, risk, and triumph play in human affairs. As such, they interact with other aspects of life experience, learning, temperament, and biological predisposition and are postulated to modulate the response to external reality and inner experience, and hence towards or away from the contingency of depressive despair.

We now believe that the burden of internal conflict and external stressors interacts with genetic susceptibility and other biological factors to influence the likelihood of the development of clinically relevant major depressive disorder (1, 2).

Depression and Stress

As the genetic basis of depression is still unknown, we have focused our research on the biological mechanisms of the stress response and their role in the biology of major depression. Moreover, by defining the biological basis of the stress response we can address the intersection of biology and psychology in major depressive disorder.

Specific circuits in the brain modulate the response to stress. Those include the autonomic nervous system, and neuroendocrine networks (5). We have studied the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, and its role in the biology of depression, for several reasons. 1) Corticotropin-releasing hormone (CRH), a 41 amino acid neuropeptide that is synthesized in the hypothalamus, and extra-hypothalamic sites and that regulates the HPA axis, can cause a syndrome of behavioral and biological stress (6, 7). 2) Classical, melancholic major depression is associated with increased activity of the HPA axis, caused by high levels of CRH, and adrenal hyper-responsiveness to adrenocorticotropic hormone (ACTH) (8-10). 3) Drugs that treat depression lower CRH gene expression in the hypothalamus (11, 12).

Having ascertained that there is

dysregulation of the HPA axis in depression, we have now expanded our concepts and propose that depression is not only a disease of the mind but that it affects the functioning and the structure of the human body. Thus, our group and others have looked at anatomical and functional alterations that can occur in depression as a result of increased activity of HPA function, caused by increased CRH production.

The somatic consequences of stress-system activation in depression

Decreased bone mineral density in women with depression.

Our group has recently found that pre-menopausal women with current or past major depression have clinically significant decrements in bone mineral density (13), as assessed by dual X-ray absorptiometry (DEXA). Women with past or current depression were individually matched for age, height, weight, menstrual status, reproductive history, ethnicity, and for a variety of factors known to influence bone mineral density, such as smoking, alcohol consumption, etc. As compared with healthy women the mean (\pm SD) bone density in 25 women with past or current depression was 6.5% lower at the spine (depressed women 1.00 ± 0.15 g/cm 2 , normal women 1.07 ± 0.09 g/cm 2 , $p=0.02$), 15.7% lower at the femoral neck (0.76 ± 0.11 vs. 0.88 ± 0.11 g/cm 2 , $p<0.001$), 13.5% lower at Ward's triangle (0.70 ± 0.14 vs. 0.81 ± 0.13 g/cm 2 , $p<0.001$), and 10.8% lower at the trochanter (0.66 ± 0.11 vs. 0.74 ± 0.08 g/cm 2 , $p<0.001$). In addition, women with past or current depression had higher urinary cortisol excretion (71 ± 29 vs. 51 ± 19 μ g/d, $p=0.006$), lower serum osteocalcin levels ($p=0.04$), and lower urinary deoxypyridinoline excretion ($p=0.02$) (13). We have also shown that there are no differences in vitamin-D-receptor alleles (Aa, Bb, and Tt) in depressed women and control subjects that might explain these findings (13, 14). Thus, it is likely that humoral factors cause loss of bone mineral density in depressed

premenopausal women.

Our group of 25 women, average age, 41 years, showed a mean bone mineral density at Ward's triangle of the hip that was similar to that seen in post-menopausal women at age 70. Because 35% of post-menopausal women at this age have one or more osteoporotic fractures, this finding is of clinical significance. Approximately 40% of the premenopausal women in our study showed bone mineral density determinations two or more standard deviations below peak bone density, a level which represents a loss in bone strength sufficient to render them at present risk for pathologic fracture.

Patients with depression have been shown to manifest several alterations in neuroendocrine regulation that could contribute to loss of bone mineral density. Approximately 50% of patients with depression manifest hypercortisolism (1, 2), and moderate hypercortisolism of the magnitude seen in depressed women manifesting decreased bone mineral density can accelerate bone loss (15). However, the mean loss in trabecular bone we observed (e.g. 15% in Ward's triangle) far exceeds what could be expected on the basis of hypercortisolism alone, so that other factors must be implicated. Decreases in growth hormone (GH) secretion can also contribute to loss of bone mineral density (16); however, the subjects with past or current depression showed no evidence of hyposomatotropism, as evidenced by normal insulin-like growth factor 1 (IGF-1) and IGF-binding protein 3 levels. Decreased sex steroid levels also contribute to loss of bone mineral density (16), but our depressed subjects with bone mineral abnormalities did not have amenorrhea during depressive episodes. Thus, the causes of this dramatic decrease in bone mineral density in women with depression are not yet fully elucidated.

Hippocampal atrophy in depression

Interestingly, Sheline et al., studying women with a mean age of 68 years, found hippocampal atrophy in patients with depression, when compared to sex- and age-matched controls (17, 18). The

causes for this neuroanatomical finding are still undermined. Cortisol causes neuronal loss and hippocampal atrophy in experimental animals. Hippocampal atrophy in depressed women was correlated with duration of illness, suggesting that exposure to high levels of cortisol during episodes of depression contributes to this finding (17, 18).

Molecular mechanisms for stress-related susceptibility to disease

We have also examined molecular mechanisms by which depression, through elevated CRH production, might contribute to physical illness. Living organisms are constantly exposed to stresses that threaten homeostasis. Several aspects of the response to stress potentially influence susceptibility to disease. CRH is one of several stress-responsive substances that influence the response to pathogens and susceptibility to disease. CRH participates simultaneously in the organism's response to stress and to inflammatory mediators (6, 19-21); it is present in the hypothalamus, and it also acts directly as an immunomodulator (22). Because of these actions, CRH is an important mediator of the interactions between the nervous system and the immune system.

The cellular response to CRH occurs after the ligand binds to specific G-protein coupled receptors (23), initiating events leading to changes in gene transcription. CRH receptor binding leads to accumulation of cAMP and intracellular free Ca^{2+} , both of which stimulate proopiomelanocortin (POMC) gene transcription. The nuclear mechanisms involved in POMC transcription are not fully understood. Usually, cAMP and Ca^{2+} activate transcription by inducing transcription factors that bind to the promoter region of many genes at the DNA responsive elements CRE (cAMP responsive element) and CaRE (calcium responsive element), both of which are variants of the basic palindromic motif, TGACGTCA (24). However, because the POMC promoter lacks those motifs (25), research has been directed at finding other cAMP responsive elements in that promoter.

New factors have been isolated

from CRH-treated pituitary cells, such as PCRH-REB-1, which binds to a region of the POMC promoter, known as PCRH-RE [CTGT-GCGCGCAG], increasing transcription of that gene sevenfold (25). PCRH-REB-1 is 90% homologous to another POMC transcription factor, PO-GA, which binds to a different thirteen nucleotide sequence located further downstream in the POMC promoter and known as the PO-B site (26, 27). The PO-B site [AGAAGAGT-GACAG], corresponding to nucleotides -15/-3, is located between the TATA box and the cap site. This sequence is responsible for at least 70% of the basal POMC. We conducted Genbank searches for the nucleotide sequences of those two sites contained within the CRH-responsive element of the POMC promoter, namely the PCRH-RE and the PO-B site. We hypothesized that those two specific sequences of nucleotides might be contained in other genes whose transcriptional activation or inhibition by the CRH-related factors PCRH-REB-1 or PO-GA could increase susceptibility to human disease. We found homology between the PCRH-RE and the non-coding region of pathogenic viruses, such as HIV-1, cytomegalovirus, and malignant fibroma virus, and inflammatory mediators, such as interleukin 1 β converting enzyme, and homology between the PO-B site and the non-coding regions of two important human oncogenes, c-fes and MAT-1 (28). Based on those findings, we hypothesize a novel mechanism of hormone action by which CRH-related transcription factors, reflecting the molecular responsiveness to CRH, might affect disease susceptibility by binding to unexpected intracellular targets, such as viruses, oncogenes, or the genes encoding for inflammatory mediators. Infection, inflammation, and possibly neoplastic susceptibility would thus be facilitated.

Peripheral illness affects key functions of the brain

We have examined the pattern of cytokines gene expression in the central nervous system (CNS), and

pituitary in response to inflammation. We studied male Sprague-Dawley rats 0, 2, 6, and 24 h after the intraperitoneal injection of 5 mg of LPS or saline (n=6/group). Injections were timed so that all tissue collection occurred at 10:00-11:00 h. Brains and pituitaries were rapidly removed in one block, stored at -70 deg C, and sectioned coronally every 1 mm. Species-specific ribonucleotide probes were generated from interleukin 1 β (IL-1 β) cDNA, IL-1ra cDNA, IL-10 cDNA and IL-13 cDNA. We sequenced and characterized all probes. Sectioning, fixing, *in situ* hybridization, autoradiography with 2 weeks of exposure, and anatomical localization of the probes were performed as described by Licinio *et al.* (29). To test the specificity of antisense probes and hybridization method, we generated controls using labeled sense and excess cold probes. mRNA levels were quantified by densitometry (30). Total RNA obtained from pituitaries of rats treated with LPS 6h after intraperitoneal injection was isolated and reverse transcription was performed. Polymerase chain reactions (PCR) were set up to amplify the secretory isoform of IL-1ra, sIL-1ra, and the intracellular isoform, icIL-1ra (31, 32). PCR products were cloned and sequenced. We show that the CNS responds to systemic inflammation with pronounced IL-1 β gene expression and limited expression of genes encoding the counter regulatory cytokines IL-1ra, IL-10, and IL-13. This pattern occurs throughout the CNS, including areas such as the subfornical organ, pineal gland, neurohypophysis, and hypothalamus (33). In contrast in the anterior pituitary, we found limited IL-1 β gene expression but marked induction of IL-1ra mRNA (33). Using cloning and sequencing we verified that during inflammation the splice variant of the IL-1ra gene expressed in the pituitary and detected by *in situ* hybridization is the secreted isoform, sIL-1ra (33). In conclusion we found that IL-1 β is counter regulated differentially in the CNS and in peripheral tissues. We propose that the central manifestations of peripheral inflammation are medi-

ated by endogenous brain IL-1 β synthesized during systemic inflammation in the context of limited central cytokine counter regulation of IL-1 bioactivity. These data show that peripheral illness causes alters the levels of expression of specific genes in the brain. Interestingly, it has been proposed that IL-1 β may have a role in the biology of depression (34). The CNS transcription of the HIV-1 replication factor IL-1 β (35) in the context of limited transcription of the IL-1 replication inhibitors IL-1ra, IL-10, IL-13 (35-39) might help explain the negative impact of systemic inflammation on the clinical course of AIDS. Additionally, we have suggested that IL-1ra may be secreted by the anterior pituitary as a systemic anti-inflammatory hormone that is released in response to IL-1 β originated from hypothalamic, pituitary, and systemic sources.

High levels of IL-1 β gene expression in the brain can explain our finding of high levels of expression of the gene encoding inducible nitric oxide synthase in vascular, glial, and neuronal structures of the brain, accompanied by the spillover of nitric oxide metabolites such as nitrite into cerebrospinal fluid (CSF); CSF nitrite levels might represent a potential clinical marker for sepsis (40). Animals with a null mutation for the neuronal isoform of nitric oxide synthase have behavioral alterations; it has therefore been proposed that nitric oxide can modulate behavior (41).

Conclusions

Studies documenting decreased bone mineral density (13) and hippocampal atrophy (17) in women with depression show that a disorder that has been classified as a mental disease affects the functioning and the structure of the brain and of peripheral tissues. Moreover, recent molecular data might clarify novel mechanisms by which CRH hyper secretion in depression can contribute to physical illness (28). A separate line of investigation in our laboratory has shown that peripheral illness affects patterns of cytokine gene expression in the brain; therefore, we now have

evidence at the molecular level that peripheral disease modulates the functioning of the brain (33, 40). In conclusion, molecular psychiatry research is currently addressing specific mechanisms by which diseases of the mind affect the body and diseases of the body affect the brain. It is our hope that as our research strategies become increasingly more mechanistic we can unravel the connections between brain function and body function. The tools of molecular medicine and imaging open new horizons for research in depression. We can now transcend reductionism, and use the latest advances in technology to integrate body and mind at the most fundamental level. At some point in the future we will no longer need to discuss the biology and the psychology of depression. As research advances, psychology will be understood in biological terms, and the psychological implications of biological events will be elucidated. This work is of moral, ethical, and religious relevance. We hope that, by using the latest tools in biomedical research to integrate biology and psychology, we will facilitate a more balanced understanding of the human condition.

Professor JULIO LICINIO

Director of the Unit
for the Clinical Research
at the National Institute for Mental Health
in Bethesda, Maryland (USA)

References

- 1) GOLD P.W., GOODWIN F.K., CHROUSOS G.P., *Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress* (Part 1 of 2 parts). N. Engl. J. Med 1988; 319:348-353
- 2) GOLD P.W., GOODWIN F.K., CHROUSOS G.P., *Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress* (Part 2 of 2 parts). N. Engl. J. Med 1988; 319:413-420
- 3) WEISSMAN M.M., BLAND R.C., CANINO G.J., et al., *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*. Jama 1996; 276(4):293-9.
- 4) CHARNEY D.S., MILLER H., LICINIO J., SALOMON R.M., *Treatment of depression. The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1995; 575-601.
- 5) CHROUSOS G.P., GOLD P.W., *The Concepts of Stress and Stress System Disorders*. JAMA 1992; 267:1244-1252.
- 6) VALE W., SPIESS J., RIVIER C., RIVIER J., *Characterization of a 41-residue ovine hypothalamic peptide that stimulates secretion of corticotropin and *b*-endorphin*. Science 1981; 213:1394-1397.
- 7) SUTTON R.E., KOOB G.F., LE MOAL M., RIVIER J., VALE W., *Corticotropin-releasing factor produces behavioural activation in rats*. Nature 1982; 297:331-333.
- 8) GOLD P.W., LORIAUX D.L., ROY A., et al., *Responses to corticotropin-releasing hormone in the hypercortisolism of depression and Cushing's disease. Pathophysiological and diagnostic implications*. N Engl J Med 1986; 314:1329-1335.
- 9) NEMEROFF C.B., WILDERLOV E., BISSETTE G., et al., *Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing-factor-like immunoreactivity in depressed patients*. Science 1984; 226:1342-1344.
- 10) GOLD P.W., CHROUSOS G., KELLNER C., et al., *Psychiatric implications of basic and clinical studies with corticotropin-releasing factor*. Am J Psychiatry 1984; 141:619-627.
- 11) BRADY L.S., WHITFIELD H.J., FOX R.J., GOLD P.W., HERKENHAM M., *Long-term antidepressant administration alters corticotropin-releasing hormone, tyrosine hydroxylase, and mineralocorticoid receptor gene expression in rat brain. Therapeutic implications*. J Clin Invest 1991; 87:831-837.
- 12) BRADY L.S., GOLD P.W., HERKENHAM M., LYNN A.B., WHITFIELD H.J., *The antidepressants fluoxetine, idazoxan and phenelzine alter corticotropin-releasing hormone and tyrosine hydroxylase mRNA levels in rat brain: therapeutic implications*. Brain Res 1992; 572:117-125.
- 13) MICHELSON D., STRATAKIS S., HILL L., et al., *Bone mineral density in women with depression*. N Engl J Med 1996; 335:1176-1181.
- 14) MORRISON N.A., QI J.C., TOKITA A., et al., *Prediction of bone density from vitamin D receptor alleles*. Nature 1994; 367:284-287.
- 15) ZELISSEN P.M., CROUGHS R.J., VAN RIJK P.P., RAYMAKERS J.A., *Effect of glucocorticoid replacement therapy on bone mineral density in patients with Addison disease*. Ann Intern Med 1994; 120:207-210.
- 16) HOLMES S.J., SHALET S.M., *Role of growth hormone and sex steroids in achieving and maintaining normal bone mass*. Horm Res 1996; 45:86-93.
- 17) SHELINE Y.I., WANG P.W., GADO M.H., CSERNANSKY J.G., VANNIER M.W., *Hippocampal atrophy in recurrent major depression*. Proc Natl Acad Sci USA 1996; 93:3908-3913.
- 18) SHELINE Y.I., *Hippocampal atrophy in major depression: a result of depression-induced neurotoxicity*. Mol Psychiatry 1996; 1:298-299.
- 19) RIVIER C., RIVIER J., VALE W., *Stress-induced inhibition of reproductive functions: role of endogenous corticotropin-releasing factor*. Science 1986; 231:607-609.
- 20) STERNBERG E.M., YOUNG W.D., BERNARDINI R., et al., *A central nervous system defect in biosynthesis of corticotropin-releasing hormone is associated with susceptibility to streptococcal cell wall-induced arthritis in Lewis rats*. Proc Natl Acad Sci USA 1989; 86:4771-4775.
- 21) STERNBERG E.M., WILDER R.L., GOLD P.W., CHROUSOS G.P., *A defect in the central component of the immune system—hypothalamic-pituitary-adrenal axis feedback loop is associated with susceptibility to experimental arthritis and other inflammatory diseases*. Ann N Y Acad Sci 1990; 594:289-292.
- 22) KARALIS K., SANO H., REDWINE J., LISTWAK S., WILDER R.L., CHROUSOS G.P., *Autocrine or paracrine inflammatory actions of corticotropin-releasing hormone in vivo*. Science 1991; 254:421-423.
- 23) WONG M.L., LICINIO J., PASTERNAK K.I., GOLD P.W., *Localization of corticotropin-releasing hormone (CRH) receptor mRNA in adult rat brain by *in situ* hybridization histochemistry*. Endocrinology 1994; 135:2275-2278.
- 24) LEE KAW, *Transcriptional regulation by cAMP*. Curr Opin Cell Biol 1991; 3:953-959.

25) JIN W.D., BOUTILLIER A.L., GLUCKSMAN M.J., SALTON S.R.J., LOEFFLER J.P., ROBERTS J.L., *Characterization of a corticotropin-releasing hormone-responsive element in the rat proopiomelanocortin gene promoter and molecular cloning of its binding protein*. Mol Endocrinology 1994; 8:1377-1388.

26) LU Y., ZEFT A.S., RIEGEL A.T., *Cloning and expression of a novel human DNA binding protein, PO-GA*. Biochem Biophys Res Commun 1993; 193:779-786.

27) LU Y., RIEGEL A.T., *The human DNA-binding protein, PO-GA, is homologous to the large subunit of mouse replication factor C: regulation by alternate 3' processing of mRNA*. Gene 1994; 145:261-265.

28) LICINIO J., GOLD P.W., WONG M.L., *A Molecular Mechanism for stress-induced alterations in susceptibility to disease*. Lancet 1995; 346:104-106.

29) LICINIO J., BONGIORNO P.B., GOLD P.W., WONG M.L., *The gene encoding for the novel transacting factor proopiomelanocortin corticotropin-releasing hormone responsive element binding protein 1 (PCR-H-REB-1) is constitutively expressed in rat pituitary and in discrete brain regions containing CRH or CRH receptors: pathophysiological implications*. Endocrinology 1995; 136:4709-4712.

30) LANDAU D., CHIN E., BONDY C., et al., *Expression of insulin-like growth factor binding proteins in the rat kidney: effects of long-term diabetes*. Endocrinology 1995; 136:1835-1842.

31) EISENBERG S.P., EVANS R.J., AREND W.P., et al., *Primary structure and functional expression from complementary DNA of a human interleukin-1 receptor antagonist*. Nature 1990; 343:341-346.

32) HASKILL S., MARTIN G., VAN L.L., et al., *cDNA cloning of an intracellular form of the human interleukin 1 receptor antagonist, interleukin 10, and interleukin 13 gene expression in the central nervous system and anterior pituitary during systemic inflammation: Pathophysiological implications*. Proc Natl Acad Sci USA 1991; 88:3681-3685.

33) WONG M.L., BONGIORNO P.B., RETTORI V., McCANN S.M., LICINIO J., *Interleukin 1 β , interleukin 1 receptor antagonist, interleukin 10, and interleukin 13 gene expression in the central nervous system and anterior pituitary during systemic inflammation: Pathophysiological implications*. Proc Natl Acad Sci USA 1996; in press.

34) MAES M., BOSMANS E., MELTZER H.Y., SCHARPE S., SUY E., *Interleukin-1 beta: a putative mediator of HPA axis hyperactivity in major depression?* Am J Psychiatry 1993; 150:1189-1193.

35) POLI G., KINTER A.L., FAUCI A.S., *Interleukin 1 induces expression of the human immunodeficiency virus alone and in synergy with interleukin 6 in chronically infected U1 cells: inhibition of inductive effects by the interleukin 1 receptor antagonist*. Proc Natl Acad Sci USA 1994; 91:108-112.

36) MONTANER L.J., DOYLE A.G., COLLIN M., et al., *Interleukin 13 inhibits human immunodeficiency virus type 1 production in primary blood-derived human macrophages in vitro*. J Exp Med 1993; 178:743-747.

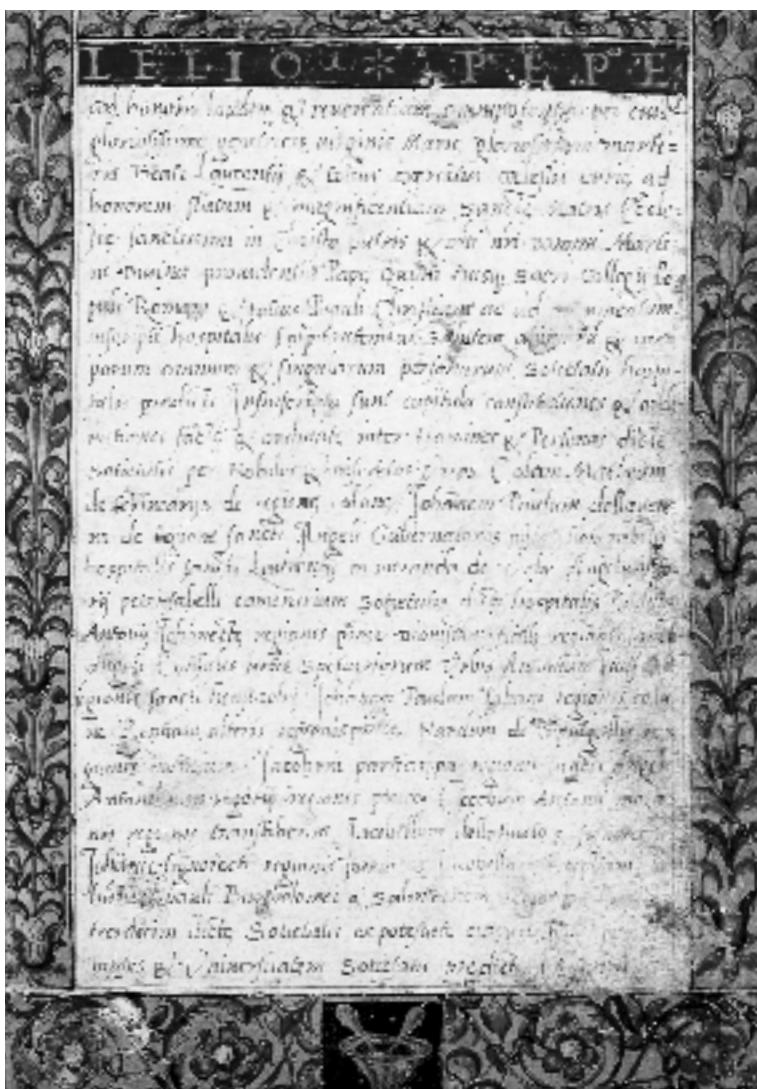
37) MONTANER L.J., GRIFFIN P., GORDON S., *Interleukin-10 inhibits initial reverse transcription of human immunodeficiency virus type 1 and mediates a virostatic latent state in primary blood-derived human macrophages in vitro*. J Gen Virol 1994; 75:3393-3400.

38) AKRIDGE R.E., OYAFUSO L.K., REED S.G., *IL-10 is induced during HIV-1 infection and is capable of decreasing viral replication in human macrophages*. J Immunol 1994; 153:5782-5789.

39) SAVILLE M.W., TAGA K., FOLI A., BRODER S., TOSATO G., YARCHOAN R., *Interleukin-10 suppresses human immunodeficiency virus-1 replication in vitro in cells of the monocyte/macrophage lineage*. Blood 1994; 83:3591-3599.

40) WONG M.L., RETTORI V., AL-SHEKHLEE A., et al., *Inducible nitric oxide synthase gene expression in the brain during systemic inflammation*. Nature Med 1996; 2:581-584.

41) NELSON R.J., DEMAS G.E., HUANG P.L., et al., *Behavioural abnormalities in male mice lacking neuronal nitric oxide synthase* [see comments]. Nature 1995; 378:383-386.



MALCOM LADER

Anormalità della mente nella schizofrenia

Esistono più idee sbagliate sulla schizofrenia che sulle altre malattie mentali. Questi equivoci e questa ignoranza sono condivisi dalla maggior parte dei profani e da molti medici e condizionano i nostri atteggiamenti nei confronti di queste persone sfortunate. Unita all'ignoranza vi è la paura, la repulsione ed una dominante mancanza di compassione che condanna molti pazienti schizofrenici ad un'esistenza incerta.

Troppi spesso, la schizofrenia viene tradotta letteralmente come "mente-divisa" o "Dr. Jekyll e Mr. Hyde", dal personaggio del racconto dello scrittore scozzese Robert Louis Stephenson, che visse nel 19° secolo. I pazienti schizofrenici vengono 'scaricati' nella comunità senza sostegno e mezzi adeguati; se essi hanno una ricaduta e commettono un'azione antisociale, si sollevano le proteste dei giornali che reclamano un maggior controllo per proteggere la gente da questi matti itineranti. Siamo forse nel Medioevo? E, come allora, dovremmo coinvolgere maggiormente le organizzazioni religiose nella cura dei malati mentali gravi?

Una storia

Ma cos'è la schizofrenia? Com'è la persona che ne soffre? È la condizione più disparata, ed in questo secolo ha imperversato un dibattito sui limiti di questo disturbo o insieme di disturbi. La storia che segue è abbastanza rappresentativa.

Ho incontrato Duncan quando aveva 21 anni. Era cresciuto in una famiglia fortemente unita. Una propria materna era morta in un mani-

comio molti anni prima, ed oltre a lei in famiglia non c'era alcuna traccia di malattie mentali. Duncan aveva avuto una nascita difficile, con un parto che si era protratto, ma apparentemente era un ragazzo normale. Quando aveva all'incirca 8 anni, era considerato un ragazzo con difficoltà di inserimento, pur sembrando piuttosto intelligente. A scuola andava bene, ma rimaneva in disparte; si iscrisse poi ad una prestigiosa università di studi classici. Questa storia evolutiva è tipica (Weinberger, 1995). Il primo anno passò senza avvenimenti sensazionali, ma a metà del secondo Duncan si isolò sempre di più e iniziò a non seguire le lezioni. Sui muri della sua stanza al College fu trovato del filo metallico attaccato a croce; egli spiegò che in questo modo voleva impedire agli spiriti maligni di Marte di mandargli il messaggio di uccidersi. Parlava in modo incoerente e sembrava udire delle voci. Non si curava della propria igiene personale e a volte rideva scioccamente e in modo incontrollabile. Fu portato al locale ospedale psichiatrico.

Duncan non tornò più al College, non trovò mai un lavoro fisso, non si fidanzò mai in modo stabile, non ebbe mai alcun amico, si rifiutò di vedere la propria famiglia per anni, e viveva barricato in una stanza ammobiliata in un alloggio poco costoso. Prendeva medicinali soltanto in modo sporadico e rifiutava le iniezioni di medicine antipsicopatiche. Non ha mai fatto del male a nessuno, ma la gente lo evitava. Di quando in quando lo vedo ancora, al locale ufficio postale, quando riscuote la sua pensione sociale.

È o non è una vita sciupata?

Trentatré anni di inimmaginabile disintegrazione di processi mentali, di idee bizzarre, di trascuratezza, di isolamento dal resto dell'umanità. Ma è anche un esempio per noi di un diverso genere di vita, di ostinazione di fronte alle avversità che spaventano, e che forse ci ricorda la nostra limitata conoscenza dell'entità biologica più complessa che ci sia su questo pianeta – il cervello umano.

Sintomi caratteristici

I pazienti schizofrenici possono avere un'ampia varietà di anomalie del cervello. Quella più comune è un *disfacimento della coordinazione dei processi mentali*. Ad esempio, i sentimenti non sono inviluppati con la mente, così che un paziente può ridere in modo incongruo mentre racconta della morte di un genitore. Questi che seguono sono i principali sintomi di primo grado di Kurt Schneider: inserimento del pensiero, trasmissione e furto del pensiero, allucinazioni uditive di un particolare tipo, e fissazioni di controllo. Questi sintomi sono molto discriminanti per una diagnosi di schizofrenia: in altre parole, più del 90% degli psichiatri e degli psicologi clinici concordano nell'etichettare un individuo con questi sintomi come persona affetta da disturbi mentali.

Pensieri anormali

Il sintomo dell'*inserimento del pensiero* comprende la credenza che i pensieri estranei siano costretti nel flusso di pensieri del paziente, nella sua coscienza. Questi

pensieri sembrano estranei e spesso sono causa di disturbo, di minaccia o di oscenità. Non è che il paziente creda di aver provocato lui stesso questi pensieri fuori dal comune, ma che gli stessi pensieri non siano i suoi: egli sta pensando i pensieri di altre persone, del diavolo o di animali, o persino di oggetti inanimati come il computer, una cascata o una roccia esposta alle intemperie. Egli crede che il modo in cui questi pensieri si inseriscono avvenga per mezzi esterni, come la telepatia o le microonde. Il paziente è piuttosto inflessibile sul punto che i pensieri non siano i suoi.

Il *furto di pensiero* è quando un paziente crede che i pensieri siano presi dalla sua mente. Si accompagna di solito al *blocco di pensiero* quando il paziente prova un'interruzione nella continuità del flusso di pensiero diretto alla sua mente e crede che i suoi legittimi pensieri siano stati rubati da un agente esterno, spesso i suoi presunti persecutori. Questi pensieri possono venire a conoscenza di tutti, la cosiddetta *trasmessione del pensiero*, in cui il paziente crede che i suoi pensieri non detti, quelli più profondi, siano conosciuti dalla gente per mezzo della radio, della telepatia o per opera di agenti sovrannaturali.

Come le anomalie del controllo del pensiero, la *velocità di pensiero* può mutare, divenendo più lenta con povertà di pensiero, o più veloce con pensiero pressante. Le associazioni tra i pensieri diventano imprecise o incomprensibili. Ciò si può manifestare in pensieri illogici – il cosiddetto “movimento del cavaliere” o con l’andare oltre l’argomento (in tedesco “vorbeireden”). Nelle forme più gravi, i pensieri e la parola diventano disarticolati e incoerenti – “insalata di parole” o “verbigeration”. Vengono coniate parole che esprimono idiosincrasia o frasi (neologismi), oppure parole comuni vengono usate in modo insolito (parafrasi o metonimie). Uno dei miei pazienti si riferiva costantemente a quello che lui chiamava “submarragism”, cioè ai suoi desideri più nascosti di avere un normale rapporto coniugale.

Allucinazioni

Queste sono esperienze *percettive*

in assenza di stimoli esterni agli organi di senso, e con una qualità analoga di verosimiglianza ad una vera percezione. Un’allucinazione è sentita come proveniente dal mondo esterno reale o dal supposto mondo interno. Le persone normali provano allucinazioni in modo particolare quando sono stanche o quando si addormentano o si alzano. Le allucinazioni possono succedere con qualsiasi modalità: uditive, visive, olfattive, tattili, gustative o proprieccettive.

Nei pazienti schizofrenici, le allucinazioni uditive sono tra i sintomi più frequenti. Esse possono assumere la forma di rumori, singole parole, frasi o intere conversazioni. Alcune voci sono ordini ai pazienti fatti in terza persona. “Ella si sta lavando – ne ha bisogno – è disgustosamente sporca”. Alcuni pazienti sentono i propri pensieri parlare ad alta voce mentre li pensano (“gedankenlautwerden”), o immediatamente dopo (“echo de la pensée”). Ci possono essere anche altri tipi di allucinazioni, come ad esempio un senso di putrefazione interna. Un mio paziente diceva di ricevere dei messaggi che leggeva tatuati nel fondo del cranio. Di solito però, le allucinazioni di tipo visivo sono insolite.

Deliri

Un delirio è una *convinzione* in cui si crede fermamente malgrado l’evidenza del contrario, e non è una convinzione convenzionale e conforme all’educazione ed alla cultura dell’individuo. Un delirio è di solito una falsa credenza, ma non sempre – è il rapporto tra il contenuto dell’illusione, l’informazione disponibile all’individuo e le supposte convinzioni che è importante.

Ad esempio, una persona che soffre di gelosia morbosa può avere il delirio che la propria moglie lo tradisca costantemente, anche se è evidente che non ha elementi su cui basare questa supposizione. I deliri vengono mantenuti saldamente, e nessun argomento e ragionamento li sposterà di una virgola. Alcuni deliri si formano interamente nella mente dell’individuo, altri si sviluppano in modo spietato. I deliri si possono cristallizzare

per una disposizione primaria ai deliri (Wahnstimming). Il delirio può non alterare l’orientamento del paziente – egli può credere di essere un milionario ma vivere soddisfatto nella miseria e nello squallore. Molte altre caratteristiche della schizofrenia hanno origine o si manifestano con i deliri. Ad esempio, un paziente che prova delle anomalie di pensiero può notare un trasmettitore a microonde sul tetto di una costruzione, dopo che il delirio sviluppa in lui l’idea che quello è il quartier generale degli invasori provenienti da Saturno.

I *deliri paranoici*, cioè fissazioni di persecuzione, sono particolarmente comuni nei pazienti schizofrenici. Essi possono svilupparsi con riferimento all’aspetto o alla funzione di parti del corpo, o possono avere un particolare carattere religioso, pseudofilosofico o pseudoscientifico. I deliri imponenti sono meno comuni ma possono invadere il paziente con un senso inattaccabile di una particolare missione da adempiere nella vita, e perciò il paziente si convince di essere dotato di poteri sovrannaturali. Queste convinzioni hanno sempre una dimensione bizzarra che le distingue dalla predicazione. Nei deliri di riferimento l’individuo crede che gli avvenimenti, gli oggetti o altri comportamenti della gente siano rivolti a lui. I deliri di controllo sono credenze che forze esterne governino le azioni di una persona, di solito per mezzo di un meccanismo misterioso. I sistemi dei deliri possono accumularsi, ma essere sempre più incapsulati qualora il paziente impari a bloccarli facendoli conoscere agli altri.

Alterazioni dell’umore

Le *alterazioni dell’umore* sono comuni nella schizofrenia e sono principalmente di tre tipi. Le alterazioni prolungate possono manifestarsi con ansia, irritabilità, euforia o depressione. Quest’ultima può essere grave e troppo spesso un malato di schizofrenia alla fine si suicida (Allebeck, 1989). Secondariamente, l’emozione può essere attutita o appiattita con una notevole riduzione di intensità e di espressioni emotive. Terzo, l’emozione può essere esageratamente incon-

gruente, laddove la risposta emotiva sia incompatibile con il dialogo corrente o con gli eventi.

La caratteristica principale della schizofrenia è l'*anhedonia* – la ridotta capacità di godere della vita (Norman e Malla, 1991). Ciò può peggiorare per gli effetti collaterali depressivi dei farmaci e portare anche a delle complicanze. All'inizio della fase acuta della malattia, possono sopravvenire intense emozioni di terrore o esilaranti, in tono con il contenuto delle illusioni e delle allucinazioni. Il senso di passività può interagire, così il paziente crede che qualcuno lo stia facendo diventare allegro o arrabbiato.

I pazienti schizofrenici di solito hanno la cognizione del tempo, del luogo e della propria identità (più o meno). Alcuni si ostinano nella convinzione che la loro età sia quella che avevano all'inizio della malattia. La consapevolezza non è perciò annebbiata come nel delirio né la memoria è esplicitamente danneggiata come nella demenza. Tuttavia, l'attenzione e la concentrazione possono essere scarse, e i pazienti possono essere facilmente distratti o essere preoccupati per i loro processi interni di pensiero. La memoria di solito è normale ma una scarsa motivazione a richiamare informazioni e avvenimenti può rivelare una memoria alterata (Tomkins et al., 1995). Recentemente un sofisticato test neuropsicologico, abbinato a tecniche avanzate sull'immaginazione del cervello, ha dimostrato l'esistenza di deficit abbastanza diffusi e piuttosto sottili nelle funzioni cognitive che possono risalire a molto tempo prima dell'inizio della malattia ed essere presenti in parenti stretti che invece sono normali.

L'*insight* di solito è alterato. Molti pazienti rifiutano di accettare il fatto di essere mentalmente malati, ed invece sviluppano ed elaborano spiegazioni bizzarre per la loro difficile situazione. Uno scarso insight è associato a ricadute frequenti, a sintomi gravi che hanno poche cure, e in questo modo si innesca un circolo vizioso.

I pazienti inoltre mostrano una mancanza di volontà e di energia, e possono diventare sempre più indolenti. Rispetto a prima, nei paesi occidentali si può osservare, anche se con meno frequenza, un'ampia

gamma di disturbi di movimento. Questi comprendono atteggiamenti, flessibilità cerea, eccitazione e stupore stereotipi e catatonici.

Altre caratteristiche cliniche

Quanto sopra è essenziale in un esame incrociato delle anomalie della mente schizofrenica. Molte altre caratteristiche della schizofrenia sono importanti, così come il raggruppamento dei sintomi in due o tre sindromi e le diverse storie naturali dei principali tipi di disturbi (Andreasen, 1995). Sono stati introdotti nuovi farmaci, con qualche miglioramento nella *sintomatologia* (Kerwin e Taylor, 1996). In parole povere, un quarto dei pazienti stanno abbastanza bene, con una guarigione quasi completa, una metà è malata in modo ricorrente o cronico ma conserva alcune funzioni, ed un quarto ha delle ricadute gravi o la malattia sta avendo un corso inesorabilmente discendente. La loro sintomatologia è profonda, specialmente ora che i posti "nei ricoveri" sono così scarsi. È giusto credere che, malgrado tutti i nostri "progressi" nelle cure e nel trattamento, la prospettiva globale per i pazienti schizofrenici sia profondamente cambiata dallo scorso secolo (Hegarty et al., 1994).

I limiti della schizofrenia

Ho descritto i sintomi caratteristici della schizofrenia, al centro della quale vi sono sintomi che riguardano il pensiero e disturbi emotivi. Forme inferiori del disturbo abbondano e emergono in una personalità anormale ("schizoide") e nell'eccentricità. I limiti della malattia sono così non ben definiti e dipendono dal tipo e dalla gravità dei sintomi e dal nesso psicosociale nei quali scaturiscono. Gli operatori sanitari del campo mentale hanno diversi punti di vista sulla relazione della schizofrenia con la normalità. Ciò può portare ad una totale inversione della epistemologia come nell'opinione di Szasz e Laing, ove gli individui etichettati come schizofrenici reagiscono alla società pazza in cui vivono e non sono essi stessi intrinsecamente vi-

ziati. All'altro estremo, le persone che criticano la società in cui vivono e che diventano dei dissidenti possono essere etichettati come "schizofrenici" ed essere messi in carcere come malati di mente, come notoriamente avvenne nella Russia Sovietica 20-30 anni fa (Lader, 1977).

È molto evidente comunque che la schizofrenia può essere vista come un disturbo, una malattia o un disordine (Wing, 1978). Gli studi genetici (McGuffin et al., 1995), epidemiologici, biochimici e sull'immaginazione del cervello (Hall et al., 1994) mostrano tutti una componente biologica principale e comune (Sedvall e Farde, 1995). È stato così scoperto molto di recente che uno dei ricettori del cervello che governa l'azione del neurotrasmettore, la serotonina, era anormale in molti pazienti schizofrenici (Williams et al., 1996). Ciononostante, molte caratteristiche della malattia sono meglio conosciute come complesse interazioni tra fattori biologici e psicosociali.

Pazzia e possessione

Ho enfatizzato il "primo grado" dei sintomi della schizofrenia, tra i quali risaltano le sensazioni di controllo del pensiero, il disfacimento dei processi di pensiero e di qui una terribile disintegrazione dell'integrità individuale. Ciò porta ad una rassomiglianza superficiale con i concetti di possessione e di stregoneria tanto diffusi nell'Europa del Medioevo, e ancora oggi presenti nelle società primitive (Lipsedge, 1996). Esiste tuttavia una distinzione fondamentale tra le due condizioni. Nella schizofrenia, il controllo è esercitato a distanza e il contenuto del pensiero è illogico o incoerente. Nelle persone possedute, il controllo è esercitato da un agente esterno, come il diavolo, che si impossessa del corpo e della mente dell'individuo, la cui capacità di pensiero rimane comprensibile, quantunque distorta dagli scopi dell'usurpatore. Nella maggior parte dei casi, le persone possedute soffrono per una reazione psicologica allo stress o a circostanze sociali. In altre, particolarmente con visioni o stati di estasi, alla base della condizione può esserci un'a-

normalità della funzione del cervello, come l'epilessia lobo-temporale.

Certamente, il contenuto dei deliri e delle allucinazioni rifletterà l'educazione, l'istruzione, il credo e la posizione psicosociale della persona che soffre di schizofrenia. Ad esempio, i deliri di un individuo religioso avranno un contenuto religioso; egli crederà di avere funzioni messianiche o di ricevere messaggi speciali da parte di Dio. La persona non religiosa non tenderà ad avere idee come queste, oppure i suoi deliri potranno avere una natura blasfema. Ma la *forma* del disordine di pensiero, deliri, allucinazioni, ecc. sono simili nei singoli pazienti malgrado il contenuto possa essere diverso.

Atteggiamenti nei confronti di una malattia mentale come la schizofrenia

Sia l'ossessione che la pazzia provocano la distruzione dell'ordine personale e sociale, il male dà libero corso alla distruzione, la persona diventa caotica nei suoi pensieri e nei gesti, e l'animo è compromesso o eroso. Questi atteggiamenti che derivano dal Medioevo persistono in molte società spesso in modo velato. La demenza è vista come la contaminazione della ragione e dell'ordine, della stabilità e della serenità della mente. È sorprendente che la pazzia, come la maggior parte delle malattie, fosse vista come una punizione per i peccati. I sintomi erano un avvertimento a fare un esame di coscienza ed a pentirsi. Dio avvertiva che avrebbe colpito con la pazzia chi non avesse obbedito ai suoi Comandamenti (Deut. 28:15-28). Viceversa, una delle cause del peccato poteva essere la pazzia. Entrambe sono deviazioni dalle intuizioni del disegno e dell'ordine di Dio per l'uomo nella sua esistenza sulla Terra. La pazzia avrebbe potuto marchiare in questo mondo e nell'altro, con la dannazione come ulteriore punizione per il peccato.

Atteggiamenti più illuminati hanno generalmente prevalso nei confronti della maggior parte delle malattie, fisiche e mentali. Tuttavia, la natura estrema e bizzarra dei sintomi della schizofrenia ha porta-

to ad una riluttanza nel considerare questa condizione come una malattia mentale piuttosto che come una punizione o un segno di debolezza. Questa tendenza nascosta di sospetto e di incomprensione ha portato all'atteggiamento corrente ambivalente nei confronti del malato mentale grave, come illustrato dal fatto che i pazienti schizofrenici vengono scaricati in una società che non è adeguatamente preparata ad accoglierli.

La pazzia della schizofrenia

La schizofrenia è una malattia mentale complessa. Supponiamo che una sottile confusione della funzione del cervello, molto probabilmente di natura biochimica, porti a sintomi e comportamenti strani. I cambiamenti possono essere enormi con la disintegrazione della personalità, o più indefinibili. Nell'ultimo caso, alcune funzioni del cervello, come la creatività, possono intensificarsi, ed altre, come l'autocritica, possono attenuarsi. La maggior parte delle funzioni del corpo rimane normale, e compie quasi tutte le funzioni di routine del cervello, come la percezione e la parola. Le anomalie nel cervello schizofrenico sono indefinibili ma estese. Uno studio sulla schizofrenia sottolinea come per noi sia complesso il cervello umano. Una valutazione delle anomalie nella schizofrenia fa emergere delle conclusioni concernenti le integrazioni tra parti del cervello, in modo particolare le funzioni più elevate, proprie dell'uomo, come il linguaggio organizzato. Anche altre funzioni come le emozioni si comprendono meglio quando si studia la natura delle anomalie.

Le questioni fondamentali riguardano la natura del pensiero e della consapevolezza. L'integrazione ed il controllo di questi noumeni sono dati per scontati da quasi tutti noi. Noi crediamo di essere individui distinti ed integrati con il controllo dei nostri pensieri, se non proprio di tutte le funzioni della nostra mente. Diamo per scontato che i nostri pensieri siano proprio i nostri: è questa una parte essenziale del nostro essere, della conoscenza che abbiamo di noi stessi come esseri umani compiuti. Rite-

niamo per certo che i nostri pensieri siano esperienze private che possono essere comunicate agli altri per mezzo della parola, dell'espressione del viso, dei gesti o delle azioni, ma solamente se noi vogliamo farlo. Questa frammentazione della totalità personale, del logorio della personalità e della vulnerabilità della roccaforte della mente porta al nocciolo della schizofrenia. Questo disturbo ci ricorda quanto i nostri processi mentali siano ben equilibrati e come possano essere catastrofici i risultati che derivano dal disordine di questi stessi processi.

Prof. MALCOM LADER
Professore di Clinica Farmacologica
Istituto di Psichiatria, De Crespigny Park,
London

Bibliografia

ALLEBECK, P. (1989) *Schizofrenia: a life-shortening disease*. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 81-89.

ANDREASEN, N.C. (1995) *Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia*. *Lancet*, 346, 477-481.

HALL, L.D., HERROD, J.J., CARPENTER, T.A. et al (1994) *Magnetic resonance imaging in schizophrenia: a review of clinical and methodological issues*. In: *Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis*. (eds. R.J. Ancill, S. Holliday, & J. Higenbottam). Wiley, Chichester, England. pp. 115-137.

HEGARTY, J.D., BALDESSARINI, R.J. TOHEN, M. et al (1994) *One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature*. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.

KERWIN, R. & TAYLOR, D. (1996) *New antipsychotics: a review of their current status and clinical potential*. *CSN Drugs*, 6, 71-82.

LADER, M. (1977) *Psychiatry on Trial*. Penguin, Harmondsworth.

LIPSEY, M. (1996) *Religion and madness in history*. In: *Psychiatry and Religion. Context, Consensus and Controversies*. (ed. D Bhugra). Routledge, London. pp. 23-47.

McGUFFIN, P., OWEN, M.J. & FARMER, A.E. (1995) *Genetic basis of schizophrenia*. *Lancet*, 346, 678-682.

NORMAN, R.M.G. & MALLA, A.K. (1991) *Dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia*. *Psychological Medicine*, 21, 897-903.

SEDVALL, G. & FARDE, L. (1995) *Chemical brain anatomy in schizophrenia*. *Lancet* 346, 743-749.

TOMPKINS, L.M., GOLDMAN, R.S. & AXELROD, B.N. (1995) *Modifiability of neuropsychological dysfunction in schizophrenia*. *Biological Psychiatry*, 38, 105-111.

WEINBERGER, D.R. (1995) *From neuropathology to neurodevelopment*. *Lancet*, 346, 552-557.

WILLIAMS, J., SPURLOCK, G., McGUFFIN, P. et al (1996) *Association between schizophrenia and T102C polymorphism of the 5-hydroxytryptamine type 2a-receptor gene*. *Lancet*, 347, 1294-1296.

WING, J.K. (1978) *Reasoning about Madness*. Oxford University Press. Oxford.

IGNACIO CARRASCO DE PAULA

La dignità della pazzia

Il titolo adottato per questa XI Conferenza Internazionale – *A immagine e somiglianza di Dio: sempre?* – sembra indicare che la designazione dell’argomento principale abbia preso avvio dal seguente quesito: la più importante affermazione antropologica della Bibbia sulla grandezza e preziosità dell’uomo non sarebbe smentita dalla comune esperienza della malattia quando questa colpisce la facoltà più pregiata dell’uomo, la sua intelligenza e la sua libertà, cioè la sua mente?

E se, come le tradizioni culturali d’ispirazione cristiana tendono ad asserire univocamente, la dignità dell’uomo ha senso in sé e per sé, in modo che essa non è condizionata da circostanze contingenti, quali sono allora le conseguenze sul piano sanitario, sociale e pastorale, in modo particolare per chi si occupa a diverso titolo del bene della salute?

In questo contesto, ho scelto per la mia relazione il titolo *la dignità della pazzia*. Intendo così approfondire non la tesi – peraltro ovvia, almeno nella prospettiva del personalismo – che ogni uomo in quanto uomo è degno e merita il massimo rispetto anche quando colpito dall’infermità nella mente o nel corpo, bensì l’affermazione che la malattia stessa, pur essendo fonte di sofferenza e di limitazione, conferisce all’uomo infermo una particolare e specifica dignità.

Se questa intuizione si dimostrasse vera, essa ci porrebbe di fronte a un paradosso impegnativo: nell’uomo ferito, e ferito in quel dono che gli consente di sentirsi fiero di essere uomo, nell’uomo non più capace di leggere dentro se stesso, in quest’uomo spo-

gliato della luce della mente, la ragione umana contempla il mistero di una nuova e inattesa dignità.

Ovviamente prima di avviare la riflessione sull’argomento, bisogna riconoscere che la tesi, in partenza, non potrà non urtare frontalmente una esperienza comune e condivisa da tutti: la pazzia è un male, la pazzia è tribolazione, la pazzia colpisce la fonte stessa di quella dignità che è propria ed esclusiva degli esseri intelligenti, e perché intelligenti liberi, e perché liberi capaci del bene e del male.

La morale, come disciplina sia filosofica che teologica, esclude dal proprio campo di competenza scientifica il comportamento del malato di mente. Le sue sono azioni da uomo, ma non sono azioni veramente umane¹. Da una parte, la scienza morale riconosce che è sempre un uomo il soggetto dell’agire, dall’altra conclude che

tali azioni, indipendentemente dalla loro qualità etica oggettiva, possono essere attribuite – imputate – al soggetto che le compie solo quando esso è nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali. Direi che, per i moralisti, me compreso, il malato di mente non può essere considerato protagonista della storia, ma solo testimone. Di tutto questo ne terrò rigorosamente conto nelle riflessioni che seguiranno.

Ancora un’ultima osservazione preliminare. Quasi cinque secoli fa, Erasmo da Rotterdam offrì al suo grande amico Tommaso Moro una piccola opera intitolata *Moirae Encomium*, l’elogio della follia. In quelle pagine le parole diventavano un’arma letale in mano all’ironia. L’onestà si travestiva di demenza, solo per poter prendersi beffa del malcostume dei contemporanei, e in modo particolare di alcuni uomini e donne di Chiesa. Ma, in quel piccolo capolavoro, la pazzia vera rimaneva un fantasma, un miraggio che non riusciva a trovare spazio fra le eleganti costruzioni grammaticali del grande umanista. Ben più umili sono le pretese di questa relazione. Tuttavia l’intento è quello di trattare della pazzia vera, senza concedere nulla al piacere delle costruzioni e delle figure letterarie.

1. Concetto di dignità

Dignità della pazzia! E va bene. Ma che cosa significa affermare che un essere, una realtà qualsiasi, è degna?

Degno è colui che per natura possiede pregio, nobiltà, eccellenza. Essere degno equivale pure ad



essere meritevole di riguardo e di rispetto. Non però per un benevole o compassionevole giudizio degli altri, ma perché uno effettivamente possiede i titoli che esigono tale rispetto e gli altri non possono non riconoscerli senza allontanarsi dalla verità, prima ancora che dalla giustizia.

La dignità è estranea al mondo della compassione, della clemenza o della pietà. La dignità infatti si pone come l'oggetto adeguato di quella facoltà umana che raggiunge l'esistente – le cose e le persone – nel suo specifico valore ontologico, cioè nella sua qualità di bene. Di conseguenza, la dignità non è tanto una rivelazione dell'intelligenza quanto una scoperta della volontà. È una qualità che viene colta non in forza di un ragionamento logico, ma come termine di quell'illimitato desiderio di bene che chiamiamo amore.

Non si può riconoscere la dignità di qualcosa o di qualcuno senza amarlo. Ed è per questo che, alla radice delle tendenze culturali disattente alla dignità dell'uomo, troveremo sempre una alienazione, l'esilio dell'amore, e più in là ancora il pericolo incombente dell'odio irrazionale contro l'uomo stesso. Ha buon gioco Hobbes nel ripetere *homo hominis lupus*: non si può amare una belva, poiché manca la condizione essenziale, la dignità. È una lezione che l'umanità sta imparando poco a poco, sulla propria pelle e sullo sfondo della catena apparentemente interminabile di minacce e di fatti contro la vita umana. Fatti che riempiono quotidianamente le pagine dei giornali in tutto il mondo. Minacce che colpiscono selettivamente i più indifesi, specialmente chi si trova all'inizio o alla fine del proprio percorso terreno.

Riprendendo il filo del discorso, mi sia consentito insistere su questa affermazione: un bene che non è amato, non è riconosciuto come degno. La volontà, la libertà dell'uomo esistente, non si trova in uno stato di neutrale indifferenza di fronte al *bonum*, come se avesse bisogno di non sì sa quale spinta dall'esterno per prendere posizione. Essa, la libertà, è necessariamente attratta, sedotta, ecc. dal fascino della bontà dell'essere. Questa è una delle tesi centrali dell'an-

tropologia di San Tommaso. Lo stesso Aristotele, volendo definire il bene, non trova meglio da dire che il *bonum* è quello che tutte le cose bramano, quello che nessuno può fare a meno di desiderare².

Se le cose stanno così, bisognerà concludere che la dignità della pazzia come problema non è una questione esclusivamente epistemologica. Anzi: per cogliere il senso pieno del problema risulta indispensabile coinvolgere la facoltà che ci consente di amare. Con questa affermazione intendo stabilire un criterio rigorosamente metodologico.

Dignità umana

Quando noi predichiamo dell'uomo il termine dignità, che cosa affermiamo? La frase è un modo alternativo di dire che l'uomo è uomo, e pertanto si riduce ad una semplice dichiarazione tautologica, oppure stiamo aggiungendo un contenuto nuovo?

A me sembra che nella sua genesi culturale, l'uso del concetto di dignità limitato al contesto dell'*homo sapiens*, sia da collegare alla acquisita consapevolezza dei limiti invalicabili del linguaggio. Non abbiamo né parole né simboli per esprimere adeguatamente i nostri concetti sulla preziosità dell'uomo. L'analogia come accesso alla conoscenza mostra qui tutti i suoi limiti. Forse è possibile illu-

strare quanto vengo dicendo se ci mettiamo nei panni dell'autore del Salmo 8. Scrive: *Signore, se guardo il tuo cielo, opera delle tue dita, la luna e le stelle che tu hai fissate, [mi domando] che cosa è l'uomo...* (Ps 8 4-5). Ora anche uno spettacolo splendido e strabiliante come una notte stellata risulta inadeguato per parlare della tua creatura. Che cosa potrò dire? Solo questo: *l'hai fatto poco meno degli elohim* [degli dei] (Ps. 8 6). In un linguaggio più moderno, e con il permesso dei biblisti, forse la frase potrebbe essere tradotta nel seguente modo: *hai fatto l'uomo degno di Te*. Costui è quell'opera tua che ti è particolarmente preziosa. Oppure: riconosco nell'uomo la dignità che gli hai concesso.

Sul piano razionale, non si può attestare la specifica nobiltà dell'uomo senza ricorrere al concetto di dignità. La persona umana, infatti, costituisce un bene così prezioso da non poter essere commisurato con altri beni creati e conosciuti. Nel nostro universo, la persona umana non ha riscontro sul piano assiologico. Non ha prezzo. Eccede di molto i valori che stanno a nostra disposizione. Non la si può misurare né con riscontri economici, né con parametri di benessere, né con gradi di progresso, né con indicatori dei livelli sociali, ecc. Al contrario, l'ordinazione alla persona dà la misura del valore per tutte le cose che sono disponibili per l'uomo.

Si capisce allora quanto sia improprio collocare il malato di mente all'interno del seguente sofisma, peraltro non privo di logica: l'uomo è un animale razionale; di conseguenza, privato della razionalità in lui possiamo riconoscere solo una umanità manomessa, quasi di seconda classe, addirittura scadente. Il che equivale a sostenere che chi soffre di disagio mentale è meno uomo che il sano di mente. Qui l'umanità deve mettersi la mano sulla coscienza e riflettere su certi tristi episodi di un passato non lontano e su certi timori oggi condivisi da molti e che non rendono incoraggiante l'avvenire.

Forse abbiamo ecceduto nell'identificare dignità con essere intelligente e dotato di libero arbitrio. Tuttavia sia l'uso della ragio-



ne che il controllo del proprio comportamento è segno ma non fonte d'umanità. Con buona pace degli animalisti – con cui condividono molte cose – anche nell'ipotesi – peraltro fortemente improbabile – che qualche animale impari a ragionare, non per questo avrà conquistato un titolo definitivo di dignità, né verrà meno il nostro dovere di trattarlo con estrema cura e considerazione, proprio perché tutti gli esseri viventi, in un certo modo, formano parte della dignità dell'uomo, signore e servitore del creato.

Il concetto di dignità traduce, pertanto, a livello assiologico, la visione cristiana che colloca la persona umana al centro e al vertice dell'universo, come unica creatura che Dio ha voluto per se stessa. Esso esprime inoltre un fondamentale principio dell'etica che esige di trattare la persona sempre come fine e mai come mezzo, vietando pertanto ogni strumentalizzazione nei suoi confronti. E Dio stesso è stato il primo – consentitemi questo linguaggio approssimativo – nell'osservare rigorosamente questa regola nei confronti degli uomini.

La dignità della pazzia

Il cammino che abbiamo finora percorso sulle tracce della dignità ci porta a confluire nell'affermazione della Genesi che presiede i lavori di questa XI Conferenza: *a immagine e somiglianza di Dio*.

Infatti, quando mi interrogo sulla dignità dell'uomo pongo sì un problema assiologico, ma contemporaneamente sollevo un quesito ontologico: la questione del perché, della ragione ultima che rende la persona umana così preziosa.

Riprendendo l'esempio del Salmo 8, citato precedentemente come espressione della reazione di stupore provata dall'uomo quando si confronta con l'uomo, possiamo adesso porci questa domanda: quale considerazione merita la persona umana agli occhi di Dio? Che cosa vede il Creatore quando il suo sguardo si sofferma sulla creatura fatta di carne e spirito? La Bibbia risponde: Dio vede se stesso, Dio contempla la propria faccia, la propria immagine. Per que-

sto Dio ama l'uomo in un modo che mai saremmo riusciti ad esprimere in maniera adeguata, se non fosse perché Lui stesso lo ha rivelato per mezzo del Figlio suo, il Verbo fattosi uomo, Cristo, l'immagine perfetta del Padre.

Porre la questione della *dignità della pazzia* in fondo è domandarsi che cosa ne pensa Dio. Quale valore abbia agli occhi di Dio il malato di mente? Se il Signore – e noi con lui – contempla infatti la propria immagine anche in chi non è in grado di avvertire di essere lo specchio dello sguardo divino.

La Bibbia parla della tenerezza di Dio nei riguardi dei poveri, dei derelitti, dei malati... di quanti possono essere considerati vittime innocenti senza guida e senza protezione. Chi soffre di disagio mentale senza dubbio forma parte a pieno titolo di questo gruppo. Inoltre, la storia insegna che il malato di mente si è venuto a trovare troppo spesso esposto all'insensibilità e alla discriminazione da parte dei cosiddetti sani.

La Bibbia parla pure della pazzia di Dio. Follia fu la Croce. Pazzo! apostrofò il procuratore Festo a Paolo, quando questi gli stava spiegando la propria fede (At 26, 24). Folle si confessa l'Apostolo stesso con i corinzi (2 Cor 12, 11). Tuttavia il libro della Sapienza (5, 4) mette sull'avviso perché troppo facilmente gli stolti giudicano pazzi i giusti. Di fatti, è estremamente sottile la linea che consente di discernere chi siano davvero i grandi personaggi prima che essi abbiano conquistato un posto preciso nella storia: questo tale è un pazzo oppure un santo o un genio?

Certamente, in questo contesto si parla di pazzia non come condizione patologica, ma in quanto comportamento che esce dagli schemi ordinari o comuni, o come fenomeno che sfugge ai parametri della esperienza quotidiana. È così che vivere in modo pienamente coerente con la propria dignità umana può sembrare ad alcuni una autentica follia. Tuttavia, l'evidente difficoltà del linguaggio per distinguere tra il normale – in senso di sano, di stato opposto a patologico – e il normale – in senso di mediocre, di condizione contraria all'eroe [genio o santo] – non è

priva di significato.

Tale difficoltà sta alla base della nota inettitudine della medicina per trovare una definizione di malattia che accontenti tutti. Il problema si pone per lo stesso concetto di disagio mentale³. Non che non si possano elencare decine di formule, a cominciare da quella dell'O.M.S. Uno dei massimi cultori dell'antropologia medica, V. von Weisäcker, stanco delle polemiche interminabili, arrivò a scrivere: «definisco malato colui che mi chiama come medico e su cui come medico riconosco lo stato di bisogno»⁴. Certo, la frase è troppo semplicistica e ha il profumo forte della sfida polemica. Tuttavia, mette bene in evidenza la tensione presente nell'uomo infermo: l'insoddisfazione per quello che si è e la speranza – sorretta dallo stato di bisogno – di recuperare o di raggiungere un nuovo stato migliore.

Nel malato di mente l'immagine e somiglianza divina si presenta sotto una luce specifica: quella dello stato d'incompletezza, quella del bisogno di aiuto. Non è questa per caso la condizione e il destino fondamentale dell'uomo che brama la salvezza? In questo senso, chi soffre di disagio mentale è per tutti noi testimone tanto della nostra origine come del nostro destino. In lui si rivela una dignità che è insieme dono di Dio e compito per l'uomo.

MONS. IGNACIO CARRASCO

DE PAULA

Membro della Pontificia Accademia

per la Vita

Professore di Teologia Morale

all'Ateneo Romano della Santa Croce

Consultore del Pontificio Consiglio

della Pastorale per gli Operatori Sanitari

Note

¹ Vedi S. TOMMASO I-IIae q. 1 a. 1.

² Cfr *Eтика a Nicomaco* 1,1 (1904 a 3).

³ Vedi *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), 4^a ed., pubblicato dall'«American Psychiatric Association», Washington 1994, pp. XXI-XXII.

⁴ V. VON WEISÄCKER, *Filosofia della medicina*, a cura di Th. Henkelmann, Milano 1990, p. 84.

ANTONIO FERNANDES DA FONSECA

Creatività e disturbi mentali

Introduzione

Non è molto semplice dare una definizione esatta di *creatività*, in quanto si tratta di un concetto ampio e di una certa complessità che, proprio per questo, può essere recepito con significati diversi.

Per quanto ci riguarda, abbiamo sempre inteso la creatività come l'espressione di un insieme di manifestazioni che caratterizzano l'*originalità* di un individuo o di un gruppo di individui.

Questo era, in verità, il concetto che abbiamo cercato di affermare nel nostro libro "Psychology of creativity", visto attraverso la biografia di quattro persone di talento, pubblicato nel 1990.

Queste manifestazioni riguardano le diverse capacità (emozioni, stimoli, riflessioni e comportamenti) che un individuo o gruppo di individui possono mostrare come conseguenza dei diversi *avvenimenti* sperimentati durante la propria evoluzione e maturazione. Talvolta tali avvenimenti hanno attinenza con le esperienze psicofisiologiche e sensorie che seguono questa evoluzione e maturazione; altre volte, essi sono relativi ai progetti e alle ambizioni che ogni individuo, o gruppo di individui, costruiscono gradualmente.

Di solito diciamo che in questo senso la creatività sembra essere, per l'essere umano, un cammino di speranza per mezzo del quale egli mira ansiosamente a scoprire le strade del suo ritorno all'Eden. In altre parole, potremmo dire che la creatività è la capacità dell'essere umano di dialogare, astrarre, comprendere il proprio ruolo nella famiglia e nella società e di elaborare, per mezzo del proprio intuito,

un'idea esatta del suo destino.

Noi riteniamo che le principali abilità e le motivazioni psicologiche che integrano il processo di creazione siano le seguenti: pensiero, memoria, percezione intuitiva, una straordinaria memorizzazione, ed una forte scioltezza connettiva, assieme ad una persistente volontà ed un'intensa consapevolezza degli eventi e delle circostanze ambientali che circondano l'individuo.

Perciò, cogliamo l'opportunità per domandarci se ogni essere umano ed ogni individuo, senza alcuna discriminazione, abbia un'abilità creativa.

Per lungo tempo, molti intellettuali famosi hanno cercato di dare una risposta a questa domanda. Molti autori, da Kant a Butler, da Piéron a Rousseau e Valéry, hanno trattato questi problemi, in relazione ai quali Carl Rogers, uno psicologo americano con un orientamento antropologico-umanistico, sviluppò una terapia psicopedagogica che fu denominata *atteggiamento creativo non-direttivo*.

Secondo il criterio e l'esperienza dell'autore, ogni individuo ha abbastanza forze per il proprio sviluppo creativo, cioè per l'acquisizione di una cultura e per il proprio adattamento all'ambiente.

Tuttavia, queste forze possono svilupparsi appieno soltanto se le relazioni dell'individuo con l'ambiente sono *autentiche* e *empathiche*.

Con il termine "autenticità" Rogers vuol dire che le relazioni di un individuo con gli altri hanno bisogno di essere supportate dall'equilibrio e dall'armonia, e con il termine "empatia" vuole indicare la via attraverso la quale queste rela-

zioni dovrebbero essere principalmente dirette ad un tipo di comunicazione "comprensibile".

Il primo punto controverso dell'interpretazione di Rogers è quello di accettare o no che solamente in un ambiente "armonioso" e "autentico" un individuo sarà in grado di creare e di raggiungere livelli elevati di significato personale e sociale. Ci sono stati molti casi di persone capaci che hanno creato opere notevoli, sebbene fossero vissute in un ambiente "non armonioso" e "non autentico".

L'interpretazione di Rogers e la relativa "comprensione" è, naturalmente, un modo di vedere la creatività da un punto di vista generale e antropologico-umanistico, che significa una prospettiva psicoterapeutica che è il risultato dell'esperienza di un uomo che ha dedicato la propria vita alla pratica della terapia psicopedagogica.

Ci sono però altre interpretazioni del contesto e del significato degli impulsi creativi.

Sino ad un certo punto, l'interpretazione di Rogers è una risposta anticipata e ottimistica alla volontà che abbiamo di conoscere se ogni individuo abbia un'abilità creativa.

È chiaro che le risposte a questo dubbio sono lunghi dall'essere unani.

Così come ci sono autori ottimistici, come Carl Rogers e il filosofo spagnolo Ortega y Gasset, che crede che "ogni uomo porta con sé, ad un livello più o meno alto, la possibilità di migliorare il per-senso metafisico della terra", molti altri autori concordano che il potere di creare sia un dono per pochi esseri umani privilegiati.

Ovviamente, siamo tutti in gra-

do di creare qualcosa, in un determinato momento o nell'altro. Talvolta è la creazione di un lavoro che diventerà famoso, altre volte è una mera attitudine o iniziativa, che può avere una certa originalità.

Molte altre volte, la nostra creatività si mostra attraverso il nostro interesse nell'imitare, ammirare o consumare la creatività di altre persone.

In questo senso, possiamo dire che ogni uomo ha un certo istinto per la creatività o per l'avventura immaginativa che intrinsecamente è il desiderio di liberarsi di sé.

Ma così come è ovvio che ci sono esseri umani più abili degli altri a creare, è in questo primo gruppo che possiamo includere le personalità dotate e geniali. La parola "creatività" o "creazione" deriva dal verbo "creare", l'abilità di far sì che qualcosa esista, di far uscire qualcosa dal nulla ("l'inesistente"), oppure di stabilire relazioni che non erano mai state concepite prima, e cioè l'abilità di inventare, di mostrare qualcosa di nuovo, di "fare delle innovazioni".

L'uomo ha sempre attribuito questa abilità al "Creatore Supremo", la divinità che si supponeva avesse creato il mondo dal "nulla". È per questo motivo che il filosofo francese contemporaneo Jean-François Lyotard, asserisce che la creazione del lavoro porta alla teologia. Generalizzando, possiamo perciò giungere alla conclusione che l'uomo, quando crea qualcosa di nuovo, è più vicino a Dio e, vincendo tutte le sue frustrazioni, diventa immortale per mezzo del suo ritorno all'Eden.

Goethe disse che l'"arte" nelle sue diverse forme, poesia inclusa, era il modo di andare oltre la vita.

Cerchiamo di arrivare all'essenza di alcune di queste personalità che possiamo chiamare "i creatori del mondo" e i "creatori della cultura" (musicisti, scrittori, poeti, filosofi e scienziati) e che, grazie alle loro doti eccezionali, cominciano ad aspirare alla perfezione, negli alti momenti della loro creazione.

Teorie interpretative della creatività

Le grandi prospettive psicologiche

che più sistematicamente ed in un senso globale hanno cercato di interpretare la genesi creativa sono il "modo strutturalistico", il "modo antropologico-esistenzialistico" e il "modo psicoanalitico".

La prospettiva strutturalistica, in cui sono integrate diverse teorie, come quella dello "sviluppo psicologico", di Jean Piaget (1896-1980), come la teoria "linguistica" di Noam Chomsky (1977), e la "teoria strutturalistica di sé", di Claude Lévi-Strauss (1958), è supportata dal concetto che la creatività corrisponde ad un complesso processo psicologico di "forme", "immagini", "strutture" e "configurazioni" originali che mostrano delle caratteristiche simboliche specifiche, non sovrapposte all'insieme delle parti elementari che le costituiscono.

In questo modo, creatività significa avere la dote di orientare, correggere o trasformare questo insieme di strutture o configurazioni di natura costituzionale, fisiologica, immaginativa o ideativa, e di prenderle come punto di partenza, organizzare nuovi sistemi o persino universi con un sistema completamente nuovo, che diventa esplicito e comprensibile per mezzo dei simboli di comunicazione e di linguaggio.

In questo senso, il linguaggio appare come un preminente sistema verbale, come fosse un modello per tutte le forme di pensiero e, per mezzo della creatività, diventasse colori, dimensione, volume, o viceversa.

Secondo questa prospettiva strutturalistica, con fondamenta cognitive e supportata dalle categorie fondamentali del pensiero umano (Roman Jakobson, Malinovsky, Radcliffe-Brown), il creatore sarebbe in grado di usare determinati sistemi di interazione ideativa-imaginativa-linguistica, in uno dei quali sarebbe concentrata l'organizzazione e la formulazione del pensiero.

È principalmente al lavoro di Jean Piaget che dobbiamo un'informazione completa su come si sviluppa il processo di acquisizione della conoscenza durante l'adolescenza.

Gli studi di questo autore sulla psicologia dello sviluppo dimostrarono che è solamente durante

l'adolescenza che un individuo inizia ad essere in grado di compiere operazioni mentali simboliche, formulare asserzioni e risolvere problemi.

In verità, è soltanto a partire da questo periodo che l'essere umano inizia ad essere in grado di creare, di penetrare nel proprio mondo intimo, e di definire la propria identità. Ci sono stati molti artisti che, in descrizioni autobiografiche o in "memorie" hanno raccontato che è stato in quel periodo che hanno sentito la propria ispirazione rafforzarsi o la propria creatività emergere.

Questo aspetto di auto-identità può avere un'influenza molto significativa sulla genesi della creatività, come sembra essere nel caso di Fernando Pessoa, il poeta portoghese del nostro secolo che disse che "la sensazione intellettuallizzata è stata la base di ogni forma di arte, e che è stata la consapevolezza di questa sensazione ad acquisire un carattere ed un valore estetico".

Ciò nonostante, l'interpretazione strutturalistica non sembra adatta in sé a spiegare in modo chiaro le fondamenta di molte creazioni letterarie, plastiche e musicali, in cui, accanto alla logica di numero, spazio, tempo e causa, devono essere valorizzate, talvolta persino enfatizzate, le configurazioni sperimentate e le strutture emotive che arricchiscono il loro contenuto.

Dall'altro lato, ci sono molti casi di persone dotate le cui produzioni creative sono multidimensionali, il che significa che questi individui certamente hanno sistemi cognitivi con un'interazione multivalente, come dev'essere stato per Leonardo Da Vinci, per fare un esempio.

Sotto questo aspetto, dobbiamo ricordare che per la spiegazione del fenomeno creativo è molto importante l'esistenza di certe componenti volitive strutturali di perseveranza e decisione, e cioè la struttura della volontà di essere capace, che, secondo Nietzsche, permette alla persona dotata di "selezionare" le configurazioni che crede siano le più produttive, e di "eliminare" quelle che considera secondarie e non utili.

Michelangelo fu uno dei più ti-

pici esempi di questa forza decisionale.

Perciò, crediamo sia accettabile che la prospettiva strutturalistica possa aiutarci a comprendere il modo in cui le strutture del pensiero logico, che sono le fondamenta di una certa creatività scientifica, possano organizzarsi nel modo difeso da Cartesio. È anche sulla base di questa stessa prospettiva che alcuni autori hanno stabilito più tardi una certa relazione tra il genio e la matematica, ed anche tra quest'ultima ed alcuni disturbi mentali.

La prospettiva antropologico-esistenzialistica si basa sul concetto dell'analisi esistenziale di Soren Kierkegaard (1813-1855) e del movimento intenzionale di coscienza di Edmund Husserl (1859-1938) verso la spiegazione e la comprensione dei diversi stati dell'esistenza e della consapevolezza che l'essere umano mostra in rapporto al mondo in cui vive.

Questa prospettiva fu migliorata notevolmente dal concetto "ratio-vitalista" di Ortega y Gasset, che un uomo non esiste veramente se non quando è integrato nelle sue circostanze.

Per Kierkegaard ci possono essere stati esistenziali in quanto strutture ontologiche fondamentali, che corrispondono al modo individuale di "essere nel mondo" e che comprende i propri valori spirituali e le proprie esperienze relazionali.

Secondo il punto di vista di Husserl, la consapevolezza umana appare come un'esperienza di questa essenza esistenziale, e cioè come un movimento intenzionale verso la comprensione dell'oggetto.

Tra i diversi stati di un'esistenza sperimentata dall'individuo, lo *stato estetico* (del desiderio impietoso) sarebbe quello che potrebbe meglio definire la personalità di un creatore. Ma lo *stato religioso* (di angoscia e di un senso di abbandono) sarebbe quello in cui, attraverso la sofferenza, la propria soggettività permetterebbe all'individuo di trovare il significato della propria esistenza.

In questo modo, per i filosofi esistenzialistici, l'autenticità dell'essere umano si definisce per l'angoscia, per il modo di vivere nella preoccupazione. L'uomo "vi-

ve in una disperazione irrazionale e, in conseguenza di ciò, diventa un alienato, un essere vuoto, senza speranza e fede".

Blaise Pascal (1623-1662) aveva già detto che l'"angoscia è una vertigine che si impossessa di noi ed è per mezzo di ciò che diventiamo consapevoli della nostra condizione".

Per Kiergaard, l'angoscia ci pone di fronte alla scelta della nostra esistenza, proprio perché essa, come dice Heidegger, è un sentimento cosmico che diventa caratteristico della condizione umana, venuta ad un compromesso col mondo.

La scelta sarà perciò il movimento privilegiato dell'esistenza di ogni individuo, e l'elaborazione di un progetto originale che gli permetterà di fuggire dall'alienazione (la perdita dell'essenza umana reale). L'autore di un lavoro creativo sarà perciò colui che, per mezzo di un tipo di intuizione eidetica potrà avere una grande abilità o un modo speciale di percepire il mondo.

Per la prospettiva antropologico-esistenzialistica, né il sistema logico né la ragione (in senso razionale) saranno perciò la struttura fondamentale della creatività.

Per Ortega y Gasset, la "ragione" non è altro che una funzione integrativa della vita.

In questo modo, gli esistenzialisti preferiscono una teoria della consapevolezza, nei suoi aspetti percettivi ed immaginativi. Sempre Ortega y Gasset, pensa che il vero nucleo energetico che riveste la consapevolezza umana sia la funzionalità della vita che egli chiama *ragione vitale*, cui l'azione stimolante delle strutture socio-culturali contribuisce decisamente.

Per questo motivo, l'essenza esisterebbe soltanto dalla prospettiva personale dell'esistenza vera e propria. E questa prospettiva, che è acquisita primordialmente in modo intuitivo, sarà costituita dalle conoscenze più significative, più intuitive ed individuali che sono dotate di un senso artistico o creativo.

Per la *prospettiva psicoanalitica*, vale a dire per Sigmund Freud (1856-1939), il suo creatore, l'intera produzione artistica corrisponderebbe ad uno sforzo di sublimazione e ad un modo di prova-

re a dominare certi impulsi inconsci, spesso rafforzati da certi impulsi infantili di natura erotica.

Tali impulsi sarebbero la principale fonte energetica dell'intera attività umana, organizzata dalla consapevolezza in una struttura che, lontana da ogni scala di valori, sarebbe ciò nonostante responsabile delle funzioni psichiche dell'individuo, sia nelle sue espressioni psicopatologiche normali, sia in quelle artistiche e rilevanti.

Sotto questo aspetto, la funzione del subconscio nella genesi del lavoro dell'arte è stata esaminata da un gran numero di psicoanalisti, sin da quando è stata creata la psicoanalisi. Per molti di loro, l'impulso creativo, che non sarebbe altro che una brillante sfaccettatura di un senso di possesso o un simbolo onirico che ha la sua espressione in forme e colori, sarebbe essenzialmente supportato da conflitti, come nel complesso di Edipo e altre fantasie infantili, profondamente radicate nel subconscio.

L'Amleto di Shakespeare, sarebbe, tra gli altri, un esempio significativo di questo argomento psicoanalitico, secondo cui il principe scandinavo desidererebbe fortemente sbarazzarsi dell'uomo che occupava il posto di suo padre, il suo patrigno.

Nella "Monna Lisa" di Leonardo da Vinci, nei racconti di Edgar A. Poe, nel "Pigmalione" di Bernard Shaw, così come in quasi tutte le espressioni artistiche, gli psicoanalisti ortodossi non hanno dubbi nel trovare gli impulsi del conflitto infantile con caratteristiche incestuose.

Il concetto psicoanalitico ammette che le fantasie affettive del bambino non sempre hanno un carattere amoroso. In alcuni casi, potrebbero essere di angoscia e persino di "odio".

Jean Paul Sartre e Charlie Chaplin sembrano essere dei buoni esempi, avendo sofferto di ansia profonda nell'infanzia. E come esempio, riferendoci all'esperienza dell'odio durante l'infanzia, è stato frequentemente menzionato lo scrittore francese Marchese de Sade (1740-1814), che si suppone avesse odiato profondamente sua madre, un sentimento che gli avrebbe fatto caricare il proprio lavoro di "bestemmie", come nel ca-

so di un "Dialogo tra un sacerdote ed un moribondo".

In letteratura, architettura, pittura, in ogni lavoro artistico, la psicanalisi freudiana ha cercato di trovare un'espressione conflittuale in cui le *fantasie inconsce* dell'autore sono proiettate simbolicamente sull'oggetto del suo amore.

Ma la concezione libidinosa della natura umana dovette affrontare una forte opposizione da parte di alcuni gruppi sociali e scientifici, compresa la stessa psicanalisi, come successe con Alfred Adler (1870-1937) e Gustav Yung (1875-1961).

Creatività e disturbi mentali

Oltre a queste tre concezioni teoriche sull'organizzazione geniale, molti autori hanno sostenuto la possibilità che esista una stretta relazione tra la creatività e i disturbi mentali, o persino, in un modo più radicale, tra *il genio e la pazzia*.

Nel primo caso, questi autori ammettono che alcuni individui, vittime di un "complesso di inferiorità" possono, in certe circostanze, superare le proprie difficoltà e frustrazioni e trasformare il "complesso" in motivazioni creative.

Ci sono due esempi di geni a cui spesso si fa riferimento in una situazione del genere: Toulouse Lautrec e Lord Byron.

Toulouse Lautrec, che aveva un'enorme ambizione sportiva, all'età di 14 anni rimase vittima di un grave incidente, causato dall'insorgere di un'artrosi congenita, aggravata da due cadute in cui si fratturò le gambe. Da quel momento, egli soffrì di un grande complesso, a causa della sua figura goffa e grottesca; infatti non era più alto di un metro e mezzo. Questo handicap e le crisi di alcolismo che seguirono (fu ricoverato in ospedale per "delirium tremens"), non gli impedirono di esprimersi in notevoli dipinti.

Lo stesso successe a Lord Byron, che ebbe una paralisi alla gamba destra, con una deformazione al piede, oltre alla sua eredità psicopatologica. Nonostante questi aspetti negativi, Byron mostrò un grande talento, così grande

da influenzare, in modo evidente, il romanticismo in Francia e in Germania.

Riassumendo le nostre considerazioni, possiamo dire che molto è stato scritto su alcuni fenomeni di talento, come Goethe, Goya, Kant, Copernico, Stendhal, Tasso, Newton, Holderlin, Nietzsche, Maupassant, Peo, Baudelaire, Verlaine, Van Gogh e Dostoevskij.

È stato proprio lo studio di alcuni di questi fenomeni intellettuali che ha permesso ad autori importanti del 19° secolo di guardare al lavoro di queste personalità particolarmente dotate come ad un tipo di "degenerazione bio-psicopatologica".

Ad esempio, per Moreau de Tours (1804-1884), Francis Galton (1822-1911), Lange Eichbaum (1928) e Cesare Lombroso (1836-1909), c'è sempre qualcosa in comune tra un artista e un malato di mente. Secondo le idee di questi autori, sarebbe frequente trovare la presenza di un'esacerbazione dell'eccitabilità nella maggior parte delle persone dotate.

Ernest Kretschmer (1888-1964), che si dedicò in modo particolare a questo problema, disse inoltre che un lavoro artistico può altresì contenere un qualche strano elemento di predisposizione anormale che può divenire indispensabile per creazioni fuori dal comune. Un tipico esempio di quanto abbiamo appena detto potrebbe essere il caso di Vincent Van Gogh (1853-1890).

Manuel d'Assunçao (1926-1969), un pittore portoghese molto dotato, era solito dire che raggiungeva la sua più grande capacità d'astrazione quando si trovava al culmine delle sue crisi depressive. Era come se rifiutasse la realtà che appariva nel suo conscio in modo magnetico e come se la tristezza e il dolore cambiassero la sua creazione.

Potremmo riferirci ad altri casi in cui certe componenti del genio sono intrecciate con alcune manifestazioni psicopatologiche. Infatti, ci sono state molte situazioni con precedenti psicopatici nelle famiglie dei creatori, come nel caso di Byron che abbiamo menzionato prima. E ci sono state anche personalità di geni che sono sprofondati in un comportamento sregolato, ad

esempio nell'alcolismo.

Principalmente, dopo l'avvento della concezione psicoanalitica, è stata sempre attribuita una coesistenza tra creatività artistica e omosessualità.

I contenuti dell'attività immaginativa sono spesso ambivalenti e ambigui, e in ogni creazione, particolarmente in quella che si esprime con la sensibilità più raffinata, possiamo osservare un mixto di mascolinità e di femminilità. Probabilmente a causa di ciò molti severi critici hanno spesso suggerito l'esistenza di una tendenza omosessuale in molte persone di talento e in molti artisti.

Secondo il nostro punto di vista, questi due tipi di espressione comportamentale non sono necessari nelle manifestazioni o nelle espressioni di interdipendenza psichica.

Come diceva Kretschmer, "il valore intrinseco del genio non è un insieme di regole arbitrarie, o la semplice determinante di un ideale morale e estetico inculcato in lui".

Il genio è piuttosto un individuo che possiede un "sistema psichico specifico capace di creare, a livello più alto degli altri, valori estetici o vitali positivi perfettamente definiti, che ricevono presto l'etichetta di un'individualità eccezionale e peculiare".

Noi accettiamo con riluttanza che certe espressioni ansiose, alcuni sentimenti di profonda "nostalgia", una certa instabilità emotiva, possano essere fonte di ispirazione per alcune produzioni artistiche, seppur eccezionali e rilevanti. Essere un genio non è però un privilegio di tutti, e non può essere neanche alla mercé di questa o quella frustrazione o complesso.

Prof. ANTONIO FERNANDES
DA FONSECA
Professore Emerito di Psichiatria
all'Università di Porto (Portogallo)

Note

¹ FONSECA, A.F., da *Psicologia da criatividade*, Escher, Lisboa, 1990.

² CHOOMSKY, N., *Le langage et la pensée*, Payot, Paris, 1977.

³ LEVI-STRAUSS, C., *Structural Anthropology*, Basic Books, New York, 1958.

DINA NEROZZI FRAJESE

La malattia maniaco-depressiva: una mente fuori misura

“C’è un particolare tipo di pena, esaltazione, solitudine e terrore che fanno parte di questo genere di malattia mentale. Quando sei “alto” è terrificante. Le idee e i sentimenti sono veloci e frequenti come le stelle cadenti e tu le segui fintanto che non ne trovi altre di migliori e più luminose. La timidezza si dissolve, all’improvviso i gesti giusti e le parole giuste sono lì, il potere di sedurre e catturare gli altri sono una realtà sicura. Vengono trovate interessanti persone assolutamente banali. La sensualità è pervasiva e il desiderio di sedurre e di essere sedotti irresistibile. Sentimenti di benessere, intensità, potere, onnipotenza finanziaria ed euforia ti pervadono fino al midollo. Ma, in qualche maniera, tutto ciò cambia. Le idee che sono rapide diventano troppo rapide e sono decisamente troppe; una confusione travolgente si insedia al posto della chiarezza. La memoria è perduta. Tutto quello che prima andava per il verso giusto ora è contrario, tu sei irritabile, arrabbiato, terrorizzato, incontrollabile e totalmente irretito nelle più nere caverne della mente. Tu non avevi mai realizzato che quelle caverne fossero là. Non finirà mai. La follia scolpisce la sua realtà. E va avanti e avanti e alla fine ci sono gli altri che ti ricordano il tuo comportamento bizzarro, frenetico, senza scopo, perché la mania ha almeno una qualche grazia nell’annullare parzialmente la memoria. Che cosa subentra allora, dopo i farmaci, lo psichiatra, la disperazione, la depressione e l’overdose? Tutte quegli incredibili sentimenti dai quali tentare di uscire. Chi è troppo educato per di-

re che cosa? Chi sa che cosa? Che cosa ho fatto? Perché? E più affannosamente, quando accadrà ancora? Poi ci sono tutte le seccature-medicine da prendere, risentirsi, dimenticare, medicine da prendere, risentirsi e dimenticare, ma sempre medicine da prendere. Carte di credito revocate, assegni bancari balzati fuori da coprire, spiegazioni da dare al lavoro, scuse da chiedere, ricordi intermittenti di vaghe persone (che cosa ho fatto?) amicizie perdute o rovinate, un matrimonio distrutto. E sempre, quando succederà ancora? *Quale dei miei sentimenti è quello vero? Qual è il mio vero io?* Quello selvaggio, impulsivo, caotico, pieno di energia e pazzo? O quello timido, chiuso, disperato, suicidario, condannato alla distruzione e stanco? Probabilmente un po’ dell’uno e un po’ dell’altro, con la speranza che non ci sia troppo né dell’uno né dell’altro”.

Ecco la descrizione della malattia maniaco-depressiva, effettuata da un paziente, il quale è riuscito in poche righe a dipingere un affresco completo della sintomatologia propria di questa condizione patologica (F.K. Goodwin e K.R. Jamison, 1990). Da qui si può comprendere perché la malattia maniaco-depressiva viene indicata come: “una mente senza limiti”, una mente cioè i cui i sentimenti spaziano dall’esaltazione euforica alla disperazione, andando ben oltre quelle che sono le fisiologiche fluttuazioni del tono dell’umore proprie di ogni essere umano. A queste *variazioni esasperate del tono dell’umore* fanno inevitabilmente da riscontro anche una *produzione mentale alterata* e un

comportamento disturbato.

La malattia maniaco-depressiva è una malattia vera e propria che colpisce l’affettività, ossia il tono dell’umore. È una condizione patologica che deve essere diagnosticata, studiata e curata in un contesto medico. Essa rappresenta un particolare tipo di psicopatologia che ha *radici biologiche imponenti* e tuttavia si esprime prevalentemente con *manifestazioni di ordine psicologico*. Il processo di avvio delle manifestazioni comportamentali patologiche necessita, almeno nelle fasi iniziali, dell’intervento di *fattori precipitanti* di derivazione ambientale.

La malattia è uno dei disturbi mentali più facilmente identificabili; essa è nota fin dall’antichità, dato che se ne possono rintracciare le descrizioni già nell’antico Testamento. Nel II secolo dopo Cristo, Areteo di Cappadocia fu il primo a suggerire l’appartenenza della mania e della malinconia a un unico processo “essendo la melanconia senza dubbio l’inizio e parte della malattia chiamata mania”.

L’intuizione illuminata degli scienziati dell’antichità e la chiarezza dei loro concetti venne oscurata, nel corso dei secoli, da molteplici credi filosofici e pseudoreligiosi. Emil Kraepelin, verso la fine dell’Ottocento, riaffermò il concetto secondo il quale depressione e mania fanno parte dello stesso processo patologico e per la prima volta usò il termine di “*psicosi maniaco-depressiva*”, una malattia che era totalmente diversa dalla schizofrenia, che egli ancora chiamava *dementia praecox*.

DIVERSE CARATTERISTICHE TRA LA MALATTIA MANIACO-DEPRESSIVA E LA SCHIZOFRENIA	
Schizofrenia	Malattia maniaco-depressiva
<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo sporadico • Disturbo cronico • Disturbo progressivamente invalidante 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiarità • Disturbo episodico • Meno invalidante

Infatti la schizofrenia tende a essere cronica e segue un corso molto deteriorante, mentre la malattia maniaco-depressiva è episodica e risulta molto meno devastante. Nonostante tutti i dati a disposizione non è raro trovare, anche ai giorni nostri, difficoltà nel suo corretto inquadramento diagnostico: non è infrequente che la malattia venga ancora diagnosticata come schizofrenia o venga totalmente ignorata. Fortunatamente la malattia maniaco-depressiva ha una prognosi più favorevole rispetto alla schizofrenia, poiché è meno invalidante e, correttamente trattata, può consentire di condurre una vita "normale". Se non viene curata, la persona che ne soffre rimane preda degli sbalzi di umore e di una impulsività incontrollabile con conseguenze penose sotto il profilo affettivo, lavorativo, giuridico, sociale ed economico. È importante sottolineare il fatto che una percentuale consistente di pazienti maniaco-depressivi non trattati, valutabile attorno al 15% (Guze e Robins, 1970), arriva al *suicidio*. Le conseguenze negative non riguardano solo i pazienti, ma interi nuclei familiari, che sono costretti a subire i devastanti sbalzi di umore, e l'intera società che, non raramente, ne esperimenta gli attacchi violenti: è questa una malattia dai costi sociali molto elevati e non solo in termini economici.

Bisogna però anche aggiungere che questo tipo di personalità presenta una particolare inclinazione nelle diverse discipline artistiche e non sono rari i capolavori, nel campo letterario, musicale, pittorico, architettonico, portati a compimento da soggetti maniaco-depressivi (K. Redfield Jamison, 1993).

Sintomatologia

La sintomatologia si presenta

con *diversi gradi di severità* e le manifestazioni relative sia alla fase maniacale che depressiva possono andare dai gradi di maggior severità a quelli più lievi in un continuum di manifestazioni comportamentali alterate senza che esista un preciso limite di demarcazione: questo concetto viene racchiuso nel termine di "*spettro maniaco-depressivo*".

Fase maniacale

L'episodio maniacale è quello che caratterizza la malattia, la crisi può insorgere gradualmente ma il più delle volte si presenta abbastanza bruscamente. L'aspetto più evidente dell'episodio maniacale è l'*alterazione del tono dell'umore* che può risultare espansivo, elevato o irritabile per la durata di almeno una settimana. Il disturbo deve essere sufficientemente severo da causare una marcata compromissione nell'attività lavorativa o nei rapporti sociali e personali; può essere necessario un ricovero per impedire conseguenze dannose per sé o per gli altri. Oltre all'alterazione del tono dell'umore sono presenti anche *sintomi comportamentali e cognitivi* che includono un esagerato senso di autostima o di grandiosità, una ridotta necessità di dormire, un aumento dell'attività lavorativa, un bisogno irrefrenabile di parlare, facile distraibilità, un'agitazione psicomotoria, un irresistibile bisogno di spendere denaro e un aumento dell'attività sessuale che spesso assume delle connotazioni devianti. Talvolta il sintomo principale è l'irritabilità che si manifesta prontamente nel caso che qualcuno osi minimamente contraddirre le argomentazioni espresse dal soggetto in fase maniacale. Nei momenti di maggiore acuzie il paziente può diventare violento e pericolosamente distruttivo per sé e per gli altri.

La varietà delle manifestazioni

comportamentali anomale è praticamente infinita, unico elemento caratterizzante è rappresentato dalla carica di energia dirompente che procede fino a che il soggetto non rientra nei limiti della norma o, più frequentemente, va incontro all'altra fase del disturbo e cioè alla depressione.

La fase depressiva

In netto contrasto con la fase maniacale, la fase depressiva è caratterizzata dal rallentamento di tutti gli aspetti della vita. La caratteristica essenziale di questa fase è un *tono dell'umore depresso*, un ridotto senso di autostima, o, in qualche caso, una grande irascibilità, unitamente alla perdita di interessi per tutte le manifestazioni della vita e alla incapacità di provare piacere anche in situazioni che dovrebbero essere gratificanti. La sintomatologia deve durare almeno due settimane e deve essere di severità tale da causare una seria compromissione di tutto il modo di essere quotidiano. Sono presenti anche molteplici *sintomi a livello fisico*, come disordini alimentari in eccesso o in difetto, disturbi del ritmo sonno-veglia, dolorabilità diffusa. I sintomi depressivi possono variare in relazione all'età in cui insorge la sintomatologia depressiva e, in genere, assumono prevalentemente caratteristiche di tipo fisico in età infantile e in età avanzata, mentre gli aspetti più squisitamente psicologici sono riscontrabili nell'età adolescenziale e adulta.

Il Processo dello Switch

Per switch si intende tutto quell'insieme di eventi biologici e comportamentali che si associano al passaggio da una fase all'altra della malattia. Il passaggio dalla fase depressiva a quella maniacale avviene, in genere, in un lasso di tempo abbastanza breve, talvolta addirittura poche ore o pochi giorni, più lento e graduale, invece, risulta essere il passaggio inverso. È bene sottolineare il fatto che non tutti i pazienti presentano questo alternarsi di fasi depressive o maniacali ciclicamente ricorrenti, ma possono presentare anche periodi di benessere tra una

fase e l'altra della malattia, periodi che talvolta possono renderne difficile il riconoscimento. La variabilità delle manifestazioni comportamentali, il tempo e la durata dei vari episodi sia maniacali che depressivi sono difficilmente prevedibili e rappresentano una caratteristica assolutamente individuale. Il periodo dello switch rappresenta il *momento più difficile e pericoloso della malattia*. È in questa fase che in genere si instaurano i cosiddetti "stati misti" in cui i sintomi depressivi e maniacali coesistono e che rappresentano il momento più intollerabile per l'intensità del disagio interiore sofferto dal paziente. È anche in questa fase che esistono i maggiori rischi di comportamenti violenti verso sé e verso gli altri.

Dati Epidemiologici

Qual è la dimensione del problema? Il rischio di soffrire di una malattia maniac-depressiva nella popolazione generale varia in relazione agli studi presi in esame, dallo 0.5% al 7.5%. Uno studio recente effettuato negli Stati Uniti lo valuta intorno all'1.6% (Kessler e al. 1994), se però viene presa in considerazione una sintomatologia più sfumata allora la percentuale può salire notevolmente.

La malattia è equamente distribuita sia nel sesso maschile che femminile, a differenza della sindrome depressiva pura in cui i soggetti femminili risultano più colpiti in una percentuale di due o tre volte superiore rispetto a quelli maschili. Non esiste preferenza di classe economica per cui studi recenti hanno negato una prevalenza della malattia nelle classi socialmente privilegiate. Sembra che non esista nemmeno una diversità di concentrazione della malattia tra coloro che vivono in grandi città rispetto a coloro che abitano in piccoli paesi. Tuttavia, secondo alcuni ricercatori, l'intensità degli avvenimenti stressanti potrebbe agire da fattori precipitanti nella popolazione residente nelle grandi aree urbane e contribuire così a una più precoce insorgenza della sintomatologia maniacale e depressiva.



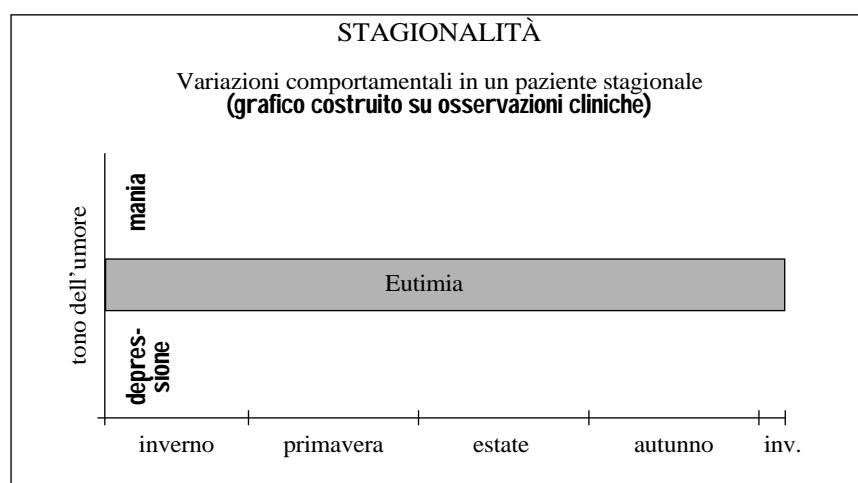
Un'enfasi particolare va posta sulla *popolazione dei senza tetto*. Il fenomeno dei senza tetto si è oltremoda dilatato in questi ultimi decenni, in molti i paesi, in parte per la presenza degli immigrati che, in larga misura, devono la loro condizione allo stato di miseria, mentre, almeno in Italia, la gran parte del problema è da porsi in relazione alla chiusura degli istituti psichiatrici, per cui i malati di mente si trovano abbandonati a loro stessi per le strade. Da una valutazione dei dati disponibili si può affermare che circa un 30% della popolazione dei senzatetto sia costituita da soggetti maniac-depressivi, soprattutto se si considera il fatto che, molto spesso, l'uso smodato di alcol e droga mascherano un'alterazione psicopatologica di questo tipo (Arce e Vergare, 1984).

Se si guarda allo stato civile, si vede che i pazienti maniac-depressivi presentano una maggiore incidenza di divorzi, di separazioni, di relazioni interrotte, rispetto alla popolazione generale, ma questo sembra essere la conseguenza del disturbo più che una causa.

Stagionalità

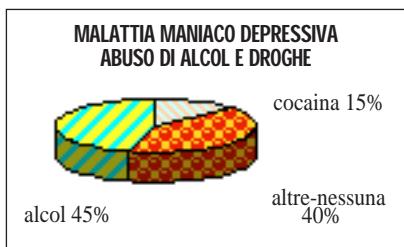
Già Areteo di Cappadocia, qua-

si duemila anni fa, evidenziò il fatto che la malattia vede i mesi primaverili ed estivi come quelli più propensi per l'instaurarsi della sintomatologia maniacale, mentre i mesi invernali sono quelli in cui è più facile vedere insorgere la sintomatologia depressiva. Anche se queste osservazioni non possono essere considerate una regola assoluta, è un dato di fatto che, in alcuni soggetti, esiste questa stagionalità delle manifestazioni comportamentali. Secondo gli studiosi moderni, il fenomeno della stagionalità è da porsi in relazione con la *particolare sensibilità* che questi soggetti presentano nei confronti delle *radiazioni luminose* (Myers e Davies, 1978; Carney e al., 1988). L'aumentata sensibilità agli stimoli luminosi è presente anche nei periodi di benessere e anche nei soggetti definiti "a rischio", poiché presentano una spiccata familiarità in senso maniac-depressivo e questo ancor prima che si siano manifestati i sintomi clinici della malattia. Questa caratteristica sembra dunque rappresentare un *tratto biologico* geneticamente determinato e non un fenomeno da porsi in relazione con lo stato di malattia (Nurnberger e coll., 1988).



Droga, alcolismo e malattia maniaco-depressiva

La coesistenza di malattie mentali e utilizzo di sostanze di abuso è stata più volte messa in risalto (Regier e coll., 1990). A volte il disturbo mentale può essere la risultante di un uso eccessivo di sostanze che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale, ma il più delle volte è vero il contrario: è proprio la malattia mentale a indurre un uso smodato di sostanze psicoattive. Il romanziere statunitense Edgar Allan Poe pose efficacemente in risalto questo aspetto del problema "...i miei nemici riferirono la mia follia al bere, piuttosto che il bere alla follia" (Poe, 1980).



L'impiego di *alcol* e droghe, particolarmente *cocaina*, è molto elevato tra i pazienti maniaco-depressivi, allo stesso modo si può dire che i pazienti sia maniacali che depressi rappresentano una percentuale consistente della popolazione che abusa di sostanze psicoattive (Regier e coll., 1990). Secondo alcuni ricercatori questo fenomeno avrebbe il significato di alleviare lo stato di sofferenza interiore legato alla malattia: la cosiddetta *ipotesi dell'“autoterapia”* (Krantzian, 1985).

Aspetti medico-legali

La fase maniacale della malattia è quella che incide maggiormente su queste non trascurabili conseguenze derivanti da un comportamento alterato. Ci sono due modi di guardare al problema uno relativo alle precauzioni che devono essere prese per tutelare la persona dalle conseguenze negative del suo comportamento deresponsabilizzato, l'altro relativo alle misure che la società dovrebbe prendere per evitare costi pesanti per la comunità.

Le violenze e gli abusi agiti all'interno delle mura domestiche, e che spesso giungono davanti al magistrato, possono derivare non da una indole malvagia della persona ma da uno stato di malattia misconosciuto, soprattutto là dove sono presenti anche abuso di alcol e droga. In questo caso la risposta al problema è una cura adeguata e non certo un soggiorno in carcere, come talvolta prevede la legge.

Raptus omicidi, ritenuti inspiegabili, possono avere la malattia maniaco-depressiva, e la carica di aggressività che si scatena nella fase maniacale, come chiave di lettura. Naturalmente la pericolosità di questi individui è tale da consigliare un allontanamento dal contesto sociale, andrebbe comunque sempre considerato l'elemento di malattia per cui le misure di custodia in carcere andrebbero applicate di pari passo con le cure mediche adeguate.

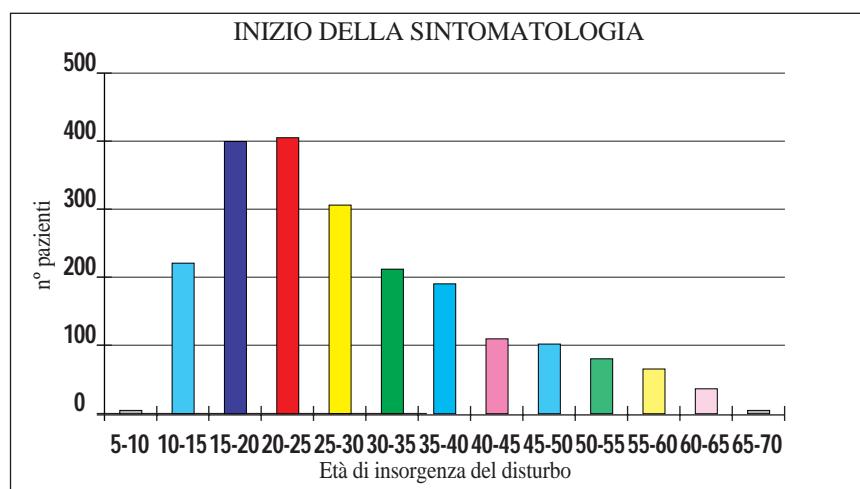
L'impulso a spendere e alla prodigalità è un'altra caratteristica che vede spesso coinvolto l'interessamento della magistratura. Non è raro che i familiari, preoccupati dalla disinvoltura con cui vengono affrontate le questioni economiche dal soggetto maniacale, richiedano l'intervento degli apparati giudiziari per cercare di salvaguardare il patrimonio familiare, attraverso molteplici provvedimenti che possono arrivare fino all'interdizione.

Anche le inadempienze che possono verificarsi nell'ambito del lavoro, devono essere considerate come conseguenti allo stato di malattia e rappresentare un elemento di tutela nei confronti del lavoratore dipendente.

Le origini della malattia

Fin dall'antichità la malattia era stata inquadrata come un disturbo a carattere organico, in cui la fase depressiva e quella maniacale erano la conseguenza di un eccesso, rispettivamente, di bile nera o gialla: quindi una condizione di interesse medico. È sorprendente notare come, a distanza di quasi duemila anni, le concezioni siano rimaste inalterate nella sostanza. Gli studiosi moderni ravvisano, infatti, il nucleo psicobiologico della malattia nell'alterazione del contenuto di noradrenalina a livello del Sistema Limbico: in eccesso nella fase maniacale e in difetto in quella depressiva. La noradrenalina è il principale neurotrasmettore eccitatorio del Sistema Nervoso Centrale e il Sistema Limbico è quella parte del Sistema Nervoso Centrale deputata all'elaborazioni delle componenti emotive della persona, all'infuori dunque del controllo dei centri cerebrali superiori. Questi convincimenti, espressi in modo ultrasintetico, sono il risultato di un intenso lavoro di ricerca che è partito alla fine degli anni Cinquanta e che ha resistito, nella sostanza, a molteplici verifiche fino ai giorni nostri. Il nucleo centrale della malattia è dunque una alterazione biochimica che produce come conseguenza una ampia oscillazione del contenuto di noradrenalina cerebrale e di conseguenza un'ampia escursione del tono dell'umore.

L'esordio del disturbo si colloca, prevalentemente, in epoca adolescenziale. Il decennio che va



dai quindici ai venticinque anni è quello in cui la malattia si manifesta con maggiore frequenza, ma può sopravvenire anche in età più avanzata o in età infantile, sia pure come rara evenienza.

È importante mettere in rilievo il fatto che la malattia per potersi estrarre, soprattutto nelle fasi iniziali, ha bisogno dell'intervento di fattori precipitanti di derivazione ambientale. I fattori precipitanti possono dare l'avvio al processo che è già geneticamente predisposto e rendere la persona più vulnerabile ai successivi episodi stressanti di derivazione ambientale (Post e coll., 1986a). Questo è un punto cruciale in quanto costituisce il supporto teorico al ruolo fondamentale dell'*intervento terapeutico precoce* per riuscire a ridurre la severità delle manifestazioni comportamentali.

Aspetti genetici

La malattia maniaco-depressiva è una malattia che tende a manifestarsi in membri della stessa famiglia, pertanto, a più riprese nel corso del tempo, si è posto il problema dell'inquadramento del disturbo tra le malattie geneticamente determinate. Se, come appare, la malattia è la conseguenza di un'alterazione delle sostanze neurotrasmettitoriali cerebrali, non può meravigliare il fatto che così come si eredita il colore degli occhi o la forma del viso si possa ereditare anche una particolare anomalia della trasmissione degli impulsi nervosi, o qualche altra caratteristica ancora non nota. È comunque un dato di fatto che i 2/3 dei pazienti maniaco-depressivi hanno una positività familiare nei confronti della malattia e che il rischio di malattia quando ne sia affetto un solo genitore è pari al 30%, percentuale che supera il 70% qualora entrambi i genitori risultino ammalati, (Gershon e coll., 1982 a).

È questo un aspetto che tende a essere ignorato poiché i problemi legati alla malattia mentale non vengono affrontati in maniera positivista e razionale. Ignorare l'esistenza di un problema, quando questo è presente, non significa

annullarlo magicamente, ma semplicemente renderne più difficile la risoluzione. La consapevolezza del fatto che questa malattia può avere una trasmissione determinata geneticamente, ha come scopo quello di mettere le persone in condizione di riuscire a valutare correttamente i primi segnali della malattia, qualora essa si presentasse, e di conseguenza intervenire in modo da lasciare il minor spazio possibile ai devastanti sbalzi dell'umore legati alla malattia e alle possibili conseguenze negative.

Aspetti preventivi e terapeutici

L'unica maniera per intervenire preventivamente è quella legata al rapido riconoscimento dei sintomi della malattia e altrettanto rapida introduzione delle terapie adeguate, per minimizzare le conseguenze negative sul piano psicologico, sociale e, possibilmente, anche biologico. Ciò è possibile solo se esiste la *consapevolezza dello stato di malattia*. Nel caso che la diagnosi sia già stata formulata in un altro componente della famiglia, il suo riconoscimento diventerà più semplice. In caso contrario i familiari continueranno a chiedersi il perché di un comportamento che risulta incomprensibile e che viene attribuito non a una malattia ma a cattiva volontà, se non addirittura a un'indole malvagia.

La *terapia* si fonda sull'impiego dei farmaci neurolettici, delle benzodiazepine, dei sali di litio, dei farmaci anticomiziali, dei farmaci antidepressivi e della psicoterapia. Un episodio maniacale florido, in genere, richiede un ricovero. Le conseguenze negative di una tale evenienza debbono essere soppesate con la rapida progressione della mania verso una condizione che, in alcune circostanze, può risultare pericolosa per il paziente stesso e per il resto della comunità.

I *farmaci neurolettici* hanno il compito di contenere gli aspetti più eclatanti della malattia, come allucinazioni e deliri, quando sono presenti, e lo stato di agitazione psicomotoria. Il loro impiego deve essere limitato nel tempo,

sia perché questi farmaci non sono esenti da effetti collaterali indesiderati, sia perché possono contribuire a far insorgere la fase depressiva del disturbo.

Le *benzodiazepine* rappresentano un validissimo ausilio terapeutico data la loro maneggevolezza e la capacità che hanno di alleviare lo stato di tensione interiore, molto importante è il loro impiego nell'induzione del sonno, che, se effettuato in tempo utile, può ridurre la severità della crisi maniacale.

I *sali di litio*, che subentrano in ordine temporale ai farmaci neurolettici e alle benzodiazepine, hanno il compito di stabilizzare il tono dell'umore attenuandone gli sbalzi sia in senso maniacale che depressivo.

Recentemente anche *farmaci antiepilettici*, come il Depakin e il Tegretol, che vengono normalmente impiegati nell'epilessia, hanno dimostrato una capacità di stabilizzare il tono dell'umore e quindi possono venire impiegati utilmente in sostituzione dei sali di litio, in alcune situazioni cliniche.

I *farmaci antidepressivi* servono, naturalmente, per contenere le manifestazioni proprie della fase depressiva. Gli antidepressivi triciclici classici, vanno impiegati con cautela, in questo tipo di pazienti, poiché possono far precipitare le crisi maniacali. Molto utili appaiono pertanto i farmaci di nuova generazione, come gli inhibitori del re-uptake della serotonina, che non presentano questo effetto collaterale indesiderato.

La *psicoterapia*, di tipo comportamentale-cognitivo, rappresenta una parte essenziale del processo terapeutico e ha il compito di riaggiustare le percezioni distorte della realtà che il paziente porta con sé e quello, non semplice, di aiutarlo a contenere gli impulsi attraverso un tentativo di razionalizzazione delle situazioni contingenti, compito questo impossibile senza ausilio farmacologico.

Ruolo essenziale dei familiari

Infine è importante sottolineare il ruolo fondamentale che devono

svolgere i familiari poiché, quando la crisi maniacale è in pieno svolgimento, è inimmaginabile che sia lo stesso paziente a cercare un aiuto. Ai familiari spetta il compito, peraltro non facile, di vincere le resistenze e convincere la persona malata a recarsi dal medico. Su di loro poggia anche l'onere di somministrare correttamente i farmaci prescritti, almeno inizialmente, fintanto che la persona non sia in grado di valutare la situazione in maniera del tutto autonoma.

Prof.ssa DINA NEROZZI FRAJESE
Psichiatra, Ricercatrice presso il

Dipartimento di Medicina sperimentale
dell'Università "La Sapienza", Roma
Consultore del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari

Bibliografia

ARCE A.A., VERGARE M.J., *Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless*. In HR Lamb ed. *The Homeless Mentally Ill: A Task Force Report of the American Psychiatric Association* Washington D.C. 1984, pp 75-89.

CARNEY P.A., FITZGERALD C.T., MONHAGAN C.E., *Influence of climate on the prevalence of mania*. Br.J.Psychiatry 1988; 152: 820-23.

GERSHON E.S., HAMOVIT J., GUROFF J., et al., *A family history of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands*. Arch. Gen. Psychiatry 1982a; 39: 1157-1167.

GOODWIN F.K., REDFIELD JAMISON K., *Manic-Depressive Illness*. 1990 Oxford University Press, New York.

GUZE S.B., ROBINS E., *Suicide and primary affective disorders*. Br.J. Psychiatry. 1970; 117: 437-483.

KESSLER R.C., McGONAGLE K.A., ZHAO S. et al., *Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry, 1994; 51: 8-19.

KHANTZIAN E.J., *The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. Am. J. Psychiatry, 1985; 142: 1259-64.

MYERS D.H., DAVIES P., *The seasonal incidence of mania and its relationship to climatic variables*. Psychol. Med., 1978; 8: 433-440.

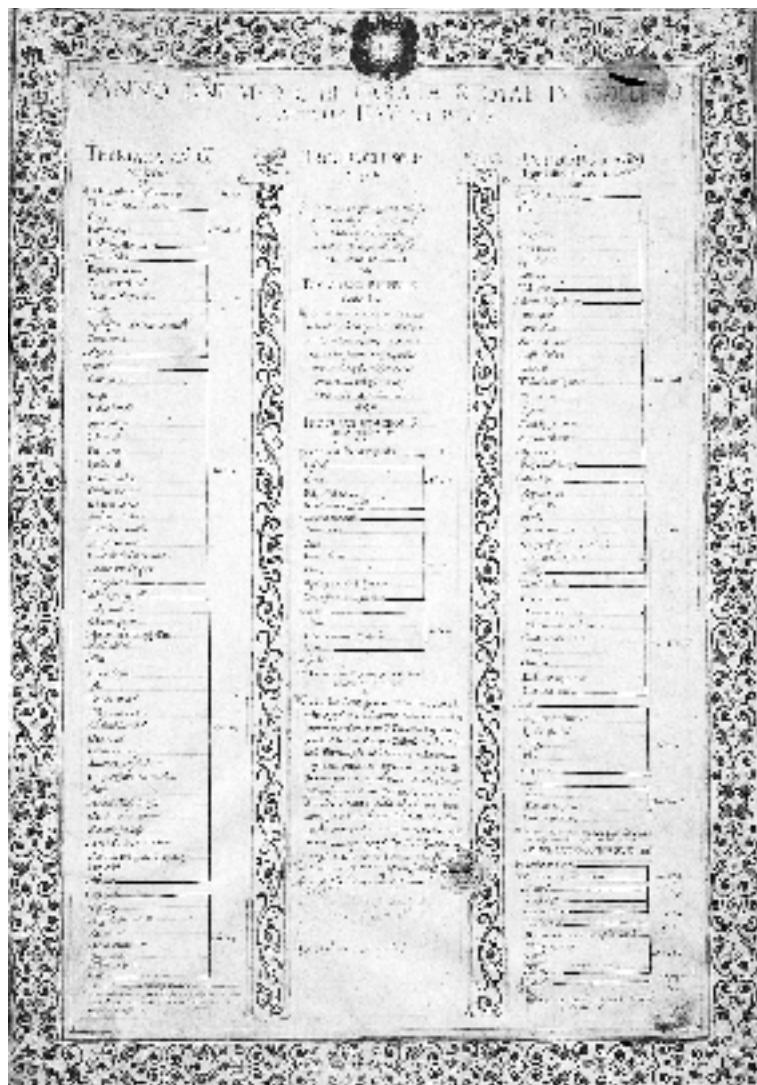
NURNBERGER J., BERRETTINI W., TAMATKIN L. et al., *Super sensitivity to melatonin suppression by light in Jung people at high risk for affective disorders: a preliminary report*. Neuropsychopharmacology, 1988; 1: 217-222.

POE E.A., *The Fall of the House of Usher and Other Writings*. 1980, Galloway D ed. Middlesex, Penguin.

POST R.M., RUBINOW D.R., BALLENGER J.C., *Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness*. Br. J. Psychiatry, 1986a; 149: 191-201.

REDFIELD JAMISON K., *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*. 1993, New York: Free Press.

REGIER D.A., FARMER M.E., RAE D.S. et al., *Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Drug Abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study*. JAMA, 1990; 264: 2511-2520.



WANDA POLTAWSKA

L'uomo non umano

Premessa

Sebbene il concetto di ‘umanità’ sia in apparenza inequivocabile, tuttavia nella nostra epoca, poiché viene ripetutamente frantreso, ha bisogno di una precisazione, come d’altronde numerosi altri concetti una volta univoci.

Attualmente, infatti, vari criteri distorti autorizzerebbero a non includere la persona nel ‘*genus humanum*’ dell’*homo sapiens*. La valutazione chi è l’uomo e chi non lo è o non lo è più è stata sottoposta, nei nostri tempi, alle fluttuazioni determinate da molteplici fattori non solo sociali e politici ma anche etici, quasi che l’umanità, al volgere del XX secolo, non sapesse più ritrovare la propria identità.

Chi è l’uomo?

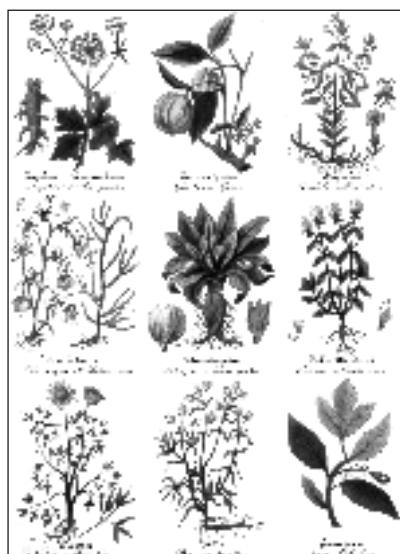
Sembra che a questa fondamentale domanda il mondo di oggi non sappia più una risposta inequivocabile e la storia del secolo che volge al termine mostra numerosi episodi con i quali alcuni uomini negano ad altri la loro identità di “uomini”. L’uomo si sente minacciato e, avendo perso il senso di sicurezza, cerca di difendersi e diventa aggressivo. Le dichiarazioni dei diritti dell’uomo, dei diritti del bambino ed anche dei diritti della famiglia che di tanto in tanto vengono proclamate da varie istituzioni, non avendo nessun potere esecutivo, rimangono pure parole e non riescono a difendere coloro che sono minacciati.

1. Il concetto personalistico dell’uomo

L’antropologia cristiana precisa in modo inequivocabile chi è l’uo-

mo: un essere creato da Dio-Creatore a sua immagine e somiglianza, come uomo e donna. Questo essere non solo nasce dall’idea creatrice di Dio, ma è considerato da Dio figlio suo, anzi figlio prediletto e così amato che per lui, per questa sua creatura, Dio manda nel mondo il proprio Figlio e con la sua passione e morte redime la sua creatura amatissima. Ma tale stupefacente discendenza dell’uomo richiede, per essere accettata, un atto di fede, di cui l’uomo del XX secolo non sembra più capace. Non potendo o non volendo accettare simile discendenza, l’uomo contemporaneo finisce col restringere e limitare la dimensione voluta dal Creatore per accontentarsi di verità assai più facili da accettare dalla sua limitata ragione.

Molte volte Giovanni Paolo II ha cercato, nei suoi discorsi, di sottolineare la grande dignità della persona umana che – come abbiamo detto – ha una discendenza



divina, mentre l’uomo, indifferente al suo Creatore, si sforza di inventare nuovi sistemi concettuali atti a definire se stesso. Nascono così le innumerevoli idee filosofiche e sociali, fatto, questo, che in un certo senso può essere spiegato o almeno compreso osservando i singoli individui: nel loro modo di vivere solo con infinita difficoltà si può scorgere una qualche somiglianza con Dio. Nella concezione personalistica dell’uomo ogni essere umano “*in fieri est*”, progrede sempre verso una maggiore completezza e tutta la sua vita deve servire unicamente a uno sviluppo così concepito.

L’antropologia cristiana esige diritti umani per ogni uomo indipendentemente dal suo grado di sviluppo perché si basa sul criterio fondamentale che l’uomo è creatura di Dio e suo figlio, né può ammettere che qualsivoglia realtà – voluta dall’uomo o da altri fattori capaci di incidere sul suo destino – condizioni, limitandola, la sua dignità personale.

Il prossimo è pertanto una persona che non solo esige di essere totalmente accettata, ma anche amata. È con questa consapevolezza che il cristianesimo si rivolge a qualsiasi uomo senza eccezione alcuna, ed è per i diritti umani così intesi che la Chiesa ha combattuto per tanti secoli e continua a combattere, anche se ai nostri tempi la sua lotta incontra ed affronta ostacoli particolarmente gravi.

2. I disturbi nello sviluppo della persona

Ricerche fatte per documentare

lo sviluppo di bambini hanno permesso di stabilire una norma statisticamente media secondo la quale questo sviluppo si svolge. Tali criteri permettono di stabilire una certa classificazione della persona che si è sviluppata regolarmente, anche se non sempre la teoria coincide con la situazione concreta. È certo che lo sviluppo dipende da elementi di natura diversa che possono frenare o, al contrario, affrettare il ritmo. Tuttavia, se è possibile stabilire in modo relativamente oggettivo le norme che riguardano la crescita del corpo e delle capacità intellettuali, è molto più difficile stabilire le norme dello sviluppo psichico e sociale. Ora, basandosi su un indice sufficientemente attendibile, alcune persone vengono valutate come sviluppate normalmente, mentre altre vengono valutate come 'sottosviluppate' o efficienti in modo incompleto, quando lo sviluppo è disturbato e non permette loro di svolgere le normali funzioni sociali.

A. Il destino delle persone non completamente efficienti

Per un cristiano la valutazione della persona umana non presenta dubbio di sorta. Gesù Cristo afferma che Lui stesso si immedesima con ciascuno di questi 'poveri', sia con i non ancora nati che sono completamente indifesi, sia con tutti coloro che sono afflitti da qualsiasi tipo di minorazione. La Chiesa da secoli, in tutte le situazioni difficili che incontra, offre il proprio aiuto alle persone segnate da un simile destino.

L'agiografia della Chiesa elenca centinaia di santi che hanno consacrato la loro vita a tale impegno. Al di fuori dell'etica cristiana, invece, in epoche e paesi diversi le persone colpite da questo genere di minorazioni sono state trattate in tutt'altro modo, cominciando da Sparta e finendo con gli attuali sistemi legali che, quasi in tutto il mondo, rifiutano il diritto alla vita per le persone malate, e non solo malate ma anche sottosviluppate. Inoltre per giustificare questo preordinato atteggiamento di rifiuto del bambino non ancora nato si cerca di sostituire la denominazione di "uomo", inventando definizioni sempre più perfida-

mente sottili, come embrione, preembrione o addirittura 'oocito' fecondato.

Ma ogni credente ha ben chiaro che l'uomo, indipendentemente dal suo stadio di sviluppo, è sempre 'uomo' iniziando nel momento del suo concepimento, e che il suo concepimento, più che oggetto di dibattito scientifico, diviene spesso oggetto di manipolazione politica. Il momento del concepimento della vita umana è il momento dell'unione delle cellule del padre e della madre. Tale convincimento è d'obbligo senza possibilità di incertezza per tutti gli uomini ragionevoli.

B. I disturbi della personalità e altre perturbazioni psichiche

Sembra ovvio che la presenza della malattia non influenzasse una retta concezione dell'uomo, eppure la storia del genere umano documenta che molte volte le persone affette da disturbi psichici sono state costrette ad affrontare il rifiuto del mondo intero, che molto spesso sono state trattate peggio degli animali, sebbene i disturbi dovuti ad infermità cerebrali non dovrebbero costituire motivo di rifiuto dei diritti dovuti all'uomo. Al contrario, una delle prime azioni di Hitler in Polonia è stato proprio lo sterminio di massa dei malati psichici (e del personale delle loro cliniche).

È un evento consueto che alcuni disturbi psichici togano all'individuo la possibilità di comunicare, ed anche che altri comunichino con la persona soggetta ad infermità, ma questo non incide in nessun modo sul fatto che l'uomo rimane sempre uomo, soggetto di diritti.

3. Le regressioni

Nel numero degli uomini che talvolta rifiutiamo di valutare come "persona umana" sono comprese anche le persone anziane, nelle quali il processo degenerativo cerebrale ha instaurato un deterioramento così grave che il soggetto può perdere non solo le qualità che prima costituivano il suo livello intellettuale e persino morale, ma anche la coscienza stessa della propria persona e non sapere

più chi è. Perciò l'infermità senile, invece di suscitare un senso di pietà umana, scatena spesso un atteggiamento egoistico che provoca, da parte dell'ambiente, il rifiuto della persona vecchia e malata, che spesso viene allontanata non solo dalla propria casa, ma addirittura dal mondo. La tendenza ad approvare l'eutanasia, sempre più ampiamente condivisa, costituisce in questo caso una testimonianza più che evidente.

4. Il criterio di utilità

Si è rafforzata dunque una propensione a riconoscere la dignità di uomo alle sole persone che sono capaci di produrre beni utili alla crescita dei valori materiali, oppure alle comodità di una certa classe sociale. In realtà, dietro questo atteggiamento si nasconde il diritto del più forte, e la società costituita in questo modo non difende certo le persone più deboli, ma al contrario le emarginà o le elimina senza pietà. Possiamo prendere atto di classificazioni di vario tipo stabilite per discriminare i diversi gruppi del genere umano. Questo si è sfaldato in molteplici strati, ai quali corrisponde un diverso grado di umanità; esistono i forti ed i deboli. Diverse sono le cause della debolezza e diverse sono le sue manifestazioni, ma nell'arena mondiale si svolge la incessante lotta per il primato sul mondo, sia sul mondo degli oggetti che delle persone. In questa lotta periscono i più deboli.

5. L'umanesimo

Nella storia di questa lotta della forza contro la debolezza si manifesta di tanto in tanto la tendenza a cogliere le coordinate che costituiscono il fattore *per excelence* umano dell'uomo e, in questo caso, si definisce ciò che distingue realmente l'uomo dal mondo animale, cioè la capacità di giudizio e di amore. L'uomo scopre dentro di sé qualcosa che lo costringe a un atteggiamento sopramateriale e sopracommerciale, e soltanto questo modo di porsi può essere riconosciuto come veramente umano: umanitario. Ma tale com-

portamento nei riguardi dell'altro può essere ritenuto giusto e normale solo se comprende tutti gli uomini senza alcuna eccezione.

Perché anche il richiamo in apparenza giustissimo, che invita ad avere verso l'altro un comportamento umano, cioè a trattarlo con comprensione e compassione, quando è strumentale al soddisfacimento degli interessi di un gruppo sociale o di qualsivoglia egoismo, può degenerare, divenire totalmente negativo e giungere persino a giustificare atti non umani. Così lo slogan di 'mercy death' diventa in pratica l'uccisione dei vecchi e dei malati; lo slogan 'il bene della madre' diventa l'uccisione del bambino appena concepito; il bene di una nazione diventa l'eliminazione della nazione avversaria.

Il secolo XX, infatti, ha effettuato una serie di manipolazioni anche attraverso vari slogan che falsificano la realtà e creano le apparenze del bene. Per esempio, davanti al sorriso soddisfatto di una donna che in televisione dichiara di aver concepito un bambino mediante la fecondazione artificiale, nessuno pensa più che questa donna che sorride dagli schermi televisivi è stata trattata come una persona umana ma come un qualsiasi animale d'allevamento sottoposto a una sperimentazione. Così le apparenze del bene nascondono l'assenza stessa del problema.

6. L'"anus" dell'umanità

Con questo nome è stato chiamato il campo di sterminio Auschwitz, purtroppo non il solo ed unico posto di questo genere al mondo. Di luoghi di supplizio il secolo XX ne conosce a migliaia: luoghi dove degli uomini hanno decretato ed attuato per altri uomini un destino così crudele che sarebbe addirittura difficile credere che questo fosse possibile. Allora – paradossalmente – cosa definirebbe la creatura umana? proprio la sua capacità di essere disumana nei riguardi dell'altro. Nessun animale, infatti, sarebbe capace di atti così brutali e perfidi, quali un uomo perpetra verso un altro uomo. Migliaia di uomini

sono costretti a subire condizioni di solito ritenute 'inumane' eppure queste condizioni sono state create da altri uomini. Le sperimentazioni di massa, la fame, il freddo, l'assoggettamento a prove pseudomediche, tutte le torture e le uccisioni di uomini totalmente innocenti attuate solo in nome di uno slogan dal contenuto ambiguo e spesso interpretato in maniera distorta: è questa l'umanità?

In realtà, quali sono i criteri che definiscono?

Infinite volte merita il nome di 'uomo' più una briciola di bambino innocente, grande come uno spillo, che un SS-man nel campo di concentramento oppure un ginecologo che uccide senza batter ciglio alcune o anche numerosissime piccole creature ogni giorno. Oggi si parla tanto di 'medicina disumana' e di governi disumani, ma in realtà l'umanità intera è minacciata nella sua identità. È ormai necessario ed urgente che si ritorni alle proprie radici. Chi è dunque l'uomo?

7. Il Samaritano

Bisogna ritornare al modello posto ad esempio da Cristo, al modello chiaro ed inequivocabile, che non solo non può dar luogo a dubbio, ma suggerisce anche l'unico criterio di valutazione accettabile: "umano" è l'uomo che non solo sa cogliere i bisogni degli altri, ma anche portar loro sollievo e far di tutto per dare un aiuto concreto. Queste non sono belle dichiarazioni retoriche – questi sono atti, atti a misura d'uomo.

Proprio basandoci su questi atti, infatti, noi possiamo riconoscere chi è l'uomo; poiché condiziona e definiscono colui che le compie, grazie ai suoi atti l'uomo può divenire un uomo di superiore livello morale, può crescere nella sua umanità fino al pieno sviluppo di questa facoltà, che rivela la santità dell'uomo. Al contrario, grazie ai suoi atti l'uomo può perdere la sua umanità, il suo fattore umano: può negare se stesso. Gli atti umani diventano così testimoni dell'uomo. E i suoi atti lo accompagneranno fino all'eternità – si trasformeranno in suoi testimoni.

Nel corso dei miei seminari di medicina pastorale per gli studenti della facoltà di medicina mi serbo ogni tanto del seguente esempio: nella grande Biblioteca Jagiellonica di Cracovia di trovano due documenti, tutti e due risalenti all'anno 1947. Uno di questi è costituito da una sentenza del Tribunale Supremo di Norimberga, che condanna i medici hitleriani alla pena di morte; l'altro invece è una monografia sulle malattie determinate dalla fame, un'elaborazione scientifica di alcuni medici ebrei che, mentre nel Ghetto di Varsavia, stavano essi stessi morendo di fame, hanno sviluppato le loro osservazioni scientifiche, ciascuno nella sua specializzazione: osservando le conseguenze della inedia sull'organismo umano, hanno individuato complessivamente sette stadi della malattia determinata dalla fame. Al momento della liquidazione del Ghetto, i medici sono riusciti a far passare il *corpus* delle loro ricerche in una clinica di Varsavia dove qualche tempo dopo sono state pubblicate con il titolo '*non omnis moriar*'.

Ora, ipotizzo ai miei studenti di medicina che quei medici, sia ebrei che tedeschi, sarebbero potuti essere colleghi più o meno coetanei, che avrebbero potuto studiare medicina a Heidelberg, ed hanno invece avuto un destino diversissimo. Sono partiti dallo stesso punto ma gli uni sono morti da eroi (i medici insieme ai pazienti affidati alle loro cure), gli altri invece di una morte infamante. Dal libero arbitrio dell'uomo dipendono i suoi atti, poiché l'umanità, l'essere e la vita stessa sono state non solo concesse all'uomo da Dio ma anche da lui assegnate come impegno morale.

E l'economia divina si distingue dall'economia umana: agli occhi di Dio l'oppresso diviene vincitore, il tiranno invece risulta sconfitto!

Chi è l'uomo per l'uomo?

Prof.ssa WANDA POLTAWSKA

Membro della Pontificia

Accademia per la Vita

Direttore dell'Istituto di Teologia

della Famiglia alla Pontificia Accademia

Teologica di Cracovia (Polonia)

Consultore del Pontificio Consiglio

della Pastorale per gli Operatori Sanitari

GEORGE B. PALERMO

Psichiatria e criminalità

Introduzione: Panorama sociale

Per ben capire la relazione fra la psichiatria e la criminalità è importante dapprima darsi conto della situazione della società odierna e degli eventi che si sono succeduti durante i decenni passati. La Biblica storia di Caino che uccise Abele, e numerosi fatti di violenza durante la storia umana avvalorano il fatto che la violenza e la vittimizzazione sono state parte integrale della vita collettiva dell'umanità sin dai tempi lontani. Attualmente, la violenza nella nostra società, nelle strade, nelle case, e a volte anche in posti di lavoro è aumentata considerevolmente. Comunque, è necessario inquadrare la violenza sociale, con i suoi alti e bassi, in situazioni storiche particolari e cicliche come il Giovan Battista Vico ben descrisse.

La violenza, ben si sa, è spesso espressione di frustrazione e di ostilità, a volte dovuta a profonda insoddisfazione con il tipo di vita che si deve condurre. Oggi, una buona percentuale dei cittadini, specialmente nel mondo occidentale, mirano senza successo e in maniera incivile a raggiungere scopi e mete che cambiano incessantemente in una società che li produce per loro in un clima culturale altamente tecnologico. Sistemi socio-economici vari tendono a manipolare i membri della società, anche se in maniera non visibile. Burocrazia, razionalismo estremo, e una filosofia utilitaristica hanno ridotto l'uomo ad un essere i cui comportamenti possono essere predetti, manipolati, e controllati. Tabù morali ed etici che sono stati tramandati attraverso il tempo e

che sono parte senza dubbio degli archetipi collettivi che sono stati frantumati. Attraverso una incessante, attiva critica sociale l'autorità è stata minata a tutti i livelli. Si è raggiunto il punto in cui valori morali ed importanti forme di vita istituzionale vengono interpretati secondo teorie relativistiche. La famiglia, pur accettando il tutto e cercando di adattarsi alle nuove scoperte tecnologiche e deformazioni culturali, spesso è incapace di tramandare ai suoi membri, specialmente i figli, quei valori tradizionali di onestà e responsabilità così importanti per formare buoni e dignitosi cittadini.

Certo, non bisogna minimizzare il contributo negativo che viene dato da eventi sociali ed economici di vasta entità come la mancanza di lavoro, scarse opportunità di educazione, la ricerca di una soluzione rapida per i problemi di vita in quel passeggero, innaturale nirvana della droga, che contribuiscono gravemente a disintegrare le famiglie alla loro radice, quelle famiglie che sono state più o meno stabili con l'aiuto di dettami derivati dalla tradizione judeo-cristiana.

Durante i vari decenni passati per essere più precisi, una falsa psicologia che non ha condotto a spiegazioni definitive ma spesso a confuse interpretazioni della realtà sia degli individui che della vita ha spesso minato i rapporti fra individui nella società e specialmente nell'ambiente familiare.

Progressivamente, si è notata la perdite dell'autorità del padre, la progressiva assenza della madre come fonte di amore ed attenzione, e anche, specialmente nei giovanissimi, la perdita di quella gioia di

vivere ed essere parte della comunità e del mondo.

La gente ha spesso assunto un'atteggiamento di indifferenza ed apatia e di estrema dipendenza su nuove istituzioni. Questa immaturità, antisocialità, e anti-tutto sembrano essere parte integrale di moltissime persone nella nostra società. Inoltre, un atteggiamento ribelle e distruttivo ha preso piede raggiungendo alti livelli. Ma non soltanto al livello sociale ma anche al livello personale. Figli uccidono i genitori, genitori uccidono i figli, uomini abusano delle donne, e i bambini sono maltrattati fisicamente e sessualmente. Lo stupro è all'ordine del giorno. Adolescenti sparano ed uccidono poliziotti, ed adulti uccidono anche autorità più importanti. Omicidi brutali in cui il corpo è brutalmente mutilato e sessualmente abusato sono apparsi sulla scena e continuano ad apparire. Una cantante scrive un libro pornografico senza nessun valore letterario e pieno di messaggi di distorta sessualità e il libro raggiunge il livello di un *best-seller* la prima settimana dopo la pubblicazione.

Fede e religione, il credere in Dio, sono stati attaccati e scrutinati. La loro positiva e benefica influenza sulla società in generale, sugli individui in particolare, e sulle loro famiglie, è stata minata. A volte, religiosi, spinti da uno stato sociale disumanizzato, si sono preoccupati più di fattori non primariamente spirituali ma di rivendicazioni sociali che esulano da quella che una vita Cristiana è o dovrebbe essere.

Questo è il lato negativo del panorama sociale con il quale noi dobbiamo convivere. Questa è la

situazione di confusione in cui si trova un largo strato degli esseri umani nella società contemporanea.

Alla base di questa, c'è l'estremo individualismo che ha raggiunto il punto di sostituire l'uomo al suo Creatore, sostenuto dall'effimero stato di una presunta onnipotenza creativa e dalle scoperte dell'alta tecnologia. D'altro lato, questa onnipotenza rivela il suo lato debole nella sua incapacità di controllare quell'aggressività sociale ed individuale che gli ottimi valori morali ed etici hanno frenato durante il passato aumentando la capacità di *self-control*.

In questa visione panoramica, certo non bisogna dimenticare l'imperversare nelle strade della droga e dell'alcol, e gli effetti che la deistituzionalizzazione dei malati di mente negli anni Sessanta e Settanta, umana e giusta ma con dannosi e inaspettati risultati, fonte di disagi nella vita di tutti i giorni per il malato di mente e la società stessa. Certamente, abbiamo visto tutti queste persone abbandonate, psicotiche, malate di mente, parcheggiate sui marciapiedi, vivere sotto i ponti, dormire nelle sale d'attesa delle stazioni ferroviarie, private di ogni cura, malnutrite e spesso piene di rabbia e con comportamenti ostili e incivili, tenacemente attaccati al loro diritto di essere malate e di rifiutare ogni cura, e che spesso finiscono in carcere. Oggi giorno, infatti, nelle prigioni si trovano molti malati di mente.

Dovrebbe la psichiatria sentirsi colpevole per questo stato di cose? Dal momento che il mio compito è di discutere la relazione fra la psichiatria e la criminalità nella società contemporanea, dovrei riportarvi a vedere se la psichiatria in qualche maniera ha contribuito a questo stato di cose. Come tutti sappiamo, durante i decenni passati, con l'avvento della psicoanalisi, il mondo occidentale, e in particolare il così detto nuovo mondo, ha accettato un approccio schematico all'essere umano sia per spiegare i suoi stati psichici che il suo esistere. Sfortunatamente, queste teorie, seppur interessanti, sono diventate parte di un approccio terapeutico ai malanni umani, usando pragmatismo in relazioni interpersonali, permettendo a volte la ricerca del piacere, e la ribellione verso nor-

me sociali, un individualismo estremo e disinteresse per importanti valori tradizionali e importanti rapporti umani. Accettando questi schemi, molti psichiatri hanno perso la totale visione dell'uomo e quell'approccio umano che è essenziale per la comprensione degli altri nel loro lavoro terapeutico. Essi sono diventati dei tecnici e il loro atteggiamento che riflette sicuramente gli atteggiamenti della società in generale, è divenuto estremamente permissivo, incapace di controllare espressioni di ostilità e di rabbia, quei sentimenti che disturbano il normale corso della vita, credendo che ciò potrebbe beneficiare i loro pazienti. Nel far ciò, comunque, hanno mancato di giudicare obiettivamente sia le relazioni interpersonali che la omeostasi psichica e sociale dei loro pazienti e la loro vita familiare, e in un certo qual modo la sicurezza dei figli quando presenti.

Nuove teorie psichiatriche e sociologiche negli anni Sessanta e Settanta hanno dato il via a manifestazioni di ostilità nelle nostre città contro l'autorità costituita nel tentativo di poter ottenere dei cambiamenti a volte giustificabili; comunque, dimenticando che *natura non facit saltum* e spesso creando delle situazioni catastrofiche. Certo, non si può e non si dovrebbe cercare di cambiare situazioni negative con metodi altrettanto negativi. Ciò non fa altro che aggravare la confusione, e la situazione caotica degli anni passati ce ne è testimone di questa permissività.

Io credo che durante i decenni passati la psichiatria con la sua permissività catartica ha, senza volerlo, quasi giustificato comportamenti ribelli dopo aver abbracciato filosofie di *laissez-faire* e relativistiche, sostenendo l'ipotesi che la società è la causa prima dei problemi sociali ed è criminogenica. Chi non si ricorda il progressivo minare dell'autorità cominciando dal padre nella famiglia che fu per lungo tempo ritenuto padre padrone. Questa tendenza di indiziare la società e le autorità di attività antiumana ha generato una impulsività sfrenata, risentimenti, ostilità ed odio, proteste sociali non solo nelle piazze ma anche nelle famiglie, distruggendo quella certa armonia che

poteva esistere in ogni casa.

L'indirizzo terapeutico a problemi di natura umana per essere coronato da successo dovrebbe essere olistico. L'essere umano è un composto di fisico, spiritualità, psicologia, e vive nell'ambiente. È la mia opinione che la psichiatria non dovrebbe essere soltanto una tecnica specialistica ma deve fondersi su una vasta conoscenza umanistica che dovrebbe includere non soltanto la psicologia ma la filosofia, la sociologia, la religione, e perché no? il buon senso. Con queste basi, si potrebbero minimizzare i pregiudizi che possono essere presenti se uno usa un unico indirizzo psichiatrico, e aiuterebbe lo psichiatra ad apprezzare di più il suo paziente come un essere complesso in un mondo in cui partecipano ma che non hanno creato.

Lo psichiatra dovrebbe essere capace di aiutare con la sua terapia il proprio paziente e se è necessario ad accompagnarlo attraverso un periodo, anche se breve, senza interferire con la sua fede religiosa e la speranza di un aiuto superiore che il paziente che crede può avere. Si intende la fede religiosa di sua scelta. Sfortunatamente, ciò non succede. Comunque, dovrebbe essere riconosciuto che gli psichiatri sono essi stessi esseri umani e riflettono come tutti gli altri i valori sociali del periodo in cui vivono.

Criminalità

Guardiamo ora alla criminalità nella società contemporanea, prima di discutere quali possibili rimedi possono essere usati per rettificare o per lo meno migliorarla. Io parlo in particolar modo degli Stati Uniti che sono spesso all'avanguardia in cose buone e cattive. La violenza criminale senza dubbio, è uno dei maggiori problemi in tutto il mondo. Comunque, sembra che sia molto più presente negli Stati Uniti. Senza dubbio, è apparato che la criminalità sviluppa specialmente fra quelle persone che non possono liberarsi dell'indegno stato di povertà in cui vivono, giorno dopo giorno. La criminalità, comunque, non è estranea a persone di ceto medio o anche alto. Ciò nonostante, negli Stati Uniti il nume-

ro degli omicidi più alto è nei ghetti in cui ci sono minoranze etniche e dove la droga imperversa. La maggior parte dei crimini è perpetrata su vittime giovani e di razza negra o Afro-Americana, come si dice. Coloro che li vittimizzano sono più o meno della stessa età e di origine etnica. Molte delle vittime della criminalità sembrano trovarsi nel posto sbagliato nel momento sbagliato.

Molte persone vengono vittimizzate, però, dalle persone con cui vivono e dalle quali si aspetterebbero soltanto amore. Quarantacinque percento degli omicidi negli USA sono il risultato di violenza domestica e entro queste mura domestiche i ragazzi crescono, apprendono e incorporano il comportamento dei loro genitori e degli adulti intorno a loro. Vivono in un clima di violenza e paura, di sadomasochismo, e di aggressività difensiva, e generalmente a ciò si addattano. Questo comportamento acquisito li fa vivere, insieme agli adulti che li circondano, in uno stato di insicurezza e crea loro difficoltà scolastiche e difficoltà nei rapporti interpersonali e li rende incapaci di mantenere un lavoro o impiego, formarsi una famiglia, e assumere la responsabilità per sé ed eventuali propri figli. Questo li marginalizza sempre più e finiscono come persone demotivate ed incapaci di divenire membri produttivi della società.

La loro disumanizzazione, la loro spersonalizzazione, la loro aggressività interna e la loro passività manipolatrice a volte esplode in una criminalità del peggiore tipo. Si osservano i crimini più impensabili – e non soltanto quelli commessi dai così detti serial killer – ma anche quelli commessi dall'improvvisa apparizione di un killer furioso che commette una strage. Generalmente, egli è affetto da una personalità borderline e inversa la propria ostilità contro la società, prendendo di mira gruppi di persone. Casi di violenza esplosiva sono numerosi e sempre più frequenti e uno si domanda come mai ciò avviene. Forse queste persone sono incapaci di accettare un ruolo disumanizzato nella nostra società¹ e la continua lotta per la sopravvivenza in un clima socio-economico che cambia continua-

mente sotto la fluttuazione dei mercati economici che compie da parte sua omicidi senza arma. Frequentemente, questi atti di violenza sono perpetrati da persone che usano ed abusano delle droghe e dall'alcol. Molti di loro sono altamente ribelli e ciò potrebbe essere la conseguenza dell'essere cresciuti senza una figura paterna in una società che sentono indifferente e violenta. Queste sono persone giovani che sono come condizionate ad uccidere dai crimini che osservano nelle strade oppure nei vari mass media, come la televisione o il cinema. Lo stupro di donne, le loro menomazioni fisiche, o il loro omicidio è frequentemente riportato e probabilmente questo tipo di violenza è ancora più numeroso perché molte donne si vergognano di denunciare di essere state stuprate, particolarmente quando avviene nell'intimità della casa.

Sempre più frequentemente appare il pedofilo lussurioso che approfitta sessualmente di bambini i quali sono a volte anche oggetto di filmati pornografici. Spesso questi bambini scompaiono. Negli Stati Uniti ci sono circa 5-6.000 persone, bambini e non, che scompaiono ogni anno e forse molti di loro sono stati preda di offese criminali. Osserviamo anche casi di bambini malmenati dai propri genitori e donne malmenate dai mariti o compagni. Ho assistito ad autopsie di bambini non oltre un'anno di età, la cui unica colpa era di piazzarli, che furono uccisi dai propri genitori sotto l'effetto della cocaina.

La criminalità esiste ovunque, non c'è dubbio. Non c'è strato sociale che ha la prerogativa della criminalità e nessuna cultura ne è immune. Comunque, è l'alta frequenza della criminalità che ci sbalordisce oggi e che si fa domandare che cosa sta succedendo nella nostra società. Uno studio fatto su cento carcerati in una prigione Americana ha rivelato che essi attribuiscono la loro criminalità alla disintegrazione della loro famiglia e una mancanza di un *role model* da parte di una figura paterna.

Sembra, infatti, che la nostra società stia diventando una società di figli senza padre. Comunque, non soltanto il padre manca in molte

famiglie ma anche la madre che pur convivendo, per fattori sociali ed economici è spesso fuori di casa ed è costretta a lasciare i figli o a loro stessi o all'attenzione di estranei. Spesso, gli stessi criminali esprimono mancanza di sentimenti affettivi e credono che ciò è stato causato dalla mancanza di direttiva e valori nella loro vita. Essi si sentono incapaci a stabilire un rapporto normale con gli altri.

Statistiche recenti dicono che negli Stati Uniti al 30 giugno 1994 i carceri cittadini avevano una popolazione di 484.000 adulti, circa uno ogni 398 residenti negli Stati Uniti. La popolazione nelle prigioni statali e federali, invece, è stata stimata a 992.000 detenuti alla fine del 1994. Il numero dei crimini negli Stati Uniti è di molti milioni all'anno, e ogni anno entrano ed escono dalle prigioni circa 2.000.000 di persone. Il numero totale di persone sotto sorveglianza penale fu nel 1994 di circa 5.100.000². Sebbene il numero di omicidi negli Stati Uniti è stato riportato come in diminuzione, durante i recenti passati anni è stato sui 30.000 all'anno³. È interessante notare che attualmente il numero dei suicidi è più alto di quello degli omicidi. Molto probabilmente sia gli omicidi che i suicidi riflettono quella aggressività che è diretta o fuori o dentro se stessi in seguito a stati di disperazione e alla inabilità dell'individuo di fronteggiare un vivere che sta diventando sempre più difficile.

Emarginazione, alienazione, disoluzione di legami, mancanza di lavoro, il cancro della cocaina e dell'alcol sono tutti fattori che stimolano e producono quei disturbi di natura esistenziale e psicologica in cui molti cittadini Americani vivono. Comunque, non bisogna dimenticare che anche altre nazioni sono preda di un certo grado di criminalità⁴.

La criminalità giovanile è diventata un dramma per la società negli Stati Uniti e crea un dilemma morale per i giudici e il sistema giudiziario. I loro crimini sono spesso senza motivo, profondamente distruttivi, e le sentenze passate dai tribunali su questi giovani possono essere interpretate come accuse contro la società. Non c'è giustificazione per la loro criminalità e

per questi omicidi, come non c'è giustificazione per nessun omicidio se non come reazione in difesa personale. È moralmente sbagliato e non si dovrebbe psicologizzare più dicendo che la violenza di queste persone è una reazione alla violenza di altri e inconsciamente una identificazione con il presunto o reale aggressore. Molti giovani criminali vivono in condizione di vita disastrata. Tuttavia, ciò non giustifica il loro comportamento antisociale.

Potrebbe, invece, di nuovo essere un'accusa contro la società.

Stranamente, questi sono giovani che a volte, quando sotto l'influenza della droga o dell'alcol, hanno allucinazioni uditive: la voce di Dio come quella del demonio appaiono nei loro stati confusionali, mettendo a fuoco, forse, l'eterno problema di tutte le società e di tutti gli uomini: la lotta fra il bene e il male. Soltanto raramente, comunque, in altre circostanze sembrano esprimere un'interesse in Dio. Certamente, dettami religiosi mancano nella loro vita, e la maggior parte di loro non hanno la minima spiritualità o nesso con un credo religioso. C'è una confusione sociale nella loro vita. È senza meta, senza *raison d'être*. Molti di loro possono essere riabilitati, specialmente quando molto giovani, e prima che la loro criminalità si cronicizzi.

Nell'osservare questa società in cui viviamo le parole del divino poeta, Dante Alighieri, possono essere di aiuto. Il poeta, infatti, disse: *Nel mezzo del cammin di nostra vita mi ritrovai per una selva oscura, che la diritta via era smarrita*⁵. Come può rapportarsi questa analogia fra la crisi esistenziale di Dante durante la sua età adulta e la presente crisi sociale in cui viviamo? Come può il problema di un singolo individuo essere paragonato ad una società intera? Non dimentichiamo che sia la società che il singolo individuo attraversano cicli di sviluppo. Come nella società ci sono periodi di prosperità e di *renaissance* alternati con periodi di depressione e oscurantismo, così in un individuo ci sono stati emotivi e comportamenti diversi che si alternano. La disperazione di Dante potrebbe ricordarci la depressione regressiva di una parte

della società contemporanea, così altrimenti matura. Come Dante trovò se stesso nell'oscura foresta della depressione e perse la giusta via, molte persone nella nostra società hanno anche perso la diritta via. Molte persone sembrano trovarsi in una foresta offuscata da problemi sociali, culturali ed etici, dove istinti impulsivi dominano e sono ovviamente alla base dei comportamenti antisociali, distruttivi ed invasivi di relazioni interpersonali. Non dimentichiamo che Dante credeva che sia ragionevolezza che conoscenza ed esperienza potrebbero essere di aiuto nella ricerca della verità se motivata dall'amore. Ciò potrebbe portarci ad istituire quel processo educativo sociale che potrebbe aiutarci a migliorare la situazione presente.

Il compito della Psichiatria

Come può la psichiatria essere di aiuto nel combattere la sempre crescente criminalità. Gli psichiatri hanno a volte delegato il loro ruolo primario a professioni ancillari i cui membri spessissimo non possiedono quell'acume diagnostico e terapeutico che loro hanno. Gli psichiatri dovrebbero cercare di riassumere il ruolo che avevano nel passato. Dovrebbero abbandonare i loro atteggiamenti di *laissez-faire*, le teorie di relativismi assoluti con cui hanno contribuito ad annullare i valori umani e hanno dato vita a religioni secolarizzate. Dovrebbero non sottoscrivere a quel concetto di onnipotenza umana che tutto ci è possibile, che non ha fatto altro che aumentare i nostri sensi di inadeguatezza e disperazione. Gli psichiatri possono essere di grande aiuto con le loro tecniche terapeutiche, la loro empatia, la loro comprensione, il loro sostegno morale ai loro pazienti senza cercare di sminuire l'importanza di valori etici, morali e religiosi che i pazienti possono avere.

Soprattutto, nei loro contatti terapeutici, devono responsabilizzare i loro pazienti. È un lavoro arduo ma se motivato da quella *cari-tas* che dovrebbe essere alla base di ogni terapia e quel senso di dovere umano verso l'individuo e la comunità, può dare risultati positivi. La psichiatria deve vedere l'u-

mo nella sua totalità e dare spazio alla sua spiritualità. Secondo me, queste sono alcune delle ragioni per le quali la psichiatria ha parzialmente fallito la sua missione. Troppo spesso si dimenticano che i mali dello spirito causano anche mali psichici.

Rivolgiati ora alla psichiatria e alla criminalità. La violenza è il soggetto di frequenti dibattiti nella società odierna, sia per l'effetto sulle persone vittimizzate, sia per la paura che crea nella comunità, sia per il costo per la collettività. Molto si può e si dovrebbe fare per prevenirla. Oggi, si pensa che le forze dell'ordine da sole non possono dare una risposta e provvedere a spazzare la criminalità dalla comunità⁶. Infatti, la prevenzione della violenza sociale richiede non soltanto un impegno duraturo ed a lungo termine, ma anche un'approccio multifattoriale al problema e la partecipazione di varie professioni. E la psichiatria dev'essere parte di questa risposta sociale alla criminalità.

La psichiatria, infatti, dovrebbe partecipare attivamente nell'individuare quelle persone che potrebbero divenire violente, e ciò non soltanto come prevenzione ma anche possibilità terapeutica. Mentre è difficile prevenire la violenza, specialmente in quegli individui come i serial killer che generalmente non vengono in contatto con gli psichiatri prima della loro cattura, e difficili ad individuare, per la maggioranza dei criminali che sono adolescenti con turbe comportamentali, giovani persone frustrate, borderline pluriomicidi o depressi suicidi, o persone soltanto depresse molto si può fare non soltanto per alleviare la loro disperazione esistenziale e curare la loro psicopatologia ma anche per controllare la loro aggressività. È importante cercare di intervenire a livello scolastico e nei posti di lavoro, e di conseguenza ciò implica la cooperazione di persone competenti nelle suddette professioni. Un trattamento adeguato di questi individui certo potrebbe migliorare la possibilità di garantire la sicurezza nella società.

I problemi psicologici cominciano presto nella vita. Si è ipotizzato che cominciano già nell'utero materno, ma certamente spesso

nella fanciullezza. Per noi tutti, gli esami non finiscono mai. Ci sono, infatti, dei momenti cruciali nel crescere in cui l'ostilità, l'aggressività e la violenza sono più presenti e possono dar luogo ad esplosività emotiva. Infatti, dal momento che il comportamento antisociale è molto più frequente durante un periodo della vita che va dai 16-17 anni ai 34 anni circa ed è spesso preceduto da un'escalation della ribellione durante la giovinezza, la fanciullezza e l'adolescenza, gli psichiatri dovrebbero prestare attenzione nell'individuare i tratti violenti sia nel bambino ribelle, nell'adolescente antagonista, nella persona che commette atti antisociali, che nella persona apatica, chiusa in se stessa, o isolata. È meglio prevenire che curare.

Nel campo legale, gli psichiatri devono mantenere obiettività e non divenire partigiani ad oltranza nelle loro perizie, specialmente quando si tratta di responsabilità criminale. A volte, gli psichiatri possono essere manipolati dagli avvocati e ciò con conseguenze serie per la società.

Gli psichiatri dovrebbero anche occuparsi della situazione dei detenuti negli istituti di correzione, cercare di organizzare o partecipare in terapia di gruppo per controllare l'ostilità dei detenuti, tenere corsi educativi sulle manifestazioni dell'ansia, della depressione, o altre malattie di origine psicologica, corsi educativi sul come minimizzare la propria aggressività con l'intento di cercare di insegnare loro la sintomatologia, corsi educativi sul come minimizzare la propria aggressività in determinate situazioni se confrontate con esse, gruppi di riflessione e meditazione. Non devono rifuggire dal discutere con i detenuti le conseguenze a volte disastrose di possedere un'arma da fuoco. Negli Stati Uniti, le armi da fuoco rappresentano la seconda causa di morte accidentale e sono responsabili per il 72 per cento degli omicidi nei giovani fra i 10 e i 14 anni⁷. Ovviamente, i responsabili degli istituti di pena dovrebbero cercare di impiegare i servizi degli psichiatri, creare una specie di mini-dipartimento di igiene mentale con lo scopo di creare un'ambiente più umano per i detenuti e sviluppare

programmi di riabilitazione. Ma al di sopra di tutto, gli psichiatri dovrebbero essere persone che si dedicano a curare le persone *devianti* e alla rettificazione dei loro possibili problemi psichici che originarono nel loro lontano passato e che sono parte del loro *background*, anche se non palesemente malati di mente.

Maggiore aiuto, comunque, deve venire da una rinascita morale, da una rinnovata spiritualità, da una re-evangelizzazione del popolo tutto. In ciò, i pastori di anime hanno una opportunità unica di coinvolgere non soltanto dal pulpito ma maggiormente con il loro consiglio, sia ai detenuti nelle carceri che fuori. La gente ha bisogno di direttive spirituali. Ha bisogno di aiuto per trovare il sé spirituale e di qualcuno che dica loro quando commettono atti antisociali che ciò che hanno fatto è sbagliato, piuttosto che assecondarli, com'è stato fatto fin qui, aumentando la loro convinzione di essere vittime del sistema. Questo approccio permisivo finora dimostrato con i criminali ha creato quasi una giustificazione per la loro condotta. Nello stesso tempo, li ha derubati attraverso una demotivante comprensione della loro capacità di riflettere sui loro problemi, privandoli di sentire non soltanto il rimorso per i loro delitti, ma anche e soprattutto la responsabilità per ciò che hanno fatto. Non è certo il caso di giustificare dicendo che la vita è stata loro matrigna. Non si può cominciare una terapia su una premessa errata.

Conclusioni

Concludendo, mentre è più che chiaro che gli psichiatri e la psichiatria potrebbero fare molto nella prevenzione della criminalità, è ovvio che ci sono molti fattori che contribuiscono alla violenza nella nostra società. Un fattore molto importante deve riconoscere nella progressiva disintegrazione della famiglia. Un grande numero, se non la maggior parte, di questi criminali sono giovani e provengono da famiglie disfunzionali, spesso senza padre, e hanno ricevuto una istruzione scolastica meno che elementare. E tutto ciò ha con-

tribuito alla mancanza di un buon carattere così importante nella società.

Non hanno un senso di orgoglio e non sentono la vergogna come una persona normale la sente, o dovrebbe sentirla. L'orgoglio e vergogna generalmente facilitano la formazione del carattere dei bambini e degli adolescenti. L'orgoglio per un buon lavoro scolastico e per i contributi civici, l'orgoglio di appartenere alla propria comunità umana, e l'orgoglio di sentirsi paladini di cause umanitarie o perlomeno il benessere della propria famiglia. Vergogna è quel senso che le persone hanno quando riconoscono che le loro azioni non sono conformi sia ai loro valori personali che alle loro aspettative e alle aspettative degli altri. Questi sono sentimenti universali e non conoscono limiti razziali o religiosi.

Fra i Proverbi, 226 dice: *Abitua il giovane secondo la via da seguire; neppure da vecchio se ne allontanerà.* Questo proverbio certamente riflette una verità millenaria. Sarebbe certo ragionevole seguire questo consiglio per migliorare la situazione caotica in cui la famiglia umana si trova oggi giorno e diminuire con ciò la criminalità.

Prof. GEORGE B. PALERMO
Direttore dell'Istituto di Psichiatria criminologica della Facoltà di Medicina dell'Università del Wisconsin (USA)

Note

¹ Insieme ad altri colleghi, io ho fatto una ricerca statistica riguardo i casi di omicidio, stupro, rapina e aggressione nella città di Milwaukee durante un periodo di 25 anni. Le quattro categorie di crimini violenti presi in considerazione hanno dimostrato statisticamente che in una città come Milwaukee, stabile nella sua popolazione, i casi di omicidio sono aumentati del 51% dal 1965 al 1990; lo stupro è salito del 1,712%; l'incidenza delle rapine è salita del 1,990%, e il numero di aggressione del 217 per cento.

² Circa il 94% dei detenuti erano uomini, 47% erano bianchi; 51% erano neri. C'erano quasi 3.000.000 di adulti in libertà vigilata nel dicembre 1994. Essi figuravano come il 58% di tutti gli adulti sotto sorveglianza correzionale nel 1994. Circa il 20% erano donne, il più alto numero di detenuti nel sistema giudiziario. Circa 66% di questi erano bianchi e 32%

erano negri. Sei su dieci persone rilasciate dalla libertà vigilata avevano completato il loro periodo di sorveglianza.

Dal 1980 al 1994, il numero delle persone in libertà vigilata è aumentato di oltre 1.8 milioni, una media annuale di 7,2%. Il numero dei detenuti aumentò del 9% durante il 1994, l'equivalente di 82.200 detenuti. È stato stimato che 690.000 persone erano in libertà vigilata, dopo aver scontato un periodo come detenuti, alla fine del 1994, un aumento di 2,1 dal 1993. Nove su dieci di questi erano uomini, 53% erano bianchi, 46% neri e 1% di altre razze. Il numero di adulti in libertà vigilata è triplicato durante un periodo di 14 anni (da 220, 438).

Al 31 dicembre 1994, le forze armate degli Stati Uniti (Army, Navy, Marine Corp) registravano un totale di 2.782 detenuti in 33 istituzioni carcerarie. Circa 98% dei detenuti militari erano uomini e 2% donne. La metà erano bianchi non-Ispanici; 39% neri non-Ispanici, 7% Ispanici, 4% altre razze. Di questi detenuti, 17% sono stati condannati per stupro e 15% per atti di libidine. Detenuti condannati per omicidio o omicidio non-colposo erano 11% come quelli per furto e rapina.

Durante il 1994, 306 detenuti erano in carcere con sentenza di pena di morte nelle prigioni di stato o federali, e per 112 di questi la sentenza è stata cambiata. Al 31 dicembre 1994, il numero dei detenuti con sentenza di morte nelle prigioni statali e federali era di 2.890. Circa 57% di questi erano bianchi e 41% neri. Metà dei detenuti (non-militari) sono stati nelle carceri con sentenza di morte per lo meno per sei anni. Tredici stati hanno giustiziato 31 detenuti di sesso maschile durante il 1994. Novanta percento dei detenuti adulti

nelle carceri erano uomini. Di questi, il 39% erano bianchi non-Ispanici; il 44% neri non-Ispanici, e il 15% Ispanici. L'aumento medio annuo è stato del 7,2% dal 1980 al 1994. (Bureau of Justice Statistics, Executive Summary July 1996, NCJ-161559, U.S. Dept. Of Justice, Correctional Populations, 1994, Washington) (pp.1-4).

³ *Ibid.*

⁴ Morti per omicidio in alcuni paesi su 100.000 abitanti in vari anni USA (1991) 26,254, Irlanda del Nord (1992) 1,627; Italia (1992) 1,627; Finlandia (1993) 166; Portogallo (1992) 149; Grecia (1993) 133, Svizzera (1993) 111; Svezia (1992) 117; Norvegia (1992) 47; Danimarca (1993) 63, Germania (1993) 966; Francia (1992) 581; Spagna (1991) 346; Inghilterra e Galles (1992) 288 (World Health Statistics Annual, 1994, Geneva, Switzerland: WHO).

⁵ *Inferno*, Canto I

⁶ Vedi Bibliografia GOLING A. (1996).

⁷ Vedi Bibliografia CAMOSY P.A. (1996).

sician. 54:971-975, 1996.

GOLING, A., *Violence and Public Health. Journal of the Royal Society of Medicine*. 89:501-505, 1996.

PALERMO, G.B., *Adolescent Criminal Behavior. Is TV Violence One of the Culprits?*, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. Vol. 39(1), 11-22, 1995.

PALERMO, G.B., *Restoring the Family as the Primary Human Community. Journal of Interdisciplinary Studies: An International Journal of Interdisciplinary and Interfaith Dialogue* Vo. V11, No. 1/2, 51-70, 1995. PALERMO, G.B., *The Faces of Violence*. C.C. Thomas, Springfield, 1994.

PALERMO, G.B., *The Plight of the Deinstitutionalized Chronic Schizophrenic. Ethical Considerations*, in *Health Care Ethics: Critical Issues of Health Professionals*. Thomasma D.C. & Monagle, J.F., Editors. 1994. Chap. 14, pp. 133-145.

PALERMO, G.B. & SIMPSON, D., *At the Toots of Violence: The Progressive Decline and Dissolution of the Family*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 68(2), 105-106, 1994.

PALERMO, G.B., SMITH, M.B. & LISKA, F.S., *Jails Versus Mental Hospitals: The Milwaukee Approach to a Social Dilemma*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35 (3) 205-216, 1991.

PAPESCHI, R., *The Denial of the Institution. A Critical Review of Basaglia's Writings*. *British Journal of*, 145:247-254, 1985.

VICO, G.B. *The New Science of Giambattista Vico*. Bergin, T.G. & Fisch. M.H. (trans.). Cornell University Press. Ithaca, NY.

Bibliografia

ALIGHIERI, DANTE, *The Divine Comedy: Inferno*. Allen Mandelbaum (trans.) Bantam Books, New York 1982

BACHRACH., I.I., *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*. U.S. Government Printing Office, DHEW Publication No. (ADM), 76 - 351, 1976.

CAMOSY, P.A., *Incorporating Gun Safety into Clinical Practice*. *American Family Phy-*



ADOLFO PETIZIOL

Malattia e morte dell'ascolto: il dramma della solitudine

Solitudine, abbandono, emarginazione, morte dell'ascolto, della comprensione, morte dell'intersoggettività. Sono elementi che riconosciamo come caratteristici della nostra epoca e del nostro contesto sociale. Sono al contempo elementi che definiscono in maniera precisa una gran parte di stati psicopatologici che percorrono in maniera transnosografica i diversi quadri della sofferenza mentale.

Verrebbe da dire che la nostra epoca ed il nostro contesto sociale manifestano i sintomi della sofferenza mentale.

Scopo di questo intervento è la definizione del sentimento di solitudine, delle sue forme e delle modalità con le quali la solitudine estende la propria dimensione fenomenica nelle situazioni di sofferenza mentale ed in quelle di relazione interpersonale.

È nell'ambito delle relazioni interpersonali che si consuma oggi la malattia dell'ascolto e la sua morte, crisi che attanaglia l'individuo e lo emarginia, specialmente se soffrente.

La solitudine è un sentimento a due facce: esperienza disperante reattiva all'angoscia di separazione ed insieme autentico mezzo di comunicazione con se stesso. È il sentimento che più spesso si associa al vissuto di emarginazione e di isolamento del disagio della mente, ed insieme la condizione esistenziale che accompagna i grandi cambiamenti dello stato d'animo dell'individuo, siano essi determinati dalla maturazione personale che dal percorso di una psicoterapia.

È di fatto in solitudine il paziente che affronta la sofferenza profonda dell'abisso della follia; è in

solitudine il paziente che si pone di fronte ai fantasmi del proprio inconscio per combatterli; è solo lo psichiatra che si avvicina agli abissi dell'isolamento e della frammentazione della mente.

La solitudine dell'uomo soffrente rappresenta il contenimento di emozioni troppo intense o il tentativo di porre dei limiti relazionali ad un rischio di frammentazione interna. L'isolamento, nel quale il malato di mente si immerge, può indurre un sentimento di solitudine diverso, variegato e mascherato dello psichiatra che affronta il problema. Il misconoscimento di queste solitudini indotte, può determinare nel curante, chiamato a calarsi in questi abissi, reazioni transferali consistenti in un rifiuto della relazione.

Si sviluppa così, anche in ambito terapeutico, la patologia dell'ascolto: quell'incapacità di porsi in atteggiamento di condivisione del vissuto dell'altro al di fuori dei condizionamenti diagnostici, dei preconcetti ideologici, di quello stato di ascolto costante delle proprie necessità.

Nella era della comunicazione tutti sono impegnati a mandare messaggi, ad esprimere opinioni, a manifestare sentimenti, col risultato che aumenta quel rumore di fondo che ostacola il reale contatto relazionale tra gli individui.

Con il termine solitudine in lingua italiana si indica indifferentemente una condizione non emotivamente significativa di assenza di interazione con altre persone, ed una condizione emotivamente coinvolgente di separazione dal rapporto, di isolamento, di abbandono. Sono rispettivamente l'"alone-ness" ed il "loneliness" delle lin-

gue anglosassoni e assomiglia alla parola portoghese *solidade*.

Nel primo caso l'assenza di interazione con altre persone presuppone comunque l'esistenza di una risonanza della coscienza al rapporto con se stessi, di una percezione interna pronta ad indirizzarsi verso la percezione dell'altro e dell'ambiente, all'opportunità di partecipare al proprio vissuto per integrarlo con l'ambiente. Nasce per questo meccanismo l'esperienza percettiva dell'estranchezza dell'altro, dell'oggettività temporale, del proprio mondo, del mondo comune e di quello del prossimo.

La relazione con il mondo dell'altro nasce nella solitudine, in una particolare disposizione di "direzione dell'atto" nella quale il flusso vitale della persona riesce a confluire con il flusso vitale dell'altro. Da due solitudini nasce una condivisione di spazi emotivi ed affettivi.

Il percorso opposto, cioè quello che sposta la direzione dell'atto nel senso della divergenza dei flussi vitali, porta ad una nuova solitudine rispetto a quella di partenza. È la solitudine della perdita del rapporto, del distacco, della malinconia e della nostalgia. È la solitudine della perdita del rapporto, del distacco, della malinconia e della nostalgia. È la solitudine del lutto, della perdita del seno materno, è la solitudine di chi perde un oggetto d'amore, un oggetto sul quale aveva diretto il proprio flusso vitale. Una solitudine elaborata come sentimento che conduce alla risoluzione ed all'integrazione delle relazioni con l'oggetto perduto e all'adattamento alla sua scomparsa.

Nel processo di elaborazione dei sentimenti di perdita dell'oggetto

possiamo distinguere tre stadi.

Nel primo stadio predomina la protesta e il diniego; l'individuo tenta di rifiutare che la perdita abbia luogo, si sente incredulo e pieno di rabbia. Possono generarsi atteggiamenti aggressivo-distruttivi di diffidenza paranoide e persecutoria per la perdita della possibilità di godere dell'esperienza della relazione affettiva.

Il secondo stadio è quello della rassegnazione; la realtà della perdita viene ammessa e sopravviene il dolore. Il sentimento di solitudine si mischia a malinconia e nostalgia per la perdita.

Il senso di solitudine, nell'esperienza individuale del processo di integrazione segna il passaggio alla posizione depressiva. Il processo di integrazione rappresenta il momento positivo di adattamento alla scomparsa dell'oggetto perduto, di adattamento ad una realtà priva di perfezioni illusorie.

L'integrazione contiene elementi di sofferenza espressi dal senso di solitudine, quella sofferenza necessaria per ridurre l'idealizzazione dell'oggetto e rendere possibile l'indipendenza.

Il terzo stadio, il distacco, è caratterizzato dall'abbandono dell'oggetto, dall'adattamento a vivere senza di esso. Se il soggetto supera la perdita, diventa capace di riattaccarsi ad un nuovo oggetto, diventa capace di sopportare la solitudine riproiettando gli aspetti positivi della relazione su un altro oggetto.

Dall'esame di questi tre stadi emerge la differenza di risultato nell'elaborazione del sentimento di solitudine nei confronti della perdita.

La solitudine di chi non riesce ad elaborare la perdita di una presenza porta ad un vissuto, di fatto persecutorio. Nasce l'isolamento e l'auto-emarginazione per la perdita dell'oggetto. L'elaborazione è coartata, il soggetto si sente privato di qualche cosa, rivendica ciò che perde. Finisce per dipendere da un illusorio ed irrealistico oggetto ideale. Nel migliore dei casi si blocca il processo di individuazione ed indipendenza dell'individuo con l'incapacità a stare soli.

Nella peggiore delle ipotesi la solitudine diventa isolamento infelice, affollato da elementi simboli-

ci illusori ed ideali che frantumano il rapporto normale con la realtà. È la condizione dell'autismo, nel quale l'angoscia persecutoria della perdita dell'oggetto moltiplica i frammenti di una identità che non è più comprensibile.

Questa incomprensibilità determina, in maniera secondaria, un sentimento di solitudine estremo che diventa isolamento esistenziale. Questa solitudine contrassegna la fenomenologia sintomatica delle psicosi.

È la solitudine più oscura, sorridente e talvolta bizzarra, caratterizzata da un disturbo del flusso della comunicazione verbale.

Quando invece le valenze negative della perdita dell'oggetto avvolgono completamente il senso di solitudine, l'angoscia connessa alla percezione dell'assenza si traduce nel senso di morte e nel sentimento di colpa depressivo. Domina in queste situazioni l'angoscia di separazione, il timore tragico di ritrovarsi soli ed abbandonati, svuotati della linfa vitale dell'affettività.

Spostando l'ottica di osservazione del problema della solitudine dal vissuto soggettivo alle dinamiche interpersonali assume importanza fondamentale la crisi dell'ascolto.

Viviamo in una società caratterizzata dalla grande presenza della comunicazione di massa e dei suoi mezzi. Questa è caratterizzata dall'invio di messaggi destinati a gruppi di persone. L'era dei grandi mezzi di comunicazione globale rappresenta per l'uomo la possibilità di ampliare notevolmente la quantità di informazioni che lo raggiungono, a parziale scapito della qualità delle stesse. Il contenuto dei messaggi risente inoltre in maniera importante della crisi dei valori che attraversa la nostra società.

Il messaggio di massa è impersonale, tenta di imporre una identità collettiva al destinatario dello stesso, ignora ogni coinvolgimento emotionale, percorrendo canali dissociati dal punto di vista ideo-affettivo.

Il repertorio emotionale è solitamente costituito dalle esperienze emotive passate relative ai rapporti con gli altri. Nella comunicazione di massa vengono attivate in maniera più o meno illusoria esperien-

ze relative a relazioni umane, spesso non significative. Finché un'illusione non è riconosciuta come un errore, il suo valore è esattamente equivalente a quello di una realtà. Ma una volta riconosciuta l'illusione come tale, essa non è più un'illusione. È dunque il concetto stesso di illusione, ed esso solo, ad essere un'illusione.

La comunicazione di massa rappresenta, spesso, una sostituzione illusoria della comunicazione interpersonale. I rapporti tra le persone sembrano condizionati negativamente dalla crisi dei valori familiari, delle grandi ideologie, dei gruppi di sostegno sociale. Al rapporto si è spesso sostituito l'ascolto superficiale di messaggi completamente spogliati della loro coloritura emotiva. E la realtà vissuta, si affolla di elementi di realtà vicaria, in sorta di "acting out" paradigmatico nel quale l'iperrealità collettiva diventa banalità ed insignificanza.

La presentazione di una realtà integrale determina la soppressione dell'illusione, e con essa la morte della realtà individuale e soggettiva. Tutte quelle che sono le qualità della realtà (emozioni, percezioni, rappresentazioni, volontà) diventano virtuali.

L'emozione virtuale viene, quindi, a definire un contenuto di coscienza che non è reale. Il vissuto soggettivo emotionale, sottoprodotto intrapsichico di un complesso processo di attivazione finalizzato fisiologicamente alla sopravvivenza dell'individuo, non si riferisce a messaggi provenienti dall'ambiente reale dei rapporti umani, ma dal mondo del preordinato.

Come la sofferenza virtuale dell'arto fantasma segue all'amputazione dell'arto reale, così ogni elemento virtuale segue all'amputazione della realtà ed al prevalere della comunicazione virtuale segue l'amputazione della realtà dell'ascolto.

La volontà diventa come una protesi artificialmente innervata, virtuale anch'essa. La volontà di possedere l'oggetto desiderato, in tempo reale, diventa realizzazione virtuale di un desiderio, di una rappresentazione virtuale anch'essa, proiezione nello spazio mentale interno di bisogni non sempre necessari. Alla perdita dell'oggetto vir-

tuale desiderato segue la perdita della volontà, il blocco dell'affettività.

Questo panorama sull'influenza del virtuale sul mondo delle relazioni umane ribadisce l'aspetto della solitudine derivante dalla morte dell'ascolto. L'ascolto lascia spazio al giudizio e la comprensione alla necessità di conoscenza.

Nei rapporti umani vengono sottolineate le differenze individuali, ed a questa attitudine non sfugge il rapporto tra medico e paziente. In psichiatria, in particolare la relazione terapeutica è stata storicamente fondata sul giudizio morale del malato. Il comportamento deviante e la follia venivano individuati, stigmatizzati, ed affrontati con l'emarginazione. La cultura psicologica e psicodinamica avrebbe dovuto modificare l'approccio clinico al disagiato psichico con l'introduzione del concetto di *transfert*, e con l'apertura di una strada alla ricerca del significato della manifestazione fenomenica della follia. La rivoluzione antipsichiatrica, promuovendo una modifica del modo di relazionarsi al malato di mente al di fuori dei luoghi di emarginazione manicomiali avrebbe dovuto accrescere la cultura dell'ascolto e dell'accettazione dell'alterità psichica. La psichiatria biologica stessa avrebbe dovuto conferire al malato di mente una dignità clinica che l'approccio psico-sociale ha messo in crisi.

Nasce da tutte queste promesse, troppo spesso non mantenute, il momento contraddittorio attraversato dalla psichiatria di oggi.

La conoscenza oggettivamente della malattia si sostituisce alla valutazione diagnostica, la teoria della tecnica psicoterapeutica prevale sulla relazione terapeutica, l'apertura dei manicomii si trasforma in accrescimento dell'emarginazione e dell'isolamento.

Si può dire che la conoscenza oggettivante si preclude all'apertura verso ogni autentica alterità: data per ammessa, quindi, la necessità del rapporto con l'altro nell'atto clinico in psichiatria è chiaro che considerare la formulazione di una diagnosi nosologica secondo criteri di oggettivazione viene ad essere un atto puramente anti-clinico.

Emerge da quanto detto che l'aspetto clinico in psichiatria se vu-

le fondarsi sulla comprensione, scavalcando i limiti della classificazione e dell'etichettamento ha bisogno di un approccio autenticamente esistenziale, e quindi, come tale, parzialmente basato sul valore della soggettività. Soggettività intesa non come arbitrarietà, ma come movimento esistenziale di un soggetto teso alla comprensione di un altro soggetto. Solo nella dinamica dell'incontro tra due soggettività può scaturire la comprensione globale dell'elemento psichico patologico, base di partenza per qualsiasi trattamento di cura tanto biologico, quanto psicologico.

L'atto della comprensione deve poi essere finalizzato alla costituzione di un'alleanza terapeutica, nella quale il soggetto sofferente rimane in implicita attesa di beneficio ad opera dell'ascolto dei propri vissuti da parte dello psichiatra.

Nell'ambito di quella malattia dell'ascolto sulla quale voglio puntare il fuoco della mia analisi sono costretto a sottolineare la finalità terapeutica dell'incontro clinico in psichiatria, perché talvolta non si pone la benché minima attenzione a ciò che il paziente ne possa ricavare. È questa una modalità di ascolto che di fatto è svuotata della finalità di base della cura, per sconfinare nel vojerismo intellettualistico o psudoscientifico. Deve stabilirsi, nella relazione terapeutica, quell'atmosfera che incoraggia l'aspettativa del paziente di superare la propria difficoltà in contrapposi-

zione all'isolamento difensivo.

Troppi spesso la necessità di studiare le possibilità tecniche di impostare un rapporto interumano, in modo psicologicamente corretto, ha spinto ad attuare attitudini rigide e formali. Al contrario, lo psichiatra deve mantenere la propria vitalità, l'integrità della propria personalità, della propria umanità, del proprio stile.

La sua neutralità non deve essere freddezza e la sua sensibilità lo deve guidare continuamente al punto terapeutico fra la distanza e la vicinanza al paziente.

L'attenzione nosografica, pur mantenuta nel suo rilievo di lessico per la comunicazione scientifica, deve essere tenuta al margine del rapporto con l'individuo sofferente che non cerca etichette, ma risposte valide alle proprie domande. Il problema diagnostico appare rudimentale in confronto al problema di dare ascolto alle richieste del paziente, formulate secondo modalità di codifica a volte bizzarre, ma sempre correlate ai grandi bisogni dell'assistenza umana. Eppure la psichiatria moderna ha *preferito*, negli ultimi anni, concentrarsi sulle modalità oggettivanti di quadri sindromici, sempre più articolati e sempre meno carichi di significato. L'attività diagnostica interpretativa sul piano psicologico, comprensiva e piena di funzioni comunicative verso l'ammalato sembra essere in crisi.

È necessaria, e bisogna dirlo con forza, una effettiva integrazione delle esperienze offerte dalla psicanalisi, dalla psichiatria tradizionale, dalle Neuroscienze, dalla psichiatria sociale e dalla trasculturale, che superi la profonda crisi culturale che ha colpito la psichiatria. In un mondo, affatto dalla nevrosi del non ascolto, la psichiatria *deve* recuperare quella credibilità di scienza al servizio dell'uomo sofferente, di scienza in grado di decodificare i segnali più criptati di richiesta di aiuto, di scienza in grado di fornire risposte operative valide, senza costruirsi alibi per isolarsi nel mondo della speculazione.

Prof. ADOLFO PETIZIOL
Professore di Psichiatria e di
Antropologia Criminale all'Università
“La Sapienza”, Roma
Presidente della Società Italiana
di Psichiatria Sociale



DIEGO DE LEO, PAOLA MARIETTA

Suicidio: determinismo o libertà?

Mutamenti culturali e storici

La libertà di un atto suicidario, il "compierlo" anziché "commetterlo", il tema del suicidio razionale sono argomenti diventati negli ultimi anni oggetto di notevole interesse non solo fra gli esperti della comunità scientifica, ma anche a livello di opinione pubblica.

Si è notato infatti che l'opinione pubblica ha cambiato la propria tendenza di pensiero e che si è iniziato, in generale, ad accettare la possibilità di considerare il suicidio come una scelta in determinate situazioni di vita. In uno studio del 1993 Cutler e Danigelis hanno rilevato che nel 1991 il 70% dei soggetti del loro campione si dichiarava favorevole ad una legge che autorizzasse i medici a porre fine alla vita di pazienti con malattie incurabili, mentre nel 1950 questo accadeva solo nel 31% dei casi. Il 66% della popolazione testata nel 1994 nel Michigan è sembrata essere favorevole alla legalizzazione del suicidio assistito (Bachman et al., 1996). Differenti risultati sono emersi dallo studio di Seidliz et al. (1995) condotto su un campione di anziani nel 1992: solo il 41% era concorde nel sostenere la legalizzazione del suicidio assistito.

In ambito sanitario il concetto di salute è notevolmente cambiato poiché si tenderebbe a dare importanza non più solo alla mancanza di malattia, ma soprattutto al benessere soggettivo (De Leo, 1993). L'interesse si è spostato sul concetto di qualità di vita e di buona morte.

L'attenzione per il problema si è concretizzata nella nascita di alcune associazioni che diffondono il diritto dell'uomo a morire "con dignità": la Hemlock Society, fonda-

ta a Los Angeles nel 1980, e la Deutsche Gesellschaft fur Humanes Sterben, associazione tedesca fondata sempre nel 1980 (Battin, 1994). Inoltre, dal 1993 in 47 stati d'America è possibile tutelare la scelta di chi desidera morire, trovandosi in situazioni di malattia incurabile, tramite un documento detto "living will" (Battin, 1994) o tramite una delega attraverso la quale il soggetto conferirebbe ad una persona fidata il potere di decidere della sua vita, qualora egli stesso non sia più in grado di farlo (Humphry, 1991).

La considerazione teorica di chi ha sostenuto che un atto suicidario in particolari situazioni di malattia possa essere frutto di una libera scelta consisterebbe nel credere che in tali situazioni di sofferenza una settimana di vita in più non provocherebbe altro che inutile disagio e prolungamento del dolore. Nel libro *Final Exit: The Practicabilities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying* Derek Humphry (giornalista che ha fondato la Hemlock Society) ha riassunto i principi su cui è basata la suddetta associazione, ma questo scritto potrebbe essere considerato anche un prontuario sul come uccidersi. Il libro è stato oggetto di numerose critiche, tra cui quella di Kass (1991) che ha dichiarato:

«*Thanks to Derek Humphry's book, our youth (in attempting suicide) need no longer fail.*» Anche il caso del Dottor Jack Kevorkian e della sua macchina della morte (Humphry, 1991) continua a destare dal 1990 le critiche di molti. La letteratura ha riportato molti "casi" di Kevorkian, oltre a quello iniziale ed ormai famoso di Janet Adkins: i casi Quinlan, Saikewicz, Spring,

Eichner, Bouvia, Cruzan (West, 1993; Battin, 1994) e molti ancora (sono ormai 40 – mentre si scrive – i soggetti assistiti nel suicidio dal "dottor morte").

Non bisogna tuttavia credere che il discorso sul diritto alla morte sia recente, benché la discussione sia ora posta in termini diversi. A testimoniare l'antichità del problema serva un papiro che risale al 2280/2000 a.C. inerente appunto alla disputa sul suicidio: un uomo stanco della vita esprimeva l'intenzione di uccidersi e chiedeva alla sua anima di accompagnarlo (Evans & Farberow, 1988). Molti degli argomenti di questo papiro rifletterebbero lo stesso quesito di noi moderni: l'uomo ha il diritto di terminare la propria vita, soprattutto in particolari circostanze? Come può essere risolto il conflitto tra libertà individuale e responsabilità sociale?

Nell'antico mondo ebraico l'atto suicidario era poco frequente ed in genere non accettato per il forte attaccamento alla vita e l'ottimismo che dominavano questo popolo. Pur portandone esempi (Saulo, Razis, Zimri fino ad arrivare a Giuda Iscariota) né il Vecchio, né il Nuovo Testamento condannavano o proibivano apertamente il suicidio.

La concezione del suicidio nel mondo greco e romano non è stata unitaria. Aristotele condannava il suicidio come un'azione codarda ed un'ingiuria verso lo stato, mentre Platone lo riteneva in generale accettabile solo in alcune situazioni. In ogni caso, essendo l'onore un valore dominante per questi popoli, il suicidio veniva considerato una soluzione appropriata al disonore.

Nel periodo tra il VII e il IV secolo a.C. la cultura greca risultava improntata ad un certo pessimismo e disincantamento nei confronti della vita. Sofocle, Euripide, Erodoto e Democrito, per esempio invocavano il suicidio come il miglior modo (nonché il più breve) per lasciare la vita. La cicuta, veleno con cui Socrate si è dato la morte, è stata proprio introdotta in quel periodo.

Seneca nel *De Ira* difendeva il suicidio, facendo riferimento al fatto che la legge eterna concedeva una sola entrata alla vita ma più modi per uscirne, mentre lo storico Zenone raccomandava il suicidio in particolari situazioni di dolore intollerabile, mutilazione e malattia incurabile.

Nel mondo cristiano esisteva, all'inizio, una forte attrazione verso il suicidio poiché permetteva il martirio, ma con S. Agostino, padre della Chiesa Latina, l'atteggiamento nei confronti dei suicidi cambiava radicalmente. In *"De civitate Dei"* S. Agostino si accaniva contro l'atto suicidario con cui si infrangeva il Quinto Comandamento: non uccidere. La prima vera esplicita proibizione però risalirebbe al Concilio di Arles nel 452 e al Concilio di Orleans del 533: il suicidio veniva definito il peggiore di tutti i crimini. In seguito veniva negato il diritto di sepoltura ai suicidi (967).

Nel XIII secolo S. Tommaso d'Aquino formulava una più precisa posizione della Chiesa riguardo a questo tema. Nella *Summa Theologica* egli considerava come fondamentali tre argomentazioni contro il suicidio: la propria distruzione contrasterebbe con la naturale inclinazione dell'uomo, l'uomo non avrebbe il diritto di privare la società della sua presenza e della sua attività, l'uomo non avrebbe il diritto di privare la società della sua presenza e della sua attività, l'uomo sarebbe proprietà di Dio e solo Dio stabilirebbe il momento della morte. Questa posizione verrà successivamente criticata da Hume (1882). Il suicidio è stato considerato nel corso dei secoli come un atto blasfemo (peccato religioso), ma anche come una vergogna e fino all'800 il suicida era ritenuto responsabile di un crimine ancora più grave dell'omicidio. Si

è poi realizzata una modificazione importante: il passaggio dal ritenerre il suicidio una vergogna al ritenere invece che il suicida sia non responsabile per la sua morte poiché non *compos mentis*. Il famoso giurista inglese William Blackstone (1962) commentava in questo modo l'evoluzione:

«But this excuse (of lunacy) ought not to be strained to the length to which our coroner's juries are apt to carry it, viz., that every act of suicide is an evidence of insanity; as every man who acts contrary to reason had no reason at all; for the same argument would prove every other criminal non compos, as well as the self-murder.»

Il suicidio cessava quindi di essere considerato solo come un problema esistenziale, ma subiva un processo di medicalizzazione da cui iniziava la ricerca delle cause e dei fattori di rischio.

Il determinismo in ambito suicidario

Analizzare il tema del suicidio secondo un'ottica deterministica significa assumere che questo fenomeno sia soggetto al principio di causalità. Il termine di causalità indicerebbe la «...connessione che stabilisce fra due entità un rapporto per cui la seconda è univocamente prevedibile a partire dalla prima...» (Galimberti, 1992).

Il suicidio diventerebbe in tal modo la necessaria conseguenza di antecedenti fisiologici o psicologici che permetterebbero di identificare alcuni fattori di rischio.

La ricerca biologica, pur rappresentando un'area di studio relativamente recente, tramite studi biochimici su tentatori di suicidio e studi post-mortem su vittime di suicidio, ha senz'altro aumentato le possibilità di comprendere un fenomeno tanto complesso ed il dato più robusto rilevato negli studi di biomedici è rappresentato dall'abnorme funzionamento del sistema serotoninergico. La serotonina è stata identificata come un neuromodulatore estremamente influente sul sistema nervoso centrale e bassi livelli dal suo metabolita (acido 5-idrossi-indolacetico) sono stati rilevati in vittime di sui-

cido o in tentatori di suicidio, in specie se con metodi violenti, indipendentemente dall'appartenenza ad una particolare categoria diagnostica (De Leo, 1994). La maggior parte degli studi post-mortem, utilizzanti imipramina triziata, ha evidenziato una diminuzione del numero dei siti presinaptici di legame, mentre diversi altri studi hanno rilevato un aumentato numero di recettori postsinaptici nella corteccia pre-frontale. Ricerche valutanti i livelli di prolattina in risposta alla flenfluromina, un indicatore globale del funzionamento serotoninergico, hanno evidenziato risposte abnormali in soggetti con tentativi di suicidio portatori sia di depressione maggiore sia di disturbi di personalità.

Una serie di evidenze ha mostrato quindi che una diminuzione della funzione serotoninergica rappresenterebbe a tutti gli effetti un marker biologico di "predisposizione", benché non sia ancora chiaro se ciò sia diretta conseguenza di uno specifico "fattore suicidario" o se invece avvenga in modo mediato da malattie psichiatriche quali la depressione, la schizofrenia o l'alcolismo (De Leo, 1994).

Altre indagini hanno evidenziato che fattori genetici potrebbero predisporre al suicidio. Harberlandt (1965, 1967) e Roy (1991), per esempio, hanno rilevato in gemelli monizigoti alti livelli di concordanza per il suicidio, ma livelli ancor più alti per malattie psichiatriche come la schizofrenia e la depressione. La presenza di una malattia psichiatrica rappresenterebbe così una forte variabile confondente. Lo studio di Schulsinger et al. (1979) ha fornito, invece, una buona evidenza per l'esistenza di una vulnerabilità ereditaria al suicidio indipendente, o al più additiva, alla trasmissione genetica di un disturbo affettivo (De Leo, 1994).

Accanto ad ipotesi causali di tipo biochimico e genetico, si è da tempo identificato come fattore contributivo di un atto suicidario il disturbo psichico. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1993) la presenza di un disturbo psichiatrico rappresenterebbe il più forte fattore di rischio per il suicidio ed esisterebbe evidenza sufficiente per affermare che sog-

getti che soffrono di patologie psichiatriche siano più inclini a tentare o completare un atto suicidario. Disturbi dell'umore, alcolismo e schizofrenia risulterebbero le patologie a maggior rischio suicidario e, nell'ambito di queste, i sottogruppi della depressione maggiore ricorrente e nel disturbo bipolare di tipo II (Scocco & De Leo, 1995).

Diversi approcci hanno permesso di analizzare il fenomeno del suicidio secondo differenti chiavi interpretative, ma la causa di un atto suicidario non dovrebbe essere identificata in una sola variabile dal momento che il suicidio deve comunque essere ritenuto un fenomeno multideterminato. Ad ogni modo, una più approfondita conoscenza delle variabili biologiche, unitamente ad una successiva implementazione di queste in protocolli di indagine psicosociale, non potrebbe che aumentare la nostra comprensione di molti comportamenti suicidari (De Leo, 1994).

La libera scelta ed il suicidio razionale

Al determinismo si oppone un'impostazione che considera l'atto suicidario come un'azione mossa da una scelta intenzionale cui il soggetto attribuisce un particolare significato. In quest'ottica, nell'interpretazione di un suicidio va considerato che non tutti sono disposti ad accettare la vita come sommo bene dell'uomo. Per esempio, Améry (1990) ha parlato di «*situazione che precede il salto*» per intendere quel momento in cui alla logica della vita viene sostituita l'antilogica della morte. La logica della vita si presenterebbe in ogni situazione, quotidianamente, nel momento in cui rammentiamo a noi stessi che «*bisogna pur vivere*». Colui che sceglie la morte si estranea da questo modo di pensare; per lui la vita ha perso la valenza di sommo bene. Può accadere che la vita ci imponga dei limiti, ossia delle barriere insuperabili che la rendono insopportabile come nel caso della malattia terminale che priverebbe un soggetto della propria autonomia e della propria libertà. Particolarmente a questo punto si può presentare l'alternati-

va della morte, che risulterebbe "libera" poiché scelta dal soggetto come unica possibilità di staccarsi da qualcosa che rappresentava solo un peso insopportabile: il proprio corpo. Quindi proprio attraverso la morte verrebbe superato ogni limite imposto dalla vita e sempre attraverso di essa si attuerebbe un progetto finalizzato al raggiungimento della vera e ultima libertà. Jean Améry ha insistito soprattutto sul diritto che ogni uomo avrebbe sulla propria morte: questo non dovrebbe essere messo in discussione. L'uomo può obbedire a chiunque, ma anche a se stesso ed in questo modo può scegliere per la morte, rifiutando la logica della vita. Colui che cerchi di salvare un aspirante suicida dal proprio destino potrebbe anche farne una persona diversa, ma non per questo migliore.

In questa prospettiva anche il concetto di morte naturale andrebbe rivisto criticamente.

La morte si potrebbe definire "naturale" solo per chi la desideri; infatti anche nel caso di una persona anziana che si renda conto che il suo tempo è ormai finito vi potrebbe ancora essere un forte desiderio di vita. Il suicida è colui che ha scelto la morte libera come sua morte naturale; egli ha anticipato un momento che in ogni caso sarebbe giunto diventando artefice della propria morte (Améry, 1990). In definitiva, il messaggio che il suicida invia al mondo è proprio quello di essere in grado di appartenere a se stesso, dimostrando di aver un egual diritto sulla propria vita e sulla propria morte.

È chiaro che utilizzare questo approccio come chiave di lettura al suicidio negherebbe la necessità di stabilire se esista o meno una causa determinante l'atto suicidario.

In questo modo potrebbe risultare più facile comprendere perché personaggi come Stig Dagerman (1991) (scrittore svedese morto suicida al culmine del successo e della fama), divisi nella lotta fra il desiderio di essere felici e l'impossibilità di essere, tra il bisogno di essere liberi ed i limiti della vita, abbiano scelto la morte prematura. Oppure perché Sylvia Plath (1992), scrittrice americana morta suicida a 31 anni, rivelò più volte nelle lettere alla madre di non po-

ter sopportare di essere mediocre e si uccida forse in un momento in cui non si sente più in grado di essere all'altezza delle proprie esperienze di vita.

Per Margareth Pabst-Battin l'agire suicidario espressione di libera scelta definisce correttamente il suicidio razionale, ossia l'atto suicidario compiuto da una persona che non manifesti disturbi psichici di alcun tipo e che sia in grado di valutare, con un buon esame di realtà, che la morte sia preferibile alla vita (Battin, 1991).

Le persone morirebbero, nel 70-80% dei casi, di malattie degenerative, dopo lunghi periodi di sofferenza (Battin, 1993; 1994); le tecniche mediche moderne hanno permesso all'uomo di poter sopravvivere anche ad un livello in cui è stata persa ogni forma di autonomia, pur permanendo inalterate le funzioni cerebrali, o ad un livello in cui il soggetto sia in uno stato vegetativo di morte cerebrale. I malati terminali potrebbero quindi tipicamente costituire una categoria a rischio per il suicidio razionale, ma anche gli anziani: la vecchiaia, infatti, potrebbe comportare forti modificazioni a livello cognitivo determinanti cambiamenti psicologici e la creazione di un nuovo sé dell'anziano (Pajusco & De Leo, 1994). Pertanto la decisione di suicidarsi non consisterebbe propriamente in una scelta tra la vita e la morte, quanto nella scelta se il nuovo sé meriti o meno di vivere (Prado, 1990).

Battin (1991) ha proposto una lista di quesiti che l'operatore, il medico o semplicemente chi si trovi ad assistere una persona che desideri porre fine alla propria vita, potrebbe considerare e valutare. Questa lista dovrebbe aiutare a capire se si tratti di una scelta razionale o irrazionale, ma soprattutto, dovrebbe far riflettere sull'ipotesi che non sempre, chi ha pensato al suicidio come risposta alla propria vita, sia un individuo depresso o in qualche modo affetto da una patologia. Il suicidio perciò potrebbe rappresentare in alcuni casi il frutto di una scelta autonoma, stabile, conforme al proprio background culturale e alla propria storia.

Secondo Conwell e Caine (1991) si dovrebbero evitare sia l'accanimento terapeutico che il

paternalismo assistenziale, evitando di imporre trattamenti al soggetto per prolungargli la vita, dimenticando così l'autonomia di scelta che avrebbe per diritto ogni persona. Nello stesso tempo occorre valutare attentamente le altre opportunità di cui l'individuo potrebbe fruire, oltre a quella di togliersi la vita.

Appelbaum (1988) ha considerato il termine razionalità come competenza dell'individuo nella propria scelta, soffermandosi su come possa essere valutata. Secondo l'autore è necessario analizzare non solo se il soggetto sia o meno in grado di scegliere in modo competente, ma anche riflettere sugli effetti della scelta sulla persona e sul network sociale.

Le caratteristiche del suicida razionale possono essere individuate quindi:

- 1) nella valutazione realistica della situazione di vita del soggetto;
- 2) nell'integrità dei processi mentali;
- 3) nella comprensibilità delle motivazioni della scelta e nell'unanimità di giudizio da parte di osservatori estranei (Mackenzie & Popkin, 1990).

Sulla base di queste considerazioni solo una percentuale di suicidi – tra il 5% e il 10% – potrebbe essere considerata, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, come frutto di un agito “razionale”, qualificantesi in tal modo l'unica possibile alternativa ad uno stato di sofferenza immodificabile (Diekstra, 1992).

L'intervento dell'operatore sanitario: prevenzione sempre e comunque?

Vi è poca probabilità che ad uno psichiatra sia risparmiata l'esperienza di trattare pazienti con ideazioni suicidarie o che hanno già tentato il suicidio (Heyd & Bloch, 1995). La possibilità che un proprio paziente si suicidi può comportare rilevanti conseguenze legali, ma anche un forte conflitto psicologico nel medico stesso. Secondo Battin (1991), qualora un anziano o un malato terminale si rivolgano ad un medico con una richiesta di aiuto per portare a termi-

ne la propria sofferenza e la propria vita, questi potrebbe non essere preparato a considerare il suicidio come una scelta possibile. In tal modo, qualsiasi sia la domanda dell'utente, la risposta dell'operatore mirerebbe sempre alla prevenzione. Il medico potrebbe rispondere quindi adottando misure di sicurezza a volte inopportune o non sufficientemente terapeutiche.

Ritenere che il suicidio sia una manifestazione di un disturbo mentale, o che sia frutto di una scelta irrazionale o che sia un mezzo attraverso cui chiedere aiuto determinerebbe una modalità differente di intervento (Heyd & Bloch, 1995).

La morte del paziente a rischio suicidario è stata considerata da Hillmann (1972), l'errore più evidente in cui potrebbe incorrere colui la cui primaria preoccupazione sia *«primum nihil nocere»*. In particolare, lo psichiatra sarebbe promotore della vita e della salute, ma della vita organica e della salute del corpo. La posizione dell'analista, invece, non essendo preconstituita dalla sua formazione professionale, ma consistendo nella relazione unica con cui si è rapportato ad ogni paziente, indirizzerebbe il trattamento a *«primum animae nihil nocere»*. L'analista non agirebbe in termini di prevenzione, ma di comprensione dei significati che quel particolare soggetto ha conferito alle proprie esperienze, anche a quella della morte. Per lo psichiatra il fallimento consisterebbe nel suicidio del soggetto, per l'analista invece il fallimento sarebbe rappresentato dal tradimento dell'intima alleanza che ha stipulato con il paziente (Hillmann, 1972).

Secondo Szasz (1986) l'ordine medico si sentirebbe in genere pienamente responsabile del suicidio di un soggetto poiché si è assunto il dovere di prevenirne il suicidio in ogni caso, anche a prescindere dalla sua capacità di farlo. Ci si aspetterebbe dagli operatori della salute mentale un atteggiamento di responsabilità per chi si è suicidato e la responsabilità che l'operatore sanitario si assume lo porterebbe ad avere un atteggiamento lontano dal considerare la morte come un diritto dell'uomo, ma piuttosto a considerarla come un evento che debba comunque essere sempre

postposto. L'approccio proposto da Szasz (1986) è quello di trattare il soggetto a rischio suicidario come gli altri pazienti, ossia aiutandolo (e senza coercizioni) solo qualora l'intervento del medico sia da questi richiesto ed accettato. Secondo Szasz il suicidio dovrebbe essere considerato così come aborto e divorzio, cioè accettabile o meno a seconda delle situazioni.

In generale, è chiaro che la posizione etica dell'operatore sanitario nei confronti della vita influisce sul suo atteggiamento nel dibattito sul diritto alla morte. Infatti un'impostazione che propone come principio assoluto che la vita umana sia sacra e retta da leggi indipendenti dalla volontà umana (Etica della Sacralità della Vita) non riconoscerà a nessuno il diritto di morire. Un'impostazione che si basi invece sull'importanza della qualità della vita (Etica della Qualità della Vita), modificabile da regole stabilite dall'uomo, offrirebbe la possibilità di considerare il diritto alla morte come conclusione di una vita altrimenti indegna di essere vissuta.

Punto fondamentale del primo approccio è il principio assoluto secondo cui la vita umana deve essere rispettata in quanto sacra. La sacralità non deriva tanto dal concetto di vita, quanto invece dal fatto che sia umana, ossia vita della persona come tale.

L'“Istruzione Domus Vitae” della Congregazione per la Dottrina della Fede (1987) ha proclamato:

«L'inviolabilità del diritto alla vita dell'essere umano innocente dal momento del concepimento alla morte è un segno e un'esigenza dell'inviolabilità stessa della persona, alla quale il creatore ha fatto il dono della vita».

La seconda posizione evidenzia invece l'importanza della qualità della vita ed il rispetto delle libere scelte che ogni individuo può fare.

Natoli (1992) ha sottolineato tuttavia quanto sia difficile nel mondo moderno definire il concetto di qualità di vita. Infatti, mentre nel mondo antico molti valori venivano riconosciuti come tali dalla maggior parte delle persone, nell'epoca moderna è più difficile identificare che cosa sia un valore o che cosa si intenda per dignità della vita o della morte.

Eutanasia e suicidio assistito

L'eutanasia attiva consiste nel causare la morte di un soggetto che ne ha fatto esplicita richiesta (Eareckson Tada, 1992). L'eutanasia passiva definisce la morte procurata ad una persona che non ha potuto dare il proprio consenso per grave malattia od infermità, ma comunque eseguita con l'approvazione dei membri della famiglia o di chi si è occupato di quel paziente (Eareckson Tada, 1992). Il suicidio assistito si realizza qualora l'operatore fornisca il mezzo suicidario alla persona che desidera morire (Eareckson Tada, 1992).

Diekstra (1992) ha delineato alcuni criteri clinici, proposti anche da Quill e collaboratori (1992), su cui dovrebbe basarsi la pratica del suicidio assistito:

1) la richiesta dovrebbe essere volontaria e fatta direttamente da chi ha scelto di morire;

2) il soggetto al momento della richiesta dovrebbe essere compostus;

3) il desiderio di morire dovrebbe essere stabile ed esistente già da tempo nel soggetto (almeno da 6 mesi);

4) dovrebbe essere presente una sofferenza intollerabile (dato soggettivo);

5) non si è prospettata alcuna possibilità di miglioramento per il soggetto (dato oggettivo);

6) l'assistenza al suicidio dovrebbe essere fornita da uno specialista;

7) lo specialista dovrebbe aver consultato altri colleghi (da 1 a 5);

8) bisognerebbe che fossero evitati danneggiamenti ad altre persone come conseguenza del suicidio assistito;

9) ogni decisione e momento nel processo che ha portato al suicidio assistito dovrebbero essere documentati per una successiva valutazione legale e professionale.

Quill et al. (1992) si sono occupati di sottolineare anche alcuni aspetti riguardo al metodo con cui procedere nel suicidio assistito: sarebbe importante che il paziente non rimanesse solo nel momento della morte, ma che fosse sostenuto da chi gli è stato più vicino ed inoltre che il metodo scelto per la morte non lo facesse soffrire ulteriormente.

In Olanda l'eutanasia è stata proibita dalla legge, ma tollerata nel caso in cui siano rispettati alcuni criteri operativi (Battin, 1993; 1994). Deve essere stabilito che il paziente non sia stato spinto da alcuno, determinando anche se la scelta sia stabile e non transitoria nel tempo, che il paziente si trovi in uno stato di acuto dolore ritenuto da lui, e non dal medico, intollerabile, che il paziente abbia fatto dei tentativi per superare l'alienazione della malattia o considerare come il soggetto possa aver affrontato la sua disabilità, riflettere sulle informazioni che ha ricevuto sulla diagnosi, sul suo futuro o sull'eutanasia stessa. Infine dovrebbe essere consultato un altro specialista per evitare che la decisione sia soggetta all'emotività del medico o molto più facilmente al suo background culturale.

Da un'indagine è emerso che nel 1990 in Olanda di tutte le morti del paese l'1,8% era associato ad eutanasia attiva e lo 0,3% a suicidio assistito. Sebbene la maggioranza dei medici (54%) avesse almeno una volta praticato l'eutanasia o il suicidio assistito, su tre richieste di intervento due avevano avuto una risposta negativa (Diekstra, 1992). La diagnosi nella maggioranza dei casi era il cancro e l'età media dei pazienti di circa 60 anni (Battin, 1994). Tra i medici di case di riposo olandesi nel periodo dal 1986 alla metà del 1990, l'88% non aveva mai aiutato un paziente a morire, il rimanente 12% aveva praticato 51 volte l'eutanasia (su 164 richieste) e 23 volte il suicidio assistito (su 53 richieste) (Van der Wal et al, 1994).

Le critiche all'attitudine olandese sono molte. La prima è rappresentata dal timore che si verifichi il dilagare delle pratiche suicidarie al di fuori di ogni controllo, così da trasformare la figura del medico in esecutore di morte e giustiziere. È stata inoltre sottolineata la violazione fatta al giuramento di Ippocrate: l'originale versione greca di questo giuramento vieta ai medici di somministrare a chiunque farmaci letali, anche nel momento in cui questo sia richiesto dal paziente stesso. Non bisognerebbe dimenticare però che sempre nella versione greca del giuramento di Ippocrate è fatto divieto ai medici

di effettuare operazioni chirurgiche e di insegnare le tecniche mediche a pagamento. Nessuna di queste due proibizioni risulta ancora vigente nella medicina moderna (Battin, 1993).

Essendo molto frequente il problema di malati terminali in stato comatoso negli Stati Uniti i medici si sono confrontati negli ultimi anni sempre più spesso con casi di eutanasia passiva: in molti stati la legge tutela il medico nei casi in cui sia stato richiesto che gli sforzi per mantenere in vita il soggetto cessino. La questione del diritto a morire sarebbe in tal modo affrontata più indirettamente e soprattutto risulterebbe più velato o quasi invisibile il gesto del medico. Ovviamente anche la "via americana" non risulta esente da critiche. In primo luogo, qualora si interrompano i trattamenti medici di un soggetto inconscio si potrebbero configurare esiti diversi e non risulterebbe così facile controllare la modalità di scelta di come il paziente sia lasciato morire. Potrebbe anche succedere che il paziente che è stato escluso dal trattamento non muoia subito. Questo significherebbe la manifestazione più completa della malattia e per il paziente una morte estremamente sofferta. Ancora, la differenza tra credere che nessun mezzo di sostegno vitale possa salvare il soggetto e credere, invece, che non valga la pena investire una grande quantità di risorse per sostenere quel soggetto in quella particolare situazione, potrebbe risultare molto sottile. Non essendo presente un sistema sanitario assistenziale negli Stati Uniti, anche se coperto da una assicurazione privata, un paziente potrebbe non sentirsi mai completamente tutelato. Una scelta medica potrebbe in alcuni casi diventare una scelta finanziaria (Battin, 1993) e l'attenzione per aspetti economici potrebbe trasformare la relazione fra medico e paziente sia nel "managed care" che nel "managed death" (Grassi, 1995).

Da un questionario somministrato nello stato di Washington su un campione di medici scelti in modo randomizzato è emerso che il 48% era concorde nel sostenere che l'eutanasia non fosse eticamente giustificata in alcun caso ed il 39% pensava lo stesso del suici-

dio assistito, il 54% era concorde nel sostenere che l'eutanasia potesse in alcune situazioni essere resa legale ed il 53% lo pensava nel caso del suicidio assistito. Tra questi, oncologi ed ematologi erano generalmente contrari alle pratiche suicidarie, gli psichiatri invece lo supportavano (Cohen et al, 1994). Da un'altra indagine è emerso che nello stato di New York anche se il 61% dei medici credeva che un atto suicidario potesse essere razionale, il 51% sosteneva che il medico non avrebbe dovuto aiutare il proprio paziente nel suicidio indipendentemente dalle circostanze e il 31% era favorevole alla legalizzazione del suicidio assistito in certe situazioni (Duberstein et al, 1995). Nello stato del Michigan è risultato che il 56% dei medici, potendo scegliere fra legalizzazione e proibizione del suicidio assistito, sosteneva la prima. Nel caso in cui venisse proposto un più ampio range di scelta il 40% era concorde nel sostenere la legalizzazione, il 37% "nessuna legge", il 17% la proibizione della pratica suicidaria, mentre il restante 6% era incerto (Bachman et al, 1996).

Il termine di eutanasia ha avuto sicuramente un legame con il periodo nazista e con l'abuso subito dalla popolazione ebraica. Questo termine ha infatti assunto per il Nazismo un significato completamente diverso da quello etimologico (...). La travisazione del significato di eutanasia è cominciata con il cosiddetto "programma T4", effettuato da Hitler a partire dal 1939, nel quale malati mentali, handicappati, malati cronici ariani erano selezionati per la morte senza che nessuna richiesta di eutanasia fosse fatta. Il programma T4 è continuato poi nei campi di concentramento dove venivano selezionate persone considerate non idonee per le più svariate ragioni. In Germania, quindi, l'eutanasia è rimasta legata a quel terribile periodo e ai medici tedeschi non è stato dato alcun potere di decisione e di intervento diretto riguardo alla morte. Invece il suicidio assistito nel caso di persone razionali e responsabili della propria scelta non è considerato una violazione della legge ed in parte è istituzionalizzato (Battin, 1993; 1994). In questo modo il medico non interverrebbe

direttamente, ma il rischio in cui si potrebbe incorrere è determinato dal fatto che la diagnosi del paziente non sia ulteriormente controllata e che il mezzo scelto per il suicidio possa anche non rivelarsi adeguato o che in un secondo tempo quel mezzo (in ispecie i farmaci) possa essere usato da qualcun'altro senza alcun controllo.

In Italia con l'articolo 579 del Codice Penale si punisce il reato di omicidio del consenziente, ossia «chiunque cagiona la morte di un uomo con il consenso di lui» (Caneva, 1988), sempre che colui che ha dato il consenso sia una persona adulta e non malata psichicamente. Potrebbe essere questo il caso dell'eutanasia che comunque non è esplicitamente regolata da alcuna norma legislativa.

Nell'articolo 580 del Codice Penale è stato considerato reato l'istigazione o l'aiuto al suicidio. Questo articolo riguarda quindi «chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione» (Caneva, 1988). La punibilità sarebbe legata alla morte del soggetto ed aumenta nel caso in cui si sia aiutato un minorenne o un infermo di mente. Potrebbe essere il caso del suicidio assistito in cui appunto viene fornito all'individuo il mezzo suicidario.

Conclusioni

Come si è potuto constatare la questione del determinismo e della libertà in un atto suicidario ci ha obbligato a riflettere su come intervenire qualora si accetti l'una o l'altra posizione.

Nel caso in cui si sostenga l'ipotesi per cui esisterebbero precise cause determinanti un atto suicidario, l'operatore sanitario interverrà in modo preventivo sia nei riguardi di azioni potenzialmente suicidarie, sia adottando misure di sicurezza con chi ha già tentato il suicidio.

Sostenere il principio di causalità potrebbe però farci dimenticare l'importanza dell'effetto finale di un'azione e non rendere possibile la comprensione del senso attribuito dal soggetto a quell'atto. Se il suicidio fosse, per esempio, un

fenomeno attribuibile sempre ad un disturbo psichico il problema delle motivazioni del suicida verrebbe meno dal momento che la malattia avrebbe già risposto ad ogni domanda.

Forse sarebbe necessario che l'operatore sanitario si impegnasse in un lavoro introspettivo per comprendere quali siano le sue opinioni personali e professionali in modo da adottare un atteggiamento che non interferisca con l'accettazione della scelta dell'individuo di suicidarsi. Spesso infatti l'immagine del proprio «Sé professionale» si potrebbe trovare in una situazione di conflitto con quella del «Sé individuale» e l'operatore sanitario essere mosso più che dalla propria competenza, da sentimenti di compassione. Il conflitto tra parti razionali ed irrazionali dell'operatore e del paziente potrebbero rendere il suicidio assistito un «fenomeno più che mai pericoloso e certamente non riducibile ad un modello di comportamento regolato da criteri legalizzati» (Pellegrino, 1993).

Riflettere su tali problematiche non significherebbe necessariamente intervenire, ma in primo luogo lavorare con il proprio paziente per stabilire la razionalità dell'ideazione (Werth, 1996). In un secondo momento, non procedere con opinioni assolute riguardo alle pratiche suicidarie (Pritchard, 1995), ma analizzare ogni singola situazione come se fosse unica.

Se da una parte l'approccio deterministico, considerando il rapporto causa-effetto, potrebbe sminuire la libertà dell'uomo, dall'altra sostenendo la libera scelta non bisognerebbe dimenticare che, sebbene solo una vita ricca di significati sia degna di essere vissuta, la vita stessa rimarrebbe sempre l'unico mezzo attraverso cui ottenere questa ricchezza di significato (Heyd & Bloch, 1995).

Prof. DIEGO DE LEO
Presidente dell'Accademia Internazionale
per la Ricerca sul Suicidio
Presidente della Società Italiana
per lo Studio del Suicidio

Dott.ssa PAOLA MARIETTA
Unità di Suicidologia, Dipartimento
di Scienze Neurologiche e Psichiatriche,
Università di Padova.

Bibliografia

AMERY J., *Levar la mano su di sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990.

APPELBAUM P.S., *Response to the Article by H. Karlinsky et al.*, Gen. Hosp. Psychiatry; 10(6): 428-430, 1988.

BACHMAN J.G., ALCSER K.H., DOUKAS D.J., LICHTENSTEIN R.L., CORNING A.D., BRODY H., *Attitudes of Michigan Physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia*, N. Engl. J. Med., 334(5): 303-309, 1996.

BATTIN M.P., *Rational Suicide: How Can We Respond to a Request for Help*, Crisis, 12(2): 73-80, 1991.

BATTIN M.P., *Suicidology and the Right to Die*, in LEENARS A.A., *Suicidology: Essays in Honor of Edwin Shneidman*, Northvale, New Jersey, Jason Arison Inc., 1993.

BATTIN M.P., *The Least Worst Death*, Oxford, Oxford University Press, 1994.

BLACKSTONE W., *Commentaries on the Laws of England: of Public Wrongs*, Boston, Beacon Press, 1962.

CANEPA G., *Introduzione al problema medico-legale del suicidio*, in BACONCINI C., *La rinuncia alla vita: suicidio e tentato suicidio oggi*, Esam Futura, Atti del convegno: Il suicidio a Genova, 20 febbraio, 1988.

COHEN Y.S., FIHN S.D., BOYKO E.J., JONSEN A.R., WOOD R.W., *Attitude toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State*, N. Engl. J. Med., 331(2): 89-94, 1994.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, Ed. Paoline, 1987.

CONWELL Y., CAINE E.D., *Rational Suicide and the Right to Die: Reality and Myth*, N. Engl. J. Med., 325(15): 1100-1103, 1991.

CUTLER S.J., DANIGELIS N.L., *Total, Age Specific, and Cohort Trends in Attitude about Euthanasia: 1950-1991*. Paper presented at the XVth Congress of the International Association of Gerontology, Budapest, Hungary, July 8, 1993.

DAGERMAN S., *Il nostro bisogno di consolazione*, Milano, Iperborea, 1991.

DE LEO D., *Dalla qualità della vita alla qualità della morte*, Giornale Italiano di Suicidologia, 3(2): 81-82, 1993.

DE LEO D., *Fattori biologici nei comportamenti suicidiari: stato dell'arte*, Giornale Italiano di Suicidologia, 4(2): 87-100, 1994.

DIEKSTRA R.F.W., *Suicide and Euthanasia*, Giornale Italiano di Suicidologia, 2: 71-78, 1992.

DUBERSTEIN P.R., CONWELL Y., COX C., PODGORSKY C.A., GLEZRE R.S., CAINE E.D., *Attitude toward self-determined death: a survey of primary care physicians*, J. Am. Geriatr. Soc., 43(4): 395-400, 1995.

EARECKSON TADA J., *When it is Right to Die: Suicide, Euthanasia Suffering, Mercy, Grand Rapids*, Michigan, Zondervan Publishing House, 1992.

EVANS G., FARBEROW N.L., *The Encyclopedia of Suicide*, New York, Facts On File, 1988.

GALIMBERTI U., *Dizionario di Psicologia*, Torino, UTET, 1982.

GRASSI L., *Suicidio Assistito in fase terminale di malattia e operatore sanitario*, Giornale Italiano di Suicidologia, 5(2): 77-83, 1995.

HABERLANDT W., *Der Suizid als genetisches Problem (zwillings und familienanalyse)*, Anthropologischer Anzeiger, 29: 69-89, 1965.

HABERLANDT W., *Aportación a la genética del suicidio*, Folia Clínica Internacional, 17: 319-322, 1967.

HEYD D., BLOCH S., *L'etica del suicidio*, in BLOCH S., CHODOFF, *Etica in Psichiatria*, Roma, NIS, 1995.

HILLMAN J., *Il Suicidio e l'Anima*, Roma, Astrolabio, 1972.

HUME D., *On Suicide*, in GREEN T.H., GROSE T.H., *Essays*, London, 1882.

HUMPRY D., *Final exit: the Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Eugene, OR, Good Life Good Death, the Hemlock Society, 1991.

KASS L.R., *Suicide Made Easy: The Evil of Rational Humaneness*, Commentary, 92, 1991.

MACKENZIE T.B., POPKIN M.K., *Medical illness and suicide*, in BLUMENTHAL S.J., KUPFER D.J., *Suicide over the Life Cycle*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1990.

NATOLI S., *Teorie*, in FESTINI CUCCO W., CIPOLLONE L., *Suicidio e complessità: Punti di vista a confronto*, Milano, Giuffrè editore, 1992.

PAJUSCO E., DE LEO D., *Il suicidio razionale*, in DE LEO D., STELLA A., *Manuale di Psichiatria dell'Anziano*, Padova, Piccin, 1994.

PLATH S., *Quanto Lontano Siamo Giunti. Lettere alla Madre*, Parma, Ugo Guanda editore, 1992, seconda edizione.

PELLEGRINO E., *Compassion needs reason too*, J. Am. Med. Association, 270: 874-875, 1993.

PRADO C.G., *The Last Choice. Preemptive Suicide in Advanced Age*, Westport, Greenwood Press, 1990.

PRITCHARD C., *Suicide - The Ultimate Rejection? A Psycho-social Study*, Philadelphia, Open University Press, 1995.

QUILL T.E., CASSEL C.K., MEIER D.E., *Criteria for the Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physicians - Assisted Suicide*, N. Engl. J. Med., 327(19): 1380-1384, 1992.

ROY A., SEGAL N., CENTERWALL B., ROBINETTE D., *Suicide in Twins*, Arch Gen Psychiatry, 48: 29-32, 1991.

SCOCCHI P., DE LEO D., *Patologia psichiatrica e comportamenti suicidari*, Giornale Italiano di Suicidologia, 5(2): 107-126, 1995.

SCHLUSINGER F., KETY S., ROSENTHAL D., WENDER P., *A family study of suicide*, in *Origin, prevention and treatment of affective disorders*, M. Schou & E. Stromgren eds, Academic Press, London, 1979.

SEIDLITZ L., DUBERSTEIN P.R., CONWELL Y., COX C., *Attitude of older people toward suicide and assisted suicide: an analysis of Gallup Poll findings*, J. Am. Geriatr. Soc., 43(9): 993-998, 1995.

SZASZ T., *The Case against Suicide Prevention*, Am. Psychologist, 41(7): 806-812, 1986.

VAN DER WAL G., MULLER M.T., CHRIST L.M., RIBBE M.W., VAN EJK J.T., *Voluntary active euthanasia and assisted suicide in Dutch nursing homes: requests and administration*, J. Am. Geriatr. Soc., 42(6): 620-623, 1994.

WERTH J.L., *Rational Suicide? Implications for Mental Health Professionals*, Washington, Taylor & Francis, 1996.

WEST L.J., *Reflections on the Right to Die*, in LEENARS A.A., *Suicidology: Essays in Honor of Edwin Shneidman*, Northvale, New Jersey, Jason Arison Inc., 1993.

WHORD HEALTH ORGANIZATION, *Division of Mental Health. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders WHO/MNH/MND/93.25*, Geneva 1993.



MARIO FRANCESCO POMPEDDA

Incapacità psichica e Sacramento del Matrimonio

1.

Ragione essenziale e punto centrale di raccordo tra l'entità sacra e soprannaturale, quale è il sacramento del Matrimonio, e la (in)capacità psichica dei nubenti consiste nel fatto che elemento unico ma indispensabile della costituzione del matrimonio è il *consenso*, e quindi quell'*atto umano* col quale i coniugi reciprocamente si donano e si accettano.

Ciò può essere inteso soltanto se dapprima si pone in chiaro il rapporto fra quella che possiamo chiamare una *istituzione naturale* e cioè il matrimonio considerato nell'ordine e nella legge della natura, e il matrimonio stesso celebrato ed esistente fra battezzati, e quindi *sacramento*. Senza qui entrare in questioni di approfondimento teologico ed in specie di principi dottrinali attinenti alla fede e al dogma cattolico, possiamo semplicemente affermare che unica è la istituzione sia del matrimonio naturale sia del matrimonio sacramento, pur costituendo ed avendo questo una particolarissima fisionomia, attribuibile al battesimo degli sposi, che gli conferisce il carattere sacramentale, e per conseguenza gli connette specifici doni soprannaturali.

La vigente legge canonica ricorda sinteticamente che il patto matrimoniale, con cui l'uomo e la donna stabiliscono tra loro una comunità di tutta la vita, per sua natura ordinato al bene dei coniugi e alla procreazione-educazione della prole, tra i battezzati è stato elevato da Cristo Signore alla dignità di sacramento.

Identica tuttavia è la fonte, identico è l'atto da cui scaturisce e-

sistenzialmente ed individualmente il matrimonio, identici sono gli obblighi e i diritti derivanti dal patto, identico il rapporto giuridico che ne consegue: possiamo dire che unicamente *nel consenso e dal consenso* ugualmente e soltanto nasce ed è contenuto il matrimonio sia naturale che sacramentale, cioè il vincolo coniugale.

Il consenso tuttavia è essenzialmente ed esclusivamente un *atto umano*, proprio cioè dell'uomo, non in quanto semplicemente da lui compiuto, ma specificatamente a lui da ascrivere per ciò che egli propriamente è: essere razionale in cui *intelletto e volontà* interagiscono operando unitariamente ed in sintonia.

Si può dunque dire che là vi è sacramento del matrimonio, dove – tra persone battezzate – vi è consenso cioè atto umano.

2.

Due dati antropologici tuttavia occorre fondamentalmente tener presenti perché non si costruisca e si presenti una teoria avulsa dalla realtà, storica ed in qualche modo esistenziale, dell'*uomo*.

Il primo dato è che il matrimonio non è soltanto una istituzione appartenente all'ordine e alla legge naturale cioè inherente alla natura umana, ma è uno stato cui per impulso innato l'uomo è attratto, una condizione cui lo stesso sviluppo psico-fisico lo sospinge: si potrebbe dire che la natura si fa carico di preparare e maturare e rendere atto al matrimonio l'individuo sia maschio che femmina. Se quindi per natura ogni uomo è condotto verso il matrimonio, non

soltanto non gli può essere negato questo diritto senza infrangere l'ordine stesso naturale, ma neppure si può ipotizzare, se non come eccezione rigorosamente da comprovare, una condizione soggettiva preclusiva dall'esercitare tale diritto in concreto ed individualmente. Si deve invece partire dal presupposto che, precisamente per questo impulso naturale coinvolgente l'uomo per se stesso, ogni singolo individuo è dalla natura reso idoneo e abile al matrimonio.

Altro dato antropologico preliminarmente da ribadire – e ciò in riferimento agli elementi soggettivi cioè specifici della psiche umana, che sono appunto le facoltà razionali, intelletto e volontà – è che, conseguentemente a quanto appena ricordato circa il primo dato antropologico, ma anche in piena rispondenza alle esigenze giuridiche ossia culturali sufficientemente elaborate, non astrattamente si deve fare riferimento alla capacità psicologica dei nubenti, ma concretamente ad uno sviluppo intellettivo-volitivo tale che risponda all'atto che si vuole compiere, cioè al consenso propriamente coniugale. Se così non fosse, si giungerebbe necessariamente ad affermare – riferendoci al limite minimo dell'atto stesso – che matrimonio potrebbero porre in essere persone inidonee ovverosia incapaci di un atto veramente umano: e ciò contro la definizione stessa di matrimonio quale scelta di vita; ma nello stesso tempo – avendo presente il termine massimo dell'atto da compiere – si finirebbe innegabilmente per dover esigere straordinarie doti intellettuali e volitive non comuni alla generalità degli

uomini, così che il matrimonio cesserebbe di essere quel diritto universale e proprio di ogni uomo, ed in fondo di essere una istituzione fondamentalmente naturale. Dunque atto umano, ma nelle sue componenti razionali correlato e cioè proporzionato alla realtà – dovremmo dire all'importanza, indubbiamente di portata essenziale perché coinvolgente l'intera esistenza degli individui e indirettamente di tutta la società – che è contenuta nel matrimonio.

3.

Quanto finora detto sugli aspetti antropologici fondamentali ineludibili nel delineare l'argomento di questa lezione, ci porta necessariamente a fissare l'attenzione sia sul soggetto attivo del matrimonio, che è poi l'*uomo*, sia ancora sull'oggetto specifico ed essenziale della scelta da lui in esso operata, vale a dire sul *patto o contratto nuziale*.

Non avrebbe infatti senso alcuno parlare di *capacità* psichica (o, per converso, di *incapacità*) se, con espresso riferimento al sacramento del matrimonio, non si ponesse chiaramente in luce che cosa noi intendiamo per la realtà *uomo* ed insieme per la *istituzione matrimoniale*.

Tutto ciò significa partire da una base di pensiero filosofico e quindi culturale – sulla cui dimostrazione di verità e accettabilità non è qui il luogo di insistere –, per il quale noi, non soltanto teoricamente e per definizione dottrinale, ma proprio sul piano esistenziale e quindi di realtà storicamente verificate nella universalità dei soggetti che partecipano della natura umana, riconosciamo e affermiamo nel mondo che ci circonda la presenza di entità o esseri razionali, forniti di facoltà intellettuale e volitiva, tali da poter essere arbitri di proprie scelte consapevoli e responsabili, ed in particolare di impegni personali coinvolgenti interamente loro stessi ed atti a creare in reciproca comunione il bene dell'altro, insieme con quello di altri esseri portati eventualmente in vita in piena collaborazione.

4.

Vi è, al fondo di questa dogmatica antropologica, il postulato di una essenziale ma radicale *libertà* quale potere dell'uomo – non tanto di non soggiacenza a soggetti agenti dall'esterno, poiché sotto questa angolazione si dovrebbe parlare di libertà da costrizione messa in atto da altre persone –, quanto piuttosto quale capacità di decisione autonoma e di consapevole autodeterminazione, e quindi di scelta cosciente progettuale attingente l'intera esistenza del soggetto stesso.

Ma il problema della libertà è indissolubilmente connesso anzi logicamente preceduto da quello della natura e della effettiva capacità operativa dell'intelletto umano e cioè della reale facoltà di *conoscenza oggettiva del vero*: di qui prende l'avvio tutta la problematica circa la capacità psichica in rapporto al matrimonio.

5.

Di fatto, di quale conoscenza intellettuiva nel nostro ambito si intende parlare?

È infatti per sé evidente che, laddove il lume della ragione è del tutto spento, sia per cause persistenti – quali i casi di psicosi, ed in genere tutte quelle condizioni in cui v'è distacco e alienazione dalla realtà esterna –, sia per cause transitorie – quali i casi di totale ebbrezza, di grave soggezione a sostanze stupefacenti, o simili –, per il fatto stesso che ivi non può esservi né ha luogo un vero *atto umano*, non vi è neppure possibilità di deliberare e di consentire, e quindi capacità di impegnarsi nel patto coniugale.

Supera tuttavia questo stadio il concetto canonico di capacità psichica in tema di matrimonio, poiché esso implica il raggiungimento e quindi una situazione conseguita di *maturità* – altrimenti detta *discrezione di giudizio* –, nella quale alla conoscenza astratta ed in qualche modo teorica si somma, perfezionandola, una possibilità effettuale di *valutazione* – quanto meno in una globalità essenziale – dell'atto che si compie in sé e nelle sue implicazioni: in

specie, del vincolo coniugale, di ciò che esso comporta per la persona del soggetto contraente, e quindi con proiezione intellettuiva verso la vita avvenire, da condividere in unione duale con il partner, neppure escludendo la vita da trasmettere e l'educazione da impartire alla prole eventuale.

Né questo è sufficiente, nella dottrina teologico-canonicista integrata e radicata in una moderna conoscenza dell'uomo, – se soprattutto essa dottrina viene confrontata e rapportata alle conclusioni certe della più recente psicologia secondo le diverse scuole –, poiché maturità implica anche la capacità di scelta dopo una cosciente valutazione dei motivi ad essa conferenti. *Cosciente valutazione*: il che non esclude che nell'uomo esistano ed operino, affacciandosi quali impulsi impellenti e quasi cogenti sulla soglia della di lui coscienza, anche motivi inconsci. Qui veramente tocchiamo l'uomo nella sua più profonda interiorità, ed al tempo stesso nella sua più autentica esistenzialità reale e storica. Quell'inconscio tuttavia l'uomo può dominare e da esso può nelle sue scelte vitali ed essenziali affrancarsi, se non vogliamo – anche solo ipoteticamente – pensare che egli di tanto lume intellettuivo e di tanta libertà elettiva non goda da essere considerato padrone delle proprie scelte e in fondo della propria esistenza.

Se così non fosse in casi individuali e particolari allora ci imbarteremmo in soggetti da ritenere incapaci psicicamente.

6.

L'operare dell'uomo tuttavia è essenzialmente e definitivamente prodotto dalla di lui *volontà*: e questa non sarebbe espressione della persona umana né consentirebbe l'attribuzione di responsabilità al soggetto agente se non portasse in sé la qualifica di *libertà*: ci riferiamo esclusivamente alla *libertà psicologica*.

Il che significa che l'uomo, nonostante tutti i condizionamenti che gli provengono dall'educazione ricevuta, dalla cultura e dall'ambiente sociale in cui è immes-

so, dalle tendenze irrazionali del suo essere, dalla sua particolare affettività, ed infine dallo stesso suo subconscio, è in grado di giungere a decisioni con cosciente deliberazione e con atto di cui si sente propriamente responsabile.

Il concetto così espresso non significa negazione nell'uomo dell'esistenza e neppure della operatività tendenziale di impulsi interiori, di spinte talora pesantemente impellenti, di ansie verso la soddisfazione di bisogni pur conaturali e quasi fondamentali, come anche di possibili deviazioni psichiche verso decisioni non supportate da motivazioni accettabili ed in sintonia con la sua dignità. Si vuole al contrario affermare che, nonostante tutto, l'uomo all'apice del suo essere razionale e specificatamente spirituale, dominando quanto gli si frappone e lo ostacola, sa ritrovare se stesso nella sua più intima ed autentica realtà e quindi è in grado di assumere decisioni razionalmente motivate di cui, seppure talora con estrema difficoltà, egli si ritiene giustamente autore.

Ciò non significa dimenticare che singoli individui, per una particolare condizione soggettiva psicologica, si trovino in tale stato anomalo, rispetto alla generalità degli uomini, o se si vuole sotto l'effetto di perturbazione psichica, pur non sempre qualificabile come "malattia mentale" (se di questa fosse data una nozione scientificamente esatta), per cui essi non godono più della signoria sulla propria decisione e quindi del potere di liberamente determinarla e dominarla: ed in tal caso sorgerebbe il problema – riferibile anche al matrimonio, e specificatamente al consenso da cui nasce il patto coniugale – della loro capacità psichica: se proprio non si vuole perentoriamente e comunque affermare in tale ipotesi una vera incapacità.

7.

Considerato il matrimonio quale istituzione anche di natura giuridica e, nel contesto del nostro discorso, sotto questa particolare angolazione, è per sé evidente che una tale incapacità deve essere

sempre accertata, stabilita e quasi circoscritta nell'ambito strettamente giuridico, e quindi con criteri propri di tale disciplina: in modo specifico – facendo qui riferimento al matrimonio – sacramento – con parametri appartenenti al diritto canonico.

Ma si tratterà sempre di determinare fondamentalmente una condizione della *psiche del soggetto*, e quindi del meccanismo intellettivo-volitivo-affettivo attraverso il quale il particolare individuo si muove nella sua vita interiore fino a raggiungere il termine della propria decisione, della propria scelta, della formazione – in una parola, attinente all'argomento – dell'atto di consenso. Qui allora si trova il punto di incontro del diritto (canonico) con le scienze il cui oggetto è la psiche umana, e cioè con la psichiatria ed anche con la psicologia, intesa questa come ricerca sperimentale e quindi condotta con metodo di indagine empirica (distinta così dalla psicologia metafisica o filosofica).

È l'indagine, con la conseguente configurazione dell'individuo nella sua razionalità, a costituire la base, imprescindibile ed anzi assolutamente necessaria, di ogni ulteriore argomentazione e costruzione giuridica circa la capacità psichica del nubente, sempre quindi in rapporto a quel consenso specifico che fonda, dandogli origine, il matrimonio.

8.

Questa specificità soltanto allora potrà essere rettamente intesa quando il consenso, e conseguentemente la capacità del soggetto, è posto in relazione col suo oggetto, col suo proprio contenuto, e quindi col matrimonio. Il che va detto non tanto e non esclusivamente in senso statico, considerando cioè quell'atto umano nel suo formarsi e nel suo costituirsi – che è poi propriamente l'*atto del consenso* –, ma anche e vorremo dire soprattutto in *senso dinamico*, cioè quale momento psicologico dal quale deriva il perfezionarsi di uno status, di una realtà quale è appunto il vincolo coniugale. E questo necessaria-

mente, comportando relazione all'altro e fondamentalmente una reciproca donazione-accettazione delle persone dei coniugi, resterebbe una mera astrazione se non facesse riferimento al suo contenuto sostanziale, cioè ad un impegno di reciproco comportamento, in fondo a specifici obblighi cui corrispondono relativamente e specularmente specifici diritti.

Se pertanto psicologicamente l'uno o l'altro od ambedue gli sposi non fossero in grado di adempiere quanto costituisce il patto coniugale, ne discenderebbe una incapacità ad instaurare quello stato, a realizzare quel vincolo per sua natura totale in dimensione tanto temporale quanto verticale.

9.

La realtà storica, nella quale siamo immersi e nella quale operiamo ci fa consapevoli – talora con straziante tragicità – della enorme difficoltà per l'uomo di oggi di essere adeguatamente capace di tanto impegno, di vivere cioè la vita coniugale in tutte le sue implicazioni: in fondo, di una tale donazione di se stesso all'altro nel patto volontario e totalizzante di un amore genuinamente umano, quale è nel concetto stesso essenziale del matrimonio: inteso questo nel suo significato naturale, ma ancora nella sua dignità sacramentale.

Qui i condizionamenti del mondo esterno, soprattutto quel senso di relatività del tutto che sembra pervadere l'uomo di oggi; quel timore, talora quel terrore panico di proiettarsi in un progetto che coinvolga e trascini nel futuro la propria esistenza; quell'abitudine di vivere il momento fuggente distraendo lo sguardo, quasi con ripugnanza, dall'impegno che abbraccia il domani ed ancora il domani l'altro e poi ancora il "sempre"; quella insicurezza – ammantata spesso da esteriore baldanza – che rende l'uomo pavido quasi in atteggiamento di disperazione circa il proprio destino ma ancor prima circa le proprie possibilità morali; quello stato diffuso e quasi generale di nervosi che genera un uomo vera-

mente debole ed insicuro: tutto ciò, di fronte al sublime impegno di una donazione amorosa della totalità del proprio io all’altro, potrebbe far dubitare circa la capacità diffusa se non anche generalizzata di assumere e quindi di adempiere gli obblighi matrimoniali.

10.

In tale angoscioso contesto e quadro dell'umanità odierna, la Chiesa ancora una volta è chiamata a ricordare e di fatto presenta una figura dell'uomo, debilita-

to sì nel suo più profondo essere, ma sempre capace di una vita dignitosamente consona a chi è stato creato e formato ad immagine e somiglianza di Dio, la cui presenza vivificante ed illuminante nel più profondo del suo stesso essere imprime tale forza da condurre l'uomo ai suoi più alti destini. Messaggio questo rivolto a tutti gli uomini, ma molto maggiormente valido e pregno di significato per coloro che, nella fede in Cristo, celebrano il matrimonio sacramento.

Ad essi Cristo per voce della sua Chiesa lancia ancora una volta una parola di speranza, così che

si instauri o si restauri – per il bene dell’intera umanità e dei singoli – quell’istituzione naturale che la stessa riflessione della civiltà e della filosofia dell’antica Roma non esitava a definire *«principium urbis et quasi seminarium rei publicae»* (M.T. Cicero, *De officiis*, I, 54): «il nucleo primo della città e quasi il semenzaio dello Stato».

S.E. Mons. MARIO FRANCESCO
POMPEDDA

Decano della Sacra Rota Romana,
Consultore della Congregazione
per il Clero e del Pontificio Consiglio
per l'Interpretazione dei Testi legislativi
(Santa Sede)



FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ

Intelligenza, libertà e santità

1.

Il mio primo proposito, con un deliberato atto di disciplina, è quello di rispettare l'ordine degli argomenti del titolo. Tratteremo perciò l'intelligenza nell'introduzione, e parleremo della santità nella sezione finale.

In effetti, ci troviamo di fronte a una *scala*, della quale dovete salire il primo gradino, quello dell'intelligenza, se volete arrivare al secondo, quello della libertà, che a sua volta vi condurrà alla cima antropologica occupata dalla santità. In questa progressione perciò c'è un condizionamento: non si può essere liberi senza le risorse intellettive necessarie per comprendere le alternative che una scelta libera implica, così come non si può essere virtuosi senza una certa intelligenza, che ci permette di comprendere cosa sia la virtù, o senza un certo margine di libertà interiore che consente di mettere in pratica la moralità e il bene. Ma la validità di questo ragionamento è relativa quando ci ricordiamo che, come vedremo più tardi e in modo più preciso, l'intelligenza e la libertà nel loro funzionamento e nella loro struttura sono *entità multiple o plurali*, che perciò richiedono la specificazione dell'esatta varietà dell'intelligenza o della libertà alle quale faremo riferimento a tempo debito.

Se c'è una persona meritevole dell'idealizzazione estrema agli occhi degli osservatori, è proprio colui che abbina i tre attributi del titolo, e che lo fa ad un livello che gli consente di essere considerato allo stesso tempo percettivo e intelligente, dotato di autocontrollo e libero, virtuoso e santo. Nella combinazione di questo terzetto di

cardini antropologici, risiede, senza dubbio, il più sublime paradigma per lo sviluppo dell'essere umano e del suo comportamento. Arrivare a questa proclamazione è stato, forse, lo scopo ultimo dell'Undicesima Conferenza Internazionale quando mi fu assegnato, forse sopravvalutando la portata della mia esperienza, un intervento dal titolo così complicato ed ambiguo.

Per quanto ovvia possa essere la conclusione che abbiamo appena espresso, l'argomento del mio intervento è in sé eccessivamente complesso, per i due approcci concettuali con i quali può essere trattato: primo, l'approccio *analitico*, che ci porta separatamente a questi cardini e ci dice il giusto dall'inizio a proposito del polimorfismo formale che deriva dalla loro struttura polidimensionale.

Sull'altro fronte concettuale, un approccio *olistico* ci consente di scoprire una trama a forma di labirinto di correlazioni gerarchizzate, tra queste tre facoltà cardini dell'essere umano, così come la loro natura *complementare*, in quanto l'intelligenza può essere attribuita al piano psico-organico, la libertà a quello psico-spirituale e la bontà o santità a quello psico-etico.

Possiamo trovare questa complementarietà nella concezione umanistica di Max Scheler, che Pinto Ramos¹ riassume come segue: mentre l'intelligenza è condizionata biologicamente ed è una struttura che si può predire dal punto di vista dell'evoluzione della vita come suo requisito, la libertà e la santità sono caratteristiche fondamentali dell'essere spirituale e, indubbiamente, lo spirito non si può predire dal punto di vista della vita e

da essa non è richiesto. La felice complementarietà di queste tre entità positive va perciò dal *substrato organico della vita*, ove l'intelligenza sventola le proprie ali come primitivo strumento ideale, al *campo dei valori spirituali e morali*, trascendenti dall'insieme delle libertà umane. Tutto ciò pone in evidenza come alla complessità del nostro soggetto debba essere aggiunta la sua vastità assoluta, una vastità che comprende niente di meno che la dualità metafisica dell'essenza e dell'esistenza e la dualità *antropologica* della natura e dello spirito.

Nonostante tutte queste identificazioni e coincidenze, il labirinto delle correlazioni che uniscono l'intelligenza, la libertà e la santità non può essere indicato qui senza prendere in considerazione il loro contesto comune, formato dallo *sviluppo della personalità* in un ambiente *postmoderno*. Nella transizione dalla società moderna a quella postmoderna, una società caratterizzata sia da un livello post-industriale di sviluppo e dalla massiccia invasione dei mezzi di comunicazione, le tre entità qui analizzate sperimentano gravi rischi e cambiamenti, che esamineremo brevemente.

L'intelligenza umana oggi compete con l'*intelligenza artificiale* dei robot e dei computer, ed è e-sposta alla minaccia di essere da essi contaminata. L'ambiente operativo di Internet, ad esempio, ci spinge a pensare e a reagire come macchine in molte occasioni, facilitando la comparsa di fenomeni ossessivo-coercitivi. La società post-industriale è una *società dominante* che, per definizione, impone gravi restrizioni alla libertà

personale. Come risultato, l'essere umano intraprende una ricerca per evadere, e finisce facilmente per dipendere da questa evasione. Ne risultano così nuove dipendenze alle non droghe, tra cui annoveriamo proprio la dipendenza da Internet. In relazione a questa decadenza di valori post-moderna, dobbiamo chiedere ai teologi se può essere giustificato parlare di santità post-moderna, anche se solo su base contingente.

2.

Nel mio ultimo libro, *El talento creador. Rasgos y perfiles del genio*, ho studiato l'“aspetto enciclopedico” dell'intelligenza e l'ho rappresentato in diverse forme, raggruppate a due a due: l'intelligenza fluida e quella cristallizzata; l'intelligenza verbale e quella esecutiva; l'intelligenza naturale e quella artificiale; l'intelligenza pratica e quella teorica.

Se eseguiamo una *valutazione antropologica* del significato di ognuna di queste modalità dell'intelligenza, le diversità più preziose della cognizione umana emergono secondo i quattro moduli seguenti:

– *Intelligenza cristallizzata*, che è la capacità operativa sviluppata e mantenuta da una sufficiente attività di pensiero e di studio, che permette di trattare in modo abile l'esperienza personale e di comunicarla ad altre persone ed è, in breve, la comune eredità del genio e del saggio; mentre l'intelligenza fluida diventa più evidente nella produzione di informazioni, un processo che raggiunge il suo maggior sviluppo nella persona super-dotata.

– *Intelligenza verbale*, che è determinata dall'operare con immagini di parole ed è molto più resistente del suo opposto, l'intelligenza esecutiva, agli attacchi dell'età.

– *Intelligenza naturale*, che è caratterizzata dal compito sempre presente della comprensione razionale, un'attività che non si trova in nessun tipo di macchina. Queste, sebbene siano riconosciute come entità dall'eventuale intelligenza artificiale, possono essere qualificate, sulla base di un simile svantaggio, come stupidi artefatti.

– *Intelligenza teorica*, che ci consente di costruire simboli, di risolvere problemi e di porre domande; mentre il suo opposto, l'intelligenza pratica, agisce come una specie di capacità di adattamento ad un livello mentale molto più basso.

Tre tipi umani sono considerati come *superintelligenti*, in molte occasioni sulla base di una documentazione insufficiente². Essi sono persone super-dotate, il saggio e il genio. Le persone *super-dotate*, mosse da una vasta conoscenza ed informazione, conseguite grazie ad un'intelligenza fluida e privilegiata, raggiungono risultati brillanti negli esami scolastici e nei test psicometrici – un quoziante d'intelligenza più alto di 130 è esattamente il loro livello convenzionale.

Da parte loro, il genio e il saggio, sebbene abbiano entrambi un'intelligenza cristallizzata altamente sviluppata, sono molto diversi per altri aspetti cognitivi. La mente di un *genio* si distingue per i suoi apporti originali in forma di scoperte o creazioni, ottenute esercitando il pensiero laterale (“*thinking aside*”, secondo la terminologia di Koestler³) o “*penser à côté*”, in cui il pensiero creativo si rivela come un'associazione di pensiero logico-creativo e intuitivo, con un intuito (discernimento/acume) immaginoso e onirico. Di solito, il vero valore dell'operato di un genio non viene adeguatamente apprezzato sino alla sua morte. È per questo motivo che ci sono così tanti geni apparenti ed ignorati.

Dall'altra parte, il saggio è degno di ammirazione per la sua brillante abilità appresa dall'esperienza, così come per la sua grande facilità nel comunicare, che gli consente di offrire la propria sapienza derivata dall'esperienza agli esseri umani particolarmente svelti.

Le accademie di polizia, scegliendo di mettersi al servizio di coloro che raggiungono i migliori risultati nei test scolastici, molti dei quali appartengono alla specie dei super-dotati, hanno ignorato i membri delle due altre classi della struttura cognitiva superiore: coloro che apprendono e ragionano in modo saggio e coloro che prendono delle strade inesplorate dalla lo-

gica comune per stabilire elementi sconosciuti.

Questo trattamento preferenziale dei super-dotati a danno del saggio e del genio è un errore e un atto di ingiustizia, entrambi molto gravi. Un errore perché la persona super-dotata è un professionista vittorioso che, ciò nonostante, non è in grado di apportare una sola nuova idea – mentre il genio lo fa – o permettere agli altri esseri umani di approfittare delle sue esperienze – così come fa il saggio. È un atto di ingiustizia perché i tipi di vita del genio e del saggio rappresentano i migliori esempi umani che devono essere scelti tra quelli che possiedono una mentalità privilegiata.

Una valutazione comparativa della persona super-dotata, del genio e del saggio mediante i parametri di libertà e di santità (o virtù) ci permette di confermare la posizione *inferiore* della persona super-dotata, che generalmente e fondamentalmente è guidata da interessi competitivi e personali o perlomeno incoraggiata da uno sforzo per la competitività. Viceversa, l'intera vita del saggio è orientata alla promozione dei valori *sociali*, il che ci permette di considerarlo, inizialmente, come campione di virtù, mentre il genio, qualora venga riconosciuto come tale, deve sostenere un'esigente lotta con l'ambiente che mette alla prova la solidità di questa autonoma libertà.

3.

Oltre ai pensatori esistenzialisti, è stato Tocqueville⁴, uno dei filosofi moderni, a proclamare in modo più enfatico la libertà come il *valore supremo* della vita umana. Zubiri, il grande filosofo spagnolo, unisce la libertà all'essenza fondamentale dell'uomo. Sebbene possano essere qui prodotte molte altre citazioni sull'eccellenza della libertà, il valore più alto corrisponde all'antica nozione Giudaico-Cristiana secondo la quale ogni uomo è *libero* quando è pienamente *responsabile* della sua vita.

Non bisogna comunque credere che tutte le opinioni concordino con questa conclusione fondamentale. Sempre, anche se nel passato

più di oggi, ci sono state persone che hanno negato la libertà umana, postulando che tutto è determinato.

Kant, il filosofo della ragione, postula che l'azione dell'uomo è libera non perché non sia determinata o etero-determinata, ma perché è *auto-determinata* nella forma di una volontà governata da cause razionali. Sarebbe bene parlare di *libertà* al plurale, per collegare in modo armonioso tutte le diverse libertà, ognuna delle quali è dotata di una dimensione strutturale altamente sviluppata. Le due libertà basilari, attorno alle quali ruotano le altre, sono la libertà di scelta, come libertà *individuale* (sebbene Sant'Agostino la chiamasse *libertas minor*) e la libertà civile, come libertà *sociale*. Per poter stabilire un ordine gerarchico tra di esse, dovremmo ascoltare Unamuno: "La libertà è nel mistero; la libertà è sotterranea, e cresce all'interno, non esternamente. La libertà non è nel fogliame, ma nelle radici".

La libertà di *scegliere* tra diverse opzioni è pratica comune nella vita, e di solito è messa in pratica senza alcun bisogno di riflettere. Per questo, la maggior parte delle persone non sono consapevoli del ruolo che svolgono nel processo di scelta "Una scelta ha un significato soltanto qui e adesso, esiste solo nel presente" (McEvoi⁵). La libertà di scelta è fortemente condizionata al principio della *libertà morale*, senza la quale diventerebbe pura arbitrarietà. In alcune scelte partecipa anche un'attento esame delle opzioni disponibili mediante la *speranza*, che ci induce a decidere tra opzioni o alternative fattibili, e/o la *prudenza*, che ci permette di sopesare in anticipo le possibili e probabili conseguenze di ogni opzione.

A queste conseguenze fondamentali della libertà di scelta è legata un'altra varietà di libertà interiore, raramente discussa, che può essere definita libertà di *azione*. Esercitarla, come disse Kant, non significa cancellare il desiderio scelto dalla volontà, ma essere in grado di resistergli e di controllarlo, impedendogli di diventare comportamento. Hume⁶ (1711-1776), il grande filosofo inglese empirista classico, diceva che la libertà può

essere intesa solo come "il potere di agire o non agire, secondo le determinazioni della volontà". Lo studio clinico della *dipendenza*, in special modo della dipendenza alle non droghe, agli oggetti non chimici, come il cibo, il sesso, la televisione, gli acquisti, il gioco e il lavoro⁷, ha fatto luce su questa libertà di azione. Un desiderio che cresce sempre più, fino a quando diventa incontrollabile e irrefrenabile, è la matrice patologica di quelle malattie moderne che chiamiamo dipendenza dalle non droghe. Indipendentemente da questa perdita di libertà *parziale* o selettiva attestata nel campo della dedizione, la libertà interiore è *sempre* indebolita quando c'è un disturbo psichico. Ci sono deterioramenti totali o parziali (come nelle dipendenze) e deterioramenti graduali (la perdita dei soli livelli di libertà). I disturbi mentali sono disturbi della libertà, e la psichiatria è la *patologia della libertà*. Uno degli scopi fondamentali della psichiatria pratica è quello di restituire la libertà interiore al malato di mente.

Per quanto riguarda la libertà *esteriore*, il nostro punto di partenza potrebbe essere la libertà *naturale*, che è limitata solamente dalle capacità dell'individuo, e che prende forma nella varietà fondamentale della libertà *civile* quando i diritti umani naturali sono limitati dall'interesse generale come risultato del vivere nella società. Anche su questo fronte, la psichiatria ha adottato una posizione ben definita. "La psichiatria trova le condizioni normali per la sua pratica in un campo sociale ove l'ideologia dominante ha preso possesso delle libertà naturali" (Szulman⁸). Questa citazione stabilisce fermamente l'impossibilità di sviluppare in modo adeguato la scienza della salute mentale in un'ampia zona senza libertà, così come il rifiuto della psichiatria ad essere manipolata, sia come vittima sia come complice, da un ambiente che uccide la libertà regolato da leggi regressive – false leggi, secondo l'opinione di Nieto Blanco⁹.

Jaspers¹⁰ presenta il *dialogo* e la *tolleranza* razionali come due atteggiamenti immanenti nell'esercizio della libertà. Entrambi derivano dall'accettazione della plura-

lità dei modi di pensare e di vivere. "Il rimprovero proiettato sul tollerante che la sua accettazione degli ideali e dei credo altrui è dovuta alla debolezza di questi stessi ideali e credo, appartiene alla particolare logica dei fanatici conquistatori delle verità assolute" (Alonso-Fernández¹¹).

Nessuna delle varietà concettuali di libertà qui discusse (libertà di scelta, libertà di azione, libertà morale, libertà civile e libertà legale) è estranea al campo della virtù, del quale tratteremo ora.

4.

La santità non può essere attestata in un soggetto che non possiede una *congiunzione* tra sviluppo intellettivo e libertà esercitata che gli permette di essere considerato, per dirla con Max Scheler, una *persona* nel pieno senso della parola, un individuo capace e libero, responsabile delle proprie azioni. Questa persona è padrona del suo comportamento. E quest'ultimo, a sua volta, merita di essere descritto come la *condotta di una persona*. Nella terminologia Scheleriana, chi non è una persona non può essere un santo o, più precisamente, non può essere preso a *modello di valori sacri*.

Non dimentichiamoci che la santità è il risultato di una valutazione, la valutazione religiosa positiva di una persona con una provata condotta eccezionale pervasa da una certa difficile virtù.

La prima capacità di *valutazione* dell'uomo apparve nel mondo con la comparsa della *coscienza morale*. Uno dei miei libri esaminava a fondo questo argomento, seguendo la corrente di pensiero delle idee perspicaci apportate dallo psichiatra svizzero Manfred Bleuler. La funzione della valutazione, capace di distinguere il bene dal male, il bello dal brutto, occupò il primo concetto fondato di coscienza. Per lungo tempo l'unico concetto di coscienza era quello della coscienza morale, che è il significato del greco *syneidesis* e del latino *cum-scientia*. Soltanto dopo il Rinascimento il significato di una coscienza capace di cognizione morale estesa a tutti i tipi di conoscenza, ha dato origine alla nozione di *consa-*

pevolezza in senso psicologico.

Anche la lingua tedesca ha due designazioni per la parola spagnola *conciencia* (che significa sia “coscienza” sia “consapevolezza”: *Gewissen*, che significa coscienza morale, e *Bewußtsein*, che significa *consapevolezza* psicologica. Mentre le origini di *Gewissen*, la parola usata per tradurre il greco *syneidesis*, si è persa nella notte dei tempi, *Bewußtsein* ha iniziato ad essere di uso corrente soltanto all'inizio del XIX secolo, e fu usata per riflettere un nuovo significato di consapevolezza stabilito dalle lingue romanze.

Ciò è stato confermato dalla storiografia, e significa che la funzione della valutazione della coscienza morale è immanente allo spirito umano, e che la sua successiva estrapolazione a tutti i tipi di conoscenza segna l'emergere della consapevolezza in senso psicologico come tipo di coscienza secolarizzata¹².

5.

Passiamo ora al problema dell'assiologia in generale. Lo sviluppo dell'assiologia intesa come scienza dei valori, rappresenta una conquista sorprendente del XX secolo. È stato il filosofo spagnolo Ortega y Gasset¹³ ad intuire con grande chiarezza questa sensazione di stupore: “Così, la versione dietro la quale il Valore ha molto spesso preferito nascondersi è stata l'idea del Bene. Per secoli, è stato attraverso l'idea del bene che il pensiero si è avvicinato all'idea del meritevole. Tuttavia, il Buono non è altro che il substrato del valore, o una classe di valori, una specie del genere Valore”.

Non meno sorprendente è che proprio il nostro secolo, scenario di così tante atrocità (il male del nostro secolo è stato definito da Giovanni Paolo II come una crisi di valori¹⁴), sia stato il grembo che ha fatto nascere lo sviluppo dei valori fondamentali della ragione. I fatti e le circostanze che hanno permesso che questa nascita avesse luogo in quel momento si erano accumulati durante il XVIII e il XIX secolo.

Primi tra gli scienziati e i filosofi che, dopo un adeguato tirocinio,

scrissero sui valori sono stati i pensatori Max Scheler e Ortega y Gasset, uniti non soltanto dall'argomento comune ma anche da un rapporto di amicizia, nonostante per alcuni aspetti le loro opinioni possano essere differenti.

Secondo il concetto di Ortega, i valori sono *significati positivi o negativi* caratteristici delle cose reali e si adattano ad una scala oggettiva, nonostante solamente alcune persone li possano percepire. Perciò Ortega descrive i valori, primo come “qualità irreali presenti nelle cose o negli oggetti reali”; secondo, come elementi oggettivi; e, terzo, come dati accessibili solamente a soggetti in grado di percepirla in virtù della loro capacità di valutazione.

Le idee di Max Scheler coincidono col primo e col terzo punto, ma non con il secondo. L'oggettività dei valori, secondo Max Scheler, come in generale quella dell'etica – che è la scienza che detiene la chiave dell'assiologia – è gravemente relativizzata dalla Storia.

Circa il terzo postulato di Ortega, Max Scheler ha un'opinione pienamente concordante, in quanto il rancore moderno è secondo la sua opinione l'origine della tendenza a giudicare vero solamente ciò che tutti credono sia vero, sebbene l'*unanimità* fosse un criterio di *verità*. Gli uomini, aggiunge, sono d'accordo solamente per i valori più bassi. I valori più alti sono negati o ridotti a livello di quelli più bassi da molte persone. E come se avesse luogo un'*inversione* della gerarchia assiologica, secondo la quale i valori assegnati alle sfere dell'utilità, del piacere e dell'economia fossero elevati a valori assoluti.

Un simile errore è stato esteso anche al campo della *salute*. Perciò, la frase “etica della salute” è servita da muro di protezione usato per paragonare il sano al buono, violando i limiti tra il sano e la moralità. Il *significato morale di salute* dipende da come viene raggiunta e usata. Ci sono modi cattivi di usare o di raggiungere una buona salute. Anche Pascal parlava di un “buon uso della malattia”. Contrariamente alle opinioni dei Filistei sull'etica di una vitalità che invade i valori più grandi della vita, ci sono molte persone ma-

late che sono estremamente valide per la società e che rappresentano *modelli morali*.

L'elenco dei *modelli assiologici* valido per un'esistenza concreta (*Dasein*) varia a seconda degli autori, non soltanto per i tipi che include, ma anche per quanto riguarda la loro organizzazione gerarchica. Il concetto supremo usato più di frequente è quello della virtù morale. Spranger¹⁵ colloca i più apprezzati modelli umani nei seguenti quattro tipi: *Homo theoreticus*, legato alla verità; *Homo aestheticus*, legato alla bellezza; *Homo socialis*, legato all'altruismo; e *Homo religiosus*, legato alla virtù. Max Scheler dedica il proprio lavoro incompiuto ai modelli assiologici, offrendo tre profili esemplari: il santo, nella sfera dei valori sacri; il genio, in quella dei valori spirituali; e l'eroe, nella sfera vitale.

6.

Mentre il bene è un giudizio morale che, come abbiamo visto, può essere valutato dalla coscienza umana sin dai suoi primordi, la percezione del *misticismo*, che emerge con la virtù per dare origine alla santità, è più problematica, dato che presenta diverse facce. La brama per l'assoluto, la ricerca del trascendente, l'esperienza del mistero, la connessione diretta con la Divinità, lo stato di particolare consapevolezza di un credente: queste sono alcune delle esperienze usate per definire o descrivere il misticismo¹⁶.

Ad esempio dei contrasti o delle opposizioni che si possono trovare tra i diversi mistici, ricordiamo che, mentre la vera esperienza mistica è *luminosa*, il massimo mistico spagnolo, San Giovanni della Croce (1542-1591), raggiunge la vetta della spiritualità mistica in un ambiente vero e sperimentato di *buio* e di notte. L'incontro tra Dio e l'Uomo ha luogo, in San Giovanni della Croce, di notte. Il nostro Santo consacra la notte a Dio, e il giorno alla notte.

“La buia notte dell'anima” è il passaggio alla trascendenza, che San Giovanni identifica come una notte buia perché durante la notte sono uniti i due seguenti aspetti:

primo, l'assenza di luce incandescente – “il buio dell'anima”; e secondo, uno stato diffuso di vuoto “la nudità dell'anima”.

San Giovanni della Croce sceglie un atteggiamento contrastante rispetto all'esperienza mistica generale quando, dopo aver concepito la propria vita come una vera notte buia, sente l'estasi del buio delle tenebre emanate da Dio, non lasciandosi turbare dalle due sciagure della notte: la drammatizzazione della morte e la dis simulazione del reale dietro l'irreale.

Nel suo *Inno alla Notte*, Novalíis proclamò la religione notturna come la religione della morte. Nelle sue poesie, alcune della quali sono ancora indecifrabili, San Giovanni della Croce parla con Dio, con la Morte e con la Libertà. Già Giovanni d'Avila, che oltre ad essere un grande santo ed un mistico inusuale, fu un saggio

che aveva il dono dell'essere spagnolo e fu configurato come una solitaria figura di Don Chisciotte, forse ha ispirato i versi di Unamuno: “C'è qui uno spagnolo, un certo Don Chisciotte,/un povero sempliciotto...”).

Prof. FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ

Professore Emerito di Psichiatria
all'Università di Madrid
Membro della Reale Accademia
Nazionale di Medicina, Spagna

Note bibliografiche

¹ PINTO RAMOS, A., *El humanismo de Max Scheler*, Autores Cristianos, Madrid, 1978.

² ALONSO-FERNANDEZ, F., *El talento creador*, Ensayos temas de Hoy, Madrid, 1966.

³ KOESTLER, A., *The act of creation*, Pan Books, London, 1963.

⁴ TOCQUEVILLE, A., *Voyages en Angleterre, Irlande, Suisse et Algérie, Oeuvres Papier et Correspondance*, Gallimard, Paris, 1958, p. 91.

⁵ McEVoy, Th., *The existential dynamics of free choice*, *Journal of Existentialism*, 1967; 7, 29:1-17.

⁶ HUME, D., *De la libertad y la necesidad*, in: *Investigación sobre el conocimiento humano*, Alianza Editorial, Madrid, 1980, pp. 104-127.

⁷ ALONSO-FERNANDEZ, F., *Las otras drogas. Alimento, sexo, televisión, compra, juego y trabako*, Temas de Hoy, Madrid, 1996.

⁸ SZTULMAN, H., *Liberté et Psychiatrie, Evolution Psychiatrique*, 1977; 42, 2:657-666.

⁹ NIETO BLANCO, C., *Figuras de la libertad, Revista de Occidente*, 1990; n° 107:112-140.

¹⁰ JASPERS, K., *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin, 7^a edizione, 1959.

¹¹ ALONSO-FERNANDEZ, F., *Conducta humana*, in: *Psicología Médica y Social*, Salvat-Masson, Barcelona 5^a edizione, 1990, pp. 148-158 e 437-441.

¹² ALONSO-FERNANDEZ, F., *Conciencia y atención*, in: *Fundamentos de la Psichiatria actual*, Paz Montalvo, Madrid, 4^a edizione, 1^o tomo, 1969, pp. 305-340.

¹³ ORTEGA Y GASSET, J., *Introducción a una estimativa*, in: *Obras completas*, Revista de Occidente, Madrid, Tomo VI (1941-1946), 2^a edizione 1952, pp. 315-335.

¹⁴ GIOVANNI PAOLO II, *La splendeur de la vérité*, Ed. Mame, Paris, 1993.

¹⁵ SPRANGER, E., *Formas de vida*, Revista de Occidente, Madrid, 1066

¹⁶ ALONSO-FERNANDEZ, F., *Estigmas, levitaciones y éxtasis*, Temas de Hoy, Madrid, 1994.



ERMANNO PAVESI

L'Intelligenza dell'Universo

Parlare di 'intelligenza dell'universo' può suonare come una provocazione per molte correnti della cultura contemporanea.

Ciò che ha caratterizzato e continua a caratterizzare certe tendenze tanto della scienza quanto nell'interpretazione dei risultati della ricerca scientifica è stato proprio il tentativo di spiegare la realtà unicamente come il prodotto di uno sviluppo della materia avvenuto solamente in base a leggi naturali. La descrizione di tale sviluppo pretende di escludere completamente non solo un intervento soprannaturale, ma anche l'esistenza di un piano, di un senso o di un fine della realtà a tutti i livelli: l'universo, gli esseri viventi, l'umanità e la singola esistenza. In altri termini la questione teleologica sarebbe priva di senso.

Il compito dello scienziato è senz'altro quello di studiare la realtà servendosi del metodo scientifico, sapendo distinguere chiaramente fra fatti, leggi dimostrate, teorie e ipotesi di lavoro.

La concezione che considera l'universo come un cosmo, come espressione di un ordine e di un'armonia, è stata messa in discussione anche in passato, negli ultimi decenni però diversi autori hanno ritenuto che nuove acquisizioni nel campo della fisica l'abbiano confutata in modo definitivo.

Teoria della relatività, meccanica quantistica, principio di indeterminazione, teorie sull'origine dell'universo, tesi ricavate dallo studio dell'infinitamente grande e dell'infinitamente piccolo pretendono di mettere in discussione la legittimità di altre interpretazioni

della realtà. In casi estremi viene messo in discussione addirittura il concetto stesso di realtà, in quanto questa sarebbe di per sé inconfondibile e l'immagine che l'uomo se ne può fare sarebbe soltanto una rappresentazione soggettiva se non una costruzione illusoria.

Scienze della natura come la fisica e la chimica possono contribuire a migliorare la nostra conoscenza della realtà, in quanto ne spiegano alcuni aspetti, ma non sono in grado di rendere ragione della realtà nella sua totalità, soprattutto quando si tratta di fenomeni vitali. Proprio lo studio dei processi vitali, nei quali l'organizzazione della materia è più complessa, mostra che essi non possono essere spiegati unicamente con le leggi fisiche o chimiche.

Aggregazione e organizzazione della materia

Prendiamo ad esempio una sostanza come il carbonato di calcio. Questa sostanza si trova in natura in forme molto differenti ed è il costituente tanto di formazioni anorganiche come le stalattiti e le stalagmiti, quanto del guscio di una lumaca o della conchiglia di altri molluschi.

Entrando in talune grotte si può restare meravigliati per la ricchezza di forme delle stalattiti e delle stalagmiti, che a volte possono ricordare figure umane o oggetti. La forma di ogni stalattite è però puramente casuale e dipende dalla sedimentazione del carbonato di calcio contenuto nelle gocce d'acqua colate per secoli o

millenni. Solo l'osservatore riconosce l'analogia fra la forma esteriore e una forma realmente esistente.

Nel caso invece del guscio della lumaca ci troviamo di fronte a una forma precisa: la forma elicoidale tridimensionale corrisponde a un piano di costruzione ben preciso. L'accrescimento del guscio non può avvenire in modo casuale o automatico con la semplice sovrapposizione di nuovi strati di carbonato di calcio, in quanto l'angolo della curvatura e il diametro della sezione cambiano continuamente. Osservando un guscio si deve constatare che in ogni momento della sua formazione la lumaca ha secreto il carbonato di calcio in modo corrispondente alla forma definitiva.

Una sezione del guscio di un altro mollusco, il Nautilus, rivela la precisione dell'architettura interna con camere disposte in modo regolare in modo da formare una spirale logaritmica.

Dal punto di vista fisico gli atomi di una stalattite non differiscono da quelli del guscio di una lumaca, dal punto di vista chimico si tratta dello stesso sale, ma esiste una sostanziale differenza fra queste due formazioni. Nel caso della stalattite l'aggregazione del carbonato di calcio è avvenuta solo in base a leggi chimico-fisiche, la forma esterna è puramente casuale e in ogni momento è impossibile prevedere esattamente come sarà l'accrescimento successivo. Nel caso invece del guscio della lumaca la crescita dipende anche dalle proprietà fisico-chimiche del carbonato di calcio, ma avviene secondo un piano ben preciso, secondo delle informa-

zioni contenute nel patrimonio genetico, codificate all'interno del DNA dell'essere vivente.

DNA

Il DNA, una catena costituita da una sequenza di quattro molecole particolari, i nucleotidi, rappresenta l'archivio in cui sono codificate le informazioni per lo sviluppo e la vita di ogni essere vivente. Senza DNA non c'è quindi vita.

Dopo che Stanley L. Miller aveva dimostrato sperimentalmente che il passaggio di una corrente elettrica attraverso un'atmosfera costituita da vapore acqueo, ammoniaca e metano provoca la sintesi di numerose sostanze chimiche, fra le quali si trovano anche alcuni componenti di base di composti organici, è stata avanzata l'ipotesi che reazioni di questo tipo in epoca primordiale abbiano portato alla formazione di queste sostanze in quantità tali da permettere la sintesi spontanea di catene sempre più complesse, fino alla comparsa di sistemi capaci di autoreplicarsi.

Questa teoria è stata criticata da molti scienziati. Il chimico tedesco Bruno Vollmert ad esempio ha sottolineato che con l'esperimento di Miller i componenti del DNA, i nucleotidi, vengono prodotti solo in quantità minime, mentre si trovano soprattutto sostanze con un solo radicale come l'acido formico e le monoammine, che non sono adatte alla formazione di una lunga catena. Vollmert illustra questa critica con un paragone: immaginiamo di formare una collana estraendo a caso da un sacchetto delle perle, di cui alcune posseggono due ganci e altre uno solo. Dopo che è stata aggiunta una perla con un solo gancio la catena si può allungare ancora dall'altra estremità, ma fino a quando non capita un'altra perla con un solo gancio. Conoscendo la percentuale rispettiva dei due tipi di perle è possibile calcolare la probabilità di formare una catena di una determinata lunghezza. Riferendosi al "brodo prebiotico" ottenuto con l'esperimento di Miller, Vollmert dichiara che "Ogni chimico esperto in polimeriz-

zazione sa che in miscele di questo tipo, in cui prevalgono sostanze con un solo radicale, non si possono formare macromolecole come il DNA o proteine".

Vollmert sottolinea un altro fattore capace di impedire la formazione di lunghe catene: la presenza dell'acqua nel "brodo prebiotico". Le reazioni di sintesi sono reversibili e la lunghezza della catena è inversamente proporzionale alla concentrazione dell'acqua; questa infatti facilita il frazionamento della catena fino ad impedirne addirittura la formazione se la concentrazione è tale da rendere le reazioni di scissione più veloci di quelle di sintesi. Vollmert ritiene che il "brodo prebiotico" non si presti alla formazione di catene della lunghezza del DNA e "si deve considerare come impossibile già la formazione di una catena di 20 - 50 nucleotidi".

Anche Friedrich Cramer, Direttore dell'Istituto Max Planck per la Medicina sperimentale di Gottinga, ritiene che "l'origine della vita non può essere spiegata invocando semplicemente un caso privo di regole: la vita sulla Terra si è sviluppata ben più speditamente di quanto sarebbe stato possibile a seguito di semplici fluttuazioni statistiche. Semmai doveva essere all'opera sin dall'inizio un meccanismo che selezionava le molecole 'giuste' e consentiva loro la sopravvivenza".

Come chimico, Vollmert cerca di spiegare la base chimica di certe trasformazioni biologiche: la comparsa di un nuovo gene presuppone la comparsa di un nuovo segmento di DNA. Calcolando in 1500 nucleotidi la lunghezza media di un gene, per Vollmert esistono $10^{1.000}$ possibili combinazioni, per cui è del tutto improbabile la comparsa casuale della sequenza "giusta". Prima della comparsa definitiva del gene completo la formazione di questa catena non può essere neanche essere guidata dal fattore selezione; infatti se si esclude ogni finalismo si deve ammettere che solo per caso un segmento di DNA formatosi spontaneamente a un certo punto dimostra di contenere le informazioni per produrre un nuovo enzima.

Non si deve dimenticare infatti che una catena di molecole non è né più né meno che una catena di molecole. Nel momento in cui parliamo di una sequenza di nucleotidi introduciamo nuove categorie, cioè consideriamo quella catena come una struttura chimica in cui sono state codificate alcune informazioni. Ma questo presuppone l'esistenza di un sistema che attribuisce un determinato valore a una determinata sequenza di nucleotidi. L'informazione codificata è poi solo il piano di costruzione che è utile solo se sono presenti anche un sistema "lettore", capace di leggere e di decodificare l'informazione contenuta nel DNA, e un altro in grado di eseguire le istruzioni.

Organismi viventi

Se si passa dal singolo gene alla catena di DNA degli organismi più semplici, costituiti da una sola cellula, come ad esempio l'*Escherichia coli*, la probabilità di azzeccare la combinazione giusta diventa ancora più piccola. Il già citato Direttore dell'Istituto Max Planck di ricerca medica ha calcolato che il numero di combinazioni possibili nella scrittura genetica è di $10^{2.400.000}$, e il suo giudizio è quanto mai esplicito:

"Ottenere questo piano di costruzione di un essere vivente per puro caso è dunque impossibile.



Un ipotetico robot che ogni secondo sperimentasse e valutasse una nuova combinazione non riuscirebbe – nemmeno in minima parte – a esaurire l'insieme delle possibilità anche se lavorasse ininterrottamente per un tempo pari a quello trascorso dal Big Bang a oggi (= 10^{17} secondi): infatti il tempo necessario sarebbe pari a circa $10^{2,400,000}$ – $17 = 10^{2,399,983}$ volte l'età dell'universo. L'intera età dell'universo assume dunque proporzioni pressoché trascurabili rispetto al tempo occorrente per un «ordine dettato dal caso»⁴.

Anche l'esame della struttura dell'*Escherichia coli* offre molte sorprese, in quanto presenta una complessità accentuata.

L'*Escherichia coli* appartiene al gruppo dei flagellati, batteri dotati di un prolungamento filiforme chiamato flagello. Il flagello dell'*Escherichia coli* non costituisce semplicemente il prolungamento della parete della cellula, ma è fissato alla parete del batterio per mezzo di una specie di cuscinetto che gli consente di ruotare attorno al proprio asse come un'elica. Il movimento rotatorio del flagello è provocato dalla differenza di potenziale esistente fra le membrane interna ed esterna della parete cellulare, con un meccanismo paragonabile a quello di un motore elettrico, ma con prestazioni eccezionali in quanto arriva a 15.000 giri al minuto, un risultato impensabile per i motori elettrici costruiti dall'uomo⁵.

Già a livello di un microorganismo monocellulare ci troviamo di fronte a funzioni complesse, che sono possibili solamente grazie a fattori molto differenti: il movimento del protozoo dipende dalla rotazione del flagello, questa è consentita dal modo con cui il flagello è collegato alla parete cellulare, la differenza di potenziale fra la membrana interna ed esterna deve essere tale da consentire il movimento, ed essere proporzionata alle dimensioni del flagello. Tutte le informazioni relative a queste caratteristiche sono contenute in altrettanti geni del DNA di questo protozoo.

Complessità dei processi vitali

Come nel caso dell'*Escherichia coli* il miglioramento delle nostre conoscenze scientifiche dei processi biologici mostra in modo sempre più chiaro la loro estrema complessità. Le differenti funzioni sono possibili solo grazie a strutture estremamente diversificate e all'intervento di innumerevoli enzimi che devono agire al posto giusto e al momento opportuno.

Prendiamo ad esempio l'emoglobina e il trasporto dell'ossigeno dai polmoni ai tessuti. Noi possiamo dare per scontato che si tratti di una reazione molto semplice: l'emoglobina si satura di ossigeno a livello polmonare a contatto con l'aria esterna ricca di ossigeno, mentre lo cede a livello dei tessuti periferici. Questo meccanismo da solo consente certamente il trasporto di ossigeno, ma in misura insufficiente. L'emoglobina però presenta caratteristiche particolari, la sua affinità per l'ossigeno cambia con la temperatura e con il grado di acidità, è maggiore a livello dei polmoni e minore invece nella periferia, ciò che consente di aumentare l'efficienza del trasporto di ossigeno.

Il problema dell'emoglobina diventa ancora più complesso se si prende in considerazione una fase particolare della vita dell'uomo, cioè quella fetale.

Durante la vita intrauterina lo scambio ossigeno-anidride carbonica non avviene a livello polmonare con l'aria esterna ma a livello della placenta con il sangue della madre. Se il feto avesse la stessa emoglobina della madre, a livello della placenta vi sarebbe uno scambio piuttosto limitato di ossigeno, cioè fino a quando la concentrazione dell'ossigeno nell'emoglobina del feto non avesse raggiunto quella della madre. Durante la fase intrauterina l'uomo è dotato di una emoglobina particolare, chiamata emoglobina fetale, che presenta un'affinità per l'ossigeno maggiore di quella della madre, per cui a livello della placenta riesce a raggiungere un grado di saturazione maggiore.

Già queste considerazioni mostrano la complessità del problema: il feto deve avere un'emoglobina con un'affinità per l'ossigeno maggiore di quella dell'adulto, ma tale affinità non può essere neanche tale da creare un legame così stabile da impedire la cessione dell'ossigeno a livello periferico. Risulta difficile ammettere che questi differenti tipi di emoglobina, che devono rispondere a esigenze così precise, siano comparsi casualmente.

Al momento del concepimento, nell'uovo fecondato, in questo archivio miniaturizzato che contiene i programmi per la produzione di circa 100.000 proteine differenti, vi sono anche i programmi per questi due tipi di emoglobine differenti, con caratteristiche estremamente peculiari, e anche le informazioni che fanno cessare la produzione dell'emoglobina fetale dopo la nascita, sostituendola con quella dell'adulto.



Autorganizzazione della materia?

Scienziati contemporanei riconoscono che ci troviamo di fronte a problemi complicati, che il tutto è più della somma delle parti, per cui è illusorio cercare di spiegare il tutto come semplice aggregazione di singole parti. Per questo motivo viene anche lasciata cadere l'ipotesi che sia il caso a spiegare l'origine della vita e lo sviluppo dei viventi. Scienziati con-

temporanei cercano di formulare ipotesi per spiegare comunque la comparsa "naturale" di questi sistemi complessi. Una di queste teorie è quella dell'autorganizzazione della materia: la materia fin dall'inizio, cioè già al momento del Big Bang, conterebbe in sé "l'idea" della propria autorganizzazione, i piani di tutti gli sviluppi futuri.

Questa teoria è senz'altro interessante in quanto riconosce che lo sviluppo della vita, così come è avvenuto, non è pensabile senza l'esistenza di un'idea, di un piano preciso e rappresenta certamente un superamento delle forme più radicali di materialismo meccanicistico, d'altra parte però considera l'autorganizzazione come una proprietà fisica della materia.

Il riconoscimento da parte dello scienziato che l'osservazione e lo studio della natura fanno ritenere necessaria l'esistenza di un piano o di un'idea costituisce una svolta importante: nell'universo è riconoscibile l'opera di un'intelligenza. Si apre quindi la questione della natura di questa intelligenza, ma qui si tratta di un problema che non è di competenza esclusiva dell'uomo di scienza, ma che deve coinvolgere anche i rappresentanti di altre discipline.

Dott. ERMANNO PAVESI

*Docente di Psicologia alla
Gustav-Siwerth-Akademie,*

*Weilheim-Bierbronn (Germania)
e alla Theologische Hochschule
di Coira (Svizzera)
Segretario della Associazione
Medici Cattolici Svizzeri*

Note

¹ BRUNO VOLLMERT, *Die Entstehung der Lebewesen in naturwissenschaftlicher Sicht. Darwins Lehre im Lichte der makromolekularen Chemie* [L'origine degli esseri viventi dal punto di vista scientifico. La dottrina di Darwin alla luce della chimica macromolecolare]. Gustav-Siwerth-Akademie, Weilheim-Bierbronn 1995, p.37.

² BRUNO VOLLMERT, *Das Moleköl und das Leben. Vom makromolekularen Ursprung des Lebens und der Arten: Was Darwin nicht wissen konnte und Darwinisten nicht wissen wollen* [La molecola e la vita. Dell'origine macromolecolare della vita e delle specie: Ciò che Darwin non poteva sapere e i darwinisti non vogliono sapere] Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg 1985, p.63.

³ FRIEDRICH CRAMER, *Caos e ordine. La complessa struttura del vivente*, Bollati Boringhieri, Torino 1994, p.131.

⁴ *Id.*, p.32.

⁵ Cfr. WOLFGANG KUHN, *Alles nur Zufall? Schöpferglauben und Naturwissenschaft* [Tutto solo caso? Fede nel creatore e scienza della natura]. Johannes-Verlag, Leutesdorf 1994, p.15-19.



PAOLO PANCHERI

L'uomo nudo nella sua follia e il significato dei suoi deliri

Il delirio è sempre stato considerato come l'essenza della follia. Delirare significa infatti uscire dalla comunità di pensiero sociale a cui si appartiene per entrare in un universo fantastico da essa disassociato. Delirare significa perdere ogni capacità di valutazione critica su questa trasformazione soggettiva del mondo.

Chi delira perde la capacità di adeguare il proprio comportamento in funzione di quello degli altri e le proprie azioni diventano di conseguenza bizzarre, anomale, devianti, impreviste e imprevedibili. L'uscita dalla comunità sociale e il ritiro in un mondo fantastico che esclude il giudizio critico fa sì che il delirante venga considerato un elemento anomalo e di disturbo nell'ambito del gruppo, ristretto o allargato, a cui appartiene. Diviene oggetto, in quanto "alieno", di stigma e di esclusione sociale e spesso, di manifestazioni di aggressività e di violenza.

Nel corso della Storia dell'umanità, il soggetto che manifestava quelli che oggi chiamiamo i sintomi del delirio è sempre stato oggetto di queste reazioni del corpo sociale di appartenenza anche se con modalità differenti in rapporto al contesto storico e socioculturale.

Ciò che invece è maturato in funzione del contesto è stata sempre l'interpretazione data all'alienità del delirante. Così, di volta, il modello interpretativo è stato di tipo magico, di tipo mistico, di tipo diabolico e così va. Nel nostro periodo storico e nella nostra civiltà occidentale il modello interpretativo dominante è di tipo medico.

Il modello medico considera il delirio come una malattia (o un disturbo) mentale, lo inserisce come

sintomo in un'ampia gamma di sindromi psichiatriche, ne descrive accuratamente le caratteristiche fenomenologiche e ne studia, o tenta di studiarne, le possibili cause a livello dei meccanismi biologici di funzionamento del cervello.

Non è detto naturalmente che il modello interpretativo medico del delirio debba essere quello definitivo né tantomeno quello vero. Possiamo solo dire che, nella nostra cultura, il modello medico è quello che permette, meglio di altri, effettuare degli interventi per riportare il delirante nella comunità sociale favorendo il passaggio dalla "alienità" alla "normalità".

Ovviamente, chi delira non ritiene affatto che i suoi pensieri, le sue convinzioni, le sue radicate certezze e i suoi comportamenti siano "alieni" e conseguenza di una qualche forma di "malattia mentale". Ne consegue che rifiuta questa interpretazione medica della sua vita psichica e resiste di conseguenza ad ogni tipo di intervento terapeutico.

Il problema così si sposta a livello del medico delegato dal corpo sociale a valutare se certe convinzioni di un suo membro hanno i caratteri del delirio-malattia e se di conseguenza possono essere messi in atto provvedimenti di restrizione temporanea della libertà e di somministrazione delle terapie previste dal modello medico dominante.

Essenziale diviene quindi una definizione dei limiti del delirio, una descrizione dei suoi caratteri formali in una prospettiva psicopatologica, la sua "comprendibilità" in funzione del contesto e una analisi dei suoi contenuti.

Ognuno infatti comprende facil-

mente il rischio connesso nell'interpretazione medica di una convinzione soggettiva come fenomeno delirante nel caso che le sue caratteristiche non avessero i caratteri della "malattia".

I caratteri "formali" del delirio

Tutti i maggiori esponenti della psicopatologia europea hanno affrontato il complesso problema di una definizione del delirio attraverso un'analisi dei suoi caratteri formali. Tra tutti, Jaspers ha dato il contributo più importante stabilendo i tre criteri fondamentali che permettono di identificare un disturbo delirante.

Essi sono stati poi sostanzialmente ripresi dalle scuole psichiatriche di lingua inglese, riportati nei testi di psicopatologia contemporanea e nel glossario del principale sistema di classificazione delle malattie mentali (DSM).

I tre criteri di Jaspers sono quelli della *certeza soggettiva*, dell'*incorreggibilità* di fronte alla logica e all'evidenza, e della *impossibilità*, (o falsità) del contenuto.

Il DSM III-R, nel glossario annesso alla classificazione dei disturbi mentali, così definisce il delirio:

"Delirio. Un falso convincimento personale basato su di una inferenza non corretta sulla realtà esterna e sostenuta in modo fermo nonostante quanto quasi tutti gli altri ritengono e in contrasto con quanto costituisca una prova o evidenza incontrovertibile e ovvia al contrario. Il convincimento non rientra tra quelli ordinariamente accettati dai membri della stessa cultura o sottocultura (ad esempio

non si tratta di una convinzione religiosa). Quando un falso convincimento implica un estremo giudizio di valore, esso è considerato come un delirio solo quando il giudizio è così estremo da superare ogni credibilità”.

È importante rilevare come, nella definizione del DSM III-R, siano precisamente riscontrabili i tre criteri della psicopatologia classica Jaspersiana: la certezza soggettiva, l’incorreggibilità e la falsità (impossibilità) del giudizio. Mentre tuttavia i criteri della certezza soggettiva (“falso convincimento personale”) e della incorreggibilità vengono semplicemente enunciati o sinteticamente definiti, molta enfasi viene data alla descrizione del criterio, assai più problematico, della “falsità” del giudizio. Anche in questo il DSM III-R appare coerente con la psicopatologia classica.

È opportuno ricordare a questo proposito le pagine scritte da Jaspers per definire il concetto di realtà (da cui è peraltro difficile poter estrapolare dei concetti operativi) e il tentativo di Schneider di rendere meno problematico il giudizio sulla “falsità del contenuto” sottolineando le caratteristiche differenziali formali tra percezione delirante e intuizione delirante.

Il DSM III-R segue piuttosto un criterio di tipo sociale basato essenzialmente sulla “estrema devianza” del convincimento del soggetto rispetto al Contesto delle opinioni del gruppo di appartenenza.

Appare dunque evidente, anche dal DSM III-R, la difficoltà di stabilire criteri univoci e validi costantemente per valutare la falsità o meno di una certezza personale non correggibile.

Il problema è complicato dal fatto che esistono “certezze soggettive non correggibili” per le quali non è applicabile il criterio, non rigoroso ma clinicamente accettabile, della estrema devianza rispetto alle certezze dominanti del gruppo di appartenenza. Ciò si riferisce in particolare alle certezze soggettive relative alla propria realtà interna e ai propri vissuti individuali distinti dalla realtà esterna.

È evidente che in questo caso non è applicabile il criterio del confronto con certezze sociali di

gruppo in quanto tutte le affermazioni circa la propria realtà interna, in quanto riferite alla unicità del singolo soggetto, non possono teoricamente essere considerate devianti ma tutte ugualmente valide.

Le esperienze quindi che, pur avendo i caratteri della certezza soggettiva e della incorreggibilità, si riferiscono alla realtà interna del soggetto non dovrebbero essere considerate come deliri ma come “alterazioni dell’esperienza”.

Va rilevato come il problema di riferire alla realtà esterna l’essenza del delirio è stato ben percepito dagli estensori del DSM III-R quando, nella definizione del delirio, si fa riferimento alla “inferenza non corretta sulla realtà esterna”.

In realtà, anche questo tentativo di evitare il punto cruciale della “falsità o impossibilità” dei contenuti attraverso una distinzione tra convincimenti relativi alla realtà interna e a quella esterna ripropone una serie di problemi non risolti. Esiste un’ampia serie di esperienze interne o di “alterazioni dell’esperienza” che sono sempre state classificate come deliranti anche se il loro livello di inferenza sulla realtà esterna è minimo o comunque secondario. Basti pensare, a titolo di esempio ad un delirio di trasformazione somatica, a un delirio di colpa o a un delirio ipocondriaco.

Il punto critico essenziale è che, nell’esperienza delirante, i concetti di realtà interna e di realtà esterna perdono il loro significato di riferimento abituale. I meccanismi che normalmente permettono di tenere distinta la sfera dei vissuti e delle esperienze interne da quella dei rapporti, dalle relazioni e dai significati esterni appaiono non funzionanti. L’universo delle esperienze soggettive si estende fino ad inglobare quello delle esperienze oggettive, le paure e i desideri divengono realtà esterna, ed è perduto il confine tra immaginario (dove tutto è possibile) ed esperienza concreta.

Le tematiche fondamentali del delirio

Un’analisi preliminare dei contenuti del delirio permette di fare due considerazioni: la prima riguarda il numero relativamente li-

mitato dei contenuti deliranti riscontrabili nella clinica, la seconda riguarda la presenza di alcune tematiche fondamentali a cui fanno riferimento gruppi relativamente omogenei di contenuti specifici. Per quanto riguarda la stereotipia dei contenuti si può vedere come essi siano fondamentalmente poveri e ripetitivi, in contrasto evidente con l’immensa varietà delle tematiche e dei contenuti del pensiero non delirante. Colpisce sempre a livello di osservazione clinica il fatto che, nel momento in cui il pensiero subisce la sua trasformazione delirante, i contenuti vadano incontro ad un appiattimento e a una riduzione tematica nell’ambito di alcune categorie apparentemente prefissate. Colpisce anche il fatto che questo processo di riduzione dei contenuti prescinde dal patrimonio culturale o intellettuale, dalla capacità immaginativa o di rappresentazione fantastica e dalle esperienze esistenziali precedenti l’inizio della sintomatologia delirante. La scarsa variabilità dei contenuti deliranti sembra infatti esprimere una modalità di funzionamento del pensiero ad un livello più elementare e più antico che prescinde dalle differenze individuali culturalmente acquisite per fare invece riferimento ad esigenze e a spinte pulsionali comuni a tutta la specie umana.

La seconda considerazione riguarda il fatto che la grande maggioranza dei contenuti deliranti può essere ricondotta a relativamente semplici tematiche di base che sembrano fare riferimento ad alcuni schemi di organizzazione emotionale, cognitiva e comportamentale ed elementari appartenenti più alla specie che ai singoli individui.

Il primo tema fondamentale è quello della minaccia e del pericolo. Molti contenuti deliranti possono essere riferiti al timore nei confronti di minacce esterne per la propria vita, per la propria incolmabilità fisica e per la propria integrità psichica. Questo tema fa evidentemente riferimento ad un “programma psicobiologico” elementare di sopravvivenza individuale. Cultura, organizzazione sociale e meccanismi individuali appresi di gestione delle minacce esterne

contribuiscono a rendere occasionale o transitorio il vissuto di minaccia. In particolari condizioni psicopatologiche (delirio) sembra emergere e generalizzarsi in modo inadeguato questo vissuto elementare e profondo di timore e di paura per la propria sopravvivenza e incolumità. I contenuti di persecuzione, di riferimento, di influenzamento e, in minor misura, ipocondriaci rientrano in questa frequenza tematica delirante generale.

Emerge in questi deliri l'istanza fondamentale della conservazione della vita e l'antico, ancestrale terrore che il proprio corpo e la propria mente possano essere alterati, spezzati nella loro unità, sottratti o perduti per sempre.

Il secondo tema fondamentale è quello relativo ai contenuti che fanno riferimento alla sessualità, all'accoppiamento e alla riproduzione. Rientrano in questa categoria i deliri "erotomani", alcuni deliri somatici centrati sui propri organi sessuali, i deliri di possessione sessuale, i contenuti deliranti centrati su allucinazioni e accuse di omosessualità (soprattutto nel sesso maschile) o di promiscuità sessuale (soprattutto nel sesso femminile), i deliri di falsa attribuzione di maternità o paternità e i deliri di gravidanza.

Questi contenuti deliranti hanno come comune denominatore la tematica riproduttiva e sembrano emergere come una espressione comune di un programma psicobiologico elementare rappresentato dalla necessità di conservazione della specie.

Va qui ricordato come in tutti gli esseri viventi il primo livello di programmazione genetica sia finalizzato al doppio scopo di mantenere la vita dell'individuo e assicurare la conservazione della specie. Con l'evoluzione questi due programmi sono diventati sempre più complessi per ottimizzare il raggiungimento del fine evolutivo. Nei mammiferi, ampia parte della struttura cerebrale è organizzata in modo tale da permettere la sopravvivenza del singolo individuo e per proteggere le sue capacità riproduttive. Nell'uomo, questo programma riproduttivo mantiene la sua biologia originaria e condiziona ampiamente il suo comportamento.

Il programma psicobiologico riproduttivo finalizzato alla conservazione della specie può subire varie trasformazioni nelle sue modalità espressive in rapporto ai complessi schemi educazionali, interattivi e di contesto legati allo sviluppo delle strutture corticali della specie umana. Nella particolare condizione di destrutturazione sociale rappresentata dal delirio esso riemerge anche se in forma elementare e distorta come espressione di un'essenza profonda e biologicamente dell'uomo come essere vivente.

Il terzo tema fondamentale è più complesso e copre uno spettro di contenuti deliranti organizzati in rappresentanti di apparente opposta polarità. Ad un polo si situano i cosiddetti "depressivi" rappresentati dai deliri di colpa, di morte, di negazione o di rovina. Al polo opposto si condensano i deliri come maniacali a cui appartengono i contenuti di grandezza e di onnipotenza.

La loro matrice comune è rappresentata clinicamente dal fatto che essi fanno la loro comparsa nel medesimo raggruppamento sindromico (disturbo bipolare) in rapporto alle variazioni patologiche del tono dell'umore.

A prescindere comunque dalla loro comune matrice psicobiologica, ai due contenuti deliranti di opposta polarità sottendono due tematiche essenziali di altrettanto opposta polarità. Nel caso dei deliri "depressivi" la tematica comune è rappresentata dalla rinuncia alla vita, dalla perdita della proiezione nel futuro, dalla fascinazione della morte. I deliri "maniacali", al contrario, vedono come tematiche fondamentali la negazione della morte, l'eternità dell'esistenza, l'immortalità delle strutture corporee, la negazione della dimensione tempo.

Al di là delle considerazioni di tipo clinico e a prescindere dai determinanti biologici è opportuno chiedersi quale sia l'istanza fondamentale che accomuna questi due gruppi polari di contenuti deliranti.

La matrice comune può essere identificata nella consapevolezza, propria degli esseri dotati di auto-coscienza, del limite temporale dell'esistenza. La comparsa della

coscienza, quando viene raggiunto un limite critico di sviluppo cerebrale, rende l'essere umano consapevole dell'inarrestabile fluire del tempo, della fragilità del suo supporto corporeo, della precarietà dei suoi legami di attaccamento inevitabilmente soggetti agli eventi di separazione, di perdita e di lutto. Ciò fa sì che, in presenza della coscienza, la matrice fondamentale della sua vita sia essenzialmente di tipo "depressivo". D'altra parte, questo orientamento al più lungo possibile, come richiesto da alcuni milioni di anni di evoluzione della specie. In questa prospettiva, l'accettazione della vita può essere vista come un particolare "delirio fisiologico di eternità" che tuttavia comporta un continuo oscillare tra una posizione "depressiva" di base e una posizione "maniacale" di compenso.

Nella malattia, queste oscillazioni che emergono dalla comune matrice dei vissuti umani vengono ad essere accentuate e i contenuti dei deliri ne sono una diretta espressione. Così la malattia depressiva, e i suoi deliri possono essere considerate come una espressione "iperrealistica e patologica" di questa comune matrice, mentre la mania e i suoi deliri ne diventano una manifestazione "ipercompensativa" altrettanto patologica anche se di opposta polarità.

Entrambi i raggruppamenti di contenuti deliranti possono essere così considerati come una manifestazione di un'altra istanza fondamentale dell'uomo, generata dalla coscienza e rappresentata dal "bisogno di eternità".

Il quarto tema fondamentale è rappresentato dai contenuti deliranti di tipo mistico e religioso. Appartengono a questo gruppo i deliri che hanno come oggetto la convinzione di una comunicazione diretta e privilegiata con parziale o totale con la divinità, la delega di poteri divini, la convinzione dei poteri magici della preghiera o dei rituali religiosi.

Comune a tutti questi deliri non è evidentemente il credere nella trascendenza o l'aderenza ad una fede religiosa ma la certezza soggettiva, la non correggibilità, la mancanza del consenso sociale e soprattutto il carattere "autocentri-

co” dei contenuti deliranti.

Anche in questo caso a questa tematica essenziale sottende un’istanza fondamentale che può essere definita come necessità di comprensione dell’assurdo.

Anch’essa nasce, come il bisogno di eternità dall’incidente evolutivo dell’autocoscienza. Essere cosciente significa cercare una logica spiegazione o comunque una coerente interpretazione dei fatti, degli eventi e degli oggetti della conoscenza. Quando questa spiegazione non è possibile, l’angoscia aumenta fino a raggiungere livelli intollerabili che si riducono se viene formulato un coerente modello interpretativo.

Credere nel trascendente significa trovare una spiegazione all’apparente incomprensibilità del fatto di vivere una vita cosciente destinata ad estinguersi con la morte. Significa in ultima analisi rispondere all’istanza fondamentale della comprensione dell’assurdo.

Ecco dunque come nel delirio emerge talvolta in modo drammatico questa quarta istanza fondamentale dell’essere umano.

L’uomo folle e i suoi deliri

L’analisi delle tematiche fondamentali dei deliri e delle istanze elementari che ad esse sottendono portano ad alcune riflessioni.

Abbiamo visto che il delirio è la conseguenza di una alterazione dei meccanismi funzionali del cervello che, da qualunque causa essa sia determinata, conduce ad una trasformazione soggettiva della realtà.

L’uscita dal reale, inteso come consenso sociale, fa sì che il delirio si riempia di contenuti che riflettono pause, angosce, desideri che in condizioni normali fanno parte dell’immaginario ma che nella trasformazione delirante del mondo diventano la nuova realtà.

Colpisce tuttavia, nel delirio, il fatto che i suoi contenuti hanno perduto la ricchezza, la variegata mutabilità, la flessibilità e l’estrema varietà dei contenuti della normale produzione fantastica. I contenuti del delirio esprimono piuttosto, nella loro povertà e stereotopia tematica la coartazione dell’immaginario, la perdita della creatività

fantastica e soprattutto la destrutturazione dal sociale.

Entrano dunque, nei contenuti deliranti, alcune tematiche essenziali della vita che riflettono antiche ed eterne paure od esigenze dell’uomo. Il bisogno imperativo di sopravvivere, la necessità di perpetuare la specie attraverso la riproduzione, il bisogno di eternità e l’esigenza di spiegare l’inspiegabile sono espressione dei due determinanti essenziali della vita psichica dell’uomo: la programmazione biologica e la coscienza.

Il delirio destruttura l’uomo dal sociale, lo libera dai condizionamenti dell’istruzione, delle esperienze, delle influenze della sociocultura e lo porta alla sua essenza più elementare e più profonda. L’analisi dei contenuti del delirio appare quindi come una finestra, aperta dalla malattia, sulle sue istanze più profonde e irrinunciabili.

Queste istanze sono presenti in ogni essere umano, ma in condizioni di “normalità” esse possono esprimersi in forma indiretta, mascherata, trasformata. Solo nel delirio, o in condizioni particolari della vita emergono in forma più diretta, evidente e drammatica.

Nel delirio dunque l’uomo diventa un po’ più uguale a tutti gli altri. Nel delirio scompaiono le differenze di istruzione, di razza, di sociocultura. Nel delirio l’uomo mostra la sua comune matrice attraverso i periodi storici, dal primo comparire della coscienza fino ad oggi.

Ci si può chiedere a questo punto se l’uomo “nudo nella sua follia” che ha apparentemente raggiunto nel delirio l’essenza del suo essere viva in una condizione privilegiata, ben diversa quella della moltitudine dei normali soffocati e accecati dalle sovrastrutture della sociocultura. Chi, in passato, ha sostenuto questa tesi per paradosso letterario o per tesi filosofica, ha dimenticato o volutamente negato alcuni dati di fatto fondamentali che emergono dall’esperienza clinica.

Va rilevato anzitutto che *chi delira è un uomo profondamente sofferente*. Non va dimenticato che educazione, apprendimento, riti e convenzioni, regole e leggi, hanno in tutte le culture e in tutti i periodi

storici la funzione di ridurre e gestire l’angoscia insopportabile legata alla mancata risposta alle istanze fondamentali dell’essere umano. Nel delirio, l’uomo esce allo scoperto e si trova senza protezione di fronte a queste istanze angoscianti. Tenta di dar loro una risposta attraverso i contenuti del delirio ma questa risposta è inadeguata e incompleta. Inoltre si trova ad essere solo in una comunità sociale che lo isola, lo esclude, non lo comprende e tende ad annullarlo.

La seconda considerazione è che chi *delira perde la sua libertà*. La principale caratteristica formale del delirio è la sua inaccessibilità alla critica, all’evidenza e alla logica delle argomentazioni contrarie. Inoltre, come si è detto, nel delirio si verifica un impoverimento della normale attività di pensiero. Infine, nel delirio sono sempre compromesse la capacità di controllare e di gestire in modo adeguato la complessità della rete internazionale della vita associata. La condizione delirante, infatti, condiziona il comportamento nell’unica direzione possibile, condizionata dalla convinzione delirante. La perdita della libertà fa sì che l’uomo delirante è svantaggiato e indifeso nel confronto e nella competizione con gli altri uomini che deliranti non sono. E quasi sempre ne è vittima indifesa.

La follia con i suoi deliri ci affascina dunque ma al tempo stesso ci sgomenta. Ci affascina perché, attraverso “L’esperimento di natura” costituito dalla malattia mentale ci permette di aprire un varco nella corazzata sociale dell’uomo per intravedere l’essenza del suo essere nella sua “nudità”. Ma ci sgomenta per la sofferenza, per la perdita della libertà e per l’esclusione della comunità sociale che la tragedia della malattia sempre porta con sé.

Non vi è infatti alcun dubbio che l’uomo privato delle sue vesti mostri l’essenza della sua “corporéità” ma è altrettanto vero che diviene oggetto di censura e di scherno e che certamente non è destinato a sopravvivere a lungo rispetto a chi le sue vesti mai le ha abbandonate.

Prof. PAOLO PANCHERI
Professore di Psichiatria
all’Università “La Sapienza”, Roma

MARIANO GALVE

I cerchi maledetti Il vortice dantesco della pazzia

Mi ha sempre impressionato la sofferenza che ha origine costantemente nel luogo ove si insedia la pazzia. Come dice Dante nel suo Canto I dell'Inferno "...è... una selva selvaggia ed aspra e forte... Tanto è amara, che poco è più morte". È un luogo a forma di imbuto, fatto di cerchi ogni volta più stretti. Caderci dentro è pericoloso. Il cerchio ti cattura e ti turba inutilmente; l'imbuto, maledetto, ti attira e ti fa cadere sino al vertice, da dove non si può più salire. Per questo li ho chiamati: i cerchi maledetti.

Primo cerchio: lo spazio familiare

*Così si mise,
e così mi fe' entrare
nel primo cerchio
che l'abisso cigne*

DANTE, Divina Commedia,
Canto IV

Per le famiglie, quando in casa c'è un malato di mente, "tutto è molto complicato", in quanto si sentono sole per affrontare i problemi essenziali.

Le difficoltà materiali contribuiscono a modificare la struttura della famiglia e a creare nuove relazioni tra i suoi membri. Alcuni di loro, il padre o la madre, si vedono materialmente obbligati a lasciare o a riprendere il proprio lavoro in funzione delle necessità del malato. Questa situazione può causare loro una reazione di frustrazione, compreso un certo risentimento verso il malato ed una sensazione di ingiustizia nei confronti della società che non si prende la propria parte di respon-

sabilità. Inoltre, la malattia causa continui problemi di natura finanziaria. Spesso bisogna "azzuffarsi" per ottenere le indennità e mordersi i denti per ottenere i propri diritti.

Quando in casa c'è un malato di mente tutto è più difficile. La famiglia si sente ed è sentita "in modo diverso" dal contorno sociale. La paura del "cosa diranno" si tramuta in ossessione. Se le famiglie conservano un minimo di relazioni con l'esterno, spesso sono moleste, superficiali, mal disposte. Questo isolamento costituisce un dramma per loro.

Di fronte a queste difficoltà, le famiglie reagiscono in modo differente, dipendentemente dal contesto che è loro peculiare: – come colpevoli: "forse non avrei dovuto lavorare durante l'infanzia del mio bambino!" "Forse è stato troppo viziato!". Come vittime: "ci è piombata addosso la disgrazia della malattia. Ognuno deve portare la propria croce". Come accusatori: "Se lo volesse, potrebbe fare uno sforzo per uscire da questa situazione".

Secondo cerchio: primo contatto con l'ambiente medico

*Così discesi
nel cerchio primato
giù nel secondo,
che men loco cinghia,
e tanto più dolor,
che pugne a guaio.*

DANTE, Divina Commedia,
Canto V

Il momento in cui la malattia è riconosciuta come malattia mentale dipende dal grado di informa-

zione delle famiglie, dal limite di tolleranza e dalla possibilità di incontrare un medico competente.

La malattia mentale non è facilmente individuabile: in effetti, all'inizio non è più che un insieme di comportamenti rari, insoliti, più o meno sopportati dall'ambiente, ma che arrivano ad essere intollerabili.

Inizialmente, queste manifestazioni asociali saranno considerate insignificanti e banali, ma poi preoccupano le famiglie. Queste, dopo aver cercato invano di attribuire i sintomi a questa o a quella malattia somatica o ad altre cause esterne (stress, affaticamento fisico) e non essere giunte ad alcun risultato in termini di guarigione, arrivano a prendere coscienza della natura della malattia. Talvolta la scoperta è molto drammatica: durante una crisi, il malato può passare al dato di fatto e turbare l'ordine pubblico, con l'intervento della Polizia. La famiglia cerca di evitare, in molte occasioni, questo tipo di interventi, ma senza alcun aiuto: non ha altra scelta che affrontarla.

Quando le famiglie prendono coscienza della gravità della situazione, non sanno dove dirigersi e, abbandonate di fronte a problemi nuovi, si trovano da sole con il proprio malato... In considerazione dello stato di urgenza, si sentono spinte a ricorrere all'unica persona da cui possono sperare in un aiuto (ed il cui intervento è socialmente accettabile): "il medico di famiglia", senza preoccuparsi evidentemente di sapere quale preparazione psichiatrica abbia.

Sarà poi la casualità degli incontri a determinare l'itinerario futuro del malato.

Terzo cerchio: i circuiti psichiatrici privati

*Io sono al terzo cerchio,
della piova
eterna, maledetta,
fredda e greve.*

DANTE, Divina Commedia,
Canto VI

L'incamminamento attraverso i circuiti psichiatrici può realizzarsi in due strutture diverse: quella privata e quella pubblica.

La scelta non è completamente fortuita; è condizionata da un insieme di fattori specifici di ogni famiglia: livello socio-culturale ed economico, precedenti conoscenze, fiducia nel medico.

3.1 La consulenza privata

Quando i disturbi sono tollerabili, il malato ha la possibilità di intraprendere una psicoterapia di consulto mentre continua ad essere integrato nel proprio ambiente sociale.

Questo tipo di assistenza non è esente da problemi: lo psichiatra ha un rapporto privilegiato con il malato, lascia le famiglie fuori dal gioco, sostituite da una persona estranea che rappresenta la parte buona, mentre esse devono assumersi le quotidiane responsabilità. Sentendosi sproprio del proprio malato, sono incuriosite da ciò che accade nelle consulte e manifestano frequentemente la propria aggressività di fronte al medico. Inoltre, nei casi di crisi acute, le famiglie non possono contare su di loro (gli psichiatri non fanno visite a domicilio).

Ciò nonostante, la consulenza privata è una soluzione assicuratrice nella misura in cui permette alle famiglie e ai malati di affidarsi ad uno "specialista", di fruire di una terapia individuale e di poter adottare di fronte alla società la stessa gestione di qualunque altro specialista.

Però, talvolta, il sostegno della consulenza sarà insufficiente, e lo psichiatra proporrà al malato ed alla famiglia il ricovero in una clinica privata.

3.2 La clinica privata

Nella misura in cui paga, il ma-

lato è importante. Viene riconosciuto come persona nella sua totalità, conservando i propri diritti ed il proprio status sociale. È un "consumatore" di psichiatria che spera di essere servito bene. Al malato viene offerta un'atmosfera molto accogliente. Viene posta una cura particolare nel confort materiale. La stanza della clinica presenta meno repressioni, e l'orario di visita è più libero. Essendo il numero dei pazienti ridotto, i contatti con le persone che hanno in cura il malato sono più facili e la terapia è più individualizzata. L'ospedalizzazione privata lo preserverà dall'essere privato della propria storia, tagliato fuori dalla realtà. Questa posizione (contrattuale) non interromperà per sempre la continuità della sua esistenza e gli sarà più facile, una volta superato il periodo critico, reinserirsi nella società. Alcuni malati possono fare un'osservazione del tipo: "Era come una famiglia – diceva una malata – si dava del tu a tutti. I malati si facevano terapie tra di loro. Io stessa aiutavo una schizofrenica, mentre lei mi aiutava a camminare. Entravo nel suo mondo, nei suoi fantasmi. Inseguivo poco a poco le sue ossessioni. Era autorizzata a venire nella mia stanza. Tutti parlavano con tutti. Non c'era alcuna barriera tra il personale sanitario e i malati. Si usciva quando si voleva... Non c'era bisogno di chiedere il permesso, se si aveva fiducia si rientrava sempre... Gli svaghi erano molto bene organizzati, c'erano molte cose da fare".

Ma la maggior parte delle famiglie devono ricorrere, un giorno o l'altro, alla sfera del pubblico.

Quarto cerchio: i circuiti psichiatrici pubblici

*Così scendemmo
nella quarta lacca,
prendendo più
della dolente ripa,
che il mal dell'universo
tutto insacca.*

DANTE, Divina Commedia,
Canto VII

Possiamo partire da due poli terapeutici: il Centro di Salute Mentale e l'Ospedale Psichiatrico.

4.1 Il Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale è un servizio di salute pubblica. È una struttura sociale aperta a tutti e gratuita che assicura consulenze mediche, psicologiche e psichiatriche. In questa ottica è chiamato a svolgere un importante ruolo di individuazione, di orientamento e di cure psichiatriche. Il servizio di consulenza può orientare le famiglie in modi diversi, sia verso l'ospedale se si considera che il malato ne ha bisogno, sia proponendogli delle cure nello stesso servizio, sia con successivi incontri con il medico del centro o semplicemente con trattamenti medici.

4.2 L'ospedale psichiatrico

*Supin giaceva
in terra alcuna gente,
alcuna si sedeava tutta raccolta,
ed altra andava continuamente*

DANTE, Divina Commedia,
Canto XIV

Negli ospedali vengono ammessi da una parte i malati di mente che provengono da classi sociali medie o sfavorite, o dall'altra i "grandi" malati che non possono ricevere le cure prolungate di cui hanno bisogno a domicilio o presso la clinica.

Quando le famiglie entrano nell'ospedale psichiatrico, pensano di incontrarvi un'intesa terapeutica mediante la quale il loro malato sarà curato, un po' come nell'ospedale generale. Ma, a poco a poco, si sentono presto sconcertate poiché né gli operatori sanitari né l'ambiente medico corrispondono esattamente a quelli dell'ospedale.

Secondo le famiglie, l'ospedalizzazione ha i suoi obblighi e si trovano immediatamente di fronte alla rigidità del blocco istituzionale con le sue leggi impersonali e spesso traumatizzanti. Un paziente ricordava così la sua dolorosa epopea: "Una notte, ho dovuto andare in macchina in città, andare di bar in bar con mio fratello in crisi. L'ospedale psichiatrico era chiuso; bisognava tornarvi di mattina".

Quando hanno adempiuto alle pratiche amministrative, le famiglie si sentono spesso private – senza riguardi – del proprio malato ed anche del proprio ruolo parenta-

le, messi fuori gioco dal personale sanitario: "Mio fratello era d'accordo per entrare in ospedale, ma gli sopraggiunse il panico e non voleva lasciarmi così presto. Mi seguiva come un cagnolino. Il medico... mi ordinò di uscire dalla camera, e ciò provocò la crisi. Mio fratello avrebbe sopportato bene questo incontro se fosse andato in un altro modo".

Le famiglie sperimentano con frequenza, in questi casi, la sensazione che il loro malato da questo momento appartiene all'équipe medica.

All'inizio le famiglie e la maggior parte dei malati cercano nell'ospedale un "asilo". Ma questa non è l'unica faccia dell'ospedale, e i malati scoprono presto la faccia nascosta della medaglia: "l'ospedale-prigione". Sebbene l'ospedale sia l'unica soluzione per la famiglia che non può farsi carico del malato, è proprio quest'ultimo che viene presto sensibilizzato alla violenza che si esercita dentro queste mura.

All'interno dell'ospedale, più o meno rinchiusi, ci sono centinaia di internati, di matti (o che un giorno lo sono stati), tanti come gli abitanti di un paese. Vivono ammucchiati e con scarsa libertà di movimento. Impressiona il loro essere "calmi", passivi, psichicamente e fisicamente anchilosati, deformati, silenziosi, tristi. Passano il tempo senza fare nulla, fumando senza sosta, gettati in ogni parte, a terra, addormentati (per la noia o per i troppi medicinali), o passeggiando in uno spazio ridotto e delimitato, controllati fastidiosamente da qualche infermiere. La maggioranza di questi malati sembrano essere completamente indifferenti a tutto, inespressivi, come se non importasse loro niente di niente. Tutto li lascia freddi; si direbbe che non sentano neanche il dolore. Raramente protestano per qualcosa. Nessuno si lamenta.

Così, per anni ed anni, l'internato rinuncia ad essere una persona, perde la propria autostima, non ha necessità, ignora i desideri. Sopravvive solamente; è quasi l'unica cosa che può fare. Non ha prospettive, stimoli ed illusioni, perde interesse per tutto, tutto è uguale.

Un malato spiega: "Non so cosa sia accaduto. Dalla mattina alla se-

ra, credendomi in osservazione, mi sono trovato rinchiuso, legato al letto. Dicevano che ero nervoso ma, di fatto, provavo rabbia nei loro confronti perché mi impedivano di uscire".

La posizione delle famiglie di fronte all'ospedale è sempre ambigua e si pone su una dicotomia evidente: l'ospedale viene considerato come una cosa positiva e come una cosa negativa. Si può constatare questa ambivalenza nell'esperienza delle famiglie nei primi tempi dell'ospedalizzazione.

Le famiglie si sentono colpevolizzate per aver mandato il proprio malato in ospedale poiché considerano che questo sia un modo per respingerlo; e cioè di perpetuare l'esclusione imposta dalla società. Allo stesso tempo, sono consapevoli di non poter essere sufficienti per curarlo.

Dall'altra parte, le famiglie sono angosciate di fronte all'idea che il malato si trovi in mani estranee, di infermieri che si occupano più o meno bene di lui, ed al tempo stesso sopportano male il fatto che essi abbiano dei rapporti di tipo materno con i malati. Lo sentono come una concorrenza, invidiando il personale sanitario, e molto spesso le tentano tutte per imporre il proprio parere, con l'intento di dimostrare che il malato appartiene sempre a loro. In effetti, i rapporti famiglie-infermieri possono essere analizzati in termini trasferenziali. Reciprocamente, succede come se gli infermieri percepiscano le famiglie come una cosa negativa, che ha una parte di responsabilità nella malattia e come rivali nella misura in cui infermieri e famiglie non considerino la terapia nello stesso senso. Ad esempio, le visite assidue di un membro della famiglia potrebbero essere interpretate come una protezione che attenta alla autonomia del paziente.

Sempre a proposito del trattamento, la posizione delle famiglie è mutevole. Dubitano tra l'aver fiducia senza remore nel medico e rifiutare il trattamento, cambiarlo secondo la propria opinione in ciò che è buono per il paziente, secondo quanto essi capiscono della malattia.

Per quanto riguarda le uscite, le famiglie oscillano tra il desiderio

di far uscire il proprio malato, con riserva per le crisi o altre difficoltà che l'uscita comporta, e la tentazione di farsi sostituire dal medico per giudicare che il malato "è molto depresso per tornare a casa", con riserva di essere colpevolizzati per questa decisione.

Le famiglie si angosciano quando il malato "non va d'accordo" con lo psichiatra. Pensano che egli, per essere curato, debba avere dei buoni rapporti con il medico. Se non succede come previsto (se il malato è aggressivo, indifferente o non collabora) hanno paura che il medico si disinteressi di lui. Essere un "buon malato", a giudizio delle famiglie, significa non opporsi alle esigenze del trattamento. Alcune famiglie suggeriscono anche che "non si trascuri il medico quando si esce dall'ospedale". Questi dovrebbe continuare a seguire il malato e a consigliare la famiglia anche dopo l'uscita dall'ospedale.

Quinto cerchio: di nuovo la famiglia e la società

*Questa palude,
che il gran puzzo spirà,
cinge d'intorno la città dolente,
u' non potemo entrare
ormai senz'ira.*

DANTE, Divina Commedia,
Canto IX

In questa visione della psichiatria, gli ospedali psichiatrici tendono a scomparire, se non sono già scomparsi. Al grido che "bisogna reintegrare il malato nella società", gli ospedali psichiatrici si sono svuotati dei malati, che così sono per le strade, nelle case, nelle case-albergo, la maggior parte in famiglia o vivono da soli, suscitando la protesta dei cittadini, e le lamentevole delle stesse famiglie o le denunce dei vicini. Gli ospedali psichiatrici sono sostituiti da un sistema extra-ospedaliero diviso in aree o settori, con centri di prevenzione e di trattamento ambulatoriale: per unità psichiatriche in ospedali generali, day-hospital, case di adattamento, centri occupazionali, laboratori, scuole, ecc.

Molti malati sono stati rimandati nelle proprie famiglie, sebbene queste non possano curarli. Molte

di loro, indifese ed impotenti, sono sull'orlo della disperazione. Alcune manifestano la propria incomprendizione, impazienza ed irritazione nei confronti del malato. Altre si stancano ed abbandonano definitivamente il malato e, in casi limitati, li cacciano via di casa, abbandonandoli al proprio destino. Questi finiscono per essere vittime della fame, del freddo, di un incidente stradale, del suicidio, della violenza o della prostituzione, o, raccolti dalla polizia, li si riporta al centro psichiatrico o in famiglia. Tali atteggiamenti lasciano nel malato una tremenda sensazione di solitudine, di essere un peso per tutti e che neanche la propria famiglia li vuole. Per fortuna, la maggior parte delle famiglie non sono così.

Dall'altro lato, la società è giusta e crudele con loro. Fino a poco tempo fa sono stati trattati come "vuoti e malvagi", e oggi sono ritenuti "un pericolo per la sicurezza dei cittadini". Li si rifiuta,

vengono chiuse loro tutte le porte, li si emarginia, se ne ha paura. Fino a poco tempo fa erano discriminati dal resto della popolazione perché non avevano nemmeno la Previdenza Sociale. Oggi fortunatamente non è così. Però, vittime della burocratizzazione, non pochi di essi sono rimasti senza casa e sono andati ad ingrossare le fila dei cosiddetti "senza tetto". Per questo ne troviamo alcuni per le strade, alle porte delle chiese, dei cinema, all'ingresso della metropolitana a chiedere l'elemosina a coloro che passano, a volte tra smorfie o gesti stravaganti cercando, spesso, un certo protagonismo. Altre volte li troviamo sui sedili dei parchi, mezzo allungati sui marciapiedi o rannicchiati nei portici, in alberghi municipali o di beneficenza "trascinando i loro stracci, le loro allucinazioni, i loro dolori corporali e le loro malattie dell'anima".

Abbiamo fatto, come Dante, un rapido percorso nei cerchi male-

detti della pazzia. Abbiamo visto come questa vada chiudendo, intrappolando e distruggendo i malati e i loro familiari. Percorso orribile, certo; esagerato, talvolta; ma anche certo molte volte. Grazie a Dio, non tutti i malati entrano nei circoli né vi scivolano. Impariamo da Virgilio – il prudente: "Meglio non entrare in essi"; per questo, bisogna potenziare al massimo la prevenzione in materia di salute mentale a tutti i livelli: familiare, sociale e culturale. E, se si entra in essi, "che non ti afferrino"; per questo, alziamo muri di rinforzo contro questa forza centripeta e stimoliamo lo sviluppo di forze contrapposte: medicine, servizi, ricerca, assistenza. Qualora tutti i mezzi dovessero fallire, impariamo da Beatrice la pietà che accoglie, che cura e che veglia.

P. MARIANO GALVE

*Responsabile nazionale
della Pastorale Psichiatrica (Spagna)*



Tavola rotonda



*Prevenzione, Terapie
e Riabilitazione*

PIERRE F. CHANOÎT

La prevenzione nel campo della salute mentale

Introduzione

È giustificato parlare di prevenzione in un campo in cui il risultato delle cure è ancora così spesso aleatorio?

Tre argomenti faranno da trama a questo intervento:

- il molteplice significato del termine di prevenzione;
- l’evoluzione del concetto relativo ai limiti della psichiatria;
- le ragioni e le modalità di un cammino di prevenzione.

Svilupperemo il nostro intervento iscrivendo volontariamente la psichiatria nella medicina, ma restando più velati per quel che riguarda la salute mentale, seguendo in questo la riflessione secondo cui, in Salute Pubblica, si ammette il fatto che l’80% dei fattori che costituiscono lo stato di salute non siano di competenza della medicina, almeno per quanto riguarda le sue funzioni terapeutiche. Ma la malattia, mentale o fisica, è uno dei rischi della vita e rimane una sfida agli uomini di scienza che devono cercare di prevederne o prevenirne l’insorgenza.

Il nostro intervento tocca un vecchio dibattito filosofico, formulato all’alba del pensiero occidentale dai pre-socratici, sul luogo del determinismo e il ruolo del tempo.

Il senso comune tende ad affermare che ogni avvenimento è causato da un avvenimento che lo precede, così che ogni avvenimento potrebbe essere predetto o spiegato.

Ilya Prigogine¹, ponendosi la domanda di sapere se l’universo è regolato da leggi deterministiche, cita Epicuro:

Per quanto riguarda il destino,

che alcuni considerano come il maestro di ogni cosa, il saggio ne ride. In effetti, vale più accettare il mito sugli dèi che asservirsi al destino dei fisici. Poiché il mito ci lascia la speranza di conciliarci con gli dèi attraverso gli onori che rendiamo loro, mentre il destino ha un carattere di necessità inesorabile.

Fin dall’origine la dualità dell’essere e del divenire ha assillato il pensiero occidentale; per Platone (come sappiamo dal *Sofista*) abbiamo bisogno e dell’essere e del divenire, poiché se la verità è legata all’essere, a una realtà stabile, noi non possiamo concepire né la vita né il pensiero se scartiamo il divenire.

Tuttavia, l’enunciato delle “Leggi della natura”, il cui esempio è la Legge di Newton che lega la forza e l’accelerazione, è contemporaneamente deterministico e reversibile nel tempo. Se conosciamo le condizioni iniziali di un sistema sottoposto a questa legge, cioè il suo stato in un determinato istante, possiamo calcolare tutti gli stati seguenti. Karl Popper² scrive:

Considero il determinismo laplaciano – confermato come sembra essere dal determinismo delle teorie fisiche e dal loro successo eclatante – come l’ostacolo più solido e serio sul cammino di una spiegazione e di un’apologia della libertà, della creatività e della responsabilità umana.

Infatti, gli antichi greci ci hanno trasmesso due ideali che hanno guidato la nostra storia: quello dell’intelligibilità della natura attraverso un sistema di idee generali che sia necessario, logico, coerente e in funzione del quale possano essere interpretati tutti gli elemen-

ti della nostra esperienza; e quello di democrazia, basata sul presupposto della libertà umana, della creatività e della responsabilità. Questo dibattito è riattivato, oggi, dagli avvenimenti della fisica e delle matematiche del caos e dell’instabilità.

Collocheremo così la prevenzione in questo contesto di incertezza che sviluppa il pensiero filosofico moderno in cui la descrizione individuale (traiettoria) e la descrizione statistica d’insiemi non sono equivalenti. L’interpretazione dei dati non tratterà più di certezze ma di possibilità e non si irrigidirà sull’essere ma si interesserà al divenire.

1. I molteplici significati del termine di prevenzione

Il vecchio adagio ippocratico “meglio prevenire che guarire” è ancora attuale, benché i progressi nel campo della prevenzione siano più incerti di quelli nel campo delle cure.

Il termine di prevenzione abbraccia diversi significati.

La distinzione classica, proposta dall’OMS, è quella più spesso presa in considerazione:

- *La prevenzione primaria* riguarda le azioni condotte a monte della malattia, aventi come obiettivo quello d’impedirne l’insorgenza; si tratta delle vaccinazioni, le regole d’igiene, l’educazione sanitaria, ecc.

- *La prevenzione secondaria* ha lo scopo di individuare le malattie il più precocemente possibile, attraverso esami sistematici e l’acceggianza delle urgenze e di permettere cure precoci.

• *La prevenzione terziaria* tiene conto del fatto che molte malattie, trattate o no, lasciano al loro decorso postumi invalidanti, fragilità funzionali, rischi di recidiva, ecc. Bisogna allora sviluppare metodi di rieducazione, di reinserimento, di sistemazione dell'ambiente o di aiuto alla persona, per ridurre l'handicap e favorire la piena espressione delle restanti possibilità.

Un'altra concezione sviluppa le nozioni di prevenzione passiva e di prevenzione attiva:

• *La prevenzione passiva* è d'ispirazione medica e propone delle misure che non richiedono l'adesione del soggetto, a motivo del fatto che queste misure, conseguenza diretta delle conoscenze scientifiche sull'eziologia e la patogenesi delle malattie, assicurano una protezione quasi certa; uno degli esempi migliori è rappresentato dalle vaccinazioni.

• *La prevenzione attiva* è d'ispirazione psicopedagogica ed è caratterizzata dalla ricerca dell'impegno cooperativo dei soggetti per un mutamento dei comportamenti diretto a ridurre i rischi:

- consumo di bevande alcoliche e patologie tossiche;
- tabagismo e cancro
- comportamenti sessuali malattie sessualmente trasmissibili (AIDS).

Nel corso dello sviluppo della Sanità Pubblica, un passo in avanti è stato favorito da inchieste epidemiologiche che hanno rivelato il gradiente di frequenza dei disturbi della salute e delle patologie in funzione dei diversi livelli socio-economici della popolazione; la correzione preventiva dei disturbi non è, in questo caso, più d'ordine medico né pedagogico ma di tipo socio-politico.

Senza alcun dubbio, le malattie mentali (schizofrenia, psicosi croniche, nevrosi ossessive), per la complessità delle loro eziologie, non sono più suscettibili di beneficiare dei metodi di prevenzione passiva né, per la maggior parte, della prevenzione primaria, ma sono direttamente riguardate dallo sviluppo dell'individuazione precoce (prevenzione secondaria) e dalle tecniche di riadattamento-reinserimento (prevenzione terziaria). Inoltre, studi epidemiologici

hanno mostrato che i disturbi mentali colpivano con maggiore frequenza le popolazioni sfavorite (dal punto di vista intellettuale, culturale, economico), il che pone la psichiatria al centro delle preoccupazioni della Salute Pubblica.

Il termine "disturbi mentali", che abbiamo appena utilizzato per la prima volta, non è del tutto sinonimo di malattia mentale.

2. L'evoluzione del concetto relativo ai limiti della psichiatria

La Psichiatria è nata in un contesto socio-rivoluzionario, molto spesso ricordato, circa 200 anni fa.

Nel corso del XIX secolo, i medici hanno progressivamente costituito un corpus di conoscenze, che ha preso il nome di alienazione mentale e, in circa 150 anni, gli alienisti hanno arricchito le descrizioni cliniche, ignorando le condizioni "estreme" in cui raccoglievano le loro osservazioni. Ne è risultata la costruzione di una "nosografia" coronata dall'opera di Emil Kraepelin, nel 1911, il cui uso è oggi inadatto.

La moltiplicazione delle conoscenze cliniche, le innovazioni terapeutiche, sul piano delle quali bisogna fare riferimento alla psicologia dinamica (e in particolare all'opera di Sigmund Freud), alla biologia (e più specialmente agli psicotropi), e l'apporto delle scienze umane (sociologia, antropologia) hanno sconvolto le certezze della psichiatria manicomiale. Il concetto di malattia mentale è

stato messo in questione e le nuove classificazioni o nomenclature (D.S.M. III, poi IV, C.I.M. 10) non parlano più di malattie mentali ma di "disturbi mentali"; esse hanno reso un po' imprecisi i limiti della psichiatria.

Alcune cifre ci permetteranno di situare questa evoluzione.

Nel 1818, Esquirol, sull'insieme del territorio francese, recensiva non più di 5000 malati di mente.

Nel 1960, il Ministero della Sanità Francese contava circa 140.000 malati ospedalizzati e meno di 700 psichiatri.

Nel 1993, restavano occupati 65.000 letti psichiatrici, mentre nei servizi extra-ospedalieri pubblici si contavano oltre 750.000 malati. Nello stesso anno venivano invece recensiti 12.000 psichiatri; la maggior parte esercita sul modo liberale, di cui è difficile apprezzare l'attività a livello quantitativo.

La crescita esponenziale del numero di soggetti che fanno uso di cure specialistiche richiede che vengano iscritti nel campo psichiatrico alcuni disturbi che, una volta, non sarebbero mai stati qualificati come malattia mentale. Oggi i disturbi mentali, individuabili con le inchieste epidemiologiche, non rappresentano più quella piccola quota da 1 a 2 millesimi della popolazione che una volta popolava i manicomì. Gli americani, nell'Epidemiological Catchment Area Survey, seguono da diversi anni un campione di popolazione, registrando un tasso semestrale di prevalenza dei disturbi mentali che raggiunge o supera il 25% della popolazione.

Più di recente (1995) Kessler e coll. hanno pubblicato i risultati della National Comorbidity Survey, condotta su un campione rappresentativo della popolazione americana; la prevalenza nell'arco di vita colpirebbe il 48%; la prevalenza annuale sarebbe del 30%. I disturbi più frequenti sono: l'episodio depressivo maggiore, la dipendenza da droghe o soprattutto alcol, le fobie e l'ansia.

È dunque evidente che i "disturbi mentali", quali rivelati dalle inchieste epidemiologiche, non possono confondersi con le malattie mentali tradizionali. Bisogna allora fare appello a nuovi approcci e



uscire dal quadro ristretto della psichiatria clinica. A ciò corrisponde il concetto di Salute Mentale e il suo legame con quello di Salute Pubblica. Ciò diventa pienamente giustificato in ragione dell'importanza dei problemi posti e del loro intreccio con il contesto sociale, economico e culturale.

Gli obiettivi di una politica sanitaria e dei professionisti incaricati di metterla in atto, sono globalmente costituiti da:

- La Promozione della Salute
- La Protezione della Salute
- Il Ristabilimento della Salute

Ora, molto spesso viene considerata soltanto la cura che, anche realizzata in condizioni ottimali di costo e di accessibilità, non rappresenta che una parte degli obiettivi; le cure trascurano spesso il prima e il dopo dell'episodio nonché le caratteristiche dell'ambiente.

Abbiamo visto precedentemente il passaggio dall'alienazione mentale alle malattie mentali, e poi ai disturbi mentali. Così come in Salute Pubblica il termine di salute ha preso il sopravvento su quello di malattia, possiamo pensare, in psichiatria, di passare dal concetto di disturbo mentale a quello di salute mentale?

Storicamente, il modello "biomedico" ha predominato a lungo; fino ai primi decenni del XX secolo le cause più importanti di mortalità erano costituite dalle malattie infettive e trasmissibili; i metodi di lotta o di controllo erano ispirati dal sistema di Pasteur. Attualmente nei paesi industrializzati oltre i due terzi della mortalità sono attribuiti a malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, disturbi mentali); si constata inoltre che questi disturbi sono spesso correlati a fattori di rischi comportamentali (tabagismo, alcolismo, tossicomania, ecc.) e/o a particolarità socioculturali (povertà, migrazione, deculturazione, ecc.). Inoltre l'approccio della salute è diventato un campo di studio per le scienze sociali (sociologia e antropologia) e più largamente per le scienze umane.

Il primo contributo delle scienze sociali è quello di mostrare del "sociale" là dove abitualmente si vede solo l'individuale. La malattia, la sofferenza, la morte, il rapporto medico-malato, che appaio-

no a prima vista come avvenimenti privati, vanno in effetti considerati nel contesto delle relazioni sociali che in una vasta parte li determinano.

Così è per il suicidio che è stato oggetto di una delle più celebri opere di sociologia³. Quando si verifica un caso, si cercano spiegazioni nella storia della persona, dei suoi rapporti con la famiglia, i suoi amici, il suo lavoro; ogni suicidio è singolare. Ora la semplice somma di tutti i suicidi, imprevedibili ed individuali, fa sorgere una realtà nuova, in ogni punto opposta agli avvenimenti singolari che la compongono. La relazione statistica tra il numero dei suicidi e alcune variabili sociali può essere messa in evidenza: la percentuale dei suicidi cresce con l'età, la misura degli agglomerati e varia secondo il paese, ma sempre con scarti che si mantengono nel tempo. In altre parole, il suicidio, atto individuale per eccellenza, costituisce, quando lo si considera su scala di una città, di una regione e di un paese, un fatto sociale.

Possiamo così riassumere il "campo sociale" della salute, che legittima l'apporto dei metodi delle scienze sociali, in due modelli:

- *la malattia, come fenomeno biologico e naturale*, oggetto delle ricerche in bio-medicina, epidemiologia, antropologia biologica, genetica delle popolazioni;
- *la malattia come fenomeno sociale e culturale*, arricchita dagli studi di etno-medicina, sociologia medica, antropologia sociale.



3. Le ragioni e le modalità di un cammino di prevenzione

Due recenti periodici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità^{4,5} dedicati all'avvenire dei sistemi sanitari nel mondo, apportano un chiarimento utilissimo sulle procedure innovative, sui successi e i fallimenti. La maggior parte dei paesi condividono la stessa preoccupazione: l'accelerazione delle spese sanitarie eccede le possibilità offerte dalla crescita del P.N.L. (Prodotto Nazionale Lordo) e in questo contesto gli Stati tendono a disimpegnarsi. Il riorientamento delle politiche economiche consistenti nell'abbandonare il dirigismo per orientarsi verso la libera impresa, contribuisce ad accentuare questa preoccupazione di viabilità. In un numero troppo grande di paesi, ciò ha condotto ad un forte calo della qualità dei servizi finanziati dallo Stato; in altri paesi quali la Germania, il Canada, gli Stati Uniti, la Francia e la Svizzera, la qualità è stata mantenuta, ma a prezzo di una progressione rapida dei costi che, alla fine, vengono ritenuti non più sostenibili.

Un sistema sanitario è un insieme complesso che tenta di adattare dei mezzi a dei bisogni, in contesti – politico ed economico – determinati.

Da un punto di vista generale due grandi campi si aprono alla riflessione:

- le responsabilità dei diversi protagonisti dei sistemi sanitari;
- il luogo e i mezzi della ricerca e dell'innovazione.

Riflettere sull'avvenire delle cure sanitarie ci obbliga a prendere coscienza delle profonde trasformazioni, tanto delle mentalità quanto delle tecniche, che si delineano alle soglie del XXI secolo. Con i mezzi sempre più potenti della scienza e della tecnologia, siamo in grado di cancellare le disuguaglianze che opprimono il nostro mondo? Oppure, questi affascinanti progressi non fanno altro che allungare la lista delle conoscenze non condivise? Dobbiamo basarci su un certo numero di constatazioni:

- *la democratizzazione delle società* è una tendenza sempre più affermata e si accompagna alla decentralizzazione e alla responsabi-

lizzazione degli individui;

- *l'equità* è un valore in crescita; due idee sono permanenti: la copertura universale e le cure secondo i bisogni;

- *l'etica* si impone sempre più nelle cure sanitarie; essa rappresenta un ponte tra politica e valori; s'interroga sulla validità morale delle scelte da farsi (rispetto dei diritti dell'uomo, formazione del personale, ricerca applicata, limite delle cure ai malati);

- *la scienza e la tecnologia*: le cure sanitarie sono intimamente legate alla scienza e il loro sviluppo deve molto alla tecnologia. La scommessa consiste nel ben servirsi dell'una e dell'altra per il bene di tutti.

La maggior parte dei paesi si pongono le stesse domande riguardo il ruolo e la responsabilità dei differenti gruppi coinvolti nel finanziamento, nella produzione, nel consumo e nella regolamentazione delle cure sanitarie.

3.1 I protagonisti dei sistemi sanitari

Per una analisi migliore della situazione, bisogna considerare il ruolo e la responsabilità dei differenti protagonisti di una politica sanitaria, tra gli altri lo Stato e i consumatori.

3.1.1 Il ruolo dello Stato

La preponderanza dell'economia sui sistemi sanitari ha ispirato due modelli differenti:

- *il modello bismarkiano*, sviluppato in Germania da Otto von Bismarck e adottato nel 1881, è un sistema finanziato principalmente dall'assicurazione, che protegge i lavoratori contro i rischi di incidenti, malattie, invalidità e vecchiaia; può raggiungere un elevato livello di qualità ma senza assicurare cure ad un prezzo accessibile a tutti;

- *il modello beveridgeano*, introdotto in Gran Bretagna da Lord Beveridge nel 1948, consiste nell'offrire a tutti cure preventive e di trattamento complete; se ha svolto la sua missione ad un costo ragionevole, non è sfuggito al rischio di cattiva qualità.

Il modello francese di Previdenza Sociale che si ispira ai due modelli precedenti persegue dal 1945 la generalizzazione dell'insieme

della popolazione, ma non è potuto sfuggire ad un crescente squilibrio finanziario.

Lo Stato non può fare tutto, ma ci sono cose che soltanto lo Stato può fare.

La prima è valutare i bisogni della popolazione; l'epidemiologia descrittiva permette di misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie e di orientare gli investimenti necessari; *l'epidemiologia analitica* è un inizio delle strategie di prevenzione. Questi metodi di ricerca, spesso costosi, dovrebbero essere iscritti come prioritari nei bilanci statali.

La seconda è la regolamentazione che definisce chiaramente le regole organizzative dei sistemi sanitari, gli obiettivi da perseguire, gli obblighi da rispettare, la natura e i limiti dei suoi interventi.

La terza è la dispensazione di cure, per il trattamento o la prevenzione, *da parte di un servizio pubblico* che ha la responsabilità di compensare le mancanze o le diseguaglianze del settore privato e di proporre dei modelli sperimentali e innovativi per l'applicazione dei dati della ricerca fondamentale o applicata.

3.1.2 Il ruolo dei consumatori

Tra i diversi gruppi implicati nel finanziamento, nella produzione e nella regolamentazione delle cure sanitarie, i consumatori (malati e famiglie) in quanto cittadini, conscienti e responsabili, svolgono un ruolo preponderante. A questo titolo, essi possono esercitarlo in



maniera valida solo se sono informati delle conseguenze delle loro domande, tanto sul piano della loro legittimità quanto su quello dei costi indotti. Questo implica che le campagne d'informazione consentano ai cittadini di rivendicare, a giusto titolo, i loro diritti (diritto alla sanità, diritto all'informazione) ma anche di affermare i propri doveri (igiene di vita, adesione alle cure). Ciò ha dato luogo, da qualche tempo, alla nascita di molteplici associazioni di consumatori, malati o ex-malati (Alcolisti Anonimi, Associazioni di diabetici, Associazioni d'emofiliaci, di malati di A.I.D.S., ecc.) o di famiglie dei malati (U.N.A.F.A.M. - Unione Nazionale Amici e Famiglie dei Malati Mentali, E.U.F.A.M.I. - European Union of Family and Mentality III, ecc.).

Si può così instaurare un nuovo tipo di dialogo tra i cittadini e i poteri pubblici (campagne d'informazione sui risultati delle ricerche, sull'origine dei disturbi della salute, sui costi delle cure), tra i malati e i medici (dovere d'informazione) e nelle collettività (igiene dell'ambiente).

3.2 La politica di ricerca

3.2.1 L'epidemiologia in salute mentale rappresenta, da oltre mezzo secolo, una maniera di comprendere la ripartizione dei disturbi mentali, la loro natura e le circostanze del loro insorgere. Iniziata nel mondo anglosassone, essa si è particolarmente sviluppata nei paesi nordici, per essere in seguito assunta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; essa permette oggi di misurare i pesi della loro prevalenza, della loro incidenza e del costo economico che comportano (le cifre presentate nel secondo paragrafo ne sono una testimonianza).

L'epidemiologia analitica permette di individuare le condizioni della loro insorgenza, sia riguardo agli individui (soggetti a rischio), sia a livello di circostanze (situazioni a rischio). Nei risultati di queste inchieste esiste una miniera d'informazioni utilizzabili per la prevenzione.

L'epidemiologia appare così come un potente strumento di conoscenza e, di conseguenza, una tap-

pa preliminare all'elaborazione di una politica sanitaria. I suoi successi passati sono stati evidenti nella lotta contro le malattie trasmissibili (vaiolo, colera, febbre gialla, poliomielite, ecc.). Più di recente gli studi epidemiologici hanno permesso di affrontare dei disturbi sanitari più complessi, legati alle condizioni di vita (malattie cardio-vascolari, tumori) e di condurre campagne di prevenzione la cui efficacia è stata certa.

In materia di psichiatria, i recenti studi sul ruolo degli avvenimenti della vita (*life events*) e quello del supporto sociale offrono nuove prospettive di prevenzione. Le malattie mentali caratterizzate, o le ricadute, sono spesso precedute da disturbi della salute mentale, da sofferenza fisica la cui genesi, non ben conosciuta, fa intervenire fattori esteriori, familiari, sociali, professionali e culturali.

L'epidemiologia offre così uno strumento e dei metodi di scelta per sviluppare conoscenze, concepire strategie di prevenzione e valutare i suoi effetti. Ma ciò richiede che la psichiatria esca da suo relativo isolamento e si integri nella salute pubblica, adottandone gli obiettivi e i metodi.

3.2.2. Le tecnologie di punta, per la salute di domani

Gli apporti della genetica stanno per rivoluzionare l'approccio verso alcune malattie; presto ognuno di noi avrà il suo profilo genetico, stabilito fin dalla nascita, che permetterà d'attirare l'attenzione sulle malattie alle quali può essere predisposto. Da una quarantina di anni gli scienziati di tutto il mondo si sono sforzati di comprendere come i nostri geni riescano ad organizzare la complessa sinfonia delle reazioni biochimiche che fanno funzionare le nostre cellule; resta ancora molta strada da percorrere. Numerosi studi sulla schizofrenia lasciano intendere la probabilità di squilibri metabolici, assolutamente non come causa ma come fattore di predisposizione; la psicosi maniaco-depressiva sembra ugualmente favorita da anomalie genetiche.

Attualmente disponiamo dei primi medicinali per trattare gli effetti del morbo di Alzheimer ma, tra quindici anni, possederemo senza

dubbio la molecola che attaccherà la causa.

Ciò però pone e porrà numerosi problemi d'etica e non potrà realizzarsi senza una cooperazione diretta da parte delle popolazioni; bisognerà a questo scopo che gli Stati e i professionisti della salute si assumano la nuova e importante responsabilità di dare loro una vasta e chiara informazione.

Conclusione

In questi ultimi decenni il nostro modo di concepire la salute e le condizioni di vita ha conosciuto mutamenti legati all'economia e alla tecnologia. La dissimmetria d'attrezature tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo non basta a spiegare la disegualanza delle popolazioni di fronte ai problemi della salute. Si può anche pensare (in modo provocatorio) che l'importanza delle attrezature pesanti delle nazioni ricche, tenuto conto degli obblighi economici, costituisca un handicap per l'avvenire. La constatazione che la maggior parte di questi paesi hanno intrapreso una politica volta alla riduzione del numero dei letti negli ospedali, ad un ribasso dell'effettivo dei medici (numeri chiusi nelle facoltà di medicina), ad un prolungamento degli studi infermieristici, va intesa come un riorientamento della politica sanitaria. Tuttavia, è la densità tecnologica e la valorizzazione della ricerca medica hanno reso più solide le conoscenze acquisite sulle malattie gravi e le migliori strategie terapeutiche.

Il periodo di una espansione economica senza precedenti nei paesi industrializzati sembra oggi passato. L'esperienza dei paesi meno favoriti ha mostrato che lo stato di salute delle popolazioni dipendeva, per gran parte, dalle condizioni di vita (infezioni, parassitosi, igiene di vita, salubrità dell'ambiente, ecc.). E se le società sviluppate delle regioni temperate, hanno debellato la maggior parte delle malattie trasmissibili e favorito la crescita della speranza di vita, non hanno rivolto sufficiente attenzione alle ineguaglianze psicosociali o genetiche; oggi esse prendono coscienza del fatto che la sa-

lute è un bene che non viene donato e che molteplici fattori, per la maggior parte non medicali, hanno una influenza determinante. Di fronte all'impasse economico dei loro sistemi sanitari, i nostri paesi sono costretti a rivedere alcuni concetti.

Se il "diritto alle cure" resta una formula necessaria e conforme agli obblighi di uno Stato responsabile di fronte a dei cittadini colpiti dalle malattie, il "diritto alla salute" diventa una formula obsoleta, per quanto la salute (che non è soltanto l'assenza di malattia) sia molto spesso il risultato di comportamenti individuali a rischio (igiene generale di vita, igiene alimentare, consumo di droghe, d'accol, ecc.), di ignoranza o negligenza di fronte a segnali di allarme (obesità, ipertensione arteriosa, affezioni recidive, ecc.) o di condotte a rischio; il "diritto alla salute" diventa così un "dovere di salute", responsabilità degli individui, che dà tutto il suo valore all'accessibilità alle cure sanitarie primarie e alla valorizzazione della salute comunitaria.

Si trova così tracciato un nuovo panorama delle azioni sanitarie che hanno come nome "prevenzione", "promozione della salute", il cui finanziamento, in un primo tempo supplementare, dovrebbe in seguito sostituirsi, in parte, al finanziamento delle cure mediche.

Dott. PIERRE F. CHANOÎT
Medico Ospedaliero
Esperto dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità
Segretario Generale della
"World Association for Social Psychiatry"

Note bibliografiche

¹ ILYA PRIGOGINE, *La fin des certitudes*, Paris, éd. Odile Jacob, 1996.

² CARL POPPER, *L'univers irrésol*, Londres, Hutchinson, 1982.

³ EMILE DURKHEIM, *Le suicide*, Félix Alcan, Paris, 1877.

⁴ Santé du Monde, *Soigner demain*, n. 5 Septembre-Octobre 1994.

⁵ Forum Mondial de la Santé, *Les Systèmes de Santé*, n. 4, 1994.

JANOS FÜREDI

Terapie integrate per pazienti schizofrenici e loro famiglie

Ho tentato di preparare un discorso, contrariamente alla formula che abbiamo pensato di prendere in esame per mezzo della nostra educazione nella psichiatria attuale. Ci saranno solamente pochi diagrammi o tavole, nessuna correlazione con fattori di analisi; vorrei soltanto farvi partecipi di alcune mie idee. Proverò a pensare ad alta voce, e invece di molte cifre vi mostrerò alcune diapositive di pazienti della nostra clinica, che spero serviranno a riflettere i miei pensieri.

Il mio soggetto potrebbe essere un po' fuori moda. Parlare dell'aspetto socio-psichiatrico della schizofrenia sembra fuori tempo mentre siamo proprio nel mezzo del prosperare e della predominanza della psichiatria biologica. Potrebbe perciò sembrare più appropriato parlarvi di serotonina, neuroimmaginazione o substrati neurali piuttosto che analizzare i sistemi sociali e familiari. Comunque, incoraggiato da due delle più importanti scoperte scientifiche degli ultimi decenni, mi sento obbligato per il momento a distogliere la vostra attenzione dalla psicologia biologica per ricordarvi altri fattori che hanno a che vedere con la schizofrenia.

Il primo punto è che gli studi sulla schizofrenia confermano che i fattori culturali svolgono un ruolo importante e definitivo nel corso e nelle conseguenze della schizofrenia (Sartorius 1990). Le scoperte degli studi compiuti dall'OMS e di altri studi hanno mostrato ripetutamente che nei paesi in via di sviluppo una più alta percentuale di pazienti schizofrenici hanno una prognosi migliore di quelli che vivono nei paesi industrializzati.

"E quando il periodo della loro reclusione è finito, se qualcuno di loro è sano di mente, reintegriamolo in una sana compagnia, ma se non lo è e se sarà condannato per la seconda volta, puniamolo con la morte".

Aurelius Cornelius Celsus (25 A.C. - D.C. 50), uno dei cittadini romani più importanti nel campo delle lettere e della medicina, rispondeva alla questione della pazzia anche più duramente in termini di terapia continua. Celsus credeva che un trattamento violento avrebbe fatto uscire il paziente dalla malattia mentale. Egli incatenava i pazienti, faceva soffrire loro la fame, li isolava tenendoli nel buio totale, somministrava loro purganti nel suo sforzo di farli uscire dalla malattia. (Alexander - Selsnick: *The History of Psychiatry*, 1966).

L'eliminazione del malato di mente dalla società ha prevalso sino all'età dell'Illuminismo, quando i grandi riformatori Pinel, Tuke, Rush ed altri contribuirono ad importanti cambiamenti nell'organizzazione e nell'amministrazione dei programmi di riforma degli ospedali psichiatrici. Tra di essi dobbiamo menzionare Chiarugi, il quale non credeva nel mantenere un atteggiamento freddo o indifferente nei confronti dei suoi pazienti. Egli viaggiò in tutta l'Europa per esplorare l'approccio umanistico nei confronti dei malati di mente e provò a sviluppare in Italia delle cure per la salute mentale estremamente moderne.

Nonostante gli sforzi impegnativi ed eroici dei medici e quelli pie-tosi da parte dei singoli, ancor'oggi non possiamo affermare che la segregazione e la condanna del

malato di mente siano totalmente assenti nella società.

Dobbiamo perciò chiederci perché la società indietreggia in modo così drammatico di fronte al malato di mente? perché si crea così tanta ansia nell'animo? Nella Bibbia ci sono dei riferimenti interessanti: la frase "Il Signore ti colpirà di delirio" (Deut 28,28), indicherebbe che sebbene i demoni fossero considerati i responsabili del precipitare nella malattia, la forza dominante suprema era il Divino. Si credeva che la malattia mentale di Saul fosse stata causata da uno spirito maligno mandato dal Signore (Samuele libro 1). Il terrore per i fenomeni dei disturbi mentali si potrebbe far risalire alla paura del mistero. Il cosiddetto miracolo era inspiegabile nelle società primitive. D'altro canto, se era comprensibile che alcuni fenomeni come i fulmini o tuoni provenissero dal cielo e da Dio, non c'era spiegazione immaginabile del perché un essere umano che era così simile ad un altro poteva esserne così diverso.

Questo grado di diversa percezione potrebbe essere uno degli agenti-chiave nel rifiuto dei malati di mente, ed in particolar modo degli schizofrenici, in quanto la manifestazione della schizofrenia è così estrema se paragonata alla norma. Ad essere sinceri, dovremmo ammettere che, in un modo o nell'altro, tutti siamo un po' nevrotici; ad un certo periodo della nostra vita la maggior parte di noi ha avuto qualche problema d'insonnia, sessuale, eccetera. Una poesia ungherese dice: "Se nella vita di un uomo ultra 55enne c'è un solo giorno in cui non si senta depresso, è un miracolo". È accettabile che

noi stessi possiamo provare disturbi quali il panico, l'intossicazione da alcol o persino la demenza – in un lontano futuro certamente – ma è del tutto inimmaginabile che possiamo soffrire di schizofrenia.

La schizofrenia incarna tutte le diversità o le qualità devianti che l'individuo medio trova penoso affrontare. Questi vede i sintomi della schizofrenia – e forse più di tutto – come una totale perdita di controllo: nel corso della storia, ripetutamente, la più grande paura dell'uomo e la sua reazione sono state quelle di cancellare coloro il cui credo o il cui comportamento divergeva dalle norme accettate dalla società del momento. Sebbene la maggior parte delle religioni predichino l'accettazione, le guerre di religione ed etniche, passate ed attuali, sono integrali alla nostra civiltà. Per quanto riguarda il passato, ricordiamo il periodo dell'Inquisizione, il caso di Salem e l'Olocausto, e più recentemente la Bosnia.

I grandi cambiamenti nella psichiatria dell'era dell'Illuminismo coincisero anche con la Rivoluzione Francese, il cui slogan era "Libertà, Uguaglianza, Fraternità". Ma la nostra società industriale e tecnologica che è così orgogliosa del suo pensare in modo logico deve ancora raggiungere l'uguaglianza sociale fraterna tra gli uomini. Diversi punti di vista, da soli, bastano a minacciare e a dividere gli individui, non meno dei sistemi comportamentali e di credo. La diversità non è socialmente accettabile – guardiamo ai nazionalismi dell'Europa dell'Est – e non è accettabile da un punto di vista personale – guardiamo ai casi di schizofrenia nella comunità e nella famiglia.

Secondo i molti anni di esperienza che ho acquisito nella terapia familiare, ho trovato che, nell'insieme, i membri della famiglia reagiscono con un completo rifiuto al manifestarsi della schizofrenia al loro interno. Vorrei parlarvi di due casi, in cui il problema venne fuori al termine del liceo. Il primo riguardava un giovane catatonico che arrivò nel mio reparto accompagnato dal padre. Appresi che dopo gli esami, questo ragazzo si era chiuso nella sua camera per circa un anno. I suoi parenti considera-

vano questo comportamento nulla di più di un segno di stanchezza. Essi rifiutavano di ammettere una qualsiasi peculiarità. Fu soltanto quando il giovane iniziò a rifiutare il cibo che i parenti cercarono un aiuto medico.

La seconda famiglia venne da me la prima volta circa un mese fa. In questo caso il figlio Tom diceva di non aver mai sostenuto degli esami, e che il diploma ricevuto dalla scuola era falso. Interruppe ogni comunicazione con la società, e rimase a casa. I suoi parenti non diedero molta importanza a questo comportamento, così partirono per le vacanze lasciando Tom a sorvegliare il fratello più piccolo. Durante quelle due settimane, Tom si lamentava che le persone lo spissero da fuori la porta, e che stesse leggendo i suoi pensieri. Seguì un tentativo di suicidio – si era tagliato le vene. Fu questo incidente a spingere i genitori, al loro ritorno, a consultare un amico chirurgo. Nel contattarmi, essi non chiesero una visita urgente, accettando un appuntamento in un periodo qualsiasi.

Cambiare questo processo di rifiuto è un compito di dimensioni colossali per la psichiatria e che non avrà sempre successo. L'ostacolo è l'incredulità da parte delle famiglie che un disturbo come questo possa accadere anche al loro interno. Inoltre, troppo spesso e tragicamente, le loro aspettative sul proprio figlio handicappato non diminuiscono mai, ma rimangono inalterate anche dopo il manifestarsi della malattia.

Secondariamente, la tesi logorata dal tempo che lo stress influenzò il corso della schizofrenia è supportata attualmente in modo impressionante dalla letteratura sull'«Emozione Espressa» (EE). Per mezzo dell'avanzata intervista semi-strutturata è diventato possibile valutare l'atmosfera emotiva in casa dei pazienti. Le valutazioni riflettevano un numero di commenti critici, una completa ostilità e un ipercoinvolgimento emotivo da parte dei familiari di alcuni pazienti. Tuttavia, il valore dell'EE non è limitato alla schizofrenia, ma le scoperte devono essere ora considerate come certe. Nella maggior parte degli studi, tutto porta ad un considerevole consenso sulla ca-

pacità di predire una ricaduta (Bebbington, 1990).

Entrambe le summenzionate scoperte mostrano il compito della psichiatria sociale, così come fu espresso da John Wing nel 1970.

“Una psichiatria sociale ricerca le cause sociali dei disturbi psichiatrici..., studia le influenze sociali sull'andamento di questi disturbi. Anche l'effetto dei disturbi mentali sulla società, e più in particolare sulla famiglia e gli amici, è motivo di particolare preoccupazione” (Wing, Brown, 1970).

Ancora avvelenati dalle idee della psichiatria sociale, la domanda principale alla quale ho dedicato molti anni è: come riunire le due summenzionate scoperte? Quali sono i fattori comuni in queste due idee? Nonostante molti punti di queste asserzioni siano veri per altre malattie, perché essi sono stati prima provati per la schizofrenia?

Nonostante la preoccupazione ossessiva e la ricerca approfondita, la schizofrenia resta uno dei più grandi misteri della nostra civiltà. Migliaia di saggi e di libri sono stati scritti su questo argomento e noi scopriamo un certo fascino nella schizofrenia, non solo nell'ambito della letteratura psichiatrica ma nella letteratura in genere. Vengono subito in mente le opere di Eschilo, Shakespeare o Dostoevsky. Perché nel passato la schizofrenia era così importante, e perché rimane il mistero cruciale insoluto del nostro tempo?

Credo che dovremmo tornare indietro di centinaia di anni per poter trovare una risposta, fino ai tempi degli antichi Greci, cui la psichiatria moderna deve molto, ad esempio per l'enfasi data da Ippocrate alla medicina clinica. A Ippocrate va inoltre il merito di aver identificato nel cervello l'organo più importante dell'uomo, “il cervello è l'interprete della coscienza”. Egli e i suoi seguaci hanno sviluppato il pensiero psicologico e hanno descritto per primi la malattia mentale. Purtroppo però il loro atteggiamento nei confronti della malattia mentale era generalmente un atteggiamento di rifiuto. Questo atteggiamento fu ripreso da Platone che vedeva nella pazzia niente di più di una mancanza di controllo delle bramosie, l'opposto della disciplina e dell'impegno

intellettuale e dell'equilibrio. Nella sua "Legge" Platone propose la costruzione di una casa di moderazione, in cui coloro che per ignoranza avevano sostenuto credenze sbagliate, dovevano restarvi cinque anni per poterne ricevere un sano insegnamento.

Questa osservazione è la base della nostra nuova ricerca che chiamiamo Aspettativa Expressa, opposta alla Emozione Expressa. La nostra ipotesi che le più alte aspettative dei familiari nei confronti dei loro membri assediati sono perlomeno dannose per il futuro dei nostri clienti, quanto una Alta EE.

Per provare la nostra ipotesi, io stesso, assieme ad un mio collega, l'Assistente Professor Zoltan Danics, abbiamo condotto uno studio su 26 famiglie schizofreniche con 91 membri. Come controllo abbiamo usato 25 cosiddette famiglie normali con 63 membri. L'espressione dell'aspettativa è stata misurata per mezzo di un'intervista semistrutturata modificata (Cum-

berwell) e per mezzo di un insieme di questionari.

Le interviste venivano valutate su tre dimensioni: 1) l'intensità delle aspettative; 2) la confusione (ambiguità) delle aspettative; 3) l'irrealtà delle aspettative.

Come risultato, abbiamo trovato una differenza significativa tra le famiglie schizofreniche e quelle normali sulla scala della confusione e dell'irreale, ma una differenza non considerevole sulla scala dell'intensità. Ciò significa che le cosiddette famiglie normali esprimono le loro aspettative pressoché con la stessa intensità delle famiglie schizofreniche. D'altro lato, nelle loro aspettative le famiglie schizofreniche sono notevolmente più ambigue, confuse ed irrealistiche rispetto alle famiglie normali.

Lo studio ha confermato la nostra strategia di lunga durata, che solo il coinvolgimento delle famiglie – oltre ai medicinali antipsicotici oggi largamente accettati – può portare ad un risultato duraturo. Aiutati dalla nostra stessa ricerca,

possiamo concentrarci meglio sulla chiarificazione delle aspettative confuse e irrealistiche delle famiglie.

JANOS FÜREDI, M.D., Ph.D.

Presidente Onorario della
Hungarian Psychiatric Association
Professore e Direttore del Reparto
di Psichiatria Università di Scienze
della Salute "Haynal Imre"
Budapest (Ungheria)

Bibliografia

ALEXANDER F.G., SELESNICK S.T., *The History of Psychiatry*, Harper & Row, New York, 1966.

BEBBINGTON P., *Expressed Emotion and Schizophrenia*, in: *Psychiatry: a World Perspective*. C.N. Stefanis, C.R. Soldatos, A.D. Rabavilas (eds) Excerpta Medica, Amsterdam, 1990, pp. 67-72.

SARTORIUS N., *Cultural Factors in the Etiology of Schizophrenia*, in: *Psychiatry: a World Perspective*. C.N. Stefanis, C.R. Soldatos, A.D. Rabavilas (eds) Excerpta Medica, Amsterdam, 1990, pp. 33-44.

WING L.K., BROWN G.W., *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge University Press, 1970.



FRANCO IMODA

Psicoterapia

Introduzione

Le definizioni di «psicoterapia» che vengono generalmente date restano per lo più aperte e generali: «Ogni sistematico sforzo di alleviare un disturbo mentale attraverso mezzi psicologici»¹. In questa generalità e apertura si può allora scoprire una debolezza ma anche una opportunità. Di fatto, in che cosa consiste questo aiuto? A che cosa tende: una guarigione, un riequilibrio di forze, adattamento sociale? Identità personale come autorealizzazione? (Ri)abilitazione ad attuare ed esprimere le potenzialità umane, inclusa l'immagine di Dio? Nulla di tutto questo preso da solo o tutto questo e altro?

Non è certo possibile entrare in una discussione generale e dettagliata sull'efficacia della psicoterapia². Lo scopo di questa breve nota è limitato. In un'ottica quindi non esclusivamente funzionale, e partendo da alcune difficoltà concrete e teoriche, si intende sottolineare l'importanza di una riflessione antropologica che permetta di applicarsi al concreto (psicologico), non solo come via d'uscita da certe impasse in cui il lavoro terapeutico può trovarsi, ma come un operare più rispondente alla ricchezza della realtà della persona.

1. Sfide

Di fronte alla molteplicità delle questioni che sorgono, ci limiteremo a sottolineare alcune sfide e ad indicare alcune aree di importanza per un approccio al tema³.

1. La psicoterapia non è prevalentemente teoria, e ci confronta

con una sfida di ordine «pratico». Si tralascia qui la sfida delle implicazioni etiche professionali e del riconoscimento delle competenze. Dalle domande accennate sopra, emerge che spesso ci si trova di fronte ad una *ampia gamma, ma forse anche ad una confusione circa i fini* da perseguiti, soprattutto per quanto riguarda la loro articolazione. Si tratta di ristabilire un equilibrio fisico biologico, un migliore adattamento sociale, una relazione interpersonale finora troppo difficile, dare un mondo di significati e di valori capaci di superare la futilità e l'assurdità del proprio vissuto?

Alcuni autori hanno parlato non solo di psicoterapia espressiva o di sostegno, ma hanno indicato scopi quali la pianificazione, l'unificazione, la disillusione ottimale, l'interpretazione (Gedo & Goldberg, 1975). Ma non ci viene ricordato che – per il cristiano almeno – si tratta di essere rinnovati all'immagine del Creatore (Col 3, 3-4).

Il pastore/educatore ci ricorda che il discepolo è invitato per una duplice missione, di guarigione e di annuncio (Martini, 1979)⁴. E un teologo pastorale (Clebsh-Jaekle, 1964) parla di quattro fini: guarigione, sostegno, guida, riconciliazione.

Per alcuni la psicoterapia diviene l'applicazione, più o meno indiscernibile, di una *tecnica* (magari analitica) più o meno sperimentata. Questo manifesta allora un iato tra la teoria e la pratica, nel senso che una tecnica ritenuta fondata e giustificabile per un certo tipo di difficoltà e di domanda viene estesa in modo più o meno universale. Si offre per esempio una risposta psicodinamica ad una domanda

spirituale (o viceversa), o all'interno delle risposte psicologiche si interviene «analiticamente» dove sarebbe importante favorire una «sintesi» o viceversa.

Ancora sul terreno pratico la sfida riguarda i «processi» da seguire: si vuole «illuminare», portare a coscienza l'inconscio, oppure si vuole far «sperimentare», rivivere esperienze in modo forte e nuovo? Se in questo la relazione è importante, fino a dove il coinvolgimento affettivo o un distacco neutrale è utile, e buono? È l'annuncio, oppure il rito propiziatorio, o al limite l'esorcismo che interpreta il disordine come possesso diabolico?

È possibile disporre di un unico linguaggio e di un unico modello teorico o è importante disporre di diversi linguaggi adatti agli stadi e situazioni diverse di sviluppo della persona?⁵

2. Alla luce di questi cenni limitati che richiamano la sfida pratica, non è difficile cogliere che c'è, strettamente connessa, una sfida anche teorica che coinvolge la realtà antropologica della persona.

– Anzitutto un aspetto *epistemologico*. Gli ultimi decenni hanno visto l'emergere e il prevalere nell'ambito scientifico se non sempre in quello culturale di un nuovo «ethos» che riguarda una dimensione epistemologica. Il superamento di positivismo e razionalismo tecnico (Peterson, 1968, 1979, 1995; Macquarrie, 1989; Jeeves, 1976) fa sì che l'agire umano non può essere spiegato, né tanto meno trattato, attraverso fattori puramente «causal» ma neanche soltanto «compreso» attraverso i significati soggettivi, forse idiosincratici, della persona. L'ap-

proccio ermeneutico si è fatto strada, e con esso la ricerca di dialogo, o conversazione critica sostenuta dall'interdisciplinarietà (Ricoeur, 1977, 1977a) offre possibilità nuove circa la complessa scelta dei fini e dei processi psicoterapeutici. In modo più specifico, emerge l'esigenza di un dialogo tra la psicologia come scienza umana, soprattutto nei suoi aspetti antropologici e l'antropologia filosofica e teologica.

Il dialogo critico coinvolto nell'approccio ermeneutico assume due forme:

a. una tendenza più *critica*, che rappresentando un momento negativo, evidenzia come ogni impresa del conoscere umano, psicologia compresa, sia legata al tempio in cui è nata riflettendone quindi aspetti contingenti e relativi⁶. La «critica» delle motivazioni umane è stata a lungo la caratteristica di una psicologia che si è rivelata, al limite, riduttiva. Se nei suoi aspetti più estremi ed esclusivi questa critica resta distruttiva, è possibile che l'analisi delle componenti nascoste dell'agire umano possano aprire nuovi orizzonti di libertà, e anche la religione e la fede possano essere «purificate» da elementi meno genuini.

b. È rilevabile però anche, nella riflessione epistemologica, un'altra tendenza, più *costruttiva*, che come momento positivo, rivalutando l'apporto della fenomenologia, insiste sull'importanza del riconoscimento dei valori più adeguatamente corrispondenti alla struttura antropologica della persona, e quindi sull'importanza di una visione antropologica, per definire i fini dell'opera pedagogica stessa. L'importanza di una considerazione etica, di valori e della sfera religiosa come di una realtà anche psicologicamente rilevante non solo non viene negata, ma positivamente ricercata⁷. Viene riconosciuto che tali psicologie interpretando la nostra situazione nel mondo, contribuiscono ad una sua comprensione più articolata. Esse aiutano a formulare in dettaglio le «posizioni» vissute con le quali l'educatore viene costantemente confrontato. Tali psicologie «servono» alle persone dei menu di domande e di risposte, attraverso a cui determinati orizzonti vengono definiti, determinate do-

mande e risposte vengono configurate e di conseguenza anche un certo tipo di trascendenza, più o meno radicale, viene fondata. Così facendo, proprio perché tali interpretazioni fanno parte di una cultura, finiscono per imporre orizzonti che comportando un certo tipo di trascendenza, ne escludono altri. Più specificamente, per esempio, studi recenti sullo sviluppo della relazione hanno indicato la stretta connessione tra la concezione e il modo di riferirsi alle alterità del divino e quelle esperienze primitive e infantili in cui si impara ad essere e a vivere come soggetti di fronte ad un altro, ma tutto questo è stato rilevato non più nel contesto di una inevitabile alienazione, o opposizione tra l'elemento psicologico e quello religioso, ma piuttosto di un legittimo, mutuo arricchimento (Rizzuto, 1979; Jones, 1991; Meissner, 1984, 1987; Spero, 1995).

Queste due tendenze sono complementari, e tale complementarietà può divenire particolarmente utile nell'interpretazione del cambio psicoterapeutico. In esso le «posizioni» delle persone sono realtà vissuta dagli individui, che sono figli della loro cultura e delle interpretazioni che essa offre delle loro esperienze umane e religiose⁸, ma che sono anche chiamati a realizzare pienamente la loro vocazione⁹.

– Oltre a questo aspetto epistemologico c'è anche una componente più propriamente teorico/antropologica.

Le sfide pratiche che si delineano nel quadro terapeutico coinvolgono la realtà antropologica della persona. Con Gabriel Marcel (1970) e una ricca tradizione culturale, non vogliamo ridurre a problema il mistero che è la realtà umana immagine di Dio, cosicché l'incontro di aiuto terapeutico si trovi ridotto a tecnica. Il necessario discernimento che prepara e accompagna ogni intervento «terapeutico», potrà e dovrà allora essere fatto senza ignorare il quadro di riferimento antropologico¹⁰.

2. Aree di rilevanza antropologica

Ci sembra di poter segnalare alcune aree di particolare rilevanza

sia per il modo generale di concepire e di trattare la persona umana che per il sapere e l'azione psicologici. Le osservazioni e gli interventi psicologico-psicoterapeutici nel momento stesso in cui, da un lato permettono l'accesso concreto e vissuto alla persona, costituiscono anche una presa di posizione nei confronti di queste dimensioni antropologiche fondamentali¹¹.

1. L'area cognitiva, la domanda, l'alterità.

La persona, è confrontata con la difficoltà – patologica o no – dell'incertezza, dell'incapacità o difficoltà a trovare significato in atti singoli o nell'orientamento generale della vita, sicché è facile ingannarsi, chiudersi nel pregiudizio, evitare la domanda, accontentarsi del proprio mondo più o meno immediato, senza quel «seguir virtute e conoscenza» che meglio esprimerebbe l'immagine di Dio. Il «gnothi seauton» è tutt'altro che semplice e praticato. Il sé «confuso» che gli psicologi analizzano e cercano di interpretare, è il soggetto capace di conoscenza, in cerca della verità tutta intera. Qual è l'oggetto, il fine della mia ricerca implicito o esplicito nella mia domanda? Qual è divenuta l'alterità in cui sono chiamato a ritrovarmi? Siamo di fronte all'autismo, alla fantasia schizofrenica, droga, a sempre nuovi idoli, l'altro usato simbioticamente o un altro o Altro amato nel dono di sé?

Le domande definiscono più o meno implicitamente un orizzonte, un mondo; dal proprio corpo alle cose materiali, gli altri, i valori economici, culturali o spirituali e religiosi. L'orizzonte o gli orizzonti specificano la finalità stessa della vita.

Le psicologie che sono alla base di ogni intervento terapeutico/educativo, con le loro metafore fondamentali specificano certi orizzonti¹². È l'altro come oggetto di un istinto, anche quando si vuole trasformare in realtà quasi metafisica come istinto di vita e di morte (psicoanalisi)? È un altro che si riduce al sé, un altro che deve offrire una autorealizzazione all'io, con l'assoluto presupposto di una armonia fra le varie tendenze umane, e con la minimizzazione del conflitto (psicologie umanistiche)? È il

principio della selezione naturale come nelle psicologie comportamentistiche?

Più o meno limitate dal loro contesto teorico esse possono legittimare chiusure su orizzonti altrettanto limitati e operare con psicoterapie che escludono l'esplorazione di aree di trascendenza (religiosa) o invece permettere una più adeguata e piena realizzazione della realtà antropologica della persona, alla ricerca della verità.

L'elemento psicologico, fenomenologicamente accessibile si trova nell'alterità, nelle diverse forme concrete acquisite nel corso dello sviluppo della persona.

2. L'area conativa dell'agire, del volontario e della libertà.

Come soggetto agente, libero, il soggetto è confrontato con la lotta o le lotte proprie di una libertà condizionata, che operando scelte piccole o grandi, deve «fare» la verità. Si tratta delle relazioni complesse tra volontario e involontario, tra volontà diverse, tra natura e persona. In tensione tra la figura di Prometeo e quella di Sisifo, c'è la tentazione di fuga dalla libertà; aspetto ed espressione propria non solo della patologia ma di ogni fragilità umana. Si tratta di accettare il determinismo di forze cieche o di fondarsi su di una spontaneità utopica (o prometeica) a guidare le scelte? Come si configura l'obbligo etico che deriva dall'orizzonte e dalle metafore che lo esprimono accennato nel punto precedente? Dalle metafore fondamentali (del punto precedente) dipendono altre che definiscono più o meno implicitamente l'obbligazione etica: egodismo etico, altruismo, interdetto della legge, amore agapé, dono di sé nella carità. Sul piano psicologico, e quindi anche psicoterapico, la persona umana è sempre in tensione tra un «dato», ricevuto, e la capacità di scelta, di autoposizione creativa. Si trova ad essere sempre in qualche modo un «rifiutato» (con uno sguardo al passato) ma anche «progetto» (con uno sguardo al futuro): la temporalità esprime, nel momento concreto presente, come la volontà si esercita. Il cammino umano e terapeutico è accettazione rassegnata del «carattere» che limita, costringe e diviene giustificazione per

non crescere, non rischiare e diventare ciò che si è chiamati ad essere? La vita è divenuta solo «risultato» (passato) senza essere «progetto» che non riesce ad assumere il «dato» storico della propria storia? Oppure è una fuga in illusioni immaginarie, in un mondo auto-creato che sfugge alla realtà?

3. L'area affettivo motivazionale e le sue articolazioni, cui corrisponde nell'ambito psicologico la diversità e l'integrazione dei diversi livelli o stadi della persona.

La persona, soggetto psico-fisico-spirituale, è sollecitata da una gamma di forze motivanti, di passioni o di «amori», che riesce con maggiore o minore successo ad unificare e ad integrare. In essa coesistono spinte della natura, interessi sociali ed umani, e forme di affetto culturalmente legittimate o valorizzate, un amore con dimensioni divine.

Al diversi *livelli* che si intrecciano e trovano diverse forme di integrazione gerarchica la psicologia che sta alla base di ogni psicoterapia non può non interessarsi. Come è riuscita la persona, nel corso del suo sviluppo, e come riesce ad unificare e ad integrare queste componenti? Quali motivazioni prevalgono, così che alcune esprimono o «servono» altre; le «inferiori» al servizio delle «superiori» o, non di rado, viceversa. L'amore per l'altro è solo al servizio di scopi sessuali, edonistici e sono queste forze psicosessuali ad essere informate da un amore-agapé? Più o meno implicite nelle stesse metafore e visioni proprie delle scienze umane, diverse concezioni della motivazione fondamentale della persona, le tendenze di base che possono determinare, condizionare o motivare liberamente e finalisticamente l'operare umano. Non si tratta solo di questa o quella *teoria* che sostiene come motivazione fondamentale il bisogno, la pulsione, la «libido», l'affetto, la tendenza all'attuazione del sé e delle sue potenzialità, il finalismo dell'amore che porta eventualmente al dono incondizionato di sé. Si tratta del *concreto operare* del singolo secondo l'uno o l'altro di questi sistemi di forze motivanti. La molteplicità di questi livelli connessi con la realtà biopsichica e storico

culturale della persona pone questioni circa quali bisogni fondamentali debbano essere giustamente e moralmente soddisfatti e le modalità della loro integrazione: e questo, ancora una volta, non solo come teoria che definisca un ideale, ma anche come discernimento di un agire concreto. Questa terza area di interesse antropologico introduce allora il tema e l'esigenza di un superamento più ampio possibile del *riduzionismo*¹³ e l'ammissione esplicita di una complessità di livelli nell'operare umano e nelle sue motivazioni.

4. A queste tre aree, va aggiunto il tema dei processi psicoterapeutici. Una serie di considerazioni riguardano i processi attraverso cui l'opera psicoterapeutica vuole raggiungere i suoi fini. Ogni psicoterapia richiede uno sviluppo, un cambio, una trasformazione. Attraverso quali canali si opera questo cambio, questa trasformazione?

Da tempo sono state rivolte critiche alla psicoanalisi tradizionale, con la sua visione del mondo. Più recentemente la critica ha trovato una formulazione, al tempo stesso antropologica e psicologica, che sottolinea 3 caratteristiche limitazioni che invocano tre corrispondenti rielaborazioni: a. tendenza al meccanicismo atomistico, che tende a considerare la persona come un campo di forze; b. ad un razionalismo illuminista, da cui segue la persuasione che la «guarigione» o la risposta è soprattutto per via cognitiva; c. ad un'etica che fondata sul razionalismo non riesce a superare il moralismo/legalismo (Ricoeur, 1986; Kohut, 1980), e una norma/valore di rispetto mutuo e di una certa reciprocità, senza prendere in considerazione valori più ampi quali l'autodonazione nell'amore ed un amore che può essere «sacrificale» (Browning, 1987).

In questo senso il processo di crescita, di sviluppo e di ritrovamento della piena dignità umana come immagine di Dio, (appoggiandosi su di una concezione ed un orizzonte più vasti), potrebbe avvenire solo attraverso:

– Un allargamento dell'orizzonte che non opera per via di pura conoscenza, e quindi quasi indivi-

dualmente, ma attraverso una «partecipazione», dove la relazione all’altro e ad una sempre più vasta alterità (guidare, sostenere) e in piena consapevolezza che la scelta di orizzonte non è solo questione puramente razionale. La psicoterapia non sarà solo istruzione ma sarà ricerca di verità e, nel confronto con un’alterità sempre più ampia, acquisizione di un retto pensare che sa porre e cercare le risposte alle domande anche più radicali.

– Al di là di ogni concezione che comporta un «iato» tra «natura» caratterizzata da una parte dai suoi determinismi e «spirito» dall’altro caratterizzato da una libertà al limite incondizionata, ogni psicoterapia tenderà ad una libera assunzione della realtà con accettazione responsabile del proprio dato come anche della propria vocazione a valori trascendenti. Un modello puramente «causale» che si fonda sulla convinzione che tutto si può operare attraverso cambi quasi meccanici della natura, così come un modello spiritualista che tende ad ignorare le leggi e i condizionamenti biofisiologici e psichici della natura, si dimostrerà oltre che antropologicamente inadeguato, inefficace. La psicoterapia non sarà lotta disperata per accettare il proprio destino, ma neanche fuga dalla realtà della propria storia in una illusione consolatoria.

– Al di là di un puro riequilibrio di forze affettive (guarire), l’opera psicoterapeutica tenderà a rendere la persona capace di riunificazione integrando intorno ad una motivazione trasformante i vari livelli dell’esistere umano inteso come «soma» «psiche» e «spirito». Solo allora si potrà parlare di una integrazione (riconciliazione) delle varie strutture e componenti della persona e quindi di una interiorizzazione dei valori con cui la libertà si autodetermina al di là di influssi e condizionamenti puramente esteriori.

5. Infine, l’importanza di poter adottare nell’opera psicoterapeutica una metafora della «grazia». Il processo terapeutico dipende dalla «visione» e dalle metafore che la esprimono. Il processo terapeutico che è eventualmente guarigione, sviluppo, crescita, ma anche aper-

tura alla ricchezza della dignità umana, proprio perché si opera nella realtà di fragilità, sarà sempre segnato dalla lotta. Non sarà praticamente mai un cammino di facile acquisizione e di spontanea apertura senza avversità, né potrà ridursi ad uno stoico prendere atto di determinismi nei quali si trova ad esistere. Già per gli antichi, lo sviluppo e la crescita trovavano sul loro cammino il tema della morte connesso a quello della vita, secondo il detto di Plutarco che il bambino deve morire perché possa nascere il giovane, e il giovane deve morire perché possa nascere l’adulto, (cfr. la discussione che ne fa Schachtel (1959, p. 14 e ss.).

È una lotta che non troverebbe significato, e quindi anche difficilmente posto, nell’universo umanistico espresso da metafore di armonia, di sicurezza e di interdipendenza che rendono in fondo innutile un’azione morale trasformante. È una lotta che può forse trovare posto nell’universo freudiano, ma al limite di un realismo stoico e tragico.

Quale significato e quindi quale motivazione convincente ed efficace può incontrare un processo di crescita terapeutica che non abbia gli strumenti per accettare radicalmente l’aspetto di limite, di fragilità di morte?¹⁴

In questo senso, al di là di una concezione del processo terapeutico come immittigato progresso, o come accettazione rassegnata di un irrecuperabile regresso, si deve far posto ad una concezione del processo come «trasformazione», dove il negativo – rimanendo realisticamente negativo – viene convertito in positivo. È quello che si può ritrovare nella legge della grazia, che presuppone una visione «redentiva», dove lo spirito è capace di trasformare in significato l’assurdo, in forza la debolezza, in vita la morte¹⁵.

Chiunque ha operato nell’ambito «psicoterapeutico» sa che nel processo di crescita o di cambio è inevitabile l’incontro/scontro con eventi irrazionali che si sottraggono irriducibilmente ad un significato, e si presentano come assurdi. Non sarebbe un’ipotesi più che ragionevole l’interpretare molti arresti nel processo di crescita psicoterapeutico, molti fallimenti ed ab-

bandoni (le impasses accennate all’inizio), come dovuti alla mancanza di una «mediazione» tra la lotta puramente «psicologica» e la lotta «spirituale»? La persona si trova allora divisa e ridotta ad un combattimento psicologico, tragico, che si svolge ad un livello del suo essere, senza riuscire ad entrare in relazione o in connessione con la lotta spirituale/religiosa, l’unica che può conferire significato e forza? In tali casi, l’immagine di Dio non rimane allora astratta e di principio, ma resa insufficientemente trainante e trasformante.

Solo la *fede* e una fede teologale e cristiana è capace di assumere fino in fondo tali elementi psicologici, eventualmente tragici, conferendo una possibilità di senso anche a realtà segnate dall’assurdo. Negli inevitabili incontri/scontri con limiti e determinismi, solo la *speranza* riesce ad assumere in un superamento che non cessa pertanto di essere realistico, certe necessità. Solo un *amore* di agapé, di carità, e quindi sacrificale, riesce a superare l’inevitabile ingiustizia e imperfezione, che sarebbero altrimenti intollerabili. La «grazia» allora, senza rimanere monopolio del «religioso», né ridursi ad una semplice funzione psicologica, entra nel gioco psicologico, e con le caratteristiche tipiche del paradosso, rende possibile con la sua trascendenza, un più profondo realismo. L’immagine di Dio, offuscata ma continuamente restaurata, è tale proprio in quanto è veramente, e quanto più possibile, umana¹⁶.

Un certo numero di riflessioni conclusive sono allora possibili.

3. Riflessioni conclusive

1. La psicoterapia non potrà essere solo il risultato della messa in atto di una tecnica. La persona umana, nella sua realtà di mistero e di immagine di Dio non potrà mai essere trattata solo come una combinazione meccanica di forze.

2. Di fronte alle sfide della psicoterapia la scienza da sola non basta, ma neanche basta la religione, sola o con la filosofia. Non basta la scienza perché nell’opera pedagogica/psicoterapeutica si incontrano inevitabilmente temi di

vita e di morte, ma anche temi delle origini (passato) e della fine (futuro), della fuga e dell'impegno, della fantasia e della realtà, della colpa e dell'innocenza, del tempo e dell'eternità, dell'intimità e della solitudine, del dolore e della felicità.

3. Proprio in vista del progetto psicoterapeutico è auspicabile, messe da parte mutue diffidenze o scomuniche, un dialogo interdisciplinare tra la o le psicologie filosofiche e teologiche. Ci sono segni che questo dialogo è avviato, sul piano epistemologico, come su quello antropologico.

4. Un invito dunque all'umiltà: molti studi indicano che i risultati della psicoterapia, certamente presenti, non sono così sicuri ed estesi¹⁷. Con diversi autori sembra utile raccomandare – almeno nell'area psicologica – una formazione alla ricerca disciplinata (Holt, 1961; Davison e Lazarus, 1994; Peterson, 1995) e ad una valutazione sistematica connessa al cambio di individui, gruppi ed organizzazioni, piuttosto che la certezza diagnostica e terapeutica. Auspicando «educatori che riflettano» formati ad operare nell'incertezza piuttosto che terapisti diventati assolutamente sicuri di tutto quello che fanno, si potrebbe anche auspicare da parte dei maestri in filosofia e in teologia una rinnovata attenzione alle domande poste dalla psicologia applicata alla psicoterapia. Il mistero della persona richiede una epistemologia e una metodologia adeguate alla sua ricchezza.

5. L'importanza di questo dialogo antropologico appare: – anzitutto nel considerare e definire gli scopi, sia quelli ultimi, che quelli intermedi e quelli immediati (orizzonti), nella loro reciproca connessione; – ma appare anche nel fatto che nei processi di cambio è coinvolta la libertà e quindi una inevitabile norma etica; – tale importanza appare infine nel fatto che nella persona l'orizzonte (o gli orizzonti) e le forze messe in atto dalla volontà o dalle pulsioni si combinano definendo le motivazioni, le passioni fondamentali. Sono tali motivazioni o passioni fondamentali

che stanno alla base di quella che chiamiamo, maturità/immaturità o del compimento umano personale inclusa l'immagine di Dio oppure di quella che chiamiamo immaturità-patologia/fallimento deformazione dell'immagine di Dio.

6. Emerge l'esigenza dell'adozione in psicoterapia di una «metafora della grazia», che affronti con strumenti adeguati, l'aspetto potenzialmente tragico della vita; e traducendo a livello psicologico una realtà trascendente e cristiana, permetta una trasformazione profonda e stabile perché vera e libera.

7. Si deve recuperare, allargandolo alla formazione della persona, con una visione «olistica», il significato originario di «therapon» e del terapeutico. La parola greca «therapon» significa infatti fondamentalmente «servitore». Una varietà di ragioni legate alla storia della scienza e della cultura ha finito per conferire a questo concetto significati troppo ristretti. Dovremmo ricuperarne il significato più profondo, come quello che si ritrova, applicato a Mosè nella lettera agli Ebrei 3,5, dove si dice che egli fu «servitore (therapon) degno di fede in tutta la casa di Dio...» quasi immagine e preparazione di colui, Cristo, «che è figlio degno di fede nella casa di Dio» (ibid. 3,6). Dovremmo anche collegarlo con la missione data ai discepoli e riportata da Matteo 10, 7-8: «Strada facendo *predicate* 'il regno dei cieli è vicino'. *Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi e cacciate i demoni*».

P. Prof. FRANCO IMODA, S.J.
Direttore dell'Istituto di Psicologia
alla Pontificia Università Gregoriana,
Roma

Note

¹ *International Dictionary of Psychiatry*, 1989. Oppure «Una forma di trattamento rivolto a problemi di natura emotiva in cui una persona specializzata stabilisce deliberatamente una relazione professionale con un paziente (cliente) al fine di rimuovere, modificare o ritardare i sintomi presenti, di mediare forme turbate di comportamento, e di promuovere la crescita positiva della persona e lo sviluppo» (Wolberg, 1954, 1988).

² Si dà per acquisito che la psicoterapia ha effetti positivi, anche se non tutti gli autori so-

no d'accordo. In una ricerca assai vasta, realizzata da *Consumer Reports* 1955, e caratterizzata dal realismo di chi è soprattutto guidato da criteri economici, una delle conclusioni riportate è che il trattamento operato da professionisti funziona. Di 426 persone che stavano *molto male* all'inizio della terapia, l'87% si trovava *molto bene, bene o abbastanza bene* al momento della ricerca. Come Seligman (1995) riporta, questi dati convergono con alcune grandi ricerche sull'efficacia della psicoterapia (Lipsey e Wilson, 1993; Shapiro e Shapiro, 1982; Smith Glass e Miller, 1980).

³ Un modo di affrontare questa varietà (si parla di dozzine fino a più di un centinaio di modalità) è la discussione di «modelli» (modello medico, psicodinamico, cognitivo, psicosociale, morale, esistenziale ecc.). In questo modo però, soprattutto se si rimane a livello descrittivo, la domanda viene per lo più rimandata, con il vantaggio però di introdurre alla varietà di approcci disponibili come risposta alle domande terapeutiche ed espressione di verità parziali. Il pericolo di riduzionismo riemerge quando l'adozione di un modello in modo esclusivo pretenda rivolgersi alle diverse forme di disturbo, di problema o di domanda con la stessa risposta e metodologia (spiritualismo, psicologismo e biologismo).

⁴ Con riferimento ai Vangeli: Matteo, 10,7-8; Luca 9,2; Marco 3,14-15.

⁵ Nella riflessione sulla psicoterapia è evidente un desiderio di integrazione delle diverse prospettive (Beitman Goldfried e Norcross 1989; Pine, 1990; Tyson e Typon, 1990).

⁶ Diverse voci si sono così levate a «criticare» il carattere fortemente individualistico di quasi tutte le visioni psicologiche correnti. Nata in un contesto culturale individualistico, i loro orizzonti non solo risentono di questo «ethos» ma si rivelano per questo inadeguati a rispondere a domande più esistenziali, più radicali (Bellah et al., 1985; Bevan & Kessel, 1994; Rieff, 1966; Cushman, 1990; Sampson, 1985, 1988, 1989; Smith, 1991; Vitz, 1980; Wallach e Wallach, 1983). Altri autori hanno rilevato l'insufficiente attenzione delle teorie psicologiche contemporanee a problemi esistenziali (Vandenberg, 1992; Bevan, 1991; Browning, Jobe, Evison, 1990; Chessick R.D. 1993), il suo frequente riduzionismo anticoncettivo (Eidelberg, 1992), o il tentativo della psicologia di sostituirsi alla religione (Butt, 1992; Menninger, 1973; Rohe, 1991). In modi diversi, queste e altre possibili voci, indicano i limiti posti agli orizzonti umani dalla psicologia contemporanea e quindi alla psicoterapia, implicando visioni riduttive del «mondo» in cui l'essere umano è chiamato a ritrovarsi.

⁷ Bergin, 1980, 1991; Jones, 1981, 1991; Lake, 1966; Jones, Stanton, 1994; O'Donohue, 1988; Rulla, 1985; Rulla Imoda Riddick, 1986; McDargh 1984, 1985; Sims, 1994 e altri.

⁸ Alcuni adulti affrontano l'elemento affettivo della loro vita da freudiani, altri, come adolescenti, incarnano la psicologia umanistica alla ricerca praticamente esclusiva di autorealizzazione. Altri, pragmaticamente sono comportamentisti più o meno utilitari, guidati dalla legge della riuscita e del principio della funzionalità. Le domande e difficoltà sono così inquadrati in uno o l'altro di questi «sistemi» che condizionano in gran parte la posizione stessa della domanda e il tipo di lotta o di ostacolo da superare.

⁹ Forte (in stampa), ha richiamato, per quanto riguarda la teologia e la psicologia, come un triplice ordine di fattori epistemologici, ermeneutici ed esperienziali possono contribuire, nelle mutue relazioni, ad alcune posizioni di fondo quali la resistenza, l'indifferenza, la resa o l'integrazione.

¹⁰ "Qualunque sia la differenza tra queste nuove psicologie e la tradizione Giudeo Cristiana, non è che le psicologie siano senza metafore del fine/ultimo e senza principi di obbligazione etica mentre i teologi sono appesantiti da tali antichi bagagli. Le differenze sono più questione di decisioni alternative e di prese di posizione a livello di queste metafore e di principi di obbligazione etica. Assistiamo infatti a un processo cui la psicologia si fa gradualmente ed insistentemente religiosa ed etica" (Browning, 1987, p. 89).

¹¹ De Waelhens (1972) ha richiamato come le dottrine contemporanee sulla persona insistono sull'importanza di definire l'essere umano come "essere nel mondo", superando, e non solo sul piano teorico, l'opposizione del "per sé" e dell'"in sé". Come "coscienza pura" (per sé) o come "cosa" (in sé), l'essere umano non sarebbe più nel mondo. È difficile però trovare – dice De Waelhens – un autentico riconoscimento e una descrizione della coscienza umana che prenda sul serio il "come" concreto e storico con cui i poli del suo essere nel mondo si trovano combinati. Si dà quindi per scontato l'essere nel mondo della persona, al tempo stesso in cui se ne sperimenta la problematicità e la vulnerabilità. È nostra convinzione che le osservazioni psicologiche possano contribuire, in un dialogo critico con gli elementi antropologici, a questa definizione dell'essere nel mondo anche in vista del suo ritrovamento dell'immagine di Dio.

¹² È interessante che un'analisi decisamente tecnica operata da Gedo (1995) di un processo terapeutico ritenuto fondamentale («working through») concluda che si tratta in fondo di educare la persona ad un retto pensare.

¹³ Inteso come la tendenza di una disciplina a ridurre il fenomeno che studia al modello metaforico che preferisce. Così, un processo psichico viene ridotto ad un fenomeno biologico o meccanico oppure un fenomeno religioso viene ridotto ad un processo psicologico. Di fronte a questi che possono essere riduzionismi «dal basso», si danno molte forme di riduzionismo «dall'alto» come quando una malattia è interpretata come effetto immediato di un disordine morale e un problema psichico viene affrontato nel discernimento e nella cura come problema spirituale, da affrontare, se non proprio con un esorcismo, con una pedagogia esclusivamente spirituale.

¹⁴ Ricollegandosi, per esempio, alle otto situazioni illustrate da E. Erikson come otto periodi cruciali della vita, si potrebbe dire che, ad ognuno degli stadi o periodi, un polo del binomio o conflitto rappresenta la situazione di mancanza, o negativa, e un polo la situazione di presenza, o positiva. Gli otto periodi, caratterizzati ciascuno da un loro conflitto o tensione tipica, come molti ricordano, sono i seguenti: fiducia/sfiducia, autonomia/vergogna e dubbio, iniziativa/colpa, applicazione/infiorità, identità/diffusione del ruolo, intimità/isolamento, fecondità/stagnazione, integrità personale/disperazione (Erikson, 1959, 1960). Ogni persona vive, in qualche modo la presenza del polo di mancanza nel senso che, per esempio, la sfiducia non è mai completamente risolta e la fiducia non è mai così totale da eliminare ogni ombra di sfiducia, e così via per gli altri tratti. È particolarmente interessante l'insistenza di un grande psicologo sulla necessità di rivalutare il ruolo del momento per così dire "negativo", di ognuna delle polarità. Che tipo di maturità potrebbe rappresentare una persona che non nutre una certa sfiducia in sé e nel mondo, che non sa dubitare ecc.? (Wynne, 1984).

¹⁵ Cfr. la legge della croce in Lonergan (1964, 1974); e quelle che in un contesto più specificamente psicologico Ricouer (1966 pp 505-526) ha evocato come il potere trasformato di certe figure dello spirito.

¹⁶ «Per conoscere l'uomo, l'uomo vero, l'uomo integrale, bisogna conoscere Dio; ... per conoscere Dio bisogna conoscere l'uomo». (Paolo VI *Allocuzione per la sessione conclusiva del Concilio Vaticano II*, N. 8).

¹⁷ Seligman, 1993; Strupp & Hadley, 1979; Peterson, 1968, 1995; Dawe, 1994; Erle e Goldberg, 1984; Liberman Yalom e Miles, 1973.

logia tra antropologia e formazione (in corso di stampa).

GEDO J.E., Working through as metaphor and as a modality of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1995, 43, 339-356.

GEDO J.E. e GOLDBERG A., *Modelli della mente*, Roma: Astrolabio, 1975.

HOLT R.R., *Clinical judgment as a disciplined inquiry*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1961, 369-382. *Internal Dictionary of Psychiatry* (a cura di S. Sutherland) New York: Continuum, 1989.

JEEVES M., *Psychology and Christianity*, Downers Grove, IL: Intervarsity Press, 1976.

JONES J.W., *The Texture of Knowledge: An Essay on Religion and Science*, Lanham Md.: University Press of America, 1981.

JONES J.W., *Contemporary Psychoanalysis and Religion. Transference and Transcendence*, New Haven/London: Yale University Press, 1991.

JONES STANTON L.A., *Constructive relationship for religion with the science and profession of psychology*. *American Psychologist*, 1994, 49, 184-199.

KOHUT H., *La guarigione del Sé*, Torino: Bollati Boringhieri, 1980.

LAKE F., *Clinical Theology*, London: Darton Longman & Todd, 1966.

LIEBERMAN M.A., YALOM I.D., & MILES M.B., *Encounter Groups*, New York: Basic Books, 1973.

LIPSEY M., WILSON D., *The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis*; *American Psychologist*, 1993, 48, 1181-1209.

LONERGAN B.J.F., *De Verbo Incarnato*. Testo mimeografico, Roma, 1964.

LONERGAN B.J.F., *The transition from a classicist world-view to historical mindedness, A Second Collection*, Edito da W.F.J. Ryan e B.J. Tyrrell, London: Darton, Longmans & Todd, 194, 1-9.

MACQUARIE J., *In Search of Humanity. A Theological and Philosophical Approach*, New York: Crossroads, 1989.

MARCEL G., *Il mistero dell'essere*, Torino: Borla, 1970.

MARTINI C.M., *Vita di Mosè, vita di Gesù, esistenza pasquale*, Roma: Centrum Ignatianum Spiritualitatis, 1979.

MCDARGH J., *The life of the self in christian spirituality and contemporary psychoanalysis*, *Horizons*, 1984, 11, 344-360.

MCDARGH J., *Theological uses of psychology: retrospective and prospective*, *Horizons*, 1985, 12, 247-264.

MEISSNER W.W., *Psychoanalysis and Religious Experience*, New Haven: Yale University Press, 1984.

MEISSNER W.W., *Life and Faith. Psychological Perspectives on Religious Experience*, Washington D.C.: Georgetown University Press, 1987.

MENNINGER K., *Whatever Became of Sin?* New York: Hawthorn Books, 1973.

O'DONOHUE W., *The (Even) Bolder Model*, *American Psychologist*, 1989, 44, 1460-1468.

PETERSON D.R., *The Clinical Study of Social Behavior*, New York: Appleton Century Crofts, 1968.

PETERSON D.R., *Assessing interpersonal relationships in natural setting. New Directions for Methodology of Behavioral Science*, 1979, 27, 33-53.

PETERSON D.R., *The reflective educator*, *American Psychologist*, 1995, 50, 975-983.

PINE F., *Drive, ego, object, and self*, New York Basic Books, 1990.

RICOEUR P., *Dell'interpretazione*, Milano: Il Saggiatore, 1966.

RICOEUR P., *Expliquer et comprendre. Revue Philosophique de Louvain*, 1977, 75, 125-147.

Bibliografia

BEITMAN B.D., GOLDFRIED M.R., NORCROSS J.C., *The movement toward integrating the psychotherapies: an overview*. *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 138-147.

BELLAH R., MADSEN R., SULLIVAN W., SWIDLER A., TIPTON S., *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, Berkeley: University of California Press, 1985.

BERGIN A.E., *Psychotherapy and Religious Values*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980, 48, 95-105.

BERGIN A.E., *Values and religious issues in psychotherapy and mental health*. *American Psychologist*, 1991, 46, 394-403.

BEVAN W., *Contemporary Psychology*, *American Psychologist*, 1991, 46, 475-483.

BEVAN W. & KESSEL F., *Plain truths and home cooking. Thoughts on the making and remaking of psychology*, *American Psychologist*, 1994, 49, 505-509.

BROWNING D., *Religious Thought and the Modern Psychologies: A Critical Conversation in the Theology of Culture*, Philadelphia: Fortress Press, 1987.

BROWNING D.S., JOBE T., EVISON I.S., (a cura di) *Religious and Ethical Factors in Psychiatric Practice*, Chicago: Nelson Hall/Chicago U. Press, 1990.

BUTT M., MUNAWAR, *Psychology, Sin & Society: An Essay on the Triumvirate of Psychology, Religion and Democracy*, Lanham MD: University Press of America, 1992.

CHESSICK R.D., *What Constitutes the Patient in Psychotherapy: Alternative Approaches to Understanding Humans*, Northvale, N.J: Jason Arons, 1993.

CLEBSH W. & JAECKLE C., *Pastoral Care in Historical Perspective*, Englewood-Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, 1964.

Consumer Reports, (1995 Novembre) Mental health: does therapy help?

CUSHMAN P., *Why the self is empty. Toward a historically situated psychology*, *American Psychologist*, 1990, 599-611.

DAVISON G.C., LAZARUS A.A., *Clinical innovation and evaluation: Integrating practice with inquiry*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1994, 1, 157-168.

DAWES R.M., *House of cards: Psychology and Psychotherapy built on a myth*, New York: Free Press, 1994.

DE WAELHENS A., *Une philosophie de l'ambiguité. Prefazione a Merleau Ponty M. La structure de comportement*, Paris: Presses Universitaires de France, 1972, V-XV.

EIDELBERG P., 1992 *The malaise of modern psychology*, *The Journal of Osychology*, 1992, 126, 109-120.

ERIKSON E.H., *Identity and the life crisis*. *Psychological Issues*, 1959, 1, 1-171.

ERIKSON E.H., *Infanzia e Società*, Roma: Armando, 1960.

ERLE J., GOLDBERG D., *Observation on assessment of analyzability by experienced analysts*, *Journal of the Amer Psychoanal Ass.*, 1984, 32, 715-738; (citato da Gedo Mind Dis p. 138).

FORTE B., *Teologia e psicologia: resistenza indifferenza, resa o integrazione?* In *Psico-*

RICOEUR P., *Il conflitto delle interpretazioni*, Milano: Jaca Book, 1977a. (tit. or. Le conflit des interprétations. *Essais d'herméneutique*, Paris: Seuil, 1969).

RICOEUR P., *The self in psychoanalysis and in phenomenological philosophy*, *Psychoanalytic Inquiry*, 1986, 437-458.

RIEFF P., *The Triumph of the Therapeutic*, New York: Harper & Row, 1966.

RIZZUTO A.M., *The Birth of the Living God*, Chicago: The University of Chicago Press, 1979.

ROHR R., *Why does psychology always win*, *Sojourners*, 1991, Nov., 10-15.

RULLA L.M., *Antropologia della vocazione cristiana. vol. I Basi interdisciplinari*, Casale Monferrato: Piemme, 1985.

RULLA L.M., IMODA F., RIDICK J., *Antropologia della vocazione cristiana. vol. II Conferme esistenziali*, Casale Monferrato: Piemme, 1386.

SAMPSON E.E., *The decentralization of identity: Towards a riserved concept of personal and social order*, *American Psychologist*, 1985, 40, 1203-1211.

SAMPSON E.E., *The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and social or-*

der, *American Psychologist*, 1988, 43, 15-22.

SAMPSON E.E., *The challenge of social change for psychology*, *American Psychologist*, 1989, 44, 914-921.

SCHACHTEL E., *Metamorphosis*, New York: Basic Books, 1959.

SELIGMAN M.E.P., *What you can change and what you can't: The complete guide to successful self-improvement*, New York: Knopf, 1993.

SELIGMAN M.E.P., *The effectiveness of psychotherapy*, *American Psychologist*, 1995, 50, 965-974.

SHAPIRO D., SHAPIRO D., *Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement*, *Psychological Bulletin*, 1982, 92, 581-604.

SIMS A., 'Psyche' - *Spirit as well as Mind?* *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165, 441-446.

SMITH M.B., *Values, Self, and Society: Toward a Humanistic Social Psychology*, New Brunswick, NJ: Transaction, 1991.

SMITH M., GLASS G., MILLER T., *The benefit of psychotherapy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.

SPERO M.H., *Psychotherapy of the religious patient*, Springfield IL: Thomas, 1985.

SPERO M.H., *Countertransference-derived elaboration of religious conflicts and representational states*, *American Journal of Psychotherapy*, 1995, 49, 69-94.

STRUSS H.H., HADLEY S.W., *Specific versus non specific factors in psychotherapy*, *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, 1125-1136.

TYSON P., TYSON R.L., *Psychoanalytic theories of development: an integration*, New Haven CT: Yale University Press, 1990.

VANDEBERG B., *Is epistemology enough? An existential consideration of development*, *American Psychologist*, 1992, 46, 1278-1286.

VITZ P.C., *Psychology and Religion. The Cult od Self Worship*, Grand Rapids: William Eerdmans, 1980.

WALLACH M. e WALLACH L., *Psychology Sanction for Selfishness*, New York: Free-man, 1983.

WYNNE L.C., *The epigenesis of relational systems: a model for understanding family development*, *Family Process*, 1984, 23, 297-318.

WOLBERG L.R., *The Techniques of Psychotherapy*, New York: Grune & Stratton, 1954, 1988.



EUGENE WOLPERT

Terapie psicosociali

Al tema di cui mi è stato chiesto di parlare difficilmente può essere data una definizione esatta. Non si può rispondere adeguatamente alle domande: cosa è di pertinenza delle terapie psicosociali, cosa deve essere escluso, dove sono le più valide coincidenze con altri temi come la prevenzione e la riabilitazione? Troppe sono le versioni usate per definire il "psicosociale".

Ho quindi limitato il mio intervento a due diversi campi centrali del "psico-sociale": 1) il trattamento psico-sociale e la cura per mezzo di attrezzature comunitarie extra-ospedaliere e 2) le terapie con famiglie e coppie (partners) che si sono dimostrate molto utili e efficaci sotto molti aspetti, principalmente per i pazienti schizofrenici e per le loro famiglie.

3) Non descriverò le terapie in modo dettagliato, ma cercherò di mostrare come gli approcci terapeutici psico-sociali presentati resistano di fronte ad una solida valutazione scientifica dei loro risultati.

La cura dei malati di mente basata sulla comunità come migliore alternativa al trattamento ospedaliero tradizionale, è stata sollecitata negli ultimi decenni da diverse autorità professionali e politiche, come la "Joint Commission on mental Illness and Health" negli Stati Uniti (1961), la "Royal Commission on Mental Health Law" in Gran Bretagna (1977) e la cosiddetta "German Psychiatry Enquête" (1975), per non dimenticare la legge 180 che aprì la strada alla riforma della salute mentale in Italia. Tutte queste iniziative miravano a far sì che, laddove possibile, il trattamento ospedaliero fosse sostituito da cure extra-ospedaliere o comunitarie, di cui le autorità re-

sponsabili dovevano fornire le relative attrezzature. Si potrebbe dire molto su quanto è accaduto nel mondo in seguito a queste proposte. Sino ad oggi i programmi per un rinnovamento della psichiatria e delle cure per la salute mentale si sono concentrati sulla riduzione del numero di posti letto e, per quanto possibile, sulla sostituzione di questi con cure basate sulla vita comunitaria. Ma cosa è accaduto in dettaglio con i pazienti nelle comu-

nità e quanto è efficace la cura basata sulle cosiddette comunità extra-ospedaliere? Presenterò una "meta-analisi" degli studi più significativi in questo campo, effettuati da Häfner e dai suoi collaboratori (1989) del "Central Institute of Mental Health" di Mannheim, presso cui ho lavorato per circa 10 anni prima di trasferirmi a Darmstadt dove ho continuato una psichiatria moderna basata sulla comunità.

TAVOLA 1

Studio	Effetto della cura extra-ospedaliera		
	positivo	nessuno	negativo
An der Heiden et al. (1989)	X		
Antohony e Buell (1973)	X		
Beard et al. (1963)	X		
Beard et al. (1978)	X		
Bosch e Pietzker (1975)	X		
Byers et al. (1979)		X	
Christensen (1974)			X
Claghorn e Kinross-Wright (1971)	X		
Cottman e Mezey (1976)		X	
Dincin e Witheridge (1982)	X		
Franklin et al. (1975)			X
Hornstra e McPartland (1963)	X		
Kirk (1976)	(X)		(X)
Mayer et al. (1973)		(X)	(X)
MacCranie e Mizell (1978)	X		
McNees et al. (1977)	X		
Nuehring et al. (1980)			X
Orlinski e d'Elia (1964)	X		
Purvis e Miskimis (1970)	X		
Sheldon (1964)	X		
Solomon et al. (1984)	(X)		(X)
Tessler e Mason (1979)		X	
Vitale e Steinbach (1965)	X		
Winston et al.		X	

Meta-analisi di 24 studi di valutazione sull'efficacia delle cure extra-ospedaliere (basate sulla comunità) dei malati mentali.

Fonte: An der Heiden, W., Krumm, B., Häfner, H., 1989 (mod.).

La parte principale di questi studi dimostra che le cure comunitarie possono ridurre la frequenza dei ricoveri ospedalieri e permettere ai pazienti di soggiornare a lungo fuori dall'ospedale, di più di quanto non sia possibile con cure tradizionali di medicina generale o di psichiatri privati. È principalmente il caso dei pazienti schizofrenici, ma anche di numerosi altri tipi di malattia mentale, i cui risultati non sono stati ancora così attentamente valutati.

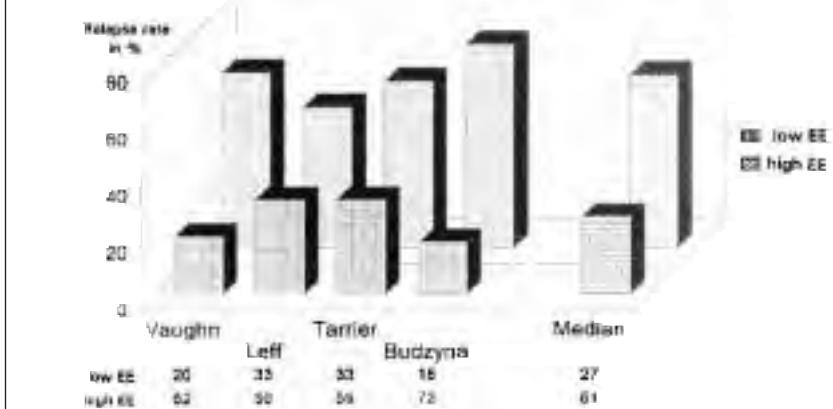
L'efficacia dipende molto dalla varietà e dalla qualità delle attrezzature extra-ospedalieri. Mi dispiace di non poter descrivere in dettaglio questo aspetto importante.

Passerò ora alla seconda parte della mia presentazione.

Come avete ascoltato dal Dr. Bertolote ieri, circa il 25% della popolazione mondiale soffre di disturbi psicologici del comportamento che necessitano di un trattamento. Come egli ha detto, se si considera che le famiglie devono condividere il fardello della malattia mentale di uno dei loro membri, ciò vuol dire che circa il 75% della popolazione mondiale è direttamente o indirettamente colpito dalla malattia o dall'handicap che questa costituisce nella società. Ciò ci dà il diritto di definire gli interventi orientati sulla famiglia, come l'effettivo approccio terapeutico di cui si ha bisogno forse in modo predominante.

Agli inizi degli anni '60, iniziati con le ricerche di Wing, Brown, Burley, Castairs ed altri nel Regno Unito, e di Zurbin ed altri negli Stati Uniti, divenne evidente l'ipotesi secondo cui gli schizofrenici sono altamente soggetti allo stress emotivo e che la riduzione di condizioni di vita stressanti, principalmente all'interno delle loro famiglie, può prevenire le ricadute e i ricoveri in ospedale. Ciò che vorrei brevemente mostrarvi è fino a che punto questa ipotesi ha sostenuto il test di valutazione dei risultati degli studi compiuti sino ad ora, e secondariamente fino a che punto le terapie orientate sulla famiglia in forme e ambienti similari possono essere di aiuto ad altre malattie mentali, come la schizofrenia.

TAVOLA 2 - PERCENTUALI DI RICADUTA DEI RISULTATI DEGLI STUDI SULL'INFLUENZA DEL CLIMA FAMILIARE - FOLLOW-UP DI DUE ANNI
Fonte: Wiedermann et al. 1996 (mod.)



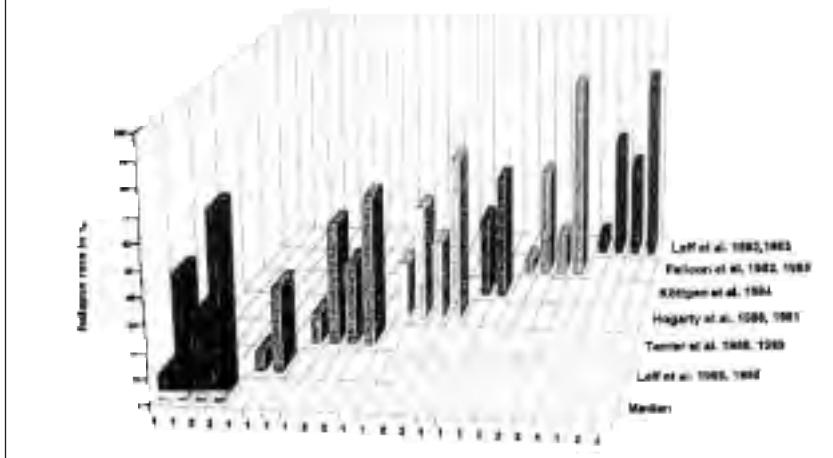
La tavola 2 mostra che un'alta emozione espressa nelle famiglie degli schizofrenici, quando questi ultimi hanno un certo numero di contatti con esse, aumenta notevolmente l'incidenza delle ricadute, se paragonate ai pazienti delle famiglie a bassa emozione espressa. L'"emozione espressa" è misurata in questi studi generalmente dal "Camberwell Family Interview of Vaughn and Leff", che preannuncia un'alta EE in particolare quando le variabili relative a: commenti critici, ostilità e ipercoinvolgimento sono alte. Gli interventi terapeutici sulla base del concetto EE mirano a ridurre il dannoso livello di alta emozione espressa nelle famiglie di questi pazienti.

Questi dati (vd. tavola 3) possono convincervi che un approccio abbastanza semplice e pragmatico, consistente parzialmente in informazioni sulla natura della malattia e nella necessità di un trattamento continuo, in parte di elementi educativi, in parte di elementi terapeutici comportamentali e cognitivi, è altamente efficace, quando legato ad una cura medica appropriata.

In un ulteriore studio di Bebbington e Kuipers (1994), che valutava nuovamente gli studi dell'EE 24 e la base dei dati originali, è stato dimostrato che contatti frequenti dei pazienti con famiglie a bassa EE possono avere un effetto protettivo nel senso di una prevenzione delle ricadute e che

TAVOLA 3 - PERCENTUALI DI RICADUTA DI PAZIENTI SCHIZOFRENICI: cura familiare (ogni colonna di sinistra) contro cura individuale (ogni colonna di destra); dati relativi ad un follow-up di uno e due anni di pazienti al di fuori di famiglia ad alta EE

Wiedermann et al. 1996 (mod.)



non esiste una differenza di genere, né nel livello di EE, né nella frequenza degli avvenimenti.

Gli approcci di intervento familiare, sia che includano il paziente nelle sedute terapeutiche, sia che operino con le sole famiglie o riuniscano i membri familiari in consultazioni o terapie di gruppo, si sono rivelati efficaci per quanto riguarda la riduzione della malattia dei pazienti e la riduzione del carico per le famiglie in altre malattie mentali come la schizofrenia, i disturbi affettivi, i disturbi alimentari, l'inquietudine cronica, gli stati ansiosi, i disturbi della personalità, i disturbi degli anziani e quelli dei bambini. La maggior parte di questi approcci si sono dimostrati efficaci, ma necessitano di un'ulteriore va-

lutazione (Wiedemann et al., 1996).

Paragonato ad altri approcci familiari e di gruppo, l'approccio sistematico (secondo Minuchin, Selvini-Palazzoli e altri) e quello psicoanalitico (Stierlin, Singer e altri), gli approcci più strutturati, comportamentali e cognitivi, sembrano essere superiori, e non soltanto per gli schizofrenici (Massi e Bells, 1972, Gurman et al., 1986).

Quasi tutti gli studi summenzionati sono stati compiuti e le relative terapie sviluppate negli Stati Uniti o nei Paesi dell'Europa occidentale, principalmente in grandi città con condizioni socio-economiche particolari. Quanto sono valide le proposte per queste società sulla base degli studi di valutazione riportati, e quanto sono trasferi-

bili a società con condizioni diverse? Cosa significano "famiglia", "partnership" o "curante" nelle società africane, indiane o asiatiche? E cosa significa in questi stessi luoghi "Emozione Expressa"? Con quali interventi può essere ridotta? Ciò che vorrei sottolineare, al termine del mio intervento, è che dobbiamo essere cauti con il generalizzare e con il trasferire in maniera non critica delle misure terapeutiche da una società all'altra prima di aver esaminato quanto ciò sia utile, appropriato ed economicamente realistico.

Prof. EUGENE WOLPERT

*Direttore dell' "Evangelisches
Elisabethenstift Institute"
per la Psichiatria, Darmstadt (Germania)*



DRISS MOUSSAOUI

Terapia di riabilitazione in psichiatria

Non esiste altra civiltà che considera la persona debole, sofferente, malata, come un essere umano a pieno diritto, e che necessita di attenzione e cure maggiori. In altre parole, la civiltà esiste soltanto quando c'è solidarietà umana nei confronti delle persone più fragili. Per secoli i malati di mente sono stati esclusi, emarginati, quando non oppressi, e cioè semplicemente eliminati fisicamente. Questa vergogna che impera la fronte dell'umanità non è antica, poiché soltanto 50 anni fa i Nazisti hanno proceduto all'esecuzione sistematica dei malati di mente, aiutati in questo da un certo numero di psichiatri indegni di questo nome.

Come ogni altro malato, un malato di mente ha diritto ad essere curato, non soltanto nel suo interesse, ma anche in quello della sua famiglia e della comunità. In effetti, la sofferenza mentale, oltre allo stesso malato, colpisce anche la sua produttività economica e la vita della sua famiglia, ostacolando di colpo lo sviluppo e/o la produttività dei suoi membri. È stato mostrato, ad esempio, che i bambini malnutriti delle bidonville dei paesi in via di sviluppo, avevano più di frequente delle madri sofferenti di disturbi mentali rispetto a quelli non malnutriti della stessa classe socio-economica. È così che la miseria e le sue conseguenze fisiche e sociali sono aggravate dai disturbi mentali che, a loro volta, aggravano l'impatto della miseria in un cerchio infernale.

La cura di ogni malato e a maggior ragione del malato di mente, ha una base triangolare:

– *biologica*, in particolare medicinale;

– *psicologica*, con un buon rapporto medico-malato e tramite le psicoterapie;

– *sociale*, attraverso la riabilitazione sociale del soggetto.

Il concetto principale della riabilitazione sociale è la DIGNITÀ UMANA DEL PAZIENTE. La reintegrazione del malato non si riduce soltanto alla preservazione dei suoi diritti sociali, non consiste soltanto nel trovargli un lavoro, ma partecipa soprattutto a dargli, a rendergli, o a conservargli considerazione e dignità nel suo ambiente sociale. Ciò si coniuga ben inteso sotto molteplici forme, secondo la cultura ambientale del paziente.

Questa problematica è intimamente legata alla percezione culturale della malattia mentale e ai pregiudizi (caratteristica degli autori di lingua inglese) che vengono affibbiati all'immagine dei pazienti sofferenti di disturbi mentali. Si tratta di rammentare che la

grande maggioranza dei malati di mente soffrono di depressione e di disturbi ansiosi di leggera o media intensità, e che essi sono seguiti essenzialmente con cure sanitarie di base. Essi hanno bisogno di essere curati da operatori sanitari e di essere compresi dai propri datori di lavoro. I malati gravi, coloro che hanno maggiore bisogno di sostegno familiare e sociale, rappresentano per fortuna una minoranza. Tra gli schizofrenici, una percentuale che va dal 10 al 15% guarisce dalla malattia, almeno sul piano sociale. Ma il 15% circa ha una evoluzione di cattivissima qualità. È tra di loro che troviamo quelli che si deteriorano mentalmente e socialmente, con ripetuti ricoveri ospedalieri, il più delle volte in un quadro violento. Sono questi malati ad alimentare nei media il rafforzamento di un'immagine negativa dei malati di mente e della psichiatria, per giustificare la loro "condanna" e la loro emarginazione.

Per permettere il "reinserimento" di questi malati, c'è bisogno del contributo di tutte le parti: operatori della salute mentale, famiglie, società e datori di lavoro.

1. – È chiaro che la responsabilità ricade in primo luogo sugli *operatori della salute mentale*. È in effetti fondamentale che gli psichiatri, gli psicologi e gli assistenti sociali, diano tutta la sua dignità alla psichiatria, e dunque a coloro che essa cura, attraverso le loro qualità umane e professionali. È in questo modo che si può costruire un clima di fiducia che permette ai malati e alle loro famiglie di chiedere aiuto senza timore, e mantenere in seguito il



rapporto. Diversamente, i malati interrompono le cure e hanno una ricaduta, distruggendo in questo modo i legami che li uniscono alla loro famiglia e alla società. Quanti beneficiano abitualmente di questo tipo di situazione sono i ciarlatani di ogni tipo.

– È anche responsabilità degli operatori della salute mentale di convincere tutti gli operatori sanitari della necessità di adottare un approccio più umano nei confronti di tutti i malati, e in particolare dei malati di mente. È superfluo ricordare che circa un terzo di malati che consultano un medico generico o uno specialista non psichiatra soffrono di disturbi psicologici o psichiatrici, e questo tanto nei paesi industrializzati quanto in quelli in via di sviluppo. La sola informazione non basta certamente a cambiare gli atteggiamenti. La soluzione si trova in una formazione teorica e pratica più approfondita di tutti gli operatori sanitari che agiscono nel campo della salute mentale.

– Curare bene i malati è altresì un imperativo. In effetti, gli ospedali o le strutture ambulatoriali di salute mentale, materialmente e/o moralmente danneggiati, causano un male terribile ai pazienti e alla psichiatria. Il problema non è unicamente quello delle risorse materiali, ma è importante che il malato e i suoi familiari sentano che la persona curante è profondamente coinvolta dalla loro sofferenza e dal loro divenire.

– Bisogna offrire la migliore cura possibile al malato. Per questo è necessario seguire da vicino le ultime scoperte in materia clinica e terapeutica. È ad esempio assodato che la socializzazione di un malato psicotico è impedita quando ci sono effetti extrapiramidali di tipo *discinesia* tardiva o *acatasia*, semplicemente perché la dose prescritta dei neurolettici è eccessiva a causa di un uso inappropriato degli anti-parkinsoniani di sintesi, o per la prescrizione di un tipo di neurolettici non conveniente alla condizione clinica del malato. È anche fondamentale insegnare praticamente al paziente come meglio vestirsi, occuparsi della sua igiene corporale e della sua estetica, e come comportarsi con gli altri nella società.

2. – È evidente che anche *la famiglia* ha un ruolo fondamentale da svolgere. Il processo che sta minando il mondo industrializzato ha delle conseguenze socio-psicologiche gravi per l'insieme dell'umanità. La dissoluzione progressiva della famiglia, e quindi della solidarietà sociale, corrode i paesi industrializzati e contamina progressivamente quelli in via di sviluppo con le sue conseguenze nefaste su tutti i membri della società e in particolare sui più fragili di loro. Infatti, il divorzio colpisce la metà delle coppie sposate di alcuni paesi nordici; una cittadina degli USA di circa 16.000 abitanti ha da sola oltre 400 barboni. C'è da credere che ogni individuo possa contare soltanto sulle proprie forze, sul suo lavoro. In caso di un duro colpo, di difficoltà professionali o sociali, e in particolare di una malattia mentale, all'individuo non resta altro che l'accattonaggio o il suicidio.

– Le fondamentali trasformazioni socio-economiche che il mondo va subendo, in particolare nei paesi industrializzati, riporteranno forse l'ago della bilancia un po' più sul lato della ragione. In effetti l'evoluzione economica verso un maggiore liberalismo selvaggio, nonché le più importanti evoluzioni tecnologiche, hanno reso la disoccupazione un fattore strutturale di tutte le società, anche di quelle più forti da un punto di vista industriale, come ad esempio nel caso del Giappone. Il giorno in cui sarà definitivamente integrata nella mentalità collettiva l'idea

che la disoccupazione non è una tara di alcuni individui e che non ci sarà mai più lavoro sufficiente per tutti, forse riapparirà una maggiore solidarietà nei riguardi dei più fragili, compresi i malati di mente. Intanto, oltre un terzo dei malati psichiatrici ricoverati negli ospedali della Gran Bretagna non ricevono mai una visita da parte della loro famiglia. D'altronde, cominciamo a vedere sempre più nei paesi in via di sviluppo dei figli che vogliono abbandonare il proprio genitore sofferente del morbo di Alzheimer nelle istituzioni mediche.

– Nei paesi industrializzati si delinea una netta evoluzione nel senso della moltiplicazione di strutture diverse che cercano di supplire all'assenza della famiglia. È il caso di ogni tipo di gruppi sociali: associazioni, sindacati, club... Ciò conferma l'adagio secondo cui "gli amici sono la famiglia che si sceglie". Allo stesso modo si osservano molteplici varianti della famiglia con tutti i vari rimodellamenti che i divorzi, i nuovi matrimoni e la convivenza mettono in gioco per i membri di questi nuovi gruppi dalle relazioni sempre più complesse.

– È chiaro che le famiglie dei malati di mente hanno esse stesse bisogno di aiuto per poter aiutare a loro volta il proprio familiare malato. Per questo hanno bisogno di un sostegno continuo da parte dell'équipe curante, che deve fornire loro le necessarie informazioni nel corso delle varie tappe della malattia.

3. – Anche la *società* ha una parte considerevole di responsabilità. Quando è possibile, i malati di mente devono poter lavorare sia in un laboratorio protetto sia nella comunità. Questo è particolarmente il caso nelle società industrializzate, in cui il lavoro è una specie di "religione". In effetti, nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, il non lavorare non è condannato dalla società in quanto ci sono talmente tanti disoccupati in questi paesi che ciò rappresenta piuttosto la norma. Attualmente ci sono oltre un miliardo di disoccupati nel mondo, cioè un terzo della popolazione attiva sulla terra. Tuttavia, nelle campagne dei paesi in



via di sviluppo piccoli lavori senza grande responsabilità sono disponibili per tutti coloro che vogliono dare il proprio aiuto e di solito i malati di mente non sono esclusi dal compito.

4. – *I datori di lavoro* hanno anch'essi una crescente responsabilità in questo campo, nel senso in cui devono vegliare sulla salute mentale dei propri impiegati, così come vegliano sulla loro salute fisica. Come ogni anno li fanno vaccinare contro l'influenza dal medico del lavoro, così dovrebbero fare una prevenzione in materia di salute mentale, e se necessario aiutare l'impiegato a superare il duro momento, nella prospettiva di reintegrarlo nel suo lavoro. In effetti, ne va non soltanto della

salute dell'impiegato, ma anche di quella dell'impresa, in quanto un impiegato ansioso o depresso ha una produttività ridotta, e demotiva i colleghi.

Un recente studio epidemiologico ha mostrato che la metà dei depressi tra gli impiegati della Società Elettrica e del Gas della Francia non erano curati come tali. Le conseguenze comportamentali di questa depressione possono avere un impatto professionale e sociale considerevole (ritardi ripetuti, diminuzione della produttività, minaccia di licenziamento, divorzio...). Gli aggettivi con cui questi malati sono stati etichettati (pigro, scansafatiche, caratteriale) non hanno nulla a che vedere con la loro personalità e con il loro modo di essere in condizioni nor-

mali. Essere coscienti della loro sofferenza, vuol dire permettere un rapporto d'aiuto piuttosto che di sanzione, che darebbe loro l'occasione di farsi curare e di ritrovare la serenità e dunque un funzionamento normale.

Per concludere, il riadattamento del malato di mente riguarda tutti. È il bisogno della solidarietà per i più fragili dei fragili: i malati di mente. Questa non è soltanto eticamente auspicabile, ma diventa meno cara per tutti, tanto dal punto di vista della sofferenza, quanto da quello economico. Qui più che altrove l'etica paga.

Prof. DRISS MOUSSAOUI
Direttore del Centro di Psichiatria
dell'Università "Ibn Rushd"
Casablanca (Marocco)



JOAQUIN NAVARRO-VALLS



L'immagine del malato di mente nei mezzi di comunicazione

I mezzi di comunicazione sociale stanno vivendo un'epoca di innamoramento nei confronti del malato di mente. Si tratta di un periodo vasto il cui inizio può essere datato al principio degli anni Quaranta di questo secolo. La serie di studi emerografici comparativi affermano in *primo* luogo l'attenzione dei mezzi di comunicazione verso una vasta parte della patologia psichiatrica. In *secondo* luogo, questa attenzione tende attualmente a crescere. E, *terzo*, si segnala ciò che è ancor più significativo, e cioè che tale interesse va oltre lo spazio regolare che i diversi mezzi – televisione, stampa quotidiana e periodica, ecc. – dedicano alla salute. Il malato di mente – e questo dato è già di per sé rilevante – non è, nei mezzi di comunicazione, *un malato in più*. Collocandolo al di fuori dello spazio generico dedicato alla patologia umana, i media sottolineano la sua peculiarità antropologica.

Una parola di carattere metodologico. Quando nel nostro intervento parliamo dell'*immagine* del malato di mente nei mezzi di comunicazione, ci riferiamo fondamentalmente all'*immagine dominante* presente nei media. E ciò comporta il disinteressarsi delle immagini più o meno elaborate che si scostano dal *modello predominante* nella maggior parte dei media europei e americani che abbiamo studiato.

I mezzi di comunicazione scoprono il malato di mente

Se il malato di mente è un antico protagonista della letteratura non scientifica, la sua frequente presenza nei mezzi di comunicazione di massa è un fenomeno relativamente

recente. Certamente, quando i media acquisivano la vitalità che oggi li contraddistingue, egli non costituiva oggetto di un'attenzione privilegiata e neppure adeguata. La sua presenza quindi nei mezzi di comunicazione di massa era scarsa. Torneremo più tardi sulle possibili ragioni di questo fatto. Quel che ora interessa sottolineare è che la scoperta del malato di mente da parte dei media è recente.

Questo fatto è enigmatico. In ogni caso non è attribuibile soltanto all'evidente sviluppo delle tecniche diagnostiche o semiologiche nella psichiatria attuale. Non sembra nemmeno dipendere dalla gravità di questo o quel quadro gnoseologico. La via di avvicinamento dei media al malato di mente – e ciò non può sorprendere – non è strettamente scientifica. I media pongono il tema più in termini di "significato" che di puro interesse descrittivo o terapeutico. E non è raro – soprattutto nella cinematografia americana degli anni '40 e nella stampa europea degli anni '50 – che il malato di mente venisse presentato come se fosse una *chiave di lettura* per l'essere umano contemporaneo: una sorta di parametro ermeneutico dell'umanità. Il malato di mente che è stato più di frequente presentato dai media per una parte del nostro secolo, più che portatore di una malattia, era latore di un messaggio: qualcuno con *qualcosa da dire*. Basta studiare l'immagine – quasi assente, o meglio deliberatamente assente – del malato di mente nella stampa e negli altri mezzi di comunicazione di 70 anni fa per concludere che il nuovo panorama non è principalmente un cambiamento operato nell'ambito esclusivo dei media. È piuttosto un cambiamento della

sensibilità collettiva, un cambiamento di apprezzamento sociale.

Attualmente – come vedremo più avanti – questa immagine si evolve nuovamente nel senso che indicheremo poi.

C'è qui un aspetto importante nella dialettica mediatica: l'immagine del malato di mente è dinamica, essa cambia e in pochi anni cambia radicalmente. Se il nostro interesse per l'immagine del malato di mente che i media ci presentano ci portasse a studiarla nell'arco di questo secolo, incontreremmo un'oscillazione pendolare ancora oggi in piena evoluzione.

Prima è apparsa un'immagine del malato di mente che chiameremmo *muta*: quella di un essere solo con la propria malattia. La malattia mentale era vista letteralmente come un *fatalità* con cui non c'era alcun dialogo. Essa non portava nessuna luce alla storia dell'uomo; propriamente parlando, non era altro che un incidente agli estremi del significato antropologico.

Da questa immagine però si è passati in pochi anni ad un'altra in cui i media si interessavano alla malattia mentale in quanto fatto di *interesse umano*. Il malato di mente sembrò richiedere di essere valorizzato, esplorato, interpretato. Egli poteva, in definitiva, assumere biograficamente il significato della sua malattia. In non rari casi la cinematografia ha presentato un rapporto del malato con la sua malattia che ricorda i termini dell'innamoramento. Il malato di mente diventava argomento cinematografico, informativo.

Quale cambiamento spiega questa evoluzione nell'immagine pubblica, non scientifica, del malato di mente?

Tre cambiamenti per spiegare un cambiamento

In questa seconda metà del secolo, l'immagine pubblica del malato di mente è cambiata in funzione di tre fattori principali: l'evoluzione della medicina scientifica, i mutamenti avvenuti nella sensibilità sociale e il cambiamento dei modelli antropologici sulla condizione umana. Questi tre fattori hanno avuto un'evoluzione profonda nel corso di questo secolo, e questo triplice cambiamento ha condizionato la nuova prospettiva con cui i media hanno presentato o presentano tuttora l'immagine del malato di mente.

Nella stampa degli inizi del secolo, la prima immagine era quella di un essere alienato al quale si addice l'espressione popolare di *matto*. La sua immagine era inquietante perché essa conteneva più di un elemento di minaccia per la comunità. Il malato di mente era rappresentato all'apice di una deplorevole condizione umana a cui la maggior parte delle volte conveniva applicare l'isolamento dalla comunità. Per questo, raramente egli costituiva una notizia per i mezzi di comunicazione se non nell'ambito di una pericolosità supposta o reale per la società. Come nessun'altra malattia nel nostro secolo, la malattia mentale trascinava con sé un marchio che la società faceva in modo di isolare e i media, per quanto possibile, di passare sotto silenzio.

In quella immagine, i media davano forma paradigmatica alla considerazione, presa da una scuola psichiatrica, che "ogni malattia mentale è una malattia cerebrale" e, come tale, tanto carente di significato antropologico quanto qualsiasi altro episodio di patologia organica.

È evidente che quella immagine era forgiata su una patologia psichiatrica straordinariamente ridotta. Il "malato di mente" di allora era per i mezzi di comunicazione quasi esclusivamente il malato schizofrenico, il paziente con disturbi mentali organici e i casi più seri di disturbi bipolarì dell'umore, mentre si escludeva da quella immagine ciò che statisticamente costituisce oggi la maggior parte della clinica psichiatrica: la patologia più abbondante dei disturbi dell'umore,

disturbi d'ansia, del sonno, disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive, ecc.

L'"interesse umano" del malato di mente

Il grande cambiamento nei media è coinciso con la popolarizzazione delle teorie che affrontano il problema dell'eziologia nella malattia mentale. Nessuna di queste ha contribuito tanto come la psicanalisi a configurare, fuori dalla psichiatria accademica, l'immagine del malato di mente. La sua incidenza nei media, in particolare stampa e cinematografia, è stata enorme. Naturalmente, questa popolarizzazione è stata fatta a costo di volgarizzare le intuizioni freudiane però il risultato, in termini di creazione di una nuova immagine del malato di mente, è stato decisivo.

La psicanalisi – o meglio la sua versione popolare – dava ai media l'illusione di presentare in forma "comprensiva" i sintomi clinici, anche da parte del personale non specializzato. E la sua pretesa di "interpretare" i processi mentali, sia quelli normali che quelli anormali, conferì per la prima volta agli ambienti mediatici la capacità di interessarsi al malato di mente come elemento di straordinario "interesse umano".

Con la divulgazione psicanalitica, cambia l'immagine del malato di mente nei media, e cambia simultaneamente in due dimensioni. In primo luogo, il malato di mente abbandona il suo isolamento vitale per trasformarsi in un essere la cui malattia può essere assunta, interpretata, valorizzata, capita. E, in secondo luogo, i media scoprono che l'ambito della malattia mentale si amplia in maniera straordinaria per dare spazio alla grande patologia delle "nevrosi" che sembra comprendere parti della medicina fino ad allora popolarmente escluse dalla considerazione di "malattia mentale".

Se nella tappa precedente i mezzi di comunicazione si erano appropriati del riferimento eziologico generale "ogni malattia mentale è una malattia cerebrale", in questa seconda tappa il riferimento eziologico è molto più dinamico – psicodinamico – e viene formulato con lo slogan "ogni malattia mentale è e-

spressione di un conflitto inconscio". Nel mondo dei media, da un disturbo *cerebrale* si è passati alla categoria di disturbo dell'*anima*.

Un'immagine orfana

Nel passo seguente – ed è la situazione attuale – l'immagine del malato di mente subisce un'accentuazione successiva che, pur mantenendo alcuni aspetti delle immagini precedenti, include una nuova dimensione non propriamente riferentesi alle due grandi categorie precedenti cui abbiamo già fatto allusione. La nuova immagine del malato di mente che troviamo nei media parte da alcuni parametri nuovi, configurati fondamentalmente più in termini sociali che eziologici e che sono: la malattia si definisce per la sua *frequenza*, la sua *maneggevolezza* in termini terapeutici, e la sua *carenza di biografia*. In altri termini, il malato di mente è socialmente ubiquo; curabile in termini farmacologici e, nella misura in cui il suo male è affrontabile a partire dalla farmacologia, ha meno importanza la ricerca *biografica* della sua malattia.

In questa immagine popolare del malato di mente è diminuito l'interesse per i *modelli eziologici riduzionistici* che hanno caratterizzato il periodo compreso tra gli anni '30 e gli anni '70 in America e tra gli anni '35 e '45 in Europa. Con la diminuita vitalità popolare della psicanalisi freudiana e delle sue teorie alterne, decade negli ambienti mediatici l'illusione di trovare una risposta onnicomprensiva alla sindrome psichiatrica e di presentare il malato di mente in termini di una interpretazione causale – teoretica – unica. Al contrario, non è raro oggi trovare proprio nei media un'insistenza sull'incapacità della psicanalisi di presentare ipotesi esplicative che possano permettere la prova della verifica sperimentale.

Parallelamente, i mezzi di comunicazione di massa hanno trasmesso l'idea della *ubiquità* del malato di mente, probabilmente attraverso l'uso sistematico della statistica e delle tecniche di ricerca sociale. Questo enorme maggiore spazio che i media concedono oggi al malato di mente sembra andare al di là di quanto afferma la psichiatria

scientifica. Soprattutto pone lo stesso problema che appare in altre aree della divulgazione scientifica che utilizzano impropriamente lo strumento statistico: la frequenza viene considerata la norma e l'estrapolazione successiva è quella di pretendere di interpretare "il normale" dalla "anormalità" o la salute dalla malattia. È la pretesa a cui ci riferiamo che il malato di mente sia piuttosto un parametro ermeneutico dell'essere umano. In ogni caso, i media attualmente con la loro descrizione di aspetti caratteriali e condotte "estreme" tendono a confondere la frontiera che, in clinica psichiatrica, definisce il malato di mente.

Gli ambienti medici hanno percepito l'*evoluzione terapeutica* della malattia mentale soprattutto per lo sviluppo della psicofarmacologia. Questo elemento ha cambiato radicalmente l'immagine del malato di mente nei mezzi di comunicazione. Tale immagine, che all'inizio del secolo era quello dell'essere isolato e solo – "ogni malattia mentale è una malattia cerebrale" – e che la divulgazione sulle teorie psicodinamiche avevano successivamente trasformato in un essere enigmatico ma pieno di "interesse umano" – "La malattia mentale è una malattia dell'anima" – è ora l'immagine di un malato di cui la farmacologia curerà il male senza necessariamente interessarsi alla biografia della sua malattia. L'immagine oggi dominante del malato di mente comprende l'idea che la terapia fondamentale – a volte esclusiva – sia la farmacologia e, pertanto, risulta secondaria e a volte perfino inutile, la richiesta sulla *biografia* della sindrome clinica.

È questo probabilmente l'elemento nuovo presente oggi nell'immagine popolare-dominante dell'uomo malato: quello di presentare la malattia come *orfana*, senza biografia e senza storia; come un visitatore casuale del cui arrivo non si trova nessun avvertimento nella vita precedente del paziente. A questo aspetto conduce tanto la presunta maneggevolezza farmacologica della malattia mentale, quanto il disinteresse per i modelli eziologici che una volta diedero ai media la finzione di una facile comprensione della malattia mentale.

Il malato di mente appare oggi

nei media come portatore di una malattia che non ha radici nel passato. L'interesse descrittivo per il suo stato e per la sua condotta esclude la domanda sulla possibile influenza della vita del malato – preferenze, educazione, categorie di valutazione, aspettative, ecc. – nel suo stato attuale. La malattia mentale – dicono con le loro descrizioni i media – è una *situazione* e non un luogo *cui si giunge* frequentemente a partire da alcuni presupposti – abitudini, condotte a rischio, predisposizioni, ecc. – eloquenti per la clinica psichiatrica.

È reiterativa, ad esempio, la presentazione dei disturbi per l'uso di sostanze psicoattive senza i riferimenti al contesto sociale di questi disturbi, alle cause sociali del suo sviluppo, alle influenze sociali e culturali, agli atteggiamenti, credenze e aspettative precedenti di questi malati, all'ambiente di stabilità o instabilità familiare, ecc. Senza questo contesto umano *clinicamente rilevante*, il malato tossicodipendente finisce per apparire sistematicamente ubicato nelle pagine del periodico dedicate alla "cronaca" e, molto frequentemente, la sua immagine appare legata al concetto di "delinquenza".

Un riduzionismo di questo stile appare spesso nel trattamento informativo di altre patologie psichiatriche. L'immagine – ad esempio, in cinematografia, televisione o stampa – del malato depresso è spesso efficace dal punto di vista *descrittivo*. Ma la carenza di riferimenti causali colloca la malattia su un piano di totale discontinuità con la biografia del malato. Nulla è più ingannevole dell'immagine di un depresso che appare non in connessione con la propria biografia. Senza il riferimento al suo modo abituale di reagire allo *stress*, senza la conoscenza delle sue abitudini o delle situazioni di rischio presenti nella sua vita e, in definitiva, senza una luce adeguata che illumini la configurazione generale della sua vita, il depresso non è comprensibile o nemmeno verosimile.

L'*amputazione biografica* del malato di mente è forse il male comune e probabilmente l'aspetto più costante con cui i media ne trasmettono oggi l'immagine. È ciò che chiameremmo una malattia *orfana*: senza genealogia, senza paternità,

senza biografia. Si presume – il che non è sempre certo – che la malattia mentale sia pura fatalità, gratuità somma che avviene senza nessuna connessione con dati antropologici – vitali – precedenti.

In altre patologie organiche – malattie infettive, neoplastiche, ecc. – i media ricordano criteri igienici e preventivi che aiutano ad evitare la malattia. Nel caso del malato di mente, essi raramente avvisano su condotte a rischio, configurazioni vitali che costituiscono di fatto fattori predisponenti, precipitanti o perpetuanti della malattia mentale. Il malato di mente viene presentato così non soltanto fuori da un contesto antropologico, bensì anche si toglie al paziente la comprensione di quegli elementi che potrebbero costituire un'adeguata *igiene vitale* della sua malattia.

Per terminare, potremmo ora porre la domanda sul rapporto tra questa immagine del malato di mente e la considerazione che ha di lui la psichiatria scientifica.

Non c'è dubbio che l'immagine dei mezzi di comunicazione e la sua evoluzione in questo secolo abbiano seguito, almeno da lontano, le diverse configurazioni concettuali – diagnostiche, di classificazione e terapeutiche – della malattia mentale nella psichiatria accademica: la psichiatria è una di quelle aree della conoscenza medica che ha sempre annoverato buoni divulgatori. Però l'osmosi tra psichiatria scientifica e media non ha ancora prodotto i risultati che ci aspetteremmo.

Alcuni riduzionismi presenti nell'immagine del malato di mente trasmessa dai media erano già latenti in alcune concezioni della stessa psichiatria. Altri – la maggior parte – sono stati introdotti dagli stessi media, il che conferma l'insufficienza di quella divulgazione.

Il più notevole di questi riduzionismi, a nostro avviso, è di carattere determinista e il suo profilo più apparente è quello che presenta il malato di mente slegato dalla propria biografia. La sua maggiore limitazione – e il suo rischio – è quella di *spersonalizzare* il malato amputando la sindrome psichiatrica dalle sue radici antropologiche.

Dott. JOAQUIN NAVARRO-VALLS
Direttore della Sala Stampa
della Santa Sede, Città del Vaticano

MICHELE SCHIAVONE

Etica e psichiatria

L'interesse per i problemi morali è sempre stato vivo nella psichiatria non solo nell'ambito delle tematiche di deontologia medica, che risalgono alla medicina greca, da Ippocrate a Galeno, ma anche in stretto riferimento alla specificità della malattia mentale rispetto alle malattie organiche. Di recente, inoltre, va ricordato il particolare impegno in questa direzione dell'orientamento fenomenologico soprattutto, ma anche di quello sociogenetico, che possono a buon diritto essere definiti come precursori della bioetica contemporanea. Ma in realtà non si può attribuire, se non in termini di maggiore accentuazione o di esame di fondamenti filosofici, a singoli modelli teorici l'attenzione per i problemi etici, che risulta infatti presente in tutti gli orientamenti come nodo costante della stessa prassi clinica.

Non vi è dubbio, tuttavia, che gli studi dell'ultimo ventennio che hanno costituito una nuova disciplina avente come oggetto gli aspetti morali delle scienze biomediche, determinano sviluppi e implicazioni rilevanti in ambito strettamente psichiatrico.

Se la bioetica, secondo la classica definizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* è "lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce di valori e principi morali" è evidente non solo la stretta connessione con la clinica psichiatrica, ma soprattutto il vantaggio che la bioetica apporta alla psichiatria traducendo le esigenze etiche dal loro originario collocarsi negli spazi dei convincimenti ideologici o dell'intuizione del comune senso morale in

un organico sistema di principi da cui derivano, mediante un'articolata e rigorosa argomentazione, le singole norme di comportamento. In questo senso si può ritenere che la bioetica costituisce il fondamento della deontologia psichiatrica.

Prima di enunciare i principi bioetici e individuarne effetti e significato sull'agire psichiatrico, è tuttavia opportuno osservare in via preliminare che non è criticamente corretta la pretesa di una deduzione rigida e garantita dai principi alle singole modalità concrete di comportamento. E ciò per due motivi.

1) In primo luogo perché l'etica non è scienza nel senso del termine, in quanto il ragionamento morale è caratterizzato prevalentemente, se non esclusivamente, dalla comprensione e dall'interpretazione nella linea di una tradizione iniziata con il concetto aristotelico di *phroneis* nel senso di una saggezza pratica che comporta un'argomentazione dotata di una sua razionalità pur diversa dalla razionalità scientifica e non dalla spiegazione causale.

2) In secondo luogo perché vi è una strutturale difficoltà di applicare il principio universale al caso singolare. Si profila cioè una essenziale alterità tra l'irriducibile specificità del singolo e l'oggettività e universalità dei principi, alterità che non consente una condotta applicativa uniforme e meccanica. Ciò non comporta affatto una caduta relativistica poiché non si mette in dubbio l'universalità e l'oggettività della legge; ma significa soltanto che la legge stessa va adattata al singolo caso, studiato nel suo complesso contesto situazionale, onde evitare arbi-

trarie astrazioni e devastanti riduzionismi.

Posta questa premessa di natura epistemologica va osservato che la severa critica di Jaspers alla riduzione del malato mentale a caso clinico con conseguente compromissione e perdita della soggettività quale vera e propria rottura con l'orientamento organicistico da Griesinger, Kahlbaum, Wernicke sino a Kraepelin, può e deve essere oggi riletta e attualizzata in ambito etico completando ed estendendo i significativi apporti dell'orientamento antropologico – fenomenologico – esistenziale da Binswanger a Minkowski, Gebssattel, Straus, Schneider, Blankenburg, Tellenbach, Zutt, Wyrtsch, Rümke ecc. In particolare ritengo che il problema debba venire affrontato anche nell'ottica dei principi di beneficenza ed autonomia propri della bioetica contemporanea, senza per questo rinunciare all'approccio psicopatologico. Una prima lettura di immediata evidenza è di taglio etico-deontologico e si costituisce come invito al rispetto della dignità personale del malato, che è in primo luogo sempre e comunque un uomo e come tale un valore assoluto, il cui riconoscimento è obbligo incondizionato. Ma si rimarrebbe fatalmente nel vago e nel generico o addirittura si scivolerebbe nella retorica di un discorso edificante se non si affrontasse in modo adeguato il significato del concetto di tutela della soggettività. E va tenuto presente in particolare il definitivo tramonto della fiducia nella possibilità di una nosografia scientifica cui si sostituisce la consapevolezza della necessità pratico-economica della classificazione acco-

munata al rilievo della loro problematicità e provvisorietà teoriche.

Da ciò deriva una conseguenza di carattere psicopatologico, dalla quale si possono e si devono trarre implicazioni etiche. Intendo dire che la malattia mentale di qualunque tipo ma, soprattutto quella cronica o a lungo decorso, investe la persona del malato nella sua totalità e instaura una complessa dinamica non solo in senso patologico ma anche in senso esistenziale. Non è infatti accettabile l'isolare astrattamente la sindrome e i suoi sintomi dall'uomo malato, che non solo ne è coinvolto ma che ad essa fornisce una risposta che trascende il livello biologico. In altri termini: la malattia non va solo diagnostica e affrontata clinicamente, ma va anche interpretata nel quadro della storia personale, della storia interiore della vita (per citare la definizione di Binswaner e Zutt) del mondo della vita e dei vissuti nella sua integralità non meramente psicologica.

Vi è pertanto un'interazione dialettica tra natura ed esistenza (recupero la celebre distinzione di Jaspers e Binswanger) per cui l'esperienza psicotica ha un suo significato che va colto, significato che pur nella ulteriorità del livello esistenziale (che non è comunque né trascendenza né divisione dualistica) rispetto a quello biologico e biopsicologico, è con questo in un rapporto di unità e circolarità in cui la funzione del conferimento di senso è a sua volta correlata ai processi fisico-patologici. Vedere e interpretare in quest'ottica, la malattia mentale come un evento radicato nella singolarità e totalità esistenziali della persona del malato significa pertanto cogliere e riconoscere l'unità strutturale mente-cervello che è il limite invalicabile ma anche il punto di arrivo di ogni antropologia sia scientifica che filosofica.

In questo senso la tutela della soggettività del disturbato psichico che rifiuta di considerarlo un caso clinico o un oggetto, per affermarlo come persona ha un significato etico essenziale, poiché, nella linea del postulato di Kant della persona umana come fine, si situa nell'orizzonte dei valori. E ciò sia in senso negativo come obbligo morale per lo psichiatra del rispetto della di-

gnità dell'altro (si pensi alla tematica di Cargnello derivata da Binswanger di alterità e alienità) sia in senso positivo come condizione di progresso morale dell'esperienza clinica. Si ha così il superamento delle dicotomie nel riconoscimento dell'unità della persona e del rapporto interpersonale che, sotto l'aspetto filosofico è consapevolezza della totalità, di quel senso dell'uno-tutto che come intuizione lirica è espresso in modo sublime nei quartetti op. 132 e 135 di Beethoven e che è insieme momento poetico e sentimento mistico-etico come nell'*'amor intellectualis in Deum'* di Spinoza. La tutela della soggettività dello psicotico è finalizzata al ripristino della comunicazione, compromessa o interrotta dalla psicosi e rende pertanto possibile l'ascolto. Al di là delle modalità diagnostico-cliniche dell'anamnesi, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un elevato valore in quanto è assunzione e riconoscimento del malato non come un altro da me ma come un altro io che dà significato al mio rapportarsi con lui e quindi a me stesso. Il valore etico dell'ascolto consiste pertanto in una scelta di auto-limitazione che lo psichiatra compie espellendo la ricorrente tentazione del narcisismo e del sentimento di onnipotenza per collocarsi nella dimensione dell'incontro e dell'amore. Senza abdicare al proprio ruolo di leader della relazione terapeutica e alle responsabilità deontologiche derivanti dalle proprie competenze scientifico-professionali lo psichiatra si attiene quindi alla norma dell'umiltà, di quell'umiltà che è anche verità (San Giovanni Evangelista) instaurando una parità di carattere morale senza negare la disparità di funzioni e di conoscenze. La tutela della soggettività del malato acquista rilevante significato etico anche e soprattutto in quanto è condizione di libertà. Certo è estremamente difficile parlare di libertà. È infatti evidente che da un punto di vista filosofico sia oscura e ai limiti dell'improponibile l'ipotesi di una facoltà di autodeterminazione del finito e parimenti è altrettanto evidente nell'ottica di una antropologia scientifica l'imponenza quantitativa e qualitativa dei condizionamenti biologici, psicologici, socia-

li e culturali del comportamento umano. Ma se si abbandonano l'infido terreno della metafisica e le pretese di una scienza inconsapevole dei propri limiti, il problema può venire risolto conferendogli una connotazione esclusivamente etica e muovendo così dalla consapevolezza umana di sentirsi libero quale condizione e significato della vita morale. Maspers ha lucidamente affermato: "La questione se la libertà esista ha la sua origine in me stesso che esigo che essa vi sia". In questo senso, in quanto "fatto della coscienza come durata" (Bergson) ha un'essenziale ed esclusiva valenza etica nel senso indicato da Kant di un formalismo puro privo di contenuti oggettivi come principio pratico della volontà nei confronti del dolore. La libertà, d'altronde, è attributo essenziale del soggetto e, pertanto, la tutela della soggettività è tutela della libertà. Un concetto di libertà così inteso strettamente connesso sino ad una vera e propria identificazione al principio bioetico di autonomia; che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma ad evitare equivoci pericolosi va precisato che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva), bensì nell'aiutarlo a divenire libero. E se la libertà - riprendo la definizione di Jaspers - consiste nell'esigenza di essere liberi, lo psichiatra fedele al principio di autonomia farà nascere tale esigenza nel caso manchi o la rafforzerà e la renderà coerente alla dinamica personale del disturbato psichico.

È tuttavia necessario bandire facili illusioni perché l'esperienza quotidiana dell'incontro con il malato è infatti una sfida alle teorie ed è fonte di incessanti perplessità; ciò implica se non la revisione almeno certamente la problematizzazione delle modalità applicative dei principi, ivi compreso appunto quello bioetico di autonomia. Rifiutare il modello oggettivante nei riguardi del paziente è senza dubbio una norma inviolabile, ma non deve comportare un'abdicazione dello psichiatra alle proprie responsabilità deontologiche, etiche e professionali. Non si deve cioè mitizzare la libertà del malato sna-

turando il concetto di libertà. Vi è infatti una libertà autentica e vi è una libertà falsa o degradata.

La prima è scelta tra alternative razionalmente compassibili nell'ambito pertanto di una ragionevolezza di fondo. La falsa libertà è invece scelta indiscriminata e incontrollata al di fuori di ogni vincolo e di ogni limite e, quindi, arbitrio, capriccio, opzione dissennata. Per impedire, dunque, che il principio bioetico di autonomia, che è comunque norma deontologica dell'agire psichiatrico, degeneri e si rovesci da tutela del valore della persona a prassi disumanizzante, è necessario che lo psichiatra controlli in modo rigoroso, anche con interventi di tipo decisionale in casi eccezionali assunti unilateralmente, la salvaguardia degli interessi e dei diritti primari del malato mentale, la vita e la salute, allorché questi non sia in gra-

do di scegliere in modo coerente e razionale.

La tutela della soggettività non consiste quindi nel lasciar fare al paziente quel che vuole o crede di volere, ma nel guiderlo ad acquisire la capacità di scegliere conformemente ai valori e ai reali interessi propri della sua vita personale. È quindi necessario ripristinare un rapporto di armonia tra il principio di autonomia e quello di beneficiale superando eventuali immediate situazioni di conflittualità mediante il rispetto della priorità del principio di beneficiale nell'ordinamento gerarchico dei principi bioetici. La libertà, infatti, non è un facile possesso a disposizione di tutti, indiscriminatamente, ma è conquista faticosa che richiede maturità e consapevolezza. La libertà, perciò, non è un punto di partenza, un dato, bensì un punto di arrivo. In altri termini: la libertà

è essenzialmente un processo di liberazione fondato su un'esigenza etica fondamentale della persona.

La tutela della soggettività del malato mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica (si pensi alla *libertas major* di S. Agostino). La sua collocazione è perciò intermedia tra una oggettivazione che esaspera ed assolutizza il rapporto di dipendenza e tra un anarchico abbandono a una spontaneità inquinata da fattori patologici. Ed è così che la relazione clinico-terapeutica diventa essenzialmente riconoscimento attivo e costruzione della dignità di persona umana del malato.

Prof. MICHELE SCHIAVONE
Professore Ordinario
di Storia della Filosofia
Docente di Bioetica
all'Università di Genova



PIERLUIGI MARCHESI

Ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali

Introduzione

Gli *ordini* religiosi come porzione di Chiesa impegnati nei vari servizi all'umanità si sono distinti nel passato per la loro capacità di andare incontro ai bisogni degli uomini in tutti i contesti storici. Oggi essi guardano al presente nel tentativo di rendere sempre più attuale la ricchezza dei carismi di fondazione difendendo la propria peculiarità e spesso lottando con sistemi giuridico-amministrativi lontani dalla sensibilità cristiana. Tra le iniziative più meritevoli vanno considerate quelle rivolte agli incurabili, ai malati poveri, ai lebbrosi ed appestati, ai bambini esposti perché giudicati anomali o indesiderati.

Tra le persone più bisognose di oggi i religiosi con l'aiuto di molti volontari si occupano di malati oncologici in fase terminale, di persone malate di AIDS o tossicodipendenti e di persone con disagio mentale grave. Devo dire, con mio grande rammarico, che non mi è stata concessa la possibilità di raccogliere dati sulle molteplici presenze di chiesa in questi settori dell'assistenza. Ad una lettera da me inviata nello scorso mese di maggio, in tal senso, a parecchi istituti religiosi non ho ricevuto alcuna risposta. Colgo questa opportunità per inviare le varie Conferenze Episcopali e lo stesso Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari a lanciare una campagna di informazione sui modelli assistenziali praticati in questi settori dalle religiose, dai religiosi e dalle innumerevoli organizzazioni del volontariato cattolico nel mondo. Un censimento di queste iniziative potrebbe servire anche

da richiamo a quanti desiderano consacrare la loro vita totalmente al servizio dei malati più dimenticati.

1. Uno sguardo al passato

Per restare nell'ambito in cui ho consumato la mia esperienza all'interno dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio dei Fatebenefratelli, vorrei parlare dell'Assistenza ai malati mentali. Nel passato già i Fatebenefratelli avevano fatto la precisa scelta di campo del metodo di dolcezza da applicarsi al trattamento dei malati di mente.

Avevano compagni esemplari che vogliamo ricordare.

Già nel 1632 San Vincenzo de' Paoli aveva fondato a Parigi la Casa di San Lazzaro, da cui il nome di Lazzaristi – vero modello di carità, addirittura di tenerezza e amore per i malati mentali che vi trovavano un pietoso asilo.



Soltanto nella Francia del 1600 furono 10 i pensionati dove i Fatebenefratelli raccoglievano questi ammalati abbandonati. Ad essi si affiancarono Francescani, Fratelli delle Scuole Cristiane e Maristi per i maschi. Per le donne, invece, si prodigarono le Suore del Buon Pastore, le Orsoline di Santa Pelagia e le Penitenti.

L'opera dei Fatebenefratelli fu opera pratica ispirata alla stessa azione di San Giovanni di Dio, il quale, per prova personale, ebbe a sperimentare le cure riservate, all'epoca, ai malati di mente o a quelli ritenuti tali.

Ritroviamo intorno al 1700 il convincimento scientifico, fatto proprio dagli stessi ospedalieri, secondo cui la follia fosse una offesa organica del cervello. Ragion per cui si cominciava a pensare che tali malati potessero essere curati. Si usciva dall'identificazione follia-possessione demoniaca.

Vi prego di sottolineare questo passaggio, perché con presupposti diversi è un convincimento analogo che fonda la moderna riabilitazione neuropsichiatrica.

San Giovanni di Dio, come poi San Camillo de' Lellis e San Vincenzo de' Paoli, avevano tentato di umanizzare l'assistenza restituendo il dovuto rispetto ai malati poveri e abbandonati.

Come ha notato lo storico italiano Cosmacini, l'assistenza ospedaliera era considerata, intorno al 1500 in Europa, una pratica ambigua oscillante tra zelo e distacco. Spesso gli infermieri e i medici vedevano nel malato un diverso. Diverso dal normale e da sé. Da qui derivava un comportamento assenteista e prevaricatore che ge-

nerava incuria e violenza aggiungendo sofferenza alla malattia.

A fronte di quella pratica assistenziale emerge un San Giovanni di Dio che volle un ospedale dove curare i malati a modo suo, reagendo all'oscurantismo e guardando nel malato il simile e non il diverso.

Si afferma, per suo tramite, un modello di antropologia relazionale per cui il simile cura il suo simile, l'infermiere, l'infermo e l'uomo un altro uomo malato o meno fortunato di lui.

La follia di San Giovanni di Dio assume allora un valore simbolico di inestimabile interesse spirituale perché innesca un processo di recupero di poveri folli considerati a pieno titolo uomini recuperabili.

Il movimento di attenzione e di cura verso gli ammalati di mente che venne fuori da Fatebenefratelli porta alla luce uno schema di servizio ospedaliero che ha guidato per secoli le istituzioni cattoliche per aiutare gli ammalati.

Fissiamone brevemente le linee guida.

1. Servire il malato è un'opera che discende direttamente dai principi della fede quale l'amore universale di Dio Padre e la dignità dell'uomo.

2. Il servizio è quindi un diritto dovere della Chiesa nel rispetto delle diverse realtà culturali come annuncio di salvezza davanti alla malattia.

3. Ogni opera ospedaliera è opera di Evangelizzazione e quindi testimonianza dell'amore misericordioso di Cristo.

Dalla Rivoluzione Francese ad oggi molti cambiamenti hanno trasformato i sistemi sanitari ma i religiosi, seppur numericamente ridotti, non hanno mai smesso di servire i malati con spirito di abnegazione e con lo sguardo fisso alla loro missione evangelizzatrice.

2. Le nuove frontiere dell'assistenza ai malati mentali

I Fatebenefratelli, come tanti altri religiosi, hanno guidato istituzioni per malati mentali che per molti decenni hanno esercitato un ruolo di supplenza nei riguardi

dello Stato stesso. Col tempo hanno riconosciuto, spesso con anticipo sul pubblico, la necessità di limitare i ricoveri a qualunque costo e di mettere al centro di un'assistenza multidisciplinare il paziente psichiatrico almeno in Italia. Ma lo stesso potrei dire per il Portogallo, la Spagna, l'Irlanda o la Colombia. L'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio ha catalizzato una serie di studi e di ricerche per richiamare i cultori della materia e mettere in comune i loro saperi non solo per esigenze metodologiche ma umanistiche. Una vera battaglia culturale è stata impegnata dentro e fuori l'Ordine per capire come prevenire la malattia mentale, evitare la cronicizzazione e rinvenire modelli flessibili di riabilitazione.

Un figlio di San Giovanni di Dio, Padre Benedetto Menni, recentemente proclamato Beato dal regnante Pontefice, fondò una Congregazione religiosa femminile che finalizza il suo cammino in special modo ed eroicamente nella assistenza ai malati di mente. E lo stesso Padre Menni nella Restaurazione dell'Ordine in Spagna privilegiò l'assistenza psichiatrica fondando numerosi istituti psichiatrici.

Riprendendo quel modello terapeutico, che fu detto dagli storici *metodo di dolcezza*, noi abbiamo reinterpretato la riabilitazione come strumento di vera umanizzazione e non soltanto tecnica esecuzione di protocolli. Abbiamo corso il rischio, come diciamo da 10 anni, di credere al passaggio

possibile dalla custodia alla riabilitazione psichiatrica centrata su quattro pilastri fondamentali:

- A. utilizzare le potenzialità umane di ogni disabile mentale;
- B. insegnare al malato come sviluppare le proprie abilità e il senso di autodeterminazione;
- C. umanizzare i programmi terapeutici tramite la formazione continua degli operatori;
- D. cambiare l'ambiente di vita e costruirlo a misura d'uomo.

La riabilitazione, insomma, come nuova visione del disagio psichico e demedicalizzazione del contesto terapeutico.

Le varie scuole di riabilitazione hanno oggi il merito di aver scoperto le infinite vie per aiutare il cosiddetto folle a poter rientrare nella cosiddetta normalità. Ma resta un pericolo. In quanto religiosi e credenti dobbiamo sentirci chiamati ad evitare di perdere e soffocare la soggettività del malato mentale. Presi dalle convinzioni teoriche dei modelli riabilitativi dobbiamo evitare di omologare tutti i pazienti in storie parallele o sovrapponibili seguendo maggiormente le devianze individuali più che le nostre proprie ricette tecnico-scientifiche.

L'uomo, anche il folle, è fatto ad immagine di Dio e va rispettato proprio per la sua debolezza estrema che ne costituisce la vulnerabile originalità. L'uomo è sempre fatto ad immagine di Dio soprattutto quando vengono in lui smarrite le tracce fisiche e spirituali di quell'intelligenza sublime che ci ha creati proprio *ad imaginem et similitudinem suam*.

Oserei dire che se manca questa fede nel Dio debole e ferito, capace di soffrire nelle sue creature, viene a mancare il presupposto stesso della uguaglianza e della solidarietà tra uomini.

Se mi è consentito rivolgere un appello finale agli uomini di scienza ed ai politici interessati al tema, vorrei dire che il malato mentale oggi ha soprattutto bisogno di questo riconoscimento di Dio ferito che cammina in mezzo a noi.

Formiamo persone umane capaci di cogliere il suo grido e comprendere il suo gesto. Dio è in mezzo a noi nei folli, nei poveri diseredati, nella sofferenza così



come nelle conquiste della scienza e nella gioia di vivere.

La sofferenza rivela crudelmente agli uomini i limiti stessi dell'opera di Dio, le ferite aperte di un mancato patto di alleanza fra la natura e Dio, il segno di una contraddizione tra l'amore del creatore e la durezza impenetrabile del creato.

Qui si rivela la debolezza del nostro Dio che ci ama tanto da compatire con noi. Dio non deve essere l'oggetto delle nostre lamentazioni perché egli stesso soffre e l'alleanza con l'uomo culmina in una partecipazione all'abbassamento del suo figlio, il Cristo, che si fa uomo sofferente.

Che Dio sia fragile perché è amore è l'unica metafora che lo protegge dalle accuse di intensità o ingiustizia come scrive Paul Ri-

coeur, uno dei più grandi filosofi credenti contemporanei.

Conclusione

Tutta la società e soprattutto la comunità ecclesiale è chiamata a compiere un salto di qualità nell'esercizio delle professioni sanitarie, l'organizzazione dei servizi alle persone e la costruzione di microstrutture abitative capaci di supportare lo sforzo delle famiglie di malati mentali.

Dalle famiglie, proprio in un momento in cui da tante parti viene l'invito a chiudere i manicomii, si leva un grido disperato che invoca provocatoriamente l'eutanasia piuttosto che l'abbandono dei propri cari sulle strade.

Tutti i cristiani e gli operatori di

assistenza in particolare siamo chiamati a creare punti di riferimento e gruppi di appoggio per le famiglie. Diamo spazio al volontariato che può svolgere una missione educatrice di grande civiltà cristiana proponendosi anche come attiva impresa di solidarietà sociale.

Il malato di mente, in cui risplende a modo suo la lucerna dello Spirito del Creatore, va protetto con ogni mezzo dal vento della paura e della cattiveria perché sia ancora possibile parlare oggi di carità.

P. PIERLUIGI MARCHESI, O.H.

*Responsabile dell'Ufficio Studi
della Provincia Lombardo-Veneta dell'Ordine
di San Giovanni di Dio (Italia)
Membro del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli Operatori Sanitari*



HERVÉ ITOUA

Assistenza pastorale e spiritualità del malato di mente

Introduzione

Mi è stato chiesto di parlare sul tema dell'assistenza pastorale e della spiritualità del malato di mente. Non vorrei iniziare questo intervento senza prima ringraziare gli organizzatori di questo incontro che ci danno l'occasione di riprendere coscienza del fatto che l'attenzione ai malati fa parte, come possiamo già vedere nel ministero di Gesù stesso, della proclamazione del Vangelo e che una riflessione condotta allo scopo di meglio organizzare questa proclamazione costituisce un'esigenza pastorale. Tenterò di trattare questo tema cercando di rispondere alla domanda: *quale assistenza pastorale e quale spiritualità deve oggi inventare la Chiesa per meglio servire i malati di mente, che sono le membra sofferenti del Corpo di Cristo?* Confesso che si tratta di un esercizio difficile, soprattutto quando è radicato nella sensazione che tutto resta ancora da fare in questo campo nell'ambito della propria Chiesa locale. Ma anche se difficile, questo esercizio può essere entusiasmante, poiché vuole essere prima una proposta e una condivisione di idee da discernere nella Chiesa per un migliore servizio a favore dei "feriti dalla vita" del nostro tempo.

È opportuno ricordare che qui parlo in veste di pastore che vuole anche sognare quando pensa alla forma e alla qualità del servizio che la Chiesa dovrebbe rendere oggi alle membra sofferenti del corpo di Cristo, che sono i malati di mente. Il mio intervento non sarà dunque quello di uno specialista, bensì di un uomo di esperienza continuamente di fronte alla differenza tra ciò che viene fatto e ciò

che si potrebbe o si dovrebbe fare. Vorrei sottolineare anzitutto che il mio intervento è "inquadrato" perché segnato dall'esperienza della mia Chiesa locale o particolare. Ma poiché ciò che viene vissuto al suo interno può contribuire a rafforzare la comunione della Chiesa universale, non esito a condividerlo con umiltà. Le vostre domande e le vostre osservazioni saranno ben accette, per arricchire i nostri scambi e dare nuova vitalità alla nostra pastorale.

Mi propongo di trattare il tema affidatomi in tre parti: dopo aver tentato una caratterizzazione del malato di mente e di mostrare quale sfida egli costituisce oggi per la Chiesa, considererò le grandi linee che la pastorale e la spiritualità dei malati di mente devono seguire senza mai nascondere i problemi che dovranno affrontare.

1. Il malato di mente: una sfida per la Chiesa di oggi

Credo che il malato di mente costituisca una sfida per la Chiesa di oggi. Questa sfida appare soltanto quando si prende coscienza della complessità della propria situazione, del rapporto che questa situazione ha con la realtà del peccato sociale e dell'atteggiamento di Gesù di fronte alla malattia in generale.

A. Il malato di mente: tentativo di caratterizzazione

Chi è un malato di mente e cosa lo distingue dagli altri malati? Si considera generalmente come malato di mente una persona colpita da una malattia mentale. Ma il ter-

mine di malattia mentale è generico e, di conseguenza, molto vasto. Senza pretendere di fare una caratterizzazione che darebbe uno specialista in materia, possiamo semplicemente dire che essa abbraccia tanto i disordini neurologici, psichiatrici o neuropsichiatrici che si manifestano spesso con problemi di mente o mancanze di strutturazione della personalità, quanto le deficienze mentali. Questo tipo di malattia può avere, secondo i casi, origini di tipo genetico (trisomia 21, autismo, ecc.), fisiologico (traumi dovuti ad incidenti cerebrali o della strada), psicologico (nevrosi gravi) o sociale (comportamenti devianti come l'uso di droga e di alcol). Un'osservazione della realtà medico-sociale mostra che queste malattie mentali danno generalmente luogo ad approcci differenti che vanno dalle soluzioni cliniche a quelle sociali o che le combinano allo stesso tempo. Se alcune di queste malattie possono essere guarite o migliorate grazie a medicine o ad una educazione di risveglio e di stimolazione delle funzioni, altre non lo saranno mai.

Ne deriva che un malato di mente è anzitutto, come tutti gli altri malati, una persona "ferita dalla vita" e un essere che soffre. È un essere ferito perché è una persona il cui spirito o equilibrio affettivo, intellettuale, relazionale e psicologico non ha resistito ad un certo numero di fattori sui quali non poteva avere un controllo totale. Egli ci appare essenzialmente come un handicappato. La sua sofferenza è dovuta non soltanto a questo handicap, ma anche al sentimento di essere inutile, di troppo, di disturbare. Egli ritiene che senza di lui tutto sarebbe più semplice. Questo

sentimento può farlo sprofondare in una certa solitudine. Purtuttavia il suo handicap non gli toglie la sua dignità di uomo creato ad immagine di Dio.

Ricordando le cause delle malattie mentali, ho segnalato quelle d'ordine sociale come la droga e l'alcolismo. Alcuni studi hanno mostrato l'esistenza di un legame con certi ambienti sociali. Se le cause della sofferenza del malato di mente si possono riscontrare nell'ambiente sociale, possiamo dunque considerarlo come una vittima di certe condizioni sociali che abbiamo il legittimo diritto di chiamare "strutture di peccato" o "peccato sociale". Non c'è alcun dubbio che il peccato è anzitutto un atto personale, ma ciò non impedisce che noi possiamo avere una responsabilità nei peccati commessi da altri o in tutto ciò che fa loro male. Noi o la società siamo responsabili quando cooperiamo "prendendovi parte direttamente e volontariamente; comandandoli, consigliandoli, lodandoli o approvandoli; non denunciandoli o non impedendoli, quando si è tenuti a farlo; proteggendo coloro che commettono il male"¹.

Va subito sottolineato che esiste sempre un legame o una dialettica tra il peccato personale e il peccato sociale. In effetti "il peccato rende gli uomini complici gli uni degli altri e fa regnare tra di loro la concupiscenza, la violenza e l'ingiustizia. I peccati sono all'origine di situazioni sociali e di istituzioni contrarie alla Bontà divina. Le 'strutture di peccato' sono l'espressione e l'effetto dei peccati personali. Inducono le loro vittime a commettere, a loro volta, il male. In un senso analogico esse costituiscono un 'peccato sociale'"².

B. Gesù e i malati: lotta contro la malattie e annuncio del Regno

Uno sguardo, anche se rapido, al Vangelo ci mostra due cose. Vediamo anzitutto che al tempo di Gesù si attribuivano volentieri al demone un certo numero di malattie, di disturbi nervosi o psichici oggi meglio conosciuti. Vediamo quindi un Gesù che incontra e guarisce dei malati lungo tutto il suo ministero pubblico. Anche se rifiuta un

legame pur tradizionale presso i giudei tra malattie, sofferenza e peccato personale o collettivo³, una cosa conta per lui: confortare coloro che soffrono. Gesù sembra comprendere la loro sofferenza e si sforza di alleviarla, senza mai giudicare le persone verso le quali manifesta sempre compassione e tenerezza. Ma Gesù non si accontenta di avere tenerezza e compassione, Egli combatte anche la malattia. Per lui, la malattia va combattuta. In effetti "egli vede in lei un male di cui soffrono gli uomini (...), un segno della potenza di Satana sugli uomini (Lc 13, 16). Ne prova pietà (Mt 20, 34) e questa pietà comanda la sua azione"⁴. La sua azione in favore di questi malati assume la forma della guarigione. La guarigione che Egli porta significa allo stesso tempo il suo trionfo su Satana e l'instaurazione *hic et nunc* del Regno di Dio, secondo le Scritture (Mt 11, 5). Si vede fin da allora il legame esistente nel suo ministero tra la guarigione dei malati e l'instaurazione del Regno di Dio. La lotta contro la malattia è inscindibile dall'annuncio del Regno di Dio, che si fa anche attraverso la guarigione dei malati. Ogni volta dunque che guarisce e combatte la malattia, Gesù annuncia il Regno di Dio.

In questi ultimi anni, numerosi teologi hanno dimostrato con studi di cristologia molto importanti il posto centrale del Regno di Dio e dell'amore preferenziale per i poveri che esso implica nella predicazione apostolica di Gesù. Ma l'annuncio della Buona Novella del Regno di Dio in Galilea (Mt 4, 23; 9, 35) si accompagna ad un certo numero di miracoli-segni. Questi sono non soltanto il segno della realizzazione o della presenza di questo Regno, ma ne svelano anche il significato. Gli Apostoli hanno ricevuto dallo stesso Gesù quando era in vita la missione di proclamare a loro volta la Buona Novella di questo Regno di Dio (Mt 10, 7). All'indomani della morte e resurrezione di Gesù e della Pentecoste, l'annuncio di questo Regno resterà la prospettiva finale della predicazione evangelica come possiamo vedere negli Apostoli (At 19, 8; 20, 25; 28, 23-31)⁵.

Il Vangelo non parla in particolare dei malati di mente, ma tutto

ciò che dice sulla lotta contro la malattia riguarda anche loro. Lottare contro la malattia mentale e tutto ciò che la provoca è già un modo di continuare l'opera di Gesù: l'annuncio del Regno di Dio.

C. La Chiesa al servizio della missione di Cristo

La Chiesa non serve se non si annuncia. Essa è la serva della missione di Gesù che era la proclamazione del Regno. Essa deve essere fedele alla missione affidatale da Cristo, deve esserlo di fronte alla malattia facendosi strumento dell'amore tenero, compassionevole, ma operante di Dio.

Come abbiamo già indicato, le guarigioni, segno della presenza e della realizzazione sulla terra del Regno di Dio, non sono rimaste confinate alla predicazione di Gesù. Questi aveva associato gli Apostoli al suo potere di guarire le malattie, fin dalla loro prima missione (Mt 10, 1). La promessa della continua realizzazione del segno per dare credito al loro annuncio del Vangelo viene fatta loro in occasione della missione definitiva (Mc 16, 17 ss). La vita della Chiesa apostolica darà testimonianza di numerose guarigioni come segno della presenza di Cristo nella comunità dei credenti (Ac 3, 1 ss; 8, 7; 9, 32 ss; 14, 8 ss; 28, 8 ss). Paolo considererà la guarigione come uno dei carismi che troviamo nella Chiesa (1 Co 12, 9-28-30). Anche i presbiteri della Chiesa primitiva avranno a cuore la salute dei malati (Gc 5, 14 ss). Ma se la Chiesa dei primi secoli vede nella malattia un male contro cui bisogna lottare, essa non mancherà di insegnare che se da una parte la malattia è una prova difficile e l'uomo dovrà accettarne il mistero finché sarà sulla terra, dall'altra essa unisce l'uomo a Cristo sofferente (2 Co 4, 10). Di qui il dovere di esercitare la carità nei confronti dei malati che si imporrà, fin dai primi tempi della Chiesa, ai cristiani e di vedere in essi Gesù stesso. Il cristiano deve servire i malati a sopportare la loro prova visitandoli e alleviandoli. Servire i malati vuol dire servire Gesù stesso nelle membra soffrenti del suo Corpo (Mt 25, 36)⁶. Questa visione delle cose spiega perché la Chiesa riconosce nei po-

veri e in coloro che soffrono l'immagine del suo fondatore povero e sofferente e perché essa si adopera ad alleviare la loro disperazione⁷.

I malati sono anch'essi dei poveri del nostro tempo. *“L'amore della Chiesa per i poveri... appartiene alla sua costante tradizione”*⁸. Questo amore è ispirato dall'attenzione stessa di Gesù verso i poveri (Mc 12, 41-44). Forme tra le tante della miseria umana che è essa stessa il segno del bisogno di salvezza dell'uomo, le infermità fisiche e psichiche fanno delle loro vittime dei poveri in cui Gesù si è spesso identificato e che sono stati l'oggetto della sua compassione. Dopo essere stato oggetto di un amore preferenziale da parte di Gesù, quei poveri che sono i malati sono oggi *“oggetto di un amore di preferenza da parte della Chiesa, la quale, fin dalle origini, malgrado le infedeltà di molti dei suoi membri, non ha cessato di impegnarsi a sollevarli, a difenderli ed a liberarli. Ciò ha fatto con innumerevoli opere di beneficenza, che rimangono sempre e dappertutto indispensabili”*⁹.

In ogni tempo dunque la Chiesa ha rivolto un'attenzione particolare ai malati. Come ricordava di recente il Santo Padre, *“La pastorale sanitaria continua ad occupare un posto rilevante nell'azione apostolica della Chiesa: essa ha la responsabilità di numerosi luoghi di soccorso e di cura ed opera tra i più poveri con apprezzata premura nel campo sanitario grazie al generoso impegno di tanti fratelli nell'episcopato, di sacerdoti, religiosi, religiose e di molti fedeli laici, che hanno sviluppato una spiccata sensibilità nei confronti di quanti si trovano nel dolore”*¹⁰. In Congo, dopo i primi tempi dell'evangelizzazione, la Chiesa ha mostrato una sollecitudine particolare per i malati. Pur privata, negli anni tra il 1965 e il 1990, delle sue opere sanitarie da parte del regime marxista-leninista, essa non si è mai sottratta al suo dovere nei confronti delle membra sofferenti del Corpo di Cristo, mantenendo sempre una presenza nel mondo della salute. Oltre alle farmacie, ai piccoli dispensari ambulanti o installati all'ombra delle parrocchie, ai centri di riabilitazione degli handicappati di ogni genere e all'impegno di al-

cuni dei suoi membri nelle strutture sanitarie dello stato, essa assicura oggi questa presenza attraverso i suoi laici che fanno parte dei Gruppi Vangelo e Salute¹¹.

Ma se la nostra Chiesa in Congo si è sempre presa cura dei malati, possiamo tuttavia notare quasi una assenza di pastorale o una povertà di pastorale nei riguardi dei malati di mente. Si può perfino parlare dell'inesistenza nel paese di una tradizione in questo campo. In effetti, se la Chiesa congolesa dispone di centri di riabilitazione funzionale per le vittime della poliomielite e di formazione professionale dei ciechi e dei sordomuti, essa non si è mai occupata direttamente dei malati di mente. Quante nostre diocesi hanno previsto dei cappellani per i malati di mente e quanti gruppi di apostolato laico vi si dedicano in modo particolare? La nostra pastorale tra questi malati è oggi ancora troppo orientata all'aiuto spirituale ai malati terminali e a quello materiale ai malati di AIDS. Finora ad esempio la nostra Chiesa non ha assunto né la complessità della situazione dei malati di mente, né il legame tra malattia mentale e peccato sociale. Questa assenza può essere spiegata da una parte dal timore suscitato generalmente da questi malati giudicati violenti e pericolosi, e dall'altra tanto dalla mancanza di operatori pastorali qualificati quanto di una pastorale organizzata in quanto prima di tutto pensata. La

situazione del malato di mente costituisce dunque oggi una sfida per la nostra Chiesa particolare perché la obbliga ad inventare un approccio e delle strategie pastorali adatte. Il vuoto pastorale attuale non può più durare e merita di essere colmato nel momento in cui tutto il mondo parla di nuova evangelizzazione.

2. Quale pastorale per i malati di mente?

Il compito di alleviare i malati di mente e di servire Cristo nelle membra sofferenti del Suo corpo che essi rappresentano, spetta contemporaneamente ad ogni battezzato e a tutta la comunità cristiana. Esigenza della fede cristiana, questo compito non può limitarsi ad una semplice supplenza, né ad una assistenza spirituale e materiale. Essenziale per l'annuncio del Regno di Dio, esso deve estendersi al rinnovamento delle strutture del mondo. Per sottrarlo al rischio dell'oblio e dell'inefficacia, deve essere articolato sotto forma di una pastorale chiara, globale, adattata e inculturata. Esigenza dell'evangelizzazione¹², l'invenzione di una tale pastorale è responsabilità principale dei vescovi, i quali devono elaborarla con i loro collaboratori, sacerdoti, religiosi e laici, quotidianamente impegnati nel campo del servizio ai malati di mente.

Il vuoto pastorale di cui abbiamo parlato nella parte precedente, può essere colmato soltanto dalla proposta di una pastorale. Per pastorale, bisogna intendere un *“azione organizzata della Chiesa, che sia attuata dal clero o dai laici”*¹³. Una tale azione non ha altro scopo se non quello di rispondere alla missione che Cristo ha affidato alla sua Chiesa. La domanda che mi è stata posta lega due concetti che pongono un problema: assistenza e pastorale. Si tratta di un'assistenza che deve essere pastorale o di una pastorale che assume la forma di una assistenza? Penso che si tratti piuttosto di una assistenza che si fa pastorale. Ma so anche che di fronte ai malati di mente, la nostra pastorale assume spesso la forma di assistenza. Inoltre, perché non parlare direttamente di pastorale per i malati di men-



te ed essere obbligati a parlare di assistenza pastorale? È chiaro che non si possono affrontare tutti questi problemi quando si vuole discutere dell'azione della Chiesa verso i malati di mente in termini di assistenza pastorale. Per rispondere in maniera più o meno pertinente alla domanda che ci viene posta e che traduco nel seguente modo, *quale pastorale per i malati di mente oggi?*, dobbiamo rispondere innanzitutto a due altre domande: cosa bisogna intendere per pastorale e quale ne è lo scopo?

A. Pastorale ed evangelizzazione

Possiamo dire che *"la missione affidata da Cristo alla sua Chiesa è quella di preparare il regno eschatologico, facendo crescere, lungo la storia, il Corpo di Cristo nell'umanità. Considerata nel suo termine, questa missione è una. Ma in ogni credente, il Corpo di Cristo si forma solo progressivamente. Per questo la Chiesa, per svolgere la sua missione unica, deve esercitare delle mediazioni diverse, secondo questo divenire organico"*¹⁴. La Chiesa realizza questa missione attraverso l'evangelizzazione, poiché *"il primo compito della (sua) missione (...), senza il quale gli ulteriori compiti sarebbero vani e non costruirebbero veramente il Corpo di Cristo, è l'evangelizzazione. La Chiesa deve esercitare questo compito missionario in ogni luogo in cui il Vangelo non è stato ancora annunciato, sia da un punto di vista geografico sia sociologico"*¹⁵. I malati di mente costituiscono non un legame geografico, ma sociologico, in cui deve essere esercitato il compito missionario della Chiesa. La proclamazione del Vangelo che è al centro della missione della Chiesa *"consiste essenzialmente nel far riconoscere l'evento Gesù Cristo come mistero attuale. Non una semplice affermazione su Dio; neanche un semplice fatto del passato; ma l'attuale venuta di Dio nella storia per cristificarla"*¹⁶.

L'opera d'evangelizzazione che porta la Chiesa nel mondo è il mezzo principale attraverso il quale la Parola di Dio, che è Gesù Cristo, entra nelle vite umane. È in effetti attraverso di essa che si realizza, nello Spirito Santo, a beneficio

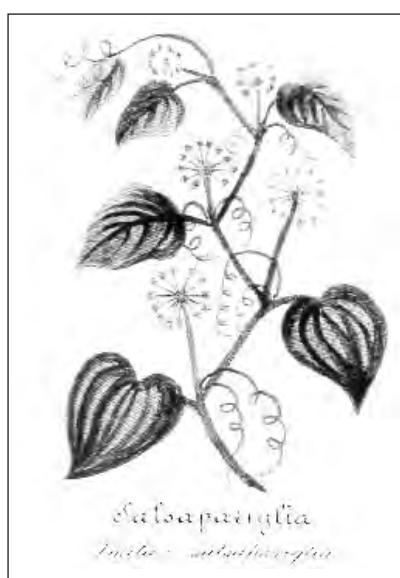
di coloro che l'accolgono, la Buona Novella che essa annuncia. Ogni evangelizzazione presuppone la parola parlata, via normale della propagazione della Parola di Dio, a esempio e secondo la missione di Cristo. Ma la storia della salvezza ci mostra anche che Dio ha sempre parlato attraverso i fatti, che rendono visibili e accreditano i detti o la parola parlata. Ciò vuol dire che *"ogni evangelizzazione esige dei segni, uniti alla parola parlata"*¹⁷. I segni sono necessari perché *"per i credenti, il segno è interiore alla vita nuova della fede. Per i non-credenti, il segno deve essere esteriore e sottolineare il realismo dell'annuncio mostrando i frutti del Vangelo nel mondo della constatazione empirica. Si va dal più sensibile al più spirituale, dal segno del Vangelo al cuore stesso del Vangelo, che dà senso al segno. Ed è congiuntamente attraverso la parola parlata ed attraverso il segno che la potenza del Vangelo nello Spirito Santo tocca i cuori accoglienti, amici con una anteriorità psicologica del segno. Anche i segni testimoniano"*¹⁸. La missione evangelizzatrice della Chiesa tende ad un fine collettivo: l'edificazione del Corpo di Cristo. Questo obiettivo esige che la Chiesa disponga anche di segni collettivi.

B. Alla ricerca di una nuova pastorale

Da questa svolta sulla missione

della Chiesa nel mondo e le modalità del suo esercizio per una pastorale dei malati di mente, possiamo trarre le seguenti conclusioni. L'assistenza pastorale dei malati di mente deve prendere due direzioni: quella della proclamazione della parola parlata e quella della proclamazione attraverso segni individuali e collettivi.

La proclamazione della parola è orientata all'accoglienza di Gesù Cristo da parte di ogni persona. Questa accoglienza passa generalmente attraverso la conversione e l'ingresso nella comunità cristiana. La proclamazione della parola deve essere fatta nel quadro di piccoli gruppi o di un accompagnamento individuale, e tendere a destare gli uomini dal loro torpore senza mai violare la libertà della loro coscienza. Essa deve essere adattata alla situazione di coloro ai quali si rivolge e ai quali deve anche manifestare la misericordia di Dio¹⁹. Deve assumere la forma di *una catechesi inculturata e adattata alla situazione reale dei malati di mente*. La questione di una catechesi inculturata rinvia alla problematica dell'inculturazione. Per inculturazione, bisogna intendere *"l'incarnazione della vita e del messaggio cristiano in un'area culturale concreta, di modo che non soltanto questa esperienza si esprima con gli elementi propri alla cultura in questione (sarebbe allora soltanto un adattamento superficiale), bensì si trasformi in un principio d'ispirazione, contemporaneamente norma e forza d'unificazione, che trasforma e ricrea questa cultura, ed è così all'origine di una nuova 'creazione'"*²⁰. L'inserimento intimo della fede e della vita cristiana in una cultura determinata è il principio fondamentale dell'inculturazione. Vi possiamo scorgere tre aspetti essenziali del processo di inculturazione riuscito. Anzitutto la *presentazione* del messaggio e dei valori del Vangelo nelle forme e nei termini propri di una cultura. Poi il *nuovo sviluppo culturale* che risulta dalla semina evangelica di una cultura. Infine la *nuova espressione* che i membri di una cultura particolare che hanno accolto la fede cristiana danno al Vangelo²¹. Una catechesi inculturata deve essere il prodotto di questo processo che



deve essere alla portata di una Chiesa come la nostra, dopo oltre un secolo di evangelizzazione. Una tale catechesi si impone soprattutto quando si sa che la maggior parte dei malati di mente non conoscono altri luoghi di socializzazione che non siano la loro famiglia e il loro villaggio, in cui il peso della cultura locale è ancora molto importante.

Per *catechesi adattata alla situazione reale dei malati di mente*, vogliamo semplicemente dire che è necessario tener conto della gravità degli handicap e della capacità di autonomia di questi malati. Non si può proporre la parola di Dio nello stesso modo e con gli stessi strumenti ad un trisomico, ad una persona che soffre del morbo di Alzheimer, ad uno psicotico (schizofrenico o autistico), ad un afasico, ad uno psicoastenico, ad un nevrotico o ad un depresso, tanto per fare degli esempi. Il trattamento clinico e medico-sociale di queste situazioni diverse esige metodi e tecniche differenti. Una proclamazione della parola che si suppone raggiunga le vittime dovrebbe anche essere adattata alla specificità di ogni situazione. Ma gli operatori pastorali mancano spesso di formazione e di competenza per farlo. Di qui la necessità per la Chiesa di ricorrere spesso alla collaborazione di persone qualificate.

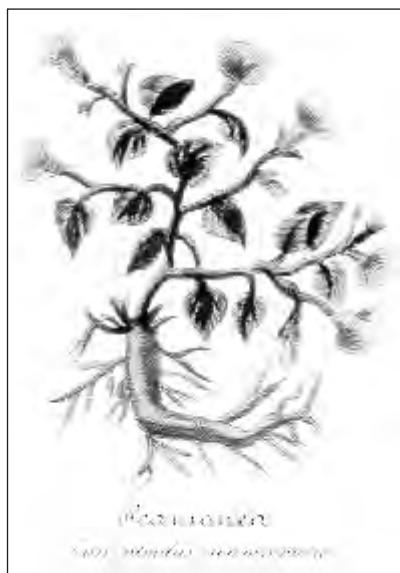
La *proclamazione attraverso segni individuali e collettivi* attesta la potenza dell'accoglienza di Gesù Cristo da parte di ogni battezzato e comunità di credenti, oltre alla conditum del Vangelo nella comunità cristiana. I segni sono al servizio dell'evangelizzazione, poiché possono destare in esistenze aspetti la disposizione all'ascolto della parola parlata. L'accoglienza di Gesù Cristo non deve chiudere i cristiani, ma al contrario aprirli agli altri e specialmente ai più poveri in cui essi riconoscono lo stesso Cristo. I segni possono assumere la forma di *opere concrete di fede e di carità* nei confronti delle persone che soffrono. Le opere concrete di carità saranno ad esempio delle *visite individuali o organizzate* di fedeli che testimoniano la loro fraternità o la loro solidarietà, *aiuti materiali* per alleviare i malati o ancora un *aiuto spirituale* attraverso i sacramenti nei momenti

più difficili. È ciò che si fa già oggi nella nostra Chiesa particolare nei riguardi dei malati di mente anche se, bisogna riconoscerlo, da parte di pochi fedeli o gruppi di apostolato laico. Bisogna riuscire a far sì che i cristiani lo percepiscano come un'esigenza della nostra fede. Ciò presuppone che il nostro catecumenato insista tanto sulla necessità dell'ortodossia (dottrina giusta) quanto dell'ortoprassi (pratica cristiana conforme al messaggio di Gesù). Possiamo dire che la nostra assistenza pastorale ai malati di mente ha, fino ad oggi, sviluppato soprattutto la duplice dimensione dell'assistenza caritativa (aiuto materiale e visita) e quello dell'assistenza sacramentale al momento del passaggio alla morte. È la pastorale del buon samaritano. Una proclamazione attraverso segni di assistenza fraterna. Una pastorale necessaria non soltanto perché esigenza della fede cristiana, ma anche perché rende credibili le proclamazioni della parola.

Necessaria, ma limitata, è una pastorale che assuma la forma di un'aiuto caritativo ai più poveri tra i malati di mente, e spirituale (sacramentale) a quanti tra di loro sono sulla soglia della morte. Essa è limitata perché si accontenta di fare *assistenza*. Non tiene conto di tutti gli aspetti della situazione particolare del malato di mente. Cosa ne è del suo ambiente familiare e sociale o del suo grado di autonomia, ad esempio? Aiutare il

malato di mente, vorrà dire spesso alleviarlo di una mancanza, condurlo a lottare contro tutto ciò che contribuisce a degradare la sua situazione. In alcuni casi, l'assistenza della Chiesa non potrà oltrepassare la forma dell'assistenza materiale. È quanto essa già fa nei confronti di coloro il cui grado di autonomia è nullo e la miseria grande. In altri casi, essa aiuterà coloro la cui salute potrà migliorare grazie a cure o ad una educazione appropriate, aiutandoli a ritrovare la loro dignità facendosene in parte carico da un punto di vista materiale. Centri medico-sociali con questo obiettivo devono ancora nascere da noi. Se la nostra Chiesa non può creare per mancanza di mezzi, potrà almeno suggerire ai poteri pubblici di crearli e partecipare al loro funzionamento. In altri casi ancora, essa sarà all'avanguardia nella lotta contro alcune rappresentazioni e terapie tradizionali delle malattie mentali. La nostra pastorale per i malati di mente guadagnerebbe dunque ad integrare una dimensione di *liberazione*, cioè di lotta contro il peccato sociale che si esprime in Congo attraverso l'abbandono dei malati di mente da parte delle loro famiglie, attraverso una condiscendenza di fronte alle condizioni di vita inumane che vengono spesso imposte loro a scapito della loro dignità nelle terapie tradizionali senza dimenticare le cause sociali delle malattie mentali quando esistono. Combattimento collettivo per trasformare le strutture sociali, la lotta contro il peccato sociale fa parte dell'evangelizzazione. Essa permette inoltre di preparare gli ambienti umani per aprirli all'annuncio evangelico. Bisogna dunque saper andare al di là della logica dell'assistenza. *Aliis verbis*, una pastorale del malato di mente adattata alla nuova evangelizzazione che voglia essere integrale non deve limitarsi all'assistenza.

Essa deve essere allo stesso tempo assistenza e liberazione. Bisogna dunque esplorare nuove strade per far fronte a tutti i problemi posti dalla condizione del malato di mente. Una tale pastorale supera palesemente le forze degli operatori apostolici quotidianamente impegnati al servizio dei malati di mente. Per raggiungere i suoi o-



biettivi di evangelizzazione, i responsabili della pastorale sanitaria devono accettare una cooperazione con altre forze ecclesiali e i poteri pubblici. Come può la Chiesa far fronte ai problemi sociali ed etici che circondano e/o accompagnano le malattie mentali dovute all'uso di droga o alla trisomia 21 ad esempio, se essa non coopera con i poteri pubblici, i legislatori e gli ambienti medici o associativi? Una tale cooperazione potrebbe facilitare la ricerca di soluzioni a monte e a valle. Si impone dunque una *pastorale d'apertura e di cooperazione*. La cosa più importante è che essa non venga pensata e costruita al di fuori della comunione con il Santo Padre e con i Vescovi, che sono responsabili della missione evangelizzatrice della Chiesa.

La pastorale del malato di mente non ha ancora assunto la sfida di una *proclamazione in culturata e adattata della parola evangelica* da una parte, e di una *proclamazione della stessa parola attraverso segni individuali e collettivi che integrino allo stesso tempo la dimensione di assistenza e di liberazione* dall'altra, nell'ambito della nostra Chiesa particolare. Dopo essersi a lungo messa da parte nell'assistenza che non deve mai perdere di vista perché traduce per molti "feriti dalla vita" il volto del buon samaritano, esigenza della nostra fede, essa deve oggi preoccuparsi anche delle condizioni e dei mezzi per trasmettere la parola evangelica e lottare contro i differenti volti del peccato sociale perché la sua pastorale dei malati di mente sia una evangelizzazione integrale. Ma "la pastorale non può che essere una realtà in perpetua evoluzione. Essa deve sempre ridefinirsi, nella misura in cui l'avanzata della storia fa scoprire nuovi aspetti dell'opera divina da perseguire. Essa deve esprimersi sotto forma di progetto umano operativo, ma non può che essere senza posa rimessa in causa da una missione divina che la supera e la cui ampiezza sfugge sempre allo sguardo. Essa vive della tensione tra questo progetto e questa missione ed è, per natura, aperta"²². È per questo che una pastorale può nascere soltanto in seno ad un dibattito continuamente ripreso.

3. Alla ricerca di una spiritualità adattata

Come ho già lasciato intendere, considero questo incontro come un quadro di ricerca per migliorare la qualità del nostro impegno nei confronti dei malati. Porre dunque la questione della spiritualità del malato di mente vuol dire accettare di mettersi alla ricerca di una spiritualità adattata alla sua situazione. Ma possiamo ricercare una tale spiritualità senza dire anzitutto ciò che questa nozione abbraccia?

In maniera generale, e senza preoccupazioni di tecnicità, possiamo definire *spiritualità* un insieme di idee, principi, metodi e tecniche che permettono all'uomo di avvicinarsi a Dio. La spiritualità riguarda anzitutto il rapporto personale dell'uomo con Dio, lo sforzo dell'uomo di raggiungere Dio per lasciarsi trasformare da Lui e vivere in comunione con Lui. In questo caso si parlerà quindi di vita spirituale. Ma essa può anche significare un corpus organizzato con un carattere proprio o una tradizione spirituale particolare. Questo perché "la spiritualità è come l'efflorescenza, l'espressione spontanea e personale della vita spirituale, cioè la sua comunicazione che invita a condividerla"²³. Si parlerà qui ad esempio di spiritualità ignaziana, francescana o benedettina. Una spiritualità può dunque assumere la forma degli elementi per una vita spirituale au-

tentica o di cardini comunicabili che riflettono una tradizione spirituale particolare per nutrirla. Queste due dimensioni saranno esaminate in quest'ultima parte. Ciò ci obbliga a riformulare la domanda nei seguenti termini: quale vita spirituale per il malato di mente e su quali aspetti del mistero cristiano insistere nell'accompagnamento del malato di mente?

A. La vita spirituale del malato di mente

La vita spirituale non può che essere quella suscitata dallo Spirito donato da Gesù. Nutrita dalla fede, essa si definisce tramite la relazione con Dio grazie al suo Spirito e fiorisce in presenza di Dio. È il rapporto con Dio la cosa importante nella vita spirituale che è la risposta del cristiano all'appello alla comunione che Dio gli rivolge. Come ogni cristiano, e malgrado l'handicap che colpisce la sua ragione, il malato di mente è chiamato a questa comunione. Quando la "parola parlata" gli viene proclamata in modo che la possa ricevere, egli prova anche il bisogno di condurre il combattimento spirituale e di aprirsi alla grazia di Dio attraverso la fede. Coloro che hanno sperimentato il progredire della fede dei malati di mente lo sanno. Ma, affinché la risposta di questi malati alla chiamata di Dio diventi sempre più autentica, essa deve essere sostenuta da una *vita di preghiera personale e comunitaria* e da una *pratica dei sacramenti* adattata.

Prima di essere adattata alla loro reale situazione, la vita spirituale dei malati di mente che la pastorale ecclesiale è chiamata a promuovere, dovrà essere *cristiana e cattolica* e lo sarà nella misura in cui si realizzerà in essa una vita di relazione personale con Dio. Ciò implica che essa si costruisca sulla base della Parola di Dio e della fede: la Parola con la quale Dio chiama l'uomo a sé e la fede per mezzo della quale quest'ultimo riconosce e accetta questa chiamata²⁴. Nella Chiesa cattolica, non c'è vita spirituale "autentica senza la realizzazione di una co-presenza anche degli altri credenti, con Cristo e noi, nella Chiesa. E (...) questo (...) non è necessario soltanto di u-



*na necessità di mezzo, ma tende essenzialmente al fine stesso della vita spirituale*²⁵. Per questo bisognerà rammentare che la vita spirituale del malato di mente sarà cattolica nella misura in cui il suo rapporto personale con Dio si svilupperà nella Chiesa. *“Poiché la Parola di Dio ci viene pronunciata nella Chiesa, ed essa è inseparabile dalla Chiesa al punto che noi non possiamo accettarla veramente se non come ci viene arrecata dalla Chiesa”*²⁶.

La povertà del malato di mente lo dispone a pregare, cioè a rivolgersi verso l’Altro che è Dio. La sua preghiera deve dunque nutrirsi della fede biblica e della tradizione della Chiesa. Come ogni cristiano, egli deve cercare e trovare nella Bibbia l’alimento principale della sua vita di preghiera, ma nella Bibbia così come gli sarà stata presentata tenendo conto dei suoi limiti. Handicappato nella ragione, gli sarà quasi impossibile ricorrere a forme di preghiera come la meditazione e la contemplazione che richiedono un grande uso della mente. Gli sarà tuttavia relativamente più facile *pregare personalmente con il proprio corpo e con il rosario*, ad esempio. Se queste due forme di preghiera possono facilmente essere utilizzate dal malato di mente, lo saranno ancora più facilmente in un quadro comunitario. *Gruppi di preghiera ispirati al rinnovamento carismatico*, in cui un posto importante è dato alla parola e al corpo, possono costituire la cornice in cui può fiorire la vita di preghiera dei malati di mente. La *recita del rosario* i cui diversi misteri possono essere commentati con l’impiego di gesti e anche di immagini. Sono due forme di preghiera da incoraggiare. Abituandovisi, i malati di mente possono vedere la loro relazione con Dio approfondirsi e fiorire in atteggiamenti concreti di fede.

Oltre a queste forme di preghiera che possono essere vissute personalmente e comunitariamente, bisognerebbe insistere sulla *partecipazione alle assemblee liturgiche*. *“L’assemblea liturgica della Chiesa è l’assemblea del popolo di Dio, convocato da Dio stesso prima di tutto per ascoltare la sua parola”*²⁷. Membra sofferenti, ma membri a pieno diritto della Chie-

sa, i malati di mente dovranno partecipare alla sua preghiera ed essere l’oggetto della sua preghiera. Dentro di loro si sentiranno accettati ed accolti come fratelli la cui presenza completa il corpo di Cristo. Essi ricorderanno alle altre membra di Cristo il dovere di pregare per loro.

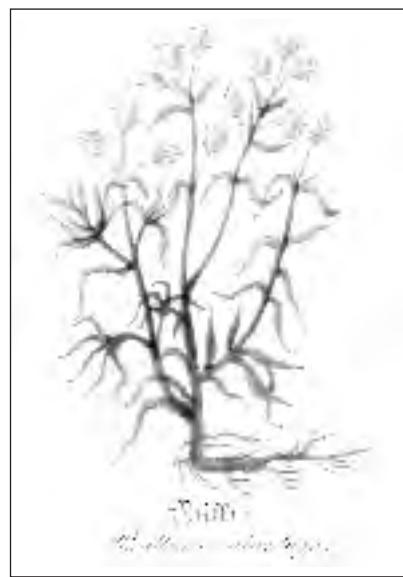
Il punto culminante delle celebrazioni liturgiche comunitarie non può essere che la *celebrazione dell’Eucaristia*. L’opera di salvezza di Gesù si concentra nella celebrazione dell’ultima cena. Prototipo di ogni preghiera comunitaria nella Chiesa, l’Eucaristia ci ricorda la croce di Cristo. Essa ci invita a contemplarla nelle membra sofferenti del suo corpo che sono i malati di mente. Le assemblee liturgiche saranno certamente dei luoghi in cui sarà proclamata la parola di Dio, ma esse dovranno essere anche il luogo della *manifestazione sacramentale della salvezza*. *“La parola di Dio illuminata dalla tradizione ecclesiastica si condensa nel mistero: Cristo e la sua croce. Ma nella Chiesa, il mistero non è semplicemente annunciato. Piuttosto, con l’autorità stessa di Dio, è annunciato come attuale. È dunque rappresentato, fatto presente per noi, in noi. Spetta ai sacramenti di applicare nei nostri confronti questa presenza e questa attualità permanente del mistero. Ciò spiega lo stretto legame tra la Parola divina, annunciata nella Chiesa, e i sacramenti che*

*la Chiesa celebra e ci amministra”*²⁸. I sacramenti traducono l’amore redentore di Dio. Attraverso di loro, la Chiesa significa la salvezza apportata da Gesù e alimenta la vita spirituale dei malati di mente. I sacramenti sono importanti per la loro santificazione e per aiutarli a vivere la loro comunione con il mistero della croce di Cristo. Per trarne tutte le grazie, questi ultimi dovranno essere preparati ad accoglierli nella fede.

B. Alcuni cardini per una spiritualità del malato di mente

Una spiritualità è anche una specie di corpus dottrinale elaborato per sostenere ed accompagnare lo sforzo dei cristiani nella ricerca di una vera comunione con Dio. Come tale, essa può trasmettersi o comunicarsi. Per facilitarne la trasmissione o la comunicazione, essa deve potersi presentare sotto forma di grandi cardini. I malati di mente sono in una maniera o nell’altra, handicappati nella ragione. Questo handicap molto spesso li rende incapaci di un’attività intellettuale. I grandi cardini della spiritualità che proponiamo non si rivolgono anzitutto ai malati di mente, ma agli operatori pastorali – clero e laici – che dovranno trovare il modo adatto per trasmetterle e farle vivere. Una presentazione di questi cardini, che non potrebbe essere più sistematica, partecipa alla preoccupazione di aiutare i malati di mente a vivere bene la loro vita spirituale. Essa è dunque una necessità pastorale. Ma questi cardini non possono essere presentati indipendentemente dalla situazione dei soggetti chiamati a viverne. Gli operatori pastorali, prestando attenzione alla situazione particolare di ogni malato di mente che accompagnano, potranno appoggiarvisi. Questi si ispirano alla Parola stessa di Dio e alla tradizione ecclesiale e sono la dignità umana, l’amore preferenziale di Dio per i deboli, l’infanzia spirituale, la partecipazione alla croce di Cristo e la speranza nella resurrezione. Perché questi cardini e in cosa possono essere utili alla vita spirituale dei malati di mente?

La dignità umana. Malgrado il



proprio handicap, il malato di mente conserva tutta la sua dignità, che ha ricevuto non soltanto dalla sua creazione “*a immagine e somiglianza*” (Gn 1, 26) di Dio, ma anche dalla sua vocazione a vivere in comunione con Lui. È ciò che il Concilio Vaticano II ricordava quando dichiarava che “*la ragione più alta della dignità dell'uomo consiste nella sua vocazione alla comunione con Dio. Fin dal suo nascere l'uomo è invitato al dialogo con Dio; non esiste, infatti, se non perché, creato per amore da Dio, da Lui sempre per amore è conservato, né vive pienamente secondo verità se non lo riconosce liberamente e se non si affida al suo Creatore*”²⁹. L'uomo è in effetti la sola creatura sulla terra che Dio ha voluto per se stessa. Insistere su questa dignità nell'accompagnamento dei malati di mente può aiutarli ad accettare il loro handicap e a non considerarlo come una punizione divina, ad accettarsi come degli esseri unici agli occhi di Dio che hanno il proprio posto nella creazione, e aprirli al mistero dell'amore di Dio.

L'amore preferenziale di Dio per i deboli. L'insegnamento dei profeti e di Gesù mostrano che i deboli o i poveri sono l'oggetto di un amore preferenziale da parte di Dio, e gli eredi privilegiati del suo Regno. Questo amore è per loro l'espressione della fedeltà di Dio alle sue promesse. La presa di coscienza di un tale amore da parte di un malato di mente confrontato ad una società che non trova spesso migliore soluzione se non quella di escluderlo, può aiutarlo a ritrovare fiducia nella vita. Il sentimento di essere amato al di sopra di tutto può favorire a sua volta l'infanzia spirituale.

L'infanzia spirituale. Gesù adotta nei confronti dei bambini lo stesso comportamento di Dio. Li beatifica (Mc 10, 16) e rivela così la loro predisposizione ad entrare nel Regno. Ogni cristiano è invitato ad accogliere il Regno di Dio come un bambino (Mc 10, 15) e ad acconsentire a ritornare bambino (Mt 18, 3) per accedere al Regno di Dio. Essere o farsi bambino vuol dire diventare umile. Questa infanzia spirituale conduce alla fi-

ducia totale in Dio. Insegnata dal Vangelo e continuamente valorizzata da Santa Teresa del Bambino Gesù, essa può essere per i malati di mente un cammino per trovare la pace del cuore.

La partecipazione alla croce di Cristo. La Croce di Cristo rimanda alle sue sofferenze. San Paolo ricordava spesso che il cristiano era chiamato a lasciar vivere Cristo dentro di sé. La sofferenza è un cammino di comunione al mistero della Croce di Cristo. “*Come se il cristiano vive, 'non è più lui che vive, ma Cristo vive in lui'*” (Ga 2, 20), così le sofferenze del cristiano sono ‘*le sofferenze di Cristo in lui*’ (2 Co 1, 5). *Il cristiano appartiene a Cristo attraverso il suo stesso corpo, e la sofferenza lo rende conforme a Cristo* (Fil 3, 10)”³⁰. Insistere su questa realtà può anche aiutare i malati di mente a portare meglio la loro sofferenza ed a darle un significato mistico.

La speranza nella resurrezione. La realtà della speranza mostra il posto di un avvenire di felicità al quale tutti gli uomini sono chiamati nella vita del cristiano. È la fiducia in Dio e nella sua fedeltà alle sue promesse a nutrire tale speranza. La resurrezione di Gesù adempie a tutte le promesse di Dio ed è dunque il termine della speranza del cristiano. Gesù Cristo morto e resuscitato è l'avvenire dell'uomo. Egli chiede ai suoi discepoli di ac-

cettare, seguendolo, la sofferenza e la morte per aver parte alla sua gloria (Mt 16, 24 ss). Ogni cristiano che sia in comunione con la sua sofferenza può sperare nella comunione con la sua gloria. Il ricorso a questo aspetto dell'esperienza cristiana sulla quale numerosi maestri spirituali (Ignazio di Loyola, Giovanni della Croce) hanno insistito può essere utile anche nell'accompagnamento spirituale dei malati di mente. Esso li aiuterà in particolare a mantenere la speranza al centro del loro cammino di croce.

Una vera pastorale dei malati di mente non può dimenticare questi cardini comunicabili nel quadro della catechesi, delle celebrazioni liturgiche e dell'accompagnamento spirituale individuale. Un'assistenza spirituale ai malati di mente sulla base di queste idee semplici, chiare e profondamente evangeliche, può aiutare questi nostri fratelli ad accettare la loro situazione e a farne il luogo di una vera lode di Dio e di un autentico incontro con lui. Si tratta di intuizioni che, se giudicate degne di attenzione, da parte di specialisti in teologia spirituale, possono essere sottoposte ad un lavoro di elaborazione e di sistematizzazione più rigorosa.

Conclusione

Il malato di mente, tenuto conto della complessità della sua situazione e dei problemi che pone il farsene carico, costituisce oggi una vera sfida per la pastorale della Chiesa, una sfida a livello della formazione degli operatori pastorali, del lavoro dei nostri teologi e della nostra pastorale globale. La Chiesa oggi è obbligata ad impegnarsi con coraggio in nuove esperienze senza rinnegare l'esperienza passata. È questo il nostro sentimento profondo.

In effetti, attraverso ciò che ho appena detto, possiamo già vedere che la pastorale e la spiritualità che cerchiamo insieme nel rispetto delle specificità locali per aiutare le nostre Chiese a meglio assumere la loro missione evangelizzatrice presso i malati di mente, non può non obbligarci a pensare alla formazione dei futuri operatori pa-



storali e a rinnovare quella degli operatori attuali. Queste devono apprendersi alle tecniche moderne di farsi carico dei malati di mente e di comunicare con loro. Gli operatori devono imparare a lavorare in collaborazione con strutture o all'interno di reti esterne alla Chiesa. La specificità della situazione di questi malati apre altresì nuovi campi di ricerca ai nostri teologi. Per assicurare occasioni di maggiore efficacia e fecondità alla sua missione evangelizzatrice, la pastorale ecclesiale per i malati di mente non deve staccarsi dalla pastorale globale. I pastori devono abituarsi a ricordare la dimensione sociale ed individuale del peccato, della lotta spirituale e della costruzione del Regno. Un tale cammino può progressivamente condurre ogni battezzato a far fronte alle esigenze del proprio dovere di carità nei confronti dei "feriti dalla vita" e delle membra sofferenti del Corpo di Cristo, cioè questi nostri fratelli e sorelle.

Possano queste parole semplici, ma scaturite dall'esperienza e dal

sogno di un pastore che condivide con molti collaboratori – sacerdoti, religiosi e laici – la preoccupazione di una presenza ecclesiale nel mondo della salute, contribuire alla ricerca comune di una pastorale che sia all'altezza delle ambizioni della nuova evangelizzazione.

S.E.Mons. HERVÉ ITOUA

Vescovo di Ouessa
Presidente della Commissione Episcopale
della Pastorale Sanitaria
Repubblica del Congo

Note bibliografiche

¹ Cf. *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 1868.

² *Ibid.*, n. 1869.

³ Cf. La guarigione del cieco nato in Gv 9, 1ss.

⁴ XAVIER LEON-DUFOUR, *Vocabulaire de Théologie Biblique*, Paris, Cerf, 1981, p. 700.

⁵ *Ibid.*, p. 1146.

⁶ *Ibid.*, p. 702.

⁷ Cf. Messaggio di Giovanni Paolo II in occasione della IV Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio 1996.

⁸ Cf. Enciclica di Giovanni Paolo II *Centesimus Annus*, n. 57.

⁹ Cf. Istruzione della Congregazione per la Dottrina della Fede *Libertatis Conscientia*, n. 68.

¹⁰ Cf. n. 7.

¹¹ Si tratta di Movimenti di apostolato laico di cui fanno parte operatori sanitari cristiani.

¹² In effetti, come ci ricorda spesso il Santo Padre, una pastorale sanitaria perfettamente organizzata releva dall'Evangelizzazione.

¹³ Cf. Articolo: *Pastorale*, in *Catholicisme*, Tomo X, p. 766, col. 2.

¹⁴ Cf. Articolo: *Evangélisation*, in *Catholicisme*, Tomo IV, p. 755, col. 2

¹⁵ *Ibid.*, p. 757.

¹⁶ *Ibid.*, p. 758.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibid.*, p. 760.

¹⁹ *Ibid.*, p. 759-760

²⁰ PEDRO ARRUEPE, *Lettera sull'inculturazione del 14 maggio*, Acta Romana XVII, 1978, p. 283.

²¹ THÉONESTE NKERAMIHIGO, *Préalables pour une conception inculturée de la formation jésuite en Afrique et Madagascar*, Inédit, p. 3.

²² *Ibid.*, p. 768, col. 1-2.

²³ Cf. Il contributo di Michel Dupuis all'articolo di spiritualità nel Dizionario di spiritualità, p. 1164.

²⁴ LOUIS BOUYER, *Introduction à la vie spirituelle: Précis de théologie ascétique et mystique*, Paris/Tournai, Desclée & Cie, 1960, p. 27.

²⁵ *Ibid.*, p. 13.

²⁶ *Ibid.*, p. 27.

²⁷ *Ibid.*, p. 30.

²⁸ *Ibid.*, p. 107.

²⁹ *Gaudium et spes*, n. 19, 1.

³⁰ Cf. L'articolo sulla sofferenza in XAVIER LEON-DUFOUR, op. cit., p. 1254.



Tavola rotonda



*Legislazioni
sulle malattie mentali*

PHILIPP JENNINGER

La legislazione su i disabili psichici in Germania

1. Introduzione

La Costituzione della Repubblica federale di Germania assicura a tutti i cittadini il rispetto della loro dignità umana, il diritto alla vita e alla integrità fisica, il libero sviluppo della loro personalità, il trattamento paritario da parte delle autorità statali nonché l'osservanza dei principi fondamentali dello stato sociale.

Questi diritti e tutti gli altri diritti fondamentali vengono riconosciuti in Germania anche ai disabili psichici, indipendentemente dalla causa, dal tipo e dalla gravità del loro handicap in Germania. Tutte le restanti norme giuridiche valgono allo stesso modo per i disabili di qualsiasi grado, cosicché secondo l'interpretazione data dal nostro Governo in via di principio, non sono giuridicamente ammissibili discriminazioni nei confronti dei disabili in Germania.

Tuttavia, la disponibilità reciproca tra sani e malati ad accettarsi – un mutuo processo, da realizzarsi come tale – rimane fondamentale per la partecipazione dei disabili psichici alla vita sociale del nostro paese. La concezione dell'essere umano contenuta nella nostra Costituzione richiede integrazione, collaborazione e partecipazione. Tutte le persone devono cooperare per raggiungere questo obiettivo, siano essi comuni cittadini, responsabili delle istituzioni, membri della gerarchia ecclesiastica, volontari o professionisti dell'assistenza. Purtroppo anche da noi nella vita quotidiana la solidarietà nei confronti delle persone disabili e il rispetto della loro dignità umana non possono ancora considerarsi acquisti. Così come l'effettiva parità delle

opportunità per disabili e non-disabili non è assicurata in tutti i settori.

Rimangono quindi compito e sfida permanenti di un paese che voglia dirsi civile creare un clima in cui i disabili non si sentano discriminati nelle loro condizioni di vita, dove per quanto possibile si stabiliscano pari opportunità e si riducano gli effettivi svantaggi tuttora esistenti.

2. La posizione del disabile psichico nell'ordinamento giuridico

1. Capacità giuridica

Secondo il primo paragrafo del nostro Codice Civile; ogni uomo acquisisce la sua capacità giuridica dal momento della nascita, indipendentemente dal suo sesso e dalle sue condizioni fisiche o psichiche. Questa capacità è insopprimibile e irrinunciabile. Ogni uomo ha quindi numerosi diritti, come ad esempio il diritto ai sussidi sociali, il diritto di essere proprietario di beni e di ereditare.

Il secondo articolo della Costituzione garantisce anche al disabile psichico il diritto al libero sviluppo della sua personalità, nella misura in cui non contrasti con i diritti altrui o l'ordinamento costituzionale. Anche il disabile ha il diritto alla vita e all'integrità fisica. La libertà della sua persona è inviolabile. Allo stesso modo vale per lui la libertà di pensiero e di fede religiosa.

L'articolo 20 della Costituzione garantisce infine il diritto a godere del trattamento offerto dallo stato sociale.

L'articolo 103 della Costituzione garantisce a tutti il diritto ad essere ascoltati dal giudice.

2. Capacità d'agire dei disabili psichici

Non tutti gli uomini, che hanno capacità giuridica, possono far valere i propri diritti e adempiere ai propri doveri. Bisogna dunque distinguere tra la generale capacità giuridica e la capacità di agire. La capacità di agire è la capacità di poter generare effetti giuridici con la propria azione e di poter disporre autonomamente dei propri diritti (ad es. stipulare contratti, agire in processo), ma anche quella di essere chiamato ad un obbligo, come ad es. di poter essere ritenuto responsabile per un danno.

La capacità di agire comprende la capacità negoziale e la capacità penale. La capacità negoziale è determinata da una parte dell'età di una persona e dall'altra dalle sue condizioni psichiche. Per la legge tedesca è illimitatamente capace di negoziare colui il quale abbia compiuto il diciottesimo anno di età. Un'eccezione alla regola, secondo la quale la capacità di negoziare si ottiene con il raggiungimento della maggiore età, è prevista dal paragrafo 104 del Codice Civile secondo cui è incapace di negoziare "colui il quale si trova in uno stato patologico di infermità mentale tale da escludere la libera determinazione della volontà, salvo che questo stato non sia transitorio". Un disturbo patologico dell'attività mentale sussiste quando un uomo è incapace di una formazione autonoma e razionale della volontà. Questo è sempre il caso in cui si disponga della necessaria facoltà critica e capacità di giudizio, non si sia in grado di ponderare le proprie decisioni in modo ragionevole e quando non si riesca a prevedere in misura adeguata le eventuali con-

seguenze – quando si sia quindi di fatto incapaci di agire. In questo caso le volizioni del soggetto non hanno alcuna rilevanza giuridica, esse sono nulle. Un maggiorenne incapace di fatto a negoziare non può egli stesso stipulare alcun contratto. Questa forma della effettiva incapacità negoziale è molto importante nel lavoro quotidiano con i disabili psichici, perché costituisce in un certo qual modo un correttivo, con il quale si possono rendere nulli contratti dei quali l'incapace di intendere non ha potuto valutare la portata, nonché gli obblighi che ne derivano.

Non è comunque vero che con questa norma si definisca o stabilisca in termini generali l'incapacità di negoziare di un maggiorenne con handicap psichico. La nullità di un negoziato giuridico che coinvolge un disabile psichico è stabilita solo nel caso in cui il disabile stesso, o la sua controparte, affermi e addirittura dimostri che al momento della conclusione del contratto sussisteva l'incapacità di negoziare. Le circostanze del singolo caso vengono allora esaminate in una controversia giudiziaria. Colui che reclama l'incapacità di negoziare ha l'onere di provarla, poiché per i maggiorenni l'ordinamento giuridico presume in via di principio la capacità negoziale.

3. Responsabilità civile dei disabili psichici

I problemi di responsabilità, che possono sorgere nell'ambito dell'assistenza ai disabili psichici, coinvolgono per la maggior parte l'obbligo di risarcimento del danno in sede civile e riguardano, innanzitutto, i delitti compiuti.

Nel nostro diritto civile i delitti sono atti illeciti, rivolti contro determinati beni giuridici, come per esempio salute, libertà, proprietà. Il verificarsi di un atto illecito nell'ambito del diritto civile produce un diritto al risarcimento del danno a favore di chi è stato danneggiato.

Chiunque può commettere un atto illecito, quindi anche bambini o persone con handicap psichico. Ma di regola gli atti illeciti comportano l'obbligo di risarcimento del danno solo quando l'autore ha agito con colpevolezza. Agisce con colpevolezza colui il quale causa un danno in maniera dolosa e colposa.

Si presume che si tratti di azioni compiute con colpevolezza solo quando è possibile imputare all'autore la violazione del bene giuridico come conseguenza di una determinazione erronea della volontà. Si presuppone che l'autore avrebbe potuto evitare la determinazione della volontà che ha causato il danno. La questione se si tratti di azione compiuta con colpevolezza dipende quindi innanzitutto dalla presupposizione della libertà decisionale e dell'autonomia della volontà di colui che compie l'azione. Secondo il paragrafo 827 del Codice Civile non è responsabile del danno colui il quale cagiona un danno a terzi trovandosi nella condizione di un disturbo patologico dell'attività mentale, che esclude la libera formazione della volontà, o in stato di incoscienza. La presenza di tali disturbi si può supporre in caso di gravi handicap psichici. D'altra parte gli handicap psichici meno gravi non giustificano automaticamente la presupposizione dell'incapacità di commettere atti illeciti. Anche qui è necessario esaminare caso per caso.

In linea di principio, pertanto, anche le persone con handicap psichico possono essere obbligate a risarcire un danno. Chi si appella all'incapacità di commettere atti illeciti è tenuto a dimostrarlo. Solo una perizia può stabilire in ciascun caso se l'handicap psichico giustifica l'esclusione dalla responsabilità. Il disabile psichico è ritenuto responsabile, nel caso in cui non possa provare la sua incapacità di commettere atti illeciti.

4. Legge sull'assistenza

La legge sull'assistenza, entrata in vigore il 1° gennaio 1992, ha migliorato notevolmente la condizione giuridica dei disabili psichici maggiorenni. In Germania questa legge ha eliminato la discriminante istituzione dell'interdizione, ed ha sostituito gli obsoleti istituti giuridici della tutela dei maggiorenni, nonché la curatela degli infermi di mente o fisici con uno strumento legislativo flessibile che preveda un'assistenza personale differenziata stabilita dal giudice nei vari casi. Con esso è possibile raggiungere soluzioni adeguate per i diversi tipi e gradi di malattie o handicap. Per aiutare disabili nello svol-

gimento delle attività quotidiane, un'assistenza può essere disposta soltanto nel caso in cui sia realmente necessaria a causa di una malattia psichica o di un handicap fisico e psichico. Essa pertanto non è ammessa quando sussistono altre possibilità di intervento.

La ratio di questa legge consiste nel miglioramento dell'assistenza alla persona, cioè la legge persegue lo scopo di aumentare i diritti personali e di considerare, per quanto è possibile, il benessere degli assistiti, nonché i loro desideri e necessità. L'assistenza e l'aiuto nella riabilitazione dovrebbero far riguadagnare autonomia e libertà d'azione.

Secondo questi principi:

- la disposizione dell'assistenza come tale non esplica alcun effetto sulla capacità d'agire degli assistiti;
- perseguiere il benessere, così come accontentare i desideri dell'assistito, costituiscono i criteri principali per gli interventi degli assistenti;
- nell'ambito dei loro compiti, gli assistenti devono contribuire a sfruttare tutte le possibilità per eliminare la malattia e ridurre l'handicap degli assistiti, o per attenuarne le conseguenze;
- gravi misure riguardanti i beni giuridici personali possono essere applicate solo con severissime condizioni ed avendo come esclusiva finalità gli interessi dell'assistito;
- è particolarmente importante la scelta di assistenti adeguatamente preparati;
- tutti provvedimenti giudiziari devono essere verificati entro cinque anni.

Questa nuova legge migliora, in modo significativo, la posizione giuridica dei malati e disabili psichici.

3. Aiuti previsti dalla legge per l'inserimento sociale dei disabili psichici

Per i disabili psichici dalla nascita la cosiddetta "assistenza per l'inserimento" prevista dalla Legge sull'Assistenza Sociale costituisce il più importante strumento di riabilitazione. Il paragrafo 10 della suddetta legge prevede che, indipendentemente dalla causa del proprio handicap, ogni disabile fisico e psichico, ogni persona che sia a ri-

schio di un simile handicap, abbia diritto sociale dell'assistenza necessaria per:

– prevenire, eliminare, attenuare, impedire il peggioramento di un disturbo o ridurre le conseguenze dell'handicap;

– e per assicurargli un posto nella comunità, e in particolare nel mondo del lavoro, che corrisponda alle sue inclinazioni e capacità.

Questo "diritto sociale" non è solo riconosciuto in senso generale come un principio giuridico per l'interpretazione e l'applicazione del diritto sociale tedesco, ma anche come la linea direttiva più importante della politica per la riabilitazione e per i disabili. Tra i principi che derivano da questo diritto, vorrei sottolineare i seguenti:

– l'obiettivo dell'integrazione dei disabili nella società;

– il principio della finalità, secondo il quale gli aiuti necessari devono essere forniti, indipendentemente dalla causa dell'handicap, a tutti i portatori di handicap, e a coloro che ne sono a rischio;

– il principio di un pronto intervento allo scopo di contenere il più possibile gravità e conseguenze della disabilità;

– il principio dell'assistenza individuale concepita in funzione delle esigenze concrete di ogni singolo portatore di handicap, alle quali si deve far fronte con i mezzi adeguati.

4. Le forme principali dell'assistenza per l'inserimento

1. Aiuti per bambini e adolescenti

Nell'ambito della cosiddetta assistenza precoce, tutte le misure terapeutiche per bambini non ancora in età scolare vengono concesse come misure di riabilitazione. Nel caso singolo è sufficiente il rischio di malattia. Di regola i pediatri diagnosticano questi handicap nell'ambito delle visite previste. Dopo la nascita, i medici stilano un certificato nel quale vengono definite le misure di assistenza precoce delle quali il bambino può usufruire. L'assistenza presso le famiglie da parte dei terapeuti costituisce il settore più importante dell'assistenza precoce.

Ogni bambino con un handicap

psichico ha diritto ad un posto nella scuola materna, possibilmente insieme a bambini non handicappati. I bambini disabili e non-disabili dovrebbero sperimentare insieme compiti e possibilità positive di agire e di avere comportamenti conformi alla loro età. La Legge sull'Assistenza Sociale prevede anche il diritto ad una adeguata formazione scolastica. Questa comprende, tra l'altro, anche tutte le misure terapeutiche rivolte ai bambini e adolescenti disabili. Queste norme hanno avuto un'influenza decisiva sull'ampliamento del sistema delle "scuole differenziali" (Sonderschulen) in Germania. Queste disposizioni hanno facilitato la fondazione di scuole sperimentali, sovvenzionate dallo stato, dove è stato possibile dimostrare che anche i bambini con un handicap psichico possono ricevere una formazione. Così nel corso degli anni in tutti i Länder è stata creata una rete capillare di "scuole differenziali".

2. Assistenza per il trasporto

Di norma anche il trasporto gratuito ai centri per disabili fa parte delle misure di riabilitazione.

3. Assistenza per la casa

Anche l'aiuto per la ricerca e il mantenimento di una abitazione, che corrisponda alle particolari esigenze del disabile, fa parte dell'assistenza per l'inserimento. Esso comprende sia il diritto a modificare l'appartamento in funzione dei portatori di handicap, sia quello ad

essere ospitato in centri di accoglienza o case-famiglia, per i quali l'assistenza sociale paga una "retta".

4. Disposizioni della legge sui centri di accoglienza per disabili psichici

Chi vive in un centro di accoglienza dipende in modo particolare da chi organizza e da chi dirige la casa. La legge sui centri di accoglienza mira alla tutela dei diritti, degli interessi e delle necessità degli ospiti, nonché di coloro che vorrebbero ottenere un posto nel centro. La definizione del contratto dei centri rappresenta l'elemento centrale di queste disposizioni. La stipula di un contratto tra finanziatori del centro di accoglienza e futuri ospiti è *obbligatoria*. Per la stesura del contratto è necessario rispettare i seguenti principi.

a) L'obbligo di descrivere le singole prestazioni: quelle degli organizzatori devono essere elencate esattamente nel contratto, distinguendo tra prestazioni normali e straordinarie.

b) I centri devono innanzitutto mettere a disposizione per lungo termine gli spazi abitativi.

c) Nel contratto devono essere ridotte al minimo le limitazioni della libertà d'azione e le intromissioni nella sfera privata degli ospiti (nel rispetto dei diritti di libertà del singolo tutelati dalla Costituzione).

d) Gli ospiti dovranno disporre della più ampia libertà possibile nell'arredare le stanze con soggetti personali e mobili propri.

e) Non può essere limitata la libertà di scelta del medico.

f) In linea di principio il contratto deve essere a tempo indeterminato.

g) Il diritto ordinario di risoluzione del contratto spetta unicamente all'ospite.

h) Per quanto gli è possibile, l'ente finanziatore deve tener conto del miglioramento o peggioramento dello stato di salute dell'ospite e adeguare, di conseguenza, le sue prestazioni.

Le disposizioni summenzionate per la stesura del contratto costituiscono *diritto cogente* in quanto norme di tutela in favore degli ospiti.

Tutti i centri per disabili sono controllati da uffici statali compe-



tenti, che devono vigilare sull'applicazione della legge suddetta. Nel caso di vizi applicativi possono intervenire e prendere provvedimenti, che contemplano in qualche caso anche la chiusura del centro.

5. Laboratori per disabili

I disabili psichici che, a causa del tipo o della gravità del loro handicap, non possono usufruire degli incentivi previsti, diretti all'inserimento nel mercato generale del lavoro, devono avere la possibilità di svolgere un'attività conforme al loro handicap. Questo è previsto nel cosiddetto regolamento sui "laboratori per disabili". Il laboratorio per disabili è un'istituzione che ha come scopo l'inserimento del portatore di handicap nella vita lavorativa. Esso offre un posto di lavoro o l'opportunità di svolgere un'attività adatta a loro, che per il tipo o la gravità dell'handicap non possono essere ancora inseriti o reinseriti nel mercato generale del lavoro. Il laboratorio deve permettere ai disabili lo sviluppo, l'aumento e la riconquista delle loro capacità e dare loro la possibilità di percepire una retribuzione adeguata. È auspicabile che il laboratorio disponga di un'ampia offerta di posti di lavoro e di esercitazione, nonché di una dotazione comprensiva di servizio di assistenza.

Il sistema di retribuzione nei laboratori per disabili è ancora totalmente insufficiente. Nella Repubblica Federale i malati che si impegnano in un laboratorio guadagnano mediamente 220 marchi al mese. Urge dunque un nuovo regolamento legislativo.

6. Tutela particolare in caso di occupazione dei disabili nel mercato del lavoro

Nella libera economia tutti gli operai e gli impiegati con un handicap psichico sono considerati prestatore d'opera. Sono pertanto sottoposti a tutti i diritti e i doveri stabiliti dal diritto generale del lavoro. I grandi invalidi che da almeno sei mesi lavorano in una azienda, godono della tutela aggiuntiva della legge sui grandi invalidi. Questo significa che:

– ogni risoluzione di un rapporto di lavoro riguardante un grande invalido da parte del datore di lavoro può avvenire solo previo l'assenso

del principale ufficio di assistenza statale;

– il periodo di preavviso non può essere inferiore a quattro settimane;

– riguardo all'esecutività della risoluzione, il lavoratore invalido ha come e più degli altri la possibilità di far verificare la risoluzione dal giudice del lavoro.

In tutte le aziende in cui lavorano più di cinque grandi invalidi, cioè persone con un'invalidità superiore al 70%, oltre alla commissione interna è obbligatorio istituire una rappresentanza dei grandi invalidi. Compito di questa rappresentanza è vigilare affinché vengano rispettati, sul posto di lavoro, tutte le leggi, i regolamenti, e i contratti.

7. Assistenza per disabili psichici anziani e gravi

La legge sull'Assistenza Sociale prevede che la tutela venga concessa per tutta la vita del disabile. Per esempio non è ammesso che venga stabilito un limite d'età, oltre il quale cessi il diritto all'assistenza. I disabili psichici anziani devono invece poter decidere se l'assistenza, concessa loro nei laboratori, costituisca ancora un aiuto. Per questo possono scegliere quanto a lungo vogliono essere assistiti nei laboratori per disabili.

Secondo la legge per l'assicurazione dell'assistenza, varata nel 1994, un disabile psichico anziano che necessita di un'assistenza continua, può usufruire dell'assistenza gratuita da parte di personale specializzato. In questo contesto è

molto importante che oltre ai sussidi per l'assistenza quotidiana, non venga sospesa l'assistenza per l'inserimento nel mondo lavorativo, bensì che essa possa continuare.

Osservazioni conclusive

Secondo la nostra idea il compito di coinvolgere i disabili psichici "nel modo più normale possibile nella vita sociale", non è solo un obbligo dello stato, ma compito della collettività. È stato sempre naturale per la famiglia, gli amici e i vicini di casa avere particolare riguardo nei confronti dei disabili, integrarli nella vita sociale e garantire loro, con il massimo dell'impegno, le cure quotidiane e l'assistenza necessaria. Oggi questo compito è riconosciuto dalle istituzioni e si assolve, sempre di più anche nei diversi settori della vita privata, sociale e pubblica – ad esempio istruzione, trasporti, lavoro e tempo libero. Questo avviene anche riconoscendo che i disabili sono importanti per la costruzione della collettività sociale, poiché ci indicano che l'uomo completamente sano e perfetto non esiste. Essi permettono al singolo "normale" di comprendere che, per certi versi, egli stesso è fragile o meno-mato, promuovendo così il comportamento sociale positivo nella carità cristiana.

Norme giuridiche; istituzioni e servizi assistenziali non possono rappresentare altro che offerte e opportunità per l'inserimento. Ma i traguardi suddetti sono raggiungibili solo se il disabile è motivato. Per questo la consulenza e l'assistenza per l'inserimento devono collegarsi alle motivazioni concrete degli interessati e svilupparle al meglio, valorizzando tutte le possibilità riabilitative del singolo caso. L'adozione di misure riabilitative può avvenire solo previo assenso del disabile. Poiché sotto molti aspetti è difficile sviluppare la personalità, dei disabili psichici, è importante rafforzare ed appoggiare in loro, ovunque sia possibile, l'iniziativa personale e l'autodeterminazione – cioè la loro capacità di aiutare se stessi.

Dr. PHILIPP JENNINGER
Ambasciatore della
Repubblica Federale di Germania
presso la Santa Sede



RAYMOND R.M. TAI

La legislazione e i servizi di salute mentale nella Repubblica Cinese

Introduzione

Il fatto che in soli quaranta anni la Repubblica Cinese di Taiwan, da una situazione stagnante addormentata, impoverita e lacerata dalla guerra, si sia trasformata in una delle più vibranti economie industriali di oggi, ha fatto sì che questa isola piena di energia acquisisse fama mondiale. Ma, insieme a questo successo, sono giunti anche alcuni mali tipici delle società moderne – tra cui la mancanza di adattabilità causata dal rapido cambiamento e dai drastici sconvolgimenti avvenuti nella struttura della società e il disaggregamento della famiglia come fondamento della società. Tutto ciò ha portato ad un aumento delle malattie mentali.

Negli anni '90, i problemi relativi alla salute mentale sono andati assumendo sempre maggiore importanza mentre i governi e le organizzazioni comunitarie a tutti i livelli cercano di tenere le malattie mentali sotto controllo. Così per affrontare i crescenti problemi connessi alle malattie mentali, il Central Government's Department of Health (DOH) ha dato grande priorità alle politiche di salute mentale. Ciò rappresenta un cambiamento sostanziale, ed un importante riconoscimento di questo problema dei nostri giorni.

Gran parte dello slancio rivolto ad una maggiore priorità della salute mentale deriva dagli ideali fondamentali del Presidente della Repubblica Cinese, il Dott. Lee Teng-hui. Fin dal 1988, data d'inizio del suo incarico, il Presidente Lee ha dato enfasi al bisogno di un maggiore rispetto per la dignità umana, qualunque sia la condizione

economica, fisica e mentale dell'individuo.

La sua ricerca per dare a tutti uguali opportunità ha fatto sì che la questione dei malati di mente venisse al primo posto nelle preoccupazioni delle politiche pubbliche. Nella sua campagna elettorale all'inizio dell'anno, il Presidente Lee ha ripetutamente sottolineato la necessità di una società più attenta e premurosa e del ritorno alle vecchie virtù cinesi di auto-fiducia comunitaria e di benessere basato sulla famiglia.

Sotto l'amministrazione del Presidente Lee, il DOH ha intrapreso delle iniziative allo scopo di integrare politiche di miglioramento della salute mentale nei programmi della National Health Insurance (NHI).

La legislazione sulla salute mentale

La prima commissione per la Legge sulla Salute Mentale nella Repubblica Cinese di Taiwan fu creata nel dicembre 1981. Una prima bozza di legge fu redatta dall'Associazione per la Salute Mentale sotto gli auspici del DOH nel luglio 1983. Sorsero però controversie sulla sua potenziale messa in atto relative a questioni quali la carenza di psichiatri, e la grave mancanza di infrastrutture all'interno degli ospedali esistenti per poter far fronte alla prevista affluenza di pazienti con "nuovi diritti". La legge fu perciò rimandata.

In seguito a questo fallimento, il DOH preparò l'eventuale entrata in vigore di una Legge sulla Salute Mentale costituendo una Rete Re-

gionale di Cure Psichiatriche in tutta l'isola, nonché programmi collegati di sostegno per migliorare la cura di questi malati. Grazie agli sforzi congiunti di psichiatri, psicologi, avvocati, assistenti sociali, pazienti e famiglie di pazienti, il DOH organizzò numerosi forum per sollecitare la promulgazione della legge.

Tali sforzi portarono alla creazione nell'agosto 1987 di una speciale task force sulla Legge per la Salute Mentale di cui fu redatta una nuova versione in collaborazione con varie agenzie governative interessate alla salute mentale. La nuova bozza fu approvata nel 1990 dal Legislative Yuan, l'organismo governativo incaricato di legiferare e convertita in legge il 7 dicembre 1990 dal Presidente Lee. La legge fornisce le basi legali per la prevenzione e la cura delle malattie mentali. Per il Presidente Lee, si trattò di un evento che rappresenta una pietra miliare nei suoi sforzi per assicurare i diritti e la dignità di tutti i cittadini.

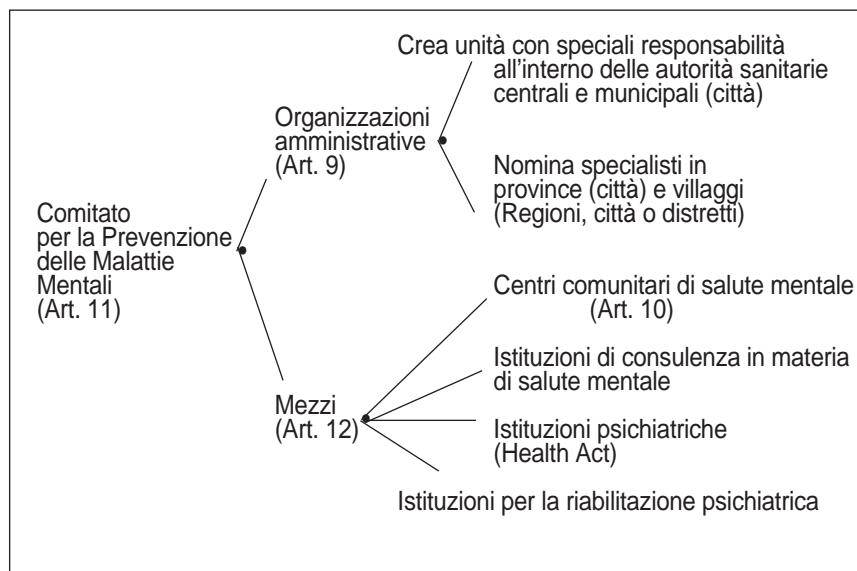
Come la legislazione sulla salute mentale in vigore in altre democrazie di lunga data, anche quella della Repubblica Cinese di Taiwan è di vasta portata, e comprende cinquantadue articoli suddivisi in sei capitoli. La legge fornisce un'ampia gamma di mezzi e sistemi di salute mentale, di cura dei pazienti, e dei diritti dei pazienti. Il suo scopo effettivo è quello di promuovere, proteggere e garantire i diritti e il benessere dei pazienti, e di migliorare la salute mentale a livello globale nel paese, in particolare in questi tempi di grande adattamento sociale ed economico al cambiamento rapido ed epocale avvenuto a Taiwan.

Contenuto della legislazione sulla salute mentale

1. Definizione di malattia mentale

La malattia mentale viene definita una anomalia dello stato mentale in riferimento al pensiero o alla natura emotiva, sensoriale o cognitiva, che, ostacolando la capacità dell'individuo di adattarsi alle attività della vita quotidiana, richiede cure e trattamento medico. Il termine include le psicosi e le nevrosi, così come la dipendenza dall'alcol e dalle droghe (Articolo 3).

2. Sistemi e Mezzi per la Salute Mentale



3. Protezione dei Malati di Mente

1) "Le persone affette da gravi malattie mentali saranno diagnosticate da un medico specialista" (Art. 5 (2)).

2) Un "assistente" sarà assegnato ad una persona affetta da grave malattia mentale. (Artt. 14 e 15),

3) L'assistente dovrà aiutare il malato di mente a ricevere le cure mediche (Art. 18). Altrimenti egli, insieme al malato di mente, sarà responsabile dei danni recati anche da un punto di vista economico (Art. 19 (1)).

4) Le istituzioni o i centri destinati alla detenzione, alla correzione o al benessere sociale assisteranno i malati che sono stati rinchiusi per lunghi periodi a ricevere assistenza medica. Quando un malato di mente lascia un'istituzio-

zione o un centro, questo dovrà immediatamente informare le autorità sanitarie locali perché forniscano una protezione di sostegno (Art. 20).

4. Ospedalizzazione forzata

La legge tratta espressamente solamente una forma di ricovero ospedaliero, cioè l'ospedalizzazione forzata. Questo tipo di ricovero va effettuato quando, sulla base di diagnosi iniziali e conformi da parte rispettivamente di due medici specialisti, una persona gravemente malata di mente può "chiaramente arrecare danno" a se stesso o agli altri o ha già agito in questo senso. In questo caso la

glia, la natura della malattia, il piano di cure, la prognosi, il motivo dell'ospedalizzazione, nonché i diritti del paziente (Art. 27).

3) Le istituzioni psichiatriche non possono confinare il malato di mente, imporgli limitazione fisica, o ridurre la sua libertà di movimento (Art. 29).

4) Quando sono richieste delle cure mediche che devono essere effettuate da una clinica o da un'istituzione psichiatrica, si dovrà prima ottenere il consenso scritto del malato di mente (Artt. 31 e 32).

6. Spese mediche

1) I governi ad ogni livello sosterranno finanziariamente i malati di mente indigenti (Art. 33).

2) Le spese relative all'ospedalizzazione forzata per valutazione e cura saranno a carico del governo centrale (Art. 34).

7. Diritti del malato di mente

1) Saranno rispettati e protetti la dignità personale, i diritti legali e gli interessi del malato di mente (Art. 36).

2) Non verranno effettuate registrazioni audio, video o fotografie di un malato di mente senza il previo consenso dell'interessato e del suo assistente o dell'interessato e dei membri della sua famiglia (Art. 37).

3) I malati di mente ospedalizzati godranno di privacy personale, del diritto a comunicare liberamente e ad incontrare visitatori (Art. 38).

4) Quando vengono violati i diritti e gli interessi descritti nella legge per i malati di mente, questi, il loro assistente o i membri della loro famiglia possono appellarsi alle autorità sanitarie interessate (Art. 39).

5) I malati di mente che sono stati ricoverati possono ricevere formazione e guida professionale (Art. 40).

6) Secondo la legge, un'appropriata riduzione o sospensione delle tasse può essere assicurata al malato di mente o a colui che lo assiste (Art. 41).

Iniziative relative ai programmi di salute mentale

Dopo la promulgazione della Legge per la Salute Mentale, il DOH ha intrapreso le seguenti iniziative:

1. Creazione di un sistema amministrativo di salute mentale

Secondo la Legge per la Salute Mentale, il DOH è responsabile a livello centrale della creazione di una linea amministrativa diretta che colleghi i dipartimenti sanitari locali all'autorità sanitaria centrale. Si crea quindi un'unità all'interno delle autorità sanitarie a livello nazionale, provinciale e municipale. A livello di città di provincia, del personale verrà specificatamente destinato all'amministrazione dei programmi di salute mentale (Art. 9).

2. Rafforzamento dei servizi di salute mentale e della manodopera

Le cure psichiatriche richiedono un lavoro d'équipe che coinvolge medici, infermieri, psicologi, operatori sociali e terapeuti professionali. I programmi psichiatrici educativi iniziati nel 1986 hanno lo scopo di fornire una formazione continua e sistematica a tutti i livelli di quanti si occupano della

pubblici.

2) Incoraggiare le organizzazioni private ad investire nelle unità di cura psichiatriche; ciò aggiungerà altri 4.000 posti letto.

3) Costruire un nuovo centro

della provincia di Taiwan, sono state aiutate a creare un centro comunitario di salute mentale che fornisca servizi e promuova l'educazione alla salute mentale nella comunità.

**TAVOLA 2
MEZZI PER LA CURA PSICHiatrica A TAIWAN, R.O.C.**

Mezzi	N.Mezzi	N.letti	N.pazienti in Day Hospital	N.ospedali provinciali e municipali con servizi	N. Pazienti in centri di riabilitazione comunitaria psichiatrici	N. Letti per case famiglia
1985	79	11.066	179	5	0	18
1991	112	11.935	559	22	461	71
1996	160	14.045	1895	28	945	359
Perc. di aumento	103%	27%	958%	460%	945%	1900%

psichiatrico nel sud del paese con 500 posti letto.

4) Utilizzare i 1.500 posti letto attualmente non in uso in alcune istituzioni di cura psichiatrica (Tav. 2).

4. Promozione della riabilitazione dei pazienti psichiatrici nella comunità

Dal 1989 sono state intraprese iniziative per promuovere la riabilitazione di pazienti nella comunità sponsorizzando ospedali pubblici e privati affinché creino centri di riabilitazione comunitaria, labora-

6. Prevenzione e cura della tossicodipendenza

Dato l'aumento in anni recenti dell'uso degli stupefacenti, il DOH sta attuando varie misure di prevenzione e cura medica per i tossicodipendenti per evitare l'aggravarsi dei problemi relativi all'uso di droghe. Per permettere ai tossicodipendenti di ricevere cure mediche adeguate, il DOH ha designato 132 tra ospedali e cliniche a fornire cure mediche adeguate affinché queste persone si liberino dalla droga. Inoltre, ha messo in atto un sistema di cessazione dalla droga all'interno della rete di cure psichiatriche.

7. Rafforzamento dell'educazione pubblica a tutti i livelli per acquisire giusta conoscenza della salute mentale e comprendere le malattie mentali

Per riassumere, la Legge per la Salute Mentale riflette le nostre politiche fondamentali per la salute mentale, che sono:

1) dare rilievo tanto alle cure psichiatriche quanto alla salute mentale;

2) promuovere cure e riabilitazione positive, riducendo confinamento e segregazione negativi;

3) unire la psichiatria al benessere sociale;

4) evidenziare tanto i diritti quanto la sicurezza sociale dei pazienti.

Sulla base di queste politiche, il DOH ha intrapreso alcuni passi positivi nel lavoro di prevenzione e di cura delle malattie mentali. Nel futuro, il nostro lavoro dovrà basarsi sulla Legge per la Salute Mentale e

**TAVOLA 1
MANODOPERA PROFESSIONALE PSICHiatrica A TAIWAN, R.O.C.**

Manodopera professionale	Medici	Infermieri	Psicologi clinici	Operatori sociali	Terapeuti professionali
1985	202	832	48	35	79
1991	454	1292	103	112	111
1996	629	1832	170	187	204
Percentuale di aumento	211%	119%	245%	434%	158%

cura dei malati di mente. Il personale sanitario per i malati di mente è aumentato in modo considerevole dal 1985 al 1996 (Tav. 1).

3. Integrazione e ampliamento dei mezzi per la cura dei malati di mente

Nella Repubblica Cinese di Taiwan, ci sono circa 14.000 posti letto per la cura psichiatrica. L'obiettivo per i prossimi cinque anni è di portare questo numero a 20.000. A tale fine vengono messe in atto diverse misure concrete, e cioè:

1) Aggiungere un totale di 1.000 posti letto negli ospedali generali

tori e case famiglia per aiutare i pazienti dimessi ad adattarsi alle realtà sociali, e promuovano cure a domicilio allo scopo di evitare la recrudescenza.

5. Assistenza dei governi locali nella creazione di centri comunitari di salute mentale

Le autorità sanitarie nelle città e province possono creare centri comunitari di salute mentale responsabili di attività collegate alla promozione della salute mentale pubblica. Kaohsiung City – una speciale municipalità sotto il governo centrale – insieme a Taipei County, Taichung County e Chiayi County

sulla concezione di psichiatria comunitaria per ridurre il confinamento e la segregazione dei pazienti, fornire servizi più efficienti ed accessibili e migliorare lo stato di salute mentale.

Conclusion

L'enfasi posta dal Presidente Lee Teng-hui, devoto cristiano, sulla necessità di preservare la dignità umana per tutti i cittadini apparirà in

modo notevole nelle politiche di salute mentale perseguitate dal DOH. Dignità per tutti, qualunque sia la condizione economica, fisica o mentale, è una pietra miliare nella guida del Presidente Lee verso una piena democrazia in Taiwan, Pescadores, Quemoy, Matsu e altre isole sotto la sovranità della Repubblica di Cina. Il corso e gli ideali del Presidente Lee rispecchiano molto da vicino i principi dell'u-

guaglianza di tutti gli uomini e dell'unità mondiale sposati da Confucio (551 - 479 a.C.). Questo saggio non ha tralasciato nessun essere umano delineando il suo famoso rapporto tra persone e tra nazioni. Questi principi, che ancor'oggi esercitano un grande peso nella società moderna della Repubblica Cinese di Taiwan, assieme al rispetto del Presidente Lee per la dignità di tutti gli uomini, sottolineano l'im-



FRANCISCO EDUARDO TRUSSO

La legislazione nel campo delle malattie mentali in Argentina

Nel diritto argentino, e credo anche nella maggior parte dei paesi, non esiste una legislazione per le malattie mentali. Il legislatore si riferisce ad esse, legiferando nel campo del Diritto Civile, a proposito della capacità delle persone, della validità o della nullità degli atti giuridici, e della imputabilità, delle aggravanti o attenuanti in Diritto Penale.

Le infermità mentali vengono considerate in tali contesti per proteggere coloro che ne soffrono, la società in cui essi agiscono e i terzi con i quali sono legati.

In ordine al Diritto Civile, la capacità delle persone è un elemento sostanziale per l'esistenza e per la validità degli atti che compiono.

La capacità viene sempre presupposta, in quanto l'incapacità dev'essere dichiarata esplicitamente (art. 52 del Codice Civile argentino). Tra le figure degli incapaci, si distacca quella dei "dementi". Lo stesso Codice Civile Argentino, seguendo altre legislazioni, dichiara enfaticamente che "protegge gli incapaci", allo scopo di "sopprimere gli impedimenti della loro incapacità", concedendo loro dei "rappresentanti" che operino per loro conto e che li proteggano; rappresentanti che sono particolari (vengono chiamati curatori) e lo stesso pubblico ministero.

Chi sono quelli che la legge considera "incapaci a causa di demenza?" "Le persone che a causa di malattie mentali non hanno la capacità di governare la propria persona o di amministrare i propri beni" (art. 141 C.C.A.) e per questo interviene la soluzione giudiziale.

Ad essi è impedito di operare giuridicamente da soli e qualora si tema che possano causare danni a

se stessi o ad altre persone, saranno privati della propria libertà e ricoverati in un luogo apposito per malati di mente.

Per quanto si riferisce all'internamento, vengono assimilati ai dementi gli alcolisti cronici e i tossicodipendenti.

Da parte sua, la legislazione penale dichiara non punibili quanti al momento del fatto delittuoso soffrivano: 1º "di insufficienza delle proprie facoltà"; 2º o di "alterazioni morbose delle stesse"; 3º di "alienazione mentale". Nell'ultimo caso, il giudice potrà ordinare la reclusione in un manicomio e nei primi due casi il giudice ordinerà la reclusione in un "istituto adeguato".

La finalità è sempre quella di proteggere coloro che soffrono di demenza, o di alterazione delle proprie facoltà, oltre a quella di proteggere terze persone alle quali essi sono legate giuridicamente, e l'intera società.

Un capitolo a parte merita lo studio di quanti agiscono in modo delittuoso in uno "stato di emozione violenta" che il legislatore argentino considera come un'attenuante nell'imposizione della pena per il crimine commesso, assimilando questo stato di violenza all'alterazione delle facoltà mentali.

Il Codice Penale Italiano non contempla questa causale come attenuante della pena. Art. 90: "Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità".

A sua volta, per aggravare o attenuare la pena, il legislatore dovrà tener conto di diverse circostanze che possono portare a compiere l'atto delittuoso, e tra esse "la povertà e la difficoltà di guadagnare

il necessario sostentamento per sé e per la propria famiglia" che opera come attenuante, mentre in casi come la "violenza o lo stupro" o "l'abbandono di persone", quando la persona vittima dell'atto delittuoso è "priva della ragione", la pena si aggrava.

Regime matrimoniale

Il Codice Civile Argentino stabilisce come impedimenti per contrarre matrimonio, e conseguente causa di nullità matrimoniale, la "privazione permanente o transitoria della ragione indipendentemente dal motivo che l'ha causata".

Il Codice di Diritto Canonico, più ampio della legislazione civile per quanto riguarda questo argomento, stabilisce al Can. 1095: "Sono incapaci a contrarre matrimonio: 1º) coloro che mancano di sufficiente uso di ragione; 2º) coloro che difettano gravemente di discrezione di giudizio circa i diritti e i doveri matrimoniali essenziali da dare e accettare reciprocamente; 3º) coloro che per cause di natura psichica, non possono assumere gli obblighi essenziali del matrimonio".

Il contraente che, al momento di sposarsi, non è capace di intendere e di volere, né possiede la maturità di giudizio adeguata per discernerne, comprendere e accettare i diritti e i doveri essenziali della mutua donazione e accettazione matrimoniale, o è impedito ad assumere gli obblighi coniugali essenziali, manca della necessaria capacità per quell'atto di volontà qualificato che consiste nel consenso matrimoniale.

Mancanza di un sufficiente uso della ragione

Carenti di un sufficiente uso della ragione sono coloro che, sofferenti di una malattia mentale, sono privati, al momento di dare il consenso, del libero uso delle proprie facoltà di intendere e di volere imprescindibili per emettere un atto umano. La figura comprende quanti, al momento di dare il consenso, soffrono di una tale perturbazione psichica (ad esempio, stati di tossicità, dipendenza dalla droga, alcolismo, stato di ubriachezza, sonnambulismo, ipnosi, ecc.) che – costituisca o meno una malattia dal punto di vista medico – provoca in ogni caso in essi una tale mancanza di possesso di sé e di uso delle proprie facoltà di intendere e di volere, (equiparabile nel Diritto alla mancanza di un sufficiente uso della ragione), che i propri atti non possono essere considerati come atti umani pieni e responsabili.

Difetto grave della discrezione di giudizio

L'espressione *discrezione di giudizio* si riferisce non tanto alla ricchezza conoscitiva o alla sufficiente percezione intellettuale, quanto a quel grado di maturità personale che permette al contraente di discernere per impegnarsi per quanto riguarda i diritti e i doveri matrimoniali essenziali. L'espressione *difetto grave* fa riferimento alla discrezione di giudizio, che è un concetto giuridico. Pertanto, non è la gravità dell'anomalia psichica, ma la gravità del difetto della discrezione di giudizio la causa dell'incapacità consensuale e della nullità dell'atto. Ciò che è decisivo non è tanto la malattia o il disturbo psichico, che ha generato il difetto grave, ma il fatto che lo produca effettivamente, privando il soggetto della discrezione di giudizio. La gravità del difetto viene stimata alla luce di un criterio *oggettivo*, che lo stesso codice fornisce, cioè "i diritti e i doveri matrimoniali essenziali che reciprocamente si devono assumere e accettare".

È questa una causale distinta e indipendente dal problema dell'in-

sufficiente uso della ragione. Di fatto la giurisprudenza canonica del passato, sin dai primi decenni di questo secolo e in relazione alle malattie mentali, esigeva solo come criterio incapacitante il ridotto livello dell'uso della ragione. San Tommaso (In IV Sent.d.34 q.1 a 4; d. 27 q.2 a 2 e Suppl. q.43 ad.2; q.58 a.5 ad.1) e Sanchez (De Sancto matrimonii Sacramento, I disp 8 n. 5 e 15; disp.16 n.16; VII disp. 104 nn.5,21,22 e 27), come tutti gli autori seguenti e la stessa giurisprudenza, per il matrimonio degli impuberi, esigevano sempre, oltre all'uso della ragione e all'idoneità all'atto coniugale, un sufficiente grado di discrezione "per assumersi l'obbligo o per comprendere la forza del consenso matrimoniale".

La giurisprudenza rotale (Sent. C. Sabbatani 24-2-1961), sublimando i criteri molto statici dell'uso della ragione e della capacità deliberativa sufficiente per peccare mortalmente, accetta un criterio più dinamico: la discrezione di giudizio adeguata al matrimonio e questo come unica prova di validità del consenso matrimoniale per ogni persona, compresi i malati mentali: le discussioni tra giuristi su come segnalare i limiti propri e precisi di questa discrezione arrivò ad una conclusione abbastanza sicura: "ricorso a criteri analogici relativi alla responsabilità penale che si ha nell'età canonica per il matrimonio (Cfr. Sent. C. Felici, del 3.12.1057).

Il concetto di discrezione di giudizio oggi è molto distinto dallo stesso concetto di uso della ragione, esigendo un concetto più speculativo-pratico e ben profondo del matrimonio. La discrezione di giudizio aggiunge alla facoltà conoscitiva (Astratta) un'altra, la facoltà critica o di discernere, ragionare, stimare e ponderare in modo pratico il matrimonio cui ci si appresta a dare il consenso, gli obblighi da questo derivanti e i motivi personali per scegliere questo stato di vita. Secondo la moderna psicologia, questo modo critico di vedere le cose o facoltà critica, appare più tardi e non è concomitante con la facoltà conoscitiva, in quanto quest'ultima si suppone appaia intorno ai 7 anni, e l'altra intorno ai 12. Nella Sacra Rota Romana, per la prima volta, l'esigenza di en-

trambi i conoscimenti, quello speculativo (astratto) e quello stimativo (ponderato-pratico), compare nella sentenza c. Wynen del 25.2.1941.

La giurisprudenza e il diritto esigono, per qualificare come invalido per incapacità di consenso, un "difetto grave di discrezione", non è la carenza totale o la mancanza assoluta della stessa, e neppure un difetto qualunque. Per un difetto tanto grave si esige una causa grave, che si dà in queste circostanze di disturbi mentali, qualificati e manifesti, che riportiamo in dettaglio:

a) *psicosi*, disturbo mentale nel quale la diminuzione della funzione mentale ha raggiunto un grado tale da interferire in modo marcato nell'introspezione e nella capacità di decidere o di affrontare alcune interrogazioni ordinarie della vita o per mantenere un contatto adeguato con la realtà.

b) *nevrosi*, o disturbi nevrotici: nonostante il paziente possa avere un'introspezione considerevole ed una valutazione della realtà non alterata, giacché non confonde le sue esperienze soggettive, e le sue fantasie con la realtà esterna, il suo comportamento ne è influenzato all'estremo, sebbene permanga entro i limiti socialmente accettabili e sebbene la sua personalità non ne sia colpita. Si manifesta con: eccessiva ansia, sintomi isterici, fobie, sintomi ossessivo-coercitivi e depressivi frequenti.

c) *borderline state* o stato limite: tra nevrosi e psicosi, con turbe dell'affettività, pan-ansietà e pan-nevrosi, facili reazioni coleriche e di aggressività, molte volte conseguenti allo stress, all'uso di droghe, ad episodi psicotici acuti di tipo paranoide. Notiamo: l'ipocondria, le idee di riferimento ad esperienze di depersonalizzazione.

Luis Vela SJ., nel suo commento al canone 1095, annette i disordini della personalità, che si manifestano come aperti nell'ultimo periodo giurisprudenziale. Essi vengono trattati in relazione alla responsabilità concreta del soggetto in ordine al compimento dell'oggetto del consenso, e non situandoli semplicemente in uno schema di malattie mentali.

Si tratta di un insieme di anomalie della personalità, del carat-

tere, ecc. che, senza rientrare nella categoria delle malattie mentali, si traducono in sintomi che influiscono sulla condotta. In quanto influenzano il carattere personale vengono chiamati "caratteropatia" e per quanto riguarda la condotta anti-sociale "sociopatia".

Possiamo distinguere tra gruppi principali e sottogruppi misti.

a) Patologia sessuale: omosessualità, erotomania, perversità, immaturi.

b) Patologia emotiva: personalità schizoidi, cicloide, paranoide, instabilità emotiva.

c) Patologia associale-amorale: antisociali, vagabondi, deficienti morali, misantropi, mitomani.

In relazione al tipo di sintomi, è altresì comune a tutti questi disturbi il fatto che tutti riguardano la coesione e l'equilibrio emotivo e volitivo della personalità. Sono padroni rigidi di una condotta maledattata e dell'inadattamento della condotta che differiscono sensibilmente in qualità ai sintomi della psicosi e della neurosi, che sono permanenti, e appaiono già nella gioventù o persino nell'adolescenza e nell'infanzia. Si tratta della

mancanza di integrazione alla vita emotiva, condotte anacronistiche, regressive, in quanto legate a schemi infantili.

Il giudice deve tener conto non tanto di come inquadrare la malattia, quanto di determinare o meno l'incapacità, l'adeguata maturità, stando attento a tutti gli aspetti della personalità (Vela, L.: Diritto Matrimoniale, appunti di classe 1985/1986, P U Comillas).

Da un'abbondante giurisprudenza rotale sull'immaturità psicologica, possiamo scegliere C. Mattioli 6.11.1956: SSRD 48, p. 873 C. Ferraro 6.2.1973: SSRD 65 p.56; C. De Jorio 11.3.1973; SSRD 65 p. 656 e più moderatamente: "matrimonii nullitas tuno tantum declarari potest, si invicte probetur *immaturitatem psychologicam* alterutrius vel utriusque contrahenteis causam fuisse gravis defectus discretionis judicij corca jura et officia matrimonialis essentialia, quia non quaelibet psychica inmaturitas matrimonii nullitatem gignit, sed la tantummodo in qua defectus discretionis judicij verificetur" (C. Pinto 14.12.1984 n. 3).

Impossibilità di assumere gli obblighi essenziali del matrimonio per causa di natura psichica

La causa psichica spiega che il soggetto non può *assumere*: cioè, manca del possesso o del dominio di sé necessario per farsi carico e rispondere agli obblighi matrimoniali essenziali.

Come ben segnala un autore, "si suppone qui che il soggetto abbia un uso sufficiente della ragione ed una sufficiente discrezione. Ma, andando oltre, potrebbe succedere che il soggetto che abbraccia il matrimonio con un consenso espresso coscientemente, volentieri e con maturità, abbia dei problemi che ri riferiscono ai propri obblighi".

L'incapacità di cui parla il canone deve provenire non da una causa somatica o puramente psicologica, ma da una causa di natura psichica (psicosi, nevrosi, caratteropatie, ecc.).

FRANCISCO EDUARDO TRUSSO
Ambasciatore della Repubblica Argentina
presso la Santa Sede



MICHEL MBOUSSOU

Gabon: legislazione sulle malattie mentali

La legislazione francese relativa alle malattie mentali si è per lungo tempo basata su una legge più che centenaria: quella del 30 Giugno 1838. Dopo il rispetto generale suscitato dalla sua promulgazione, tale legislazione, copiata poi da molti paesi, ha subito in seguito vivaci critiche, in particolare sul tema principale dei sequestri arbitrari, dell'insufficienza o dell'inefficacia delle garanzie di protezione della libertà individuale. Così, a partire dal 1860, la sua riforma non ha cessato di essere periodicamente all'ordine del giorno.

In questo intervento, affronterò in modo generale e succinto le disposizioni legislative generali relative ai malati di mente per quanto riguarda l'internamento, la capacità civile e quella penale.

In quanto cittadino di un paese in via di sviluppo, ricorderò i limiti di una vera legislazione sulle malattie mentali, in quanto non esiste psichiatria possibile senza Istituzione e in generale nell'Africa nera francofona l'Istituzione è malata.

1. Internamento dei malati di mente

L'ospedalizzazione psichiatrica può essere realizzata secondo due modalità:

– sia secondo la legge del 27 Giugno 1990; si tratta allora di un'ospedalizzazione senza consenso;

– sia al di fuori di essa, e allora si tratta di ospedalizzazione libera. Questo tipo di cure ospedaliere ha la tendenza ad essere generalizzato tanto più che la legge del

Gennaio 1968 permette la protezione dei beni dei malati di mente al di fuori dell'internamento.

A. Le strutture ospedaliere regolate dalla legge del 27 Giugno 1990

Per ospedalizzare un malato senza il suo consenso, bisogna che sussistano tre condizioni (art. L333):

- i disturbi rendono impossibile il consenso;
- lo stato del paziente impone cure immediate;
- forniti di una sorveglianza costante in ambiente ospedaliero secondo le situazioni, si farà ricorso all'una o all'altra procedura.

A.1. Ospedalizzazione su domanda di una terza persona (HDT)

Questa procedura sostituisce il vecchio ricovero volontario (PV).

1. Per l'ospedalizzazione c'è bisogno dei seguenti documenti:

- a) una domanda di ammissione manoscritta redatta da:
 - un membro della famiglia
 - una persona che agisce nell'interesse del paziente. Si può trattare di un medico curante, a condizione che non eserciti nella struttura di accoglienza;

b) due certificati medici concordanti, redatti entro i 15 giorni precedenti, attestanti che sussistono le condizioni di cui sopra.

2. Prima di ammettere il malato, il Direttore della struttura di accoglienza ha il dovere di verificare la conformità dei documenti, l'identità del richiedente e dello stesso malato, quindi deve trasmettere al più presto i documenti al prefetto e alla commissione

dipartimentale delle ospedalizzazioni psichiatriche.

3. Una procedura eccezionale permette, in caso di pericolo imminente per la salute del paziente, di decretarne l'ammissione alla luce di un solo certificato.

4. Uno psichiatra della struttura di accoglienza (ma non colui che ha redatto il secondo certificato) deve redigere entro 24 ore un nuovo certificato medico che attesti la necessità o meno dell'ospedalizzazione su richiesta di un terzo.

5. Dopo un periodo di tempo che va dai 12 ai 15 giorni, uno psichiatra della struttura (in principio lo stesso di cui al par. 4) deve redigere un nuovo certificato ("certificato di quindici giorni"), in cui si precisa se sussistono ancora le condizioni per l'ospedalizzazione concludendo sulla necessità di prolungare o meno l'HDT.

L'ospedalizzazione può allora continuare per periodi di un mese, rinnovabili ogni volta alle stesse condizioni.

6. L'ospedalizzazione termina:

- a) se i certificati non sono redatti;
- b) quando le condizioni dell'HDT non sussistono più;
 - se uno psichiatra della struttura redige un certificato che lo attesta;
 - se lo ordina il prefetto;
 - su richiesta del medico curante, o del familiare, degli ascendenti, dei discendenti, della commissione dipartimentale.

A.2. Ospedalizzazione d'ufficio (HO)

Quando i disturbi mentali compromettono l'ordine pubblico o la sicurezza delle persone, il prefet-

to può ordinare un'ospedalizzazione d'ufficio, anticamente chiamata ricovero d'ufficio (PO), alla luce di un certificato medico, attraverso un'ordinanza precisa e motivata e, in caso di pericolo imminente, tramite misure provvisorie.

Il Direttore ha gli stessi obblighi che per l'HDT. I certificati medici devono essere redatti secondo le stesse condizioni previste per l'HDT (24 ore, quindici giorni, 1 mese).

B. Strutture ospedaliere non regolate dalla legge del 27 giugno 1990

I malati vi vengono curati su richiesta loro o della famiglia, ma sempre con il loro accordo o cooperazione. Si tratta di servizi aperti.

B.1. I servizi liberi degli ospedali psichiatrici

Sono abitualmente servizi di piccoli effettivi, hanno da 20 a 40 letti, e sono situati nella cinta dell'ospedale psichiatrico ma non sottoposti al regime amministrativo dell'internamento. Vi vengono ricevuti essenzialmente malati acuti cooperanti il cui stato non necessita di una sorveglianza troppo stretta.

B.2. L'ospedalizzazione psichiatrica negli ospedali generali.

Attualmente il maggior numero di ospedali generali, CHU e CHR, dispongono di un servizio specializzato di psichiatria dove vengono indirizzati pazienti di altri reparti quando presentano disturbi psicologici o mentali, ma che ricevono anche direttamente un certo numero di pazienti dall'esterno per una ospedalizzazione abitualmente di breve o media durata.

B.3. Le cliniche psichiatriche private

In quanto imprese private, le cliniche psichiatriche riconosciute dal Ministero della Sanità, valgono sul piano terapeutico per quel che vale la loro équipe curante. Tali cliniche specializzate sono piuttosto numerose ma generalmente affollate. Il tempo

d'attesa varia da qualche giorno a qualche settimana.

2. La capacità civile

La capacità civile è "l'atteggiamento legale di una persona al godimento e all'esercizio dei diritti civili".

Vengono applicate delle disposizioni che permettono di contemplare la protezione degli interessi quando le facoltà mentali sono alterate da una malattia, un'infermità o un indebolimento dovuto all'età, o quando una semplice "alterazione delle facoltà corporali" impedisce l'espressione della volontà.

Questo nuovo regime ha dissociato le azioni di internamento e di protezione civile; così un malato ospedalizzato d'ufficio può perfettamente gestire i suoi beni mentre alcuni pazienti in servizio libero, o anche non ospedalizzato, possono essere oggetto di una misura di protezione. La legge del 1968 ha d'altronde ammorbidente e semplificato la procedura conferendo una responsabilità importante al medico curante. Il giudice tutelare è, in effetti, tenuto a richiedere il parere medico per ogni singolo caso.

Infine, la diversificazione dei regimi di protezione è uno dei principi fondamentali della nuova legge. Tre diverse misure – la salvaguardia della giustizia, la tutela

e la curatela – comportano ognuna diverse modalità di applicazione possibili.

A. La salvaguardia della giustizia

La salvaguardia della giustizia è la misura più lieve; essa lascia, in principio, sussistere la capacità del malato. Permette soltanto l'annullamento o la modifica di atti o di impegni che sarebbero stati compiuti o assunti in modo sconsiderato durante il periodo di protezione. Questa misura risulta da una decisione del Giudice tutelare o da una semplice dichiarazione medica fatta al procuratore della Repubblica (dichiarazione di un medico generico accompagnata dal giudizio conforme di uno specialista o semplice dichiarazione di uno specialista).

Il regime della salvaguardia è provvisorio; dura due mesi dall'iscrizione sul registro della Procura ed è rinnovabile per una durata di sei mesi su richiesta del medico.

B. La tutela

La tutela è il regime di protezione più importante. Il soggetto è, in principio, liberato della sua capacità giuridica e rappresentato in maniera continua nei differenti atti della sua vita civile da un "rappresentante legale".

Il giudice tutelare è messo al corrente da una richiesta accompagnata da un certificato di uno specialista. La richiesta può essere fatta dal medico curante che deve semplicemente dare il suo parere sull'opportunità della misura, senza formulare diagnosi. Il certificato deve essere redatto da un medico specialista scelto su un elenco stabilito dal Procuratore della Repubblica; si tratta della constatazione dell'alterazione delle facoltà mentali o corporali e non di una perizia psichiatrica. Il giudice deve decidere per una vera perizia soltanto ove sussistano dubbi sul tipo di alterazione delle facoltà mentali.

La tutela è aperta da un giudizio; il maggiorenne sotto tutela è rappresentato:

– da un tutore: è la forma abituale della tutela completa; il ma-



lato senza tutela non può fare testamento; perde il proprio diritto di voto e diventa ineleggibile. Qualora sia sposato, il coniuge diventa, di diritto, il suo tutore tranne nel caso in cui il giudice reputi che questa scelta non sia più auspicabile nell'interesse del malato. Il giudice designa, inoltre, un sostituto-tutore e un consiglio di famiglia. Se il paziente non è sposato, è il consiglio di famiglia a designare il tutore; il medico curante può partecipare, a titolo consultativo, a questo consiglio, ma non può essere designato né come tutore, né come sostituto-tutore;

– da un amministratore legale; nominato dal giudice (parente prossimo o coniunto), l'amministratore esercita sotto controllo giudiziario come tutore (non c'è né sostituto-tutore, né consiglio di famiglia);

– da un curatore tutelare; questa modalità è riservata ai maggiorenni senza famiglia o con pochi mezzi. Il curatore tutelare – i cui poteri sono relativamente limitati – può essere un incaricato dell'Istituto di cura o un amministratore speciale.

Queste differenti modalità permettono di regolare l'incapacità. In un momento qualsiasi, il giudice ha la possibilità, su parere del medico curante, di lasciare al paziente – o di restituirgli – una capacità parziale enumerando gli atti che può effettuare da solo o con il suo tutore.

Gli atti svolti sotto il regime di tutela sono "nulli di diritto" su richiesta del tutore, dello stesso malato o dei suoi eredi. Il matrimonio è autorizzato soltanto con il consenso del consiglio di famiglia, salvo che il padre e la madre diano il loro consenso (è richiesto il parere del medico curante).

La tutela termina con le cause che l'hanno determinata. La procedura di revoca è identica a quella di apertura.

C. La curatela

Questa misura di protezione, meno completa della tutela, viene applicata alle persone che hanno bisogno di essere consigliate o controllate negli atti della vita civile. Ma la curatela non permette

di imporre alcuni atti. La procedura è analoga a quella della tutela. La capacità è regolata dal giudice dietro parere del medico curante. Così alcuni atti di disposizione potranno essere fatti senza curatore; altri necessiteranno della sua presenza (abituale quelli che esigono l'autorizzazione del consiglio di famiglia nella tutela). Si mantiene il diritto di fare testamento; la presenza del curatore è richiesta per il matrimonio; in materia di divorzio, l'assistenza del curatore è abituale.

3. La capacità penale

I malati di mente, così come i soggetti normali, commettono degli atti criminali o delittuosi e, per questo, hanno a che vedere con l'istituzione giudiziaria per rispondere dei propri atti sul piano penale. Essi sono di fronte al problema della sanzione penale e a quello della responsabilità dei loro atti che possono assumersi. La capacità è quella possibilità data a un soggetto di esercitare la propria responsabilità penale in occasione di una colpa commessa. La sanzione penale implica due esigenze: la possibilità di esercitare la sua responsabilità e l'imputabilità di una colpa realmente commessa e provata.

Nel diritto penale francese, l'accertamento del fatto criminale implica l'elemento morale che ar-

ticola le nozioni di colpa, di colpevolezza, di responsabilità e infine di accessibilità ad una sanzione penale. Ora, perché una persona possa essere imputata del suo atto, questo elemento esige che ella possa assicurarne la responsabilità, che non è proprio il caso quando esiste stato di demenza.

Il codice penale francese dice: "non sussiste né crimine, né delitto, quando l'imputato era in stato di demenza al momento dell'azione". La nozione di demenza è interpretata nel senso più vasto possibile ed include malattie mentali di ogni categoria nosologica senza alcuna distinzione eziologica o clinica, ma che hanno in comune come effetto quello di danneggiare la responsabilità del soggetto. Questo danno deve essere totale e deve essere esistito al tempo preciso dell'azione, il che esclude le malattie mentali esistenti prima dell'atto incriminato e quelle rivelatesi dopo la sua realizzazione. Allo stesso modo sono escluse le alterazioni parziali di responsabilità, quali paiono risultare dall'interferenza intercorrente di una malattia mentale o di una anomalia della personalità rilevata in occasione del crimine o di un delitto. L'accertamento di questo stato di demenza di sola competenza del giudice d'istruzione nella sua intima convinzione, utilizza in particolare elementi forniti dall'esame dell'imputato da parte di un tecnico, lo psichiatra, ma quest'ultimo parere non è affatto indispensabile al giudice per accettare o meno l'influenza di uno stato di demenza nel caso di un atto criminale o delittuoso.

A. La missione dell'esperto

L'autorità giudiziaria che ricorre allo psichiatra per essere informata in merito all'esistenza di uno stato di demenza, lo formula nel suo ordine di missione. In breve la formulazione è la seguente:

– l'esame psichiatrico e psicologico del soggetto rivela in lui anomalie mentali o psichiche?

– l'infrazione di cui viene accusato è o no in relazione con tali anomalie?

– il soggetto presenta uno stato pericoloso?



- il soggetto è accessibile ad una sanzione penale?
- il soggetto è curabile o riadattabile?

B. Conclusioni

Se al termine dell'esame psichiatrico, si constata che al momento dell'azione esisteva uno stato di demenza completo che toglieva al soggetto ogni valutazione sulla portata dei suoi atti, non c'è più imputabilità dell'atto per causa di demenza.

Se la causa è soltanto allo stadio istruttorio, il giudice istruttore procederà ad un'ordinanza di "non luogo" che mette fine all'azione giudiziaria.

Se la causa è allo stadio della giurisdizione di giudizio, verrà pronunciata l'assoluzione se si tratta della Corte d'Assise, e sarà ordinata la scarcerazione se si tratta del tribunale correzionale.

Se al termine dell'esame psichiatrico, non si trovano riuniti gli elementi che conducono ad uno stato di demenza:

- il soggetto sarà stato riconosciuto indenne da ogni malattia mentale e seguirà il corso delle procedure di istruzione e di giudizio;

- oppure il soggetto sarà stato riconosciuto affetto da anomalie mentali, da un handicap intellettuale o da una malattia mentale che non hanno tuttavia alcun rapporto con gli atti incriminati, o tali da non sopprimere la responsabilità del soggetto nell'atto commesso; o ancora sarebbe lo stesso se l'influenza della malattia era solo coadiuvante, favorizzante o modificatrice dell'atto, senza essere determinante dell'azione criminale o delittuosa. Il giudice d'istruzione farà un'indagine e il soggetto sarà sottoposto a giurisdizione repressiva.

4. Legislazioni delle malattie mentali e realtà africane

I paesi dell'Africa francofona, colonizzati dalla Francia, hanno adottato in maggioranza il codice penale del paese colonizzatore.

Nonostante alcuni adattamenti, i principi restano gli stessi. L'ap-

plicazione delle legislazioni delle malattie mentali pone due grossi problemi per quanto riguarda la loro applicazione: il vissuto della malattia mentale e l'istituzione psichiatrica.

A. Il vissuto della malattia mentale

La persona di colore non ha mai cercato di negare la malattia, ma ha saputo utilizzare dei mezzi e dei metodi più abili e sottili per vincerla e non l'ha mai accettata come un fenomeno naturale. Essa è quasi sempre interpretata come una causa soprannaturale che viene a disturbare la tranquillità degli esseri viventi.

Di fronte alla malattia mentale, la comunità (in particolare nella zona rurale) mette in moto i meccanismi di risanamento tradizionali (sacrifici, riti, iniziazione, ecc.). Si constata tuttavia attualmente un'impotenza sempre maggiore dei trattamenti tradizionali, in particolare nell'ambiente urbano, a "riconciliare" il paziente con la società. Le ragioni di questi fallimenti sono molteplici, ma probabilmente sembrano legati al disinvestimento progressivo delle vie tradizionali di controllo sociale del gruppo.

Ancora oggi oltre la metà dei malati di mente sono condotti in prima intenzione presso i terapeuti tradizionali.

B. Le istituzioni psichiatriche

Un po' ovunque in Africa nera francofona, all'indomani dell'indipendenza sono state create delle istituzioni animate da medici genericci, raramente da psichiatri. Concepite sul modello di ricovero, queste istituzioni avevano una funzione di esclusione e di reclusione piuttosto che una funzione terapeutica. L'esempio dell'ospedale psichiatrico di Thiaroye (in Senegal), creato nel 1960, illustra la delicata missione delle istituzioni psichiatriche in Africa. Riservato ai malati cronici, a quelli pericolosi e agli emarginati, Thiaroye rispondeva molto più alla chiusura, alla concentrazione che non alla loro presa in carico. Il decreto n. 75-1092 del 23 ottobre 1975, con cui si creava a Thiaroye

un'istituzione specializzata di tipo chiuso per pazienti, essendo stato oggetto di una decisione giudiziaria, avrebbe rafforzato il carattere di ricovero e carcerario di questo luogo di cure, vero luogo di scarico dei malati di mente e dei senza tetto. Dopo oltre trenta anni di indipendenza, la situazione in Africa è degradata: diversi sistemi di cure sono crollati e l'ospedale psichiatrico riprende progressivamente il suo ruolo di ricovero iniziale.

5. Conclusione

Non esiste una vera psichiatria senza istituzioni; le legislazioni delle malattie mentali non possono trovare la loro applicazione se non nel quadro di istituzioni psichiatriche competenti, il cui ruolo fondamentale è una vera presa in carico terapeutica dell'essere che soffre.

Se nei paesi industrializzati queste legislazioni sono sostenute da strutture di accoglienza adatte, nei paesi in via di sviluppo, particolarmente quelli africani, le legislazioni delle malattie mentali non trovano ancora un'applicazione armoniosa.

Spetta ai responsabili africani rivalutare e costruire un'istituzione psichiatrica tenendo conto in modo attento delle nostre realtà, per un'applicazione umana delle legislazioni in materia di sofferenza mentale.

Dr. MICHEL MBOUSSOU
Ambasciata del Gabon
in Italia

Bibliografia

- Psychiatrie, GUELFI J.D. et coll., PUF, 1987.
- BARTHE H.N. et OSTAPTZEFF, *Législation psychiatrique française*, Encycl. Méd. Chir., Paris - Psychiatrie, 37901.A10, 10 - 1981.
- MBOUSSOU M., *L'institution psychiatrique en Afrique Noire Francophone*. L'information psychiatrique n. 5, 1991, 441-448 p.