

“Psicoterapia e Medicina, mente e cervello: a proposito di relazioni “

Cristina Lanzarone

*Psicologo Clinico, Psicoterapeuta, PhD in “Neuroscienze e disturbi del comportamento”

Allievo-didatta del CSTFR, Sede CSRM di Palermo

“Tutti credono che io tenga al carattere scientifico della mia opera e che il mio scopo principale sia la guarigione delle malattie mentali. È un enorme malinteso che dura da molti anni [...] Io sono uno scienziato per necessità, non per vocazione. La mia vera natura è d’artista. [...] E c’è una prova inconfutabile: in tutti i paesi dov’è penetrata la Psicoanalisi, essa è stata meglio intesa e interpretata dagli scrittori che dai medici.” S. Freud, 1934

Luigi Cancrini e Giuseppe Vinci “conversano” in un libro e ci riportano così, come due antichi greci, alle origini di una tipologia di letteratura: scrivere in forma di dialogo. Il dialogo configura la ricerca della verità come itinerario aperto e sperimentale, suscettibile di revisioni e integrazioni. Il dialogo è anche tendenzialmente aporetico, cioè strutturalmente non idoneo a risolvere con certezza la contraddizione introdotta da due posizioni diverse, entrambe possibili. Il dialogo, dunque, come genere letterario si presta in maniera congeniale a esprimere un pensiero intrinsecamente indifferente alla coerenza logica di sistema e votato alla circolarità delle opinioni. E la conservazione della pluralità delle diverse vedute, sia in ragione di una loro sostanziale complementarità, sia come espressione di una polimorfia della realtà è aspetto fondativo del dialogo umanistico.

La conversazione è concettualmente aperta alla comunità, e così mi viene voglia di intromettermi in questa conversazione, di “impicciarmi” e di interrompere il dialogo. Il tema? “Mente e cervello, psicoterapia e medicina”, e in uno stato oniroide m’immagino con loro, e un po’ imbarazzata per la mia sfacciataggine, li interrompo!

Comincio con il dir loro che mi sembrano nel solco del pensiero di Gregory Bateson (1976) che dice: «...se tutti e due parlassimo sempre in modo coerente, non faremmo mai alcun progresso [...] Se non ci cacciassimo nei pasticci, i nostri discorsi sarebbero come giocare a ramino senza prima mescolare le carte [...] Allo stesso modo, per pensare idee nuove e dire cose nuove, dobbiamo disfare tutte le idee già pronte e mescolare i pezzi». (1)

E racconto loro che anch’io ho provato a mescolare le carte, i pezzi, le idee già precostituite. L’ho fatto nei quindici anni di lavoro nel Servizio di Psicologia del Policlinico Universitario di Palermo, con me stessa, con i colleghi, medici e non, che ho avuto la fortuna e il piacere di incontrare

mettendo insieme in discussione vecchie idee sulla medicina, sulla psicoterapia, sulla relazione con il paziente, in una dura ma bellissima esperienza.

Comincio con il ringraziarli, perché questo libro ha determinato in me un sentimento: la nostalgia, di quell'esperienza che si è chiusa due anni fa per le magiche necessità della *spending review* e della cecità delle istituzioni politiche e sanitarie. Il Servizio è stato chiuso, ma l'esperienza resta, e non solo per me, per sempre.

Confesso loro che ho letto "*Conversazioni sulla psicoterapia*" tutto d'un fiato e che è mi ha entusiasmato perché è pieno di idee, pieno di riferimenti teorici, di spunti di riflessione, di ragionamenti, di confessioni, di vita insomma. Un libro scientifico e non un "*volumetto*". Immagino Cancrini e Vinci davanti a me con uno sguardo interrogativo, non sembrano molto convinti di questa mia affermazione. «In che senso scientifico?», mi chiedono. Rispondo che per me di scientifico ha tutto.

A partire dal fatto che questo libro tocca tutte le principali e spinose aree del loro e nostro ambiente di lavoro e di conoscenza, la psicoterapia appunto.

A partire dal fatto che è scientifico perché pronto alla discussione, alla riflessione, al ragionamento, al confronto, alla comprensione, al dubbio e alla ricerca dell'equilibrio.

A partire dal fatto che questo libro è una testimonianza sull'uomo, sul cercare di capire di più le ragioni profonde che portano a compiere certi gesti, a soffrire in un certo modo.

A partire dal fatto che l'hanno scritto senza nascondere i propri reali convincimenti, i loro sentimenti, senza paura di dire quello che pensano o sentono. Non si mente. Mai. Figurarsi al paziente. Ho ritrovato in questo libro il loro insegnamento, la loro umanità, la loro visione democratica, che porto avanti nella mia esperienza di docente nella mia scuola di Palermo. Per questo, senza piaggeria, continuo a ringraziarli.

Continuo, rivolgendomi a loro, che come uomini hanno maneggiato idee stando vicino agli uomini, a contatto stretto con loro, ed entrambi sono stati e sono testimoni di molte storie. Ma cos'è un testimone se non qualcuno che ti guarda e che ti ascolta, e del quale tu valuti lo sguardo? Sì, perché per me le storie hanno un valore solo quando si possono raccontare a qualcuno, le storie vanno condivise e da lì si comincia di nuovo, a volere fare delle cose, altre cose finalmente. S.Freud ci insegna che c'è una storia, c'è sempre una storia, e c'è sempre qualche evento che da un senso a tutto. (2)

Questo “volumetto” è davvero importante e perché credo servirà moltissimo a chi come me, come noi, crede nel lavoro da clinico, nel valore della parola e dell’ascolto, e crede nella possibilità che *“la psicoterapia è il punto da cui s’inizia a salvare una vita”* (Cancrini, Congresso SIPSIC, 2011).

Sento che mi stanno ascoltando attenti e che allora posso continuare e adesso introdurmi con le mie di riflessioni. Riflessioni che riguardano i rapporti tra medicina e psicologia clinica, tra medicina e psicoterapia, tra mente e corpo, tra medico e malato, tra psicoterapeuta, medico e paziente, per come le ho sperimentate in quasi tanti anni di lavoro nel Servizio di Psicologia del Policlinico Universitario di Palermo.

Sono stati anni di confronti aspri, di battaglie e di armistizi, sempre con il fine di costruire un ponte che aiutasse la gestione di una dualità ingovernabile come quella tra pratica medica e dimensione psicodinamica. Troppe volte l’incontro tra medico e paziente mostra i segni di disfunzione relazionale, con atteggiamenti a volte collusivi (piuttosto che di reale intimità), di insana co-dipendenza, reciprocamente ed inconsapevolmente proiettivi, minacciosi fino al conflitto dichiarato e alla separazione traumatica.

Ho per questo lottato affinché la psicologia clinica e la psicoterapia fossero finalmente riconosciute utili anche in un ospedale.

Ho visto molte volte non funzionare la relazione medico-paziente e questo per via dell’eccesso di tecnicismo o di difese reciprocamente attivate. Confronti e riflessioni tra noi e i colleghi medici, hanno quindi quasi sempre riguardato il cercare di comprendere quali fossero le problematiche emozionali per il medico, come per esempio il bisogno di una diagnosi corretta e precoce. Cercando la rassicurazione, mutuata di solito dai dati della letteratura, dai riferimenti statistici e da una semeiotica rigida, dalla scelta di una procedura diagnostica e di una prognosi, sostenute da casistiche cliniche e cioè da parametri sicuri ed esterni. Proponendo noi psicologi invece la disponibilità personale ad accogliere il dubbio; la propria perfettibilità e il proprio limite; il diritto all’errore e quindi a condividere tutto questo con il paziente; l’attitudine a distinguere e a separare il paziente dal suo organo malato; il rinforzo dell’Io attraverso l’esperienza del successo; il trattare nel gruppo di lavoro il senso di colpa o di fallimento, ed infine l’aspirazione al mantenimento di una relazione con il paziente guarito, o comunque restituito ad una esistenza di qualità.

Altre riflessioni ci impegnavano verso il paziente e le sue reazioni a quegli atteggiamenti del medico: la richiesta del paziente di certezza e verità sulla natura della sua malattia, il suo pregiudizio sulla perizia del medico, anche rispetto ai suoi colleghi, le ragioni della sua malattia e

della sua mancata evoluzione in senso positivo, la sua disponibilità ad accettare una prognosi incerta, la sofferenza, e infine la possibilità di integrare il medico entro i confini della propria vita affettiva, oltre il tempo e lo spazio presenti.

Dunque il lavoro clinico, e indirettamente anche psicoterapeutico, si è svolto soprattutto con i colleghi medici, cercando di sviluppare insieme attitudini relazionali più efficaci, attraverso la comprensione di sentimenti e reazioni emotive proprie e degli altri, l'interpretazione corretta delle comunicazioni verbali e non verbali, il riconoscimento di tratti di personalità importanti per migliorare la relazione con il paziente.

Abbiamo tutti in quegli anni avuto la straordinaria la possibilità di costruire un ponte tra medicina e psicoterapia, guidati dal progresso delle neuroscienze.

Ci è stato permesso di compiere il passaggio da una medicina centrata sulla malattia a una medicina centrata sul malato, di utilizzare come strumenti terapeutici parola ed emozioni piuttosto che agenti chimici fisici o meccanici, di utilizzare il livello di coinvolgimento emotivo, un nuovo linguaggio, e infine l'ascolto come strumento principe di conoscenza.

Tante volte ci siamo soffermati nei Gruppi Balint (3) a parlare di noi, e di soma e psiche, della *"restitutio ad integrum"*, della differenza tra errore medico ed errore psicologico, dell'utilità della parola e della possibilità di cura della stessa.

Per mia fortuna in quei frangenti in mio aiuto arrivava sempre il Prof. Kandel, un ometto di ottant'anni, simpatico e affabile, che avrei voluto tante volte ringraziare per i suoi articoli attraverso i quali ero riuscita a insinuare dubbi fecondi in un gruppo di spaventati chirurghi, oncologi o andrologi.

Mi soffermo allora sull'utilità delle competenze psicologiche e psicoterapeutiche nel lavoro svolto con le équipes mediche, con l'attenzione alle dinamiche collusive o espulsive, competitive o squalificanti, e con la condivisione e la multidisciplinarietà per la comprensione del malato in quel particolare momento della sua vita. Oppure con l'affrontare insieme il momento in cui "le cose vanno male", in quelle situazioni di fallimento in cui si scopre che quella che avrebbe dovuto essere una "alleanza terapeutica" si è rivelata essere una "collusione di bisogni". Ragionando sull'équipe che diventa incapace di sopperire alle necessità anche inesprese del paziente, o di sopportarne l'angoscia, che mette in campo le sue difese rispondendo in modo simmetrico alla rabbia con rabbia o senso di colpa, alla tristezza con depressione o attivazione di aspetti sadiche, alla regressione con collusione o rifiuto, all'isolamento con tentativi di seduzione o distacco. Non dimenticherò mai un paziente trapiantato, per il quale l'intervento era fallito, che vedendomi

entrare nella camera sterile disse *“Ho capito dottoressa, il trapianto è andato male: i dottori, a parte lei, entrano sempre più raramente nella mia stanza”*. L'utilizzazione di meccanismi come quelli della negazione, della razionalizzazione e del ritiro nei confronti del fallimento, erano palesi, ma la rimozione non era solo mentale, ma era anche nello sguardo, non guardare più la prova tangibile del fallimento, cioè il paziente stesso, e questo proprio nel momento in cui egli aveva più bisogno di un sostegno.(4)

E ritorno su una vecchia questione ormai superata. Ma è davvero così? Non ne sono così sicura. La possibilità di pensare che un farmaco, un intervento, possano restituire l'integrità, la *“restituito ad integrum”* nel campo della malattia mentale, è così vera? E poi dopo una psicoterapia in cosa consiste questo *integrum*. Forse un nuovo *integrum*. Si finisce con l'essere diversi, con nuove connessioni neuronali, o nuovi occhiali, o come dice Lorna Benjamin si riacquisisce il *“Sé di diritto”*, cioè quello che saremmo stati se determinati fatti, accadimenti, relazioni non avessero distorto lo sviluppo della personalità. La clinica ci insegna come i fatti della vita determinano i modelli di reazione e spiegano le differenze.

E' stato difficile introdurre questo modo di pensare dentro un'istituzione forte come il Policlinico di Palermo, ma ci siamo riusciti per quindici anni. E' stata un'esperienza meravigliosa. Il lavoro con tutte le équipes da quella oncologica a quella per i trapianti o bariatriche. Il lavoro con il paziente oppositivo, che non si fida o che ti sfida. La possibilità di guardare anche alla sua storia, e alla storia del medico che si prendeva cura di lui, di guardare le risonanze o i meccanismi di identificazione proiettiva che si determinavano. Ricordo come una volta un collega medico davanti alla macchinetta del caffè mi disse *“tu non dirlo a nessuno, ma questa cosa di cui parli, l'identificazione proiettiva, mi sembra una cosa straordinaria... ma io non riesco a proprio capirla, credo che non la capirò mai”*.

E così mi trovavo a raccontare ai colleghi medici, di come le scoperte di scienziati quali Kandel, Edelman e Damasio e altri, abbiano proposto nuovi modelli neurobiologici e un nuovo punto di vista, validando teorie e pratiche psicoterapeutiche e suggerendo nuovi indirizzi di intervento basati sull'evidenza neurologica.

E così mi trovavo a descrivere e spiegare il fenomeno psichico dell'empatia attraverso le ricerche di Rizzolati (5) ed il suo gruppo sui *mirror*, o attraverso uno dei racconti più noti di Edgar Allan Poe, *“La lettera rubata”* (6) : *“Quando desidero sapere fino a che punto un mio compagno è intelligente, o stupido, o buono, o cattivo, o quali sono i suoi pensieri in un determinato momento, io unifermo l'espressione della mia faccia, il meglio che mi riesce, con l'espressione di quella dell'altro, e poi*

aspetto di vedere quali pensieri o quali sentimenti si formino nella mia mente o nel mio cuore, tali da fondersi o corrispondere all'espressione esteriore."

Di fatto almeno in tre grandi aree di studio le neuroscienze hanno fornito preziosi contributi alla comprensione del substrato dei cambiamenti indotti dalla psicoterapia, come la genetica, la neuroimaging e la neurofisiologia (7). Molti studi familiari e di biologia molecolare hanno mostrato che diversi disturbi psichiatrici hanno una componente genetica e che questa potrebbe essere significativamente alta per alcuni di essi, come la schizofrenia, il disturbo ossessivo-compulsivo ed il disturbo bipolare (8)-(9). Ma anche in queste patologie, in ogni caso, le influenze di fattori ambientali e socio-relazionali sembrano essere molto rilevanti. Metà dell'intero genoma umano è deputato alla codifica degli elementi strutturali che andranno a comporre il cervello. E nonostante tutte le ricche connessioni anatomiche che hanno luogo sotto tale controllo, il genoma non è sufficiente a codificare tutti i livelli evolutivi implicati e a determinare quali connessioni diverranno funzionalmente attive, poiché è l'interazione con l'ambiente che modula la rete delle connessioni neurali (10).

E le conferme arrivano anche dai numerosi studi sui gemelli omozigoti, che, pur condividendo il 100% dei geni, risultano concordare nei disturbi psichiatrici raramente oltre al 50% dei casi. Ciò ha indotto i genetisti a considerare le condizioni psichiatriche come disordini complessi che non seguono le leggi mendeliane dell'ereditarietà e la cui patogenesi implica la complessa interazione di più di un gene alterato con più di un fattore patogenetico ambientale (11).

L'interazione tra geni e ambiente può influenzare anche quei disordini che non dipendono direttamente da una mutazione o variazione del codice genetico. Le droghe, gli eventi stressanti della vita relazionale, le esperienze traumatiche e di attaccamento possono modificare l'espressione genica inducendo un cambiamento, ad esempio, nella trascrizione dei domini proteici che presiedono alla sintesi di un determinato neurotrasmettitore.

Ecco cosa ci dice il prof. Kandel: *"In parole povere, la regolazione sociale dell'espressione genica predispone alle influenze sociali tutte le funzioni corporee, ivi incluse le funzioni cerebrali"* (12).

Per anni le scienze mediche hanno sostenuto che l'uomo fosse predestinato dalla genetica e ostacolato dal condizionamento, come se le nostre capacità, caratteristiche e sentimenti fossero scritti, anzi incisi, nel DNA e che per questo motivo fosse impossibile cambiare le nostre vecchie abitudini, imparandone di nuove. Fortunatamente lo sviluppo delle neuroscienze ha permesso di abbandonare questa posizione limitante e oggi sappiamo con certezza che i circuiti del cervello non sono permanenti e immodificabili, anzi. Ogni volta che impariamo qualcosa di nuovo o

facciamo una nuova esperienza il cervello crea nuove connessioni sinaptiche; veniamo modificati continuamente dai nostri pensieri, informazioni acquisite, eventi sperimentati, reazioni, sensazioni e sentimenti che creiamo, ricordi e sogni. La caratteristica universale della plasticità neuronale ci porta a imparare dalle esperienze che sperimentiamo nel nostro ambiente, in modo da adattare il nostro comportamento, i processi di pensiero e la nostra personalità verso esiti più funzionali e desiderabili. Questi aspetti sono di vitale importanza per noi perché ci permettono di cambiare e così di evolverci.

Dal continuo confronto con i colleghi medici svolto in quegli anni si è rafforzato il mio interesse per l'intreccio tra mente e cervello. Interesse che è diventato anche uno studio, conclusosi nella mia tesi di dottorato, in "Neuroscienze e Disturbi del Comportamento" presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo, dal titolo "*Impulsività e prognosi nel Binge Eating Disorders (BED)*". Nello studio ho confrontato l'uso di due antidepressivi in alcune manifestazioni psicopatologiche del *Binge Eating Disorder*, rispetto al solo uso della psicoterapia. L'analisi dei dati ha dimostrato come la psicoterapia da sola ottenesse gli stessi risultati positivi, sulla fame e i comportamenti impulsivi, sulla restrizione, sulla depressione e sulla maniacalità, dei farmaci.

Un grande numero di ricerche, ben più importanti della mia, hanno permesso di stabilire con certezza che la psicoterapia agisce sul cervello e produce al suo interno le stesse modifiche che sono apportate dai farmaci.

Ma allora sono così lontane psicoterapia e medicina? O psicologia e medicina? O clinica medica e psicologia clinica? È forse paradossale che sia proprio la ricerca in medicina a convalidare la psicoterapia, e il suo buon esito? Con la parola si può modificare una connessione neuronale! Meglio che con una molecola.

Ripenso a Gregory Bateson "*...è il sistema stesso (che si tratti di individui, di coppie e di famiglie) a diventare l'artefice della propria guarigione*" (1).

Sono alla fine delle mie riflessioni, ho raccontato la mia storia, l'ho condivisa con due testimoni d'eccellenza, i due autori delle "Conversazioni". Ho ancora il libro in mano, e li ringrazio per avermi dato la possibilità di ripensare, di ritornare in un luogo lontano (ma che ha segnato la mia crescita personale e professionale), di continuare a credere che niente è inutile e che tutte le esperienze

anche quelle dolorose sono utili, perché come ha scritto Luigi Cancrini, anche quando finisce una cosa, e il dolore della separazione è tanto, puoi sentirti in pace con te stesso, quando hai fatto tutto quello che potevi fare. Così, con questo pensiero rassicurante, riprendo a leggere il libro, ma nella mia mente irrompe un pensiero: mia figlia, la grande, prova quest'anno ad entrare alla Facoltà di Medicina, col desiderio di specializzarsi in neurochirurgia! Mi dice: «*Il cervello mi affascina, mi piace... però sai, mamma, da un altro punto di vista, diverso dal tuo!*»

Io adesso posso fare delle altre cose. Finalmente.

“*Bisogna ricominciare il viaggio. Sempre.*” (Saramago)

Bibliografia

1. Bateson G.; Ruesch J. (1976) *La matrice sociale della psichiatria*, Il Mulino, Bologna
2. Freud S. (1980) *Opere*, a cura di Cesare L. Musatti, Bollati Boringheri, Torino
3. Balint M. (1961), *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano
4. Bongiorno A.; Rapisarda F.; Zoda M.L.; Lanzarone C., (1983) *Quando le cose vanno male*, Acta Chirurgia Mediterranea, Volume 9,N.6 S
5. Rizzolatti G., Sinigaglia C., (2006) *So quel che fai*, Raffaello Cortina Editore, Milano
6. Allan Poe E., (1845) (2009) *La lettera rubata e altri racconti*, Rizzoli, BUR, Bologna
7. [Mundo E.](#), (2006) *Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible?*, Winter; 34(4):679-91
8. Mundo E et al., (2005) MCP-1 gene (SCYA2) and schizophrenia: a case-control association study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* Jan 5;132B(1):1-4.
9. Ni X, et al., (2002) *Linkage disequilibrium between dopamine D1 receptor gene (DRD1) and bipolar disorder*, *Biol Psychiatry.* 2002 Dec 15;52(12):1144-50.
10. Garland EL, Howard MO (2009) *Neuroplasticity, psychosocial genomics, and the biopsychosocial paradigm in the 21st century.* *Health Soc Work.* 2009 Aug;34(3):191-9.
11. Reichborn-Kjennerud T. et al.,(2013) *Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder.* *JAMA Psychiatry.* 2013 Sep 18.

12. E. R. Kandel, (1998) *A new intellectual framework for psychiatry*. American Journal of Psychiatry, 1998 Apr;155(4):457-69

13. Saramago J.(1999), *Viaggio in Portogallo*, Einaudi, Torino