

NOTE

Commenti

*Il contributo
della neurobiologia
alla costruzione di un
modello biopsicosociale
della mente:
aspetti teorici
e implicazioni pratiche
sulla salute*

di Maurizio Ceccarelli e
Carlo Blundo

Il modello biopsicosociale fu elaborato da G. Engel [1977], psichiatra della Scuola di Harvard, con l'intento di conciliare la multideterminazione (biopsico-sociale) della natura umana con una visione unitaria dell'essere umano. In quest'ottica la definizione della salute, proposta dall'OMS nella conferenza di Alma Ata [WHO 1978], intesa come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia", è sintonica

con lo spirito proprio del modello biopsicosociale dell'essere umano¹.

Tuttavia, nelle formulazioni che si riferiscono a tale modello è spesso rilevabile che i vari fattori (biologici, psicologici, sociali) sono trattati come entità discrete, distinte e separate, in quanto assimilate a costituenti relativi a realtà naturali distinte, appartenenti al campo fenomenico proprio, rispettivamente, della biologia, della psicologia e della sociologia. Questa distinzione di *natura* tra i diversi fattori se da un lato giustifica la necessità del dialogo tra le aree della conoscenza classicamente rappresentate dalla biologia, dalla psicologia e dalla sociologia, dall'altro giustifica la distinzione e la separazione tra le diverse aree della conoscenza, impedendo di fatto la costruzione di una modellizzazione del comportamento umano ad un tempo complessa nella definizione dei determinanti (*bio-psico-sociali*) e unitaria nella concettualizzazione dell'entità vivente (*biopsicosociale*) costituita dall'uomo.

Obiettivo del presente lavoro è di proporre un modello di marca biopsicosociale, ad un tempo unitario e complesso, del comportamento umano. Nell'effettuare tale operazione seguiremo un percorso espositivo che parte dai contributi delle moderne neuroscienze al fine di sostenere la plausibilità di una pro-

1. Vedi anche Cipolla, Agnoletti [2006].

spettiva interpretativa di tipo *relazionale* nell'ambito dell'osservazione neurobiologica. Tale prospettiva relazionale comporta per la neurobiologia la necessità, come vedremo, di aprirsi ai campi e ai contributi della ricerca psicologica e sociologica per completare se stessa, ponendosi, in tal modo, a fondamento di un modello biopsicosociale della mente umana. Nell'ultima parte del lavoro saranno esposte le implicazioni che una formulazione di questo tipo del modello biopsicosociale può comportare per le problematiche relative alla salute umana e per le strategie relative alle correlate prassi terapeutiche.

1. Neuroplasticità e relazione struttura-ambiente

Lo sviluppo delle neuroscienze, a partire dagli anni '60, ha prodotto, e continua a produrre, una notevole quantità di conoscenze sul cervello e sulle sue funzioni, consentendo importanti progressi nella comprensione delle basi neurali dei processi cognitivi ed emozionali. Tali conoscenze permettono di affermare che il cervello non è una struttura statica, bensì "plastica", in grado cioè di riorganizzare continuamente i collegamenti sinaptici tra i diversi neuroni, in risposta non solo ai programmi genetici ma anche alla stimolazione ambientale, proprietà, quest'ultima, che è alla base dell'apprendimento [Kandel 1998]. Con il termine di neuroplasticità, quindi, si indica quella intrinseca capacità del cervello umano che consente al sistema nervoso centrale di adattarsi alle modificazioni ambientali, alle variazioni fisiologiche e all'esperienza [Pascual-Leone 2003]. Nell'ambito della neuroplasticità un ruolo significativo è svolto dalla neurogenesi, cioè dalla riproduzione delle cellule nervose, una proprietà del sistema che dura per tutta la vita. Dagli anni '90 in poi, il dogma

relativo alla perdita, da parte dei neuroni, della capacità di rigenerarsi al termine dello sviluppo dell'organismo è progressivamente tramontato sotto l'evidenza di numerose ricerche che hanno dimostrato che anche nel sistema nervoso maturo sono presenti molecole proprie degli stadi di sviluppo embrionale, molecole che stimolano la crescita, la densità delle arborizzazioni neurali, la riproduzione o la morte cellulare [Lowenstein, Parent 1999]. La neurogenesi è attivata o inibita da stimoli ambientali, farmacologici, ormonali, dagli esercizi fisici, dai ritmi circadiani e da numerosi altri fattori interni ed esterni all'organismo [Nottebohm 2000].

Il correlato morfofunzionale della neuroplasticità è ben evidenziato dai lavori sperimentali effettuati mediante tecniche di visualizzazione "in vivo" della attività cerebrale, in cui si rileva la dinamicità delle rappresentazioni cerebrali cioè la capacità di modificarsi in rapporto all'interazione dell'organismo con l'ambiente.

Risale agli anni '90 la dimostrazione mediante la Risonanza Magnetica Funzionale che la ripetizione di esercizi motori rapidi con le dita della mano si associava ad un ampliamento dell'area motoria responsabile del movimento delle dita [Karni *et al.* 1995]. Da allora, numerosi studi hanno confermato che le capacità di riorganizzazione del cervello umano non sono limitate ai primi anni di vita ma persistono anche nell'età adulta. Ad esempio studi di attivazione hanno dimostrato che dopo un trauma cranico il cervello va incontro ad una riorganizzazione e che modificazioni plastiche sono associate alla pratica e all'apprendimento [Lowenstein Parent 1999; Mazziotta *et al.* 2000]. Autori anglosassoni [Maguire *et al.* 2000] hanno riscontrato un aumento delle dimensioni dell'ippocampo destro nei tassisti londinesi più anziani rispetto ai loro colleghi più giovani. Poiché l'ippocampo destro è deputato alla memorizzazione delle informazioni visuospatiali, l'aumento volumetrico di questa struttura nei tassisti con

maggiore anzianità di servizio dimostra che l'esperienza è in grado di modificare la struttura e la funzione stessa.

Altri dati morfofunzionali costituiscono un'evidenza di come, grazie alla neuroplasticità, si possano ottenere modificazioni strutturali del sistema nervoso centrale sia con interventi che utilizzano fattori di natura strettamente somatica, come gli psicofarmaci, che con interventi che utilizzano fattori di natura strettamente psicologica, come la psicoterapia.

Risalgono ormai ad oltre un decennio fa le ricerche di Baxter [1992], condotte mediante la tecnica SPECT, che dimostrarono come in due gruppi di soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo, uno trattato con farmacoterapia, l'altro sottoposto a terapia cognitivo-comportamentale, i flussi ematici nelle aree fronto-orbitarie, disfunzionanti prima dell'inizio delle rispettive terapie, successivamente si normalizzarono nella stessa misura in entrambi i gruppi in stretta correlazione con la remissione sintomatologica. Questo ed altri studi simili di *neuroimaging* indicano che gli interventi di natura psicosociale, quali la psicoterapia e i programmi riabilitativi, possono essere considerati forme di apprendimento che riorganizzano il cervello e che pertanto, quando risultano efficaci, conducono a modificazioni dell'attività cerebrale, al pari degli interventi di natura somatica che agiscono direttamente sulla struttura.

Un corollario della neuroplasticità, strettamente dipendente dal fatto che questa proprietà del sistema, come detto, è influenzata sia da fattori interni che esterni all'organismo, è, inevitabilmente, l'enorme variabilità individuale della conformazione strutturale del cervello umano. Questa variabilità dipende da fattori genetici ed epigenetici e gli sforzi di numerosi ricercatori sono oggi diretti alla conoscenza del ruolo della genomica nello sviluppo del comportamento umano e dei suoi disturbi.

Gli studi sperimentali e clinici hanno dimostrato che se il patrimonio genetico orienta la forma della struttura cerebrale esso, a sua volta, viene modificato dagli stimoli ambientali che influenzano sui meccanismi di trascrizione genica [Kandel 1998].

La significatività del ruolo dei fattori epigenetici nel modulare l'attività dei geni è un dato sempre più confermato dalla ricerca genetica. Come è noto, grazie agli studi di sequenziamento del DNA è stato possibile rilevare quanto la complessità di un organismo non sia linearmente correlata con la porzione genica del genoma, cioè con quella porzione direttamente responsabile della formazione delle strutture-base dell'organismo, le proteine. Il genoma umano, ad esempio, contiene all'incirca 20-25.000 geni, un numero pari a quello di diverse piante e inferiore al riso che ne ha 30.000. Anche il confronto tra specie diverse segnala la non-linearità della corrispondenza tra numero di geni e complessità strutturale-funzionale dell'organismo: il verme ha circa 18.000 geni e il ben più complesso moscerino della frutta ne ha circa 13.000. La correlazione lineare tra DNA e complessità è posta altrove, in quelle zone del genoma spesso costituite da sequenze ripetute che non codificano direttamente le proteine. Negli ultimi 20 anni la ricerca biologica [Sarà 2005] ha progressivamente rilevato che questo tipo di DNA funziona da elemento regolatore dei geni codificanti le proteine, e che tale regolazione è sottoposta ad una complessità di rete in cui i fattori principali provengono dall'ambiente cellulare extra-genico e, in definitiva, dall'ambiente extra-organismico. In altre parole il DNA regolatore regola la produzione genica in funzione dell'ambiente che, a sua volta, modula l'attività del DNA regolatore.

La ricerca genetica, in conclusione, segnala che è la relazione che si costi-

tuisce tra il patrimonio genetico e l'ambiente l'elemento che agisce come fattore primario nel determinare le caratteristiche e la qualità dell'organizzazione del vivente. All'interno di questa relazione devono essere comprese le interazioni tra i diversi fattori che noi, in quanto osservatori di quella relazione formati alla biologia, alla psicologia, alla sociologia, identifichiamo come distinte entità biologiche, psicologiche, sociali, piuttosto che come manifestazioni fenomeniche di un processo vitale unitario, costituito dalla relazione organismo-ambiente.

A questo riguardo, interessanti ricerche sperimentali indicative della dinamica dell'interazione tra i fattori bio-psico-sociali nel determinare il comportamento, sono state effettuate sui macachi da un gruppo di studio guidato da Bennett e coll. [Suomi 2000]. In questo studio vennero dapprima identificati gli individui portatori di un corredo genetico favorevole o sfavorevole relativamente al metabolismo della serotonina. La serotonina è una sostanza distribuita in varie aree del sistema nervoso centrale che interviene nella modulazione di numerosi comportamenti: comportamenti aggressivi, depressivi, ossessivi ed altri ancora sono stati infatti messi in relazione con una bassa disponibilità di questa sostanza nel sistema nervoso. I piccoli macachi, appartenenti a entrambi i gruppi genetici, furono inseriti, al termine del periodo di svezzamento, in due distinti contesti ambientali: un sottogruppo venne posto a contatto solamente con altri coetanei; l'altro sottogruppo rimase a contatto con la propria madre. Dopo sei mesi fu valutata la concentrazione della serotonina nel liquor cefalorachidiano dei macachi che risultò bassa nel sottogruppo con gene sfavorevole allevato solo con i coetanei e normale sia nel sottogruppo con gene sfavorevole allevato dalla propria madre e sia nei due sottogruppi con gene favorevole indipendentemente dalla esposizione o meno alle cure materne. Se appare evidente il ruolo protettivo di un buon corredo genetico anche in condizioni di allevamento

sfavorevole, è altrettanto evidente che il corredo genetico sfavorevole può essere modulato, in senso positivo o negativo, dalle condizioni di allevamento, probabilmente grazie all'intervento degli stimoli esterni nei processi di trascrizione genica. Questo studio dimostra dunque non solo come sia il corredo genetico sfavorevole sia l'ambiente sfavorevole sono condizioni necessarie ma non sufficienti per determinare uno stato di bassa concentrazione serotoninergica (responsabile dei disturbi comportamentali), – essendo l'elemento sufficiente costituito dall'azione congiunta di entrambi questi fattori –; ma dimostra anche l'esistenza di un'interazione di tipo dinamico, e semplicemente di tipo sommatorio, tra gli uni e gli altri.

Diversi studi relativi al comportamento umano confermano, in ambito clinico, la dinamica interattiva tra i fattori bio-psico-sociali nel determinare il comportamento.

È noto come eventi stressanti della vita possano causare sintomi depressivi; tuttavia, poiché non tutti i soggetti che hanno subito eventi stressanti nella vita sviluppano un disturbo depressivo, è plausibile che vi sia una diversa sensibilità individuale agli eventi stressanti. Da recenti studi [Caspri 2003] sembra che l'associazione con un genotipo particolare del trasportatore della serotonina (5-HTT, che si associa a una minore trascrizione del trasportatore della serotonina) influenzi la relazione tra depressione ed eventi stressanti. I soggetti con il cosiddetto allele corto del gene 5-HTT manifestarono un numero maggiore di episodi depressivi con l'aumentare degli eventi stressanti rispetto agli individui dotati invece dell'allele lungo. Questo studio evidenzia quindi una interazione tra geni e ambiente, nella quale la risposta di un individuo agli eventi stressanti è modulata dal suo corredo genetico. Contemporaneamente, la correlazione significativa tra numero di eventi stressanti e numero di episodi depressivi nei soggetti con gene sfavorevole dimostra che l'ambiente quando diviene particolarmente sfavorevole, non riesce a

contrastare l'azione negativa del gene e che pertanto l'incidenza di episodi depressivi dipende dal concorso non solo del corredo genetico ma anche dell'ambiente. Analogamente, gli studi relativi alla valutazione dello sviluppo dei figli adottivi ad alto rischio genetico per la schizofrenia, in quanto figli di genitori naturali schizofrenici, hanno posto in evidenza che la comparsa o meno di sintomi schizofrenici nell'adolescenza è correlata alla presenza o meno di disfunzioni relazionali nella famiglia adottiva [Tienari 1989].

Dall'insieme di queste ed altre ricerche sembra emergere in modo abbastanza chiaro il concetto che nello sviluppo del comportamento, negli animali come nell'uomo, la genetica in sé e per sé non determina nulla tanto quanto l'ambiente in sé e per sé non specifica nulla: è nella relazione tra corredo genetico ed ambiente che nei sistemi biologici si costituiscono le condizioni organizzative responsabili delle funzioni dei sistemi stessi [Lewontin 1998, Plomin 1998, Rose 2001]. Ciò significa, con riferimento al sistema nervoso, che la funzione di questo sistema, di cui la mente, in un'ottica naturalistica, è un'espressione, è il frutto della relazione che si costituisce tra il corredo genetico responsabile della formazione, del mantenimento e della modificazione della struttura cerebrale e l'ambiente con cui interagisce il sistema cerebrale.

2. Attività mentale e relazione corpo-ambiente

La neuroplasticità e i sottostanti meccanismi di regolazione genica supportano la plausibilità di una concettualizzazione intrinsecamente *relazionale* di qualsiasi attività cerebrale. Tra i primi studiosi a sostenere una teoria relazionale della psiche meritano di essere citati lo psicologo russo Vygotskij [1992] ed il suo allievo, il neuropsico-

logo Lurjia [1977], i quali affermarono che l'ambiente svolge un ruolo determinante nella formazione dei circuiti e delle reti che compongono il sistema nervoso. In particolare, l'ambiente, secondo Vygotskij, costituisce lo stimolo che attiva l'*interconnessione* tra le diverse strutture, interconnessione che definisce l'*organizzazione* del sistema cerebrale. L'organizzazione del sistema cerebrale, quindi, è un prodotto della relazione tra la struttura e l'ambiente ed è tale organizzazione che ne sostiene le funzioni, per cui le funzioni si fondano non solo sulle strutture biologiche che ne consentono la realizzazione ma anche sull'ambiente con cui si relazionano quelle strutture.

La mente intesa, in un'ottica naturalistica, come funzione del sistema cerebrale, si costituisce, quindi, nella relazione tra la struttura cerebrale e l'ambiente. Secondo questa definizione le problematiche relative al cosiddetto "rapporto mente-corpo(cervello)" possono essere comprese subordinandole e derivandole da quelle relative al "rapporto corpo (cervello)-ambiente", al cui interno la mente è una variabile dipendente *dalla relazione tra corpo e ambiente*. Secondo questa prospettiva, per la comprensione della mente è necessaria tanto la conoscenza del corpo quanto la conoscenza dell'ambiente con cui quel corpo si relaziona: la conoscenza di uno solo dei due termini, o il corpo o l'ambiente non potrà mai esaurire, per definizione, la conoscenza della mente.

Il rapporto tra cervello e mente costituisce una tematica cardine della cultura occidentale, inseribile nel più ampio contesto tematico del rapporto mente-corpo. Come è noto, tale problematica si istituisce, storicamente, con il pensiero di Platone, e le radici moderne di essa sono state canonizzate da Cartesio. All'interno di questo filone di matrice platonico-cartesiana, detto abitualmente *dualismo*, mente e corpo (cervello)

sono considerate entità naturali distinte che, in quanto tali, pongono inevitabilmente all'osservatore i quesiti relativi alla loro interazione e convivenza in un'unica entità vivente, costituita dall'uomo. Secondo un'altra prospettiva filosofico-culturale, definitasi nelle sue moderne coordinate concettuali successivamente al pensiero cartesiano, la distinzione tra mente e corpo (cervello) è puramente terminologica, cioè non attiene ad una distinzione tra entità naturali. In quest'ottica la mente o è una diretta espressione del corpo (*monismo materialista*, il cui riferimento storico è rintracciabile nel pensiero di Hobbes) o il corpo è una diretta espressione della mente (*monismo idealista*, il cui riferimento storico è rintracciabile nel pensiero di Berkeley).

Lungi dall'essere puro riferimento ornamentale del patrimonio culturale dell'osservatore, le prospettive dualiste e moniste animano in modo pervasivo, e per lo più implicito, la costruzione delle teorie relative all'attività mentale. Esempio paradigmatico di ciò è l'utilizzazione della moderna metafora cibernetico-computeristica come riferimento interpretativo del rapporto mente-corpo, con tutte le possibili declinazioni del rapporto software(mente)-hardware(corpo) secondo la prospettiva dualista², monista materialista³ e, in generale, le teorie meccaniciste e riduzioniste, monista idealista⁴.

A nostro giudizio, è possibile rintracciare, in ambito neurobiologico, in particolare nel corso degli ultimi venti anni, la costruzione di modelli multidimensionali in cui l'attività cerebrale è considerata espressione della relazione tra il corpo e l'ambiente e in cui l'attività mentale è considerata costituita da un insieme di funzioni che sono, al medesimo tempo, espressione e strumenti di regolazione di quella relazione. Il modello prototipico di questo tipo di concettualizzazione neurobiologica del-

la mente è rintracciabile, nelle sue coordinate fondamentali, in prima istanza nella teoria di Gerald Edelman [1993] e in seconda istanza nella teoria di Antonio Damasio [2000]. In tali teorie la relazione tra l'organismo e l'ambiente è inscritta nella struttura stessa del sistema nervoso, organizzata nelle connessioni tra le aree deputate all'elaborazione degli stimoli interni all'organismo (il "corpo") e le aree deputate all'elaborazione di quelli esterni (l'"ambiente"), e la rappresentazione mentale è intesa come proprietà emergente dal sistema cerebrale nel momento in cui il sistema elabora le informazioni relative alla relazione tra stimoli interni ed esterni. In queste teorie le diverse funzioni mentali, dalla percezione all'autocoscienza, costituiscono forme di diversa complessità di espressione e regolazione della relazione tra il corpo e l'ambiente, e tale complessità è coevolutiva alla complessità della rappresentazione tanto dell'organismo quanto dell'ambiente.

Corollario di questa impostazione teorica è l'intrinseca dimensione storico-evolutiva delle funzioni mentali, nel senso che le diverse funzioni si costruiscono nel corso dello sviluppo individuale essendo espressione della relazione che si instaura nel tempo tra il corpo e l'ambiente. In questo processo storico-evolutivo la costruzione di una funzione si fonda, parzialmente, su quelle di complessità inferiore e, a sua volta, la funzione di complessità superiore riorganizza quella di complessità inferiore, ampliandone le capacità regolative rispetto alla relazione tra il corpo e l'ambiente. A sviluppo ultimato, la coesistenza tra le diverse forme di regolazione si realizza, secondo tali teorie, tramite modalità di tipo gerar-

2. Si veda Eccles [1990] e Penfield [1991].

3. Si veda Crick [1994].

4. Si veda a riguardo Putnam [1987] e, in generale, le teorie funzionaliste.

chico-dinamiche, nel senso che il comportamento è, istante per istante, regolato dal primato relativo di una funzione sulle altre, primato connesso allo stato, istante per istante, della relazione tra l'organismo e l'ambiente.

La concettualizzazione di tipo gerarchico-dinamico delle funzioni mentali è isomorfa alla concettualizzazione di tipo gerarchico-dinamico delle strutture cerebrali, la cui pionieristica formulazione è rintracciabile nelle opere del neurologo di fine '800 Hughlings Jackson [1895]. Nell'opera di Jackson la gerarchia strutturale è rappresentante tanto della traiettoria evoluzionista del sistema nervoso centrale nella specie umana (filogenesi) quanto della traiettoria evolutiva del singolo individuo (ontogenesi). Il collegamento tra struttura, evoluzione e sviluppo evocato dal modello jacksoniano invita ad interrogarsi sulle *disposizioni innate all'azione*, cioè sulle tendenze innate alla *relazione* con l'ambiente (*motivazioni*), che, ereditate filogeneticamente, sostengono, nell'ontogenesi, la progressiva costruzione delle diverse funzioni mentali. Ciò significa che un modello neurobiologico relazionale della mente deve necessariamente definire le diverse motivazioni alla relazione con l'ambiente sottostanti alle diverse funzioni mentali. Per effettuare la suddetta operazione è necessario, quindi, integrare il modello di derivazione edelmaniana, che ci informa sui *processi* che sostengono la regolazione della relazione tra il corpo e l'ambiente, con un modello evoluzionista, che ci informa sulle *motivazioni* alla relazione tra il corpo e l'ambiente, motivazioni tese, in ultima analisi, a soddisfare le esigenze relative allo sviluppo e al mantenimento del corpo stesso.

Il riferimento neurobiologico principe per una modellizzazione neurobiologica evoluzionista è pionieristicamente rintracciabile nei lavori di MacLean

[1973]. Nei lavori di questo Autore la ripartizione gerarchica tra le diverse strutture del sistema nervoso è isomorfa alla ripartizione gerarchica tra diversi assetti funzionali del sistema, caratterizzati da diverse forme di complessità sensomotoria, rappresentativa e mnemonica. Significativi contributi recenti alla modellizzazione della mente di marca evoluzionista sono rappresentati dai lavori di Panksepp [1998] e Deacon [2001] sul versante neurobiologico e, sul versante psicologico, da Jaynes [1984], Dunbar [1998], Donald [1996], Liotti [2005].

Una possibile articolazione di un modello neurobiologico multidimensionale, gerarchico-dinamico delle funzioni mentali, costruito tramite la combinazione di tutti i suddetti contributi [Ceccarelli 2001, 2004], è rappresentata nella figura 1.

Tale modello può essere letto tanto in una prospettiva evoluzionista quanto in una evolutiva, precisando che, in quest'ultima prospettiva, l'inevitabile linearità dell'esposizione del modello, sia in ambito grafico che linguistico, non rende ragione del fatto che nello sviluppo individuale i diversi assetti strutturali-funzionali maturano in parallelo, pur se con diverse modalità temporali e traiettorie spaziali, e che, secondo la processualità edelmaniana, le funzioni di un determinato livello non solo dipendono dallo sviluppo di quello sottostante ma lo riorganizzano, contribuendo alla sua differenziazione. In altre parole, la sequenzialità evolutiva non è sovrapponibile alla sequenzialità evoluzionista.

Il primo livello strutturale è costituito dal cosiddetto 'cervello rettiliano' (le cui principali strutture sono il troncoencefalo, l'ipotalamo, il talamo e i nuclei della base).

In una prospettiva evoluzionista questa struttura esaurisce il sistema nervoso di specie come pesci e rettili,

Fig. 1 - Modello neurobiologico multidimensionale, gerarchico-dinamico delle funzioni mentali

<i>Strutture</i>	<i>Motivazioni</i>	<i>Funzioni</i>	<i>Ambiente e relazione</i>
Cervello Razionale neocorticale <i>lobo frontale "in toto" e altre aree associative</i>	affiliazione culturale	coscienza	<i>Oggetti culturali</i> relazione sovraindividuale culturale
Cervello Razionale neocorticale <i>aree frontali dorsolaterali</i>	affiliazione sociale	linguaggio (intelligenza cognitiva)	<i>società</i> relazione sovraindividuale culturale
Cervello sociale paralimbico limbico <i>regione orbitoventromediale insula-amigdala</i>	affiliazione grupppale	emozioni complesse (intelligenza sociale)	<i>gruppo</i> relazione sovraindividuale grupppale
Cervello emotivo limbico <i>strutture limbiche</i>	attaccamento accudimento agonismo	emozioni semplici	<i>individui</i> relazione individuale
Cervello omeostatico rettiliano <i>tronco dell'encefalo, ipotalamo, gangli della base, talamo</i>	alimentazione sessualità	percezione	<i>oggetti</i> relazione intraindividuale

specie in cui il comportamento si articola nell'esplorazione, nella predazione e nella difesa del territorio. Tali comportamenti sono sostenuti da disposizioni innate all'azione connesse al soddisfacimento delle motivazioni basiche, metabolico(alimentazione)-riproduttive(sessualità) dell'organismo. La funzione che regola la relazione tra l'organismo e l'ambiente è la *percezione*, intesa come espressione dell'organizzazione sensomotoria che consente la relazione tra l'organismo e gli oggetti ambientali adattivi rispetto ai bisogni metabolico-riproduttivi. A

questo livello organizzativo, la funzione è l'espressione della sintonizzazione della relazione che si instaura tra i cicli metabolico-endocrini dell'organismo e i cicli dell'ambiente naturale (quotidiani, mensili, stagionali). Per questi suoi compiti regolatori metabolico-endocrini, il cervello rettiliano viene anche denominato *omeostatico*.

In una prospettiva evolutiva, l'attività relativa alla regolazione delle necessità omeostatiche sostiene, alla nascita, la mobilità dell'organismo, la cui espressione è vincolata a fattori maturativi. Contemporaneamente all'attiva-

zione motoria, nell'interazione tra l'organismo e l'ambiente gli stimoli di varia natura derivanti dalla polimorfa realtà fisica sono rilevati, in modo specifico a seconda della decodifica (tattile, visiva, ecc.), dai vari sistemi sensoriali. Il processo percettivo, in tal modo, è frutto della sincronizzazione temporale dell'attività di molteplici aree sensomotorie, sostenuta e rinforzata dall'attività delle aree in cui sono inscritte le necessità omeostatiche dell'organismo. A questo primario livello funzionale, l'attività sensomotoria è intrinsecamente carica di riferimenti edonici (vegetativi), che si esprimono lungo le grossolane dimensioni del piacere-dispiacere connesse alla soddisfazione-insoddisfazione dei bisogni [Stern 1987; Damasio 2000].

Il secondo livello strutturale è costituito dal 'cervello limbico', composto dalle strutture proprie del sistema limbico. In una prospettiva evuzionista, tale "cervello" caratterizza il sistema nervoso degli uccelli e soprattutto dei mammiferi. La novità comportamentale che si rileva in tali specie rispetto ai pesci e ai rettili è l'allevamento della prole, che segnala la comparsa del riconoscimento diadico interindividuale tra membri appartenenti alla stessa specie. Il riconoscimento interindividuale arricchisce il comportamento di predazione e difesa, proprio del repertorio rettiliano, con il comportamento agonistico intraspecifico, che consente, nelle specie sociali, la definizione della gerarchia di rango che regola l'accesso ai beni alimentari e sessuali. La presenza delle diverse modalità di rapporto fondate sulle dinamiche di allevamento (offerta e richiesta di aiuto) e agonistiche (dominanza e sottomissione) si fonda sulla sintonizzazione del comportamento tra due individui, e tale sintonizzazione richiede modalità di regolazione dell'azione in cui siano rappresentati, congiuntamente, tanto lo stato

della tendenza all'azione dell'individuo quanto lo stato della tendenza all'azione del conspecifico, rappresentazione differenziata a seconda del tipo di rapporto. L'emozione semplice (rabbia, gioia, tristezza, etc), costituendo quello stato dell'attivazione organismica (viscerosensomotoria) la cui modulazione è significativamente influenzata dallo stato di attivazione del conspecifico, si pone come la funzione cerebrale regolatrice del comportamento interindividuale diadico.

In una prospettiva evolutiva, la sintonizzazione, o meno [Stern 1987], tra i bisogni di attaccamento del bambino [Bowlby 1972, 1978, 1983] e le dinamiche di avvicinamento-allontanamento della figura di accudimento, costituiscono la matrice esperienziale primaria della correlazione tra lo stato di attivazione del bambino e lo stato di attivazione della figura di accudimento [Schore 1994]. In tal modo la componente edonica (piacere-dispiacere) del precedente livello organizzativo si declina nel rapporto tra il bambino e la figura di accudimento. Con la progressiva maturazione del sistema sensomotorio la componente edonica si differenzia progressivamente in elementi più discreti, meno indifferenziati e meno diffusi [Sroufe 2000], espressione di modalità diverse di percezione e di gestione dell'avvicinamento (rabbia, gioia) e dell'allontanamento interindividuale (tristezza, paura, disgusto), modalità identificabili in schemi diversi di attivazione viscerale e motoria, cioè in diverse e distinte emozioni semplici. In questo sviluppo, il riconoscimento del consimile, che emerge nell'ambito del comportamento di attaccamento, viene esteso al comportamento esplorativo, di predazione e di delimitazione della territorialità. Compare, in tal modo, il comportamento agonistico, inizialmente teso principalmente a difendere l'esclusività di accesso alla figura di

accudimento, per poi successivamente, soprattutto nella fase di socializzazione con i coetanei, acquisire un suo statuto indipendente correlato alle dinamiche proprie della definizione della dominanza-sottomissione nelle interazioni interindividuali. All'interno di simili dinamiche agonistiche sarà possibile, nella seconda infanzia, grazie al corso della percezione del contesto gruppalmente permessa dalla maturazione delle emozioni complesse (vedi paragrafo seguente), attivare quegli schemi di raffinata sintonizzazione interattiva che si esprimono nelle strategie coalitive e in quelle di pacificazione, che getteranno le basi per il comportamento cooperativo. In conclusione, nel corso della prima e seconda infanzia, nell'interazione con i consimili si differenziano progressivamente molteplici e definite tipologie di rapporto: attaccamento, accudimento, agonismo, cooperazione [Liotti 2005].

Il terzo livello strutturale è costituito dal "cervello neocorticale", in particolare dalla componente ventromediale del lobo frontale, appartenente al sistema paralimbico che è in stretta connessione con il sistema limbico.

In una prospettiva evuzionista questo livello neocorticale è rappresentato soprattutto nel sistema nervoso centrale delle scimmie antropomorfe e nel primo rappresentante della specie umana, *Homo Erectus*.

Nelle scimmie antropomorfe, e in particolare nella specie a noi più prossima, lo scimpanzè, si rileva il riconoscimento interindividuale triadico, evidenziato dalla comparsa del comportamento coalitivo, in cui due individui si alleano contro un terzo individuo [De Waal 1990]. L'amplificazione di complessità delle strategie agonistiche si accompagna ad un'amplificazione di complessità delle strategie di pacificazione, tese a consentire la permanenza in gruppo degli sconfitti, essendo la

numerosità del gruppo un fattore protettivo per i singoli rispetto ai predatori. Coevolutamente a questi comportamenti si rilevano primordiali capacità di imitazione e di inganno intenzionale, nonché la capacità dell'autoriconoscimento allo specchio, fenomeni che segnalano la comparsa della capacità di rappresentare sé da un punto di vista esterno a sé. La recente scoperta dei "neuroni specchio" [Rizzolatti e Sinigaglia 2006], di neuroni, cioè, che si attivano sia quando il soggetto compie una determinata azione sia quando percepisce un altro soggetto effettuare la medesima azione, segnala la presenza nel sistema nervoso centrale di un elemento strutturale che consente al sistema di rappresentare l'altro (l'azione dell'altro) assimilandolo a sé (all'azione di sé), premessa della capacità di rappresentare sé assimilandolo all'altro. È la capacità di rappresentarsi dal punto di vista del consimile, che consente la percezione di sé da un punto di vista esterno a sé (rappresentazione di sé in II persona).

Con *Homo Erectus* si rileva l'espressione di comportamenti gruppalmente complessi, la cui manifestazione più eclatante è la sintonizzazione del comportamento del singolo con il comportamento del gruppo al fine di produrre un'azione gruppalmente organizzata e finalizzata – ad es. la caccia in gruppo, la ripartizione del cibo e primordiali comportamenti rituali [Donald 1996]. Tali attività segnalano la presenza di una motivazione, l'affiliazione, che sostiene la sintonizzazione relazionale n-adica tra sé e gli altri al fine di produrre un'azione coordinata rispetto ad un obiettivo. La sintonizzazione gruppalmente deve fondarsi sia sul riconoscimento della somiglianza tra sé e gli altri (appartenenza) sia sul riconoscimento della peculiarità e singolarità di sé rispetto agli altri (individuazione). La sintonizzazione del comportamento gruppalmente è

possibile nella misura in cui tutti i partecipanti all'azione condividono la rappresentazione di uno schema in cui i singoli individui, tra cui il soggetto, costituiscono gli elementi interagenti. La rappresentazione di sé necessaria per produrre un simile comportamento deve, quindi, veicolare la rappresentazione di sé e degli altri da un punto di vista esterno al gruppo (rappresentazione di sé in III persona), punto di vista che consente la rappresentazione dello schema d'azione gruppale.

L'emozione complessa (vergogna, colpa, trionfo, ecc.), costituendo quello stato di attivazione organismica (dell'intero corpo) la cui modulazione è significativamente influenzata dallo stato di attivazione del gruppo costituisce la funzione cerebrale idonea per regolare il comportamento del singolo in gruppo.

In una prospettiva evolutiva, intorno ai tre anni di età compaiono i primordi dei comportamenti interattivi triadici, significativamente coevolutivi alla maturazione dei sistemi di inibizione e della capacità di prevedere e distinguere dal proprio il comportamento altrui⁵. È indubbiamente nell'età scolare, però, che la socializzazione si sviluppa di pari passo con il progressivo apprendimento della sensibilità al contesto su cui si fondano i maturi comportamenti affiliativi orientati verso uno scopo condiviso. Tale possibilità di apprendimento è implicita nell'atteggiamento naturalmente normativo che viene attuato dalle figure genitoriali nella seconda infanzia (l'età delle regole), atteggiamento che sostiene l'elicitazione dei meccanismi inibitori che permettono la modulazione dell'azione orientata alla sintonizzazione del comportamento del singolo con le regole del contesto gruppale.

5. Si veda Baron-Cohen [1997].

La coevoluzione tra maturazione corticale frontale, contesti di interazione gruppale, atteggiamento normativo delle figure di accudimento, permette al bambino di correlare il comportamento interindividuale sostenuto dalle dinamiche di attaccamento, di accadimento e agonistiche agli effetti e alle reazioni gruppali (sovraindividuali). Le emozioni semplici, che sostengono il comportamento interindividuale diadico, sono, in tal modo, associate agli effetti e alle reazioni gruppali, ed essendo questi effetti e queste reazioni variabili a seconda del contesto, anche l'associazione tra il proprio comportamento e il comportamento del gruppo, elemento nucleare dell'emozione complessa, risulta variabile a seconda del contesto culturale [LeDoux 1998].

È ipotizzabile, per quanto detto, che il tipo di rappresentazione della relazione con l'ambiente permessa dall'emozione complessa sia costituita dalla coniugazione della mappa dei gesti e delle posture, cioè dello schema corporeo, con la mappa delle dinamiche di avvicinamento/allontanamento del gruppo connesse alla canonizzazione dei gesti permessi o vietati dal contesto gruppale.

L'insieme di abilità connesse alla regolazione del comportamento in gruppo caratterizza la cosiddetta "intelligenza sociale" [Goleman 2006].

Il quarto livello strutturale, che definisce il "cervello neocorticale *razionale*" della specie umana è costituito da una rete di mappe neurali il cui epicentro è rappresentato dalla porzione dorsolaterale del lobo frontale [Damasio 1995, 2000].

In una prospettiva evolutivista, i dati paleoantropologici riferibili ai primi rappresentanti del nostro genere,

Homo sapiens arcaico segnalano l'esplosione della costruzione degli oggetti (asce, vestiario, ecc.). Tale comportamento richiede la capacità di effettuare lunghe sequenze di schemi di azioni diversificati e ordinati su oggetti diversi per ottenere un definito prodotto. Sul piano rappresentativo è plausibile immaginare che la rappresentazione di concetti, cioè di elementi nucleari, invarianti e generalizzabili, rispetto alla variabilità e singolarità dell'oggetto e del contesto in cui lo schema si esprime, sia stato l'evento necessario per la comparsa di un comportamento sequenziale del tipo richiesto per la costruzione degli oggetti. L'organizzazione sequenziale dei diversi concetti, poi, permetterebbe il loro ordinamento. L'effetto finale è la sintesi delle sequenze concettuali in un *modello* della relazione con l'ambiente [Donald 1996], modello di cui le sequenze degli schemi d'azione sono sia la radice che il frutto.

In quest'ottica la funzione linguistica avrebbe costituito lo strumento maggiormente idoneo per l'organizzazione sequenziale della rappresentazione concettuale, per cui la formulazione dei modelli di relazione con il mondo è veicolata dal prodotto primario del linguaggio, la narrazione mitica. La narrazione canonizza le lunghe sequenze di azioni diversificate che si realizzano nella vita sociale [Bruner 1988, 1992], costituendo, per gli appartenenti al consorzio sociale, il riferimento esterno ai soggetti, comune e condiviso, necessario per la realizzazione dei comportamenti sociali.

Risulta plausibile ipotizzare che la funzione linguistica sia stata primariamente sollecitata dall'aumento numerico del gruppo [Dunbar 1998] e dalla maggiore dinamicità della mappa e delle regole gruppali correlate alla diversificazione dei ruoli dei singoli nei diversi contesti (affiliazione sociale).

In una prospettiva evolutiva, l'attività vocale è un'espressione precoce del soggetto, che rapidamente e progressivamente durante la prima e seconda infanzia si organizza nella comunicazione linguistica, ma l'utilizzazione, da parte del soggetto, del linguaggio come strumento di regolazione della relazione tra sé e il mondo mediato dall'organizzazione concettuale, è un evento tardivo, situabile nella preadolescenza, fenomenicamente segnalato dalla comparsa dell'invenzione linguistica, gergale, da parte della comunità giovanile.

La capacità, propria del linguaggio, di connettere gli eventi in una narrazione è isomorfa, sul piano rappresentativo, alla creazione di un nesso di continuità e unitarietà nella discontinuità e molteplicità esperenziale dei diversi schemi corporei correlati ai diversi contesti gruppali nei diversi eventi. È ipotizzabile che il riferimento continuo e unitario dei diversi schemi corporei sia rappresentato dall'identità corporea, cioè dal riconoscimento del proprio corpo come elemento concettuale invariante pur nella variabilità esperenziale degli schemi corporei. In modo analogo è ipotizzabile che il riferimento continuo e unitario dei diversi contesti gruppali sia rappresentato dal contesto sociale, cioè dal riconoscimento di un pubblico come elemento concettualmente invariante pur nella variabilità esperenziale dei suoi singoli componenti nei diversi eventi di interazione grupale.

Il quinto livello strutturale non sembra connesso alla comparsa di una nuova struttura cerebrale, bensì ad una diversa possibilità organizzativa del sistema, dovuta all'aumento delle proiezioni frontali verso le altre strutture del sistema [Deacon 2001].

In una prospettiva evolucionista, indicazioni sul tipo di motivazione sostenuta da questa nuova organizzazione

sono inferibili dalla storia culturale del genere umano, storia che inizia con la creazione dell'oggetto culturale (pitture rupestri, incisioni e sculture). L'oggetto culturale è, originariamente, un oggetto materiale investito di un significato connesso alla narrazione mitica. La rievocazione della narrazione permessa dal rapporto con l'oggetto emancipa la funzione linguistica dalla necessità del rapporto interindividuale in quanto l'oggetto culturale funge da attivatore del dialogo interno, probabilmente esperito, nelle prime fasi della storia culturale, come voce allucinatoria connessa alla riattivazione della memoria della voce altrui narrante [Jaynes 1984]. Grazie all'oggetto culturale si riduce il carico della memoria rispetto alla narrazione, in quanto l'oggetto funge da deposito e da attivatore della memoria, per cui la cultura è una vera e propria memoria extracerebrale [Vy-gotskij 1992; Donald 1996].

Con l'invenzione dell'agricoltura e la coevolutiva stabilizzazione degli insediamenti umani, muta radicalmente l'organizzazione sociale e si assiste alla coevoluzione tra l'aumento quantitativo dei gruppi umani, la complessificazione dell'organizzazione sociale, la complessificazione degli oggetti culturali. La creazione della scrittura ha probabilmente costituito un mezzo per canonizzare la molteplicità dei modelli e, contemporaneamente, ha rappresentato uno strumento che ha favorito la riflessione, sintatticamente organizzata, sui prodotti del pensiero narrativo, sostenendo la nascita del pensiero logico-razionale [Bruner 1988, 1992; Donald 1996]. È con la riflessività di tipo sintattico propria del pensiero logico-razionale che i processi di concettualizzazione si emancipano dai vincoli narrativi, per costituire un mondo simbolico governato dall'invarianza delle regole logiche: nasce la teoria [Donald 1996] che fornisce il

mezzo per connettere unitariamente, condensandola, la molteplicità dei modelli della relazione tra sé e il mondo. Con questo tipo di riflessività la voce narrante del dialogo interno diventa la propria voce: emerge l'autocoscienza [Jaynes 1984], grazie alla quale la narrazione di sé operata nel dialogo interno viene esperita come appartenente a sé stessi.

In una prospettiva evolutiva, analogamente a quanto visto per il linguaggio, il bambino è immerso sin dalla nascita in un ambiente ricco di oggetti culturali, che mediano e veicolano il senso della relazione tra sé e il mondo, per cui l'attività percettiva, emotiva e linguistica sono sin dal loro emergere inestricabilmente immerse nei significati culturali, ma i segnali che evidenziano che il soggetto è artefice dell'invenzione culturale, e non solo fruitore passivo di essa, sono, come è noto, assai tardivi, manifestandosi nell'adolescenza.

La costruzione del mondo dei significati, la cui stabilizzazione è inscindibile dalla negoziazione e condivisione sociale, consente una ulteriore astrazione, di tipo simbolico, rispetto a quella concettuale, della rappresentazione della relazione tra sé e l'ambiente, fondata sul rilievo dei nessi di continuità e unitarietà dei riferimenti propri della funzione linguistica, costituiti dall'identità corporea e dal contesto sociale. Il livello di astrazione proprio del significato è fondato sul rilievo delle regole che sottendono la relazione tra sé e il mondo piuttosto che sul rilievo delle caratteristiche fenomeniche di quella relazione, per cui i riferimenti della rappresentazione cosciente attengono alla rappresentazione a-storica e a-temporale, cioè ideale nel senso stretto del termine, della relazione tra il soggetto e l'ambiente: l'identità personale, sul piano del versante interno della relazione tra il soggetto e

l'ambiente, e la cultura, sul piano del versante esterno.

In quest'ottica, il dialogo interno, vettore fenomenico dell'autocoscienza, si costruisce e si esprime nella riflessione relativa al mondo dei significati, per cui la qualità dell'autocoscienza è coevolutiva alla qualità della produzione culturale della società di cui il soggetto fa parte. All'interno di questa coevoluzione tra identità personale e cultura, l'articolazione dei significati permessa dal dialogo interno consente al pensiero di emanciparsi, relativamente, dal vincolo esclusivo dei significati socioculturalmente canonizzati, per cui il pensiero accede al campo della creatività, costruendo nuove rappresentazioni della relazione tra sé e il mondo.

In tal modo il soggetto può riconoscere l'appartenenza a sé del mondo dei significati da cui il proprio sé è emerso, e, tramite un simile riconoscimento, accedere al campo della, relativa ma autentica, libertà di essere artefice del proprio Sé. In quest'ottica l'affermazione nucleare del paradigma multidimensionale che è alla base del modello gerarchico-dinamico delle funzioni mentali ora descritto, può essere così formalizzata: *la mente è radicata nel corpo, da cui emerge, e si struttura nei sistemi socioculturali che essa stessa fonda* [Morin 1989: 261].

In conclusione, è con il cervello neocorticale, che il *campo fenomenico intraindividuale* (espresso nel modello dal primo livello di relazione struttura-ambiente) – proprio dell'approccio neurobiologico – si apre naturalmente, passando attraverso il *campo fenomenico interindividuale* (secondo livello di relazione struttura-ambiente) – proprio dell'approccio psicologico – al *campo fenomenico sovraindividuale* (terzo, quarto e quinto livello di relazione struttura-ambiente) – proprio dell'approccio sociologico –.

3. Modello biopsicosociale e cura della persona

L'intrinseca relazionalità del vivente, affermata da un modello biopsicosociale di questo tipo, implica che tutte le manifestazioni dell'essere umano sono espressione della relazione tra il corpo e l'ambiente. In quest'ottica la patologia, sia somatica che psichica, è, sempre, espressione dell'alterazione della relazione tra corpo ed ambiente, alterazione a cui concorrono, in misura variabile a seconda del tipo di patologia, tanto fattori endogeni, legati all'organismo, quanto fattori esogeni, legati all'ambiente. In questa prospettiva è legittimo ritenere che via sia un *continuum* tra alterazioni della salute secondarie a danni biologici e alterazioni secondarie a fattori ambientali sfavorevoli, per cui il centro di gravità eziologico può essere spostato verso uno dei due estremi a seconda "del peso" dei fattori eziologici in causa modificandosi comunque, in entrambi i casi, l'equilibrio complessivo della relazione corpo-ambiente.

Da quanto detto consegue che, in ambito terapeutico, qualsiasi intervento incide, per definizione, su quella relazionalità: l'intervento terapeutico di tipo somatico inciderà direttamente sul corpo e l'effetto consisterà nella modificazione del rapporto con l'ambiente; l'intervento terapeutico ambientale inciderà sull'ambiente e l'effetto consisterà nella modificazione del rapporto con il corpo. Queste considerazioni sostengono anche la ratio della maggiore efficacia delle terapie che associano interventi somatici con interventi tesi alla modificazione dell'ambiente rispetto alle terapie focalizzate sulla modificazione di uno solo dei due attori della relazione.

In ambito medico l'intervento terapeutico è, per lo più, di fatto combinato, in quanto le indicazioni terapeutiche

comportano non solo interventi diretti alla modificazione del corpo (chirurgia, farmaci) ma spesso anche interventi diretti alla modificazione dell'ambiente correlato alla patologia (indicazioni igienico-dietetiche, riabilitazione). Nell'ambito della cosiddetta patologia psichica si assiste ad una diffusione sempre più ampia della combinazione di interventi farmacologici con interventi psicoterapici (questi ultimi considerabili come interventi ambientali in quanto è la relazione con il terapeuta l'elemento cardine per la modificazione di sé).

In particolare, con riferimento al modello esposto in questo lavoro, una concettualizzazione che consideri corpo e mente organizzati in livelli gerarchicamente integrati permette di esplorare un determinato disturbo mentale in un singolo paziente a livelli strutturali-funzionali diversi, sollecitando l'impostazione di una terapia farmacologica e/o psicoterapeutica-riabilitativa mirata a riorganizzare l'equilibrio dinamico, alterato a causa della malattia, tra questi livelli. Un esempio, tra i numerosi che si possono fare per esemplificare questa proposizione, è rappresentato dalla depressione post-stroke, una forma di depressione che consegue ad una lesione cerebrovascolare e la cui natura riflette la duplice causalità del danno cerebrale da un lato e dell'impatto sfavorevole dell'ambiente dall'altro. L'analisi del decorso sintomatologico di questo tipo di depressione, esplorato attraverso numerose ricerche [Gainotti 1995], evidenzia sostanzialmente due diversi profili psicopatologici, in relativa continuità l'uno con l'altro. Un primo profilo, presente soprattutto nelle fasi iniziali della depressione, è caratterizzato da sintomi indicativi della ridotta modulazione del livello neocorticale (sede della lesione vascolare) sul livello rettiliano (comparsa di disturbi del ritmo sonno-veglia e/o dell'alimen-

tazione connessi alla attività biologica di questo sistema) e su quello limbico (comparsa di una interazione interpersonale cristallizzata prevalentemente sulla emozione della tristezza). Il secondo profilo sintomatologico emerge dopo alcune settimane dall'ictus, in genere nella fase in cui il paziente ritorna a casa dall'ospedale o inizia la riabilitazione ed è caratterizzato dal prevalere dei sintomi "psicologici" della depressione (tristezza, colpa, vergogna ed altri) espressione della incipiente interferenza negativa degli handicap fisici prodotti dall'ictus sulla qualità delle *relazioni* del soggetto con il suo ambiente (familiare, lavorativo ecc.). Tale secondo profilo segnala come, consensualmente al reinserimento del paziente nel suo ambiente sociofamiliare, ai sintomi propri dei livelli di relazione intraindividuale e interpersonale si aggiungano successivamente quelli propri del livello della relazione grupale e sociale, caratterizzato dalla elaborazione delle emozioni complesse. Interessante notare – a conferma della alterazione di questo livello (primitivamente interessato dalla lesione vascolare) – come i sintomi di pazienti con depressione post-stroke, valutati attraverso la somministrazione di specifiche scale [Gainotti 1995], risultino correlati alle interazioni negative che i soggetti sperimentano con l'ambiente. L'alterazione di questo livello relazionale (insieme alla relativa perdita dell'equilibrio dinamico anche con i livelli soprastanti) produce nel soggetto sentimenti negativi quali ad esempio la colpa (per non essersi curato in tempo e per essere ora "di peso" ai familiari) e la vergogna (per la sua menomazione ed il conseguente rifiuto sociale). Fattori neurobiologici e fattori ambientali concorrono quindi, in tempi diversi, all'insorgenza della depressione *post-stroke*, con manifestazioni sintomatologiche in parte simili alle forme di depressione

maggiore (classicamente considerate legate a fattori endogeni cerebrali) ed in parte simili alle forme reattive (classicamente legate a fattori ambientali). A conferma dell'importanza della relazione tra la struttura e l'ambiente, esistono lavori che hanno dimostrato come pazienti con gravi disabilità neurologiche dipendenti da lesioni midollari presentano disturbi dell'umore in misura significativamente minore rispetto a pazienti con depressione post-stroke [Folstein *et al.* 1975]. Queste osservazioni illustrano come la sola disabilità motoria sia una condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo della depressione essendo necessario il concorso di una relazione sfavorevole del soggetto con l'ambiente.

Come la depressione post-stroke è meglio compresa attraverso il contributo tanto della conoscenza biologica quanto di quella psicosociale, così la terapia dovrà essere di tipo biopsicosociale, iniziando nelle fasi precoci della malattia una terapia farmacologica e proseguendo poi con interventi educativi sulla famiglia e di ristrutturazione cognitiva sul paziente. La terapia farmacologica somministrata precocemente dovrebbe ridurre i sintomi secondari alla disfunzione dei livelli rettiliano e limbico e modificare, agendo anche sulle strutture del livello neocorticale, il rapporto del soggetto con l'ambiente. Dall'altro lato, l'intervento educativo nell'ambito familiare e lavorativo come pure quello psicoterapico sul paziente dovrebbero incidere sulla relazione struttura-ambiente modificando l'attività delle aree cerebrali disfunzionanti.

Conclusioni

Circa venticinque anni dopo la sua formulazione il modello biopsicosociale necessita di essere rivisitato per po-

tere essere utilizzato al pieno delle sue potenzialità.

Poiché la relazione struttura-ambiente da cui emergono le funzioni mentali avviene a livelli organizzativi di diversa complessità, l'indagine sulla natura di un comportamento, fisiologico o patologico, dovrebbe riguardare tutti i diversi livelli gerarchici in cui questa relazione si organizza. In ambito terapeutico la prassi riabilitativa biopsicosociale (interventi farmacologici, riabilitazione cognitiva e motoria, psicoterapia, interventi psicoeducativi sui familiari, ecc.) deve intervenire sulla totalità dei diversi livelli gerarchici che sotto l'effetto di un'alterazione vanno *tutti* incontro ad un processo di *riorganizzazione*. Inoltre, il percorso terapeutico e riabilitativo basato su un'ottica biopsicosociale di questo tipo non può prescindere dalle diverse e peculiari cause che sostengono in ogni singolo caso l'intero spettro dei sintomi. Se pensiamo infatti, alla complessità e variabilità delle interazioni di un individuo con l'ambiente, appare evidente come un simile modello biopsicosociale solleciti a ricercare, in ogni singolo paziente, gli elementi soggettivi e singoli attraverso i quali si struttura la storia della sua malattia, storia che riflette l'incontro tra l'organizzazione e la strutturazione del suo sistema nervoso e l'ambiente, e la cui conoscenza è necessaria per costruire un percorso terapeutico autenticamente *biopsicosociale*.

Bibliografia di riferimento

- Baron Cohen S. (1997), *L'autismo e la lettura della mente*, Astrolabio, Roma [ed. orig. 1995]
- Baxter L.R. *et al.* (1992), *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorders*, Archives of General Psychiatry 49: 681-689

- Bowlby J. (1972), *Attaccamento e perdita. I: L'attaccamento alla madre*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig. 1969]
- Bowlby J. (1978), *Attaccamento e perdita. II: La separazione dalla madre*, Borin-ghieri, Torino [ed. orig. 1973]
- Bowlby J. (1983), *Attaccamento e perdita. III: La perdita della madre*, Bollati Bo-roughieri, Torino [ed. orig. 1980]
- Bruner J. (1988), *La mente a più dimensio- ni*, Gius. Laterza, Roma-Bari [ed. orig. 1986]
- Bruner J. (1992), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig. 1990]
- Caspi A. et al. (2003), *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*, "Science", 18, 301: 386-389
- Ceccarelli M. (2001), *La relazione incarna- ta: neurobiologia e complessità del comportamento umano*, in Andolfi M., Viaro M. (a cura di) *Biologia e relazioni*, FrancoAngeli, Milano
- Ceccarelli M. (2004), *Neurobiologia multi- dimensionale e complessità del compor- tamento umano*, in Blundo C. (a cura di), *Neuropsichiatria. I disturbi del com- portamento tra neurologia e psichiatria*, Masson, Milano
- Cipolla C., Agnoletti V. (2006), *Medicine(a) a fondamento scientifico e medicine(a) basate(a) su altri principi metodologici*, "Salute e Società", V, 2: 199-217
- Crick F. (1994), *La scienza e l'anima. Un'ipotesi sulla coscienza*, Rizzoli, Mi- lano
- Damasio A.R. (1995), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano [ed. orig. 1994]
- Damasio A.R. (2000), *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano
- Deacon T.W. (2001), *La specie simbolica. Coevoluzione di linguaggio e cervello*, Giovanni Fioriti Editore, Roma [ed. orig. 1997]
- De Waal F. (1990), *Far la pace tra le scim- mie*, Rizzoli, Milano [ed. orig. 1989]
- Donald M. (1996), *L'evoluzione della mente. Per una teoria darwiniana della coscienza*, Garzanti, Milano [ed. orig. 1991]
- Dunbar R. (1998), *Dalla nascita del lin- guaggio alla babele delle lingue*, Longa- nesi & C., Milano [ed. orig. 1996]
- Eccles J.C. (1990), *Evoluzione del cervello e creazione dell'io*, Armando, Roma [ed. orig. 1989]
- Edelman G.M. (1995), *Darwinismo neurale. La teoria della selezione dei gruppi neu- ronali*, Einaudi, Torino [ed. orig. 1987]
- Edelman G.M. (1991), *Il presente ricorda- to. Una teoria biologica della coscienza*, Rizzoli, Milano [ed. orig. 1989]
- Edelman G.M. (1993), *Sulla materia della mente*, Adelphi, Milano [ed. orig. 1992].
- Engel G.L. (1977), *The need for a new me- dical model: a challenge for biomedici- ne*, "Science", 196: 129-136
- Folstein et al. (1977), *Mood disorder as a specific complication of stroke*, "J. Neu- rol. Neurol. Psych.", 40: 1018-1020
- Goleman D. (2006), *Intelligenza sociale*, Rizzoli, Milano
- Gainotti G. et al. (1995), *Some preliminary findings concerning a new scale for the assessment of depression and related symptoms in stroke patients*, "Ital. J. Neurol. Sc.", 16, 439-451
- Jackson H. (1895), *The factors of insanities*, in Ey H., *La teoria organodi- namica della malattia mentale*, Astrola- bio, Roma
- Jaynes J. (1984), *Il crollo della mente bica- merale e l'origine della coscienza*, Adelphi, Milano [ed. orig. 1976]
- Kandel E.R. (1998), *A new intellectual fra- mework for psychiatry*, "American Jour- nal of Psychiatry", 155, pp. 457-469
- Karni A. et al. (1995), *Functional MRI evi- dence for adult motor cortex plasticity during motor skill learning*, "Nature", 377: 155-158
- LeDoux J. (1998), *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini & Ca- stoldi, Milano [ed. orig. 1996]
- Lewontin R.C. (1998), *Gene, organismo e ambiente*, Laterza ed., Roma-Bari [ed. orig. 1991]
- Liotti G. (2005), *La dimensione interperso- nale della coscienza*, Nuova Italia Scientifica, Roma
- Lowenstein D.H., Parent J.M. (1999), *Brain, heal thyself*, "Science", 283, 1126-1127

- Lurija A (1977), *Come lavora il cervello*, il Mulino, Bologna [ed. orig. 1976]
- MacLean P.D. (1973), *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*, University of Toronto Press, Toronto
- Maguire *et al.* (2000), *Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers*, *Proceedings National Academy of Science Usa* 97: 4398-4403
- Mazziotta J.C. *et al.* (2000), *Brain mapping the disorders*, Academic Press, S. Diego
- Morin (1989), *La conoscenza della conoscenza*, Feltrinelli editore, Milano [ed. orig. 1986]
- Nottebohm F. (2000), *Why are some neurons replaced in adult brain?*, "J. Neurosc.", 22:624-628
- Panksepp J. (1998), *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*, Oxford University Press, Oxford
- Pascual-Leone *et al.* (2003), *The plastic human brain cortex*, "Annu. Rev. Neurosc.", 28: 377-401
- Penfield W. (1991), *Il mistero della mente*, Vallecchi Editore, Firenze [ed. orig. 1975]
- Plomin R. (1998), *Natura ed esperienza*, Raffaello Cortina, Milano [ed. orig. 1994]
- Putnam H. (1987), *Mente, linguaggio e realtà*, Adelphi, Milano [ed. orig. 1975].
- Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006), *So quel che fai*, Raffaello Cortina, Milano
- Rose S. (2001), *Linee di vita. Oltre il determinismo*, Garzanti, Milano [ed. orig. 1997]
- Sarà M. (2005), *L'evoluzione costruttiva*, UTET, Torino
- Schore A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey
- Sroufe A.L. (2000), *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*, Raffaello Cortina, Milano [ed. orig. 1995]
- Stern D.N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino [ed. orig. 1985]
- Suomi S.J. (2000), *A biobehavioral perspective on developmental psychopathology: excessive aggression and serotonergic dysfunction in monkeys*, in Sameff A.J. *et al.*, *Handbook of developmental psychopathology*, Plenum Press, New York
- Tienari P. *et al.* (1989), *The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: genetic vulnerability and family environment*, "British Journal of Psychiatry", 155 (Suppl. 5), 29-32
- Vygotskij L. (1992), *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Bari [ed. orig. 1934]

Quale medicina narrativa?

di Barbara Baccarini

Negli ultimi anni, nell'ambito della letteratura che utilizza metodologie qualitative, si segnalano e si contraddistinguono, ognuno perché foriero di un valore aggiunto specifico, i seguenti scritti:

1. Bury M. (2001), *Illness narratives: fact or fiction?*, "Sociology of Health & Illness", 23: 263-285.
2. Giarelli G., Good B.J., Del Vecchio Good M.J., Martini M., Ruozi C. (2005), *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, FrancoAngeli, Milano.
3. Lawton J. (2003), *Lay experiences of health and illness: past research and future agendas*, "Sociology of Health & Illness", 25: 23-40.
4. Marzano M. (2004), *Scene finali. Morire di cancro in Italia*, il Mulino, Bologna.
5. Masini V. (2005), *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano.

1. Raccontare la morte come catarsi interiore

Il testo di Marzano si presenta con un titolo: *Scene finali. Morire di cancro in Italia*, che già di per sé sintetizza il contenuto ed è il frutto di una ricerca empirica realizzata con metodo etnografico dall'autore. Il volume si articola in cinque capitoli.

Come si evince nell'incipit del testo, la vita di Marzano è sconvolta da un dramma familiare: al padre viene diagnosticato un tumore (si tratta di carcinoma polmonare aggressivo con metastasi cerebrali) e la diagnosi infausta lo trova assolutamente impreparato. Pertanto egli, dietro suggerimento del medico di fiducia, al fine di proteggere il padre e anelando a lasciare in lui la speranza della guarigione, decide di rivelargli «una mezza verità» [Marzano 2004: 30], cioè che gli è stato riscontrato un tumore del sangue: un linfoma.

Da quel momento inizia per lui una vera e propria «tempesta emotiva», in quanto egli, quale caregiver di riferimento, si trova spettatore impotente del processo di spersonalizzazione del padre. A questo proposito l'autore afferma: «I problemi maggiori erano comunque rappresentati dal personale sanitario. Durante la visita, che precedette il ricovero, i due medici che visitarono mio padre parlotarono a lungo tra loro a proposito del suo caso come se lui non ci fosse» [ibidem: 33] ed aggiunge, riferendosi a Goffman: «come se non fosse una persona».

Di pari passo al processo di spersonalizzazione del padre, in Marzano, assillato da sensi di colpa e da conflitti interni per aver escluso il padre, che non sa la verità, da decisioni terapeutiche e per averlo privato dei suoi diritti e della sua voce, matura l'idea di raccontare l'esperienza paterna, quale catarsi interiore, al fine di placare, almeno in parte, quel senso di inutilità e im-

potenza che lo accompagnerà fino alla morte del genitore.

La scoperta dell'autobiografia sociologica e dell'etnografia introspettiva porta Marzano alla decisione di dare inizio al progetto del libro, pertanto si mette in contatto con un primario di un grande ospedale del nord Italia, dove egli desidera lavorare e, dopo il suo assenso, nell'ottobre 2000 inizia la ricerca sul campo.

L'autore, nel secondo e terzo capitolo, in modo particolarmente incisivo ed efficace, ci presenta, all'interno dell'ospedale San Michele, presso l'Unità Operativa di Oncologia i gruppi sociali ben stratificati, tra cui i gruppi professionali dei medici e degli infermieri a cui si aggiungono le figure degli psicologi e dei volontari ed infine i gruppi dei parenti e dei pazienti.

A questo punto della narrazione viene focalizzata l'attenzione del lettore su tematiche salienti quali quella della comunicazione oncologo-paziente.

Afferma l'autore: «La parte più faticosa e terribile del lavoro di un oncologo è la comunicazione con i malati» [ibidem: 54].

Infatti i malati oncologici, che vivono in un perenne stato d'ansia, sono pronti a recepire le minime sfumature di significato nell'ambito di una conversazione e valutano analiticamente le parole del medico a cui riescono a volte a tendere trappole comunicative, che non sono altro che una richiesta di rassicurazione per arginare in qualche modo il fiume di paura che si portano dentro.

L'autore ci fa presente che: «Di fronte ad un paziente affetto da una qualche forma incurabile di tumore, gli oncologi dell'ospedale San Michele scelgono in genere di mentire riguardo alla prognosi (anche se non sempre riguardo alla diagnosi, della quale però quasi mai sono spiegate le implicazioni ultime)» [ibidem: 55-56] al fine di pro-

teggere dalla terribile verità della morte imminente il paziente, che spesso non riconosce o rimuove i segnali evidenti della sua fine. Tutto ciò può durare nel tempo solo grazie a quella che Aries chiama “la congiura del silenzio”, in cui i congiurati sono non solo i medici, ma anche e soprattutto i parenti e gli amici del paziente.

Un'oncologa, a cui Marzano aveva chiesto come si comportasse nel comunicare cattive notizie ai pazienti, così gli rispondeva: «Che cosa vuol dirgli che deve morire? Non dobbiamo forse morire tutti? Perché dirlo a lui e non ad un altro?» [ibidem: 59].

Ovviamente l'autore tiene a precisare che l'affermazione, secondo la quale i medici non rivelano le prognosi infauste ai pazienti, non implica che tale comportamento sia universale e comunque per i medici è importantissimo valutare le condizioni psicologiche del paziente prima di rivelargli la verità, per evitare, ad esempio, un suicidio.

Più in generale si insiste ancora nel testo sul fatto che la rivelazione integrale o parziale serve per portare il paziente ad accettare il fatto che dovrà operare un mutamento nella sua vita, che sarà necessaria la sua cooperazione con i curanti e che dovrà essere consapevole che l'organizzazione sta facendo qualcosa per lui. Sicuramente i follow up periodici ed il fatto di presentarsi puntualmente nelle sale del day-hospital per continuare i trattamenti costituiscono dei riti, a cui il paziente si aggrappa in quanto egli sa che solo la sospensione delle terapie potrà significare la fine. Probabilmente, precisa ancora l'autore, la decisione dei medici di non dire la verità al malato oncologico è attribuibile anche a motivazioni psicologiche, al fatto che il medico si tutela dal *burn out*, in quanto egli si trova spesso in una condizione di “dissonanza cognitiva”, dibattuto tra la consapevolezza che la sua azione sia inuti-

le per la guarigione del malato ed il dovere di fare qualcosa.

A questo proposito Marzano, facendo riferimento a Parsons afferma: «il ruolo del medico è accentrato sulla sua responsabilità per il benessere del paziente, nel senso di favorire la guarigione dalla malattia usando al meglio possibile la capacità del medico» [ibidem: 77].

Dopo essersi “messo nei panni” dei medici, Marzano si “mette nei panni” degli infermieri e delinea il profilo di un gruppo che spesso deve addossarsi un onere ancora più gravoso di quello dei medici dal punto di vista emotivo, infatti molti pazienti, che non si sfogano di fronte ai medici, scaricano poi le loro paure, tensioni ed aggressività sugli infermieri. Pertanto molti di loro cercano di “tenere a distanza” le emozioni che in un contesto di sofferenza e morte potrebbero mettere in serio pericolo la loro stabilità psichica e portarli al *burn out*. Per alcuni poi, dopo un certo periodo, diventa intollerabile il lavoro di cura dei malati terminali per cui sono costretti ad andare a lavorare altrove.

L'autore mette in evidenza che uno dei momenti in cui il paziente si sente più vicino all'infermiera e la rende partecipe anche di eventi della sua vita è quello del “buco” [ibidem: 93] (espressione gergale riferita alla somministrazione di chemioterapia).

Pertanto “fare un buco” diviene un'interazione sociale e fiduciaria in quanto, se l'infermiera commette errori, può causare spiacevoli conseguenze al paziente (ematomi o anche flebiti) e spezzare così il rapporto di fiducia con lui.

Anche gli psicologi e i volontari fanno parte dei gruppi di osservazione dell'autore: dei primi si dice che sono pochi e che all'interno dell'ospedale ricoprono un ruolo marginale e subalterno rispetto a quello dei medici. Si pre-

cisa che solo per un certo periodo agli psicologi delle cure palliative è stata data la possibilità, in seguito revocata dal primario, di incontrare in un ambulatorio alcuni malati. Dei secondi si dice che frequentano il reparto e il day-hospital e che si prefiggono lo scopo di alleviare le sofferenze dei pazienti, entrando in contatto con loro tramite colloqui improntati alla massima discrezione, per non offendere la sensibilità dei malati.

Merita poi particolare rilievo la capacità di introspezione psicologica con cui l'autore riesce a penetrare il dramma, da lui vissuto, di incertezza e di impreparazione dei familiari del malato, che spesso per proteggere il paziente, decidono di non rivelargli la verità, di fare come se nulla fosse successo, senza pensare che poi subentreranno inevitabili difficoltà nel portare avanti la strategia della "menzogna protettiva" e che dal punto di vista psicologico potranno verificarsi dei *burn out* da parte dei parenti ed amici, i quali non riescono a tenere la maschera, ma che non possono neanche più cambiare linea, perché a quel punto, come sottolinea l'autore, con richiamo goffmaniano, si tratterebbe "di perdere del tutto la faccia" [ibidem: 118] e ciò comporterebbe gravissime conseguenze per il malato.

Certo la consapevolezza della malattia fa sì che malati e parenti attribuiscono un significato diverso alla terapia e la vedano non come mezzo salvifico, ma come un ausilio scelto in piena libertà dal paziente, che cerca di posticipare il suo decesso e soprattutto la consapevolezza rende possibile al malato prendere autonomamente le proprie decisioni.

L'autore, come un lucido Caronte, ci "traghetta" anche negli Hospices, che per i malati terminali rappresentano "i luoghi meno anonimi dove morire" [ibidem: 130] rispetto agli ospedali, nel tentativo di conservare fino all'ulti-

mo la dignità ed il rispetto di sé, inseguendo l'ossimoro della "dolce morte".

Da evidenziare il fatto che Marzano racconta storie di malattia con l'intento di individuare i motivi culturali sottesi; richiamandosi a Good, infatti, l'autore ci fa notare che «la narrativizzazione della malattia, il suo racconto fatto a sé e agli altri è un modo per focalizzare la sofferenza nella storia, nella propria storia, per collocare gli eventi in una cornice dotata di senso» [Good 1999], talora per sperare nella guarigione. Inoltre le storie di malattia permettono di avere accesso alla soggettività dei malati ed alle loro emozioni e questo può essere utile agli operatori sanitari, per conoscere meglio il paziente.

In particolare nel capitolo quattro l'autore fa presente che è stato molto importante per il suo lavoro frequentare l'unità per le cure palliative, al fine di osservare più attentamente le prolungate interazioni medici-pazienti ed al fine di ascoltare le narrazioni dei malati terminali, che, sentendosi spesso disperati e inutili, pensano almeno di poter servire ancora a qualcuno, raccontando la loro storia di malattia.

All'interno delle narrazioni e dei vissuti dei malati si può riscontrare una costante: il tentativo di rinvenire nel loro passato, tramite continui e sofferti flash-back, le cause scatenanti della malattia; richiamandosi a Bury, Marzano sottolinea che del resto questa «è un'esigenza che nasce dal bisogno di dotare di senso un evento così radicalmente distruttivo della propria esistenza ed è anche la principale reazione alla malattia, messa in opera da persone che stanno perdendo progressivamente il controllo del proprio corpo [Bury 2001].

Nelle pagine finali del testo l'autore si sofferma sul caso Di Bella, il medico che affermava di curare il cancro e ribadisce che la vicenda Di Bella ha offerto ai malati oncologici l'opportunità,

che in seguito purtroppo è venuta meno, di uscire dall'isolamento in cui spesso sono relegati dalla malattia, facendo così sentire la loro voce. Il caso Di Bella inoltre ha dimostrato che si stanno affermando sempre più nuove terapie con cui necessariamente la medicina ufficiale deve confrontarsi.

Nelle considerazioni conclusive del libro si auspica una metamorfosi, una riforma possibile dell'oncologia italiana e un cambiamento del nostro atteggiamento nei confronti di coloro che muoiono di cancro, affinché questi non debbano «perire nei nostri sguardi prima che sia giunto il tempo».

2. Verso un afflato sempre più empatico medico-paziente

Il lavoro di Masini si propone in primo luogo di investigare i significati della narratività in quanto quest'ultima può far sì che la scienza medica, la quale nell'età della tecnica oggettivizza sempre più l'uomo, recuperi la sua componente umanitaria, dando vita ad una comunicazione empatica medico-paziente, al fine di ascoltare la voce di chi soffre.

Masini raccoglie le storie di vita di un gruppo di pazienti del dottor Giacomo, da cui emerge una visione dell'empirismo medico tradizionale di tipo partecipativo che si può analizzare utilizzando i criteri del rapporto medico-paziente della teoria di Parsons. I tipi di relazione che il dottor Giacomo instaura con i pazienti sono caratterizzati dall'integrazione e dalla complementarità. L'approccio del dottor Giacomo con i suoi pazienti nella comunità di Porto Rosso si può definire di tipo "comunicativo dinamico" ed è in sintonia con la sua personalità molto incline all'attivazione.

L'autore poi, per rendere in maniera efficace il nesso medicina narrativa-

empatia, nel capitolo secondo introduce il concetto di "cerchio sacro del paziente" ed afferma che la relazione medico-paziente deve co-costituire un processo comunicativo, al fine di instaurare una condizione relazionale tale da impedire di danneggiare il sé. A questo proposito l'autore cita Simmel: «un cerchio siffatto [...] circonda l'uomo occupato dalle sue faccende e dalle sue qualità; l'intrusione in queste mediante una presa di conoscenza comporta una violazione della sua personalità [...] Come la proprietà [...] lo è il corpo, che costituisce il nostro primo "possesso" [...] ogni attacco al possesso viene avvertito come un violentamento alla personalità [...]» [Simmel 1998: 302-303].

La consapevolezza co-istituita da parte del paziente che i luoghi della sua malattia sono vissuti anche attraverso il corpo del medico fa sì che si instauri un rapporto di fiducia medico-paziente; la co-sofferenza dà più immediatezza alla comprensione empatica ed in tal modo la narrazione diviene condivisione intersoggettiva della malattia.

Per quanto concerne il concetto di empatia Masini nel testo delinea con chiarezza sia l'empatia emotivo-affettiva, che porta all'accettazione dell'altro e della realtà della sua presenza nel mondo e spesso fa percepire elementi reconditi del vissuto altrui, spingendoci pertanto ad una condivisione delle emozioni e dei sentimenti di *alter*, sia l'empatia cognitiva che, partendo da una condivisione simbolica, costruisce un significato passibile di discussione e negoziazione. L'empatia emotivo-affettiva fa sì che la dottoressa Marcella riesca ad entrare in sintonia con i pazienti ed il modello comunicativo, seguito dalla suddetta, evidenzia una narrazione basata sul coglimento empatico. L'autore fa presente che la reciprocità delle narrazioni è uno degli elementi basilari della medicina narra-

tiva alla luce della AC (analisi conversazionale) in quanto non si deve intendere la narratività unicamente come quella di «un paziente che si racconta più diffusamente al medico», fornendogli ulteriori informazioni anamnestiche, perché la narratività prende vita dalla reciprocità di «un medico che si racconta al paziente» nell'ottica di un reciproco riconoscimento. A questo proposito l'autore cita Cipolla: «Il due è relazione e non solo azione e la relazione è azione, sommata ed integrata nella comunicazione anche se quella può esistere senza questa, mentre non è vero il viceversa» [Cipolla 1997: 458].

Si fa poi presente che «l'uso dell'analisi conversazionale ha la funzione di osservare la flessibilità del contesto discorsivo, che non predetermina l'interazione, ma è modellato da quest'ultima» [Masini 2005: 109]. L'analisi della conversazione della dottoressa Marcella ci fa capire in primo luogo quali sono i tratti salienti della sua personalità e tra questi emerge la grande capacità di ascolto. Inoltre, specie quando la dottoressa si rapporta ai pazienti con comportamenti "devianti", che evidenziano problemi relazionali o esistenziali o di inserimento sociale, si mostra estremamente tollerante, in quanto non li critica, ma li accetta ed accetta anche la rappresentazione di sé che le viene proposta dal paziente.

Nel capitolo tre le narrazioni del dottor Romano e del dottor Alberto si basano sul modello dell'empatia cognitiva e ciò è evidente nel ricorso a brevi narrazioni ed a procedimenti dialogici e simbolici.

Merita particolare rilievo l'esame dei fattori che hanno dato origine alla malattia del sistema di cure ed alla crisi del medico: si fa riferimento pertanto a pratiche di *mobbing* ed al *burn-out*. È da sottolineare il fatto che le interviste sono trascritte in modo sempli-

ficato, perché in questo caso la finalità non è l'analisi conversazionale; l'intervistatore infatti si prefigge il fine di scavare nel vissuto dei medici e di fare emergere con obiettività e determinazione critica i punti decisivi dell'attuale sistema di cura. Per quanto concerne poi il *mobbing* Masini tiene a precisare che «il tema del *mobbing* come estremo negativo della qualità relazionale all'interno di un servizio avvisa sull'importanza di una prospettiva relazionale per l'analisi della qualità, attuata attraverso lo studio della qualità dei reticoli sociali co-costruiti dagli operatori» [ibidem: 150] ed aggiunge che in tale contesto si evidenziano le enormi potenzialità della NBM.

Dal punto di vista sociologico si sottolinea poi il quadro dell'evoluzione della ricerca in campo socio-sanitario che negli ultimi anni ha potenziato ed affinato i costrutti teorici e metodologici, aprendo nuove prospettive metodologiche come appunto l'approccio della NBM che si pone sovente in posizione dicotomica rispetto all'EBM.

Tramite la presentazione del modello connessionista, nel capitolo quattro, Masini delinea in modo incisivo l'insieme dei processi che possono riferirsi a questo schema e propone poi la sua applicazione nel rapporto medico-paziente. Del resto l'asse portante del lavoro è proprio da ricercare nella formulazione di un'ipotesi di riordinamento connessionista della metodologia e della compatibilità delle teorie in funzione degli scopi.

In seguito Masini, mediante l'utilizzo di questionari e focus group, prospetta un percorso di formazione rivolto ai medici affinché questi acquisiscano una maggior consapevolezza della loro comunicazione verso il paziente e di conseguenza imparino a scegliere il tipo di comunicazione più adatto al malato che sta di fronte a loro al fine di entrare con rispetto nel "cerchio sa-

cro del paziente”, salvaguardando così la dignità della persona. Infine l'autore nelle pagine conclusive ci presenta le diverse metodologie narrative intese come strumenti idonei a comunicare in modo opportuno con certi tipi di pazienti (ad esempio malati con disagi psichici, malati oncologici, malati terminali) e propone alcuni orientamenti metodologici di base per il *counseling* medico, in funzione degli scopi.

3. NBM/EBM: dalla dicotomia alla diade

Il terzo testo analizzato, co-curato da più autori: i coniugi Good, Giarelli, Martini, Ruozi mette in evidenza il fatto che già dagli anni Ottanta del secolo scorso la tradizione bio-medica dominante ha manifestato i primi segni di crisi e pertanto l'interesse nei confronti della narrazione, prima limitato all'ambito delle scienze umane e sociali, si è esteso anche al campo medico.

Ne consegue che nell'ottica di un cambiamento ontologico di una medicina che si ponga dalla parte del paziente e del suo vissuto, si inserisce la NBM, che ha preso vita negli Usa, in particolare ad opera della Harvard Medical School e dell'approccio fenomenologico ed ermeneutico in essa predominante e che ha avuto importanti esponenti quali Good e Kleinman.

Si sottolinea in particolare l'importanza della triade disease-illness-sickness quale base di riferimento fondamentale per costruire le storie di malattia e si fa presente che la NBM ha trovato attualmente una discreta diffusione in campo oncologico, nel settore delle patologie cronico-degenerative ed in campo psichiatrico.

Nell'ambito delle patologie cronico-degenerative si fa riferimento ad alcuni studi effettuati tra cui uno studio inglese sulle autobiografie dei pazienti con

sclerosi multipla; «nell'intreccio delle narrazioni personali (illness), carriere sociali (sickness) e decorsi medici (disease) emerge una prospettiva di comprensione complementare ed integrata dello stato di salute del paziente» [Giarelli G. *et al.* 2005: 48].

In campo psichiatrico poi è evidente la valenza terapeutica della narrazione per la funzione connaturata alla psichiatria di interpretare il passato, di attribuire un senso al presente e di orientarlo all'azione futura.

Si fa presente poi che nel campo oncologico americano, come si può dedurre dalle narrazioni dei 51 oncologi degli ospedali universitari di Harvard, appare centrale il discorso sulla necessità di dire la verità al paziente, sulla fiducia nell'efficacia dell'intervento bio-tecnico e sulla natura della relazione medico-paziente, mentre nel contesto italiano è radicata la pratica di non dire la verità al paziente ed appaiono prioritari i temi dell'unità e della gerarchia sociale e l'approccio narrativo viene utilizzato per creare un senso di protezione da parte del gruppo o per valutare la qualità della vita o della morte.

Da ciò emerge la necessità di avvalersi della NBM al fine di attuare una umanizzazione della medicina, mettendo al centro il paziente ed al contempo si rileva la necessità di un'integrazione tra la NBM e la EBM, per attribuire di nuovo alla medicina la sua natura ermeneutica, dell'incontro clinico visto come costruzione di significati condivisi.

Merita particolare attenzione il progetto *Narrative Based Medicine ed Audit clinico integrato* in quanto costituisce la prima ricerca italiana nella storia di malattia, che si sia posta l'obiettivo di integrare in modo sistematico l'approccio della NBM con quello dell'EBM.

Giarelli presenta il suddetto progetto, nato all'interno del programma na-

zionale finanziato dal Ministero della Salute con il coinvolgimento di cinque regioni e della Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria dell'Università di Bologna con lo scopo di sperimentare nuovi strumenti di carattere prevalentemente qualitativo e nuove metodologie per la valutazione della qualità percepita dei servizi da parte dei cittadini di queste Regioni.

Giarelli fa presente che in particolare il Progetto della Ausl di Reggio Emilia si propone l'obiettivo prioritario di andare oltre le capacità conoscitive della customer satisfaction, proponendo, come superamento-miglioramento, la scelta delle illness narratives, avendo queste ultime il valore aggiunto di considerare in modo più appropriato la soggettività del paziente e la relazione dello stesso con la malattia.

Ne consegue pertanto la decisione di avvalersi della NBM per utilizzare storie di malattia e di cura come strumenti di valutazione, da parte del paziente, della qualità assistenziale delle strutture e degli operatori sanitari (medici e paramedici), tenendo presente che la particolare ricchezza semantica dei costrutti narrativi consente al paziente di non limitarsi ad esprimere un semplice giudizio di soddisfazione-insoddisfazione nei confronti delle cure, ma di valutare la qualità delle stesse in modo più completo ed approfondito.

Da sottolineare il fatto che la prima applicazione metodologica ha interessato tre patologie di riferimento: broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO), cardiopatia ischemica o ipertensiva e post-comatosi, che è stata realizzata mediante il coinvolgimento di tre equipe multiprofessionali, i volontari dei CCM, l'Università di Bologna come consulenza ed è stata scelta l'intervista semistrutturata quale strumento metodologico per la ricostruzione delle storie di malattia dal punto di vista del paziente e dei suoi caregivers.

Merita poi particolare rilievo la seconda fase del progetto, imperniata sulla costruzione di linee guida integrate da parte delle tre equipe multiprofessionali e finalizzata ad un miglioramento della qualità delle cure tramite un'analisi delle narrazioni dei pazienti e dei loro familiari.

Di particolare efficacia ed incisività si rivela la parte centrale del testo dove sono raccolte le storie di pazienti con BPCO, con cardiopatia, dei pazienti post-comatosi e dei loro familiari tramite le quali è possibile seguire l'iter della malattia; pertanto l'analisi semantica dei testi narrativi ed il confronto con il processo di evoluzione organica della malattia costituiscono le basi per costituire percorsi di audit clinico partecipato con il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari ed inoltre, nei capitoli conclusivi, appaiono ugualmente interessanti i risultati emersi dalla costruzione delle linee guida integrate EBM-NBM relativamente all'educazione terapeutica dei pazienti con BPCO: dalla EBM emerge l'esigenza di un'educazione capillare sui danni provocati dal fumo e la costituzione di una rete integrata antifumo (territorio-ospedale) per modificare la prevalenza-incidenza e la storia naturale della malattia cronica BPCO e dalla NBM proviene la richiesta di un'educazione terapeutica efficace e la raccomandazione che il messaggio educativo sia recepito e che si traduca in comportamenti adeguati da parte del personale e del sistema sanitario.

Ne consegue che la gestione integrata ha avuto esiti positivi e che, grazie al coordinamento tra la UO di pneumologia e l'UO di medicina riabilitativa, sono state utilizzate al meglio le risorse medico-riabilitative, la presa in carico del paziente, l'utilizzo sistematico di tecniche motivazionali-educazionali, al fine di creare un rapporto empatico paziente-operatori sanitari e ciò ha realiz-

zato il passaggio dal “cure” al “care” (approccio psico-bio-medico) ed ha comportato un miglioramento della qualità della vita nei pazienti.

4. Le illness narratives e la malattia cronica come lacerazione del sé

Nell'articolo *Illness narratives: fact or fiction?* il sociologo Mike Bury prospetta, tramite un valido inquadramento storico, la metamorfosi avvenuta nel campo della medicina negli ultimi secoli. Infatti egli fa presente che: «il compito del medico, in misura crescente nel XIX secolo e nel corso del XX, fu di tradurre questi elementi informativi in una diagnosi definita che riconnettesse la malattia a specifiche cause e risultati biologici, piuttosto che allo stile di vita e alle circostanze del paziente, lasciamo stare alle sue credenze e valori. Mentre la medicina del XVIII secolo si era preoccupata del naturale e della malattia come deviazione dallo stato naturale del paziente individuale, il XIX secolo si è interessato al normale e alla malattia come deviazione dalle regole statistiche indipendentemente da particolari esperienze o circostanze» [Bury 2001: 266].

L'autore puntualizza poi che nel corso del XX secolo si assiste ad un'affermazione sempre più crescente della dominanza biomedica fino agli ultimi due decenni del XX secolo quando, da una parte, cominciano ad avvertirsi i primi cedimenti della suddetta dominanza e, dall'altra, si fa strada un interesse sempre maggiore nei confronti della narrazione anche in campo biomedico.

Di notevole rilievo l'individuazione dei seguenti fattori-chiave, da cui trae origine un nuovo interesse nei confronti delle illness narratives:

1. il primo, riconducibile alla presenza sempre minore di malattie infet-

tive su cui si fondava il modello bio-medico e all'incremento delle malattie cronico-degenerative correlate all'innalzamento dell'aspettativa di vita della popolazione;

2. il secondo fattore, basato sulla messa in crisi della prospettiva ospedalocentrica a favore di una riscoperta dell'assistenza sanitaria di base e del ruolo del medico di medicina generale quale gate-keeper;
3. il terzo fattore, originato dalla sfiducia nei confronti di una bio-medicina inetta e incapace di debellare patologie quali AIDS e cancro;
4. il quarto ed ultimo fattore, riconducibile alla constatazione di una sempre maggiore acquisizione di informazioni in campo medico da parte di un paziente desideroso di aggiornarsi e di carpire i segreti a professionisti sempre più esautorati.

Ne consegue che l'incremento di patologie cronico-degenerative è correlato alla necessità di offrire al malato cronico maggiori supporti alla vita relazionale e una migliore qualità delle cure sanitarie e delle prestazioni assistenziali, pertanto in tale contesto diviene centrale la figura del medico di medicina generale, che può seguire in modo olistico il paziente ed assumere così un ruolo di guida basato sulla «richiesta delicata delle storie di malattia da parte del paziente e della famiglia» [Kleinman 1988: 10].

In tal modo, come sottolinea l'autore, il paziente si riappropria di un diritto che per molto tempo gli era stato negato da un atteggiamento di paternalismo medico: esprimere, tramite le illness narratives, le proprie esperienze di dolore e sofferenza.

Merita poi particolare rilievo l'analisi, da parte di Bury, delle forme di narrazione, per lui riconducibili alle seguenti tre tipologie:

1. le *contingent narratives*, concernenti le cause scatenanti di un episodio di

- malattia e gli effetti immediati della malattia sulla vita quotidiana;
2. le *moral narratives*, che forniscono resoconti dei cambiamenti che intervengono tra la persona, la illness e l'identità sociale;
 3. le *core narratives*, che scavano in profondità, evidenziando le relazioni tra le esperienze dei profani ed i più profondi livelli culturali di significato connessi alla sofferenza e alla illness.

Nella parte conclusiva dell'articolo l'autore fa presente che il punto di partenza del rinnovato interesse nei confronti delle illness narratives si può probabilmente ricondurre alla necessità, già espressa da Kleinman, di testimoniare la sofferenza dei malati con disturbi cronici seri e particolarmente invalidanti.

Kleinman, infatti, individuando nella decodifica del significato delle narrazioni del vissuto del paziente, uno dei compiti prioritari del medico, afferma: «[...] la malattia ha un significato; e comprendere come acquisisce significato significa comprendere qualcosa di fondamentale sulla malattia, la cura e, forse, la vita in generale. Inoltre, l'interpretazione della malattia è qualcosa che i pazienti, i familiari e gli operatori debbono intraprendere assieme. Ciò in quanto vi è una dialettica al cuore della guarigione, che porta l'operatore sanitario nel mondo incerto e pieno di paure del dolore e della disabilità e che reciprocamente introduce il paziente e la famiglia dentro l'altrettanto incerto mondo delle azioni terapeutiche» [Kleinman 1988: xiv].

In merito alle patologie cronicodegenerative, ambito in cui le narrazioni di malattia hanno trovato attualmente prevalente applicazione, Julia Lawton nell'articolo *Lay experiences of health and illness: past research and future agendas*, prende in esame le pubblicazioni di alcuni sociologi tra cui Mike Bury.

Facendo riferimento al lavoro di Bury: *Chronic illness as biographical disruption* [1982], l'autrice fa presente che il sociologo britannico focalizza la sua attenzione su pazienti affetti da malattie croniche quali, ad esempio, l'artrite reumatoide ed illustra poi la prospettiva portata avanti da Bury ed imperniata sulla constatazione che la malattia cronica rappresenta un evento di forte perturbazione e disgregazione all'interno della vita di un individuo.

La suddetta disgregazione può evidenziarsi a vari livelli, come si evince dal sovraesposto schema concettuale di Bury.

Lawton fa presente che Bury focalizza l'attenzione sul fatto che le sofferenze, causate dall'artrite reumatoide, possono portare ad acquisire una nuova consapevolezza del proprio corpo e della natura contingente ed effimera della nostra esistenza e che allo stesso tempo il sopraggiungere di una malattia cronica imprevedibile, specie per i giovani, può mandare in frantumi speranze e piani per il futuro e creare una crescente dipendenza fisica dagli altri, provocando in tal modo gravi disagi interiori ed una profonda lacerazione del sé.

Conclusioni

Dall'analisi dei suddetti testi emerge che, dal punto di vista metodologico, negli ultimi anni, si sta affermando sempre più l'approccio narrativo (e pertanto le metodologie qualitative si pongono in una posizione complementare e non più solo dicotomica rispetto a quelle quantitative) in quanto, soprattutto in ambito di patologie croniche e nel contesto oncologico, le illness narratives, scavando nel profondo, fanno emergere il vissuto del soggetto durante le varie fasi della malattia e mettono in evidenza le profonde lacerazioni,

che il dolore e il sentirsi spesso una “non-persona” provocano nel paziente.

La NBM stimola i processi di anamnesi medica, psicologica, sociale e relazionale del vissuto del paziente, inoltre porta avanti la ricerca sui processi di produzione di significato da parte del medico e del malato sulla salute e sulla malattia. Infatti il significato co-costruito nella relazione può far affiorare elementi nuovi ed essenziali ai fini diagnostici.

Come affermano i coniugi Good: «La narrazione è una forma nella quale l'esperienza è rappresentata e raccontata, nella quale gli eventi sono presentati come aventi significato e coerenza e nella quale le attività e le esperienze associate agli eventi sono descritte lungo il significato, che dona loro senso per le persone coinvolte» [Good 1999].

È indubbia l'importanza delle illness narratives nel valutare la qualità delle cure ed il rapporto medico-paziente in quanto, mentre uno strumento quantitativo quale è il questionario si limita a rilevare il grado di soddisfazione/insoddisfazione da parte del paziente, la particolare ricchezza semantica delle storie di malattia indaga in profondità sulla qualità relazionale, cioè sul rapporto, che si instaura tra paziente e medico, tra paziente e personale sanitario.

Inoltre l'approccio narrativo può risultare di ausilio anche nella cosiddetta “analisi di sfondo”, al fine di costruire un sondaggio da somministrare a numerosi pazienti; infatti, in tal caso, si può fare riferimento alle storie di malattia di un numero limitato di pazienti e ricavare poi da queste le informazioni utili per strutturare il questionario.

La NBM poi, sottolineando la differenza tra i codici comunicativi medico-paziente, focalizza l'attenzione sul fatto che la cultura del paziente influenza la sua esperienza e le modalità di espressione dei sintomi.

Si evidenzia quindi l'importanza clinica degli aspetti culturali e sociali nella vita del paziente in quanto, come afferma Good: «laddove i sintomi dei pazienti possono essere codificati in un linguaggio culturale, il compito interpretativo del medico è quello di decodificare le espressioni simboliche del paziente nei termini dei rispettivi referenti somatici soggiacenti» [Good 2006: 14].

Merita poi particolare rilievo il fatto che nel modello ermeneutico-culturale i dati prioritari sono quelli che forniscono una particolare comprensione della semantica della malattia, mentre nel modello bio-medico i dati, cui si attribuisce maggiore rilevanza, sono i dati clinici che riflettono disturbi fisiologici, così l'obiettivo terapeutico, che si prefigge il modello bio-medico, è quello di intervenire sui processi che danno origine alla malattia, invece nel modello culturale si anela a far affiorare gli aspetti più reconditi della realtà di malattia e a trasformare tale realtà, riformulando le modalità di comprensione da parte del paziente.

Ne consegue che nell'attuale sistema di cura in cui, a causa della presenza di patologie di lungo percorso, diventano continuativi i contatti relazionali medico-paziente e quindi si avverte sempre più l'esigenza di una maggiore umanizzazione, l'approccio ermeneutico-interpretativo della medicina narrativa può dispiegare le sue potenzialità, proponendosi come raccordo con l'approccio della bio-medicina, così che le storie di malattia divengano storie di cura nel senso pieno di care.

Pertanto, anche se la NBM evidenzia indubbiamente taluni svantaggi quali, ad esempio, il fatto che esige una precisa competenza nell'utilizzo delle tecniche richieste oltre ad una notevole capacità di riflessione e di autoosservazione e non può prescindere da un'accurata cernita dei soggetti

più rappresentativi e significativi rispetto all'universo di riferimento, è più che mai evidente che, tramite le illness narratives, si potrà tentare di arginare il troppo frequente processo di spersonalizzazione del malato, del disabile, per far sì che le non persone che «pur presenti, vengono considerate come se non ci fossero: gli esempi più comuni sono i giovanissimi, i vecchi e i malati». [Goffman 1969: 177] riacquisiscano la dignità che per troppo tempo è stata loro tolta, in modo che la malattia non sia vista come un evento spartiacque tra il prima (della persona) e il dopo (della non persona) in quanto il prima e il dopo devono ricongiungersi nel simmelliano “cerchio sacro del paziente” [Simmel 1988] e nell'acquisizione di una nuova consapevolezza di sé.

Ne deriva che la relazione medico-paziente non deve intendersi come qualcosa che irrompe con violenza nel suddetto cerchio, ma come qualcosa che agisce nel pieno rispetto del paziente e la narrazione deve proporsi come co-condizione intersoggettiva ed empatica della malattia.

«Co-come partire da due [...] Come lavoro comune che equivale ad aiuto, integrazione, disponibilità, complementarietà, collaborazione» [Cipolla 1997: 401].

Empatia come «propensione ad identificarsi con le esigenze dell'altro [...] vestire i panni del proprio interlocutore [...] vedere il mondo con gli occhi di colui che si ha di fronte [...] conoscere etero a partire da etero» [ibidem: 894].

Purtroppo ancora oggi esistono medici che, trincerandosi dietro la maschera dei sottocodici linguistici, lasciano a lungo i pazienti nell'ignoranza della natura della loro malattia ed altri che abbandonano i malati all'incertezza ed al dolore derivati dal non essere compresi anche nelle proprie legittime

lacune culturali, anche nelle proprie legittime ansie e paure; molti medici poi tendono a distaccarsi emotivamente dal vissuto dei malati, specie in presenza di patologie di grave entità e/o di lungo percorso, per non incorrere nel burn out, altri si nascondono dietro la loro competenza tecnica e, per i casi più gravi, si trincerano dietro un'altalenante danza macabra di percentuali relative alle possibilità di sopravvivenza che, come spesso accade, anche nell'ambito di una stessa equipe, oscillano da un medico all'altro.

Tutto ciò spinge i pazienti, sempre più confusi, sfiduciati e soli ad un vero e proprio “medical shopping”, ad una estenuante e spesso sterile *peregrinatio*, ad un esodo da un medico all'altro nella ricerca di un professionista che ascolti la loro voce, che sia dalla parte del malato e che lo aiuti a non lasciarsi andare, a non spegnersi dentro, a riappropriarsi di quella carica vitale, di quell'energia salvifica, di quell'armonia ed euritmia interiore, che varie concause e la malattia gli hanno sottratto; infatti ci si spegne sempre un po' dentro e “la nostra salute viene espropriata” [Illich 1977] ogni volta che non si viene ascoltati, ogni volta che qualcuno si prende gioco della nostra fiducia.

Si ribadisce quindi, come fatto prioritario, l'opportunità che la medicina narrativa offre alla bio-medicina di riscoprire una competenza narrativa basata sull'ascolto e sull'interpretazione del vissuto del paziente, al fine di attuare «una umanizzazione della medicina davvero centrata sul paziente che permetta al medico anche di riflettere sul proprio sé, sul proprio viaggio nella professione e di ripensare anche il rapporto con i colleghi e gli altri operatori sanitari, nonché con il pubblico e la società più generale, di cui riconquistare quella fiducia oggi sempre più in crisi» [Charon 2001].

Bibliografia di riferimento

- Bury M. (1982), *Cronic Illness as biographical disruption*, "Sociology of Health and Illness", 13: 451-68
- Charon R. (2001), *Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust*, "Jama", 286
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, FrancoAngeli, Milano, 5 voll.
- Goffman E. (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna
- Good B.J. (1999), *Narrare la malattia*, Comunità, Torino
- Good B.J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino
- Illich I. (1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano
- Kleinman A. (1988), *The Illness narratives: suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, New York
- Simmel G. (1998), *Sociologia*, Comunità, Torino

Dell'incapacità di intendere o di volere del DSM-IV

di Francesca Guarino*

L'oggetto del contributo di Pazzagli e Vanni è una riflessione circa gli attuali strumenti nella nosografia psichiatrica – nello specifico il manuale diagnostico statistico giunto alla sua quarta versione (DSM-IV) [APA 1994] – in relazione alle esigenze conoscitive, ossia ai quesiti "tecnici" che una perizia psichiatrica pone in essere. Gli autori

dunque, sintetizzando quanto mi pare di trarre complessivamente dal loro scritto, evidenziano da un lato alcune osservazioni critiche circa l'appropriatezza del manuale in oggetto, e dall'altro individuano possibili correttivi, o integrazioni, che potrebbero colmare le richieste di legittimità dei pareri che vengono forniti in sede penale da parte del perito, laddove sia la questione dell'imputabilità di un soggetto ad essere stata posta in questione dal giudice. Senza volere in questo banalizzare il contributo che, non senza difficoltà mi cimento a commentare, mi pare di poter tradurre le ipotesi dell'autore nel modo che segue:

- a) il DSM-IV è l'attuale strumento conoscitivo che ha a disposizione la psichiatria attuale per fare diagnosi circa le c.d. malattie mentali;
- b) esso ha sicuramente dei *vantaggi* (in particolare, crea un linguaggio comune tra esperti e recide gli eccessi di soggettivismo una volta ascrivibili all'intendere del tutto arbitrario e contestuale dello psichiatra), ma ha anche dei *limiti* (di cui, eccessiva semplificazione e generalizzazione dei criteri di riconoscimento delle patologie, superficialità nella descrizione dei fenomeni come insiemi di sintomi, parificazione potenziale di tutte le categorie diagnostiche, che in questo abbandonano vincoli di gravità tipologica – gerarchia e profondità – per sposare quelli di potenziale varietà interna – o intensità di ognuna delle varie categorie);
- c) così che essi concludono: i limiti di tale strumento, dall'intento "neutrale" rispetto all'eziologia e dunque puramente descrittivi di criteri che racchiudono e spesso sovrappongono sempre più sfumati inquadramen-

* Commento a Pazzagli A., Vanni D. (2007), *Sistemi diagnostici in Psichiatria e valutazione della capacità di intendere e volere*, pubblicato in Gardini A. (a cura di), *L'ospedale del XXI secolo*, "Salute e Società", a. VI, n. 3, FrancoAngeli, Milano.