

CORSO DI ALTA FORMAZIONE UNIVERSITARIA

PSICO NEURO ENDOCRINO IMMUNOLOGIA (PNEI): IL NUOVO
PARADIGMA PER L'INTEGRAZIONE TRA BIOLOGIA, MEDICINA E FISICA
QUANTISTICA

Tesi:

SINTOMI CLINICI IN CERCA D'AUTORE:

IL CONCETTO DI FUNZIONALE TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

Candidato:

Dott. Stefano Marchese

Relatore

Prof. Andrea Calandrelli

Indice:

- 1) Pnei tra integrazione ed eclettismo
 - 2) I sintomi funzionali : un esempio di ambiguità incarnata
 - 2.1 criteri di significazione
 - 2.2 Lo Statuto della soggettività nel discorso clinico
 - 2.4 Il corpo
 - 2.4.Soggettività tra corpo e identità
 - 3) Le trasformazioni silenziose
 - 4) Prospettive di lettura e possibilità d' intervento : tornando ai sintomi funzionali
 - 5) Conclusioni
- Bibliografia

Sintomi clinici in cerca d' Autore: il concetto di funzionale tra medicina e psicologia

1) Pnei tra integrazione ed eclettismo

Pnei, è un acronimo che sta per psiconeuroendocrinoimmunologia. Ad esso viene correlata una teoria di grande spessore scientifico, la fisica quantistica, che è il nuovo sfondo teorico, sovradeterminato di riferimento. La fisica quantistica e le discipline contenute nella sigla pnei, configurano da un lato ciò che uno dei più importanti teorici della complessità, Edgar Morin, definisce come sapere enciclopedante, (*E. Morin, 2002*), dall'altro, allo stesso tempo, fornisce un profilo di eclettismo confusivo.

Il linguaggio occidentale, nella sua storica e dinamica sedimentazione, ha selezionato forme di pensiero che garantivano la possibilità di classificare l'esistente in forme e in orientamenti stabili. Il linguaggio in tale uso è una foto della realtà. Una possibilità non ancora colta dalle nostre forme di riferimento linguistiche è quella della transizione. Il non colto offre profili di ambiguità, all'interno dei quali azioni verificate, con agenti e predicati, non possono essere pensate.

Il pensiero enciclopedante, all' interno della cui cornice è inseribile la versione portatrice di guadagno di senso della pnei, è un pensiero che, nel linguaggio, trova non solo le forme, ma anche le transizioni di senso che coglie nel loro divenire. Il divenire è costituito da azioni e da passioni che avvengono fuori dall' afferrabilità schematica, dunque, i fatti che si verificano, hanno la possibilità di essere interpretati in modo più specifico rispetto alle strutture che, oltre una "massa critica" configurano realtà in sistemi identificabili.

Partiamo dai termini in cui viene composta la sigla PNEI. Seguendo l' ordine lineare e gerarchico imposto dal linguaggio, il senso, cioè la direzione verso cui va il senso, è da "psico" in poi. Il termine psico deriva da psichè, anima e specchio (il nuovo etimologico Zanichelli). Riguardo alle divisioni delle scienze odierne "psico" è un concetto di confine. È la base sia della psico-logia che della psi-chiatria, ma da qui si dirama in altre forme e sotto-forme. Il senso ambiguo di "psico" fa da sfondo agli altri, che hanno un' origine definita in un percorso scientifico di stampo positivista. Il primo termine apre dunque, seguendo la codifica linguistica in uso in occidente, al senso che è incastonato nella forma totale. Il senso che fa da sfondo informa il resto della sua ambiguità, bisogna dunque che la disciplina si apra all' interpretazione, in quanto la transizione e l' apertura agli altri termini rendono questi instabili, al di fuori di ogni calcolo, sebbene, grazie alla fisica, è possibile trovarne la cifra.

Quando si entra nell' ottica dell' interpretazione non si accede al mondo del relativismo, ma al problema della critica, in senso positivo del reale.

La prima domanda rispetto all' interpretazione è: a cosa serve l' interpretazione stessa. Il primo elemento da considerare per quanto concerne la PNEI è, quindi, "psico" per cosa sta? E in riferimento a cosa, ma soprattutto a chi?

Il chi e il cosa entrano in campo. Quando adottiamo un modello cosa abbiamo in mente a chi e a cosa è rivolto?

La risposta è la conoscenza, e la salute dei soggetti. Giochiamo con le parole. La parola conoscenza, secondo una teoria etimologica risalente a Benvieniste e comunemente accettata, si riferisce ad una nascente intuizione sul sé e sul mondo, "inizio ad accorgermi" sarebbe il concetto linguistico che più realizza questa azione. Conoscenza è equivalente quindi alla conoscenza di sé e di un mondo in un modo nuovo rispetto al pregresso. La particella "co" impone uno sfondo relazionale, di transizione.

Tale apertura all' altro di "co" si lega immediatamente al soggetto che è implicito in una teoria orientata a fornire cure più adeguate per una condizione penosa che viene definita malattia.

Intendiamo il soggetto come promotore di iniziative, ente attivo da cui originano sensi e passioni in un contesto relazionale. Il soggetto è "con-partecipe" ad un mondo che, nel nostro caso, è affetto da una condizione di sofferenza. Naturalmente questo soggetto non è un'identità fin quando non lo si incontra, ma allora la domanda è: quale soggetto ci prefiguriamo di incontrare in base ad una certa impostazione teorica, è come tolleriamo gli scarti da ciò che ci aspettiamo in modo che possiamo iniziare ad accorgerci di lui, cioè a conoscerlo?

2) I sintomi funzionali : un esempio di ambiguità incarnata

Occorre innanzitutto interrogarsi sul concetto di funzionale. In quanto termine condiviso tra più discipline, il termine funzionale rimanda al fatto che, ad esempio, un organo, rimane all' interno del suo spettro di funzionamento (non è danneggiato), per quanto riguarda il termine "sintomo" rappresenta un' evenienza che accade in funzione di un' origine causale (Il Nuovo Etimologico, Zanichelli), in questo caso accade qualcosa che è in relazione ad un corretto funzionamento, come dire: non accade niente di rilevante, tranne la sofferenza del paziente. Si parla di sofferenza dal momento che, il dolore è nel senso comune del termine accomunato alla sofferenza. Il dolore riportato è spesso l' unica evidenza clinica autoriportata dal paziente che può far dedurre al medico che ci si trovi di fronte a dei sintomi funzionali, insieme ad una approfondita "conoscenza" della persona.

Per approfondire il discorso dei sintomi funzionali e il concetto in sé di funzionale, non si può non incontrare il DSM.

Il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) IV (APA, 1994) dà rilevanza autonoma al disturbo di somatizzazione, al disturbo somatoforme e al disturbo algico, a latere nel discorso qui pertinente possiamo trovare il disturbo da conversione e l' ipocondria.

Altre condizioni sono definite condizioni mediche generali, che servono al clinico per farsi un' idea e avere il quadro più chiaro della situazione

La logica del manuale diagnostico statistico dei disturbi psichiatrici è, come dice la parola stessa, statistica. Se un sintomo c'è in proporzioni statisticamente rilevanti viene inserito, se più sintomi correlano formano un disturbo.

Andando dalla statistica ad un approccio descrittivo riduttivamente fenomenologico, Sims (Sims A. 1997) nel capitolo sulla psicopatologia del dolore, si domanda se il dolore sia organico o psicogeno.

Propone alcuni criteri per evidenziare le differenze tra il dolore organico e quello psicogeno, tra cui:

1) il dolore associato a malattie mentali è più diffuso e non segue percorsi di diffusione anatomici. 2) la costanza e l' aumento in determinate circostanze; 3) disturbo dell' umore; 4) difficoltà di discrezione e convinzione assoluta da parte del paziente che sia effettivamente dolore; 5) progressione nel tempo non motivato da aumento di eventuale danno biologico-tissutale. (Sims A. 1997 p.318)

Lo stesso autore afferma che potrebbe esserci, in pazienti che hanno sintomi algici, un incremento dell' attenzione a processi sensoriali che non dovrebbero essere interpretati come dolorifici, andando così nel campo dell' interpretazione dei sintomi.

2.1 criteri di significazione.

Se si vuole passare da un livello descrittivo ad uno esplicativo, si rende necessario un sistema di riferimento che faccia da contesto ai fatti intesi come esito delle descrizioni. Il rapporto tra fatti e interpretazioni, già problematizzato da Nietzsche, (la cui massima più famosa è “non fatti ma solo interpretazioni”) entra in gioco in modo sottile quando un paziente espone dei fatti al clinico che quest' ultimo non riesce a collocare in un contesto conosciuto di riferimento. Difatti i sintomi funzionali sono anche definiti “sintomi inspiegabili” ma qualora si trovasse la spiegazione, ci si dovrà confrontare con la comprensione del paziente, fino ad avvicinare il suo vissuto. Spiegare di più per comprendere meglio è un'altra massima (appartenente a Ricoeur) che mette in circolo la problematicità dell' incontro con i sintomi funzionali, espressi da una persona.

La medicina come scienza in realtà è un sistema di codifica, ampliando si potrebbe dire che è un gesto ermeneutico sul mondo, non più oggettivo di altri ma più “medico” ,ovvero come la matematica è sistema di codifica più matematico e la psicologia più psicologico, la filosofia più filosofica. Al loro interno le discipline, intese come sistemi di codifica, hanno tracce e interpretazioni antagoniste, che assumono rilievo in base a fattori di tipo ideologico, culturale e di efficacia. L' efficacia è posta in coda ai fattori di prevalenza di ciascuna versione del codice perché, in effetti, dipende dagli altri due. Le odierne dispute sulla genetica e l' etica ne sono un

esempio. Ovvero, un trattamento o una scoperta possono rivelarsi efficaci in termini di numeri, convogliando quindi in sé il valore di due codici, quello medico e matematico, ma non essere culturalmente accettabili, rischiando così di essere vincolati nella realizzazione dei possibili benefici .

La cultura di una porzione di mondo in un dato tempo è un sistema di codifica sovraordinato, ma non riconosciuto a livello applicativo, gli studi di antropologia medica difficilmente hanno esiti su larga scala. In effetti mancherebbe ancora un passaggio , tra la medicina e la cultura, ancora meno visibile ma fondamentale, la soggettività come vissuto rintracciabile nell' incontro clinico.

2.2 Lo Statuto della soggettività nel discorso clinico.

In relazione ai disturbi funzionali, il concetto che abbiamo definito vago, si rende interpretabile solo alla luce del riconoscimento della soggettività del paziente che porta nella clinica i suoi sintomi e con essi il senso della malattia.

Nella cultura occidentale, dai classici greci in poi, la soggettività e le riflessioni sull' identità si sono susseguiti sotto l' egida della logica e della metafisica, l' essere in sé era considerato come attorniato da oggetti e incarnato in corpi individuali, così da generazioni di pensatori, il concetto di soggettività si relazionava con la ricerca di invarianti puramente razionali che definissero anche la vita individuale zavorrata dal pesante fardello del corpo. Socrate, Platone, le religioni monoteiste, fino al romanticismo, intendevano trovare quell' elemento essenziale che configurava lo specifico a partire dalla generalizzazione. tale approccio si è evoluto anche nelle odierne scienze e procedure di indagine sul campo e più specificamente cliniche.

Heidegger (Heidegger, 2001), il filosofo dell' analitica ontologica apre, dal canto suo, alla possibilità di analizzare non più l' essere come puro, da cui discenderebbe una soggettività vincolata, ma l' essere come esperienza in una situazione totalizzata emotivamente. Da qui la riflessione è colorata di attributi differenti. La soggettività è una componente che viene studiata ontologicamente. L' ontologia, disciplina che ha il suo contesto di sviluppo nella metafisica, diventa prospettiva di indagine delle situazioni concrete, con alcuni spunti che sono interessanti per una prospettiva clinica. In primo luogo il concetto di ontologia è in relazione all' ontico. Il confronto rivela che ontico è il mondo come semplice presenza. Gli oggetti e alcune esperienze

sono vissute in modo ontico quando in esse c'è l'attitudine a entrare in relazione con il mondo come se esso fosse solo un oggetto. Ontologico è una modalità relativa all'essere__in una situazione, a partire dalla quale si può differenziare in modo netto tra una cosa e una persona. La persona vista in ottica ontologica è un'irriducibile manifestazione di una soggettività unica che incontra altre unicità che vengono alla luce negli scambi relazionali attraverso anche ciò che essi producono materialmente e immaterialmente.

Arciero utilizza questa distinzione all'interno della relazione di coppia (Arciero 2002), mostrando come la soggettività possa essere "usata" come oggetto o riconosciuta come esperienza e possibilità dall'altro che, attraverso il suo impegno nel mondo, manifesta allo stesso tempo progetto di appartenenza (in questo caso ad una coppia) e continua novità e fluidità nel vivere.

Da questa prospettiva che apre ad una visione della soggettività come irriducibilità che si può solo conoscere (nel senso etimologico di conoscenza che in precedenza abbiamo usato), è stato possibile alla ricerca nel campo delle scienze umane progredire sulla strada dell'interpretazione del soggetto come problema da affrontare, non scontato. Ciò da un'altro verso è stato possibile perché il contesto culturale ha favorito, non sempre in senso positivo, la scoperta dell'individualità. Seguendo la traccia della scoperta della soggettività, fatta da Heidegger in poi, e attraverso metodologie che rientrano nel campo della fenomenologia e dell'ermeneutica, all'individuo è stato consegnato un attributo in modo diverso dal passato, il corpo.

2.3 Il corpo

Nell'ottica fenomenologica il corpo è il modo che ha l'uomo di abitare il mondo. Galimberti, sostenitore e divulgatore di una prospettiva fenomenologica sul corpo, scrive:

“abitare non è conoscere, è sentirsi a casa, ospitati da uno spazio che non ci ignora tra cose che dicono il nostro vissuto, tra volti che non c'è bisogno di riconoscere, perché nel loro sguardo ci sono le tracce del l'ultimo congedo.....abitare è trasfigurare le cose, caricarle di sensi che trascendono la loro pura soggettività per sottrarle alla anonimia che le trattiene nella loro inedità, per restituirle ai nostri gesti abituali che consentono al nostro corpo di sentirsi tra le sue cose, presso di sé” (Galimberti 2006 pag. 258)

La struttura anatomica del corpo non trova la sua ragione essenziale nell'organizzazione delle sue strutture (ossa, muscoli cellule, elementi ancora meno complessi) ma nelle possibilità che ha quel corpo di realizzare un progetto. L'intenzionalità, nella tradizione fenomenologia, è ciò che

consente alla coscienza di costruirsi già suoi inizi in un medium. La coscienza non è nella testa che racchiude il sistema nervoso, è presso gli oggetti che è possibile usare, è prima ancora presso gli altri che ci “insegnano” un modo umano per usarli.

Merleau-Ponty, nel libro in cui sistematizzò la prima parte del suo pensiero, ovvero “Fenomenologia della percezione”, intende alcune patologie quali afasie e aprassie non come esiti lesionali di un centro nervoso, ma come non disponibilità a realizzare un progetto espressivo che passa attraverso il corpo che avrà anche come causa una lesione, ma il cui significato non è la lesione come origine, bensì l’impossibilità acquisita di esprimere un significato attraverso il corpo. La parola in quest’ottica è un gesto linguistico, una postura del corpo che assume una valenza, non si tratta quindi di approfondire le strutture neuroanatomiche che rendono possibile la parola ma nell’espressione che fanno della parola una possibilità di espressione di un progetto

L’autore francese afferma, a proposito della dimensione corporea del linguaggio :

per contrasto (*rispetto alle patologie del linguaggio, corsivo mio*), riconosciamo l’essenza del linguaggio normale :

L’intenzione di parlare non può non trovarsi se non in una esperienza aperta, e appare, come l’ebollizione in un liquido, quando delle zone di vuoto si costituiscono nello spessore dell’essere e si spostano e si spostano verso l’esterno. Non appena l’uomo si avvale del linguaggio per stabilire una relazione vivente con se stesso o con i suoi simili, il linguaggio non è più uno strumento, un mezzo, ma una manifestazione, una rivelazione dell’essere intimo e del legame psichico che ci unisce al mondo e ai nostri simili. Per quanto riveli molto sapere e sia utilizzabile per attività determinate, il linguaggio del malato manca totalmente di quella produttività che costituisce l’essenza più profonda dell’uomo e che in nessuna civiltà si rivela forse con tanta evidenza come nella creazione del linguaggio

La dimensione di espressione sulla necessità di esprimere sé stesso in un progetto non definito in partenza ma vissuto attraverso il corpo è una angolatura differente da cui guardare la questione del soggetto. Cogliere ad esempio nel disturbo del linguaggio, come in altri presi in esame da Ponty, nella modalità della realizzazione di una presa sul mondo che il linguaggio ha a partire dall’espressione del corpo è un capovolgimento di fronte: l’impostazione razionalistica

che vedeva il corpo come comandato da un fine razionale, nelle varie epoche anima o intelletto, trova un vincolo e un nuovo punto da cui collocare il senso. Il senso lo possiamo far sorgere dal corpo, non del tutto come altro tassello dell' ontologico, ovvero non è sufficiente sostituire i predicati prima depositati nell' intelletto nel corpo ma cogliendo un' altro modo o forse un' altra metodologia di configurare una gestalt complessa.

2.4. Soggettività tra corpo e identità

Se il corpo non è più quello della biologia o quello delle autopsie, il corpo allora non è un oggetto. La tradizione fenomenologica divide nettamente tra due impostazioni per interpretare il corpo: corpo oggetto-macchinario ovvero il "Körper" e il corpo vissuto ovvero leib, che in tedesco ha la stessa origine del verbo amare, e che è spesso messo in relazione con termini quale passione. In italiano passione ha che fare con patimento ed eccitamento, sono due locuzioni che hanno entrambe a che fare con il movimento. L' emozioni hanno a che fare sempre col movimento o la sua mancanza in quanto tendono a orientare l' organismo. La depressione quale condizione patologica è primariamente individuabile perché questo moto è venuto meno. Perché la depressione è tanto "scandalosa"? perché il vissuto di inattività preoccupa i vicini a una persona depressa e i clinici che intenzionano una cura?. Una risposta sommaria è che la depressione mostra la sua cifra anomala dal momento che la condizione del soggetto è quella della sottrazione di sé da qualsiasi "situazione" vediamo con Heidegger che la situazione emotiva è una costante dell' esserci, il "ci" indica la situazionalità dell' essere. Senza occasioni di espressione non è possibile far uscire fuori un progetto.

La situazione, un' azione in cui il soggetto è situato produce un racconto, la narrazione è quella configurazione che consente al soggetto di partecipare ad una comunità.

Paul Ricoeur, studiando e innovando l' ermeneutica che è la scienza dell' interpretazione che prende spunto dall' esegesi che è lo studio dei testi sacri, per la loro riattualizzazione e significazione, afferma che nel racconto si configurano azioni, le azioni sono colte in un senso che sviluppato un arco temporale adeguato, coordinate tra loro in racconto, fondano l' identità del protagonista, l' identità narrativa. L' identità narrativa si compone di "idem" e "ipse" per fare un esempio l' identità idem è quella che nelle epiche si attribuisce all' eroe, fedele a sé stesso, e ciò che nel racconto cambia sono le condizioni esterne, l' identità ipse è quella che si attribuisce all' anti eroe, l' Ulisse di James che apre alla situazione, ne indaga i risvolti del vissuto. L' ipseità è il fattore novità di ognuno, riducendone la portata. L' ipseità fa riaffiorare un concetto vicino alla situazionalità del soggetto. In qualità di ciò che di un' esperienza è "già

mio” mi appartiene ma non me ne sono ancora appropriato, offre una chiave di lettura all’interpretazione della soggettività attuale

3 Le trasformazioni silenziose

Ciò che non è possibile prevedere a priori, ciò che non è chiaramente individuabile nel contesto di una situazione, produce non di meno i suoi effetti. Secondo la teoria del caos, mutamenti infinitesimali producono stravolgimenti drammatici dei contesti. Il filosofo e sinologo Francois Julien (Francois Jullien 2010), senza scomodare la teoria del calcolo infinitesimale e delle fisiche della complessità, ci fornisce una chiave di lettura culturale per entrare nel merito di quelle trasformazioni, dei sistemi umani che non si lasciano osservare se non quando sono compiute.

La prospettiva dell’ autore è quella di mettere a confronto due tradizioni di pensiero, quella occidentale nata in Grecia, e quella orientale in modo specifico cinese. Le due prospettive sono colte a partire dalla conoscenza etimologica della lingua orale e scritta in cui si manifestano le due culture. È possibile individuare una grossa differenza sulla scia delle riflessioni dell’ autore. In occidente la storia del pensiero e del linguaggio è stata costellata dalla ricerca delle invarianti dell’ essere, sotto la cui egida dare senso alla realtà. In Cina ad esempio, attraverso lo studio e la traduzione dei classici del pensiero, non si ritrova niente in riferimento all’ ontologia. La realtà non va spiegata attraverso un ente significatore, la realtà è un insieme di tratti e situazioni, su cui è possibile intervenire non con l’ azione diretta ma con un’ azione indiretta, ovvero con un intervento sui tratti di una situazione che evolvono . in tale ottica, l’ accorgersi di essere invecchiato, la rottura di un legame affettivo, o una rivoluzione politica, non manifestano in sé le ragioni del proprio manifestarsi, ma i tratti che hanno portato a manifestare tali eventi evidentemente distinguibili in quanto drammatici, si sono iniziati ad evolvere altrove. La debolezza della vecchiaia ha iniziato ad evolvere da un tratto ad esso opposto, secondo la classificazione linguistica occidentale, ovvero il vigore della giovinezza. Ma opposto non secondo il modo di pensare cinese, ad esempio. Il vigore della giovinezza è già espresso attraverso dei tratti che tendono alla debolezza della vecchiaia. Così l’ odio che segue l’ amore nella fine di una relazione, era già un tratto della passione che nasceva, nel gioco tanto conosciuto degli opposti yin e yang di cui secondo l’ autore non si conosce adeguatamente il senso, perché nel nostro sistema classificatorio, teso a fare parti e parti di parti sempre più piccole di un fenomeno, gli opposti non si contengono mai si oppongono in virtù della

strutturazione ontologica del linguaggio per cui l' essere è e il non essere non è, primo principio di non contraddizione che impone al soggetto una posizione di resistenza e di non appartenenza all' oggetto, ovvero a ciò che lo circonda. Ciò che secondo Julien manca nella codifica del nostro pensiero è la possibilità di analizzare quella fase della transizione tra gli opposti, che genera mutamenti. La maggior parte delle rivoluzioni culturali e politiche, come "evento" drammatico, non ha fatto altro che re instaurare l' ordine che intendeva sovvertire, in quanto sebbene l' intenzione esplicita dell' azione fosse sovvertire, i tratti della situazione culturale non erano pronti a generare un mutamento reale il quale è molto più lento, tanto da riassorbire la drammaticità dell' evento, trattenere i sé le possibilità trasformative per poi riprendere il processo della transizione e portarla a compimento nel modo della conoscenza, ovvero di iniziare ad accorgersi, quieto non rivoluzionario. Ci si accorge di essere invecchiato, di essere innamorato, o di non essere più innamorato, di essere malato, ad un tratto, perché il lavoro della situazionalità ha fatto il suo compimento, mentre la nostra attenzione era altrove. I sintomi funzionali, potrebbero essere letti come compimento ad evento di una situazione per cui non era possibile avere attenzione in precedenza-

4.prospettive di lettura e possibilità d' intervento : tornando ai sintomi funzionali

I sintomi funzionali possono essere visti alla luce di un movimento all' interno del soggetto di alcuni suoi tratti o inclinazioni che attraverso alcune situazioni vengono portate a compimento, manifestando alla fine l' evento della patologia ambigua. All' interno della prospettiva terapeutica postrazionalista, viene data una rilevanza fondamentale all' essere situato del soggetto a partire da una serie di inclinazioni che egli ha, che sono i veicoli attraverso cui la persona ha un "commercio" col mondo, che nel linguaggio di questa impostazione prendono il nome di stili di personalità. Integrando linguaggi e culture differenti, è possibile interpretare il testo vivente che il soggetto esprime attraverso il suo corpo vissuto e vivente. Il soggetto è un corpo nella dimensione in cui il corpo è uno schizzo della totalità del progetto di soggettività che la persona manifesta di volta in volta attraverso il suo essere situato, nella situazione. Gli stili di personalità si dividono lungo un continuum che vede due dimensioni fondamentali, etero direzione e auto direzione, rispetto al vissuto emotivo. Tale suddivisione è soprattutto identificabile in alcune strutture psicopatologiche di base. Se consideriamo i sintomi come riduzione a meccanismi dell' ordine del corpo e della mente intesi come meccanismi, vediamo come la persona che manifesta un sintomo è come "annodata" su pochi elementi, come se la sua vita avesse una riduzione di possibilità. Il disturbo ossessivo, ne è un buon esempio. Nella teoria

postrazionalista il disturbo ossessivo è correlabile ad uno stile di personalità ossessivo, in cui il disturbo si attiva quando il vissuto emotivo destabilizza la gestione della vita di una persona. La gestione avviene attraverso sistemi di pensiero che danno ordine e linearità al mondo e alle relazioni, le emozioni che vengono più chiamate in causa sono quelle sociali, come vergogna e disprezzo. L'attivazione di un vissuto emotivamente connotato al di fuori dello schema attiva il sintomo come possibilità di autogestione, in persone fortemente orientate all'esterno per quanto riguarda i codici di interpretabilità di sé e del mondo, in questo definirsi dall'esterno, in un sistema astratto c'è una tipologia di etero direzione, che rappresenta un polo del continuum cui si faceva prima riferimento. Sull'altro versante il disturbo da attacco di panico è un altro esempio. La base del disturbo è un'attivazione di un vissuto di paura. La paura è un'emozione "primaria" con una forte connotazione viscerale. Avendo una personalità organizzata sull'emozione della paura il soggetto che soffre di attacchi di panico tenderà ad avere una gestione sulle condizioni che possono facilmente generare paura. Il corpo è nell'attacco di panico un fattore di pericolo, quando le sensazioni viscerali non corrispondono ad un range di stabilità percepita. Ma l'instabilità percepita nel corpo può corrispondere ad una situazione in cui il soggetto si percepisce come precario, e tale precarietà viene vissuta nel corpo. Una volta attivata la paura essa si autoalimenta, la paura di avere un infarto incrementa la sensazione viscerale di instabilità, ecco perché molti attacchi di panico hanno la necessità di farsi visitare in pronto soccorso. Questo quadro in modo sintetico esemplifica l'altro polo del continuum, l'auto direzione.

Rispetto a questo continuum ci sono altre sfumature, che rappresentano degli idealtipi, che sono stati costruiti in base al vissuto soggettivo, intercettando il modo classico, nosografico, di classificare i sintomi, ma costruendo queste categorie, dall'interno del vissuto del soggetto, attraverso la mediazione della seconda persona, ovvero la visione del clinico

La teoria postrazionalista, proposta da Arciero (Arciero 2002, 2006; Arciero e Bondolfi 2009) riconfigura aspetti del vissuto emotivo installandoli in una nuova visione del soggetto.

L'autore afferma per specificare le differenze ontologiche tra le due dimensioni, che :

la variabile fondamentale che permette di differenziare il modo di emozionarsi sembrerebbe connessa al tipo di sollecitazioni ricorrenti a cui il bambino è sottoposto nell'ambito delle relazioni di reciprocità con adulti significativi. Quanto più l'interazione genera eventi specifici (universal triggers) che l'organismo è biologicamente preparato a interpretare come rilevanti

per la sopravvivenza, tanto più l' appraisal sarà automatico e la risposta sarà centrata sull' attivazione di emozioni basiche.(Arciero 2006, pag102)

...le cose sembrano andare in modo diverso se le sollecitazioni ricorrenti a cui è sottoposto un bambino nell' ambito delle interazioni con adulti significativi non elicitano risposte specifiche. In tal caso è come se l' organismo non fosse stato preparato dall' evoluzione a rispondere automaticamente a stimoli comunque rilevanti per il mantenimento dell' adattamento. Una reciprocità che si è andata organizzando sull' ambiguità e sull' evanescenza, sull' incostanza o sull' invariabile ambivalenza della risposta genitoriale da origine a una prevedibilità che deve ancorarsi da parte del bambino, sulla fonte esterna di sollecitazione. Questo mentre produce un riconoscimento delle proprie esperienze emotive partire da una focalizzazione sull' esterno, esclude l' attenzione sugli stati interni (Arciero 2006 pag. 104)

Il soggetto ha egli esclusivamente la possibilità di vivere il vissuto in “prima persona” , le categorie di spiegazione sono categorie che provengono da dominio disciplinare del professionista dalla sua comunità di riferimento. Quando viene fatta una domanda ad un clinico, quest' ultimo tende a rispondere secondo i criteri validati nella sua comunità. È una traduzione da una comunità di pensieri e di pratiche all' altra. Quella del paziente e quella del clinico, e non è detto che quella del clinico sia l' unica delle due ad avere una prospettiva terapeutica, ma di sicuro i criteri di decodifica del clinico sono connessi ad un modello terapeutico. I criteri del paziente sono connessi ad una pratica del saper vivere, o per lo meno ad una pratica del saper vivere in una situazione-cultura. Dal punto di vista biologico questa prospettiva offre interrogativi e prospettive. Qual' è l' unità da prendere in considerazione nello sviluppo di una malattia?

Esemplificando, la genetica ha offerto, per ciò che concerne il livello dei concetti offerti al pubblico, una grossa possibilità-speranza di sconfiggere alcune malattie e di capire alcuni meccanismi. Ci viene in soccorso nuovamente Heidegger il quale afferma nella sua opera “Essere e Tempo” che ciò che costituisce la “pubblicità” il “sì” dice, è l' ambito della deiezione, ovvero l' ambito attraverso cui si nasconde, si occulta l' essere, meglio dir, per evitare derive intenzionaliste, dove “sì” perde un' attitudine conoscitiva, relativa all' esserci, e la conoscenza diventa “in autentica” non nel senso di non vera ma cercata attraverso una metodologia fuorviante, che in una dimensione ontologica è non corretta ma lo è sul versante ontico. Rispetto

al soggetto, ad esempio in che relazione sta il gene? Questa molecola subordina la persona? A livello pubblico sembra così, ma perché?

Dalla filosofia greca in poi siamo abituati a ricercare entità sovraordinate a cui riferire responsabilità e possibilità superiori, dal mondo delle idee a dio, ora il gene. Certo le dimensioni cambiano, e questo è il segno dei tempi.

Se invece osserviamo il gene come un momento di passaggio adoperando la prospettiva di Jullien, dovremmo vedere come esso fa parte di una transizione in una situazione. La situazione in cui il gene è inserito è il ciclo di vita di un organismo, come afferma Arciero (Arciero 2006, pag. 107) e la trasmissione non avviene per via genetica, se si pone l'accento sul fatto che il confronto è con un "genoma incorporato ecologicamente", la trasmissione di caratteristiche individuali è tanto genetica quanto culturale per cui si può parlare di genetica solo in quanto quella piccola branca della biologia che studia una molecola, che essendo in una situazione per cui codifica la produzione di altri elementi, si trova in mezzo ad altri processi. Andando verso il più microscopico da un lato e verso il più macroscopico dall'altro, la traccia che spesso viene dimenticata è la situazione che il soggetto vive soggettivamente in prima persona.

Nel lavoro clinico è possibile assistere a richieste di consultazione per condizioni ansiose che vengono accompagnate, approfondendo il colloquio a condizioni di sofferenza somatica più o meno accentuate.

Esemplificazione clinica:

Una donna di 65 anni giunge al colloquio con una richiesta specifica, essere sollevata dalla sofferta situazione in cui versa da qualche mese. Ella soffre di attacchi di panico, che non le consentono di condurre la vita che ha sempre condotto. Insieme a questo sintomo principale, un altro, meno evidente, ma ugualmente invalidante, è quello degli acufeni, rumore continuo percepito, per il quale aveva già fatto tutti gli accertamenti suggeriti dallo specialista, con esito negativo. Il lavoro terapeutico è consistito nell'intervenire sugli attacchi di panico attraverso una tecnica specifica, e cercare di approfondire la situazione di vita in cui questi si sono presentati, cercando analogie con altre fasi della vita della paziente in cui si erano verificati questi "eventi". Dopo pochi incontri, la signora, dotata di buone risorse personali e l'appoggio dei familiari, ritrova la possibilità di gestire il panico e riprendere la sua routine. Il fischio costante che essa percepiva, era sempre presente, ma solo se ci faceva attenzione. Non le

impediva più di dormire, e aveva riaffermato la possibilità di orientare la sua consapevolezza su altri aspetti della sua vita, non lasciandola invadere da fischi e paure.

L' esempio riportato apre ad un quesito, quale relazione può esserci tra il sintomo della paura e il sintomo funzionale?

Nella pratica clinica, sono spesso correlati al disturbo da attacco di panico altre manifestazioni somatiche comuni, quali cefalee e mal di stomaco e certe volte altre manifestazioni più individualizzate, quali stanchezza cronica.

Arciero e Bondolfi mettono in relazione i sintomi funzionali con una specifica modalità di essere situati emotivamente, lo stile ipocondriaco(Arciero e Bondolfi 2009, pag. 171)che configura non solo il disturbo ipocondriaco in senso stretto (caratterizzato da lamentele e continue verifiche circa il proprio stato di salute) ma uno spettro ipocondriaco (hypocondriac spectrum) che comprende secondo gli autori il disturbo da somatizzazione e il disturbo indifferenziato da somatizzazione, entrambi caratterizzati da sintomi relativi a disturbi viscerali, somatici e somatoscheletrici. Rispetto alla differenza prima effettuata lungo il continuo auto-direzione (inwardness) / etero-direzione (outwardness) lo spettro ipocondriaco si situa verso il polo auto diretto, ma a differenza dell' autodirezione "pura" (statisticamente rara) l' emozioni di questo spettro sono elicitate intersoggettivamente. L' altro, il contesto sociale sono la fonte di informazione sulla percezione della propria stabilità, una volta inclinata questa il corpo che ha un modo di emozionarsi basico (paura, ad esempio) "reagisce" al pericolo manifestando i "sintomi" della paura senza che l' attenzione possa cogliere i connotati contestuali . Al cambiamento di circostanze e situazioni il corpo nella persona con queste inclinazioni emotive, rimane un punto di riferimento, un punto di ancoraggio al mondo che diventa "alieno" e fonte di pericolo quando dell' emozione si avverte solo l' esito. Questo dato dipende dalla storia personale, come abbiamo visto, ma anche dalle possibilità d' essere fornite dall' essere situato in un certa modalità nei contesti di vita e negli eventi specifici.

Nelle classificazioni classiche, e nel dsm, si possono trovare alcuni concetti ambigui. La somatizzazione, i disturbi somatoformi, una volta slegati dall' entità nosografica classica dell' isteria, risentono ancora della modellizzazione psicoanalitica, in cui viene "convertito" un sintomo psicologico in una manifestazione somatica che trattiene però le tracce del simbolico, esito del conflitto inconscio tra istanza psichiche. Una teoria più "parsimoniosa" lega il concetto di "linguaggio d' organo"(organsprache, Arciero e Bondolfi, 2009 pag.172) ad una

ipercognitivizzazione rispetto allo stato del corpo. Tale condizione sottrae il soggetto dal suo commercio col mondo.

Esemplificazione clinica:

un giovane professionista, oberato di impegni, raccontava al colloquio di come rispetto ad una situazione di dubbio e di valutazione (una prova professionale) si era sentito talmente male da dover abbandonare il contesto, doversi “calmare” e solo successivamente poter riprendere ciò che stava facendo. La stessa persona in un’ altra condizione, rispetto a uno stress fisico, ebbe la stessa manifestazione. La prima e la seconda situazione erano di carattere leggermente diverso, ma il modo in cui egli faceva attenzione al corpo, era il medesimo, e avveniva un’ amplificazione degli aspetti emotivi legati alla paura dell’ attivazione, per cui veniva sottratto alla partecipazione situazionale, e “rapito” dai suoi sintomi. Nei giorni seguenti era colto da stanchezza ed apatia tanto che si convinceva di avere qualcosa, qualche malattia, a seconda dei casi, somatica o mentale. Naturalmente questi eventi vanno inseriti in una storia, che è la storia vissuta dal paziente, solo così è possibile collocare in una cornice afferrabile dal paziente, il modo attraverso cui egli “accade” emotivamente.

Naturalmente , questa sottrazione è ciò che va centralizzata nella terapia di tipo psicologico. È possibile notare che in tale ottica è possibile intravedere delle ipotesi di confronto, di integrazione con altri sistemi di riferimento diagnostico-categoriale lineare o dimensionale non lineare.

Ad esempio un fattore di integrazione potrebbe esserci tra gli stili di personalità e i biotipi costituzionali dell’ omeopatia, oltre per descrivere possibili correlazioni (ipoteticamente sempre spurie, dato i principi teorici differenti) per interpretare il comportamento, e le transizioni nel tempo di un soggetto che manifesta un dato biotipo e un dato stile di emozionarsi. Ciò a livello comunicativo implicherebbe un’ integrazione tra codici di lettura utili alla prevenzione e alla cura, lasciando sullo sfondo la soggettività, che rimane elemento su cui è necessario altro tipo di approfondimento

CONCLUSIONI

Rispetto al percorso descritto si è voluto mettere l’ accento su alcuni elementi che consentono di approfondire un tema specifico e vogliono configurare una proposta metodologica. I concetti che riguardano la disciplina “instabile” della PNEI assumono valore ulteriore attraversando anche i campi delle discipline dell’ interpretazione e sociali. Una disciplina ha l’ attributo dell’ instabilità quando proattivamente in essa le dimensioni che la compongono sono in transizione, verso configurazioni sempre più complesse, come affermano i teorici della complessità. Ed è lo

scopo della psicologia e della teoria dell' interpretazione capire quale elemento è in transizione quando si tratta di soggetti. La "Psico" che sta all' inizio dell' acronimo PNEI è in realtà la disciplina che dovrebbe studiare la transizione da un sistema vivente ad un soggetto, passaggio mai del tutto concluso. Solo attraverso una rivalutazione di tale transizione è possibile giungere ad una visione eco-logica (e anche quantistica) che consentirebbe di interpretare meglio anche la situazionalità dei processi che costituiscono un "evento" come la malattia o i sintomi funzionali, e quali tratti sottendono il processo.

La soggettività è anche quella del clinico e del ricercatore che in realtà nello scoprire e dimostrare una teoria trova un modo d' essere, una possibilità di ancorare sé stesso ad un mondo, i tratti che definiscono la sua soggettività ad una situazione, questo dato potremmo definirlo come la soggettività della scienza. Non ci sarebbe progresso clinico e scientifico se i soggetti che sono i protagonisti di tale processo non centralizzassero una intuizione nella loro vita. Tale dispiegamento di possibilità è una caratteristica della soggettività di cui ci si deve appropriare. D' altra parte l' appropriarsi di sé è anche un fattore terapeutico per il paziente che soffre, fargli percepire unità di analisi più ampie e significativamente sentite è l' obiettivo del terapeuta che voglia rendere autonomo una persona da un problema. Queste riflessioni aprono a dimensioni che non vengono spesso affrontate, sia nella formazione dei terapeuti (medici, psicologi, e in forma variabile tutte le professioni socio-sanitarie)che, logicamente, nelle pratiche di quest' ultimi. Alcune indicazioni vengono dalle discipline che studiano il processo formativo in età adulta, come l' educazione degli adulti (EDA) altre vanno trovate all' interno delle discipline che si fanno terapeutiche, spesso senza coglierne il senso. Nel senso etimologico del termine terapeutico si trova implicito il paziente, verso la cui guarigione il terapeuta si mette al servizio. Naturalmente i termini andrebbero approfonditi e problematizzati, ma sintetizzando, l' aspetto che le discipline scientifiche, occultano (aspetto deiettivo secondo Heidegger) è quello dell' altro, del senso di sé che ha un altro e dell' effetto che l' altro fa al terapeuta, una volta che egli abbia preso confidenza dell' effetto che fa a sé stesso la situazione di cura.

"la situazione di cura" ha senso una volta interpretato il significato di tale contesto e di tali tratti in essa contenuti. Di conseguenza la medicina e le terapie integrate, possono essere concepite tali, una volta che dietro il gesto terapeutico, ha esistenza un' intenzione curativa soggettiva (prendersi cura) rivolto ad un altro, verso cui ci si impegna ad affrontare con il "criterio" più adeguato per l' altro (tra quelli in possesso del terapeuta per codifica professionale) un evento che richiede una domanda (malattia, sofferenza, ignoranza). Questa prospettiva rende responsabile anche il ricercatore e il clinico di allestire le situazioni più adeguate per dare la

possibilità ad altri colleghi, nell' insegnamento, la possibilità di aumentare la propria capacità di intervento secondo i criteri proposti, che sono alcuni tra quelli proponibili. Ma anche allestire proprio situazioni concrete di cura. La sfida sarà quindi quella di verificare sul campo (clinica, ricerca, società) l' efficacia della proposta culturale della PNEI. Verificare e contestualizzare le proposte nelle varie situazioni (ambulatori, ospedali.....) se effettivamente è migliore di altre proposte fatte fino a oggi. Ma per fare ciò è necessario codificare prima una proposta, una proposta codificata instabile e unitaria, altrimenti questa prospettiva sarà relegata alle varie nicchie: dei clinici, dei pazienti, delle società scientifiche, delle case produttrici. Diventando così fenomeno di costume, marketing.

Bibliografia:

American Psychiatric Association, Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, DSM- IV TR. Milano, Masson, 2002.

Arciero G. and Bondolfi G., Sefhood, Identity and Personality Style, Wiley-Blacwell, 2009

Arciero G., Sulle tracce di sé, Bollati Boringhieri, Torino 2006

Bruner J., La ricerca del significato: per una psicologia culturale, Bollati Boringhieri, Torino 1992

Brooks P., Trame, intenzionalità e progetto nel discorso narrativo, Einaudi, Torino 1995

Changeux JP., Ricoeur P., La natura e la regola, alle radici del pensiero. Raffaello cortina Editori Milano 1999

Demazière D., Dubar C., Dentro le storie, analizzare le interviste biografiche. Raffaello Cortina Editori, Milano 2000

Demetrio D., Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé, Cortina Editore, Milano 1996

Demetrio D., Autoanalisi per non pazienti. Inquietudini e scrittura di se, Cortina Editore, Milano 2003

Fornero G., Tassinari S., Le filosofie del novecento, Bruno Mondadori, Milano 2002

Galimberti U., Psichiatria e fenomenologia, Feltrinelli Milano 2006

Gameli I. (a cura di). Il prisma autobiografico. Riflessioni interdisciplinari del racconto di sé. Edizioni Unicopoli, Milano 2003

Heidegger M., Essere e Tempo, Longanesi & Co, Milano 2001

Invito G., (a cura di) Merleau-Ponty, filosofia esistenza politica, Guida Editori, Napoli 1982

Martini G., Ermeneutica e narrazione. Un percorso tra psichiatria e psicoanalisi, Bollati Boringhieri, Torino 1998

Merleau-Ponty M., fenomenologia della percezione, Studi Bompiani Milano 2009

Mezirow J., Apprendimento e trasformazione, Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti, Cortina Editore, Milano 2003

Moren E., Il metodo 5. L'identità umana L'identità Umana. Raffaello Cortina Editori, Milano 2002

Olagnero M., Vite nel Tempo, la ricerca biografica in sociologia. Carocci 2004

Ricoeur P., Sé come un altro, Jaca Book, Milano 1993

Rizzolatti G., Sinigaglia C., so quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni a specchio. Raffaello Cortina Editori, Milano 2006

Sims Psicopatologia descrittiva

White M., La terapia come narrazione, Astrolabio, Roma 1992