

editoriale

Diagnosi frettolose

Dell'amico, magari geniale a suo modo, che abbia qualche stramberia, come quella di essere sempre in ritardo e non scusarsene, di parlare in modo monotematico del suo lavoro senza ascoltare gli altri, di non mettere in gioco le proprie emozioni, di preferire uno stile di vita isolato, è diventato quasi moda decretare che sia affetto da una sindrome di Asperger. Certo, il confine fra comportamenti più o meno usuali e la malattia



Serie televisiva americana con studenti di scuola superiore affetti da sindrome di Asperger

psichiatrica è un dilemma del nostro lavoro. Spesso, infatti, lo svolgimento delle attività occupazionali e relazionali non sembra compromesso e non sono presenti stati di sofferenza (criteri generali con cui definire il passaggio a uno stato di 'malattia'). Però sta diventando sempre più un vezzo domenicale e salottiero quello di includere in categorie psichiatriche i comportamenti che si discostano da quelli più abituali. Un gioco di società con cui professionisti del campo cercano di mettersi in mostra – o di mascherare delle loro insicurezze personali – a tutto danno della persona interessata, che viene così stigmatizzata anche se, come nel caso descritto, sarebbe possibile fare una diagnosi corretta di una forma lieve della sindrome di Asperger.

(continua a pagina 12)

Dopo la glaciazione

L'opera, il pensiero, la figura di Franco Basaglia rappresentano, nel bene e nel male, l'anno zero della salute mentale in Italia, uno spartiacque che ha segnato in maniera indelebile la storia relativamente recente della psichiatria nel nostro Paese. Le interessanti premesse basagliane, specchio di un'epoca in cui più in generale si avvertiva in medicina la necessità di rielaborare il rapporto con il malato, erano il recupero e l'integrazione del malato stesso alla società e il tentativo di recuperare dietro al disturbo una persona con le sue aspettative, i suoi bisogni e i suoi progetti. Questo messaggio rappresenta l'evoluzione della psichiatria da disciplina di contenzione sociale della patologia mentale (vista come qualcosa da nascondere e detenere) a disciplina del riscatto del malato.

Il messaggio di Basaglia produsse un importante aspetto positivo, ossia una legge sulla salute mentale ben strutturata ma mai totalmente attuata, e un aspetto negativo, ossia uno stuolo di chierici della psichiatria sociale, più basagliani di Basaglia stesso.

Con gli anni, nel mondo, la psichiatria ha potuto proseguire il proprio percorso di evoluzione, avvicinandosi al successivo stadio, quello di una specialità medica che, pur nella sua unicità, offre risposte – purtroppo ancora lacunose e parziali – ai milioni di persone che sono affetti da una qualche forma di disturbo mentale.

Sfortunatamente, e per una serie di cause che sarebbe troppo lungo elencare, l'Italia fatica a stare al passo con quest'ultimo cambiamento, rischiando di perdere l'appuntamento con un'Europa i cui restanti membri già riescono a parlare un linguaggio comune nella salute mentale.

Nel 2007 sono arrivato a Barcellona per una permanenza di sei mesi nel contesto della mia specializzazione in psichiatria, in un centro di attenzione terziaria e ricerca clinica per pazienti affetti da disturbo



anche in questo numero:

aggiornamento	3
riflessione	4
corrispondenza.....	6
letteratura & psichiatria	7
i racconti	10

bipolare dell'umore. Come specializzando proveniente dalla Sardegna, il mio background di formazione spaziava da tre anni di solida formazione in psichiatria biologica e psicoterapia a forzate e inevitabili contaminazioni basagliane, date da ripetuti contatti con persone direttamente o indirettamente provenienti dall'esperienza triestina, che, in quegli anni, provavano a imporre per via politica una simile organizzazione nella mia regione. Avevo sottovalutato la portata dell'anacronismo italiano, intrinseco al creare una salute mentale improntata su un modello fortemente ideologico nato trent'anni prima, fino al momento in cui ho conosciuto la realtà catalana, dove, similmente, negli anni '70 i venti della psichiatria sociale avevano soffiato forte: con la sostanziale differenza che, però, a Barcellona si era andato avanti.

Certamente la mia esperienza è difficilmente generalizzabile a tutta la Spagna: le caratteristiche della città in cui vivo, dell'ospedale e del gruppo di lavoro in cui mi muovo quotidianamente tracciano una soglia di efficienza e qualità che non ha uguali nel resto della penisola iberica, dal momento che, proprio come in Italia, esistono molte disparità tra il Nord e il Sud della Spagna. D'altro canto, è innegabile che la realtà professionale che io vivo rappresenti la retta cui asintoticamente tendono gli sforzi organizzativi di un sistema della salute mentale fortemente orientato a una dimensione internazionale, unica alternativa ai provincialismi ideologici autocelebrativi che, in altri momenti e luoghi, mi è capitato di conoscere.

La bussola che guida le scelte cliniche nella pratica diurna nei reparti che ho conosciuto a Barcellona consiste nell'utilizzo di due strumenti concettuali: un linguaggio diagnostico coerente con riscontri scientifici oggettivi, comprensibile a livello internazionale e su cui si basa la totalità dell'evidenza scientifica di qualità; l'utilizzo esclusivo di strategie terapeutiche che abbiano dimostrato in maniera inequivocabile di funzionare, siano esse di tipo farmacologico, psicoterapeutico o fisico. La direzione verso cui la bussola punta è rispondere in maniera concreta alla necessità del paziente di risolvere in modo rapido il proprio disturbo o, almeno, di alleviarne i sintomi o le ricadute, utilizzando qualsiasi presidio possa essere efficace senza pregiudizi di sorta.

Le implicazioni di questi elementi, che agli occhi di qualsiasi professionista della medicina paiono banali concetti di tutela del paziente, sono però notevoli. Ad esempio, l'uso, nei casi indicati, della terapia elettroconvulsiva (TEC) – un tempo chiamata elettroshock – che, contrariamente alle favole spesso raccontate, è un intervento biofisico estremamente sicuro e rappresenta a tutt'oggi l'antidepressivo più potente e rapido di cui disponiamo. O ancora, invece dell'applicazione testarda di un dogma psicoterapeutico a tutti i disturbi, l'uso di un certo tipo di psicoterapia solo nei disturbi in cui abbia dimostrato di essere efficace.

A parte alcune isole felici, in cui fiorisce una ricerca di elevata qualità e una conseguente pratica clinica basata sui fatti, l'Italia tarda a trovare un'uscita dal relativismo professionale in cui molti si trincerano per evitare qualsiasi



confronto con unità di misura effettive e comprensibili. Al di fuori di queste poche voci – riconosciute in pieno *Italian style* più all'estero che in patria – si trova la desolata mancanza di un anche minimo riscontro in migliaia di professionisti.

E allora, mi chiedo, la chiave non potrebbe essere proprio nella formazione? Nuove generazioni di medici, psicologi, infermieri, educatori, formati su concetti moderni, su ciò che si è recentemente scoperto della malattia mentale, più che su una ostinata mancanza di definizioni?

Per essere questa una delle chiavi di volta, ci aspetteremmo di trovare forte discrepanza tra la formazione in Italia e quella nel resto dell'Unione... e, infatti, è così. L'Europa da tempo ha adottato svariate soluzioni, e qui in Spagna ho potuto vederle attuate: l'accesso alla specializzazione medica con un concorso nazionale e meritocratico avrebbe ragione d'essere per cause intuitive e che riguardano la buona pratica in medicina, più che soltanto in psichiatria; ancora, per gli specializzandi è d'obbligo trascorrere un periodo di tempo (dai 3 ai 6 mesi) in strutture esterne a quelle in cui lavorano durante il resto della specializzazione, all'estero o anche nella stessa città in cui si trovano, in modo da poter conoscere realtà di lavoro differenti. Similmente, la pratica clinica in psicologia (psicoterapia) è consentita solo mediante un concorso nazionale ed è strutturata non su fantasiosi dogmi insegnati a caro prezzo nei fine settimana e la cui efficacia è nella migliore delle ipotesi non dimostrata, quanto piuttosto su un rigoroso calendario di formazione nei luoghi in cui la salute mentale deve essere trattata (reparti di psichiatria, reparti di lungo degenze, centri di salute mentale, consulenze per altre specialità mediche, psicooncologia, psichiatria infantile).

La Spagna, tradizionalmente vista come un paese vicino al nostro, benché sia partita con un comprensibile ritardo – solo nel 1976 è uscita da una dittatura feroce – mi pare adesso più pronta a un confronto internazionale rispetto all'Italia, per quanto riguarda la salute mentale. Da noi, seppure la pratica di una psichiatria responsabile si stia comunque diffondendo, si passa ancora molto tempo a discutere di temi ibernati, immersi nella trentennale glaciazione della psichiatria sociale (sociatria?) che mal risponde a ciò che oggi si conosce in termini di neurobiologia, genetica, farmacologia, clinica. Sia chiaro, nessuno si sognerebbe di affermare nel 2011 che non sia

fondamentale l'integrazione e il pieno diritto di cittadinanza di una categoria con elevato rischio di deriva sociale come quella del malato psichiatrico. Ma ritengo che questo aspetto non possa prescindere da un passo precedente e obbligato, ossia il controllo medico di disturbi e patologie con elevato carico di disabilità, e che questo richieda una più chiara suddivisione di ruoli, essendo di fatto impossibile, specie in tempi economicamente incerti, che strutture con funzione sanitarie debbano farsi carico di tematiche prettamente sociali.

L'utilizzo di risorse concettuali, professionali e terapeutiche che siano di dimostrata efficacia possono e devono essere il "nuovo" paradigma ubiquitariamente accettato in Italia, come già avviene all'estero, secondo il criterio di tutela del paziente. Questo, e solo questo, dovrebbe essere ciò che definisce la buona pratica: in psichiatria come, in generale, in medicina.

Andrea Murru
MD Bipolar Disorder Program, Hospital Clinic, Barcelona
IDIBAPS CIBERSAM

Antipsicotici: al primo posto nella classifica dei farmaci più venduti

I farmaci antipsicotici hanno raggiunto negli ultimi anni il primo posto tra i farmaci più venduti (il loro fatturato, negli USA, ha raggiunto nel 2009 la bellezza di 14,6 miliardi di dollari).

Molti esperti da tempo si chiedono se questo aumento corrisponda a un reale bisogno di questi farmaci o se invece non sia la spia di un uso inappropriato e quindi di una prescrizione eccessiva (non necessaria) per patologie in cui non sono indicati.

Come suggerito dal nome, questi farmaci sono indicati ed efficaci nei disturbi psicotici, in particolare nella schizofrenia. In questa malattia essi possono essere usati sia nel trattamento a breve termine sia nella terapia di mantenimento, sebbene vi sia scetticismo sulla loro reale efficacia tenendo conto della qualità della vita dei pazienti. Inoltre, resta irrisolta la domanda: i benefici attesi da un trattamento a lungo termine con questi farmaci giustificano i rischi che essi comportano in termini di effetti avversi?

Gli antipsicotici sono indicati ed efficaci anche nel trattamento acuto della fase eccitativa del disturbo bipolare dell'umore, soprattutto in presenza di sintomi psicotici o di grave agitazione psicomotoria. In questo caso essi dovrebbero essere somministrati fino alla risoluzione del quadro acuto e poi sospesi, mentre per una terapia di mantenimento a scopo profilattico si consigliano gli stabilizzanti dell'umore, in particolare i sali di litio.

Al contrario, sta sempre più prendendo piede la prassi di utilizzare antipsicotici (in particolare quelli cosiddetti atipici o di seconda generazione) come stabilizzanti dell'umore, cioè per la prevenzione delle ricadute depressive e/o maniacali della malattia maniaco-depressiva, tanto che, fatto ancora più preoccupante, alcuni di questi farmaci hanno ottenuto da parte

della Food and Drug Administration la "patente" di stabilizzanti dell'umore.

È questa la causa principale dell'impennata della prescrizione di questi farmaci, che è iniziata quando sono entrati in commercio i nuovi e più costosi antipsicotici. Gli esperti di disturbo bipolare sostengono quasi all'unanimità che non esistono studi attendibili in favore di un'efficacia di queste terapie nella profilassi delle ricadute maniacali e/o depressive del disturbo bipolare, e quindi che l'uso a lungo termine è inappropriato.

Non solo la dimostrazione della loro efficacia è limitata, ma è ormai chiaro che l'uso prolungato e in dosi elevate della maggior parte di questi farmaci possa causare un effetto collaterale pericoloso: la sindrome metabolica. Questa è caratterizzata da una serie di segni e sintomi (aumento di peso, aumento della pressione arteriosa, aumento dei livelli di colesterolo, rischio di insorgenza di diabete) che rappresentano fattori di rischio per l'insorgenza di gravi disturbi cardiovascolari. Se si considera, poi, che lo stesso disturbo bipolare comporta un aumentato rischio di gravi disturbi cardiovascolari, è fin troppo facile condividere l'opinione di chi sostiene che la somministrazione sconsiderata di farmaci antipsicotici a lungo termine nei pazienti con disturbo bipolare equivale a un probabile peggioramento della loro salute fisica.

Altri usi impropri di questi farmaci sono il loro impiego come ipnoinducenti o come ansiolitici sfruttando la loro capacità sedativa (effetto antiistaminico) che, peraltro, va incontro a tolleranza e quindi ha un effetto effimero. Anche in questo caso è evidente quanto sia inappropriato l'uso di farmaci costosi e con possibili effetti collaterali importanti per trattare dei sintomi che possono essere agevolmente trattati con farmaci meno "impegnativi" sia da punto di vista economico sia dal punto di vista della tollerabilità e sicurezza.

Gino Serra
Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università di Sassari



Il concetto di comorbidità in psichiatria

Negli ultimi decenni, il concetto di comorbidità (o comorbilità) è divenuto familiare in psichiatria. Si può affermare che gli psichiatri, almeno i più giovani, considerano la comorbidità in psichiatria un fenomeno talmente frequente da vederlo più una regola che un'eccezione. In effetti, i dati di recenti studi epidemiologici sull'argomento sono più che eloquenti. Nel primo grande studio *National Comorbidity Survey (NCS)* di Kessler del 1994 è stato evidenziato che il 51% dei pazienti con diagnosi di Episodio depressivo maggiore secondo (criteri del *DSM-III-R*) avevano almeno un concomitante disturbo d'ansia mentre soltanto il 26% non presentava alcun altro disturbo mentale. Risultati del tutto sovrapponibili sono stati raggiunti nella replicazione dello studio, effettuato utilizzando i criteri diagnostici del *DSM-IV* dagli stessi autori nel 2005.

In un recente studio australiano (Andrews *et al.*, 2002), il 21% dei pazienti con diagnosi di un qualsiasi disturbo mentale secondo il *DSM-IV*, soddisfaceva i criteri diagnostici di tre o più diversi disturbi concomitanti. Per usare le parole del grande psichiatra olandese van Praag, la comorbidità è diventata "la mascotte dei neo-nosologisti". Per comprendere come si sia giunti all'attuale stato delle cose, è bene ripercorrere brevemente la storia del concetto.

Il termine comorbidità è stato introdotto in medicina dal clinico ed epidemiologo Alvan R. Feinstein (1970) per indicare una distinta patologia che insorgesse durante il decorso clinico di un paziente già sotto osservazione per una determinata malattia. La comorbidità – sottolineava Feinstein – poteva modificare il decorso clinico dei pazienti affetti da medesime patologie, interferendo sul tempo della diagnosi, sulla scelta terapeutica e sull'esito. Un semplice esempio potrebbe essere quello di un paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva e diabete mellito. Nello stesso lavoro, Feinstein si spingeva ancora oltre affermando che si poteva parlare di comorbidità anche in presenza di una patologia e di uno stato clinicamente rilevante ma non di per sé patologico, come ad esempio una gravidanza o una dieta alimentare.

Tale definizione ben si applica alle scienze mediche laddove l'eziopatogenesi è identificata. Più complesso ne è l'utilizzo in psichiatria, dove i processi causali dei disturbi sono lunghi dall'essere chiariti e non è accertato se la presenza di due o più diagnosi psichiatriche sia realmente dovuta alla presenza di due distinte entità cliniche o rappresenti la molteplice manifestazione di un'unica entità clinica. E poiché, come afferma lo psicologo Scott Lilienfeld, "l'uso di un linguaggio impreciso può portare a un impreciso ragionamento", mi sento di affermare con Mario Maj (2005) che l'uso del termine comorbidità dovrebbe essere evitato in psichiatria. Altre definizioni non hanno di molto spostato i termini del problema.

Come abbiamo già ricordato, la presenza di diagnosi psichiatriche multiple è di gran lunga più frequente che nel passato e sembra essere il risultato di un'evoluzione cominciata negli anni '70 e fiorita nel decennio successivo.

Nel 1970, Robins e Guze portarono avanti argomenti molto convincenti per utilizzare evidenze empiriche come principali criteri diagnostici per le diagnosi psichiatriche. Negli stessi anni,



sono stati largamente diffusi in psichiatria criteri diagnostici basati su dati misurabili, operativi ed empirici prima per ragioni di ricerca e poi a fini clinici (a onor di completezza, sino a quel momento, la psichiatria americana era dominata dal pensiero psicoanalitico). Dagli anni '80 in poi, il concetto di comorbidità ha definitivamente messo radici nel campo della psichiatria. Il tempo coincide perfettamente con l'uscita della rivoluzionaria III edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, 1980)* e con la pubblicazione della sua revisione (*DSM-III-R, 1987*). Il *DSM-I* (1952) e il *DSM-II* (1968) seguivano un modello "una malattia=una diagnosi" che forzava i clinici ad assegnare una singola diagnosi onnicomprensiva, al limite utilizzando frasi che meglio specificavano la qualità del quadro clinico (come, ad esempio "con reazione nevrotica" o "con reazione psicotica") per descrivere i casi complessi.

Il *DSM-III*, invece, ha un approccio completamente diverso, suddividendo diagnosi sino a quel momento uniche in molteplici altre, aggiungendo un grande numero di "nuove" diagnosi psichiatriche (nel *DSM-IV* del 1994 il numero di diagnosi psichiatriche è circa il doppio di quello presente nel *DSM-II*) e fornendo criteri operativi per ciascuna diagnosi. Ora: o in pochi decenni il numero di disturbi psichiatrici e la conseguente comorbidità è lievitato, oppure dobbiamo affermare con Maj (2005) che la comorbidità in psichiatria è "un artefatto dei recenti sistemi diagnostici". Lo studioso evidenzia alcuni fattori che hanno contribuito all'estensivo uso della comorbidità in psichiatria e che possono essere così sintetizzati.

Innanzitutto una regola che ha sotteso la nascita del *DSM-III* è quella per la quale lo

stesso sintomo non può apparire in più di un disturbo. Questo spiegherebbe perché il sintomo "ansia" non compare tra i criteri *DSM-IV* del Disturbo depressivo maggiore nonostante il testo del manuale riconosca che molti pazienti depressi presentano sintomi d'ansia. Inoltre, la proliferazione delle categorie diagnostiche psichiatriche, creando demarcazioni che non esistono nella pratica clinica, aumenta le probabilità che diverse diagnosi siano poste in un singolo individuo. L'attuale classificazione dei disturbi d'ansia o dei disturbi di personalità è portato ad esempio in quanto, come già chiaramente riconosciuto dal fenomenologo Jaspers (1913), le nevrosi e le personalità abnormi non hanno limiti e confini ben demarcati sia tra di loro e sia con la comportamenti non sintomatici. Porre rigide categorie aumenta, come accade, la possibilità che in un singolo individuo si facciano due o tre diagnosi di disturbi d'ansia o di personalità.

La limitatezza di regole gerarchiche, poi, rischia di aumentare la confusione anziché fornire informazioni aggiuntive utili sia per la ricerca sia per la clinica. La tradizione psichiatrica consolidata stabiliva una gerarchia diagnostica per cui se un paziente era

affetto da un disturbo psicotico, l'eventuale concomitante disturbo nevrotico non era diagnosticato perché considerato parte del disturbo principale. Ora, invece, un paziente affetto da Schizofrenia paranoide, che presenta sintomi di panico, riceve due diagnosi e, senza che nessun clinico o ricercatore sia realmente a conoscenza di ciò che sottende il disturbo di panico in un paziente con schizofrenia, questo viene equiparato a un disturbo di panico in un paziente agorafobico. Infine, gli attuali criteri diagnostici si basano su dati empirici, considerati più attendibili e condivisibili di quelli derivati dalle descrizioni cliniche tradizionali che, basate sulla psicopatologia classica, incoraggiavano la diagnosi differenziale, diversamente delle attuali che favoriscono le diagnosi multiple.

Per rimanere nel campo della psicopatologia classica, a partire dai lavori di Bleuler (1911), la diagnosi veniva posta assegnando una gerarchia tra i sintomi (primari-secondari, fondamentali-accessori), nel tentativo di ricercare il nucleo dell'entità clinica. Se una sindrome si presenta con i sintomi tipici e fondamentali, la presenza di quelli accessori è del tutto indifferente in termini diagnostici, prognostici e terapeutici. L'attuale sistema diagnostico pone tutti i sintomi allo stesso livello mettendo solo una soglia numerica come limite per porre diagnosi. Quindi se i sintomi accessori di un dato disturbo A superano

la soglia richiesta per la diagnosi di un altro disturbo B, entrambe le diagnosi verranno poste, anche se i sintomi fondamentali della sindrome B non sono presenti. Se quanto sin qui esposto è corretto, non si capisce perché la comorbidità è tanto accettata e usata in psichiatria. La spiegazione risiede nei limiti intrinseci alla branca stessa. Noi in psichiatria dobbiamo affrontare le conseguenze della mancanza di comprensione della fisiopatologia dei disturbi identificati con l'attuale sistema diagnostico. L'approccio ateoretico del *DSM* riconosce apertamente la nostra incompleta conoscenza e incoraggia le diagnosi multiple, con pochi criteri di esclusione su base gerarchica, nella speranza di raccogliere ogni informazione clinicamente rilevante. Ma il massimo non sempre coincide con il meglio. Spesso, anziché dare informazioni aggiuntive utili per il bene del paziente (e per la qualità della ricerca), la formulazione di diagnosi multiple aumenta la confusione. Inoltre va detto che il numero delle diagnosi dipende molto dal tipo di strumento utilizzato, essendo le interviste semistrutturate o strutturate più sensibili di quanto non siano i colloqui clinici generalmente utilizzati dai medici. Infine va rilevato come la maggior parte degli strumenti di raccolta dati, specialmente nei paesi in via di sviluppo, permettono di codificare solo una diagnosi, lasciando al clinico o al ricercatore la scelta di quale inserire, sulla base del suo personale giudizio. Tutto ciò detto, non vi è dubbio che vi sia la reale possibilità che due sindromi distinte per eziopatogenesi possano essere presenti in uno stesso individuo. Come affermato da Nancy Andreasen (1993), una classificazione su base eziologica risolverebbe molte questioni ancora aperte e limiterebbe la comorbidità a quei casi dove realmente si addice, limitando i "falsi positivi". E questo è sempre accaduto nella storia della medicina. Basti pensare a quanti pazienti sono stati considerati con sindromi dermatologiche, neurologiche e psichiatriche in comorbidità prima che si scoprisse che la sifilide era causata dal *Treponema pallidum*.

la soglia richiesta per la diagnosi di un altro disturbo B, entrambe le diagnosi verranno poste, anche se i sintomi fondamentali della sindrome B non sono presenti.

Se quanto sin qui esposto è corretto, non si capisce perché la comorbidità è tanto accettata e usata in psichiatria. La spiegazione risiede nei limiti intrinseci alla branca stessa. Noi in psichiatria dobbiamo affrontare le conseguenze della mancanza di comprensione della fisiopatologia dei disturbi identificati con l'attuale sistema diagnostico. L'approccio ateoretico del *DSM* riconosce apertamente la nostra incompleta conoscenza e incoraggia le diagnosi multiple, con pochi criteri di esclusione su base gerarchica, nella speranza di raccogliere ogni informazione clinicamente rilevante. Ma il massimo non sempre coincide con il meglio. Spesso, anziché dare informazioni aggiuntive utili per il bene del paziente (e per la qualità della ricerca), la formulazione di diagnosi multiple aumenta la confusione.

Inoltre va detto che il numero delle diagnosi dipende molto dal tipo di strumento utilizzato, essendo le interviste semistrutturate o strutturate più sensibili di quanto non siano i colloqui clinici generalmente utilizzati dai medici. Infine va rilevato come la maggior parte degli strumenti di raccolta dati, specialmente nei paesi in via di sviluppo, permettono di codificare solo una diagnosi, lasciando al clinico o al ricercatore la scelta di quale inserire, sulla base del suo personale giudizio.

Tutto ciò detto, non vi è dubbio che vi sia la reale possibilità che due sindromi distinte per eziopatogenesi possano essere presenti in uno stesso individuo. Come affermato da Nancy Andreasen (1993), una classificazione su base eziologica risolverebbe molte questioni ancora aperte e limiterebbe la comorbidità a quei casi dove realmente si addice, limitando i "falsi positivi". E questo è sempre accaduto nella storia della medicina. Basti pensare a quanti pazienti sono stati considerati con sindromi dermatologiche, neurologiche e psichiatriche in comorbidità prima che si scoprisse che la sifilide era causata dal *Treponema pallidum*.

Tuttavia, sono state proposte alcune strategie diagnostiche per ridurre la comorbidità. Innanzitutto, un approccio dimensionale, alternativo a quello categoriale del *DSM*, porterebbe a una diminuzione delle diagnosi e darebbe la possibilità ai medici e ai ricercatori di dare una completa e approfondita descrizione clinica. Ad esempio il modello dimensionale a 5 fattori (FFM) della personalità è stato proposto come sistema diagnostico dimensionale alternativo. Il *DSM-V*, di ormai prossima uscita, dovrebbe subire modifiche proprio in tal senso.

Un'altra strategia diagnostica sarebbe quella di utilizzare criteri gerarchici aggiuntivi, partendo dal presupposto che un singolo preminente disturbo ha la precedenza su uno o più disturbi subordinati. È stato anche proposto lo sviluppo di categorie diagnostiche "miste" che raggruppano insieme sindromi separate nel *DSM* combinando, ad esempio, il disturbo depressivo maggiore e il disturbo d'ansia generalizzato in un'unica categoria diagnostica chiamata ansia/depressione mista. Infine, si è pensato di raggruppare categorie diverse in un costrutto di ordine superiore, come accade nel *DSM-IV* con il raggruppamento dei 10 disturbi di personalità in 3 cluster.

Come si vede, ogni tentativo di ridurre la comorbidità implica uno sforzo teorico in contrasto con l'approccio ateoretico e descrittivo del *DSM*. Ma forse è giunto il momento in cui si (ri)cominci a classificare i disturbi psichiatrici su basi teoriche, almeno formulando ipotesi, se non eziopatogenetiche, almeno neurofisiologiche e/o psicopatologiche che cerchino di superare il problema della comorbidità. Alcune ipotesi biologiche considerano la sindrome primaria come espressione di un disturbo cerebrale chiave, mentre le manifestazioni secondarie sarebbero collegate alla perturbazione neuronale conseguente al



VI CHIUDO NEL LIBRO E BASTA!

SCAPPIAMO!

(continua a pagina 6)

disturbo cerebrale chiave. Un'altra ipotesi prende in considerazione il concetto di vulnerabilità, indicando la prima sindrome come fattore di rischio per lo sviluppo della seconda, oppure la prima come la malattia nella sua fase florida, la seconda una sua sequela. Vengono tirate in ballo cause biologiche uniche (come ad esempio il sistema serotoninergico o le basi genetiche) che danno origine a diversi quadri clinici.

Da un punto di vista psicologico si è ipotizzato che il disturbo iniziale sia primario, mentre il successivo è secondario in modo comprensibile (demoralizzazione, stress di essere malato, conseguenze ambientali dello stato di malattia). O, ancora, se il disturbo iniziale è un disturbo della personalità, questo può seguire il disturbo di Asse I come una reazione della personalità all'accettazione di uno stato di malessere (evidenti rimandi alla psicopatologia classica).

Da quanto sin qui esposto si evince che il dibattito sulla possibilità di superare il concetto di comorbidità in psichiatria, e su quale sia il miglior sistema di classificazione per la ricerca e per la clinica, è più che aperto e l'ultima parola è lungi dall'essere pronunziata.

Gabriele Sani, MD
Alessio Simonetti, MD
Dipartimento NESMOS, Università La Sapienza, Roma
Centro Lucio Bini, Roma

Bibliografia

- 1 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn, revised) (DSM-III-R)*. Washington, DC: APA. 1987.
- 3 Andrews G, Slade T. *The classification of anxiety disorders in ICD-10 and DSM-IV: a concordance analysis*. Psychopathology 2002; 35: 100-6.
- 4 Van Praag HM. *Comorbidity (psycho) analysed*. Br J Psychiatry 168: 129-34.1996.
- 5 Feinstein AR. *The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease*. J Chronic Dis. 1970; 23: 455-468.
- 6 Maj M. *Psychiatric comorbidity: and artefact of current diagnostic systems?* Br J Psychiatry 2005; 186: 182-184.
- 7 Robins E, Guze SB. *Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia*. Am J Psychiatry 1970; 126: 983-937.
- 8 Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
- 9 Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien: Franz Deuticke, 1911.
- 10 Andreasen NC, Carpenter WT Jr. *Diagnosis and classification of schizophrenia*. Schizophr Bull 1993; 19: 199-214.
- 11 Lilienfeld SO, Waldman ID, Israel AC. *A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research*. Clinical Psychology Science and Practice 1994; 1: 71-83.

corrispondenza

Buongiorno Dottore,

mi chiamo... e ho avuto modo di conoscerla molto tempo fa; mi rivolsi a lei (o meglio la mia famiglia) a seguito di una forte depressione. Avevo solo 25 anni e non immaginavo che potesse fare così male. Inizii per me un vero calvario, venni ricoverata a seguito di un tentato suicidio, le terapie farmacologiche ricordo che non sortivano nessun effetto su di me, smisi di lavorare correndo il rischio di perdere il lavoro che amavo e che oggi amo più che mai.

Non avevo per fortuna più il coraggio di ripetere quel gesto, ricordo che desideravo più di ogni altra cosa uscirne, ma la forza di volontà non bastava, non può bastare per uscire da alcune forme depressive. A me era stata diagnosticata una forma depressiva di tipo cronico, mi consigliarono di iniziare un percorso di psicoanalisi, ricordo che non riuscii neanche a sedermi sulla sedia quel giorno. Il mio parere è che ci si può rivolgere allo psicologo iniziando un percorso quando si sta relativamente bene.

Un giorno mentre sfogliai una rivista trovai un articolo che parlava di depressione e le forme terapeutiche a essa correlate; scoprii in questo modo l'esistenza della TEC (terapia elettroconvulsivante) e iniziai così ad ancorarmi a questa speranza. Ne parlai con alcuni medici che mi seguivano, che furono ovviamente contrari, fortemente contrari.

Nonostante tutto riuscii ad arrivare a lei; ho lavorato molto con me stessa per uscire da quel terribile stato. La terapia, di cui poco si parla e male a causa dei pregiudizi, a me ha dato la forza di rimettermi in piedi, perché il problema è tutto lì, non si ha la forza, non si ha la volontà!

Mi fa male pensare che a causa della cattiva informazione ancora oggi non si può parlare di questa terapia, sono passati venti anni da allora, oggi ho 46 anni, lavoro, non ho avuto una vita facile ma sono in grado di andare avanti e questo lo devo a lei e a chi come lei crede fortemente in un progetto necessario per il benessere delle persone. Adesso la salute e l'abbraccio.

Cara ...,

grazie della sua lettera. Sapere che abbiamo aiutato qualcuno a non soffrire più i terribili dolori della depressione è la massima aspirazione di uno psichiatra. Purtroppo la maggioranza degli psichiatri italiani ignora la terapia dell'elettroshock (TEC), non ne fa menzione ai pazienti, cosa deontologicamente gravissima e penalmente perseguibile, oppure crede che questa terapia distrugga il cervello, cosa totalmente erranea.

Questa situazione è inaccettabile perché spesso la TEC è l'unica terapia che può salvare il paziente da sofferenze insopportabili che spesso portano al suicidio. Le posso dare una buona notizia; gli psichiatri dell'ultima generazione sono meglio disposti verso l'elettroshock, ma purtroppo hanno poche possibilità di impararlo e di somministrarlo. Noi facciamo tutto quello che possiamo per favorire questa tendenza.

Un abbraccio.

Con l'aiuto degli amici di Toscana

La mia favola breve è già compita
E fornito il mio tempo a mezzo gli anni.
Petrarca

Firenze, 15 dicembre 1830

Amici miei cari,
sia dedicato a voi questo libro, dove io cercava, come si cerca spesso con la poesia, di consacrare il mio dolore, e col quale al presente (né posso dirlo senza lacrime) prendo comiato dalle lettere e dagli studi. Speri che questi cari studi avrebbero sostenuta la mia vecchiaia, e credetti colla perdita di tutti gli altri piaceri, di tutti gli altri beni della fanciullezza e della gioventù, avere acquistato un bene che da nessuna forza, da nessuna sventura mi fosse tolto.

Ma io non aveva appena vent'anni quando da quella infermità di nervi e di viscere che, privandomi della mia vita, non mi dà speranza di morte, quel mio solo bene mi fu ridotto meno che a mezzo; poi, due anni prima dei trenta, mi è stato tolto del tutto, e credo ormai per sempre. Ben sapete che queste medesime carte io non le ho potute leggere, e che per emendarle m'è convenuto servirmi degli occhi e della mano d'altri. Non mi so più dolere, miei cari amici; e la coscienza che ho della mia infelicità non comporta l'uso delle querele. Ho perduto tutto: sono un tronco che sente e pena. Se non che in questo tempo ho acquistato voi: e la compagnia vostra, che m'è in luogo degli studi, e in luogo d'ogni diletto e di ogni speranza, quasi compenserebbe i miei mali, se per la stessa infermità mi fosse lecito goderla quant'io vorrei, e s'io non conoscessi che la mia fortuna assai tosto mi priverà di questo ancora, costringendomi a consumar gli anni che mi avanzano abbandonato da ogni conforto della civiltà, in un luogo dove assai meglio abitano i sepolti che i vivi.

L'amor vostro mi rimarrà tuttavia, e mi durerà forse ancor dopo che il mio corpo, che già non vive più, sarà fatto cenere. Addio.

Il vostro Leopardi¹

Questa "Lettera dell'Autore agli amici suoi di Toscana" pubblicata in una sobria ma raffinata edizione in sedicesimo formato dalla stamperia fiorentina di Guglielmo Piatti, con una copertina azzurra abbellita nel retro da un delicato fregio raffigurante una cetra, precede i ventitré canti che vedevano la luce tutti insieme, nel 1831, in Firenze.

Il poeta manifesta uno stato d'animo angosciato e lamentevole, che non gli impedisce tuttavia di essere ironico con se stesso. Si fa chiamare scherzosamente *l'hermite des Apennins*, dopo aver trascorso la sua ultima permanenza nell'odiosamata Recanati, sospeso tra i dolci ricordi della giovinezza, la noia più intollerabile e le sofferenze causate dalle malattie. Del resto, fin dalla

letteratura & psichiatria

fanciullezza, Giacomo, che aveva ricevuto i quarti nobiliari di due delle più antiche famiglie aristocratiche delle Marche, non è in sintonia con i genitori. Il padre, conte Monaldo, conservatore e poco pratico aveva sostenuto folli spese per creare nella sua casa un contesto sfarzoso, degno delle più elevate famiglie del ceto nobiliare e si era inoltre gettato in operazioni speculative molto rischiose, cosa che aveva compromesso il suo patrimonio, finito nelle mani degli usurai. La giovane moglie Adelaide Antici, quando entrò in casa Leopardi vide una situazione finanziaria pressoché disastrosa: i debiti superavano enormemente le entrate e la famiglia versava in problemi economicamente gravissimi.

Trovatasi in tale contesto, la giovane ma decisa contessa Leopardi affrontò con risolutezza il problema: il conte Monaldo ebbe la concessione dal governo pontificio di essere dichiarato non responsabile dei debiti contratti e fu interdetto: il decreto del Papa congelava il patrimonio Leopardi, assegnando ai creditori il pagamento degli interessi e dei capitali nel termine di quarant'anni. La giovane Adelaide si assunse l'onere di questo gravoso compito e dopo il lungo termine prestabilito, non vi erano più debiti da pagare. Il patrimonio era stato salvato e ricominciava a dare i suoi frutti, ma, durante tutti questi anni, il nostro Giacomo non conobbe una decorosa indipendenza economica e scomparve prima che il folle programma economico, intrapreso dalla madre con zelo quasi maniacale, fosse definitivamente concluso. Lo sfortunato poeta deve, così, accettare l'aiuto degli amici di Toscana (i letterati democratici raccolti intorno all'*Antologia* del Viessesux) per la pubblicazione del suo primo libro dei *Canti*, che, precedentemente, erano stati pubblicati in modo sparso sulle varie riviste letterarie dell'epoca. Questi episodi sono di rilevante importanza se si vuole comprendere appieno la complessa storia di Giacomo, la cui esistenza è profondamente connessa e intrecciata alla sua produzione letteraria.

Il "progetto familiare" dei coniugi Leopardi, collegato all'insensata economia di Adelaide, rispecchiano soltanto uno degli aspetti del costante condizionamento psicologico, che in quella casa è stato attuato dai genitori nei confronti dei figli e, soprattutto, nei confronti di Giacomo, primogenito, intellettualmente molto dotato ma fisicamente assai fragile. Così, mentre in tale contesto rigido e severo la madre prende su di sé tutte quelle responsabilità che comunemente allora erano riservate ai mariti, il padre si assume il compito dell'educazione culturale e morale dei figli, trasformando, come disse con grande acutezza il Pascoli, la sua casa in un austero collegio. Utilizza come precettori i sacerdoti di famiglia ovvero don Sebastiano Sanchini e don Giuseppe Torres. Costoro hanno il compito di istruire i fanciulli Leopardi, più o meno coetanei, essendo nati a breve distanza l'uno dall'altro.

Pertanto, mentre le altre famiglie nobili mandavano i figli fuori di casa affinché ricevessero un'adeguata istruzione, Monaldo, come abbiamo

già detto, istituisce una sorta di scuola domestica, rendendo ancor più scura e tetra l'illustre magione, dove non traspariva il minimo segno concreto di affetti caldi e coinvolgenti. Non che Monaldo e Adelaide non amassero i figli, ma erano troppo presi dai ruoli che si erano assunti giovanissimi, sin dall'inizio del loro matrimonio, soprattutto dopo aver intrapreso il duro programma di riscatto dei debiti, per risanare il dissestato patrimonio familiare.

Così, in siffatto ambiente i fratelli Leopardi non hanno possibilità di sfuggire all'oppressione familiare e, soprattutto per questo motivo, cominciano ad amarsi e proteggersi



Il conte Monaldo Leopardi e la marchesa Adelaide Antici

teneramente fra loro, contro il muro glaciale del padre e della madre. Sappiamo, dagli scritti del poeta, quale profondo accordo sia sempre esistito fra Giacomo e la sorella Paolina, che sembrava aver ereditato, con il fratello maggiore, spiccate doti intellettuali.

Per completare l'ambiente severo e austero, nonché freddo e formale, si aggiungeva la creazione di una smisurata biblioteca. Monaldo era, infatti, un bibliofilo collezionista ai limiti della mania che aveva raccolto, fin dalla gioventù, circa dodicimila testi. Apre poi al pubblico anche questa sua collezione privata, ma, in ogni caso, i maggiori frequentatori di tale patrimonio librario sono sempre i figli e, in particolar modo, *l'enfant prodige* che il conte Leopardi osserva con paterna compiacenza studiare, in un primo tempo con i precettori di famiglia e poi da solo, quando questi ultimi non avevano più nulla da insegnargli. Così, da autodidatta, il piccolo Giacomo apprende il latino, il greco, il francese, l'ebraico, il sanscrito, la filosofia, la storia e le letterature straniere e compone, a soli tredici anni, le prime *Dissertazioni filosofiche* e a quindici una *Storia dell'astronomia*, seguita due anni dopo dal *Saggio sopra gli errori popolari degli antichi*, tutti libri che vengono scritti, oltretutto per far esercitare l'indole naturale dell'ingegno precocissimo, anche per rendere felice il padre, seguace fanatico della Verità ottenuta utilizzando i procedimenti logici della Chiesa. Solo dopo alcuni anni il poeta elabora un sistema di pensiero tutto suo, passando dalla fase filologica a quella poetica e poi filosofica, del pessimismo cosmico e anticipando di poco, seppure sotto altri punti di vista e in chiave esclusivamente letteraria, il grande pensiero nichilista e individualista europeo di Schopenhauer, Kierkegaard e Nietzsche.

Intanto il nostro lirico-filologo, sempre più desideroso di distrazioni, ma ogni giorno più solo, soddisfa le vane ambizioni paterne e dà i primi segni di quella che sarà la sua arte più matura, uscendo definitivamente dalla biblioteca-prigione, dopo sette anni di "studio matto e disperatissimo", con una prodigiosa cultura ma con il fisico ormai distrutto, desideroso di svaghi ma di fatto fruitore di quell'unico piacere che avrebbe potuto provenirgli dagli "studi leggiadri... per i quali di lui... si spendea la miglior parte".²

L'artista in questione era anche vestito da prete, per maggiore soddisfazione del genitore che, nel suo miope progetto, aveva destinato il primogenito alla carriera ecclesiastica: sia il casato Leopardi sia quello Antici avevano sempre dato alla Chiesa illustri prelati, che avevano ricoperto importanti ruoli fra le gerarchie ecclesiastiche.

La via dello studio, per tutti questi motivi, sembra a Giacomo quella naturale e anche l'unica che gli avrebbe potuto offrire risultati esaltanti, considerate le sue indiscusse capacità e il suo precoce genio poetico. L'istruzione gli appariva pertanto sorgente, fonte di vita e di libertà mentre, per il destino crudele, diventava un ulteriore motivo di infelicità, poiché lo faceva diventare sempre più incapace di vivere e di assaporare le gioie della giovinezza, prima delle quali l'amore. Il giovane conte entra quindi in un circolo chiuso, all'interno del quale si svilupperà la sua breve vita, carica di amarezze e di rimpianti. Non siamo però d'accordo con quanti interpretano la grave situazione depressiva del poeta come conseguenza esclusivamente della sua fragile e malata struttura naturale. L'autore era senza ombra di dubbio di fisico molto gracile, debole, di indole ipersensibile ma, con un'attenta educazione e con affetti teneri e caldi, avrebbe tuttavia potuto vivere un'esistenza meno dura e densa di difficoltà: basti pensare agli ostacoli posti dai genitori alle esigenze di Giacomo di uscire da Recanati e confrontarsi col mondo. Il contesto familiare, secondo il nostro punto di vista, gravò moltissimo sulla malinconica natura del poeta, ma forse senza questa esperienza così amara noi oggi non potremmo annoverare nel nostro patrimonio letterario quei versi che ci descrivono in modo impareggiabile le dolcezze della vita, non avremmo avuto la descrizione degli... *occhi ridenti e fuggitivi*...³ di Silvia, né del *dolce naufragar*...⁴ nell'immensità del mare dell'essere, né del *piacer figlio d'affanno... frutto di un passato timore*...⁵

Descrizioni tutte che ci offrono gli aspetti più toccanti della vita umana per quello che realmente è, senza distorsioni psicologiche o interpretazioni individuali e soggettive, chiuse in una fredda ed elitaria cultura aristocratica, inevitabilmente distante dal cuore degli uomini comuni. Ed è proprio in quell'ambiente austero, bigotto e conservatore, privo – come abbiamo già osservato – di affetti autentici, che l'infelice Giacomo forma la sua personalità, assistendo anche a un gravissimo deterioramento del suo stato psicofisico, accompagnato da un disturbo depressivo e da una situazione di precoce vecchiezza. Questa precaria situazione, tuttavia, non gli impedisce di approfondire il suo sistema logico, passando dalla poesia alla filosofia, ovvero da una situazione di pessimismo storico, legato alle particolari condizioni contingenti di un individuo o di un popolo, per giungere poi all'estrema e radicale convinzione di un pessimismo cosmico, ossia alla considerazione di quanto tutti gli uomini siano infelici perché ingannati dalla Natura, che è *madre di parto e di voler matrigna*...⁶ (convinzione quest'ultima, collegata anche al materialismo sensistico di matrice illuministica ispiratore di molti grandi artisti del primo Ottocento).

Dobbiamo – tra l'altro – constatare che, nella sua difficile esistenza, costellata di depressioni e di altri mali di natura fisica e non esclusivamente psicologica, Giacomo non si risparmiò di diffondere il suo messaggio poetico ed esistenziale, il suo testamento letterario, con una vastissima produzione della quale appena ricordiamo i *Piccoli e Grandi Idilli*, il ciclo di *Aspasia*, le *Operette morali*,

l'Epistolario, lo *Zibaldone*, i *Paralipomeni*, le *Crestomazie*, per non parlare di tutti gli altri studi di interpretazione di testi antichi e moderni.

Il von Platen quando lo visita a Napoli nel 1834, mentre è già iniziato il sodalizio con il Ranieri, ci dice che il suo aspetto è orribile perché piccolo e gobbo, con un viso pallido e sofferente, e sottolinea anche che peggiora le sue condizioni di salute, già gravemente compromesse, con un modo di vivere disordinato, facendo della notte il giorno e viceversa, e conclude, affermando che il poeta conduce una delle più miserabili vite che si possano pensare. Tutto ciò non allontana Giacomo dalle lettere; lavora in tali condizioni ai *Paralipomeni della Batracomiomachia*, stampa e corregge i *Canti*, e le *Operette morali*. Nel 1836 va ad abitare con Ranieri nella Villa Ferrigni a Torre del Greco dove probabilmente durante la primavera compone *Il tramonto della luna* e *La ginestra*.

Muore nel 1837 in una villetta presso le falde del Vesuvio, per una crisi cardiaca.

Alla luce di queste brevi osservazioni possiamo senza dubbio affermare che lo sfortunato poeta, nonostante il suo inappagato desiderio di amore, di affetti familiari, la sua ansia di sentimenti sinceri e disinteressati, la sua esigenza di condurre una vita dignitosa e senza condizionamenti economici, in uno dei suoi ultimi canti, *La ginestra*, esprime il desiderio di un patto tra gli uomini, che dovrebbero unirsi in *social catena*...⁷ per combattere assieme la comune nemica, la Natura matrigna, incurante delle tribolazioni e afflizioni che i suoi figli dovranno patire, nel corso della loro breve e tormentata esistenza.

Così, dopo questo rapido *excursus* sulla vita e sul il pensiero del nativo di Recanati, non possiamo fare a meno di constatare l'eroica lotta che egli ha intrapreso contro il suo infelice destino. Giacomo infatti, invece di ripiegarsi egoisticamente su se stesso, ha rivolto a tutti gli uomini un caldo e affettuoso messaggio attraverso il quale si apprezza ancor oggi il coraggio di vivere per la poesia e per comunicare la bellezza di quell'amore mai sperimentato se non nei sogni.

*O Nerina! e di te forse non odo
Questi luoghi parlar? Caduta forse
Dal mio pensier sei tu? Dove sei gita,
Che qui sola di te la ricordanza
Trovo dolcezza mia? Più non ti vede
Questa Terra natal: quella finestra,
Ond'eri usata favellarmi, e donde
Mesto riluce delle stelle il raggio,
È deserta: Ove sei, che più non odo
La tua voce sonar, siccome un giorno,
quando soleva ogni lontano accento
Del labbro tuo, ch'a me giungesse, il volto
Scolorarmi? Altro tempo. I giorni tuoi
Furo, mio dolce amor. Passasti. Ad altri
Il passar della terra oggi è sortito,
E l'abitar questi odorati colli.
Ma rapida passasti; e come un sogno
Fu la tua vita...⁸*

Maria Rosaria Lepori

Note

- 1 Giacomo Leopardi, "Agli amici suoi di Toscana", dalle *Dediche*, in *Canti*, Introduzione di Mario Fubini, Loescher, Torino 1991, pp. 277-278.
- 2 op. cit. "A Silvia", v. 18, p. 168.
- 3 op. cit. "A Silvia", v. 4, p. 168.
- 4 op. cit. "L'Infinito", v. 15, p. 117.
- 5 op. cit. "La quiete dopo la tempesta", vv. 33-35, p. 191.
- 6 op. cit. "La ginestra o il fiore del deserto" v. 125.
- 7 op. cit. "La ginestra o il fiore del deserto", v. 149.
- 8 op. cit. "Le Ricordanze", vv. 136-154, pp. 178-179.

Riferimenti bibliografici

- P. Citati, *Leopardi*, Mondadori editore, 2010.
- E. Gioanola, *Storia della letteratura italiana dalle origini ai giorni nostri*, Librex, Milano 1987.
- E. P. Lamanna, *Nuovo sommario di filosofia per i licei classici*, Le Monnier, Firenze 1983.
- R. Luperini, P. Cataldi, L. Marchiani, F. Marchese, *La scrittura e l'interpretazione*, tomo III, Palumbo, Firenze 2009.
- E. Severino, *Cosa arcana e stupenda. L'Occidente e Leopardi*, Rizzoli, Milano 1998.
- P. M. Sipala, *Poeti e politici da Dante a Quasimodo*, Palumbo, 1994.



Antonia e la neve

Francesco aveva sempre amato la neve. Il bianco della montagna gli dava un piacevole senso di purificazione che ogni volta riusciva a rigenerarlo. Fu per questo che accolse la notizia della destinazione sul fronte russo senza troppa apprensione.

– Se non posso evitare la guerra, meglio che sia sulla neve.

Ma la neve russa era un'altra cosa.

L'amputazione feroce dal mondo dei vivi, l'ossessione cupa di una morte inutile, il freddo insopportabile dei 40 gradi sotto lo zero, i campi minati, il fuoco improvviso e ripetuto contro i corpi già piagati trasformarono la sua vita in un inferno dal quale ebbe presto la certezza che non sarebbe uscito mai più.

In una notte senza stelle, in una strada tutta bianca e tutta uguale, la colonna degli italiani, con la testa ripiegata sotto il peso dello zaino, si ritirava verso i confini della Polonia.

Francesco cadde e in un attimo fu soltanto un punto nero abbandonato sulla neve.

La mattina dopo, assurda e crudele come le altre, non riconobbe nulla intorno a sé, nessuna divisa, nessun ferito, nessun cadavere, solo una distesa di bianco senza orizzonte. Il silenzio era denso, la luce abbagliante. Si guardò attorno, la paura lo afferrò e capì che lo avevano creduto morto come tanti altri. Era solo. Il gelo lo avrebbe ucciso in meno di un'ora. Doveva andare avanti, avrebbe incontrato qualcuno, lo avrebbero soccorso. A fatica si rimise in piedi e nello sterminato bianco senza ombre mosse il primo passo, poi un altro e un altro ancora... una forte esplosione lo investì, si sentì trasportare verso l'alto, la neve intorno diventò rossa e non vide più nulla.

Nell'aereo militare che lo riportava in Italia, seppe con certezza che non avrebbe camminato mai più.

Antonia lo attese per mesi, scrisse al Ministero della Guerra, alla Croce Rossa, al Vaticano, la risposta fu invariabilmente la stessa: disperso. Ma non si arrese; lei soltanto sapeva che da qualche parte Francesco era vivo. Quando giunse la notizia che sarebbe tornato, le forze la abbandonarono. Aveva pensato troppo, supplicato, sperato e ogni volta con ostinazione aveva piegato i fatti alla sua verità. Si sdraiò sul letto, si infilò sotto la pesante coperta e per un giorno rimase al buio senza un pensiero.

Francesco era stato un bambino sereno e uno studente perfetto. La guerra se lo era preso prima che completasse gli studi, ma era fiducioso.

– Bisogna farlo mamma, durerà poco, poi comincerò a lavorare, vedrai, andrà tutto bene.

Antonia, dopo il bombardamento del febbraio del '43 che aveva inghiottito la sua casa con tutti i suoi ricordi, e dal quale Cagliari era uscita quasi interamente distrutta, abitava due stanze umide sopra il forno del pane che mandava fumo tutto il giorno. Il padre di suo figlio era morto diversi anni prima, la vigilia di

Natale, consumato da un tumore. Lo aveva accettato

così com'era, mite, silenzioso, senza aspirazioni e senza slanci. Era rimasta accanto a lui fino all'ultimo giorno. Ne aveva sorretto la testa col braccio e insieme avevano atteso la morte. Lo andava regolarmente a trovare al cimitero ma non gli chiedeva nulla perché sapeva che le risposte di cui aveva bisogno, da lui non sarebbero arrivate.

La notizia giunse inaspettata per tutti ma non per Antonia. Francesco sarebbe atterrato a Decimo con un aereo militare, a mezzogiorno.

Una pioggia battente cadeva sulla città dalle prime ore del mattino. Nei vetri che ancora mancavano, il cartone non riusciva ad arrestare l'acqua che insistente scorreva sul pavimento. Era molto scuro, accese tutte le lampadine ma la luce le apparve spettrale.

– Forse è meglio spegnerne qualcuna – e riprese ad asciugare l'acqua che continuava ad entrare – ci vorrebbero dei giornali.

Si avvicinò all'armadio e tirò fuori le riviste patinate di violetto che erano sopravvissute alla guerra. Le tenne fra le mani con esitazione e le rimise al loro posto.

Guardò fuori, dalla vecchia grondaia l'acqua veniva giù come un torrente ma il cielo era asciutto

– Ha smesso – e ritornò in cucina.

Controllò la sveglia che teneva sulla credenza e ripeté ancora una volta il gesto di raccogliere i capelli folli e ricci ormai completamente bianchi. Sentì bussare. Si erano fatte le due. Si avvicinò alla porta e guardò giù verso la ripida rampa di scale che la separava dal portoncino.

– Perché lo sorreggono in quel modo?

Era tornata la primavera. Per Antonia la primavera coincideva con i colori della sua città. La rocca del Castello che si stagliava nel cielo limpido segnato da piccole nuvole bianche, il tramonto del suo sole nel suo mare, la dolcezza di certe giornate che faceva perdonare il vento delle altre. E poi c'era quel profumo di mare che solo i cagliaritari sapevano riconoscere dovunque. Quei luoghi le appartenevano, in quei luoghi erano impressi i volti di coloro che aveva amato, su quei muri ancora diroccati, erano stampati i suoi pensieri.

Spalancò la finestra, il sole inondò di luce il pavimento e un calore tiepido si posò sul suo corpo minuto.

Francesco si scosse e la guardò come se non la vedesse. Era immerso nel pozzo amaro dei suoi pensieri. Ritornavano come lampi i corpi straziati, gli ordini urlati, la grande paura. La madre si avvicinò e gli accarezzò il viso.

– Ti porto lo specchio, sistemati un po'.

Antonia uscì dalla stanza e chiuse la porta alle sue spalle

– Oggi non mi piace – pensò – è chiuso nel suo mondo.

Erano da poco passate le nove, Francesco era già nella sua stanza, Antonia accese la radio.

– Vuoi un libro?

– Portami *La montagna incantata*, è sul comodino.

– Vuoi nient'altro? Vado a sistemare la cucina.

Rientrò che erano quasi le dieci.

– Ti aiuto a entrare nel letto? Ho preparato la camomilla, vuoi prenderla adesso?

– No, mamma vai pure, faccio da me, preferisco leggere ancora un po'.

– Spegno la radio?

– No, lasciala, chiudi anche la tua porta, non voglio disturbarti.

– Chiamami se hai bisogno di qualcosa.

Intorno alle cinque, cominciarono a filtrare le prime luci dell'alba, le parve di sentire un rumore secco.

– Cosa è successo? Forse la finestra dell'andito non era chiusa, sembrava venire dalla scala...

Si alzò ed entrò nella stanza del figlio. Francesco, seduto sulla poltrona di sempre, teneva il libro ancora in grembo, dal capo reclinato sgorgava un filo rosso di sangue.

Un anno se ne andò lento e terribile, ma Antonia continuò a fare le cose di sempre.

Il suo cuore non conosceva la serenità ormai da molti anni. Cercò rifugio nelle piccole cose ma non trovò alcuna pace, provò ad annullarsi nel sonno ma non le riuscì più di trovarlo, solo da ultimo sperò nel privilegio di morire. E morì al mondo.

Tutte le mattine molto presto assisteva alla Messa ma non pregava, non ne sentiva il bisogno, poi tornava a casa, riordinava e

apriva le finestre per allontanare l'odore del fumo. Sostituì i vetri e buttò via il cartone, ma non aprì mai più la stanza di Francesco.

Quella stanza non c'era perché quel fatto, in quella stanza, non era mai accaduto.

Seduta in cucina, una sera d'estate, osservava come assorta le poche tegole rimaste sul tetto di fronte che cambiavano colore alla luce rossa del tramonto. Il suo corpo era ormai insensibile, ma dentro, costretta ad accettare quel carcere, tradita e dolorante l'anima.

Si alzò spinta da una strana inquietudine e ritornò con due matasse di lana candida come la neve.

Molto lentamente aprì la stanza del figlio.

– Ti disturbo? Ti piace il colore Francesco? Ti sembra adatto per l'inverno? Voglio farti un golf, ho l'impressione che sarà un inverno molto freddo, se poi nevicata è bene che tu stia caldo. La neve non ti è mai piaciuta.

Si sedette sul letto e abbandonò le mani sul grembo.

Da quel momento cominciò a immergersi sempre più spesso nell'acqua profonda del passato. Quando l'abisso si richiudeva sopra la sua testa veniva afferrata dall'orrore di quel ricordo che fino ad allora aveva espulso dal suo presente, sentiva il lamento del figlio e una barriera impenetrabile si frapponneva fra lei e il mondo.

Senza sapere come, ogni giorno aveva trovato la forza per risorgere ma quella notte non ci fu resurrezione. I suoi occhi sembravano galleggiare senza sguardo e senza pensieri. Si chiuse in un silenzio ostinato e in quell'immensa oscurità, la separazione dal mondo si trasformò in un distacco senza fine...

Paola De Gioannis

E come tanti prima di lui, pensava che se la Madama Morte, anch'essa figlia del peccato originale, l'avesse colto proprio ora di soppiatto, ecco, lui non ne sarebbe stato certo triste e, neppure, avrebbe provato dispiacere. Ma che dispiacere, poi! Non avrebbe mica fatto a tempo a rammaricarsi di alcunché, ovviamente. Sarebbe stato un tocco sì lieve sì tosto che di nulla sarebbe reso conto. Se la immaginava alta la Morte. Non proprio sotto umana forma, ma certamente alta. Come un'ombra incappucciata e lieve che, alle spalle ne viene, e ti tocca come per dirti qualcosa in un momento come un altro. Uno qualsiasi proprio! Certo, qualsiasi per n(v)oi! Per Madonna Morte non esiste di certo il caso, l'attimo fuggente. Lei ha ben chiaro tutto dall'inizio! E come potrebbe essere diversamente del resto? Lei è il braccio destro di Dio, la sua mano armata, il suo modo per apparire lindo davanti ai nostri occhi.

Facile così, però! Il lavoro sporco lasciato agli altri, a Lei. Lei è una sorte di Adio, di non-Dio. Lei è la morte di Lui. Una componente necessaria in questo armonico ciclo ch'è il nostro coro stonato. Allora sì, è deciso! Se Letizia Thanatos fossesi presentata ora dinanzi, o dietro, i suoi occhi e gli avesse poggiato un velo d'alito sul collo come un simpatico e seducente vampiro, lui, il piccolo, ne sarebbe stato felice e sarebbe stato coraggioso di fronte a Lei accogliendola di buon grado a conversare in salotto davanti un the all'arancia. Dopo di che, chi s'è visto s'è visto. Au revoir!!

Si chiedeva ora come sarebbe stato morire. Che sia una cosa dolorosa a prescindere? Della serie crampi allo stomaco, emicrania e nausea? Oppure più come un'improvvisa scossa elettrica? O, semmai, il contrario! Ecco, sì! Si sentirebbe l'elettricità svanire,

Partita a scacchi

evaporare dal corpo ma tutta talmente in fretta da provocare un qualche shock ai suoi sensi. Sì! Di morire senza provar nulla non gli sarebbe garbato di certo. Andar via

e basta senza fiato liberare non sarebbe stato soddisfacente, né corretto del resto. Dopo tanti anni trascorsi a vivere le paure d'altri sulla morte e le loro rispettive immaginazioni di aldilà, punizioni, sciagure, giudizi e pene, non sarebbe stato per nulla bello che morir si rivelasse una cosa semplice, un fatto di poco conto. Ora, determinato tutto ciò, si domandò curioso cosa ne sarebbe stato di lui, del suo corpo e del suo spirito, dopo esser diventato nulla. Allora, per prima cosa concluse che il corpo, sotterrato, incenerito, pregato e mangiato sarebbe svanito in mezzo all'altra materia, e questo era cosa facile da dire. Ma il suo spirito? Si sarebbe la sua anima ricongiunta all'eterno essere che tutto sovrasta? Al padre di Dio? O, forse, non essendosi mai staccata dal Grande Mistero

neppure durante la vita non aveva di questi bisogni? E se l'anima non esistesse in realtà? Se fosse tutto dentro il suo cervello soltanto?

Sciagura sarebbe stata per uno come lui che aveva condotto vita religiosa sempre, anche nella blasfemia. Però non era sua possibilità di sicuro risolvere questi enigmi ora, da vivo. Quindi si sedette alla scrivania e iniziò una partita a scacchi contro se stesso attendendo quel tocco

sulla spalla, quel lieve e fresco alito della Grande Assenza che veniva a prenderlo con sé per una nuova grande esperienza.

Chissà se avrebbe potuto raccontarla a qualcuno. Questo fu il suo ultimo dubbio, poi attese, soltanto, immerso nel gioco degli scacchi.

Riccardo Zanda



La malattia deve il suo nome al medico austriaco che descrisse nel 1944 uno sviluppo psicologico disarmonico in alcuni bambini, inquadrato in una categoria diagnostica a partire dal 1992 (Organizzazione Mondiale Sanità). I problemi iniziano nell'infanzia per ragioni sconosciute (si sospetta una radice genetica) e continuano per tutta la vita senza la possibilità di intervenire con trattamenti specifici, psicoterapici o farmacologici.

La sindrome rientra nel gruppo dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo che include anche quella autistica, molto più grave per la compromissione pressoché totale del linguaggio. Per tale somiglianza, i revisori del *Manuale Diagnostico delle Malattie Mentali* (prossima uscita nel 2013) propongono l'inserimento di queste due sindromi (fra le altre) in una categoria generale di disturbi dello sviluppo cognitivo con una graduazione in funzione della differente gravità. Personalmente, credo si tratti di un'idea logica sul piano della sistematizzazione ma disastrosa su quello umano, perché avvicinerrebbe pericolosamente le due sindromi con ricadute negative in termini di stigma a svantaggio delle persone con quella più lieve.

Alcuni sintomi tipici permangono nell'età adulta: interesse per un argomento molto specifico (spesso di dubbio interesse per gli altri), verbosità senza giungere al punto focale del discorso, comportamenti sociali inusuali e una mancanza di empatia che impedisce alla persona di rendersi conto quando gli altri diventano insopportabili ai suoi comportamenti. Il linguaggio non viene in genere compromesso nella sua espressione, ma spesso l'argomento viene sospeso e cambiato repentinamente, le sfumature sono ignorate, le metafore non vengono capite oppure sono inventate ma in modo poco comprensibile agli altri. Nell'espressione del discorso, inoltre, si possono usare strani ritmi, intonazioni o cambiamenti di tono.

In alcune persone, le limitazioni dello sviluppo cognitivo possono causare uno svantaggio rispetto alle richieste dell'ambiente esterno, ma un atteggiamento più recente tipicamente anglosassone porta a rifiutare trattamenti e terapie e invece a riconoscersi in gruppi, anche virtuali (uno per tutti: www.wrongplanet.net), con il nome di *aspies*. Effettivamente, le loro capacità possono essere un vantaggio, se adeguatamente sviluppate nei campi prediletti, come testimoniato da molti aderenti al network. Pertanto, i partecipanti non intendono affatto essere classificati come malati e rifiutano la visione di una configurazione ideale del cervello proponendo, invece, un modello di 'neurodiversità' che viene anche celebrato con una giornata dell'orgoglio

autistico (18 giugno). Il loro punto di vista, del tutto politicamente corretto, può però essere poco condiviso dai genitori dei bambini che cercano ovviamente una cura per i loro figli e sperano in uno sviluppo meno svantaggiato possibile. È peraltro probabile che gli *aspies* rappresentino un gruppo selezionato di individui trattati adeguatamente nell'infanzia.

Leonardo Tondo
da *Mente e Cervello*,
maggio 2011



Per assicurare un continuo progresso nella ricerca in psichiatria e psicologia e per garantire la continuità di questa newsletter, ARETÆUS accetta con gratitudine donazioni piccole e grandi da parte di chi fosse interessato ai progetti di ricerca e al contenuto della newsletter.

CON UN CONTRIBUTO ANNUALE DI 40 EURO POTETE RICEVERE ARETÆUS NEWS AL VOSTRO INDIRIZZO.

Per tutte le informazioni, si prega di mettersi in contatto con Centro Lucio Bini-ARETÆUS news a Roma o a Cagliari.

Le vostre donazioni hanno consentito, in parte, la pubblicazione della newsletter e di alcuni articoli apparsi sulla stampa internazionale.



ARETÆUS, fondata nel 1999, è un'organizzazione senza fini di lucro (onlus) dedicata alla ricerca e avanzamento della conoscenza delle malattie psichiatriche. ARETÆUS news raggiunge pazienti, psichiatri e psicologi con notizie, curiosità, testimonianze e aggiornamenti legati al mondo della psichiatria.



Associazione fra professionisti psichiatri, psicologi e psicoterapeuti fondata a Roma nel 1975, a Cagliari nel 1977 e a New York nel 1991. Ci occupiamo dello studio e del trattamento di disturbi psichiatrici e problemi psicologici. I centri sono specializzati nel trattamento delle varie forme depressive e di ansia, dei disturbi dell'umore e del disturbo dell'attenzione con iperattività (ADHD).

A Roma: Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi, Pamela Bruni, Paolo Calari, Paola Cimbolli, Giorgio De Cesare, Marco De Murtas, Adele De Pascale, Eleonora De Pisa, Paolo Decina, Vittorio Digiacoantonio, Paolo Girardi, Rosanna Izzo, Alexia Koukopoulos, Giovanni Manfredi, Maurizio Pompili, Gabriele Sani, Rosa Maria Sollazzo.

A Cagliari: Leonardo Tondo, Gianfranco Floris, Maria Cantone, Simonetta Giagheddu, Carmen Ghiani, Beatrice Lepri, Eugenio Mangia, Simona Mercenaro, Marco Murtas, Maria Grazia Rachele, Enrico Perra, Marilena Serra.

A New York: Gianni Faedda, Nancy Austin, Ngaere Baxter, Joseph Hirsch.

ARETÆUS news

Rivista ufficiale di Aretaeus Onlus e del Centro Lucio Bini

direttore responsabile

Leonardo Tondo

coordinamento scientifico

Athanasios Koukopoulos, Daniela Reginaldi,
Alexia Koukopoulos, Gabriele Sani, Gino Serra

amministrazione

Giulio Ghiani e Elisabetta Migoni

progetto grafico

Joseph Akeley

design e redazione

Gretel Hohenegger

stampa

Grafiche Pisano (Cagliari)
info@grafichepisano.it

Autorizzazione Tribunale di Cagliari

n. 12/05 del 07/04/05

Potete mettervi in contatto con noi per commenti,
suggerimenti, lettere o altri contributi:

Roma

Via Crescenzo 42 · 00193 · tel. (+39) 06 6874415/75
fax (+39) 06 68802345

Cagliari

Via Cavalcanti 28 · 09128 · tel. (+39) 070 486624 · fax (+39) 070 496354

centrobini@aol.com · www.centrobini.it