

“ A proposito di violenze psicologiche...”

Mario Nicotera *

<<La scienza è fallibile e gli scienziati possono sbagliare: la scienza non spiega tutto>> (Gilberto Corbellini)¹

Commentando lo scritto in epigrafe, Edoardo Boncinelli ² si chiede:

<< Se la Scienza non spiega tutto, perché celebrarne i trionfi e perderci tanto tempo?>> E si risponde: << Ma esiste qualche altra funzione dello spirito umano che spiega tutto? (Con il verbo spiegare intendo ovviamente spiegare e non raccontare storie)>>

La Scienza è dunque fallibile, ma tenta di spiegarci sempre qualcosa della realtà che ci circonda.

Se queste affermazioni sono vere, il primo punto è poter discutere liberamente sulla validità scientifica di molte teorie psicologiche e, secondo, sull'effetto che queste hanno sull'individuo malato quando esse diventano pratica clinica a valenza psicoterapeutica.

Hanno un fondamento scientifico o rappresentano il derivato applicativo di mere narrazioni?

Se dovessimo propendere per la seconda ipotesi, dovremmo supporre che il loro insegnamento, la loro utilizzazione a scopi terapeutici potrebbe configurare gli estremi di uno o più <<abusi di ordine psicologico>>, perpetrati a danno di individui ignari delle insidie che possono nascondersi dentro le stesse teorie e del valore manipolatorio che esse possano esercitare sulla psiche del soggetto, sulla sua personalità, sulle sue relazioni sociali o, addirittura, sulla sua stessa esistenza.

Abbiamo scelto di parlare di questo particolare tipo di violenza psicologica, sia perché degli altri tipi si è molto occupata la letteratura specializzata sull'argomento; sia perché riteniamo si sia già molto parlato e saputo sugli abusi che quotidianamente riempiono le pagine dei giornali o le requisitorie delle Aule di Giustizia, quali quelli sui minori, sulle persone di sesso femminile, sui partner, sulla figliolanza, sui dipendenti pubblici e privati e così via (plagio, stalking, mobbing, violenza sessuale, violenza fisica, circonvenzione e altro); sia, infine, perché riteniamo che l'argomento da noi scelto sia stato spesso poco trattato o trattato solo in letteratura specializzata, negata alla conoscenza dei più, perché costituisce - a nostro modo di vedere - una sorta di tabù, un territorio di (voluta) nessuna o scarsa belligeranza in ambito scientifico secondo un principio di un *Gentleman Agreement* fra colleghi delle medesime discipline.

Non è un caso, infatti, che la Comunità Scientifica Nazionale abbia tollerato, unica Nazione al Mondo (!), l'approvazione della Legge sulle

¹ G- Corbellini. *Scienza*, Bollati Boringhieri, 2013)

² Edoardo Boncinelli, *Corriere della Sera*, Elzeviro del 13 luglio 2013

Scuole di Psicoterapia di carattere e natura privata, che sono andate, via via, moltiplicandosi in tutto il territorio nazionale, senza, tuttavia, diventare disciplina di insegnamento universitario e senza poter contare su controlli ministeriali che ne garantiscano, non tanto la certificazione di qualità, ma, quanto, la validità e la correttezza dei metodi di insegnamento o la verifica di efficacia delle attività cliniche proposte.

La scelta di candidati, dei docenti, delle materie d'insegnamento non si avvale di personale addestrato negli Istituti universitari o di ricerca, ma si auto-genera tra gli dagli discepoli, diventati, a loro volta, maestri.

Mancando ogni verifica esterna e indipendente, teorie, pratiche, materie d'insegnamento e organizzazione della didattica seguono schemi semplicemente autoreferenziali di valutazione del merito, dell'efficacia dell'andamento e dell'esito, eludendo, per la maggior parte di esse, il confronto con le regole della sperimentazione clinica e con il "rigore" scientifico della Ricerca.

Il che non vuol dire che i vari membri, i docenti, gli allievi non si pongano il problema della ricerca, ma se questa avviene, essa è fatta seguendo gli stessi principi che sono alla base della teoria professata o, diremmo noi, del "racconto" (vedi sopra) che ne è stato fatto.

Si costituiscono, insomma, delle vere e proprie "Chiese", più o meno estese, deputate a trasmettere ed imporre le convinzioni che sono alla base del proprio "credo", anche quando queste risultino impenetrabili a qualsiasi confronto, così come succede quando si sentono inutilmente dibattere "credenti" e "non credenti".

Molte discipline, specie fra quelle più diffuse o alla moda, si sono poste il problema di dare uno statuto scientifico alle proprie teorie - e lo stesso Freud aveva iniziato il progetto per una Metapsicologia! -, senza, tuttavia, portarlo a termine.

Come dice Boncinelli ³, <<prima di essere verificate o falsificate, le affermazioni devono avere una loro coerenza interna: vale a dire che le definizioni che contengono devono essere il più possibile univoche ed il significato loro assegnato all'inizio va rispettato lungo tutto il percorso delle diverse argomentazioni, le conclusioni inoltre non devono essere internamente contraddittorie. Non possono cioè contenere un'asserzione ed il suo contrario. Altrimenti ogni affermazione non può essere né vera né falsa, cioè non ci dice niente sulla realtà (...). Le conclusioni logicamente accettabili (per poter parlare di conoscenza scientifica) devono poi passare all'evidenza sperimentale che può convalidare o rigettare le conclusioni stesse...>>.

"Tu sei le tue sinapsi" (Joseph LeDoux)⁴

³ E. Boncinelli. *Il mondo è una mia creazione*. Liguori, 2011)

⁴ J. LeDoux. *Il Sé sinaptico*. Cortina Ed, Milano, 2002

Alla luce di questi principi, parlando per esempio della c. d. Psicologia del profondo (Psicoanalisi), (di qualunque tipo e di qualunque Scuola, si parli), si può dire che le sue teorie non siano né vere, né false, oppure manifestamente false, perché nessuno potrebbe affermare che le teorie basate sul complesso di Edipo o quelle sullo sviluppo della sessualità infantile secondo le varie scuole di Psicoanalisi non siano false alla luce delle conoscenze neuro scientifiche che ne abbiamo oggi: neurogenesi, sinaptogenesi, formazione delle vie di trasmissione ed immagazzinamento-elaborazione degli stimoli e delle esperienze. Tutte le connessioni neuronali, in ultima analisi, che, formandosi nel corso dello sviluppo, danno luogo a quell'intricata rete nervosa del cervello umano che sta alla base di ogni stato e processo mentale: non solo schemi motori e percezioni, ma anche ricordi, fluttuazioni affettivo-emotive, pensieri complessi, fino ad individuare le <<connettopatie>> (deficit o anomalie di trasmissione sinaptica) che vanno dalle sindromi autistiche a quelle degenerative, come auspica

- forse un po' troppo entusiasticamente - il recente libro del biologo sudafricano Sydney Brenner, *The Mind of Worm*, recensito da Sandro Modeo sull'inserito "la Lettura" del Corriere della Sera del 25 luglio 2013.⁵

Non è certamente questo il luogo per addentrarci sulle conoscenze che la psicologia sperimentale, la neurobiologia e la *neuroimaging*; vogliamo solo auspicare che le nuove proposte della psicologia del profondo, "nelle sue diverse forme", si possano avvalere in futuro dell'apporto di queste nuove conoscenze (e viceversa), come auspicato, ma non sostenuto dal Premio Nobel Kandel!

Perché, e veniamo al tema del nostro lavoro, quest'auspicio? Perché qualsiasi forma che si proponga di spiegare, senza produrre alcuna dimostrazione scientifica, fenomeni mentali molto complessi, quali la memoria, la coscienza, l'inconscio e così via, rischia di avere – parafrasando Boncinelli – lo stesso valore, effetto e procedimento di una "Religione rivelata". Dall'esplicitazione dei termini fondamentali che istruiscono il racconto alla discriminazione dei valori di riferimento; da quella che possiamo considerare una vera e propria opera di catechizzazione alla raccomandazione di rapportarsi alle problematiche del paziente istruendolo su di una nuova ed originale visione del mondo; da una nuova realtà della salute e della malattia al difficile accostamento ad altre discipline, a conoscenze condivise, a difficoltà di interloquire, contraddire, contrapporre alcunché che provenga da una matrice diversa da quella proposta (imposta) dall'esperto. L' "*ipse dixit*" diventa l'unico parametro di riferimento per interpretare i propri guai: << il dottore mi ha detto che ho il complesso di Edipo....!>> .

⁵ Il termine deriva dal concetto di "Connettoma", coniato dal neurobiologo Sebastian Seung e contenuto nell'omonimo libro di prossima uscita (agosto 2013) per Codice Edizioni

Molto radicale , a questo proposito, la critica che muove Wittgenstein⁶ a Freud a riguardo << dell'argomento "dell'effetto Edipo" e all'idea che buon numero di conferme empiriche, invocate a sostegno di ipotesi psicoanalitiche, siano solo il risultato della suggestione esercitata dallo psicoanalista sul paziente e che, in realtà, vengano contaminate molto più del necessario dalla teoria stessa. Ciò che rende le spiegazioni di Freud immediatamente convincenti e anche più o meno irresistibili agli occhi di molti, corrisponde, secondo Wittgenstein, a qualcosa che è anteriore ad ogni idea di verifica o di confutazione propriamente detta e resta, nonostante le apparenze, fondamentalmente indipendente da questa idea >> (Bouveresse, op.cit).

(Wittgenstein) accusa apertamente Freud di produrre, sotto il nome di scienza e in nome della scienza, della (cattiva) filosofia, cioè di elevare a virtù scientifiche i vizi più tipici dell'atteggiamento filosofico tradizionale. Mentre Freud si sforza di dimostrare, da un punto di vista che considera obbligato per lo scienziato, che non vi è in fondo che una sola specie di sogno, di motto di spirito, di lapsus, ecc., Wittgenstein ritiene che sia proprio questo tipo di cose che , in filosofia, si dovrebbe evitare di supporre o di postulare, perché è da lì che in genere provengono le confusioni filosofiche più tipiche e i problemi filosofici più difficili da risolvere. (P.L. Assoun,1988) ⁷.

"La Scienza non può ambire a creare la felicità, ma ne può creare i presupposti"
(Giacomo Rizzolatti)⁸

Per quanto ci insegna la Psicologia del profondo, un evento remoto ha prodotto una serie di circostanze per cui il comportamento dell'uomo, normale o patologico, è sempre riconducibile a quell'evento. Scavando nella memoria con l'aiuto indispensabile di uno psicoterapeuta, si raggiunge l'evento, lo si scotomizza, lo si relaziona con le variabili del sistema interpretativo, lo si sviluppa secondo le conseguenti direttrici e si offre al paziente come l'unico modo che gli consenta di intravedere e raggiungere qualsiasi obiettivo positivo fra quelli che si è posto all'inizio della terapia. Ad esempio, liberandosi da una madre troppo oppressiva o di cui è follemente innamorato!

Qui la psicologia del profondo s'interseca con quella comportamentale, dando al soggetto la sensazione di aver prodotto qualcosa di importante, di grande di cui ascrivere il merito finale e di cui andare fiero. Il superamento di un sintomo,? Di un blocco psicologico? Di una difficoltà esistenziale altrimenti irrisolvibile? O, piuttosto quello di aver abbracciato una nuova e più attraente (intellettualmente) religione?

⁶ Wittgenstein' *Lectures in 1930-33*, in : G.E.Moore, *Philosophical Papers*, Allen and Unwin, London, 1959, cit. da J. Bouveresse. *Filosofia, Mitologia e Neuroscienze*. Einaudi, Torino, 1997.

⁷ P.L. Assoun, *Freud e Wittgenstein*, P.U.F., Paris, 1988 in Bouveresse, op.cit.

⁸ Intervista rilasciata a Stefano Brusadelli sulla "Domenica" del Sole24Ore (2013)

Una terapia, però, può anche non riuscire e il successo non arridere allo sfortunato paziente. E allora? Si cercano i motivi, ma non se ne trovano negli assunti teorici. Al malcapitato non resta che assumersi la totale responsabilità dell'insuccesso: il metodo è buono, il terapeuta ottimo, il procedimento è stato regolare, quindi l'errore è consistito nell'incapacità, nella scarsa attitudine del soggetto, nelle scarse motivazioni, con tutte le conseguenze che questo può comportare per lui, specie se il tentativo di curarsi è stato più di uno e l'esito sempre uguale.

E ci domandiamo quali danni possa conseguire chi è costretto a vivere in una società con forti valenze competitive e che ha eletto il "successo" come il nuovo "idolo" del capitalismo avanzato!

Si potrebbe, allora, pensare, per salvaguardare il paziente da conseguenze drammatiche (non valgo niente, non merito di vivere, non riuscirò mai...con quel che segue!) sempre possibili, di sottoporre a verifica il lavoro del terapeuta⁹. Ma valutare l'interpretazione analitica, o le varie procedure che sono alla base del processo di guarigione (e non) diventa impossibile, perché non esiste un metodo valido per ricostruire, elaborare, criticare, invalidare o approvare un procedimento avvenuto nell'ambito di un rapporto duale esclusivo, delle cui vicende solo l'analista, il terapeuta o l'esperto – per tale motivo, può individuare la chiave d'interpretazione di fenomeni complessi, che coinvolgono anche i suoi stessi processi interni, che restano sconosciuti, ed il suo giudizio, che diventa insindacabile perché non "aperto" al controllo di terzi, secondo parametri sperimentali riproducibili ed applicabili in ogni caso.

Siamo del parere, per esempio, che ogni sogno possa essere interpretato (e, quindi avere un significato diverso) secondo l'analista che lo interpreta. Qualche tempo fa, per esempio, abbiamo letto che alcuni esperti si sono presi la briga di confrontare l'interpretazione data dello stesso sogno da più analisti col risultato di non aver potuto rilevare alcuna coincidenza! Ancora una volta Wittgenstein ci viene in aiuto per confortare la nostra ipotesi.

Wittgenstein ritiene che non vi sia alcun motivo per aspettarci che il metodo che combina le libere associazioni con le suggestioni dello psicoanalista, che tenta di verificare le sue ipotesi, conduca necessariamente al miglior risultato o al solo risultato accettabile, quando obbediamo all'impulso che ci spinge a ricercare il tutto di cui il sogno sembra costituire un frammento, che dice molto perché noi vogliamo completarlo, ma non sufficientemente per essere comprensibile di per se stesso. (...) Wittgenstein pensa che si tratti soprattutto di arrivare a una costruzione che ci soddisfi e che potrebbe essere molto diversa da quella proposta da Freud. Tutto dipende qui da quello che si ritiene il criterio della <<retta interpretazione>>. E

⁹ come sta avvenendo in questi giorni, sia pure in un campo completamente diverso, con il metodo STAMINA.

Wittgenstein sospetta che Freud utilizzi molti di questi criteri, di cui nulla garantisce che coincidano. (Bouveresse, op.cit)¹⁰

In tale situazione, che tipo di difesa ha il paziente da interpretazioni che possono alterare il senso di sé, l'autostima, la propria visione degli eventi? Quale possibilità d'interpretazione dei fatti può opporre? E, quando le sue argomentazioni "a difesa" di un proprio punto di vista dovessero risultare inequivocabili, allora il terapeuta potrebbe sempre invocare motivazioni inconsce, sconosciute al paziente e conosciute solo da lui e dal suo sapere esclusivo, resistenze irriducibili, paura del cambiamento e così via.

A questo punto il paziente ridiventerebbe remissivo e acquiescente, avvertendo su di sé l'enorme distanza che lo separa dal suo terapeuta. Mentre questi s'inorgolirebbe avendo, ancora una volta, tirato fuori dal cappello a cilindro una soluzione "particolare ed originale" di cui menar vanto per aver avuto ancora una volta ragione delle "resistenze" del paziente.

Una volta ottenuta la soluzione, anche il paziente che all'inizio mostrava maggiore resistenza, è in grado di, generalmente, di rendersi conto che non ce n'erano altre. Freud ritiene del tutto inverosimile che una costruzione, che riesce a organizzare un così gran numero di elementi disparati e che presenta un simile grado di coerenza globale, possa attribuire molta importanza a circostanze favorevoli, ma del tutto fortuite, intervenute nel corso dell'analisi, come l'inventività e l'ingegnosità dell'analista o le sue capacità di persuasione. Considerata da questo punto di vista, l'obiezione fondata sull'argomento della suggestionabilità del paziente, attribuisce all'analista un potere esorbitante che egli non può avere (senza – ovviamente - perpetrare un di abuso! n.d.r.) Bouveresse, op. cit)

Oppure, per un moto di orgoglio, in qualche caso, si può verificare che un paziente decida di "scappare" da tale analista (*breackdown*), portandosi dietro tutto il peso delle sue sofferenze irrisolte.

Eludere, dunque, il linguaggio comprensibile del conscio, la realtà degli eventi realmente vissuti, per rivolgersi a un inconscio irraggiungibile, con l'aiuto dell'esperto, crea uno stato di dipendenza psicologica superabile solo in due modi: o voltando le spalle ad un professionista poco sensibile alle esigenze del conscio ed alla realtà degli eventi realmente vissuti, o accettando la dipendenza *tout court* dalla nuova "filosofia", ideologia, "metapsicologia".

Creare individui dipendenti, discepoli diligenti del nuovo "credo" potrebbe limitare la creatività, la fantasia, l'esplorazione di nuove vie a chi viene indotto a dare spiegazioni univoche ad ogni evento della vita: sono "edipico", "anale", "fallico", "orale", ecc.; quindi...sarà sufficiente che io progredisca (teoricamente) da una fase di sviluppo ad un'altra

¹⁰ J.Bouveresse, op.cit.

per dare una qualche soluzione al problema che mi affligge. Paziente o discepolo che io sia. Infatti,

(...) e' quasi impossibile pensare che uno studente che ha vissuto diversi anni nell'ambiente artificiale, simile ad una serra, generato dall'analisi didattica e la cui carriera professionale dipende dalla capacità di superare le sue "resistenze" e soddisfare così le aspettative del suo analista, possa trovarsi in una posizione favorevole per difendere la sua identità scientifica contro la teoria e la pratica che gli vengono insegnate: quanto più dura la sua formazione, meno ne è capace. Poiché, le obiezioni del candidato alle interpretazioni non sono che "resistenze". In breve, nel modo in cui si svolge l'analisi didattica, è implicita la tendenza a perpetuare l'errore. (Edward Glover psicoanalista dell'Istituto di Londra, citato da F.J. Sulloway, 1994)¹¹

Tale dipendenza può raggiungere livelli inauditi se la persona in terapia non ha una consolidata struttura di personalità, quando un qualsiasi disturbo psichico lo renda più docile alle manipolazioni di uno "psicoterapeuta" senza scrupoli, come nel famoso (ma estremo) caso di quel dottore operante a Milano negli anni '80, assurto agli onori della cronaca, prima per le sue incomprensibili teorie diffuse sulla rivista da lui diretta - e abbracciate da un gruppo di intellettuali e politici (élite) di primo rango e da una parte della buona società milanese - e, successivamente, per le implicazioni penali di una circonvenzione di un paziente, giudicato, poi, incapace e derubato progressivamente - con la promessa di trasformarlo da paziente ad allievo - di buona parte dei suoi beni a vantaggio del "maestro"¹².

Sicuramente si potrebbe eccepire che siamo nel campo di una degenerazione della vera Psicoanalisi insegnata e propagandata da Freud! Ma, pur senza arrivare a questi deprecabili estremi, nella maggior parte dei casi, i pazienti sono subito sollecitati ad abbandonare le primitive esigenze di cura (quali quelli di superare i propri disturbi a favore di obiettivi a loro estranei: ricordare e interpretare i sogni, rievocare gli eventi del passato, rivisitare il proprio sviluppo infantile e adolescenziale alla luce di parametri sconosciuti o conosciuti solo dall'analista!), anziché ad affrontare le problematiche disfunzionali del proprio esistere, sperimentando modalità nuove per elaborarle e liberarsene.

Tuttavia, anche nelle terapie più ortodosse esiste il pericolo che non si sortiscano gli effetti sperati e, allora, Freud stesso con il termine di "analisi interminabile" designa quelle analisi che terminano con un nulla di fatto e coglie un'altra occasione per glorificare un metodo la cui grandezza consiste - anche - nel riconoscere la propria fallibilità.

¹¹ Intervista rilasciata a M. Borch-Jacobsen, Cambridge, MA, 1994 in: F.J. Sulloway, *Freud, tra criptobiologia e pseudoscienza* in : *Il libro nero della Psicoanalisi*, sotto la direzione di Catherine Meyer , con M. Borch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux, J. Van Rillaer . Fazi Editore, Roma, 2006.

¹² Armando Verdiglione, sedicente discepolo di Lacan e direttore della rivista "Spirali" (anni ottanta)

Nessuna terapia dovrebbe potersi configurare come un mero "condizionamento dello spirito", riuscito o meno, perché questo sarebbe contrario a ogni principio etico. E, una volta capito questo, molti pazienti trovano la forza di ribellarsi e rivolgersi a metodi di cura più alla portata di una corrente interpretazione della realtà e della malattia, anche se di tipo esclusivamente dialogico.

Alcune testimonianze rilevanti di quanto sopra sono contenute nella pubblicazione, più volte citata¹³, dove alcune analizzande, che riportiamo di seguito, descrivono le loro sofferenze, le loro delusioni, la loro rabbia per non sentirsi accolti, compresi, ascoltati nelle loro difficoltà di ogni giorno e, pur tuttavia, colpevolizzati, umiliati, tenuti a distanza da un processo e da un sapere che non ammette critiche, opposizioni, partecipazioni attive, ma soltanto il dovere di condividere, abbracciare, fare proprio il punto di vista dell'Altro.

Anna Gruyer (una paziente intervistata) dice: *in realtà, a pensarci bene, quello che mi infastidiva di più era(...) il modo in cui poneva tra noi una distanza, o dovrei dire piuttosto una "altezza". Il suo era l'atteggiamento di chi detiene il sapere; io non sapevo e non dovevo sapere. Potevo solo rassegnarmi a procedere a tentoni senza conoscere né gli obiettivi, né la durata, né i mezzi per arrivare a un punto, "da qualche parte", diverso dal punto di partenza (...). La psicoterapeuta era irritata dai miei dubbi. Disse allora una frase di troppo: << se ti rifiuti di uscire, non è solo perché hai paura della sessualità e del rapporto con i ragazzi, ma anche perché, dal momento che tua madre ha ripreso da poco a lavorare, cerchi di sostituirti a lei restando accanto a tuo padre...>>. I giorni seguenti furono tremendi per me. Non osavo più guardare mio padre negli occhi. per la prima volta dubitavo di lui, di mio padre...*

Dopo aver tanto esitato, Claire L. (un'altra paziente che ha scelto l'anonimato) raccontò alla sua psicoterapeuta una violenza sessuale subita nell'infanzia da un quattordicenne. Si era trattato di pratiche consistite in esibizionismo, *fellatio*, toccamenti sufficienti a sconvolgere una bambina di quattro anni, ripetute più volte. Dopo sei anni ebbe il coraggio di raccontarlo ai suoi genitori che cercarono di rassicurarla come poterono. A diciotto anni iniziò una terapia per guarire da quella che considerava una "ferita" che l'avrebbe accompagnata per tutta la vita e che avrebbe reso difficile il suo rapporto con gli uomini. Quando lo disse alla sua terapeuta, questa, uscita dal suo silenzio, interrotto solo da qualche interpretazione di poco interesse per il suo problema, ebbe una reazione diretta, immediata, decisa, che fu per me come una pugnalata al cuore(...) <<tutto qui?!...Solo questo?!...Ma non è niente... Non c'è stata penetrazione?...No!...Allora, se non c'è stata penetrazione, non è affatto grave! >>. Non ci potevo credere(...) la

¹³ Il Libro nero della Psicoanalisi, (op.cit.) alle pagine 383 e segg.: *I feriti della psicoanalisi*

ferita profonda, il ricordo che restava in me come una cicatrice mai rimarginata, la riduceva a <<niente>>.

Tutte le pazienti descritte nel capitolo trovarono altre strade più proficue per affrontare il loro problema, ma ci sembra rilevante riportare l'uscita dalla terapia della stessa Annie Gruyer: *un martedì del settembre 1992, ho posto fine a sette anni di terapia di ispirazione psicoanalitica(...). Non verrò più, questa è la mia ultima seduta con lei. Tesa, ma lasciando intendere con un sorrisetto che non mi prendeva sul serio (...) mi spiegò che ne avremmo discusso, che non era necessariamente contraria, ma che ci sarebbero voluti altri sei mesi per riflettere sulla ragione profonda della mia decisione. Non l'ascoltavo più(...).sapevo che avrebbe cercato di farmi sentire in colpa, di farmi esitare, di tenermi sotto controllo. Ma no. Avevo voltato pagina. Mi alzai, le strinsi la mano, le dissi: <<arrivederci>> e lei mi rispose appena: << ne riparleremo giovedì >>. Il giovedì seguente ero ancora intrappolata nella rete dell'angoscia e delle fobie, ma allo stesso tempo ero libera, senza complesso edipico, senza presunti lapsus rivelatori...*

Boncinelli (op.cit), afferma di aver sentito con i suoi orecchi e letto nero su bianco che qualcuno si sarebbe ammalato di tumore perché il suo inconscio non poteva trovare altra via d'uscita, per esempio, sviluppando una psicosi, che fosse più adeguata ai suoi obiettivi. E continuando: *quella psicoanalitica è una visione di una coscienza con il doppio fondo e quasi tutto si può ottenere esplorando questo doppio fondo e tirandone fuori prezioso (per chi? n.d.r.) materiale.*

Una paziente analizzata (Paul A. in: Il Libro Nero etc.... op. cit.) afferma che il suo psicoanalista l'aveva trasformata in maniera irreversibile in una vera schifezza, priva di carattere e di coscienza(...); una sera, rincasata dopo la seduta, aveva annotato questa frase di Lacan: << Più spregevoli sarete e meglio andrò >>- La frase era ancora un programma, contenuta in un libro di Houellebecq¹⁴, ma Veronique¹⁵ l'avrebbe applicata fedelmente e rigorosamente.

Pur senza arrivare agli eccessi di quel famoso dottore milanese e del suo maestro Lacan, la cui Scuola annovera ancora numerosi seguaci che continuano ad usare concetti e linguaggi incomprensibili per i non-iniziati, nel corso del tempo ci è stato dato di assistere alla moltiplicazione di Scuole psicoanalitiche, quali quelle di Jung, Adler, Klein, Bion, Bolwby, Winnicott, che non possono definirsi sempre una evoluzione ed un arricchimento delle primitive teorie di Freud, ma addirittura un definitivo scostamento da quelle.

Un esempio per tutti: che cosa hanno in comune la teoria dello sviluppo sessuale di Freud con quelle degli oggetti interni di Melanie Klein? Con gli "elementi destinali di natura quasi metafisica" di Jung?

¹⁴ M. Houellebecq. *Estensione del dominio della lotta*, Bompiani, Milano, 2000

¹⁵ Nome di fantasia

Con la deformazione paratassica di Adler? Con l'Attaccamento" di Bowlby e con le giuste cure materne di Winnicott ?

Eppure, alcuni di questi sono addirittura contemporanei di Freud e destinatari d'incontestabili "anatemi"!

Qual è, allora, la vera Psicoanalisi? Che valore dobbiamo dare alle molte evoluzioni che hanno avuto le primitive intuizioni (o -meglio - racconti?) del Maestro? Quali vantaggi otterranno i pazienti da questo moltiplicarsi di teorie e ipotesi? Quante vittime si dovranno ancora sacrificare sull'altare di una teoria che si professa come scienza e che sente, sì, la necessità di rinnovarsi, di adeguarsi ai tempi ma non quella, però, di discostarsi dai temi della fantasia, del racconto, delle mere inverificabili ipotesi?

"la buona pratica dello psichiatra implica altruismo, onestà, empatia – intesa come capacità amichevole di identificazione – e responsabilità" (Valeria Egidi Morpurgo)¹⁶

All'opposto si collocano tutte le altre psicoterapie di tipo comportamentistico. In questo campo l'evoluzione ha proceduto partendo da un iniziale estremo di "aggiramento – elusione " totale di ogni implicazione psichica o mentale. Considerando esclusivamente i dati di "entrata" e di "uscita" degli stimoli si rischia di condizionare o decondizionare un paziente lasciandolo volutamente ignaro del significato di elementi importanti della propria esistenza, impossibilitato a partecipare al processo di guarigione, se non nell'impegno a eseguire automaticamente comportamenti nuovi e meno disfunzionali: la mente umana considerata, insomma, alla stessa stregua di una "scatola nera" ¹⁷.

Quello che si può rimproverare alle scienze cognitive è, dunque, "l'aver trascurato il ruolo del corpo, dell'ambiente fisico e della socialità" come dicono in un volume scritto a più mani Anna Borghi e Fausto Caruana nella loro pubblicazione (2011).¹⁸

Oggi sappiamo Boncinelli (op .cit.) che l'amigdala è quella struttura cerebrale che custodisce la cosiddetta "memoria emotiva" e, quindi, risulta importante riconoscere il valore delle emozioni come strumento per rivisitare la propria storia in termini di emozioni positive o

¹⁶ V.Egidi Morpurgo. *I valori della Psichiatria*. Presentazione del libro di Gabbard G.O., Weiss Roberts L., Crisp-Han H., Ball V., Hobday G., Rachal F., *La professione dello Psichiatra. Etica, sensibilità, ingegno*. Cortina, Milano, 2013, sulla rubrica "Scienza e Filosofia" della <<Domenica>> del Sole24Ore del 19 maggio 2013.

¹⁷ Prima delle moderne tecniche di scansione, non c'era modo di esaminare l'interno del cervello, che pertanto era paragonato a una <<scatola nera >> (come nell'elettronica). Questo approccio è quello preferito, oltre che dai comportamentisti, anche dagli psicologi cognitivi e da quelli della percezione (gestalt), i quali elaborano diagrammi o grafici a blocchi indicanti i presunti stadi di elaborazione delle informazioni nel cervello a prescindere dall'anatomia cerebrale.

¹⁸ (a cura di) A. Borghi e Fausto Caruana .*La cognizione sociale* in: <<Sistemi Intelligenti>>, anno XXIII, n.2/agosto 2011

negative. <<Le emozioni in sostanza ci ricordano ciò che è stato e su quella base ci incitano a fare o non fare una cosa, a vivere o non vivere una certa condizione esistenziale; tutto sulla base della memoria emotiva del passato e delle esperienze positive o negative a esse associate. Parlarne col proprio terapeuta e ripercorrere il proprio cammino in termini di emozioni che hanno “condizionato” le nostre scelte, è, comunque, un “condizionamento” a fare delle scelte diverse, ma alla luce di una partecipazione attiva e consapevole, altra cosa da quel decondizionamento basato esclusivamente sulle estrinsecazioni o manifestazioni esterne all’individuo e che, per questo, si sollevano in qualche modo considerare oggettive. Un gioco di stimoli e risposte, come se gli esseri umani potessero essere studiati solo dal difuori, alla stessa stregua di qualsiasi altro animale (Etologia).

Proseguendo secondo la suddetta linea, i suoi seguaci iniziali si sono abbandonati a ogni serie di esagerazioni, introducendo parallelismi e confronti con teorie cibernetiche (sistemiche) alla base di vari tipi di terapia familiare, terapia transazionale (Watzlawich, Erickson) o strutturaliste (Minuchin) o fondate sul modello fisico- matematico. Citiamo ad esempio un lavoro effettuato dall’Università di Bari portato a termine da tre psichiatri, De Giacomo, Pierri e Lefons, un matematico, Silvestri e due fisici, Corfiati e Tangorra, nel 1981¹⁹, infarcita fino all’inverosimile di formule e funzioni matematiche! Tutte teorie, anch’esse impossibili a essere sottoposte a verifiche empiriche che ne dimostrassero la validità o l’effettivo vantaggio per pazienti e famiglie. O, ancora, il cognitivismo post- razionalista, tendente a mediare il passaggio dalla prima alla seconda cibernetica (Bruner, Guidano, Arcero) e tante altre che costituiscono la miriade di Scuole di psicoterapia a carattere privato tese, secondo il nostro concetto, più a fare adepti che ad alleviare la sofferenza. Se, infatti, per alcune terapie comportamentali esistono prove di efficacia, per le altre o non ne esistono o sono veramente poche.

Insieme alla mancanza di prove certe, sostiene questo nostro scetticismo il difficile collegamento e confronto con i dati derivati dalle discipline neuro scientifiche.

Per fare un esempio, sui fenomeni di condizionamento e decondizionamento svolge un ruolo fondamentale – come abbiamo visto - l’amigdala. Le sue cellule, sperimentalmente ridotte o eliminate vietano all’individuo la possibilità del corretto funzionamento del processo di cui sopra. E questo dovrebbe essere considerato nell’applicare tecniche derivate dagli assunti teorici cui abbiamo sopra accennato.

Conoscere quanto si sa sui meccanismi cellulari e molecolari può essere sufficiente a capire, dice Boncinelli (op. cit), come tutto possa

¹⁹ P. De Giacomo (A. Silvestri, GP. Pierri E. Lefons)l. Corfiati F. Tangorra *Prescrizioni nella coppia secondo una nuova teoria sistemica*. << Terapia Familiare>>, n.10, dicembre 1981.

funzionare. Sarebbe una violenza non da poco privare il paziente di quest'apporto invece che imbottirlo di "storie" astruse come quelle su di un inopinato contrastarsi di forze "interne" e "misteriose", difficilmente controllabili dal conscio (Io, Es, Super-Io); o sottoporlo "etologicamente" a prestazioni comportamentali di cui non capisce il senso o l'origine; o, ancora, agli effetti di un mero automatismo (cibernetico, sistemico o altro) che potrebbe confondere il funzionamento cerebrale con le cause che lo abbiano determinato e l'effetto da esso provocato!

Per comprendere quanto andiamo dicendo, portiamo ad esempio un interessante ipotesi proposta dallo stesso autore.

Un paziente - fobico, ansioso o che altro - è certamente una persona che ha avuto nella sua vita una serie di condizionamenti, in genere negativi, che hanno indirizzato la sua mente e il suo comportamento in una certa specifica direzione, lasciandogli poca flessibilità. Esistono per lui o per lei parole-stimolo o situazioni-stimolo che richiamano quasi spontaneamente tutta una costellazione di altre parole o situazioni e scatenano una serie di emozioni negative e un insieme di potenti motivazioni angosianti e paralizzanti. A prescindere da come ciò sia potuto avvenire, quello che si osserva può essere efficacemente descritto come l'effetto presente di una serie di condizionamenti del suo passato, recente o remoto.

In un certo senso la causa vera non è rilevante; quel che conta è come è strutturata al momento la sua psiche, con le sue esperienze, i suoi ricordi e le conseguenti risposte automatiche e semi-automatiche (Boncinelli, op.cit).

Per alcuni fenomeni che analizzeremo in seguito, l'insieme dei condizionamenti che distinguono un individuo da un altro, le impressioni negative che hanno accompagnato e disturbato la sua esistenza può essere cancellato o superato o "sovrascritto" da altre più positive con la partecipazione attiva del paziente e della sua possibilità di accedere a nuovi elementi, indipendentemente da quelle che possono essere state le cause che hanno condizionato il suo cattivo funzionamento.

Riportandosi a quello che conosciamo oggi sul funzionamento cerebrale (LeDoux e Gardner 1988; Boncinelli, 1999) ²⁰ a proposito della formazione dei ricordi e della consapevolezza di esperienze vissute nel tempo, sappiamo che non è possibile ricostruire per filo e per segno il volgere degli eventi, ivi compresi quelli più emotivamente *angosianti e paralizzanti*, ma la causa vera che li ha determinati non è rilevante, per cui, <<in assenza di questa conoscenza diretta e in una prospettiva epistemologicamente accettabile (bisogna) parlare di ricondizionamento piuttosto che di decondizionamento>>.

²⁰ Per saperne di più, si possono consultare alcuni autori, fra cui: J LeDoux op.cit); H. Gardner, *La nuova scienza della mente*, Feltrinelli, Milano, 1988; E. Boncinelli, *Il cervello, la mente e l'anima*, Mondadori, Milano, 1999.

Non è questa la sede per parlare della complessità dei processi nervosi che sono alla base dell'organizzazione, della percezione degli avvenimenti esterni e/o delle nostre risposte a queste; riassumendo, invece, brevemente quanto ci dice Boncinelli (op.cit), possiamo affermare che al nostro cervello giungono contemporaneamente moltissimi segnali che provengono dai sensi (vista, udito e altro). Questi segnali arrivano alla corteccia seguendo la via dei canali del sistema nervoso, prima e del cervello vero e proprio, dopo. Ognuno di questi segnali (che l'autore chiama "neurostati") può essere seguito individualmente nel suo percorso e descritto in ogni suo particolare fisico-chimico. Al momento di emergere alla coscienza o di essere verbalizzati essi devono per forza allinearsi in una sorta di serializzazione forzata di eventi nervosi e mentali collezionando una collezione più o meno estesa (che lo stesso autore chiama "psicostati") di un certo numero di eventi. Il risultato sarebbe un fenomeno di sincronizzazione dell'attività nervosa di neuroni presenti in un certo numero di aree cerebrali diverse.

La coscienza sarebbe quindi assimilabile a un gigantesco imbuto che costringe un certo numero di processi nervosi paralleli ad allinearsi, momentaneamente, in una sequenza lineare, cioè seriale...

Questa serializzazione non è né immediata, né gratuita, ma si presenta piuttosto come il risultato di una serie di operazioni che richiedono un certo sforzo e l'impiego di una certa quantità di energia.

In condizioni normali tutto avviene in misura estremamente naturale, ma il compito si presenta spesso più arduo se si è febbricitanti, se si è bevuto, se si è sotto l'effetto di farmaci in ogni caso con il passare degli anni...

Questa serializzazione forzata si presenta come un evento irreversibile. Una volta che un complesso di processi paralleli è confluito in uno stato di coscienza, non può più essere ricostruito nel dettaglio...

Sembra ragionevole pensare che la coscienza sia una qualità distintiva di un qualche stato mentale che di per sé non possa essere colta che soggettivamente...

Alla presa di coscienza di un certo stato di cose può seguire un'azione. Il compimento di questa richiede l'attivazione concertata di un certo numero di muscoli, il cui operato deve essere poi opportunamente controllato. Occorre cioè che i sensi, interni e esterni, inviino alla corteccia le informazioni necessarie sull'effettivo andamento dell'azione. Si ha quindi il dispiegamento di un altro ventaglio di eventi paralleli, anche se la progettazione dell'azione stessa appartiene ancora alla coscienza e al momento della serialità.

(...) si può assimilare la coscienza ad una specie di "clessidra". Un complesso di eventi nervosi paralleli viene costretto per un breve istante serializzarsi, per dar luogo a una presa di coscienza e all'eventuale progettazione di una nuova azione; ma subito dopo tutto riguadagna il suo andamento parallelo necessario per il compimento dell'azione stessa. Il momento della coscienza corrisponderebbe quindi più o meno alla "strozzatura" della clessidra (Boncinelli, op.cit.).

A questa spiegazione va aggiunto il ruolo che svolgono le emozioni che accompagnano la stessa presa di coscienza con valenze più o meno

intense, tanto da poter costituire probabilmente “l’essenza della nostra fenomenica individuale”; mentre ciò che potremmo definire inconscio è tutto ciò che resta escluso da un determinato episodio di coscienza.

E’ interessante chiedersi a questo punto che cosa si debba comprendere in questo termine. Sono certamente inconsci tutti i processi fisiologici che hanno luogo nel nostro corpo e che non hanno alcuna attinenza con la nostra vita mentale. Sono inconsci anche quei processi fisiologici che hanno un’influenza solo indiretta sul nostro sistema nervoso, come quelli mediati da ormoni o neuro-modulatori a azione lenta. Sono inconsci la vasta maggioranza dei neurostati (...). Va da sé che se nella mente di un soggetto esistono specifici gruppi di “neurostati” che sono abbastanza strettamente associati a moltissimi altri, questi avranno una maggiore probabilità di altri di affacciarsi alla coscienza ma anche di comparire fra i neurostati per così dire di contorno. Si tratta in questo caso di un pensiero dominante, o di un “complesso” operanti sia cognitivamente che affettivamente, e potenzialmente capaci di prendere di prepotenza il controllo di determinati aspetti della vita mentale di quell’individuo (Boncinelli, op.cit).

E allora, come si potrebbe aiutare l’individuo a liberarsi progressivamente di questi aspetti disfunzionali della propria “esistenza” mentale?

Uno dei compiti di ogni forma di psicoterapia dovrebbe essere quello di smontare, o almeno allentare, alcuni di questi nodi, in modo da rendere meno automatico e meccanico, cioè fluido, il meccanismo della cooptazione dei diversi neurostati al momento della presa di coscienza (Boncinelli, op.cit.).

Una modalità, in ultima analisi che parta dalla “vita” per arrivare alla “vita”. Una rivisitazione della vita vissuta e una sistemazione più funzionale delle vicende che la compongono con la partecipazione attiva (conscio) del paziente diventato co-protagonista vivente del proprio processo di emancipazione da pensieri dominanti che ne abbiano bloccato (o ne blocchino ancora) l’evoluzione; oppure che l’abbiano resa problematica.

“Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile. Nec solum se ipsum praestare oportet opportuna facientem, sed et aegrum, et assidentes, et exteriora”. (Ippocrate di Co, 460 – 377 a.C.)²¹

Uno dei vecchi libri di Medicina di cui siamo custodi per tradizione di famiglia è dedicato da un autore rimasto volutamente quasi anonimo, alla “parafrasi italiana con testo a fronte, degli <<Aforismi di

²¹ G *** N***, *Parafrasi italiana degli Aforismi di Ippocrate (con testo a fronte)* dai torchi di Luca Marotta, Strada S.Biagio dei libraj, n.119, Napoli, 1823.

Ippocrate>> di cui abbiamo riportato in epigrafe quello introduttivo. Quello che l'autore, traducendolo, ci dice nella "parafrasi", riportata da noi integralmente - e che, nonostante l'altra epoca in cui è stato scritto, è di efficace attualità! - è che *la vita di cui un uomo può profittare a studiare è breve. L'arte medica è troppo diffusa, antica, ed ancora imperfetta. L'occasione di profittare al più spesso è fugace, né dà tempo a studio e riflessione. Difficile è acquistare esperienza, esigendosi gran tempo, né essendo lecito sperimentare a carico dell'umanità. Arduo è ancora dar buon giudizio sul conosciuto male, abbisognando grandi esami anamnestici e farmaceutici. Non basta d'altronde che il medico annulli i difetti per il suo lato, esigendosi, per la buona cura, volontà del malato, impegno negli assistenti, e che nulla manchi circa i comodi della vita.*

Rigore nella ricerca, pazienza, costanza e impegno nello sperimentare e nell'attendarsi i risultati, lavoro di *equipe*, serenità di giudizio e rispetto per il paziente sono le raccomandazioni che raccogliamo da questo scritto, cui aggiungiamo il non venir mai meno della riflessione e della speranza.

All'inizio della nostra vita professionale avevamo incontrato in Manicomio tre pazienti affette da "Sindrome di Cotard (Nicotera e Pellicanò, 1971)²². Ci eravamo subito posti il problema di un corretto inquadramento diagnostico e di una probabile terapia di questa sindrome misteriosa senza, tuttavia, trovare una soluzione che ci convincesse totalmente. Provammo senza successo diverse terapie e, alla fine, ci risolvemmo a usare l'ECT con tutte le garanzie possibili (anestesia, curarizzazione, rianimazione, ecc). Fu un successo per due di loro e per una fu addirittura possibile restituirla ai suoi affetti dopo diversi anni d'istituzionalizzazione. Il successo non ci permise, tuttavia, risolvere i nostri dubbi e di ricostruire un possibile percorso etiopatogenetico.

Recentemente, invece, abbiamo provato un'intensa emozione nel leggere una recente interpretazione neuro scientifica (Ramachandran, 2012)²³ in cui si ipotizza che tutte o quasi tutte le vie sensoriali che vanno all'amigdala risultino interrotte in questa particolare e drammatica patologia. Si tratterebbe, in ultima analisi, di un'estensione della sindrome di Capgras²⁴, in cui solo l'area <<del volto>> del giro fusiforme è disconnessa dal centro delle emozioni con conseguente mancato riconoscimento dei genitori come propri. Mentre in questi pazienti è stata riscontrata quest'unica disfunzione, a quelli della "Cotard" "mancherebbe l'intero mondo sensoriale". Se,

²² M.Nicotera e C. Pellicanò, *La rottura del rapporto Corpo-Mondo nelle "istituzioni totali psichiatriche": Sindromi di Cotard e Cotard-simili*, Neopsichiatria, vol XXXVII, faasc.1

²³ V. S. Ramachandran: *L'uomo che credeva di essere morto*, Mondadori, Milano, 2012

²⁴ Con questo nome si indica un raro disturbo per cui il soggetto si convince che i suoi parenti stretti, in genere genitori e fratelli, sono impostori.

continuando, si aggiungesse a questo cocktail un malfunzionamento delle connessioni reciproche tra neuroni specchio (Rizzolatti, 2006)²⁵ e il sistema dei lobi frontali, si arriverebbe facilmente a darsi ragione anche la perdita del senso di sé. Se si perde se stessi, si perde il “rapporto col mondo” o, come dicevamo noi, il rapporto “corpo-mondo” e si avverte l’esperienza più simile alla morte che si possa avere in vita. Non c’è da stupirsi, allora, se spesso, anche se non sempre, la Sindrome di Cotard si accompagna alla depressione.

Oltre a registrare una qualche soddisfazione per le nostre intuizioni giovanili (vedi sopra), abbiamo dovuto constatare, purtroppo, che al miglioramento clinico delle fasi depressive, ottenute dall’autore citato con la terapia farmacologica, non abbia corrisposto la totale scomparsa della convinzione di essere morto. E che, a detta dello stesso autore, in qualche caso, l’impiego dell’antidepressivo ha facilitato il ricorso al suicidio per una probabile sopraggiunta quota di autocoscienza della sua tremenda situazione esistenziale.

Parleremo in seguito delle conseguenze dell’abuso al ricorso incondizionato ed esclusivo ai farmaci.

Ci interessa qui, invece, suggerire come l’immissione in terapia di altri fattori – nel nostro unico caso di successo pieno – quali la collaborazione della famiglia, la ricostruzione del tessuto affettivo familiare abbia sopperito all’impossibile ricostruzione della rete neuronale mancante.

L’autore non ci dice nulla sull’eventuale impiego di qualche strategia psicoterapeutica, accanto a quella farmacologica, ma si limita a paragonare la S. di Cotard a una sorta di *Apotemnofilia*²⁶ del proprio intero sé, anziché solo di un braccio o di una gamba come in questa sindrome. Potrebbe, allora, essere considerata una particolare forma di “suicidio” (espresso dalla sindrome come decretazione della propria morte fisica), un’amputazione dell’intera persona portata a termine con successo.

Riportiamo di seguito, lasciando ai lettori il compito di ogni qualsiasi tipo di considerazione critica, quanto, invece, ci dice a riguardo l’interpretazione freudiana (riferita dallo stesso Ramachandran, op.cit.). Freud attribuisce all’*apotemnofilico* il desiderio inconscio di avere un grosso moncherino da identificare con il pene (sic!) e confrontiamola con quanto possiamo trarre dalla conoscenza dall’anatomia del sistema nervoso.

La mappa di Penfield sulla superficie cutanea del giro postcentrale ci da una rappresentazione in una sezione coronale di come possano essere rappresentate alcune parti del corpo. I nervi del tatto, dei muscoli, dei tendini

²⁵ G. Rizzolatti., C. Sinigaglia. *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Cortina, Milano, 2006

²⁶ Con questo termine si indica un disturbo (neurologico, psichico, neuropsichico?) per cui una persona chiede di essere amputata di un arto per sentirsi integra.

e della sensibilità articolare proiettano alle cortecce somatosensoriali primaria S1 e secondaria S2 nel giro post centrale e subito dietro di esso.. Ognuna di tali aree corticali contiene una mappa sistematica e sistematicamente organizzata delle sensazioni corporee. Da lì le informazioni somatosensoriali vengono inviate al lobulo parietale superiore (LPS) , dove sono combinate con informazioni sull'equilibrio provenienti dall'orecchio interno e con il feedback visivo relativo alla posizione degli arti. Insieme, gli input elaborano la nostra immagine corporea, una rappresentazione unitaria, in tempo reale, del nostro sé fisico. Questa rappresentazione del corpo è in parte innata (...) Se una particolare parte del corpo, come un braccio o una gamba, non riuscissero ad essere rappresentate in questa struttura innata della nostra immagine corporea, il risultato sarebbe con tutta probabilità la sensazione di avere attaccato al corpo qualcosa di estraneo che provoca addirittura repulsione. (Ramachandran, op. cit.)

In questi casi, non potendo contare su di una rimodulazione strutturale della lesione innata, potremmo trarre vantaggi dall'elaborazione sperimentale di esperienze, anche immaginarie, con l'ausilio di esercizi di mobilitazione e riformulazione di muscoli e articolazioni.

Sempre Boncinelli (op.cit) ci riferisce come da alcuni esperimenti (misurati con tecniche sperimentali riproducibili) effettuati su persone che avevano vissuto un episodio traumatico o molto traumatico si evincesse che parlarne, scriverne, dividerle, aveva un effetto migliorativo sulla psiche e che, conducendo studi sperimentali di controllo con persone che comunicavano esperienze anche immaginarie, si avevano gli stessi risultati positivi. Proprio come nel caso degli esercizi sopra raccomandati.

Una tale modalità di approccio assume carattere "ecologico", perché si basa sulle capacità di conoscenza del paziente stesso, sulla sua partecipazione attiva, sull'elasticità e dinamicità del suo pensiero e non sulla sovrapposizione di ideologie o filosofie sconosciute fino a quel momento

La difficile comprensione ed elaborazione (molto spesso astrusa e difficoltosa) di queste porterebbe, invece, il paziente lontano dalla sua propria realtà, lo proietterebbe su una dimensione nuova in cui solo il terapeuta avrebbe la possibilità di "svelare" in significato nascosto: il desiderio di avere un grosso pene! Ogni circostanza, ogni emozione, ogni proposito legato al suo sintomo lo proietterebbe, dunque, in un mondo sconosciuto come spettatore "passivo" di vicende che sembrano non appartenergli, quali la lotta titanica tra forze interne (Es, Super-Io) che lo farebbero agire e reagire, come si direbbe oggi, " a sua insaputa"; lo trasformerebbero, suo malgrado, in "nemico del proprio corpo".

Quello che una volta si rimproverava all'Ipnosi, e cioè l'esclusione del paziente dal processo di terapia, si ripresenterebbe, inoltre, anche nelle terapie meno ideologiche attraverso l'assimilazione dell'uomo ad una "scatola nera" - come abbiamo visto - o ad un anello inconsapevole di un sistema "cibernetico".

Una terapia o un aiuto alla sofferenza psicologica non può consistere nella propagazione e accettazione di una “fede”, qualunque essa sia, né alla sottomissione passiva a meccanismi automatici riprogrammabili dal solo esperto.

In entrambi i casi, si configurerebbe un abuso delle prerogative di un potere tratto da un sapere esclusivo molto spesso poco accessibile a una mente “comune”, ma che diventerebbe l’unico codice di interpretazione della realtà che gli appartiene.

Come quando, e per diverse “stagioni”, si irretiva la famiglia con teorie colpevolizzanti, considerandola una specie di “terreno di cultura” di molti agenti patogeni per patologie psichiatriche, dalle nevrosi alle psicosi, dalla Schizofrenia all’Autismo (la “mamma-frigorifero”, per fare solo un esempio); e ci si privava dell’apporto indispensabile di una risorsa importante come quella delle relazioni familiari basate sui legami affettivi ri-orientabili e ri-organizzabili ad esclusivo beneficio di congiunti e terapeuti (vedi Interventi di Psicoeducazione²⁷).

A questo punto, qualcuno potrebbe sollevare l’eccezione che risultati positivi ottenuti da ogni e diversa terapia praticata, giustifichino l’impiego di qualsiasi tecnica, secondo il principio del “fine che giustifica i mezzi”. Senza, tuttavia, considerare che il miglioramento potrebbe essere ascritto a fattori estranei a quelli professati dalla Teoria che ispira l’intervento, come cercheremo di chiarire in seguito.

Come, ad esempio, anche l’uso che anche noi abbiamo suggerito di rievocare eventi di vita veramente vissuti che hanno condizionato la creazione di ciò che abbiamo chiamato complessi patologici o disfunzionali. Tuttavia, all’utilizzazione di questi nel rapporto terapeutico ed al presumibile valore eziopatogenetico da essi avuto non abbiamo assegnato alcun valore ideologico, convinti, come siamo, che ad ogni affermazione debba seguire il “conforto” delle connessioni causali e delle verifiche sperimentali, poiché:

(...) le spiegazioni non vanno inventate, altrimenti si mina alla base tutto l’edificio e si insinua il sospetto che ci sia qualcosa di propagandistico se non di ingannevole in tutta l’operazione. Supporre una spiegazione causale di tutti gli eventi non significa volerla trovare per forza al momento e senza prova, ma cercarla e ricercarla fino a che non appare chiara ed evidente (Boncinelli, op. cit.).

²⁷ Ricordiamo a questo proposito le esperienze sperimentali e di lavoro eseguite dall’Università de L’Aquila sotto la direzione dei professori Massimo Casacchia e Rita Roncone ispirate alle tecniche di Psicoeducazione di Ian Falloon† (Psichiatria, Erickson, Trento, 1994) cui abbiamo partecipato personalmente, sia come allievi, che come docenti e che ci hanno visto impegnati nel corso degli anni 2001-2008). Alla numerosa letteratura sull’intervento psicoeducazionale, effettuato con la diretta partecipazione delle famiglie, rimandiamo per i necessari approfondimenti.

Avevamo già in un'altra occasione (Nicotera, 1995)²⁸ sottolineato l'importanza della relazione come fattore determinante per ogni cambiamento positivo indotto nel paziente e quella sulla scoperta di Freud a riguardo l'innovativa pratica terapeutica da lui introdotta, basata sulla parola e sull'interazione. Questa può operare sotto diverse forme e convinzioni, e tutte hanno una percentuale dimostrata di successi, dall'approccio cognitivo a quello della psicologia del profondo largamente intesa.

Eravamo, e siamo ancora convinti, che quello che conta sia la particolare qualità della relazione terapeutica:

Il rapporto terapeutico (...) deve - momentaneamente - prescindere dai modelli di riferimento concettuali, siano essi psicoanalitici, comportamentali, cibernetici, biologici o altri, e svolgersi - successivamente - come tentativo di comprensione di ciò che avviene nel campo bipersonale, un campo in cui devono partecipare con rapporto reciproco di esperienze ed emozioni contrastanti (vedi anche transfert e controtransfert), sia il paziente che il terapeuta cui, ultimo, è demandato il compito specifico di bilanciare le asimmetrie e le simmetrie del rapporto (la differenza di cultura o conoscenza e la similitudine di tutte le esperienze umane (Nicotera, 1995, Op.cit.).

Raccomandando, ancora una volta, la dovuta conoscenza della <<persona>> che intendiamo curare, non possiamo non parlare degli effetti nefasti dovuti all'impiego "sconsiderato" degli psicofarmaci. Avevamo sopra riportato l'episodio del paziente "cotardiano" che si era suicidato, ma in tempi moderni non possiamo esimerci dall'occuparci del problema sollevato recentemente da Robert Whitaker (2013)²⁹ con il suo recente libro (recensito da Gilberto Corbellini sul Sole24Ore Domenica 28 luglio c.m. . Questo problema è stato, poi, ripreso, con molta cognizione di causa, da Giuseppe Tibaldi, nella rubrica "Fermo Posta" del domenicale del successivo 4 agosto. Secondo questo autore, psichiatra e curatore della dizione italiana del libro, le conclusioni di Whitaker, ottenute con uno studio clinico randomizzato su 103 soggetti, riconoscevano esiti migliori (soprattutto nel recupero sociale e lavorativo) dopo diciotto mesi di progressiva riduzione, fino alla loro sospensione definitiva, delle dosi degli psicofarmaci impiegati³⁰.

Non solo, quindi, non sembrerebbe scientificamente fondata la pratica delle somministrazioni *sine die* dei farmaci psicotropi, ma quanto non risulterebbe nemmeno auspicabile che all'estensione (opinabile) delle diagnosi attuate dal recente DSM V corrispondesse una altrettanta nefasta (due abusi in contemporanea!) estensione dell'approccio psicofarmacologico alle c.d. nuove "patologie". Così come avvenuto,

²⁸ M. Nicotera; *Psichiatria e Psicoanalisi: Amori e tradimenti*, Prospettive Psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, Vol. 13, n. 2, maggio-agosto 1995

²⁹ R. Whitaker. *Indagine di un'epidemia: Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore, 2013.

³⁰

nelle precedenti edizioni del DSM per la “timidezza”, trasformata in “fobia sociale” e trattata con gli SSRI!

E, aggiungiamo noi, specie se quello farmacologico dovesse costituire o diventare col tempo l’unico approccio realmente attuato!

A questo proposito, ci sembra di grande importanza ipotizzare come probabile fattore di buon esito, il valore e l’importanza che può avere la pratica riabilitativa basata, anch’ essa su rigorosi principi scientifici , su seri “progetti riabilitativi” di cui siamo stati anche noi attori e divulgatori (Nicotera, 1998)³¹, (Nicotera e all. 2000)³², (Nicotera e all. 2001)³³, (Pioli e all. 2006)³⁴.

“Dottore, lei è il mio placebo” (Gilberto Corbellini)³⁵

Come avevamo preannunciato sopra, è doveroso, comunque, porsi un altro interrogativo fondamentale: cento e più anni di pratiche psicoterapeutiche hanno provocato solo disastri? La risposta è certamente, no.

Fra le duecentocinquanta, circa, forme di psicoterapia oggi conosciute, sicuramente si possono supporre, annoverare, costatare molti successi. Questo farebbe cadere tutti i presupposti che abbiamo descritto nelle pagine precedenti. E, invece, non è così, perché secondo il nostro modo di vedere, e di quelli che si sono occupati specificamente del problema, le ragioni del miglioramento e della guarigione vanno ricercati al di fuori delle convinzioni (ideologiche) e delle spiegazioni che i vari adepti alle relative Scuole ne possano dare. <<Alcune appartenenti genericamente alla psicologia del profondo, altre all’approccio cognitivo, altre ancora agli assunti teorici più diversi, se non addirittura del tutto estranei alla psicologia>>(Boncinelli, op. cit.). Nel mantenere le nostre convinzioni circa il valore di abuso che assumono le pratiche che intendono “imporre” al paziente una visione del mondo e delle cose diversa o astrusa, riteniamo che ci siano fattori che siano comuni a tutte le psicoterapie, usate in modo singolo

³¹ M. Nicotera. *Riflessioni sull’applicazione del VADO presso l’ex O.P. di Girifalco* in: PL. Morosini †, L. Magliano, L. Brambilla. *Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi (VADO)*. Manuale per la riabilitazione in Psichiatria. Ed. Erickson, 1998

³² M. Nicotera, M. Notarangelo, MR. Pellizzer, AG. Greco. *Il superamento di un Ospedale Psichiatrico (O.P. nel Meridione d’Italia: il caso Girifalco)*. Progetto Nazionale Salute Mentale, Rapporti ISTISAN 00/12, Roma, 2000

³³ M. Nicotera, AG. Greco, L. Caserta. *Valutazione dell’efficacia pratica dei programmi riabilitativi per gli ospiti di strutture residenziali*. . Progetto Nazionale Salute Mentale, Rapporti ISTISAN 01/27, Roma, 2001

³⁴ R. Pioli, F. Soscia, M. Nicotera, B. Patrizi, M. Paniccia, S. Zangaro. *La gravità in Psichiatria: disabilità e correlati del bisogno di assistenza*. Psichiatria e Psicoterapia, vol XXV, Supplemento 1, n.1, 2006

³⁵ *Rubrica Scienza e Filosofia del Sole24Ore di Domenica del luglio 2012*

(fondamentalistico) o associate - quando ciò risulta indispensabile e consigliato - alla farmacoterapia e/o alla riabilitazione.

Boncinelli, più volte citato, ne elenca un certo numero e a esso rimandiamo per un giusto e interessato approfondimento. Personalmente, riteniamo fondamentale uno solo di questi fattori elencati dall'autore, tra quelli mirabilmente analizzati. Si tratta di quello che abbiamo riscontrato in una recente pubblicazione, di cui abbiamo scoperto l'esistenza dalla recensione fatta dal Sole24Ore che abbiamo riportato in nota: *l'effetto placebo*, Benedetti (2009 e 2012)³⁶.

Il maggior indiziato per l'induzione dell'effetto placebo è (...) il contesto psicosociale delle pratiche terapeutiche, al punto che qualcuno ha ribattezzato "effetto del contesto" lo stesso effetto placebo. Per contesto psicosociale di deve intendere tutto ciò che circonda il paziente(...) . Qualcuno ha definito appunto il contesto come l'intera atmosfera che circonda il trattamento e la medicazione (Boncinelli, op. cit.)

Abbiamo ragione di ritenere con l'autore di cui sopra, che, oltre che negli altri contesti, anche in quello del rapporto duale nello studio del terapeuta svolga un ruolo importante l'effetto placebo. In esso convergono, a nostro modo di vedere, alcune funzioni <<conscie>>, da sole o in sinergia, quali l'aspettativa, la fiducia del paziente, il carisma e la fama del professionista scelto, la speranza, le motivazioni forti del paziente, ma anche il clima di confidenza, l'astensione da ogni giudizio o di ogni arbitrio ideologico, la cultura, la conoscenza ed il sapere condivisibile, la disponibilità, la pazienza e quant'altro di sé riesce a mettere in campo il terapeuta per sostenere (come una "stampella") scelte difficili, a volte dolorose, ma spesso liberatorie.

Ma anche funzioni <<inconscie>> svolte da meccanismi psicobiologici quali quelli mediati da sistema "immune ed endocrino, vascolare o respiratorio e infine gastrointestinale e genitourinario"(...) Una aspettativa conscia non può, per esempio, stimolare una secrezione ormonale, mentre un opportuno condizionamento può avere un tale effetto".

In sintesi, allora, si può ipotizzare un'implicazione di funzioni fisiologiche inconscie (nel senso che abbiamo detto) che possono svolgere un ruolo importante nell'esito della cura. E non è finita qui.

Da un punto di vista neuro scientifico, avere una certa aspettativa per ciò che deve avvenire può coinvolgere diversi meccanismi aventi lo scopo generale di preparare il corpo ad affrontare al meglio i diversi eventi.(...) Particolarmente ben studiato a questo proposito è il comportamento del circuito cerebrale della dopamina, il nostro agente premiante per eccellenza.(Boncinelli, op. cit)

³⁶ F. Benedetti: *L'effetto placebo, breve viaggio tra mente e corpo*, Carrocci ,Roma, 2009 ; *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012.

Attraverso esperimenti di stimolazione si è cercato di determinare quale fosse la regione cerebrale interessata e si è arrivati a determinare che il fenomeno avveniva per attivazione delle vie nervose che vanno dalla base del cervello alla corteccia cerebrale basale, passando vicino alla superficie ventrale e anteriore del cervello(...) La stimolazione ripetuta di tale fascio, detto fascio dopaminergico mesocorticolimbico, porta una certa quantità di dopamina alla corteccia cerebrale”.

Quest’aumentato apporto di dopamina avviene soprattutto per “merito” del *nucleus accumbens*. Insieme ad altre sostanze c. d. “premianti” (endorfine) la dopamina costituisce il grande sistema delle spinte motivazionali primarie.

Tuttavia, queste affermazioni hanno ancora bisogno di altre verifiche sperimentali basate sulla visualizzazione diretta e sullo studio delle funzioni neurofisiologiche cerebrali.

Abbiamo riferito uno spaccato di quanto si supponga avvenire nel cervello e sull’effetto che possono avere sull’organismo i vari eventi di vita. E abbiamo acquisito qualche certezza e qualche distinguo.

(...)non tutto è frutto dell’apprendimento e della nostra biografia (e dell’ambiente sociale). Ci piace pensarci così, come persone che non sono il frutto esclusivo delle nostre vite particolari e, quindi, dell’ambiente specifico in cui siamo stati allevati. Grazie alle scoperte della genetica, non crediamo più alla favola della *tabula rasa*, plasmata poi dalla società e dalla cultura in cui ci capita di vivere. E questa consapevolezza ci rende più liberi. E tuttavia, del giusto entusiasmo per queste bellissime e mirabolanti scoperte della neuroscienza non sempre si fa buon uso. Al contrario se ne approfitta per legittimare semplici mistificazioni” (P. Legrenzi e C. Umiltà, 2009).³⁷

E non possiamo prescindere dal concludere che il nostro Sé sia soprattutto il prodotto dell’azione di vari sistemi di cui solo in parte possiamo avere coscienza (come abbiamo visto). Sistemi emotivi e apprendimento sono strettamente legati e, per fare un esempio, *se una parte significativa delle esperienze emotive precoci è riconducibile al sistema della paura più che a quella di sistemi positivi, allora, la particolare personalità che comincia a strutturarsi dai processi di apprendimento in parallelo coordinati allo stato emotivo (ricordate l’esempio della clessidra? n.d.r) sarà caratterizzata da negatività e disperazione, invece che da affetto e ottimismo.* (Le Doux, 2002, op. cit).

<<Tu sei le tue sinapsi. Esse sono chi sei tu(Le Doux)

³⁷ P. Legrenzi e C. Umiltà. *Neuro-Mania*, Il Mulino, Bologna, 2009

Dalla prima epigrafe deduciamo che <<le connessioni sinaptiche hanno il compito di tenere insieme il Sé (...) Talvolta, però, pensieri, emozioni e motivazioni si dissociano. Se la trilogia mentale si scompone, è probabile che il Sé cominci a disgregarsi e la salute mentale a deteriorarsi. Quando i pensieri sono completamente dissociati dalle emozioni e dalle motivazioni, come nella Schizofrenia, la personalità può drasticamente trasformarsi. Quando le emozioni imperversano liberamente, come nei disturbi d'ansia o nella depressione, una persona non è più quella che era un tempo.(...) Che il Sé sia sinaptico può essere una maledizione: non ci vuole molto perché vada in pezzi. Ma è anche una benedizione giacché ci sono sempre nuove connessioni in attesa di essere realizzate>>.

Su tale principio stanno moltiplicandosi nel mondo gli studi degli interventi precoci sull'esordio psicotico e sulla possibilità, quindi di intervenire con successo sulla sinaptogenesi in età infantile e adolescenziale .

Recentemente, abbiamo avuto occasione di partecipare anche noi ad un progetto di ricerca/intervento promosso dal Centro Nazionale per la prevenzione e controllo delle malattie del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, coordinato dall'equipe di "Programma 2000" (Cocchi e Meneghelli, 2009)³⁹, centrato sull'intervento precoce preventivo alla schizofrenia ⁴⁰.

L'affermazione contenuta nella seconda epigrafe, ci informa delle ricerche di due scienziati italiani contenute in un libro che sta uscendo in libreria in questi giorni (e che per questo non abbiamo ancora letto!). Si tratta di <<Nulla di più grande di Tononi e Massimini (2013)⁴¹, ma che abbiamo conosciuto con l'aiuto dell'Elzeviro di Boncinelli sul Corriere della Sera del 13 agosto u.s..

Lo stesso è stato recensito anche da Gilberto Corbellini sulla Domenica del Sole24Ore del 15 settembre u.s. e da questo siamo riusciti ad avere conferma che i due autori, trovando una nuova e più puntuale definizione del fenomeno della "coscienza", ne descrivono alcune proprietà sperimentali da loro scoperte che assumono anche un'eccezionale portata clinica.

³⁸ E. Boncinelli . *Le Nuove frontiere della Neuroscienza*. Elzeviro del Corriere della Sera del 13 agosto 2013.

³⁹ A. Cocchi e A. Meneghelli. *Programma 2000: celebrating 10 years of an italian pilot programme on early intervention in psychosis*. *Aust N Z J Psychiatry*, 42 (12):1003-12

⁴⁰ M. Nicotera. *Luci e Penombre nell'esperienza di Catanzaro*. Seminario su: *L'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi. Un approccio preventivo*, in Roma del 16 dicembre 2009, in corso di pubblicazione.

⁴¹ M. Massimini e G. Tononi.. *Nulla di più grande*, Baldini & Castoldi, Milano, 2013

In attesa, tuttavia, di acquisire e studiare a fondo questo nuovo libro, riportiamo quanto ci riferisce Boncinelli nell'articolo sopra citato circa la funzione svolta dal cervelletto e dalla corteccia cerebrale nella parte che si riferisce al sistema talamo-corticale. Sappiamo della ricchezza di neuroni di questa parte del cervello e anche di quella delle connessioni presenti, ma il fenomeno della coscienza non può essere spiegato solo da questo. Occorre anche la partecipazione di vaste regioni della corteccia e del talamo per "essere presenti a se stessi", oltre a "qualche altra cosa" che i due autori ci aiuteranno a scoprire. Boncinelli conclude con un auspicio che presto la coscienza, il *sancta sanctorum* degli studi sul cervello e il fondamento della nostra interiorità possa essere presto svelato.

<< Neuroscienziati, fatevi sentire >> David Eagleman ⁴²

L'autore riportato in questa ultima epigrafe nel suo Manifesto, riportato in nota, spiega in sei punti, che riassumiamo brevemente, le ragioni per cui i suoi colleghi neuro scienziati debbono uscire dall'isolamento e dalla riservatezza e mettersi in gioco pubblicando per il grande pubblico, svolgendo un ruolo attivo per la divulgazione neuroscientifica . Non solo, dunque, devono "argomentare con rigore, pesare le prove, coltivare lo spirito critico (doti naturali dei ricercatori facili da trasmettere), ma quanto, diffonderli, "perché sono il vero antidoto contro i ciarlatani".

Tornando a tutto quanto abbiamo dibattuto in precedenza, dobbiamo per forza di cose pensare che sia il cervello l'unico organo che racchiude tutte le nostre sensazioni, percezioni , memorie, emozioni e capacità di elaborarlo, nonché la coscienza di quello che sentiamo di noi stessi e del mondo che ci circonda.

Curare e aiutare le persone si potrà, dunque, e si dovrà farlo, quasi esclusivamente, partendo dalla conoscenza del suo buon funzionamento e dalle ragioni che lo impediscono, creando quelle difficoltà di funzionamento mentale che dovranno essere affrontate con le strategie che ci siamo sforzati di tracciare nelle pagine precedenti.

Non resta più alcuno spazio, oggi, per manipolazioni astruse molto distanti dalla realtà anatomo-fisiologica del cervello e, dunque, a noi che l'anagrafe condanna inesorabilmente a non poter coltivare ancora per molto tempo questa nuova conoscenza, spetta di concludere con le

⁴² David Eagleman , riportato da Fiorenzo Conti sul domenicale del Sole24Ore di 12 agosto 2013, presenta questo eclettico neuro scienziato che sul numero del 24 luglio u.s. dei "The Journal of Neuroscience", un articolo : Why public dissemination of Science Matters: A Manifesto, con cui in sei punti spiega le ragioni per cui i suoi colleghi debbono uscire dall'isolamento e dalla riservatezza e mettersi in gioco pubblicando per il grande pubblico, svolgendo un ruolo attivo per la divulgazione neuroscientifica . Non solo, dunque, devono "argomentare con rigore, pesare le prove, coltivare lo spirito critico (che) sono doti naturali dei ricercatori facili da trasmettere. (Perché) sono il vero antidoto contro i ciarlatani".

raccomandazioni rivolte alle presenti e prossime generazioni con il monito di due grandi autori.

Il primo, di un grande fisico:

In un'onesta impresa di ricerca della conoscenza a volte è necessario arrestarsi per un periodo indefinito a causa di una nostra ignoranza. Invece di tentare di colmare una lacuna conoscitiva con una costruzione speculativa, la vera scienza preferisce rinunciare momentaneamente a fornire una spiegazione; e questo non tanto per uno scrupolo di coscienza che impedisce di dire bugie, ma piuttosto partendo dalla considerazione che una risposta inventata sopprime l'esigenza della ricerca di una risposta accettabile. (Schrödinger, 1995)⁴³

Il secondo, di un ricercatore empirico e clinico dinamico:

Certo la ricerca empirica non può "spiegare" o "misurare" tutto ciò che riguarda il complesso meccanismo della cura, ma è innegabile che ha iniziato a dare risultati interessanti. Andrebbe incrementata, anche perché aiuta a sviluppare idee nuove e a confutare tesi sbagliate, a capire come funziona il processo terapeutico, a promuovere nuovi tipi di trattamento (...) Che le *talking terapie* funzionino, che le terapie ad orientamento dinamico, almeno per alcune tipologie di pazienti, funzionino come e meglio di altre psicoterapie, è oramai quasi accertato da molte pubblicazioni a riguardo⁴⁴. La domanda è dunque: *What works for whom, how and when*, compresa la variante, troppo spesso dimenticata: *What does not work for whom, how and when*. Più che di difese d'ufficio, la psicoanalisi (ma le psicoterapie in generale, n.d.r.) ha bisogno di laicità, quantitativa e qualitativa. Solo in questo potremo capire i fattori curativi (specifici e aspecifici) della Psicoanalisi (e/o della psicoterapia, n.d.r.), e soprattutto quando ha senso proporla a un paziente e quando non solo non ha senso, ma è anche iatrogeno. (Lingiardi, 2012)⁴⁵

E dunque? Non ci resta altro da fare che impegnarsi a leggere e a... imparare.

E, allora? Buona lettura!

*Indicazioni Bibliografiche*⁴⁶

1. G- Corbellini. *Scienza*, Bollati Boringhieri, 2013)
2. Edoardo Boncinelli, *Corriere della Sera*, Elzeviro del 13 luglio 2013

⁴³ E. Boncinelli. *Quel che resta dell'anima*. Rizzoli, Milano, 2012

⁴⁴ *I risultati della psicoanalisi*, a cura di di Leuzinger-Bohleber e Target (Il Mulino, 2002; *La ricerca in psicoterapia* a cura di Dazzi, Lingiardi, Colli (Cortina, 2006); *Psicoterapie*, a cura di Gabbard (Cortina 2010); *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* di Ablon, Levy, Kaechele (Human Press, 2012).

⁴⁵ V. Lingiardi- *Laicità e ricerca*. Nel contesto delle reazioni a: "L'autismo dei lacaniani">> pubblicato sulla rubrica *Scienza e Filosofia del domenicale del Sole24Ore* del 4 marzo 2012.

⁴⁶ *Le voci non sono elencate secondo l'ordine alfabetico, ma scorrendo quello delle note citate.*

3. E. Boncinelli. *Il mondo è una mia creazione*. Liguori, 2011
4. J. LeDoux. *Il Sé sinaptico*. Cortina Ed, Milano, 2002
5. S. Seung "Connettoma", Codice Edizioni (agosto 2013)
6. J. Bouveresse. *Filosofia, Mitologia e Neuroscienze*. Einaudi, Torino, 1997
7. Wittgenstein' Lectures in 1930-33, in : G.E.Moore, *Philosophical Papers*, Allen and Unwuin, London, 1959, in Bouveresse, op.cit
8. P.L. Assoun, *Freud e Wittgenstein*, P.U.F., Paris, 1988 in Bouveresse, op.cit.
9. J.Bouveresse, op.cit.
10. M. Borch-Jacobsen (intervista rilasciata a Cambridge, MA, nel 1994 in: F.J. Sulloway, *Freud, tra criptobiologia e pseudoscienza* in : (sotto la direzione di Catherine Meyer, con M. Borch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux, J. Van Rillaer. *Il libro nero della Psicoanalisi*, Fazi Editore, Roma, 2006.
11. A. Gruyer. *I feriti della psicoanalisi*, in : Il Libro nero della Psicoanalisi, (op.cit.)
12. M. Houellebecq. *Estensione del dominio della lotta*, Bompiani, Milano, 2000
13. V.Egidi Morpurgo. *I valori dello Psichiatra*. Presentazione sulla rubrica "Scienza e Filosofia" della <<Domenica>> del Sole24Ore del 19 maggio 2013 del libro di Gabbard G.O., Weiss Roberts L., Crisp-Han H., Ball V., Hobday G., Rachal F., *La professione dello Psichiatra. Etica, sensibilità, ingegno*. Cortina, Milano, 2013
14. (a cura di) A. Borghi e Fausto Caruana . *La cognizione sociale* in: <<Sistemi Intelligenti">, anno XXIII, n.2/agosto 2011
15. P. De Giacomo (A. Silvestri, GP. Pierri, E. Lefons), Corfiati e F. Tangorra *Prescrizioni nella coppia secondo una nuova teoria sistemica*. << Terapia Familiare>>, n.10, dicembre 1981.
16. J LeDoux op.cit)
17. H. Gardner, *La nuova scienza della mente*, Feltrinelli, Milano, 1988;
18. E. Boncinelli, *Il cervello, la mente e l'anima*, Mondadori, Milano, 1999
19. G *** N***, *Parafrasi italiana degli Aforismi di Ippocrate (con testo a fronte)* dai torchi di Luca Marotta, Strada S.Biagio dei libraj n.119, Napoli, 1823
20. M.Nicotera e C. Pellicanò, *La rottura del rapporto Corpo-Mondo nelle "istituzioni totali psichiatriche": Sindromi di Cotard e Cotard-simili*, Neopsichiatria, vol XXXVII, fasc.1
21. V. S. Ramachandran: *L'uomo che credeva di essere morto*, Mondadori, Milano, 2012
22. G. Rizzolatti., C. Sinigaglia. *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Cortina, Milano, 2006

23. M. Nicotera; *Psichiatria e Psicoanalisi: Amori e tradimenti*, Prospettive Psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, Vol. 13, n. 2, maggio-agosto 1995
24. R. Whitaker. *Indagine di un'epidemia: Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore, 2013
25. M. Nicotera. *Riflessioni sull'applicazione del VADO presso l'ex O.P. di Girifalco* in: PL. Morosini †, L. Magliano, L. Brambilla. *Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi (VADO)*. Manuale per la riabilitazione in Psichiatria. Ed. Erickson, 1998
26. M. Nicotera, M. Notarangelo, MR. Pellizzer, AG. Greco. *Il superamento di un Ospedale Psichiatrico (O.P. nel Meridione d'Italia: il caso Girifalco*. Progetto Nazionale Salute Mentale, Rapporti ISTISAN 00/12, Roma, 2000
27. M. Nicotera, AG. Greco, L. Caserta. *Valutazione dell'efficacia pratica dei programmi riabilitativi per gli ospiti di strutture residenziali*. . Progetto Nazionale Salute Mentale, Rapporti ISTISAN 01/27, Roma, 2001
28. R. Pioli, F. Soccia, M. Nicotera, B. Patrizi, M. Paniccia, S. Zangaro. *La gravità in Psichiatria: disabilità e correlati del bisogno di assistenza*. Psichiatria e Psicoterapia, vol XXV, Supplemento 1, n.1, 2006
29. F. Benedetti: *L'effetto placebo, breve viaggio tra mente e corpo*, Carrocci, Roma, 2009
30. F. Benedetti. *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012
31. P. Legrenzi e C. Umiltà. *Neuro-Mania*, Il Mulino, Bologna, 2009
32. A. Cocchi e A. Meneghelli. *Programma 2000: celebrating 10 years of an italian pilot programme on early intervention in psychosis*. *Aust N Z J Psychiatry*, 42 (12):1003-12
33. M. Nicotera. *Luci e Penombre nell'esperienza di Catanzaro*. Seminario su : *L'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi. Un approccio preventivo*, in Roma del 16 dicembre 2009, in corso di pubblicazione
34. M. Massimini e G. Tononi. *Nulla di più grande*, Baldini & Castoldi, Milano, 2013
35. E. Boncinelli . *Le Nuove frontiere della Neuroscienza*. Elzeviro del Corriere della Sera del 13 agosto 2013
36. (a cura di) Leuzinger-Bohleber e Target *I risultati della psicoanalisi*, Il Mulino, 2002
37. (a cura di) Dazzi, Lingiardi, Colli. *La ricerca in psicoterapia* (Cortina, 2006)
38. (a cura di) Gabbard *Psicoterapie*, (Cortina 2010)

39. Ablon, Levy, Kaechele *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* di (Human Press,2012)
 40. E. Boncinelli. *Quel che resta dell'anima*. Rizzoli, Milano, 2012
 41. V. Lingiardi- *Laicità e ricerca*- Nel contesto delle reazioni a "L'autismo dei lacaniani" pubblicato sulla rubrica Scienza e Filosofia del domenicale del Sole24Ore del 4 marzo 2012.
-

* Medico Chirurgo

Specialista in Neuropsichiatria – Specialista in Psicologia Clinica

Psicoterapeuta ad indirizzo psicoanalitico – Terapeuta familiare ad indirizzo relazionale

(già) Direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S. di Crotone

(già)Direttore del II Modulo Dipartimentale di Salute Mentale dell'A. S. P. di Catanzaro

Responsabile Scientifico dei "Centri Assisenziali " Mons. Oliveti" di Cotronei (Kr)

Cell. 348 3427743 - C.F. NCT MRA 41H18 C 352 S - e-mail nicotera.mario@tin.it; sito web: www.mario.nicotera.it