rivista della società italiana di psico - neuro - endocrino - immunologia diretta da Francesco Bottaccioli

PNEI NEWS

I NUOVI SAPERI DELLA SCIENZA E DELLA SALUTE

CURARE CON ARTE

Aumentare la capacità di cura con una nuova borsa degli strumenti e anche un nuovo dottore.

Rivista bimestrale - n. 6 - anno VII - Novembre Dicembre 2013

SOMMARIO

PNEINEWS - n° 6 Anno 2013 www.sipnei.it

EDITORIALE

3 TROPPE DIAGNOSI, TROPPI TRATTAMENTI, POCHE CURE — Francesco Bottaccioli

DOSSIER ARTE E SALUTE

4 MUSICA E CERVELLO
A colloquio con Stepan Koelsch, violinista e psicologo — Paola Emilia Cicerone
La musica è uno strumento prezioso per la ricerca sulla mente e per il nostro benessere. A dircelo è tra i più importanti studiosi in materia, docente di psicologia della musica alla Freie Universität di Berlino, dove partecipa al Centro interdisciplinare di ricerca sui linguaggi delle emozioni.

6 MUSICA ED EMOZIONI IN PROSPETTIVA PNEI — S. Colazzo, F. Bottaccioli
L'effetto terapeutico della musica sull'organismo non deriva da una relazione meccanica tra suono e sistemi biologici, ma dal fatto che la musica è suono organizzato, cioè una forma di comunicazione iscritta in un sistema culturale.

10 LA SCENA DELLA CURA INTEGRATA
TEATRO E SALUTE. ESPERIENZE E PROSPETTIVE — Alessandra Rossi Ghiglione
L'incontro tra il teatro sociale e la medicina ha riaperto lo spazio di una scena della cura integrata, in cui le differenze, pur mantenendosi, dialogano in un riconoscimento reciproco di necessità per prendersi cura dell'uomo, sia esso paziente, curante, cittadino.

12 LA SCIENZA DEL SORRISO
EVIDENZE, METODOLOGIE, PROSPETTIVE — Leonardo Spina
Negli ultimi decenni, la "terapia del ridere" si è diffusa in moltissimi ospedali, pediatrici e non, del mondo. Oggi è possibile affermare che si tratta di una disciplina autonoma, in grado di sostenere ricerche cliniche e sociologiche e di essere applicata in tutti i campi con importanti risultati.

14 IL DOTTOR SOLLETICO, LA DOTTORESSA BO E GIOVANNA — M. La Paglia
Il clown dottore utilizza strumenti che appartengono al mondo dell'arte e non della scienza, ma occorre aver presente che si usano per essere-in-relazione e il professionista deve conoscere il quadro teorico di riferimento mediante il quale spiegare il processo e la ratio del suo intervento.

DSM - V

16 IL DSM-5 PROMUOVE L'INFLAZIONE DIAGNOSTICA
IL LIBRO DENUNCIA DI ALLEN FRANCES
Lo psichiatra americano, che ha diretto la precedente edizione del DSM, stronca la nuova edizione accusandola di promuovere un eccesso di diagnosi etichettando come disturbi psichiatrici fenomeni normali. Un documento forte che è non solo un atto d'accusa, ma anche un "mea culpa".

18 UN PONTE VERSO NUOVI APPROCCI DIAGNOSTICI
CHE RISCHIA IL COLLASSO — M. Aragona
Negli ultimi trent'anni la diagnosi psichiatrica si è basata sul DSM e sui suoi aggiornamenti. Ma se le edizioni precedenti erano attese come l'arrivo delle novità di un sistema vincente, il lungo processo di revisione che ha portato al DSM-5 si è rilevato tortuoso e pieno di polemiche.

LIBRI

21 EPIGENETICA E PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA
LA RIVOLUZIONE IN CORSO NELLE SCIENZE DELLA VITA — Francesco Bottaccioli

SIPNEI NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE

22 LENTI, MA EFFICACI
LA SIPNEI IN SICILIA, CRONACA DI UNA CRESCITA — L. Bongiorno, L. Ferrante

PNEINEWS. Rivista bimestrale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia.

Direttore Responsabile
Francesco Bottaccioli - bottac@iol.it

Hanno collaborato a questo numero
Massimiliano Aragona, Laura Bongiorno, Francesco Bottaccioli, Paola Emilia Cicerone, Salvatore Colazzo, Letizia Ferrante, Massimiliano La Paglia, Alessandra Rossi Ghiglione, Leonardo Spina

Illustrazioni di copertina
Margherita Allegri - www.margheallegri.com

Impaginazione e grafica
Argento e China - www.argentoechina.it

Stampa
Fina Estampa - www.finaestampa.it

Registrazione
Autorizzazione del Tribunale Bologna n° 8038 del 11/02/2010

Redazione
Via Lancisi, 31 - 00161 Roma

ABBONAMENTO E INFORMAZIONI
Il costo dell'abbonamento per ricevere 6 numeri di PNEINEWS è di 25 euro, in formato elettronico (Pdf) 18 euro. Per i soci SIPNEI l'abbonamento in formato elettronico è compreso nella quota annuale. L'abbonamento cartaceo per i soci SIPNEI è scontato a 20 euro.
Il versamento va eseguito a favore di SIPNEI
Intesa San Paolo Ag. 16 viale Parioli 16/E
IBAN IT 90 B 03069 05077 100000000203
specificando la causale.

Per informazioni: segreteria.sipnei@gmail.com
Per le modalità di abbonamento visita www.sipnei.it

Troppe diagnosi, troppi trattamenti, poche cure

Francesco Bottaccioli - Fondatore e Presidente onorario SIPNEI

Stiamo vivendo una fase scientifica davvero contraddittoria. Da un lato, con l' Epigenetica e la Psiconeuroendocrinoimmunologia si aprono nuove strade che indicano una rivoluzione radicale nel nostro modo di concepire la vita e quella umana in particolare. Dall'altro lato, la struttura del sapere, che determina ricerca, formazione e assetto delle professioni sanitarie, resiste ostinatamente al cambiamento.

Gli effetti sono dolorosamente evidenti[1]: risultati scarsi, costi insostenibili, errori medici frequenti, scarsa soddisfazione di pazienti e medici, peggioramento delle disuguaglianze di fonte alla salute.

E ancora: il modello medico corrente ignora l'origine complessa delle malattie, medicalizza i fattori di rischio, rende malate persone asintomatiche facilitando così il trattamento con farmaci, decretando il fallimento della prevenzione e, al contempo, la supremazia delle terapie brevettabili, che cioè consentono un profitto. Al riguardo, ho sotto gli occhi l' ultimo allarme lanciato da Allen Frances sugli effetti devastanti della nuova edizione del DSM, il Manuale diagnostico della psichiatria, giunto alla quinta edizione. Come documentiamo in questo numero, la tendenza in atto all'eccesso di diagnosi di malattie psichiatriche , che il clinico statunitense, tra i massimi esperti in materia, chiama "inflazione diagnostica", porta con sé trattamenti psicofarmacologici immotivati e/o inappropriati che causano danni gravi alla salute di milioni di persone[2]. Ma anche i cardiologi e gli statistici oncologi denunciano la tendenza all'over-diagnosi.

I primi, su *The Lancet*[3], denunciano le nuove linee guida americane sul colesterolo che porterebbero a somministrare statine (i farmaci anticolesterolo al vertice delle vendite mondiali) immotivatamente a un adulto su tre, incrementando il rischio di diabete in chi assume questi farmaci. Mentre lo scontro sulle statine è in pieno svolgimento, con l'industria che ha messo in campo i suoi pezzi da novanta a difesa della gallina dalle uova d'oro, scoppia un altro scandalo: l'uso di supplementi di calcio, che sono stati rifilati a milioni di donne in menopausa e ad anziani (maschi e femmine) per combattere l'osteoporosi, non solo non servono a niente, ma anzi sono dannosi.

Un recente trial, su donne in post-menopausa con dislipidemia, ha documentato che l'uso dei supplementi di calcio peggiora la dislipidemia e aumenta l'aterosclerosi[4]

Gli oncologi dal canto loro, in una recente raccomandazione del working group del National Cancer Institute, affermano che in particolare lo screening per seno, prostata, tiroide e melanoma, può incrementare l'identificazione di tumori che sono "clinicamente insignificanti" con un incremento di un trattamento inappropriato[5].

Insomma, troppe diagnosi, troppi trattamenti farmacologici e scarsa capacità di cura.

Questa è la gabbia paradossale in cui l'obsoleto modello scientifico dominante, che nutre ed è nutrito dalla Big Pharma, costringe i cittadini e anche gli operatori sanitari e gli scienziati che amano il proprio lavoro e la propria indipendenza.

È una situazione davvero deprimente e, a un tempo, intollerabile, perché oggi abbiamo la scienza per imprimere un balzo in avanti alla capacità di prevenire e curare.

Una scienza che ci consente sempre più di dare fondamenta solide a pratiche e a terapie non farmacologiche, come quelle relative all'Arte di cui diamo un assaggio in questo numero, che potenziano le capacità del terapeuta, mettendolo in condizione di curare e non di trattare.

Per il prossimo anno auguro a tutti i lettori di essere ancora più forti nel perseguire una nuova scienza, una nuova borsa del dottore, un nuovo dottore.

1 Fani Marvasti F., Stafford R.S (2012) From sick care to health care--reengineering prevention into the U.S. system, *New Engl J Med 2012; 367(10):889-91*

2 Frances A. (2013) *Primo non curare chi è normale,* trad. it. Bollati Boringhieri, Torino; vedi anche le pp. 16-17 in questo numero

3 Ridker PM, Cook NR. (2013) Statins: new American guidelines for prevention of cardiovascular disease**,** *The Lancet Published online November 19, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62388-0*

4 Li S, et al. (2013) Long-term calcium supplementation may have adverse effects on serum cholesterol and carotid intima-media thickness in postmenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial *Am J Clin Nutr. 98(5):1353-9*

5 Esserman L.J., Thompson I.M., Reid B (2013) Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement**,** *JAMA* Aug 28;310(8):797-8.

Musica e cervello

A colloquio con Stepan Koelsch, violinista e psicologo

Paola Emilia Cicerone - Giornalista scientifica

La musica è uno strumento prezioso per la ricerca sulla mente e per il nostro benessere. A dircelo è tra i più importanti studiosi in materia, docente di psicologia della musica alla Freie Universität di Berlino, dove partecipa al Centro interdisciplinare di ricerca sui linguaggi delle emozioni.

L'interesse di Stefan Koelsch per lo studio delle relazioni tra musica e cervello è nato una quindicina di anni fa durante l'internato al Max Planck Institut per le neuroscienze cognitive, quando il giovane ricercatore-musicista propose agli psicolinguisti, con i quali stava lavorando, di adattare alla musica gli esperimenti cognitivi per i quali di solito si utilizza il linguaggio. Da allora Koelsch ha fatto molta strada, sempre più convinto che la musica rappresenti per la psicologia e le neuroscienze una risorsa preziosa: <<la musica è un meta sistema comunicativo complesso, che permette di studiare i processi cognitivi più vari, l'attenzione, la percezione le emozioni>>, spiega. <<E quindi è una strada maestra per comprenderli, e per individuare i meccanismi cerebrali su cui si basano>>. Forse ad attirare Koelsch è soprattutto il fatto che la psicologia della musica rappresenti una sfida: <<ci sono moltissimi fattori da prendere in considerazione>>, spiega << per esempio, quando un musicista esperto ascolta un brano musicale, ciò che avviene nel suo cervello è diverso da quello che succede nel cervello di un semplice ascoltatore>>. Sappiamo che i musicisti, che sentono eseguire un brano sullo strumento che suonano abitualmente, reagiscono con un'attivazione premotoria, e più in generale sappiamo che gli esperti colgono maggiori dettagli dell'esecuzione di un brano musicale, rispetto ai non esperti. <<Senza dimenticare che negli studi sulla musica è necessario prendere in considerazione svariati fattori culturali e soggettivi, come la provenienza geografica o la familiarità con un certo tipo di musica>>, aggiunge Koelsch. <<Tutto questo fa della psicologia della musica un settore fortemente interdisciplinare, in cui si affrontano problemi che i ricercatori normalmente non si pongono>>.

La musica è un potente strumento terapeutico anche se ancora non sappiamo bene come funzioni

Ma il dato più importante è che la musica ha un forte potere terapeutico, << anche se non è affatto semplice capire perché, in che modo riesca a generare emozioni così forti: è difficile dare una risposta definitiva con i metodi empirici che abbiamo oggi a disposizione, però sappiamo che ogni volta che ascoltiamo musica viviamo reazioni emotive forti, radicate nella nostra storia personale, e probabilmente anche in quella della nostra specie>>, spiega lo psicologo. Non a caso i bambini mostrano fin da piccolissimi reazioni emotive alla musica e alle voci. <<E sappiamo che la musica è in grado di attivare sistemi cerebrali specifici, pensiamo per esempio alle aree subcorticali che mettono in moto processi emotivi

collegati al rilassamento, ma anche al movimento, ancora prima che si attivi la corteccia cerebrale>> ricorda Koelsch. Mentre altri studi sottolineano l'importanza della musica nella stimolazione dell'ippocampo: <<Sappiamo che la musica ha una maggior capacità di attivazione di quest'area cerebrale rispetto ad altri tipi di stimoli>> spiega lo psicologo, <<E l'ippocampo ha un ruolo importante nel determinare le emozioni legate all'attaccamento e al legame sociale, ossia proprio quelle emozioni che rendono così importante la musica>>. E d'altronde, spiega il ricercatore <<non è banale che questa struttura cerebrale sia legata alla memoria: pensiamo all'importanza, per qualunque specie vivente, di memorizzare le fattezze dei propri piccoli per essere capace di riconoscerli in mezzo ad altri>>

La musica insomma si conferma come un elemento fondamentale per

la nostra vita: <<Ne abbiamo bisogno, è un'esigenza che deve essere soddisfatta>>, sottolinea Koelsch. <<pensare di fare a meno della musica è come pensare di rinunciare al linguaggio>>. E infatti, a livello psicologico anche la musica è un segnale comunicativo, legato alle esigenze fondamentali della nostra specie, come fare parte di un gruppo o entrare in relazione con gli altri. E non esiste una cultura umana che non abbia espresso una propria forma musicale>>.Ma esiste un concetto universale di musica? Siamo in grado di riconoscere come tali le musiche nate in paesi, o in tempi, lontani? Insomma, siamo tutti in grado di dire cosa sia "musica" e cosa un insieme casuale di suoni? A volte sembra difficile crederlo. <<Bisogna prima di tutto distinguere gli aspetti culturali da quelli emozionali>>, spiega Koelsch. <<E' uno dei temi su cui stiamo ancora lavorando, ma possiamo dire che ci sono differenze tra il riconoscere l'emozione trasmessa da una determinata musica, e il fatto di condividerla vivendola noi stessi>>. I suoi studi hanno evidenziato che alcune popolazioni del Camerun riescono a capire se una musica occidentale vuole trasmettere ansia o paura, anche se ascoltandola non provano queste emozioni . <<In genere>>, spiega lo psicologo, <<allegria e tristezza sono piuttosto universali, mentre in altre culture non si usa la musica per generare inquietudine, come avviene spesso da noi, pensiamo a tanti film dove li momenti dove la suspence si accentua o l'avvicinarsi di un pericolo vengono annunciati al pubblico proprio attraverso la musica. In Africa, per esempio, la musica viene vissuta in prevalenza come un'esperienza gioiosa>> .

Efficace nel ridurre ansia e dolore anche in chirurgia. Fondamentale per lo sviluppo dei bambini

D'altronde buona parte del lavoro di Koelsch riguarda le possibilità di sfruttare la musica per il benessere. <<Fare musica è un opportunità per migliorare la qualità della nostra vita>>, spiega lo psicologo, che si occupa soprattutto di depressione e malattie neurodegenerative, ma ha approfondito in termini generali, nel suo ultimo saggio, i vantaggi della musica a livello terapeutico, a partire dalle opportunità per costruire una relazione migliore con i pazienti: la musica, esemplifica lo psicologo, ci aiuta a entrare in contatto con i nostri simili, ma soprattutto ci induce ad interrogarci sul loro stato d'animo, a condividerlo e a comunicare, senza contare che eseguire un brano musicale impone di sviluppare le nostre abilità motorie e la capacità di coordinarci con gli altri esecutori con l'effetto finale di incrementare la coesione del gruppo. << La musicoterapia è utile in molti contesti, anche se ci sono tante applicazioni e tante scuole diverse che non è facile validarne l'efficacia>>, spiega Koelsch << Ma non credo che questo dipenda dalla scarsa efficacia delle terapia, quanto piuttosto dal fatto che molti terapeuti non hanno una formazione scientifica che li porta cercare conferme empiriche sull'efficacia del proprio lavoro>>. Alcuni dati però inducono a ben sperare: uno studio realizzato proprio da Koelsch mostra che pazienti che hanno avuto la possibilità di ascoltare musica prima, durante e subito dopo un intervento chirurgico in anestesia locale hanno avuto bisogno di minore sedazione. <<Ormai ci sono diversi studi che mostrano come la musica sia molto efficace nel ridurre l'ansia legata a procedure mediche, e abbastanza efficace nel ridurre il dolore>> conferma lo psicologo, << anche se è difficile valutare il peso della componente attentiva, ossia del fatto che l'ascolto della musica distragga i pazienti allontanando il loro pensiero dall'intervento o dal dolore>>.

STEFAN KOELSCH

Nato in Texas nel 1968, si è formato in Germania diplomandosi in violino, all'Università di Brema e laureandosi in psicologia e sociologia all'Università di Lipsia, dove nel 2000 ha conseguito il dottorato in psicologia e dal 2010 è docente di psicologia della musica nell'ambito del Progetto interdipartimentale su I linguaggi delle emozioni. In precedenza ha svolto attività di ricerca alla Harvard medical school e all'Università del Sussex . È autore di decine di studi sulla psicologia della musica, molti dei quali accessibili dal suo sito www.stefan-koelsch.de/. Nel 2006 ha curato (insieme a Giuliano Avanzini, Luisa Lopez e Maria Majno) *The Neurosciences and Music II: From Perception to Performance* (Annals of the New York Academy of Sciences), e nel 2012 ha pubblicato il saggio *Brain and Music* (Wyley Blackwell).

Ma per Koelsch l'importanza della musica va anche oltre i benefici terapeutici. Per questo non può trattenere dall'esprimere una critica nei confronti di paesi come l'Italia dove questa materia è tradizionalmente trascurata dalle istituzioni scolastiche <<E' certamente uno svantaggio>>, sottolinea <<Credo che per garantire ai bambini uno sviluppo equilibrato sia molto importante coinvolgerli fin da piccoli nello studio della musica, e non parlo necessariamente di musica classica. Proprio perché la musica agisce su fronti diversi studiarla assicura molti benefici: c'è una componente sociale, una componente percettiva, un potenziamento della creatività. Senza dimenticare che una lezione di musica aiuta ad allenare attenzione, apprendimento e memoria>>.

Ma l'effetto Mozart non c'entra niente

Niente a che vedere con l'effetto Mozart, l'ipotesi elaborata negli anni '90 dai fisici Gordon Shaw e Frances Rauscher - e mai confermata - secondo cui l'ascolto di determinati brani classici potenzierebbe le capacità intellettive dell'ascoltatore. Se la musica ha comunque effetti benefici, osserva Koelsh, lui stesso appassionato esecutore di musica classica ma estimatore anche del Jazz, ad assicurarsi i vantaggi più tangibili è chi non si limita ad ascoltarla ma impara a suonare uno strumento: << Sappiamo che i bambini che imparano a suonare corrono meno rischi di sviluppare disturbi dell'apprendimento: studi autorevoli mostrano che ci sono degli effetti sui meccanismi percettivi del cervello>> sottolinea lo psicologo. Per questo, conclude, << investire nell'insegnamento della musica è un vantaggio a lungo termine che potrebbe ripagarsi in molti modi diversi. Un esempio tra tanti, e non marginale: pensiamo a quanto la conoscenza della musica può migliorare la qualità della vita di un malato di Alzheimer. Chi da bambino ha studiato musica, anche se non l'ha praticata per decenni, in genere è in grado di recuperarla, anche se affetto da demenza, e può sfruttarla come un importante strumento di relazione con familiari e terapeuti, in alcuni casi perfino apprendere nuovi brani. Con tutti i benefici che possono derivarne>>

Musica ed emozioni in prospettiva PNEI[1]

Salvatore Colazzo - Preside della Facoltà Scienze della Formazione, Scienze Politiche e Sociali, Università del Salento, Lecce
Francesco Bottaccioli - Docente di PNEI nella Formazione universitaria post-laurea

L'effetto terapeutico della musica sull'organismo non deriva da una relazione meccanica tra suono e sistemi biologici, ma dal fatto che la musica è suono organizzato, cioè una forma di comunicazione iscritta in un sistema culturale. Quando parliamo del potere terapeutico della musica non possiamo di certo far leva sugli abusati studi sul cosiddetto "effetto Mozart" che, somministrato alle mucche, ne fa aumentare la produzione di latte. Ci serve un modello più complesso, quello PNEI.

Il legame tra musica ed emozioni è stato ampiamente tematizzato nell'ambito della cultura occidentale. Tale legame ha suggerito il suo uso quale modulatore della vita emotiva. Fondamentale diventa capire il meccanismo di funzionamento della relazione musica-soggetto per poterla realmente utilizzare a scopi terapeutici. Probabilmente non è sufficiente un'affermazione del tipo di quella offerta da Steven Pinker, che ha qualificato la musica come "un cocktail di elementi ricreativi che ingeriamo attraverso l'orecchio per stimolare simultaneamente una massa di circuiti del piacere" (Pinker 1997, p. 534). Deriva da spiegazioni fondamentalmente riduzioniste dei dati provenienti dalle neuroscienze, che invece, laddove iscritti in una teoria ispirata al paradigma della complessità, potrebbero trovare una sistemazione più articolata e probabilmente più soddisfacente.

Il ricorso alle spiegazioni proposte dalla psiconeuroendocrinoimmunologia ci pare invece particolarmente utile per cominciare ad approcciare scientificamente la musicoterapia. Esse infatti ci paiono all'altezza della necessità di dar conto della complessa sinergia tra sistemi culturali umani e substrato biologico, da cui essi emergono, pervenendo ad una relativa autonomia, con possibilità di retroazioni importanti.

La spiegazione (riduzionista) di Pinker è sorprendentemente assonante con quella di un medico degli inizi del XVIII secolo, Adam Brendel, il quale pretendeva che la fisica e la biologia fossero sufficienti a spiegare gli effetti della musica sull'uomo. La musica è poco più - egli diceva - di un titillamento del cervello. Le vibrazioni sonore, infatti, per il tramite dell'orecchio, attraverso il nervo acustico, producono, per azione fisica, "nella mente varie sensazioni sia gradevoli che sgradevoli". Queste sensazioni sono strettamente riconducibili alle caratteristiche materiali degli stimoli, poiché è legge di natura che "suscitati certi moti nel corpo, la mente produce in sé sicuri pensieri" (Brendel 1706, citato in Di Mitri 2002, pp. 179-180).

Philipp Ball (2011), Oliver Sacks (2008) giustamente si chiedono se sia accettabile paragonare "la *Messa in si minore* di Bach alle pasticche di ecstasy della club culture" (Ball 2011, p. 17) e se non sia invece più proficuo ragionare sul fatto che "noi esseri umani, come specie, siamo creature musicali non meno che linguistiche" (Sacks 2008, p. 15).

"Siamo tutti in grado (con pochissime eccezioni) di percepire la musica; l'altezza delle note, il timbro, l'ampiezza degli intervalli, i contorni melodici, l'armonia e (forse nel modo più primordiale) il ritmo. Noi integriamo tutto questo e "costruiamo" mentalmente la musica servendoci di molte parti diverse del cervello. A questo apprezzamento strutturale, in larga misura inconscio, si aggiunge poi una reazione emozionale spesso intensa e profonda. […Si aggiunga che] l'ascolto della musica è un'esperienza non solo uditiva ed emozionale, ma anche motoria. Come scrisse Nietzsche, quando ascoltiamo la musica "ascoltiamo con tutti i muscoli" (Sacks, ibidem).

Il problema dunque è quello di spiegare la musicalità dell'uomo, al fine di riuscire a tener in adeguato conto la straordinaria importanza che tutte le culture umane hanno assegnato alla musica, attribuendole spesso significati cosmogonici, che è come dire considerare la musica come un'esperienza fondativa, irrinunciabile, densa di senso per la quale l'uomo è ciò che è. (Cfr. Blacking 1986).

La musica è un'eccezionale "palestra per la mente", poiché essa richiede la partecipazione per essere compresa e fatta di un numero eccezionalmente alto di aree del cervello, che lavorano in contemporanea. Ciò significa che la musica svolge un potente effetto integratore, con possibili positivi riverberi nel più complessivo funzionamento della mente (cfr. Ball 2011, p. 22). La musicalità è praticamente innata e, ove sostenuta dall'ambiente, mediante la pratica musicale propria d'una data cultura, può svilupparsi in competenza musicale, cioè in capacità di produrre senso attraverso l'ascolto e la produzione dei suoni (Stefani 1983).

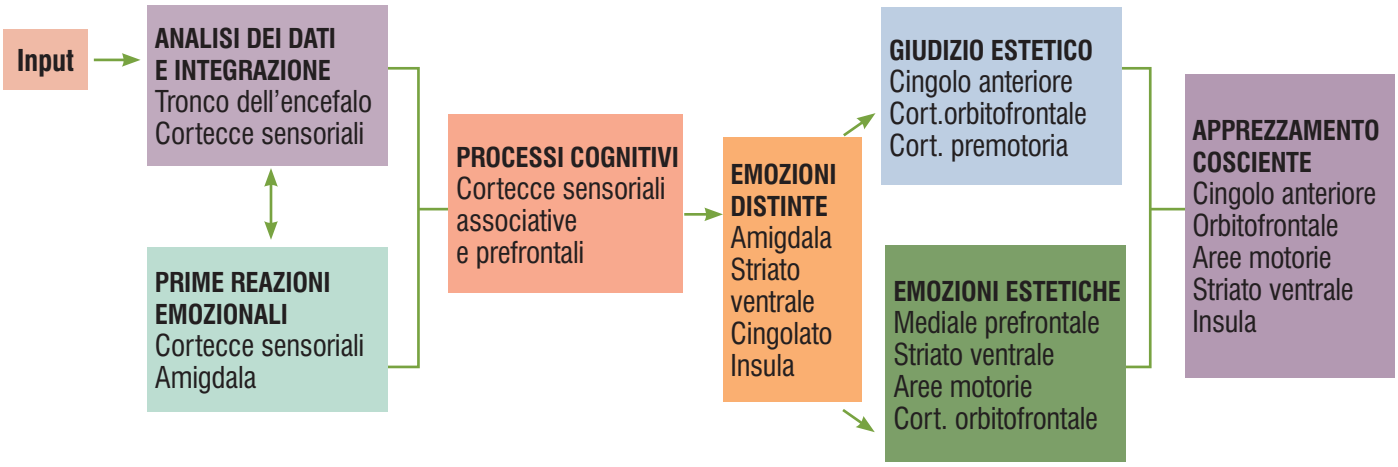
Almeno questo portano ad affermare gli studi compiuti sui neonati. Secondo queste ricerche, già in periodo fetale il bambino mostra una capacità di percezione e analisi dei suoni, recandone il ricordo dopo la nascita.

La musica come psicotecnica antica

La musica si rivela in grado di stimolare molto finemente la produzione di neuropetidi: da ciò probabilmente la sensazione che si ha quando si sia immersi in un ascolto musicale di essere avviluppati in un ambiente sonoro. La musica è la prima forma di "realtà virtuale" a cui l'uomo ha dato vita, ricavando dall'interazione con essa la possibilità di produrre

1 Pubblichiamo una parte di un più ampio saggio che gli Autori hanno scritto per ***Pnei Review*** che lo pubblicherà nella monografia dedicata al cervello, la cui uscita è prevista nell'autunno 2014

IL VIAGGIO DELLA MUSICA DENTRO IL CERVELLO



(Modificata da) Brattico E, Bogert B, Jacobsen T. (2013) Toward a neural chronometry for the aesthetic experience of music, Frontiers in Psychology 4: 206. doi:10.3389

degli stati emotivi "ad arte". Dal punto di vista dello sviluppo dell'uomo è stata fondamentale, poiché gli ha dato la possibilità:

a) di pensare di poter progettare un mondo (modificando quello in cui si svolgono quotidianamente le sue azioni) in cui trovarsi a proprio agio, un mondo quindi non solo da subire, ma da costruire a misura dei suoi bisogni di benessere;

b) di ritenere possibile accedere, attraverso opportuni strumenti e tecniche, al proprio corpo, apprendendo risposte emotive in grado di migliorare l'efficacia della interazione dell'organismo col mondo. Da questo punto di vista, la musica è la prima psicotecnica a cui l'uomo abbia pensato.

La funzione del "fare comunità" della musica non appare trascurabile: probabilmente attraverso la musica l'uomo ha rafforzato la sua natura sociale, controllando l'aggressività interindividuale, attraverso un abbassamento dello stress, alla maniera di quello che avviene per i bonobo che usano con medesima funzione il sesso.

I popoli antichi avevano fatto una rigorosa tassonomia degli effetti psicoattivi di una pluralità di modi musicali: vi era una melodia per ogni situazione, c'era musica idonea a indurre fierezza e coraggio piuttosto che mollezza o eccitazione dei sensi. La musica quindi ha come bersaglio privilegiato il cervello: vediamo meglio questo rapporto.

Musica e cervello

I più recenti studi di neuroscienza della musica hanno indagato la relazione musica cervello sia dal lato delle molecole nervose prodotte sia da quello delle aree cerebrali coinvolte. Le molecole sono quelle tipiche dei circuiti del piacere e della socialità: Dopamina, Beta-endorfina e in generale oppiodi endogeni, Ossitocina (Chanda and Levitin 2013). Se poi si va studiare, con la PET e con la Risonanza Magnetica Funzionale le aree cerebrali coinvolte (come ha fatto Koelsch 2010, vedi anche la sua intervista in questo numero), troviamo un incremento del segnale, che indica un aumento di attività, nel cosiddetto reward system o circuito del piacere (Corteccia orbitofrontale, Area del tegmento ventrale, Insula, Nucleo accumbens) e una riduzione nei circuiti dello stress (Amigdala in particolare). Ma, come sappiamo, la musica può indurre diversi stati d'animo: serenità, eccitazione piacevole, ansia e perfino angoscia. Ovviamente qui è fondamentale la struttura della musica, il tempo, il ritmo musicale, gli strumenti adoperati e anche il contesto, se è solo uditivo o se è anche visivo, come nel caso di un concerto o di un'opera lirica. Grande è quindi la variabilità che dipende anche dalle caratteristiche individuali, emozionali, cognitive e di competenza dell'ascoltatore. C'è un'estetica della musica che non può essere sottovalutata se si vuol comprendere l'impatto della musica sugli esseri umani (Brattico et al 2013) che, con tutto il rispetto per loro, non sono mucche da latte.

L'immagine sopra mostra il percorso che l'evento musicale segue dentro il nostro cervello. O, meglio, può seguire, perché alcuni passaggi estetici (quelli con le linee tratteggiate) dipendono appunto dal livello delle capacità culturali e tecniche di cui dispone il singolo.

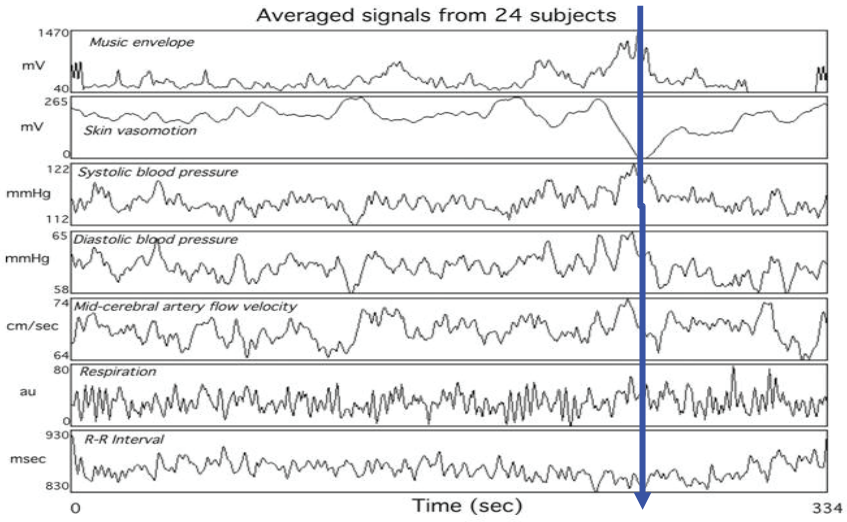
Dal primissimo impatto del suono sulle cortecce sensoriali e sull'amigdala, che l'analisi dei Potenziali Evento Correlati (ERP) ci dice che avviene nel giro di una manciata di millisecondi (10-20), si passa a stadi più elaborativi (300 millisecondi e oltre), che fanno emergere emozioni distinte e giudizi estetici, di profondità variabile, che coinvolgono sia le aree emotive sia quelle cognitive sia quelle motorie. È tutto l'organismo ad essere coinvolto: una musica coinvolgente non solo ci riempie d'emozione, ma non ci fa star fermi, come è esperienza comune.

Il fisiologo cardiovascolare Luciano Bernardi (2009) dell'Università di Pavia, con una serie davvero elegante di esperimenti, ha indagato l'impatto che strutture musicali diverse hanno sul cervello, sul neurovegetativo, sul cuore e sul respiro. Come era prevedibile, musiche diverse producono effetti diversi. Se si ascolta il "Nessun dorma" del Turandot di Puccini l'impatto sulla frequenza cardiaca, sul respiro, sul calibro dei vasi periferici, sulla pressione e sul flusso arterioso cerebrale è nettamente diverso da quello prodotto dall'ascolto della Nona di Beethoven o di una "Cantata" di Bach. Nel caso del *Nessun dorma* abbiamo un incremento della Frequenza cardiaca, che diventa tachicardia, della pressione arteriosa, che ha picchi ipertensivi, dei vasi che si costringono, del flusso nell'arteria

cerebrale media che incrementa sensibilmente, così come della frequenza del respiro. Ma l'aspetto più interessante di queste ricerche è visibile da una delle figure del lavoro di Bernardi (qui riprodotta), che dimostra una sincronizzazione notevole tra il ritmo della musica e tutte le altre variabili. Fenomeno che, pur con alcune differenze, si registra anche nelle persone esperte di musica.

Di qui la conclusione del fisiologo pavese: l'esperienza della musica è in primo luogo subcosciente, va ad attivare strutture cerebrali profonde, quelle collocate nel tronco dell'encefalo che governano il neurovegetativo. Il ritmo musicale traina il neurovegetativo e ne modula l'attività, prima e indipendentemente dalla percezione cosciente. Sotto questo profilo è un fenomeno universale, che riguarda tutti.

Questo approccio che, se preso rigidamente, potrebbe condurci ad una visione riduzionista, come quella avanzata da alcuni fisici che hanno proposto un supposto positivo "effetto Mozart" sull'intelligenza delle persone che ascoltano passivamente la musica, in realtà ci pare che non escluda una visione complessa delle relazioni musica-emozioni-cultura-cervello. In quanto i fenomeni segnalati da Bernardi possono costituire una base biologica, evolutivamente inscritta nei nostri circuiti cerebrali come risposta all'ambiente, di attaccamento o di allarme, che poi viene lavorata ed elaborata dalla cultura socialmente e individualmente determinata. Insomma, la musica influenza il cervello di tutti gli umani, se pur con una notevole variabilità individuale.



Bernardi L et al. Circulation 2009;119:3171-3180

American Heart Association

Dati medi ottenuti da 24 soggetti sottoposti all'ascolto di "Nessun dorma" dalla Turandot di Giacomo Puccini. In alto è indicata la struttura musicale dell'aria che ha tre picchi di intensità che trainano, sincronizzandole, le funzioni vasomotorie, pressorie, di flusso cerebrale, respiratorie e di frequenza cardiaca. La linea verticale, non presente nella figura originale, vuole marcare la perfetta sincronia tra struttura musicale e parametri fisiologici indotti dal cervello tramite il neurovegetativo.

Legenda dall'alto in basso: struttura musicale; stato vasomotorio cutaneo; pressione sistolica; pressione diastolica; velocità del flusso dell'arteria cerebrale media; respirazione; R-R intervallo

Musica e immunità

Abbiamo alcuni studi, pur preliminari e bisognosi di replicazione con più elevati standard metodologici, realizzati su pazienti, in condizioni di particolare sofferenza, e anche su persone in buona salute, dimostrano significative modificazioni di alcuni parametri immunitari indotte dall'ascolto di una musica rilassante. Pazienti in condizioni critiche, che hanno ascoltato musica rilassante, hanno mostrato una diminuzione di IL-6 e un incremento di GH, l' ormone della crescita (Conrad et al. 2007). Lo stesso fenomeno si è riscontrato in soggetti sani. Altri lavori hanno indagato sempre in pazienti e in soggetti sani, il livello della concentrazione salivare di immunoglobulina A solubile (sIgA), fondamentale anticorpo di prima linea estremamente sensibile allo stress. Questa indagine è stata fatta anche su coristi e quindi su persone che non ascoltano passivamente musica ma che la eseguono. La sIgA incrementa nell'ascolto passivo, ma aumenta molto di più nella partecipazione alla performance musicale (Beck et al 2000)

L'aiuto terapeutico che la musica può fornire

Alcuni lavori dimostrano che la musica e le attività realizzate in prima persona come cantare in coro o danzare in gruppo possono essere applicate, con risultati interessanti, in condizioni di chirurgia e anche inserite nel trattamento standard di patologie croniche come ad esempio le neurodegenerative.

Ma c'è un aspetto più di fondo che vogliamo segnale ricorrendo alla distinzione (Carli, Grasso e Paniccia 2007) tra "agito emozionale", inteso come comportamento derivante dall'attivazione dell'amigdala non mediato dall'elaborazione a livello di ippocampo e corteccia, e "pensiero emozionato", inteso come comportamento derivato da emozioni elaborate a livello cognitivo.

I correlati neuroendocrinologici dei due stati emotivi sono evidentemente molto differenti, con due stati psicologici anch'essi molto differenti, di spaesamento il primo, di dominio di sé il secondo.

In presenza di traumi, il passaggio dall'agito emozionale al pensiero emozionato è reso difficile, tuttavia esistono psicotecniche (la musicoterapia potrebbe aspirare ad essere una di queste), che consentono di transitare da una logica del puro agito emozionale a quella del pensiero emozionato.

La cosa interessante è che il suono costituisce una chiave di accesso fondamentale alla possibilità di agire sulle emozioni e farle evolvere. Tale caratteristica è peraltro tranquillamente riconosciuta da alcuni psicoterapeuti, come ad esempio Mancia.

La psicoterapia è un'attività compiuta da una figura (il terapeuta) che, lasciandosi guidare dalla musica delle parole, per come gliele restituisce il cliente, coglie la radice del trauma, il punto in cui l'esperienza corporea e mentale risultano disconnesse. Egli progressivamente, accordando il suo orecchio al suono delle parole, riesce, ricorrendo alle giuste parole (e sono giuste anche e soprattutto sonoramente), ad aiutare il cliente ad allineare memoria implicita e pensieri espliciti, portandolo a recuperare l'iniziale scissione tra

situazione emozionale e situazione cognitiva, in modo che il sistema delle comunicazioni intracorporee acquisti un nuovo equilibrio, più consono all'interazione produttiva con l'ambiente (Mancia 2004). La dimensione musicale del linguaggio verbale è via di accesso alle strutture inconsce profonde del paziente, alla sua memoria implicita (ossia ai meccanismi di difesa più radicati), quando in essa siano iscritti traumi, che l'ascolto empatico del terapeuta può aiutare a risolvere.

In un tale schema, viene abbastanza spontaneo pensare che la musica potrebbe entrare facilmente a svolgere un ruolo di recupero della memoria inconscia e di ricomposizione delle fratture soggettive.

Per concludere

Siamo nelle condizione di trarre qualche (provvisoria) conclusione. Per musicoterapia intendiamo un intervento che utilizza il suono, la musica e il movimento per favorire il dialogo intrapersonale ed interpersonale, agevolare processi di socializzazione, aiutare a gestire le emozioni, sviluppare le capacità immaginative di soggetti in situazione di disagio o anche solo alla ricerca di un incremento di benessere, vitalità e creatività. La musica è nelle condizioni di incidere, in maniera sperimentalmente misurabile, a livello psico-fisico, in ordine alle modificazioni, più o meno durevoli, che è in grado di causare nel network dei sistemi che costituisce il corpo umano, quindi essa ha sicuramente effetti di tipo neurologico, immunologico e mentale.

L'effetto terapeutico della musica sull'organismo non deriva, a nostro parere, da una relazione meccanica che possa istituirsi tra suono e sistemi biologici, ma dal fatto che la musica è *suono organizzato*, cioè una forma di comunicazione iscritta in un sistema culturale. Quando parliamo del potere terapeutico della musica non possiamo di certo far leva sugli abusati studi sul cosiddetto "effetto Mozart", la cui musica, somministrata alle mucche, ne fa aumentare la produzione di latte o, somministrata agli umani, ne aumenta l'intelligenza.

Ci serve un modello più complesso, che è quello proposto dalla PNEI.

BIBLIOGRAFIA

Beck R.J. et al (2000) Choral singing, performance perception, and immune system change in immunoglobulin A and cortisol, *Music Percept. 18; 87-106*

Bernardi L. et al. (2009) Dynamic interactions between musical, cardiovascular, and cerebral rhythms in humans, *Circulation 119(25):3171-80*

Blacking J. (1973), *How musica is man?*, University Press of Washington Press, Seattle-London, trad. it. *Com'è musicale l'uomo?*, "Le Sfere", Unicopli-Ricordi, Milano, 1976.

Brattico E, Bogert B, Jacobsen T. (2013) Toward a neural chronometry for the aesthetic experience of music, *Frontiers in Psychology 4: 206. doi:10.3389*

Carli R., Grasso M., Paniccia R.M. (2007), *La formazione alla psicologia clinica, Pensare emozioni,* Franco Angeli, Milano

Chanda ML, Levitin DJ. (2013) The neurochemistry of music, *Trends in Cognitive Neuroscience 17: 179-193*

Conrad C. et al. (2007) Overture for growth hormone: requiem for interleukin-6? *Crit. Car. Med. 35; 279-2713*

Di Mitri G.L. (2002), *Harold Vallerius e i primordi dell'antropologia musicale in Europa, in* Agamennone M., Di Mitri G.L., *L'eredità di Diego Carpitella,* Besa, Nardò, pp. 165-185

Mancia M. (2004), *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert,* Bollati Boringhieri, Torino.

Pinker S. (1997), *How the Mind Works*, WW. Norton & Company Inc., New York, 1997, trad. it. *Come funziona la mente,* Mondadori, Milano 2000.

Koelsch S. (2010) Towards a neural basis of music-evoked emotions, *Trends in Cognitive Neuroscience 14.131-137*

Sacks O. (2208), *Musicophilia. Tales of Music and the Brain*, First Vintage Books, Uk, 2008, trad. it. *Musicofilia. Racconti sulla musica e il cervello,* Adelphi, Milano

Stefani G., *Competenza musicale,* Clueb, Bologna, 1983.

La scena della cura integrata
Teatro e salute. Esperienze e prospettive

Alessandra Rossi Ghiglione - Drammaturga, regista, esperta di teatro sociale, Torino

L'incontro tra il teatro sociale e la medicina ha riaperto lo spazio di una scena della cura integrata, in cui le differenze, pur mantenendosi, dialogano in un riconoscimento reciproco di necessità per prendersi cura dell'uomo, sia esso paziente, curante, cittadino.

Nel mondo antico la scena della cura era una scena integrata: medicina, spiritualità, rito costituivano un sapere unitario. Secondo una visione olistica l'uomo era ritenuto un essere intessuto di materia, mente e spirito; egli era partecipe della natura e connesso fortemente con la divinità, che si manifestava in lui e nell'universo. Le pratiche di salute si occupavano dunque della *salus*, ovvero della salvezza tutta dell'uomo.
E tutte le pratiche erano ritenute pertinenti alla ricerca di questa salute. Tra queste anche l'arte teatrale. In epoca greca, infatti, il medico Ippocrate inviava i suoi pazienti sull'isola di Kos a curarsi anche con la visione di tragedie e commedie.
Oggi il teatro si riaffaccia sulla scena della cura in modo nuovo. Non si tratta tanto di un 'teatro da vedere', ma quanto di un 'teatro da fare' e da fare al di fuori di un'ottica strettamente terapeutica, così come avviene invece nella tradizione psicodrammatica. Pur nella diversità dei linguaggi e delle poetiche, si è affermata negli ultimi dieci-quindici anni una forma teatrale che prende il nome di Teatro Sociale e di Comunità[1] e che si rivolge all'uomo nella sua dimensione di gruppo e di comunità secondo una prospettiva andragogica; essa è intenzionalmente orientata al benessere delle persone secondo una metodologia innovativa che coniuga competenze artistiche e psicosociali, promuovendo la crescita e il cambiamento della singola persona - nel suo rapporto mente-corpo-emozioni- e della comunità, nella sua dimensione umana, sociale e culturale. L'incontro tra questo teatro e la medicina ha riaperto lo spazio di una scena della cura integrata, in cui le differenze pur mantenendosi dialogano in un riconoscimento reciproco di necessità per prendersi cura dell'uomo, sia esso paziente, curante, cittadino. In tutte queste esperienze la persona e il gruppo sono al centro della scena e la abitano esplorando creativamente l'identità e la relazione intrapersonale e interpersonale attraverso allenamenti corporei (training), narrazioni, creazioni con oggetti e materiali, costruzione di azioni e situazioni teatrali, lavoro a partire da miti, testi, memorie. Al termine di questi percorsi creativi, che hanno spesso la forma del laboratorio teatrale, viene creato uno spettacolo in cui i partecipanti -in modo diretto o attraverso la mediazioni di attori- rappresentano per una comunità appositamente convocata una performance che coniuga elementi di spettacolo frontale e sempre più spesso elementi festivi e rituali di teatro partecipativo.

I luoghi del nuovo teatro

Carceri, sert, comunità psichiatriche, comunità educative, centri per persone disabili, centri di aggregazione giovanile, gruppi etnici, territori segnati dalla crisi[2] ma anche ospedali, hospice, rsa, organizzazioni sanitarie locali e internazionali che si occupano di prevenzione, promozione della salute e supporto psicosociale: sono questi i luoghi del nuovo teatro.
In scena non solo cittadini e pazienti ma anche operatori, professionisti, studenti, caregiver che vi accedono attraverso attività di formazione di base e permanente.[3] All'ospedale San Giovanni Bosco di Torino lo staff del reparto di Terapia Intensiva sotto la direzione del prof. Sergio Livigni[4] da diversi anni si forma attraverso il teatro, così come un intenso processo di rigenerazione teatrale è stato attivato, sempre a Torino, dall'ospedale oncologico San Giovanni Antica Sede[5]. In questo orizzonte il teatro si va a collocare tra arte e cultura, salute e welfare e ritrova la sua vocazione antropologica originaria di forma culturale che coniuga e promuove dinamiche di espressione, comunicazione, partecipazione e favorisce processi di salutogenesi personale e collettiva.

Ma cos'è teatro? E come funziona da un punto di vista delle trasformazioni che produce nella dimensione neurobiologica, sociale e culturale? Che cosa ne fa una condizione efficace nel favorire e promuovere processi di cura e autoguarigione individuale e comunitaria?

A queste domande intende rispondere la ricerca su Teatro e Salute avviata da alcuni anni dal Master in Teatro Sociale e di Comunità[6] in collaborazione con la Facoltà di Medicina, Corso di Laurea in Infermieristica e

1 C. Bernardi, *Il Teatro Sociale, Carocci, 2004;* A. Pontremoli, *Teorie e tecniche del teatro educativo e sociale,* Utet, 2007 ; A. Pagliarino, A. Rossi Ghiglione, *Fare Teatro Sociale*, Dino Audino, 2011; A. Rossi Ghiglione, *Teatro Sociale e di Comunità,* Dino Audino, 2013.

2 Vedi il progetto *Caravan Artist on the road vincitore primo classificato del bando cultura dell'Unione Europea 2011, www.projectcaravan.eu*

3 Rossiter K, Kontos P, Colantonio A, Gilbert J, Gray J, Keighytley M., *Staging data: Theatre as a tool for analysis and knowledge transfer in health research*, Social Science & Medicine, 2008, 66, pp.130-146

4 Vedi la puntata di *Report dedicata al reparto e al prof. Livigni.*

5 A. Rossi Ghiglione, *Teatro e salute,* Ananke, 2011.

6 www.teatrosocialedicomunita.unit.it

Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino. Aumenti di consapevolezza e mindfulness, di responsività e responsabilità sociale, di creatività e problem solving, di fiducia e proattività sono ciò che nel corso di questo decennio è stato possibile osservare nei progetti monitorati dal Master TSC e che sono stati per la prima volta presentati nell'ambito del primo Forum di Teatro Salute e Benessere[7], promosso da Università di Torino, Dors e Asl Cuneo 1. Il Forum ha indagato con il contributo di studiosi, artisti, operatori della sanità, associazioni e cittadini il legame tra pratiche teatrali, salute e welfare attraverso convegni, laboratori, performance e ha presentato anche i primi studi scientifici di valutazione di progetti teatrali con anziani e studenti infermieri.

Nel caso degli anziani di una casa di riposo pubblica, l'attività teatrale ha prodotto il mantenimento delle facoltà affettive/sociali e cognitive su un arco temporale che avrebbe previsto il loro naturale deperimento8, mentre negli studenti infermieri9 un aumento significativo di consapevolezza delle competenze relazionali e comunicative messe in atto nella relazione di cura. Analoghi studi sono in corso sull'impatto del teatro nella prevenzione di comportamenti discriminatori tra gli operatori sanitari10. Il progetto interdisciplinare di ricerca scientifica Co-health (2013-2015), sostenuto da Fondazione Cassa di Risparmio di Torino, porterà elementi ulteriori di valutazione scientifica dell'efficacia del teatro nel promuovere salute mettendo sotto osservazione le trasformazioni delle competenze acquisite a breve e medio termine da infermieri e medici attraverso la partecipazione a percorsi di formazione teatrale-definiti metodologicamente secondo i principi del Teatro Sociale e di Comunità; la valutazione verrà svolta secondo un approccio pluridisciplinare- dalle metodologie statistiche proprie degli studi di sanità pubblica, all'antropologia, alle neuroscienze.

Il teatro e l'arte della vita

Comprendere perché il teatro funziona nel fare salute significa innanzitutto comprendere meglio come funziona il teatro. Il teatro è la forma culturale e artistica prodotta dall'uomo che più si avvicina alla vita: in teatro l'uomo ritrova e utilizza gli stessi linguaggi che usa per vivere. Il linguaggio teatrale si differenzia dal linguaggio della vita solo per processi di intensificazione del tempo e di riduzione dello spazio. Nella sua matrice originaria antropologica, che unisce dimensione rituale, ludica e simbolica, il teatro è costituito da un dispositivo culturale molto complesso che mette in movimento molti livelli dell'umano e tra loro li pone in connessione dinamica. Nel processo creativo teatrale, che coniuga espressione e comunicazione, hanno luogo trasformazioni che investono la totalità dell'uomo e che appaiono particolarmente potenti per gli elementi di profondità e di durata che producono.

Se gli studi teatrali si sono già confrontati con le neuroscienze per alcuni aspetti della teatralità11, un ampio campo di indagine si apre alle neuroscienze per capire il funzionamento e le potenzialità di salute del teatro considerando la dimensione del lavoro dell'attore e della creazione scenica. In un'attività teatrale agita si mettono in movimento molti livelli: il corpo (respiro, muscolatura, struttura, movimento), relazioni (intrapersonale, interpersonale, comunitaria), azioni (ruoli, gioco delle parti, conflitti, accadimenti), parole (mito, dialogo, racconto, memoria), materie (spazi, oggetti, forme, colori, luci), rito (regole e forme che consentono di fare esperienze di memoria, di appartenenza e di trasformazione), gioco (creatività, dimensione ludica, gratuità), rappresentazioni (simbolo).

Tutti questi livelli fanno del teatro un luogo privilegiato dove sperimentare in modo autentico ma insieme protetto la dimensione integrata della vita e dove con l'arte concorre, come insegnava Brecht, "all'arte più grande di tutte, quella di vivere".

7 Per info vedi www.dors.it

8Lo studio di Patrizia Massariello è disponibile presso il Master TSC dell'Università di Torino

9Vedi i saggi di Altini, Dimonte, Nicotera e di Borracino, Nicotera in Rossi Ghiglione, *Teatro e salute.*

10 Progetto "Come m i senti? Il teatro nella cura delle discriminazioni", primo classificato del FSE 2012. Info su www.teatrosocialedicomunit.unito.it

11 Falletti C., Sofia G. (a cura di), *Prospettive su teatro e neuroscienze,* Bulzoni, 2008

La scienza del sorriso
Evidenze, metodologie, prospettive

Leonardo Spina - Gelotologo, APS Istituto Homo Ridens, APS Federazione Internazionale! Ridere per Vivere!

Negli ultimi decenni, la "terapia del ridere" si è diffusa in moltissimi ospedali, pediatrici e non, del mondo. Oggi è possibile affermare che si tratta di una disciplina autonoma, in grado di sostenere ricerche cliniche e sociologiche e di essere applicata in tutti i campi del disagio sociosanitario ed educativo con importanti risultati.

I primi passi della comicoterapia[1], in Italia, risalgono ai nostri laboratori del 1990.

Dopo 23 anni, alla famosa la domanda di D. Felten " *...se emozioni negative, attraverso complessi meccanismi neuro-endocrino immunitari, possono far ammalare, può la gioia ed emozioni positive aiutare i pazienti ad uscire dalle malattie ? "*, oggi possiamo rispondere affermativamente !

Siamo in un'epoca di cambiamenti radicali di prospettiva.

Uno di questi cambiamenti attiene al fatto che gli operatori della salute debbono oggi lavorare non solo per contrastare le malattie ed i sintomi di esse, ma anche per rafforzare i meccanismi di autoguarigione, dare senso e valore alla vita delle persone coinvolte, in modo da poter meglio fronteggiare i problemi. Allargare la sfera della salute significa, infatti, diminuire quella della malattia.

Oggi questa semplice intuizione –provata da molte ricerche- ha aperto la porta della sanità alla gelotologia ed all' arteterapia.

La risata è un fenomeno ambivalente , ambiguo, difficile da gestire.

A noi interessa quella positiva, "la bella risata", semplice, idiota, corporea... il riso dei bambini[2], quello di gioia. È molto importante perché apre la mente, offre emozioni di piacere, rimette in moto fisiologia, accresce l'immunità, accende l'energia vitale, costruisce rapporti migliori.

Una panacea? Concettualmente sì .

Eppure "somministrarla" non è così semplice come sembra.

Occorre una preparazione specifica ed un forte retroterra culturale; occorre far dialogare scienza ed arte, "testa" e "cuore" poiché introdurre uno strumento così caratterizzato nei luoghi dove si soffre non è semplice.

Occorre una metodologia di base che coinvolga tutte le componenti dell'essere umano: la mente, le emozioni, lo spirito, il corpo, le relazioni.

Nel 1989, chi scrive e la psicoterapeuta S. Fioravanti, creammo –appunto- un originale metodo di lavoro mediante il quale, senza quasi rendercene conto, davamo forma alla neonata gelotologia italiana.

Il metodo *Comicità è Salute,* mette assieme teoria e pratica, psicofisiologia ed antropologia, espressività del corpo ed uso "laterale" della mente, visualizzazioni guidate e meditazioni.

Allora operavamo nelle scuole e nella formazione dei docenti. La sfera della sanità italiana, infatti, non era pronta a recepire soluzioni e suggestioni sperimentate in quei campi.

Nel frattempo nasceva anche Ridere per Vivere, la prima delle Associazioni Italiane che si occupano di gelotologia.

Tutto iniziò al Central Hospital di New York

Qualche anno prima, nel 1986, sulla scia del famoso "caso" Norman Cousins[3], un nucleo di clown del Big Apple Circus entrò al Central Hospital di New York. Erano M. Christensen e P. Binder e facevano la parodia ai medici per far ridere i piccoli pazienti.

I due clown non erano forse a conoscenza degli studi di H. Selye sullo stress, o delle risultanze del lavoro sulle relazioni tra umorismo e salute di W. Fry in Ontario. Poco sapevano del potere anestetizzante, analgesico ed immunostimolante delle Beta endorfine (prodotte copiosamente nel piacere di ridere). Di certo non immaginavano che la loro azione sarebbe stato un piccolo atto rivoluzionario nel "sistema salute". Essi inserivano buone emozioni in un contesto dominato dalla matrice di tutte le emozioni negative: la paura.

La loro esperienza (combattere la paura) ci convinse che era giunto il momento di creare un nostro team di clown-dottori . Si era nel 1999 ed usciva il nostro primo volume "*La terapia del Ridere*".

Nel training gli allievi imparano a gestire la loro anima clown – con prudenza e rispetto- all'interno di categorie come la metafora terapeutica, la dissociazione[4], l'ascolto empatico, l'interculturalità, l'attivazione dell'effetto placebo.

Se appare evidente l'impatto che un morbido clown può avere su di un

1 Termine scientifico: gelotologia . dal greco *ghelos riso.*

2 Il Fisiologo R.Hupscher ha dimostrato che il ridere incrementa l'ormone della crescita: i bambini "debbono" ridere !

3 Intellettuale statunitense e pacifista internazionale, guarito da una gravissima forma di spondilite anchilosante mediante ore di risate (vitamina C ed una dieta vegana).

4 fenomeno studiato dal padre della ipnosi clinica , M. Erickson, dal quale si deduce che un investimento emotivo positivo "fuori" dalla persona sofferente alza la soglia del dolore.

bambino, molto importante è il ruolo che il clown dottore riconosce ai care-givers presenti. Molto spesso egli viene a contatto con il piccolo attraverso il genitore , il sorriso o la risata di questi ultimi aprono la porta del cuore del bambino, poiché spesso, al contrario, domina una spirale di ansia: il piccolo sta male - la madre preoccupata è in difficoltà - il bambino soffre il peso proveniente da tale ansia .
Liberare la madre da una tale emozione, attraverso un'azione comica non invasiva, migliora automaticamente la condizione fisica del bambino e quella psicologica di entrambi.
Il lavoro dei clown dottori,in effetti, è dedicato a tutta la comunità di reparto , dal primario all'OSA. L'energia contagiosa della equipe deve essere a beneficio di tutti e dove è possibile dare continuità a questo lavoro essi vengono pienamente integrati nelle equipes dei reparti: finiscono per essere figure di umanizzazione , mediatori sociali e culturali, amici e confidenti di tutti.

E poi l'arte di far ridere chi sta male arriva anche a Roma

Ci rendemmo conto che , a metà degli anni 2000, c'era però ancora bisogno di documentare l'effetto terapeutico (oltre che riabilitativo e pedagogico) dell'intervento dei clown dottori.
Così la psicologa E. Isola, sotto la supervisione dello psicofisiologo M. Bertini dell'Università La Sapienza di Roma, studiò l'apporto benefico dei clown dottori di Ridere per Vivere sui parametri fisiologici (respiro, frequenza cardiaca,temperatura) e psicologici dei piccoli ricoverati nel reparto di pediatria del San Camillo; il campione isolò quelli affetti da patologie delle vie respiratorie e dimostrò che i bambini del gruppo sperimentale (che avevano incontrato Clown dottori) ne avevano avuto un beneficio statisticamente rilevante.
Il dato più eclatante era la riduzione del periodo di degenza: 3,76 giorni a fronte di un periodo di 5.36 giorni dei bambini non visitati dal clown dottore. La ricerca completa fu pubblicato sul http://ecam.oxfordjournals.org il 4 giugno 2010. L'unico limite di questo illuminante studio pilota era il basso numero dei casi considerati, in tutto due gruppi di 21 bambini ciascuno. Lo studio seguente, a cura della psicologa L. Angrisani e delle professoresse D. Francescato e M. Benedetti, sempre per la medesima Università, fu condotto su 92 bambini e diede risultati ancor più importanti. Il titolo "*Influenza del clown dottore*[5] *sulla percezione del dolore, la somministrazione di farmaci analgesici e le complicanze post operatorie"* ne chiarisce l'indirizzo. Siamo nella chirurgia pediatrica dello stesso ospedale romano ed Il dato che salta agli occhi è che nel 42,4% dei bambini visitati dal Clown dottore vi è nessun tipo di complicazione post-operatoria, rispetto al 26,1% del gruppo di controllo.
In più nel periodo post-operatorio, i bambini del gruppo sperimentale hanno avuto bisogno di una terapia antalgica più bassa di quella che normalmente si somministra: vi è una un diminuzione di concentrazione di casi per la categoria della *terapia algica media*, in cui il protocollo riscontrato è inferiore nella misura del 65% rispetto a quello atteso. Questo dimostra che i bambini che interagiscono con i clown, nel periodo post-operatorio hanno bisogno di un quantitativo di analgesico nettamente inferiore, non solo al gruppo di controllo, ma anche al tipo di protocollo atteso.
Lo studio è stato premiato lo scorso luglio al 13°congresso Europeo di Psicologia organizzato a Stoccolma dalla Swedish Behavioral Medicine Society come "*Best oral presentation abstract in Behavioral Medicine*". Lo studio, nella motivazione del premio, è stato considerato "pionieristico" in ambito europeo.
E' pubblicato sul sito www.homoridens.net http://media.wix.com/ugd/446705_13ab72bce133589a2a04cc3b01345843.pdf .

In conclusione è doveroso ricordare che applicare la gelotologia con i bambini è stato solo uno (e il più semplice) dei campi esplorati.
È possibile operare, infatti, non solo in ambito ospedaliero extra pediatrico, ma anche con gli anziani affetti da Alzheimer, con la galassia dell'handicap motorio e mentale, con i cosiddetti bambini iperattivi, nelle carceri, nei quartieri difficili... ad avvalorare la frase di J. Marek *"Se un solo individuo, una famiglia, un'organizzazione o una nazione soffre ed è nel dolore, l'umorismo è una parte necessaria del suo progetto di guarigione."*

5 Che usano il metodo della Fed. Int.le ! Ridere per Vivere !

Il dottor Solletico, la dottoressa Bo e Giovanna

Riflessioni sull'esperienza della Comicoterapia nell'ospedale civile di Pescara

Massimiliano La Paglia - Dottore in scienze psicologiche, clown dottore, counselor, socio SIPNEI Abruzzo

Il clown dottore utilizza strumenti che appartengono al mondo dell'arte e non della scienza. Sono loro ad essere notati, ma occorre aver presente che si usano questi strumenti per essere-in-relazione e, poiché ciò avviene in situazioni altamente complesse, il professionista deve conoscere il quadro teorico di riferimento mediante il quale spiegare il processo e la ratio del suo intervento.

Giovanna ha 5 anni, deve essere operata ed è in attesa nel reparto di chirurgia pediatrica. Sicuramente ha fame e sete, decisamente è disorientata e guardandosi intorno non lascia mai la gamba della mamma. La vediamo da lontano e ci avviciniamo per tentare un approccio; i nostri primi lenti passi non incontrano la sua apertura; mentre ci prendiamo questo tempo ecco che arriva la chiamata; non possiamo più attendere.

E' così che cominciamo a conoscere la piccola, tentiamo di presentarci mentre la mamma si mette i vestiti sterili per scendere. Il risultato: la bimba è sempre più disorientata e non vuole staccarsi dalla sua mamma.

Ci incamminiamo percorrendo il corridoio del reparto e il corridoio esterno che ci conducono davanti all'ascensore; le bolle di sapone, soffiate in gran quantità durante la breve passeggiata, incuriosiscono la nostra ospite ma non la distraggono poi tanto.

Fermi, in attesa che le porte dell'ascensore ci accolgano, giochiamo a cercare di capire se la bimba ha poteri magici; lei ci guarda con sospetto, allora facciamo una prova con la mamma che al nostro tocco "produce un suono"; la bimba si stupisce, è la nostra porta per entrare nel suo mondo e quindi continuiamo su questa strada. Intanto arriva l'ascensore e scendiamo al piano della sala operatoria.

Prima di arrivare alla sala Peter Pan, la bimba vive un distacco semi forzato dalla mamma, che deve mettere i copri scarpe; ne approfittiamo e creiamo il colpo di scena: tocchiamo la mamma e non "suona" più.

I clown si guardano stupiti e la curiosità della bimba cresce; la domanda sembra lecita, …ma che succede? Dov'è finita la magia? Spostiamo lo sguardo su di lei, - "Non è che sei tu ad essere magica?"- le domandiamo. Lei ci permette di verificarlo ed in effetti è lei che suona, e gli altri "suonano" solo se in contatto con lei. Ed allora siamo proprio nel posto giusto, è proprio qui che si ricarica la magia, è qui che ci sono gli esperti.

Le spieghiamo che nella stanza accanto attraverso una mascherina potrà fare il pieno di magia. Nella breve attesa in sala Peter Pan cerchiamo di rinforzare questa sua convinzione: io che sono il Dottor Solletico, vorrei prendere il suo posto, ma nulla da fare! anche perché oramai oltre a suonare lei riesce anche a moltiplicare delle palline rosse. Così, quando arriva la dottoressa ad avvisarci che la sala è pronta, la bimba sale sulle spalle di Bo, la mia compagna clown, saluta la mamma e ai dottori mostrerà tutto ciò che ha scoperto: sa fare le magie! Ormai convinta si lascerà mettere la mascherina che la addormenterà serena..mente.

L'intervento dei Clown Dottori negli ospedali è ormai notizia che per vari canali ha incontrato il grande pubblico. Ciò che accade nella quotidiana realtà non è però sempre a conoscenza di tutti, per questo, quando mi è stato chiesto di scrivere l'esperienza dei clown dottori, ho scelto di cominciare da una storia vera.

Il sogno di un Medico

Per onor di cronaca, voglio testimoniare che la realtà di Pescara ha una sua specifica storia, che inizia nel 1991, quando Antonello Persico, Medico e Chirurgo Pediatrico, dodo aver prestato servizio a Milano rientra nella sua città; qui comincia a sognare un modo diverso di 'operare' nel reparto dove lavora. Muove i primi passi "in solitaria" cercando di rendere più leggero il suo incontro con i pazienti usando la prestidigitazione.

Quando, più avanti, incontra la formazione nella clown terapia, incoraggia un gruppo di volontari ad intraprendere questo cammino.

E' l'inizio di "Clown Doc Pescara", oggi anche Onlus, che nel 2007 formalizza la sua costituzione.

La mia storia inizia invece a Roma, mia città natale, dove incontro questa realtà e mi formo come clown dottore nel 2003. L'impostazione del dottor Spina e della Dottoressa Fioravanti, i principali formatori della mia scuola, è di tipo professionale, e questo segna in modo indelebile il mio operare e il mio pensiero a riguardo: non abbandonerò mai questo criterio.

Nel 2011 entro nell'Associazione Clown Doc di Pescara; ringrazio la dottoressa Lupone, attuale presidente dell'Associazione, e tutti i ragazzi che mi hanno accolto; è con loro che sto continuando a vivere questa importante avventura. Il sodalizio con Clown Doc è stato generativo di uno scambio ed una crescita reciproca e continua, fino ad arrivare alla realizzazione del nostro primo convegno dal titolo "*La clownterapia in ospedale. Un'applicazione della psicoeuroendocrinoimmunologia*" che non a caso vede la luce nel giorno del 6° anniversario dalla costituzione dell'Associazione.

La Pnei è il quadro teorico di riferimento dell'approccio portato avanti

a Pescara. Lo stress nell'ospedalizzazione, il senso di impotenza nell'attesa ed i vissuti personali su quanto sta accadendo rendono questo momento molto delicato. Ed allora una visione integrata del processo di cura, dove un intervento mirato può stimolare una pre-disposizione positiva del paziente, ha un valore determinante nel processo di ri-equilibrio per la sua salute. La ristrutturazione del contesto, stimolare e consentire l'espressione di emozioni 'positive' nonostante il disagio, sono gli obiettivi che la coppia clown porta sempre con sé.

Ed è per questo che sono fermamente convinto, e con me tutta l'associazione, che i clowndottori devono essere 'professionalizzati' anche qualora dovessero svolgere un servizio a titolo volontario.

L'accento va su questo dato importante: non siamo infatti degli operatori improvvisati, ma degli operatori preparati, sia teoricamente che artisticamente, e quindi possiamo dire: "sappiamo 'improvvisare' di fronte alla situazione che l'ambiente ci propone in virtù di un corteo di competenze e dell'allenamento necessari"[1]. Per questo motivo, la formazione che proponiamo ha un elevato numero di ore (di base 200) e continua costantemente sia nella supervisione tecnica in itinere, una sorta di palestra artistica, sia nella supervisione emotiva, dove si elaborano i vissuti nati dalle difficoltà incontrate.

Per sottolineare l'identità del professionista nei luoghi di aiuto ricorro all'introduzione del testo di Eric Berne$_1$ del 1966,: "Un *professionista vero* può programmare il trattamento, in modo da sapere, in ogni fase, cosa sta facendo e perché (il corsivo è un mio adattamento)". A ben mezzo secolo di distanza il concetto è quanto mai attuale e consolidato, lo ribadisco, soprattutto per un ruolo emergente quale quello del clowndottore: questi utilizza strumenti che appartengono al mondo dell'arte e non della scienza, ed è soprattutto questi che saltano all'occhio; ma si usano questi strumenti per essere-in-relazione, e poiché ciò avviene in situazioni altamente complesse, il professionista deve conoscere il quadro teorico di riferimento mediante il quale spiegare il processo e la ratio del suo intervento, altrimenti sta banalmente scommettendo sulla fortuna per l'efficacia del suo intervento. Risulta chiaro che l'arte espressa è subordinata ai concetti teorici di fondo, ed un '*professionista vero*' sa dove sta operando e svolge un delicato processo integrativo orientato all'ecologia della salute, in senso ampio.

Risata contro Midazolam

La scena iniziale racconta una delle prassi dell' ospedale e possiamo rileggerla come una pratica applicazione di quanto ho appena esposto: nonostante l'urgenza della chiamata abbiamo rispettato gli spazi per non essere percepiti invasivi, abbiamo osservato e compreso; dopo, abbiamo proposto, attraverso tecniche specifiche e adatte, bolle di sapone e magia, stimolando nella bambina un cambiamento semantico del percorso verso l'intervento.

Il quadro era chiaro: una bimba spaventata ricerca sicurezza dalla mamma, deve separarsi da lei e il vissuto di paura sarà dunque amplificato; ad aumentare la dis-regolazione concorrono il digiuno, l'ambiente nuovo, persone sconosciute, l'inevitabile preoccupazione dei genitori. Se il clown "entra"in questa realtà senza questo sguardo d'insieme non sta lavorando con professionalità.

Gli operatori dell'azienda ospedaliera già riconoscono nei nostri clown questa solida preparazione. Non a caso ho scelto come racconto un accompagnamento in sala operatoria; questo progetto nasce all'inizio del 2013 fortemente voluto dalla nostra associazione e dalla dott.ssa Cacciafiori, responsabile anestesista pediatrica. Insieme a lei stiamo anche verificando scientificamente il nostro lavoro attraverso uno studio controllato randomizzato: studiamo due gruppi, uno di bimbi premedicati con Midazolam e che non si avvalgono dei clown, l'altro di bimbi che affrontano l'operazione chirurgica senza premedicazione e accompagnati dalla coppia di clown dottori.

Vengono osservati due momenti in campo: in pre-sala (la sala Peter pan) e al momento dell'induzione dell'anestesia.

Per questa osservazione ci si avvale del M-YPAS (Modified Yale Preoperative Anxiety Scale). Si somministra altresì un' autovalutazione STAI (State Trait Anxiety Inventory) al genitore.

Abbiamo anche un questionario costruito ad hoc per medici ed infermieri. Lo studio è in corso, i primi dati raccolti ci lasciano molto soddisfatti.

1 Eric Berne, *Principi di terapia di gruppo,* L'astrolabio, 1966

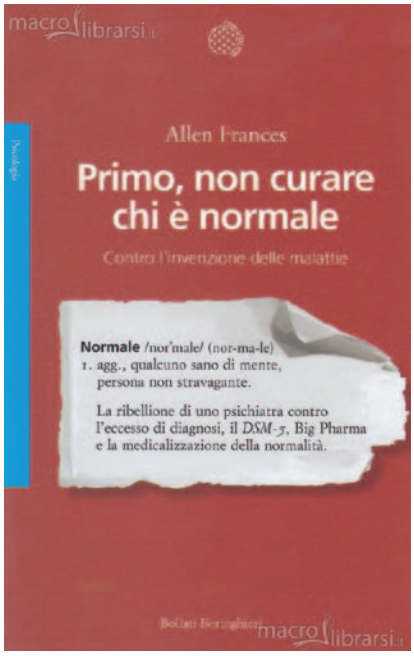
Il DSM-V promuove l'inflazione diagnostica

Il libro denuncia di Allen Frances

Lo psichiatra americano, che ha diretto la precedente edizione del DSM, stronca la quinta edizione accusandola di promuovere un eccesso di diagnosi etichettando come disturbi psichiatrici fenomeni normali. Un documento forte che è non solo un atto d'accusa, ma anche un "mea culpa".

Riportiamo alcuni estratti di lettura del testo di Allen Frances,* Primo non curare chi è normale*, tradotto da Bollati Boringhieri, Torino 2013

"Il DSM-V spinge la diagnosi psichiatrica nella direzione sbagliata, finirà per creare nuove false epidemie e incrementare l'abuso di farmaci. L'obiettivo che il DSM-5 avrebbe dovuto porsi era di innescare un'operazione di contenimento volta alla deflazione diagnostica, non certo di promuovere un'espansione incontrollata di diagnosi e terapia. Il libro è una reazione a questi eccessi: è in parte un *mea culpa*, in parte un j'accuse, in parte un grido d'allarme. Fornisce, dalla prospettiva disincantata di chi ha lavorato come psichiatra, una panoramica di quello che non ha funzionato e, nello stesso tempo, offre anche una mappa utile a trovare il cammino verso una psichiatria sicura e sana. Il mio obiettivo non è solo quello di evitare che gente normale venga curata, ma anche quello di contribuire al salvataggio della psichiatria." (p. 15)



"La psichiatria non è certo la sola disciplina che travalica i propri confini: siamo solo un esempio tra i molti tipici della bolla e degli sprechi che caratterizzano la medicina statunitense. Gli interessi economici hanno dirottato la pratica medica, anteponendo il profitto ai pazienti e creando un delirio che si autoalimenta, fatto di eccesso di diagnosi, eccesso di analisi ed eccesso di terapie (…)

La medicina e la psichiatria hanno davvero bisogno di essere addomesticate, sfrondate, ripensate, reindirizzate". (p. 16)

La vendita di malattie psichiatriche: il ruolo dell'industria

"La maggior parte di noi ha fatto esperienza, almeno occasionalmente, di sintomi di natura moderata e transitoria (ansia, tristezza, insonnia, disfunzioni sessuali, uso di sostanze) che potrebbero facilmente essere interpretati come disturbi mentali. Il modello di business dell'industria farmaceutica è basato proprio sull'allargamento della sfera delle malattie: il marketing creativo serve ad ampliare il bacino dei clienti, convincendo chi è probabilmente sano a considerarsi almeno moderatamente malato. La commercializzazione delle malattie è l'arte raffinata di vendere malanni psichiatrici, un modo efficace di smerciare i farmaci psichiatrici, che portano profitti altissimi. (…)

La commercializzazione della malattia non avviene mai in un vuoto – richiede che le aziende farmaceutiche coinvolgano attivamente i medici che scrivono le ricette, i pazienti che le richiedono, i ricercatori che inventano nuovi disturbi, i gruppi di consumatori che richiedono un supplemento di terapia e i media e internet che diffondono le novità. Una «campagna di sensibilizzazione» che sia insistente, capilalre e ben finanziata può creare una malattia dove prima non esisteva. E la psichiatria è particolarmente soggetta alla manipolazione del confine normalità/malattia proprio perché non dispone di test biologici ed è basata fondamentalmente su giudizi soggettivi facilmente influenzabili da campagne di marketing ben orchestrate. Qualunque azienda è fedele innanzitutto ai suoi azionisti e alla propria sopravvivenza, non al benessere pubblico.

La General Motors vende auto, la Apple vende i computer, i cartelli della droga vendono cocaina e le aziende farmaceutiche vendono pasticche e tutti lo fanno per le stesse ragioni: guadagnarci il più possibile. Il successo di qualunque azienda dipende dall'aumento del suo bacino di mercato e i margini di guadagno dipendono da ogni singola vendita. Le aziende farmaceutiche sono un modello di macchina di profitto proprio grazie alla capacità di promuovere il prodotto e di mantenere un regime monopolistico per quanto riguarda i prezzi. Pompare l'inflazione diagnostica è un fattore chiave per il successo delle aziende farmaceutiche.

La saturazione completa richiede uno spettro demografico che sia il più ampio possibile, dal bimbo piccolo all'adulto anziano. Una rete ampia e dalle maglie larghe è sempre una garanzia per gli azionisti, ma è spesso una tragedia per le persone normali che vengono etichettate in modo sbagliato e sottoposte a trattamenti farmacologici inutili e allo stigma sociale che deriva da una diagnosi inventata". (pp. 49-50)

Il ruolo dei ricercatori: gli errori della precedente edizione del DSM

"Il DSM-IV non riuscì a salvare la normalità e nemmeno a proteggerla. Tre anni dopo la pubblicazione, le lobby delle case farmaceutiche ottennero una grande vittoria contro i regolamenti e il buon senso.

Gli Statio Uniti diventarono il solo paese al mondo in cui sia consentito pubblicizzare i farmaci direttamente presso i consumatori. Ben presto la radio e la stampa presero a dipingere, in modo palesemente fuorviante, i problemi quotidiani come disturbi psichiatrici non riconosciuti (…) C'erano provvedimenti che avremmo potuto (e probabilmente avremo dovuto) prendere per limitare l'inflazione diagnostica. Innanzitutto avremmo dovuto rendere più rigide le soglie diagnostiche del DSM-IV, in modo da rendere più difficile alle aziende la commercializzazione delle diagnosi (…) Avremmo anche potuto fare molto di più per dare l'allarme. Avremmo dovuto organizzare convegni per specialisti, incontri pubblici e campagne d'informazione per contrastare la propaganda delle aziende farmaceutiche". (pp. 94-95)

"Non abbiamo usato la mano pesante contro l'inflazione diagnostica a causa di un conflitto di interessi economici? Questa preoccupazione deriva da uno studio recente che mostra come il 56% dei nostri esperti ha avito un qualche rapporto con le case farmaceutiche. (…) la domanda ha ragion d'essere tanto più che non c'era alcun regolamento o controllo riguardo al conflitto di interessi. Questa omissione è stato un errore molto stupido da parte nostra (…) Non abbiamo scuse per non essere riusciti ad approntare un sistema di protezione contro il conflitto di interessi". (p. 97)

L'inflazione diagnostica: ecco le prove

"Le prove dell'inflazione diagnostica sono ovunque. Ci sono state quattro micidiali epidemie di disturbi mentali negli ultimi quindici anni.

Il Disturbo Bipolare Infantile è, come per miracolo, aumentato di quaranta volte, l'Autismo, in modo spettacolare, di venti volte; il Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività ha triplicato la sua prevalenza; il Disturbo Bipolare è raddoppiato tra gli adulti. Quando l'incidenza schizza alle stelle, un segmento della crescita è certamente dovuta a casi autentici che prima non venivano individuati. Ma un'attività diagnostica accurata non può, da sola, spiegare perché così tanta gente, e specialmente bambini, abbai improvvisamente cominciato ad ammalarsi in modo serio". (p.128)

"Ogni anno si scrivono trecento milioni di ricette per farmaci psichiatrici solo negli USA. In cima alla *hit parade* ci sono i farmaci antipsicotici con la cifra stellare di 18 miliardi all'anno di fatturato. Gli antidepressivi fatturano 12 miliardi, nonostante adesso siano fuori brevetto e vengano venduti nella versione più economica di farmaco generico. Quindici anni fa , le vendite degli stimolanti rappresentavano un'inezia per le aziende farmaceutiche con la cifra mediocre di 50 milioni all'anno. Adesso, grazie alla pubblicità diretta al consumatore e a un'aggressiva campagna di marketing presso i medici, le vendite si sono impennate a 8 miliardi all'anno. E siccome ai medici di base piace prescriverli, gli ansiolitici sono all'ottavo posto nelle varie categorie di farmaci, anche se probabilmente arrecano più danni che benefici.

Il fenomeno più bizzarro rimane l'immenso successo dei farmaci antipsicotici. Nonostante presentino effetti collaterali pericolosi vengono prescritti come fossero caramelle. Gli antipsicotici si sono dimostrati utili solo nella terapia dei sintomi più invalidanti della schizofrenia e del Disturbo Bipolare, ma questo non ha fermato le sirene delle case farmaceutiche che ne hanno pubblicizzato l'uso per chiunque abbia problemi a dormire, banale ansia, depressione, irritabilità, eccentricità, gli sbalzi d'umore tipici della gioventù o la bizzosità tipica della vecchiaia. (…) L'uso off-label (fuori indicazione, NdR) è parimenti raddoppiato. Un budget di 2,4 miliardi l'anno per la pubblicità ha catapultato Abilify e Seroquel, due farmaci così così e abbastanza pericolosi, al quinto e al sesto posto per fatturato tra tutte le medicine vendute negli USA. Il pressing a tutto campo sui medici di base ha portato loro a prescrivere un antipsicotico al 20% di tutti i pazienti con Disturbo d'ansia. Il massiccio abuso di antipsicotici è folle e vergognoso". (p. 129)

Le conseguenze e i rimedi

"Non c'è da stupirsi che i farmaci prescritti dai medici causino un numero di visite al pronto soccorso maggiore di quanto facciano le droghe illegali spacciate per strada e siano ache causa di un numero sempre maggiore, di decessi iatrogeni". (p.131)

"Non esiste un'industria della psicoterapia per contrastare in modo organizzato l'uso eccessivo di farmaci. La psicoterapia è una pratica artigianale preindustriale che si vende al dettaglio (…) Parlare non serve a far soldi: gli psichiatri che offrono una psicoterapia assieme ai farmaci guadagnano il 41% in meno degli psichiatri che offrono sessioni di guida all'uso dei farmaci". (p.132)

"Il Giappone sta facendo uno sforzo collettivo a livello nazionale per spezzare il monopolio farmacologico e promuovere la terapia cognitiva come alternativa: funziona e aiuta a ridurre i costi" (p. 133)

Un ponte verso nuovi approcci diagnostici che rischia il collasso

Massimiliano Aragona - Associazione Crossing Dialogues, Roma, Psichiatra, Docente di Psicologia generale, Facoltà di Filosofia, Università di Roma La Sapienza

Negli ultimi trent'anni la diagnosi psichiatrica si è basata sul DSM e sui suoi aggiornamenti. Ma se le edizioni precedenti erano attese come l'arrivo delle novità di un sistema vincente, il lungo processo di revisione che ha portato al DSM-5 si è rilevato tortuoso e pieno di polemiche.

Le polemiche hanno investito non solo (com'è normale) questa o quella singola proposta di revisione, ma la credibilità del sistema nel suo complesso. Ad esempio, Maj nota che "Sono trascorse solo un paio di decadi [dal DSM-IV], eppure quelli sembrano oramai 'i bei vecchi tempi andati'. Gran parte dell'entusiasmo e della fiducia sono svaniti […] le domande che mi fanno i giornalisti […] non sono più sui 'nuovi sviluppi nel manuale' (la domanda più frequente ai tempi del DSM-IV) ma piuttosto […] sul perché creiamo questa classificazione, visto che non abbiamo una base solida su cui fondarla" (Maj, 2012, p.161). Perché il clima è cambiato? Quali sono le ragioni di questa ondata di critiche e sfiducia? E soprattutto, qual è la situazione oggi e quali scenari si stanno aprendo?

La crisi del DSM

Dopo anni di dominio, dunque, il DSM è entrato in crisi. Le ragioni pratiche per cui ciò è avvenuto sono efficacemente riassunte dagli stessi autori chiamati a redigere il DSM-5: "Negli oltre 30 anni da quando furono introdotti i criteri di Feighner […] che portarono al DSM-III, l'obiettivo di validare queste sindromi scoprendone l'etiologia è rimasto irrealizzato. […] non si è trovato alcun esame di laboratorio che identificasse specificamente qualche sindrome definita secondo il DSM. Gli studi epidemiologici e clinici hanno dimostrato livelli estremamente elevati di comorbidità, il che mina l'ipotesi che queste sindromi rappresentino eziologie distinte. Inoltre, gli studi epidemiologici hanno mostrato per molti disturbi alti livelli di instabilità diagnostica nel breve periodo. Rispetto al trattamento, la mancanza di specificità terapeutica è la regola più che l'eccezione" (Kupfer et al., 2002, p.xviii). Gli stessi studiosi sostenevano: "la ricerca che si focalizzi esclusivamente nel raffinare le sindromi definite secondo il DSM potrebbe non esser mai in grado di scoprire le loro eziologie sottostanti. Perché ciò avvenga potrebbe esser necessario un ancora ignoto cambio di paradigma" (Kupfer et al., 2002, p.xix). Questo è dunque il quadro sconsolante a cui ha condotto l'applicazione del DSM-IV.

Vedere i problemi concreti e appellarsi a una cambiamento radicale è il primo passo. Però perché ci sia una effettiva comprensione del perché ci si è ritrovati a questo punto occorre fare un passo ulteriore, quello della chiarificazione epistemologica. Innanzitutto, per parlare in modo tecnicamente appropriato di crisi scientifiche e cambiamenti paradigmatici occorre riferirsi a chi ha introdotto questi termini, e cioè Thomas Kuhn. Quella che segue è una sintetica riformulazione kuhniana dell'evoluzione della classificazione psichiatrica dal DSM-III ai giorni nostri.

Il DSM-III come paradigma kuhniano

Il DSM-III (APA, 1980) ha segnato la nascita di un vero e proprio paradigma scientifico. Ovvero, da quel momento in poi le "resistenze" degli oppositori sono cadute e il modo di far diagnosi del DSM-III è divenuto *la* diagnosi psichiatrica. Ne è conseguita un'egemonia nella clinica, nella ricerca e persino nel parlare quotidiano. Insomma, qualunque discussione sulla patologia mentale è divenuta una discussione sui disturbi mentali così come concettualizzati dal DSM-III ed edizioni successive (Aragona, 2006).

Criteri diagnostici operativi. L'analisi storica (Aragona, *in press*) ha evidenziato che il DSM-III ha realizzato tutto ciò grazie all'introduzione dei criteri diagnostici operativi. Essi sono caratterizzati dall'utilizzo di definizioni esplicite di ciò che il clinico dovrebbe osservare nel paziente (i sintomi), di ciò che egli può desumere dalle informazioni che ha (ad esempio, età di esordio, durata della sintomatologia, frequenza di alcuni sintomi, deterioramento del funzionamento socio-lavorativo, etc.) e di ciò che egli può escludere in base alla sua contemporanea valutazione clinica di altre possibili diagnosi. La definizione dei sintomi è politetica, nel senso che non vi sono sintomi che per qualità siano essenziali e più importanti di altri, ma basta avere un numero minimo di sintomi tra quelli elencati nei criteri; occorre cioè superare una soglia diagnostica che è sostanzialmente *quantitativa* (Aragona, 2009a). L'impostazione epistemologica che sottende questa modalità operativa è di tipo neopositivista ed ha come elemento cardine la credenza che i sintomi siano enti direttamente osservabili, e che i criteri diagnostici operino come "regole di corrispondenza" dalle quali, valutata con diligenza la presenza o meno dei sintomi e degli altri criteri elencati, la diagnosi debba emergere automaticamente (Aragona 2013a).

La crisi del DSM. Si è suggerito (Aragona, 2006; 2009b; 2009c) che le problematiche emerse con l'applicazione sistematica del DSM non fossero puramente empiriche, ma vere e proprie *anomalie* kuhniane. Ciò significa che non è tanto la natura che è fatta così; piuttosto, questi problemi emergono perché abbiamo impostato il sistema in un certo modo. Il problema sarebbe così grave da mettere in crisi il sistema stesso. In questi casi le crisi scientifiche tendono a perdurare sinché non emerge un'alternativa radicale che faccia sì che i problemi citati (le *anomalie*) si risolvano.

In sintesi, dunque, il DSM è entrato in crisi, e questa crisi è legata al fatto che suoi problemi di applicazione empirica sono in gran parte determinati dal modo in cui il sistema è strutturato, in particolare l'utilizzo di criteri diagnostici operativi di tipo politetico nel quadro di un modello epistemologico neopositivista.

Lo scenario attuale

Se il DSM è in crisi, è lecito attendersi l'elaborazione di proposte rivoluzionarie. Qui però nasce un problema, perché in psichiatria vi sono sempre state proposte di riforma radicale. Il problema è capire quali di queste sono destinate a cadere nell'oblio e quali, invece, hanno qualche chance di operare il cambiamento. In generale, perché una rivoluzione avvenga occorre il concorso di due cose: sul piano interno, che la nuova proposta effettivamente risolva le principali anomalie responsabili della crisi; sul piano esterno, che abbia il potere per imporsi.

La diagnosi dimensionale. Tra le varie proposte rivoluzionarie, la diagnosi dimensionale appariva la più forte. Se ne parlava già nel DSM-IV. All'epoca se ne riconobbero i vantaggi (ad es. miglior affidabilità e possibilità di considerare anche i disturbi sottosoglia), però un cambiamento così radicale fu considerato prematuro e il tutto si rimandò a edizioni successive. Ci si attendeva che i tempi fossero ormai maturi, almeno per i disturbi di personalità. Ciò invece non è avvenuto, la struttura del DSM-5 rimanendo ancora quella categoriale e neopositivista dei manuali precedenti, anche per i disturbi di personalità. Questi non hanno più un proprio asse specifico, ma per il resto rimangono identici al DSM-IV, e le innovazioni dimensionali finiscono tra i criteri alternativi da usare per la ricerca, in vista di un ipotetico DSM-6!

La diagnosi neurocognitiva. Pur rimanendo strutturato in diagnosi categoriali come le edizioni precedenti, il DSM-5 inizia ad aprirsi a un nuovo modo di far diagnosi. Preceduta da rare ma interessanti proposte filosofiche (ad es. Sirgiovanni, 2009), la diagnosi basata sulla rilevazione di disfunzioni neuro-cognitive di base è stata proposta negli USA dal potente National Institute of Mental Health (Insel et al. 2010).

Questo modello, denominato *Research Domain Criteria (RDoC)* project, si presenta come una matrice che distingue 5 domini di base (sistemi a valenza negativa, a valenza positiva, cognitivi, per i processi sociali, e di arousal/regolazione). È su di essi che i ricercatori sono invitati a concentrarsi, valutandoli a vari livelli (geni, molecole, cellule,

circuiti, fisiologia, comportamento, autodescrizioni) in modo trans-nosografico (cioè indipendentemente da quale sia il disturbo DSM in cui si riscontrano). La speranza è che così facendo si possano accumulare sufficienti dati per arrivare a definire le sindromi psichiatriche in base alla fisiopatologia anziché in base alla fenomenica.
Naturalmente, come sottolineato da Frances, gli ostacoli sono enormi: potrebbero insorgere problemi oggi non previsti e potrebbero volerci anni prima che questo progetto possa dare frutti (Phillips et al. 2012, p.11). Tuttavia la proposta ha oggi il potere sufficiente (il NIMH è l'ente che dà i finanziamenti per i progetti di ricerca) per imporsi sul dibattito, per cui questa sarà la nuova frontiera di ricerca per i prossimi anni.

Conclusioni

Due punti sono ormai chiari. Il primo è che il DSM è in crisi e si attende un modello "rivoluzionario" (Aragona, 2006). Il secondo è che se da un lato il DSM-5 è in continuità con le edizioni precedenti nel mantenere come nucleo i criteri diagnostici operativi e la categorialità delle diagnosi, dall'altro lato la sua iniziale riorganizzazione prelude a un'apertura della ricerca ai denominatori comuni che trascendono i singoli disturbi.
Qui, come visto, il modello non è più quello dimensionale "classico", ma quello della diagnosi basata sulle disfunzioni cognitive di base.
Insomma, per sua stessa ammissione il DSM-5 è "un ponte verso i nuovi approcci diagnostici senza scompaginare l'attuale pratica clinica e di ricerca" (APA 2013, p.13). Il che ha inevitabilmente posto la questione se un ponte gettato fra due rive così diverse, di cui una rivoluzionaria rispetto all'altra, possa reggere o debba finire per collassare (Aragona, 2013b).
Come sempre la storia e l'epistemologia della psichiatria ci forniscono qualche utile indicazione: in passato proposte neurobiologiche sono state avanzate spesso, finendo prima o poi per cadere (le famose "mitologie del cervello" di cui parlava Jaspers cent'anni fa).
Perché le nuove proposte possano aver successo non basta il potere economico: questi spingerà la ricerca in quella direzione, ma se la ricerca non è impostata correttamente i risultati non verranno lo stesso!
Però che la ricerca vada in quella direzione è ormai certo, ed è interesse di tutti che porti qualche frutto.
A giudizio di chi scrive andrà affrontata in modo criticamente consapevole, sapendo che ci sono almeno tre elementi su cui il progetto troverà difficoltà, per cui andranno considerati nello stilare i protocolli di ricerca:
1) I sintomi mentali sono costrutti ermeneutici (Berrios, *in press*), per cui una modulazione di un sistema cognitivo non si rileva nel vissuto del soggetto in modo diretto ma "impacchettata" in base a "filtri" emotivi, cognitivi e socioculturali.
2) Non è detto che in patologie mentali diverse un dato test neurocognitivo indaghi lo stesso meccanismo cognitivo sottostante.
3) Per studiare gli effetti delle neuromodulazioni le comuni rating scales sono insufficienti, occorre uno studio qualitativo fine delle modificazioni fenomeniche indotte.

Bibliografia

APA (1980) *DSM-III.* Washington DC: APA.

APA (2013) *DSM-5.* Washington DC: APA.

Aragona M. (2006) *Aspettando la Rivoluzione.* Roma: Editori Riuniti.

Aragona M. (2009a) The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dial Phil Ment Neuro Sci 2, 1-14.*

Aragona M. (2009b) Il mito dei fatti. Roma: *Crossing Dialogues.*

Aragona M. (2009c) The role of comorbidity in the crisis of the current psychiatric classification system. *Phil Psychiat Psychol 16, 1-11.*

Aragona M. (2013a) Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1: Theoretical comparison. *Hist Psychiat 2013, 24,166-79.*

Aragona M. (2013b) Il DSM-5: un "ponte" che reggerà? *Psychomedia Telematic Review http://www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/aragona.htm*

Aragona M. (*in press*) *Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: minor shifts, major continuities.* In: Zachar P, Stoyanov DS, Aragona M, Jablensky A. (Eds.) *Alternative perspectives on psychiatric validation.* Oxford: OUP.

Berrios GE. (*in press*) Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology. *Dial Phil Ment Neuro Sci.*

Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. (2010) Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry 167, 748-51.*

Kupfer DJ, First MB, Regier DA. (2002) Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA. (Eds.) *A research agenda for DSM-V.* Washington DC: APA: xv-xxiii.

Maj M. (2012) *DSM-IV: some critical remarks*. In: Kendler KS, Parnas J. (Eds.) *Philosophical issues in psychiatry II: nosology.* Oxford: OUP: 161-164.

Phillips J, Frances A, Cerullo MA, et al. (2012). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3. *Phil Ethics Hum Med 7: 9.*

Sirgiovanni E. (2009) The mechanistic approach to psychiatric classification. *Dial Phil Ment Neuro Sci 2, 45-49.*

Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia

La rivoluzione in corso nelle scienze della vita

Il libro che presento tratta di scienza e di filosofia attorno al tema centrale della conoscenza dell'essere umano, mostrando le caratteristiche fondamentali della rivoluzione in corso nelle basi della biologia molecolare (Epigenetica) e della fisiopatologia (Psiconeuroendocrinoimmunologia).

Questa rivoluzione, nel campo delle scienze biomediche, cambia radicalmente i rapporti, secolarmente stabiliti, con le cosiddette scienze umane, con quelle che Wilhem Dilthey chiamava "scienze dello spirito", di cui vedeva l'incommensurabilità con "le scienze della natura".

Dalla fondazione delle scienze dello spirito emerge un paradigma che è giunto sino a noi e che è riassumibile nella dicotomia tra natura e cultura, tra scienze biologiche e scienze umane.

Al riguardo è interessante notare che tre grandi biologi del Novecento, che sono anche i protagonisti di questo libro, Conrad Waddington, Francis Crick e Jacques Monod, rappresentino l'ultimo tentativo fatto dalla scienza di prendere sul serio la filosofia. Come mostro nel secondo capitolo, con un esame comparato di testi contemporanei e omogenei dei tre scienziati, ognuno di loro esplicita il suo paradigma filosofico di riferimento: Waddington si richiama all'approccio sistemico di Whitehead; Crick assume come base il realismo popperiano, Monod si rifà esplicitamente all'esistenzialismo di Camus. Monod scrive il suo saggio *Il caso e la necessità* nel 1970, dopodiché l'interesse della biomedicina per la filosofia è venuto scemando. La riprova più plateale è che un neuroscienziato come Antonio Damasio, per i suoi studi, si rivolga a Cartesio e a Spinoza piuttosto che ai filosofi contemporanei. Ma dall'altro lato, la filosofia ha continuato ad occuparsi di scienza, seppur in un crescendo di estraneità. Negli ultimi decenni in particolare, con la cosiddetta filosofia post-moderna, è venuta a maturarsi una critica delle idee fondamentali della scienza, le quali coincidono in larga misura con i capisaldi del paradigma della modernità. Nella critica dei filosofi post-moderni, a mio parere, c'è una salutare rottura della visione scientista meccanicista dell'uomo. Al tempo stesso si registra il massimo di distanza dalla scienza e dalle forme della conoscenza scientifica. Il dialogo tra scienza e filosofia pare definitivamente interrotto, anche perché i tentativi di ripresa di stampo neorealista, come quello prospettato da Ferraris, appaiono davvero al di sotto del necessario livello di confronto.

Il rinnovamento della filosofia fatto da scienziati

Ma, a ben vedere, stiamo assistendo a un forte riavvicinamento tra riflessione filosofica e ricerca scientifica. Con una peculiarità: i progressi in filosofia sono stati realizzati da scienziati che, nel corso del Novecento, hanno scosso profondamente il paradigma meccanicista riduzionista. Prima, con i fisici-filosofi della rivoluzione relativistica e quantistica dei primi decenni, che hanno radicalmente messo in discussione il paradigma newtoniano e poi, sul finire del secolo, con una varietà di scienziati della vita - endocrinologi, neurologi, psicologi, fisiologi, immunologi, biologi - che hanno indagato le relazioni sistemiche all'interno dell'organismo umano, demolendo i pilastri del paradigma riduzionista meccanicista.

Gli esiti di queste rivoluzioni sono la Psiconeuroendocrinoimmunologia e l'Epigenetica. Con la PNEI si ha il limpido superamento della separazione tra cultura e natura, tra scienze delle spirito e scienze della natura, tramite la dimostrazione, basata su solide verifiche sperimentali e osservazionali, che la dimensione culturale comunica con e influenza la dimensione biologica, la quale, a sua volta, influenza la prima.

Con l'epigenetica viene a spezzarsi l'ultimo diaframma che oscurava la via della conoscenza di questi fenomeni a livello molecolare: gli eventi mentali, consci e inconsci, si traducono in segnatura epigenetica che modula l'espressione genica di pattern di informazione cruciali per la normale attività dell'essere umano, tra cui l'assetto recettoriale cerebrale di ormoni fondamentali, come il cortisolo e altri, fino alla produzione di molecole essenziali alla normale attività degli organi, cervello incluso.

La segnatura epigenetica, soprattutto se interviene nelle prime fasi della vita, può influenzare stabilmente l'assetto biologico e comportamentale dell'adulto. Da questa doppia rivoluzione nelle scienze della vita emerge una visione complessa sia dell'individuo sia dei microsistemi vitali. Di qui la definizione di un approccio che spiega e interpreta in modo non riduzionista sia il micro che il macro e che quindi interpreta in modo nuovo e scientificamente solido l'individuo umano.

Il saggio è articolato in 6 capitoli, che ricostruiscono la storia, la scienza e la applicazioni cliniche della Epigenetica e della PNEI. Il capitolo conclusivo mostra quanti e quali nodi scientifici e filosofici vengano sciolti dalla rivoluzione in corso. Si chiude con una *Appendice* dedicata a "Cartesio biologo del cervello e della psiche" proponendo una lettura più equilibrata ed onesta dell'opera del filosofo scienziato.

(presentazione dell'Autore)

F. Bottaccioli
Epigenetica
e Psiconeuroendocrinoimmunologia.
Le due facce della rivoluzione
in corso nelle scienze della vita.
Saggio scientifico e filosofico
Edra, Milano, gennaio 2014
pp. 190 € 19,90

Lenti, ma efficaci
La Sipnei in Sicilia, cronaca di una crescita

Laura Bongiorno - Psicologa psicoterapeuta, Direttivo SIPNEI Sicilia
Letizia Ferrante - Psicologa psicoterapeuta, Coordinatrice Direttivo SIPNEI Sicilia

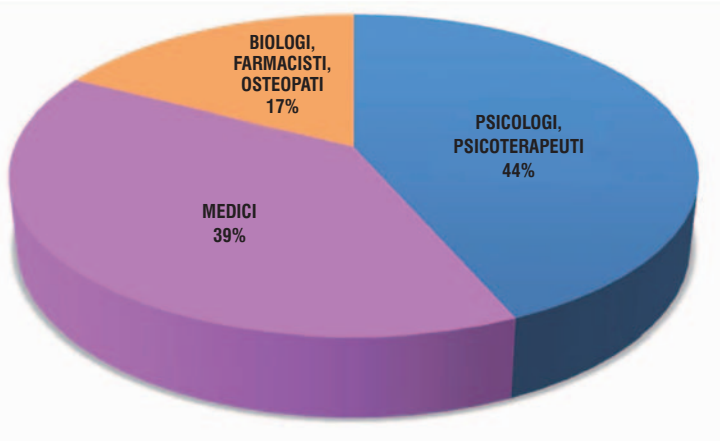
Nel 2009 inizia l'avventura della SIPNEI in Sicilia.
È affascinante vedere come ogni sezione si radica sul territorio seguendo le caratteristiche culturali del luogo. Così, come "da copione", seguendo "l'elogio della lentezza" in Sicilia c'è voluto del tempo per decollare. Numerose le riunioni, i progetti e le idee, che hanno stentato un po' a concretizzarsi. Più che etichettarli come "i soliti problemi del Sud", ci piace pensare che abbiamo una "digestione lenta" ma, almeno a lungo termine, efficace. Questa esperienza conferma che non basta mettere insieme un po' di persone per formare un gruppo. Occorre del tempo per conoscersi, interagire e creare una sintonia, per trasformare l'entusiasmo in energia per un progetto condivisibile all'esterno.
Così, nel 2013, dopo una lunga fase di incubazione, passando attraverso piccoli eventi (seminari, partecipazioni a convegni, etc.) per mettersi alla prova e cominciare a farsi conoscere nel territorio, il piccolo gruppo di lavoro della sezione siciliana è riuscito a dar vita a un progetto interessante: il convegno "Illuminare la zona d'ombra dello stress".
Dopo tanta fatica possiamo dire che è stato un successo! Le iscrizioni si sono chiuse in anticipo con una lunga lista d'attesa. Autorità, stampa, ordini professionali e diversi sponsor hanno supportato con entusiasmo l'iniziativa.
La mattina del 28 settembre, a Catania, è stato molto emozionante vedere la sala piena di partecipanti, coinvolti dal livello scientifico delle presentazioni ma anche dall'energia che circolava, dal senso di accoglienza percepito. La prima parte del convegno era dedicata alle autorità, che sono intervenute numerose, e agli interventi di Francesco Bottaccioli, Marina Risi e David Lazzari.
L'attenzione ai contenuti proposti non si è interrotta nemmeno durante la pausa pranzo, dedicata al "Pasto consapevole": un laboratorio di nutrizione PNEI organizzato con la collaborazione di un medico nutrizionista, mirato a portare l'attenzione a ciò che entra nel nostro corpo e collabora alla sua salute e al suo benessere.
Nel pomeriggio abbiamo dato spazio ai professionisti della sezione siciliana, scommettendo su un tema difficile ma molto caro alla SIPNEI: la PNEI… in pratica! Abbiamo quindi organizzato una tavola rotonda per provare a dare una risposta all'annosa domanda: "che significa concretamente lavorare in ottica integrata PNEI?"
Così ci siamo "messi in gioco", aprendo le porte dei nostri studi e dei nostri ambulatori, per raccontare come ognuno di noi integra e adatta, nella propria pratica quotidiana, quello che ha imparato sulla PNEI.
Il confronto è stato interessante e ha coinvolto psicologi, un medico di medicina generale, un endocrinologo e perfino un neurochirurgo.
Il risultato è stato quello di mostrare con semplicità come applicare i principi di "cure integrate", di centralità del paziente rispetto alla cura, di interdisciplinarietà, negli ambiti di lavoro di alcuni dei rappresentanti della sezione: Psiconcologia, Chirurgia, Psicoterapia, Infertilità, Medicina generale.

Riflettendo su come si fa l'integrazione
"PNEI in pratica" quindi significa passare dalla teoria (fondamentale e imprescindibile) alla ricerca e alla pratica clinica, rischiare di uscire fuori dal nostro piccolo orto (la nostra competenza specifica, il nostro studio, etc…) per incontrare altre terre, ampliando (o meglio, "integrando") la nostra mappa professionale con quella degli altri. Se la "nostra mappa" non è il territorio, sicuramente possiamo lavorare insieme per renderla la migliore approssimazione possibile del territorio di riferimento.
Forse qualcuno penserà che tutto sommato all'interno di una società scientifica come la SIPNEI l'integrazione è argomento scontato: non è forse ovvio che la scienza, la medicina di cui parliamo è "integrata", che il nostro punto di vista è olistico? Che tutti sposiamo una visione sistemica? Eppure, proprio in virtù di questa sensibilità, possiamo accorgerci più facilmente della discrepanza tra "la teoria dell'integrazione" e quello che succede nella pratica clinica.
Non ci sono molti dubbi sulla validità della proposta teorica della PNEI: ormai la qualità e la quantità degli studi e delle evidenze scientifiche ne fanno un modello solido e inattaccabile.
Ci sono invece ancora molti dubbi riguardo le modalità concrete con cui lo studio di questo modello può "tradursi" in ricerca e pratica clinica e ci sono ancora diversi fraintendimenti che, proprio attraverso la nostra tavola rotonda, abbiamo cercato di chiarire.
Integrare le conoscenze non significa che bisogna sapere tutto. E soprattutto non significa che i medici devono imparare a fare gli psicologi e viceversa.
La PNEI è una lente, indossabile da tutti, che permette di vedere le relazioni tra le parti.
Indossare questa lente significa scommettere sulla complessità, avere il coraggio di sostenerla, non per abbandonare la propria "lente d'ingrandimento", faticosamente costruita nel proprio percorso di studi. Ogni professionista deve conservare la propria specificità professionale, mettendola al servizio di una visione più ampia e complessa.
Quindi da una parte è importate studiare a fondo il linguaggio del

network, che è un linguaggio dinamico e in continua evoluzione, dall'altra dobbiamo poi poterne farne esperienza, digerirlo e trasferirlo alla nostra vita quotidiana clinica o di ricerca. Per suonare in un'orchestra bisogna conoscere un po' il linguaggio di tutti gli strumenti e l'intera partitura: non si può saper suonare bene tutti gli strumenti, ma sono necessarie delle conoscenze di base condivise. La cura è davvero integrata quando tutti i personaggi coinvolti suonano insieme senza dimenticarsi che in questa orchestra il direttore è l'organismo stesso e noi non possiamo che seguire la sua saggezza.

Organizzare questo evento ci ha dato la possibilità di sperimentarci, confrontarci, iniziare a parlare quel linguaggio comune che è la PNEI. Perché la PNEI non si può imparare solo sui libri, è una lingua che bisogna avere il coraggio di "sperimentare sul campo", anche attraverso il confronto con chi la "parla meglio". L'entusiasmo dei partecipanti ci ha spinto a continuare su questa strada, progettando una serie di iniziative successive dedicate ai soci ma non solo. Attraverso riunioni, seminari e gruppi di lavoro stiamo iniziando a sperimentare un confronto attivo tra i professionisti della sezione. Abbiamo dato inizio, già da diversi mesi, a degli incontri interprofessionali, in cui i soci possono presentare la propria esperienza condividendola con altri professionisti, in uno spazio all'interno del quale è possibile confrontarsi su esperienze, casi clinici, difficoltà e progetti comuni.
Dal confronto è emersa, come area di interesse comune e di esperienza specifica di alcuni soci, un'attenzione per i temi della comunicazione, della relazione tra operatori sanitari e pazienti, della prevenzione e gestione del burn out in ambito sanitario.

Composizione sezione Sicilia



Abbiamo quindi pensato, anche ascoltando le richieste dei soci, di prestare maggiore attenzione al confronto interprofessionale su questi temi trasformandoli in uno dei punti di forza della sezione.
Oltre alle iniziative già in programma stiamo lavorando a diversi progetti e iniziative, uno dei quali si concretizzerà nell'organizzazione di incontri di gruppo a cadenza mensile, che verranno proposti ai soci come "luogo di ascolto" , formazione e supervisione riguardo alle tematiche della relazione di cura e dello stress legato all'attività assistenziale.

Per contattarci: sipnei.sicilia@gmail.com
oppure www.facebook/sipneisicilia

Attività previste per l'anno 2014

Le attività sono aperte a tutti, con l'obiettivo di mettere in movimento idee, progetti, azioni per la condivisione di un approccio sempre più integrato alla salute ed alla malattia.

I seminari: riproponiamo gli incontri che hanno riscosso tanto successo nell'anno precedente, pensati come occasione per condividere conoscenze, competenze e stimolare il confronto tra professionisti della salute.

Gruppi di supervisione emotiva: gruppi aperti, rivolti a tutti gli operatori sanitari e condotti da uno psicoterapeuta, nei quali è possibile trovare uno spazio per l'elaborazione dei vissuti emotivi che emergono durante la pratica clinica e nel rapporto con il paziente. Tra gli obiettivi: favorire il confronto tra colleghi, far emergere risorse individuali e di gruppo, imparare a conoscere e gestire le emozioni proprie e dei pazienti, fornire un servizio di prevenzione e gestione del burn out.

Corso di formazione sulla comunicazione e relazione medico-paziente: un corso di formazione per conoscere e sperimentare non solo "tecniche" di comunicazione efficace, ma anche gli effetti della relazione tra operatori sanitari e pazienti, per comprendere e iniziare a gestire in modo professionale gli aspetti psico-relazionali presenti in tutti i processi di cura. Un argomento caro alla nostra sezione, al quale un gruppo di lavoro si sta già dedicando.

Attività Didattica Elettiva (ADE) presso l'Università di Catania per l'A.A. 2013-2014: un corso dal titolo "La Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia, un ponte tra mente e corpo" rivolto agli studenti del corso di laurea in medicina. L'obiettivo è fare conoscere i principi della PNEI con particolare riferimento ai meccanismi di regolazione dello stress, all'approccio integrato alla salute e alla malattia e all'importanza della relazione nella cura.

Corso di Mindfulness: entro l'anno è prevista l'attivazione del protocollo MBSR (mindfulness based stress reduction).

Sono inoltre in programmazione eventi divulgativi, in particolare nelle provincie di Ragusa e Siracusa.

Società italiana di antropologia medica

SIPNEI società italiana di psico - neuro endocrino - immunologia

Il Rito e la Cura

L'efficacia terapeutica nelle medicine tradizionali nella psicoterapia e nella biomedicina

Giornata di studio - Roma, venerdì 7 febbraio 2014, ore 9.00-19.00 Aula 1 della Facoltà di Lettere e Filosofia, Sapienza Università di Roma

8,30-9.00 **Iscrizioni**

9.00 - 9.45 **Tullio Seppilli** *Il condizionamento psichico dei processi di salute/malattia: un lungo dibattito*

9.45 - 10.30 **Francesco Bottaccioli** *Le relazioni mente-corpo: la svolta della Psiconeuroendocrinoimmunologia*

10.30 - 11.00 ***pausa***

11.00 - 11.30 **Elisa Frisaldi** *L'Effetto Placebo: evidenze e meccanismi*

11.30 - 12.00 **Pino Schirripa** *Corpo ed efficacia nelle terapie pentecostali*

12.00 - 13.00 ***Dibattito***

13.00 - 14.30 ***pausa***

14.30 - 15.00 **David Lazzari** */ rituali in psicoterapia*

15.00-15.30 **Roberto Beneduce** *La memoria che assedia, e quella che cura. Efficacia rituale e coscienza storica sull'altopiano dogon (Mali)*

15.30 - 16.00 **Marina Risi** */ rituali in biomedicina*

16.00 - 16.30 **Daniele Di Lernia** *L'efficacia simbolica rivisitata*

16.30-19.00 **Dibattito e Conclusioni**

RELATORI

Roberto **BENEDUCE** Professore associato di discipline etnoantropologiche nell'Università di Torino

Francesco **BOTTACCIOLI** Docente di Psiconeuroendocrinoimmunologia nella Formazione post-laurea Università di Siena, dell' Aquila e del Salento, Presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia

Daniele **DI LERNIA** Psicologo, dottore magistrale in scienze antropologiche ed etnologiche, Università degli studi Milano Bicocca

Elisa **FRISALDI** Laboratorio di Neurofisiologia dell'effetto placebo, Dipartimento di Neuroscienze-Fisiologia, Università di Torino

David **LAZZARI** Docente di Psicologia Medica Università di Perugia, Presidente della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, Presidente Ordine degli Psicologi dell'Umbria

Marina **RISI** Docente del Master in Medicina Integrata dell'Università di Siena, Vicepresidente della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia

Pino **SCHIRRIPA** Professore associato di discipline etnoantropologiche, Sapienza Università di Roma

Tullio **SEPPILLI** già Ordinario di antropologia culturale nell'Università di Perugia, Presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) e della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

La partecipazione alla giornata di studio prevede un contributo di € 10 per i soci SIAM e SIPNEI, di € 20 per i non soci.

L'iscrizione, con il versamento del contributo, può essere fatta direttamente presso la sede dell'incontro.

Per ulteriori informazioni

segreteria.sipnei@gmail.com

E' uscito il numero 2 di Pnei Review interamente dedicato alla cura integrata del cancro

Capitolo 1
Francesco Bottaccioli La psiconeuroendocrinoimmunologia e il cancro
Capitolo 2
Federico Balestreri Il cancro come malattia epigenetica
Capitolo 3
Marina Risi Stress, genere e cancro
Capitolo 4
Linda E. Carlson Mind-body Therapies for Cancer Patients.
Capitolo 5
Stefano Bartoli La gestione dello stress in chirurgia
Capitolo 6
Francesco Andreoli Alimentazione in oncologia
Capitolo 7
Andrea Delbarba Il contributo dell'agopuntura alla terapia del cancro
Capitolo 8
Walter Legnani Terapie integrate in oncologia:basi scientifiche ed esperienze
Capitolo 9
Claudio Cartoni Gli interventi palliativi

Online, cartaceo, copia singola, abbonamento.
Tutti i modi per leggere Pnei Review

Numeri singoli

1 Copia cartacea: 12 euro / 1 Copia online: 9 euro
1 Copia cartacea: 10 euro / 1 Copia online: 7 euro

RISERVATO ABBONATI PNEI NEWS
1 Copia cartacea: 8 euro / 1 Copia online: 5 euro
RISERVATO SOCI SIPNEI

Abbonamenti biennali cartaceo e/o online

Abbonamento a 4 numeri: 40 euro
Solo online: 30 euro

Abbonamento a 4 numeri: 36 euro
Solo online: 25 euro RISERVATO ABBONATI PNEI NEWS

Abbonamento a 4 numeri: 30 euro
Solo online: 20 euro RISERVATO SOCI SIPNEI

Acquisti/purchase: **www.sipnei.it**
Info/contact: **segreteria.sipnei@gmail.com**