

“Thinking about feeling and feeling about thinking”

Un'introduzione alla conoscenza delle emozioni

Prima lezione

Che cosa sono le emozioni

“Non si vede bene che col cuore, l'essenziale è invisibile agli occhi.”

Antoine de Saint-Exupéry, “Il piccolo principe”

§1. Le emozioni nella storia

Il termine “emozione” deriva dal tardo latino *e-movere*, che significa smuovere: è stato creato nel corso del XVII secolo per indicare uno stato di agitazione interna che turba il naturale andamento della vita e assumerà il significato attuale solo duecento anni dopo, a partire dal XIX secolo.

Nella Grecia antica, che manifestò un interesse straordinario per le passioni umane, filosofi e poeti si cimentarono nello sforzo di definire il fenomeno emotivo: Sofocle parlò di “forze aliene”, Euripide di “forze incontrollabili” e Platone, nel dialogo del Fedro, lo definì addirittura come “un tipo di follia”. La posizione dei grandi filosofi classici circa l'utilità educativa e/o terapeutica della rappresentazione teatrale di stati passionali non è univoca. Secondo Aristotele la tragedia avrebbe un effetto positivo sugli spettatori, in quanto opererebbe una funzione catartica (cioè purificatrice), sugli stati emozionali; mentre Platone esprime un giudizio del tutto opposto: l'azione drammatica proposta dai poeti tragici, lungi dal liberare il pubblico dalle passioni, provocherebbe in loro, attraverso un meccanismo di immedesimazione, le forti emozioni rappresentate sulla scena.

Nel corso del '700 il dibattito si spostò sulla possibilità o meno di controllare le passioni attraverso la razionalità, e i due maggiori filosofi del tempo si schierarono su fronti opposti: David Hume postulò che la ragione, da sola, non potesse mai essere motivo di una qualche azione della volontà e che, nella guida della volontà, non potesse mai contrapporsi alla passione: la ragione, secondo il filosofo scozzese, può solo essere schiava delle passioni; alle sue teorie si oppongono quelle di Immanuel Kant, che

interpretò la ragione come la facoltà regina, in grado di identificare le regole morali e di rispettarle contro ogni interferenza sentimentale.

§2. Emozioni e coscienza: definizioni

Oggi ci riferiamo all'emozione in senso comune come a "una forte impressione, commozione, turbamento" (vocabolario Sabatini-Colletti), e in senso psicologico la definiamo come *la risposta affettiva, caratterizzata da alterazioni delle funzioni neurovegetative* (per esempio variazioni nella temperatura corporea o nel battito cardiaco) *e da comportamenti mimici* (sorridere, aggrottare le sopracciglia, arricciare il naso), *a situazioni oggettive o a stati soggettivi che turbano la coscienza.*

Il ruolo della coscienza è fondamentale: uno studio delle emozioni che non consideri anche il livello di coscienza è necessariamente monco.

Secondo Antonio Damasio, famoso neuroscienziato specializzato in neurobiologia della mente, esistono tre forme di coscienza che sono, dalla più semplice alla più evoluta:

- a) il *proto-sé*, fenomeno primordiale di autoidentificazione, che si sviluppa a partire dalle emozioni (paura, fame, sesso, rabbia...). Il "proto-sé" ha come unica forma di consapevolezza quella di essere distinto dal mondo esterno.
- b) la *coscienza nucleare*, fenomeno biologico nel quale sono simultaneamente presenti tre elementi: l'oggetto di cui si è coscienti, la posizione del proprio corpo rispetto a quell'oggetto e la relazione che si stabilisce tra queste due entità. La coscienza nucleare provoca un senso di sé *hic et nunc*: l'unico passato che possiede si identifica con ciò che è appena accaduto.
- c) la *coscienza estesa*, che si costituisce sulla base della coscienza nucleare ed è all'origine del "sé autobiografico". Questo livello di coscienza richiede il linguaggio, necessario alla formulazione della storia personale.

La coscienza estesa è la caratteristica esclusivamente umana che rende possibile la valutazione cognitiva delle emozioni: anche i mammiferi sperimentano stati emotivi, ma la forma molto limitata e primitiva di coscienza di cui dispongono (la coscienza nucleare) non permette di attribuire a ciò che provano alcun tipo di significato.

Nell'analisi dei fenomeni emotivi devono dunque essere considerati cinque aspetti rilevanti:

- a) la *dimensione fisiologica*, che riguarda le reazioni corporee connesse alle diverse emozioni (impallidire, tremare, avere il cuore in gola, e così via), causate dal sistema nervoso centrale, dal sistema nervoso autonomo e da quello endocrino;

- b) la *dimensione cognitiva*, cioè la valutazione e l'attribuzione di un significato alle reazioni messe in atto dall'organismo, che stimola l'individuo a fare fronte agli eventi;
- c) la *dimensione motivazionale*, cioè la regolazione del comportamento in relazione ai desideri e agli scopi;
- d) la *dimensione espressivo-comunicativa*, ossia la presenza di configurazioni facciali e altre manifestazioni non verbali, universali e specifiche per ogni emozione;
- e) la *dimensione sociale*, cioè la presenza di un carattere specifico che dipende dal contesto e dalle relazioni.

Gli scienziati hanno tentato, con risultati discordanti, di stabilire quali siano le tipologie emotive di base: in genere, vengono considerate emozioni primarie quelle a cui corrispondono precise espressioni facciali, e cioè la rabbia, la paura, la tristezza, la gioia, il disgusto, la sorpresa e il disprezzo.

§3. Emozioni e salute

Una sorprendente statistica condotta negli USA per approfondire i legami fra reddito e felicità mostra che, mentre dal 1957 al 2005 il potere d'acquisto medio degli americani è quasi triplicato, il senso di felicità riferito dalla popolazione è rimasto praticamente invariato.

Perché si parla di "felicità riferita"? La felicità è una valutazione cognitiva personale che deriva da un'emozione primitiva -la gioia- e sebbene sia possibile ipotizzare da un'espressione facciale l'emozione sottostante, la definizione precisa e l'intensità dell'emozione provata derivano unicamente dalla valutazione personale dell'individuo. Gli stati emotivi sono tanto più difficili da studiare in quanto non sono oggettivabili e anche i più moderni sistemi d'indagine non sono in grado di interpretare cosa esattamente una persona senta, condizione necessaria per garantire valori assoluti o assolutizzabili. Dal punto di vista statistico, pertanto, si può assumere come indicatore unicamente il livello di felicità riferito dagli individui intervistati. E, abbastanza sorprendentemente, scopriamo che *la felicità non è correlata positivamente al reddito*, cioè non aumenta quando il reddito sale e non diminuisce quando il reddito scende.

Una seconda statistica, condotta nel Regno Unito nel 2005, ci permette di approfondire la tematica: analizzando i rapporti fra problemi di salute e infelicità per gruppo omogenei di reddito, i ricercatori hanno scoperto che il senso di infelicità riferita aumenta all'aumentare dei problemi di salute *in tutte le classi di reddito*: questo significa che la tristezza correla positivamente alla malattia e, all'opposto, che *la felicità correla*

positivamente alla salute, cioè che il sentimento di felicità dipende innanzitutto dal benessere dell'organismo. Dal momento poi che nel 50% dei casi ci si rivolge al medico di famiglia per problemi di natura emotiva, possiamo affermare che un livello adeguato di benessere emotivo sia un fattore imprescindibile della salute della persona e che il suo raggiungimento debba essere inserito fra gli obiettivi della medicina preventiva.

§4. Le emozioni dal punto di vista biologico

Immaginiamo un uomo su una barca, appoggiato al bordo: all'improvviso appare un coccodrillo che spicca un balzo verso l'imbarcazione, e l'uomo di colpo si ritrae: questa emozione è di tipo basale, primitivo, ed è comune a tutti i mammiferi. Va sottolineato che la risposta automatica di fuga *precede* la consapevolezza cognitiva dell'emozione, che avverrà solo 150-200 millisecondi dopo: in altri termini, ci diamo alla fuga prima di aver compreso e interpretato a livello corticale cosa stia accadendo e cosa stiamo provando. La stessa cosa accade quando, guidando, ci si para davanti un pedone: freniamo per evitare l'impatto, ma la comprensione del pericolo e la consapevolezza di dover frenare arrivano 150-200 millisecondi *dopo* avere schiacciato il pedale del freno. Ritrarsi o frenare sono una risposta automatica biologica di fuga o di difesa e non rappresentano uno stato emozionale vero e proprio, perché le emozioni necessitano del coinvolgimento della componente cognitiva. A proposito del secondo esempio, possiamo notare che attività quali guidare un'autovettura o manovrare un macchinario complesso implicano un processo di apprendimento che renda automatiche determinate risposte: il principiante è più soggetto a incidenti non perché si spaventa più di un individuo esperto, ma perché non ha ancora acquisito gli automatismi necessari. Immaginiamo ora di guardare la foto di un bambino insanguinato, ferito gravemente in uno scontro bellico: siamo certamente colti da un'emozione, diversa per ciascuno di noi a seconda del vissuto personale (chi abbia sperimentato di persona la guerra potrebbe provare paura o rabbia; la madre di un bimbo piccolo si sentirebbe triste o spaventata, e così via). Questo accade perché le emozioni possono essere suscitate anche da una semplice immagine e si trasmettono da un individuo all'altro empaticamente. *Empatia* è un termine che ha solo un centinaio d'anni, coniato a tavolino durante la traduzione dal tedesco all'inglese delle opere di Freud, e può essere definita come la capacità di capire, sentire e condividere i pensieri e le emozioni di un altro individuo (Zingarelli 2004). Ora immaginiamo di essere al bar. Al tavolino di fronte un ragazzo e una ragazza stanno flirtando fra loro. Se ne osserviamo con attenzione le espressioni e i gesti, potremo notare

che essi tendono ad adeguarsi simmetricamente, perchè nelle interazioni sociali complesse le emozioni dei diversi individui *si sincronizzano* le une con le altre. Questo meccanismo dimostra che l'uomo è divenuto un "animale sociale" grazie alle emozioni, e che ancora oggi le emozioni sono alla base della vita sociale.

§5. La comparsa delle emozioni nell'evoluzione umana

Abbiamo sottolineato nei paragrafi precedenti come, senza la componente cognitiva, siano possibili unicamente emozioni di tipo primitivo. Per passare da una esperienza della realtà "qui ed ora" (coscienza nucleare) all'attribuzione di un significato a ciò che viviamo (coscienza estesa) è necessario il pensiero. Datare le emozioni coincide quindi con la datazione del pensiero: quando dunque l'uomo ha iniziato a pensare?

Il pensiero non potrebbe esistere senza la parola, perché si configura proprio come parola ricordata e collegata in modo complesso: il passaggio da una comunicazione gestuale alla parola è quindi la tappa fondamentale nello sviluppo del pensiero. Rita Levi Montalcini sostiene che l'uomo abbia imparato a parlare quando è sceso dagli alberi, ossia quando, assumendo una postura eretta, è diventato bipede. Le prime testimonianze di ominidi bipedi sono state rinvenute a Laetoli, in Tanzania, e risalgono secondo gli studiosi a 3,5-3,8 milioni di anni fa. Tuttavia possiamo stabilire con certezza che l'uomo abbia imparato a parlare solo a partire da un paio di milioni di anni dopo: un'analisi del cranio fossile dell'uomo di Heidelberg -il probabile progenitore dell'*homo sapiens*- condotta nel 2001 ha evidenziato nella teca cranica l'impronta delle zone di Broca e di Wernicke, le due zone del cervello che formano l'apparato vocale umano e che sono assenti in tutto il regno animale, compresi i primati più evoluti. Gli scimpanzé possono pertanto imparare il linguaggio dei sordomuti e raggiungere un'abilità comunicativa paragonabile a quella di un bimbo di due anni, ma sono privi delle caratteristiche cerebrali che rendono possibile l'uso della parola. Le due zone del cervello che ci permettono di parlare sono una di tipo motorio (necessaria al funzionamento dell'apparato fonatorio), e l'altra di tipo sensitivo (necessaria per avvertire ed elaborare i suoni). Quella sensitiva prende nome da Karl Wernicke, che la descrisse nel 1874 dopo aver condotto un'autopsia su un paziente afasico; quella motoria da Jean Pierre Broca, che nel 1861 dimostrò come danni a questa zona causassero un particolare tipo di afasia.

§6. Lo studio scientifico delle emozioni

Darwin fu il primo studioso ad occuparsi dello studio delle emozioni. Nel suo libro "l'espressione delle emozioni" (1872), riuscì a dimostrare, attraverso l'analisi delle espressioni facciali dei membri di una tribù africana mai entrata in contatto con la civiltà occidentale, come alcune emozioni si rappresentino sul volto in modo identico a prescindere dalla razza e dalla cultura di provenienza. Le espressioni facciali universali sono quelle che esprimono gioia, dolore, collera e disgusto, e cioè le quattro emozioni basiche. Sul piano mimico-espressivo, gioia e dolore sono emozioni primitive già presenti a livello fetale, ovviamente in assenza di qualunque elaborazione cognitiva, poiché la corteccia cerebrale del feto non è ancora mielinizzata (per *mielinizzazione* si intende la maturazione ultima del sistema nervoso centrale che consente la veloce ed efficiente trasmissione delle informazioni). Le emozioni sono indicatori di uno stato di benessere o di malessere organico generale che si esprimono attraverso la mimica del viso, indipendentemente dal livello di coscienza. E' un equivalente al sorriso nel sonno di una persona adulta (benessere) o all'espressione sofferente di un individuo raffreddato (malessere), che possono essere interpretati da un osservatore esterno come indicatori di gioia o di dolore senza che l'interessato ne abbia alcuna consapevolezza. Collera e disgusto, viceversa, sono stati emotivi più complessi che implicano esperienze impossibili a livello fetale, ragione per cui appaiono sul volto solo dopo la nascita.

Jaak Panksepp, psicanalista e neuroscenziato, è oggi il più grande esperto di neuroscienza affettiva, termine da lui coniato per indicare la disciplina che si occupa dello studio dei meccanismi neurali dell'emozione. Per Panksepp le emozioni di base sono determinate dall'attività di una serie di circuiti sottocorticali comuni a tutti i mammiferi che controllano il comportamento appetitivo, la ricerca di ricompense e il cosiddetto sistema del panico, e sarebbe possibile individuare una omologia fra i sistemi sottocorticali dell'istintività emozionale e il mondo dell'es freudiano. Sempre secondo Panksepp, il substrato cerebrale necessario alle esperienze affettive è costituito da sette sistemi emotivi:

- 1) la libido (riproduzione);
- 2) l'attaccamento (accudimento, amore);
- 3) il panico (separazione dalla madre, sopravvivenza)
- 4) il gioco (gioia, benessere, abilità sociali, esplorazione)
- 5) la paura (anticipazione)
- 6) la rabbia (difesa del territorio)

7) il "seeking" (l'impulso a ricercare quanto è necessario per sopravvivere, come cibo, acqua, e così via)

Tutti e sette i sistemi emotivi hanno una base biologica, sono necessari ad una vita affettiva matura ed equilibrata e si sviluppano durante l'infanzia.

A questo proposito, vale la pena sottolineare l'importanza del sistema del gioco, costituito da esperienze emotive estremamente positive e di importanza fondamentale per il raggiungimento della felicità nella vita adulta: i bambini a cui viene impedita o limitata drasticamente l'attività ludica diventeranno adulti portatori di grosse problematiche, sia psichiche che motorie, perché il gioco rappresenta la prova generale interazioni emotive e motorie e del loro controllo.

I mammiferi condividono con noi le emozioni perché possiedono il "cervello emotivo", la cosiddetta *zona limbica*, che rappresenta quasi il 30% della corteccia cerebrale ed è deputata ad elaborare le emozioni. Tuttavia, mentre il mondo animale avverte le emozioni unicamente come variazioni dello stato corporeo, l'uomo -grazie alla coscienza- è *consapevole* del significato di un determinato stato emotivo; *elabora razionalmente* ciò che sta accadendo dandone una valutazione cognitiva; e *ricorderà* in futuro quello che sta provando perché dispone della memoria esplicita (o dichiarativa: è la memoria autobiografica che riguarda la storia personale e l'identità). Ogni esperienza emotiva viene poi fissata nella personalità individuale attraverso i meccanismi della memoria implicita (cioè non verbalizzabile perché riguarda il vissuto a livello inconscio) determinando le caratteristiche uniche di ogni individuo.

§7. Il neonato e le emozioni

Abbiamo visto in precedenza come le emozioni, dal punto di vista della loro manifestazione espressiva facciale, siano già presenti nella vita uterina (benessere o malessere corporeo). In particolare, nel neonato, il sorriso è necessario alla sopravvivenza: il cucciolo d'uomo è quello meno autonomo che esista in tutto il regno animale, e se la dinamica del sorriso non fosse scritta nei suoi geni gli sarebbe molto più difficile provocare i sentimenti di tenerezza necessari all'accudimento.

In realtà, nei primi mesi d'età il bambino sorride, ma non necessariamente a un viso. In "Principi di neuroscienze" di Eric R. Kandel, docente alla Columbia University di New York e premio Nobel per la Medicina e le Neuroscienze nel 2000, vengono riportati i risultati di uno studio sullo stimolo-segnale che risveglia il sorriso nei neonati. Nei bambini di sei settimane, la vista di forme ovali con macchie multiple a forte contrasto (due tondi neri su

sfondo bianco nella posizione degli occhi oppure in quelle di naso e bocca) sono più efficaci nel risvegliare il sorriso dell'immagine di un volto vero e proprio: i neonati molto piccoli sono programmati nella zona corticale visiva a sorridere a qualunque cosa abbia dei toni scuri che contrastano con lo sfondo. Man mano che i bambini maturano, le figure caratterizzate da macchie diventano sempre meno efficaci nel risvegliare il sorriso, mentre l'immagine di un volto diventa la più efficace. I neonati riconoscono la mamma solo a 4 o 5 mesi, ma già dai suoi primi sorrisi il neonato rinforza nella madre le motivazioni all'accudimento: la programmazione genetica al sorriso costituisce dunque l'aspetto biologico fondamentale nella creazione del legame di attaccamento. La gioia e la felicità sono potenti mezzi di comunicazione sociale anche nell'adulto, e la vita sociale comincia dal sorriso: già Darwin aveva dimostrato che l'espressione facciale di gioia è l'unica riconoscibile da una distanza di cento metri.

Che alcuni comportamenti siano biologicamente programmati non significa tuttavia che gli esseri umani siano biologicamente predeterminati.

La dottoressa Nancy C. Andreasen, neuroscienziata, una delle maggiori esperte internazionali di esordio schizofrenico nei giovani, ha studiato il caso di due gemelli omozigoti (pertanto portatori di un identico corredo genetico), di cui uno schizofrenico e l'altro perfettamente normale. Questa misteriosa realtà può essere parzialmente spiegata dai lavori di Kandel sui meccanismi di duplicazione del DNA, che possono alterarsi anche per fattori esterni, legati all'accudimento. Il DNA, che viene continuamente replicato a livello cellulare, è soggetto in alcuni casi a "errori di copiatura" che modificano la struttura genetica iniziale. Per questa ragione, due individui perfettamente identici possono a un certo punto differenziarsi in un modo così impressionante.

§8. Le emozioni come stati corporei

Qualunque stato emotivo coinvolge la totalità dell'organismo ed è influenzato da un numero enorme di fattori diversi. Pensiamo ai condizionamenti indotti dal sistema ormonale, ad esempio all'irritabilità della donna durante il periodo premestruale oppure all'aggressività degli adolescenti maschi causata dai picchi di testosterone: gli ormoni, come tanti altri fattori, modificano la risposta emotiva. Se dunque nel Settecento si era convinti che mente e corpo fossero separati; se negli anni Trenta, con l'avvento della medicina psicosomatica, si riteneva che fosse l'apparato psichico a influenzare il corpo; oggi sappiamo che c'è una continua interrelazione fra mente e corpo sia in senso positivo che in senso negativo.

Damasio afferma che "il corpo è il teatro delle emozioni", perché è nel corpo che gli stati emotivi vengono vissuti. Ogni emozione importante, soprattutto se sperimentata nei primi anni di vita, lascia un segno a livello corporeo: la situazione traumatica, sotto forma di segnale corticale, viene fissata nell'ippocampo, un organo situato nella zona limbica.

Nei pazienti sofferenti di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) conseguente a situazioni di gravissima sofferenza emotiva (l'esempio tipico è quello dei reduci del Vietnam), l'ippocampo risulta spesso diminuito di volume, a causa dell'esperienza scioccante dei combattimenti. Nel cervello, tuttavia, gli eventi importanti della nostra vita emotiva vengono ricordati non come situazioni, ma *come stati corporei*. Curare un individuo emotivamente sofferente significa rimuovere dal suo corpo i condizionamenti patologici, ed è possibile raggiungere risultati clinici attraverso le vie più diverse, dalla psicoterapia alle tecniche di rilassamento: il problema consiste sempre nel riattivare o nel ricondizionare memorie estremamente angoscianti che sono divenute un "vissuto corporeo" che provoca dolore e ansia.

§9. Cervello, emozioni e personalità

Due secoli fa si pensava che le diverse zone del cervello fossero deputate ognuna al compimento di un'attività specifica, ma oggi della frenologia ottocentesca non rimangono che pochi tratti: gli studi condotti hanno dimostrato che il cervello interviene in toto nello svolgimento di qualsiasi attività e possiede solo poche zone specializzate: la zona corticale che elabora gli stimoli visivi; le già citate aree di Broca e di Wernicke per l'udito e la parola; e la zona deputata a rappresentare il corpo per quanto attiene al moto e alla sensibilità. Quest'ultima è l'unica area che possa correttamente definirsi somatotopica, in cui cioè ad oggi punto a livello centrale (nel cervello) corrisponde un punto della periferia (nel corpo). Se provassimo a disegnare un essere umano che sia la rappresentazione di ogni parte del corpo per come essa è dimensionata a livello centrale, otterremmo un omuncolo con mani e volto molto grandi, del tutto sproporzionati rispetto al tronco e agli arti: le mani e il viso, infatti, sono le zone più innervate dell'organismo, il che permette loro di disporre di una migliore sensibilità e di una maggiore motricità. Tuttavia, a parte queste eccezioni, il cervello è sempre coinvolto in modo globale nel dare un senso alle nostre esperienze, di qualunque tipo esse siano. Ovviamente, il senso che verrà attribuito ad un determinato stimolo sarà diverso da persona a persona perché soggetto all'influenza di una pluralità di fattori: il genere, il livello culturale, le esperienze pregresse, e così via. Ad esempio, un uomo e una donna

posti di fronte a un'aggressione hanno comportamenti tipicamente diversi: la donna istintivamente tende ad aiutare la vittima, l'uomo, altrettanto istintivamente, a inseguire l'aggressore. Certo maschi e femmine sono soggetti ai percorsi educativi specifici del proprio genere ma, soprattutto, rispondono a quadri ormonali drasticamente differenti: nell'esempio proposto l'uomo attua una risposta "testosteronica" ovvero aggressiva e la donna una risposta "ossitocinica" ovvero di accudimento.

Se dunque il cervello è indifferenziato, come possiamo definire la personalità?

Quello di Phineas Gage è diventato uno dei casi di studio più famosi in neurologia. Il pomeriggio del 13 settembre 1848, durante la costruzione di una linea ferroviaria, un capocantiere statunitense -Phineas Gage, appunto- stava inserendo una carica esplosiva nella roccia quando capitò un terribile incidente: la polvere da sparo esplose accidentalmente, e il ferro da pigiatura che l'uomo stava usando per compattarla penetrò nella parte anteriore del suo cranio, provocando un forte trauma cerebrale ai lobi frontali del cervello. Miracolosamente sopravvissuto all'incidente, già dopo pochi minuti Gage era di nuovo cosciente e in grado di parlare, e nel giro di tre settimane poté alzarsi dal letto e uscire di casa in autonomia. La sua personalità però aveva subito radicali modifiche, al punto che gli amici non lo riconoscevano più e i vecchi datori di lavoro si rifiutarono di riprenderlo con sé: da uomo pio e timorato di Dio era diventato un individuo aggressivo, irrispettoso, volgare, come se la sua personalità originale fosse stata strappata via dal ferro.

La nostra personalità, infatti, è in un certo senso "schedata" proprio nel lobo frontale *sotto forma di risposte emotive* e costituisce una sorta di organizzazione emotiva predeterminata: il cervello anteriore sente le emozioni, dà loro un senso e decide se, e in quale modo, rispondere allo stimolo. Possiamo quindi affermare che, entro certi limiti, è possibile che la ragione (zona frontale) regoli le emozioni (zona limbica), ma non le è possibile né provarle, né ignorarle del tutto. Gli adolescenti, a causa della loro corteccia non ancora perfettamente mielinizzata (il processo si conclude intorno ai 30 anni), rispondono agli stimoli emotivi prima che il cervello frontale possa averli completamente elaborati: il controllo emotivo è per loro particolarmente difficile, e di conseguenza risultano spesso eccessivamente aggressivi.

§10. Cervello, pensiero e apprendimento

Sui giornali accade spesso di leggere notizie del tipo "Scoperto il centro della rabbia", oppure "Ecco dove il cervello elabora la gioia": questo tipo di commenti, che tende a

ricreare una rappresentazione frenologica, non è di grande interesse scientifico: per usare una metafora, non si può capire il significato di una musica osservando il movimento delle dita del pianista. Macchinari quali la TAC o la PET sono in grado di mostrarci che nel cervello di un soggetto che guardi una fotografia si attiva l'area della vista, che se gli si chiede di pronunciare una parola si attivano le aree dell'udito e del linguaggio, ma quando un soggetto *pensa* una parola è il cervello nella sua globalità ad attivarsi, perché nel pensiero è coinvolto tutto il cervello (vedi Kandel, "Principi di neuroscienza"). La modalità con cui il cervello si attiva durante il pensiero dipende da una pluralità di fattori: dall'età, dall'esperienza, dall'educazione ricevuta, dallo stato ormonale, da una buona o da una cattiva digestione, e così via.

Il cervello, quando pensa, è in grado di risparmiare ottimizzare il rendimento e "risparmiare" collegamenti neuronali: una persona che stia imparando l'inglese e si trovi di fronte a un termine sconosciuto ascolta la nuova parola attivando l'area dell'udito e cerca di comprenderne il significato con la corteccia anteriore, ma una volta che il termine nuovo è stato appreso va a occupare uno spazio molto più piccolo della uditiva sensitiva: è il fenomeno dell'apprendimento, che coincide con la creazione di nuove sinapsi. Le sinapsi sono strutture altamente specializzate che consentono la comunicazione tra i neuroni, e si sviluppano quanto più sono utilizzate. Nel gergo musicale, per indicare l'apprendimento di un nuovo concerto, si dice "mettere un concerto nelle mani": l'espressione è decisamente azzeccata, perché l'apprendimento consiste in questo caso nella creazione di nuove sinapsi che rendano automatici determinati movimenti delle dita: per mettere un concerto "nelle mani" sono necessari 28-30 giorni, esattamente il tempo necessario alla creazione dei nuovi legami neuronali.

Il cervello è anche in grado di modificare la rappresentazione delle zone periferiche dell'organismo. Ad esempio, è possibile rappresentare una mano a livello della corteccia somatosensitiva per mezzo della magnetoencefalografia: le dita della mano sono normalmente posizionabili su un grafico come cinque pallini distanziati fra loro. Nel caso invece di un paziente affetto dalla nascita da sindattilia (che abbia cioè le dita della mano molto corte e tutte unite le une con le altre), la rappresentazione della mano sarà molto diversa, e le dita appariranno graficamente come una macchia confusa. Tuttavia, una volta corretta la sindattilia con la separazione chirurgica delle dita, la rappresentazione della mano sulla corteccia somatosensitiva ritorna normale. Al contrario, un violinista avrà una rappresentazione della mano più vasta del normale, perché le sue dita conoscono e praticano molti più movimenti, il cui apprendimento ha reso necessaria la creazione di numerosissimi collegamenti neuronali aggiuntivi.

§11. Conclusioni

Semplificando, possiamo affermare che, nel cervello umano, le zone operative siano tre:

- 1) il cervello rettiliano (tronco encefalico fino ai nuclei della base) molto arcaico e comune con i rettili, che registra gli stati di malessere-benessere a livello corporeo;
- 2) il sistema limbico, condiviso dai mammiferi, che produce gli stati emotivi veri e propri;
- 3) la zona corticale (neocorteccia) esclusiva degli esseri umani, che dà alle emozioni un significato razionale e logico.

Vista nell'istante, la coscienza è una specie di supersenso capace di riassumere in una parola un'esperienza multiforme. E' la facoltà più elevata dell'uomo ed ha sede nella corteccia cerebrale. Le emozioni sono alla base anche della vita sociale, perchè la collaborazione fra esseri umani è resa possibile dal trasferimento empatico degli stati emotivi.

La psicanalisi moderna ha recepito alcuni meccanismi neurobiologici e Mark Solms, psicanalista e neuropsicologo alla Royal London School of Medicine, ritiene che le più recenti mappature del cervello riassumano in sostanza le intuizioni freudiane: il superio, ovvero la coscienza morale, sarebbe rappresentato dalla corteccia anteriore, dove ha sede la capacità di controllare istinti e passioni; l'io sarebbe rappresentato dalla corteccia posteriore, in cui ha sede la memoria autobiografica e il senso di identità; infine l'es, sede di istinti e pulsioni, sarebbe rappresentato dalla zona limbica.

Freud era convinto che gli scienziati avrebbero col tempo scoperto la sub-struttura organica di ogni sua intuizione in psicologia. Siamo molto lontani da questo punto d'arrivo e, secondo il premio Nobel Eric Kandel, la teoria psicoanalitica resta ancora la più efficace nella spiegazione della vita emotiva, perchè è in grado di valutare istanze complesse, mentre le conoscenze scientifiche si limitano per il momento alla valutazione di semplici fenomeni neuronali.

Capitolo II

Dall'espressione facciale del feto alla complessità delle emozioni

"Avere un figlio è scoprire un pezzo del tuo cuore nel cuore di un altro."

Poeta anonimo

§1. Accudimento, emozioni e salute

Come abbiamo accennato nel primo capitolo (§7), non possiamo utilizzare il termine "emozione" in riferimento a un neonato, perché le emozioni vere e proprie richiedono l'elaborazione di un vissuto cognitivo. Un bimbo di pochi mesi non prova alcuna emozione, e le espressioni che vediamo sul suo volto manifestano unicamente degli stati interni di benessere o di malessere: le espressioni facciali sono forme mimiche geneticamente predeterminate, necessarie al neonato per segnalare al care-giver le proprie necessità. Fra tutte le espressioni facciali solo tre sono veramente innate (paura, rabbia e gioia), e si manifestano negli esseri umani già dai primissimi giorni di vita.

Gli studi in campo neuroscientifico hanno rivelato come le emozioni vere e proprie siano possibili solo dal momento in cui la memoria inizia a funzionare, e cioè intorno ai tre anni, quando il processo di mielinizzazione raggiunge un livello di completamento minimale e i due emisferi cerebrali cominciano a scambiarsi informazioni (cfr. cap.I, §6). Tuttavia questo vale per la memoria esplicita o dichiarativa (quella che ci permette di richiamare il nostro passato), mentre la memoria implicita (in un certo senso paragonabile all'inconscio freudiano) conserva nel corpo traccia di tutti gli avvenimenti rilevanti, compresi quelli avvenuti nella primissima infanzia: quando in un'età precedente il terzo anno di vita la persona subisce una qualche forma di maltrattamento -anche solo emotivo- nel cervello si crea un legame di sofferenza fra vissuto ed esperienza. Se questo avviene, la conseguente predisposizione all'irritabilità, all'ansia o alla depressione (a seconda del tipo di maltrattamento subito) rimarrà non solo nell'infanzia (il bambino sarà più difficile da gestire), ma anche in età adulta.

Per questo motivo, la salute psichica e soprattutto lo sviluppo di un bambino dipendono da come è stato accudito nei primi anni di età. La madre è insostituibile per quanto riguarda la componente biologica dell'attaccamento, mentre l'attività di accudimento può essere tranquillamente svolta anche da altre persone. Sulla base dei dati di studio raccolti in Inghilterra durante la seconda guerra mondiale, quando -per paura di attacchi con armi biologiche- i bambini londinesi vennero ammassati fuori città in orfanotrofi

improvvisati, si è potuto stabilire che una normale crescita fisica e psichica è possibile solo qualora sia garantita la presenza di almeno un care-giver ogni due bambini. Tuttavia, la separazione dalla figura materna può avere effetti devastanti: confrontando lo sviluppo di 91 bambini allevati in orfanotrofio con altri 91 allevati in famiglia, si dovette registrare nei bambini orfani un tasso di mortalità del 37%, contro lo 0% di quelli accuditi dai genitori; a Parigi, negli stessi anni, si registrò il caso di un neonato che, trovato sotto le macerie dei bombardamenti accanto alla madre senza vita, nonostante le cure di medici e infermieri, smise di mangiare e di bere fino ad arrivare in punto di morte: qualcuno ebbe l'idea di mettergli attorno al corpicino una sciarpa appartenuta alla mamma e, avvolto dal suo odore, il piccolo rapidamente rifiorì (citato da F. Dolto: " I problemi dei bambini" Mondadori ed.)

§2. I bisogni del bambino

Nell'infanzia gli individui necessitano di un ambiente in cui il corpo e la personalità si possano sviluppare in modo sano e armonioso. In particolare, ogni bambino ha bisogno di:

- amore: il bambino deve poter contare su genitori capaci, che gli trasmettano sentimenti positivi e che desiderino prendersi cura di lui;
- nutrizione: il bambino ha bisogno di una alimentazione adeguata per non creare deficit nutrizionali pericolosi per la salute;
- sicurezza: il bambino ha bisogno di un ambiente protetto nel quale si prevenano gli incidenti che possano danneggiarlo;
- protezione: il bambino ha bisogno di essere accudito e difeso contro le malattie;
- attenzione: per sviluppare la propria autostima, il bambino ha bisogno di adulti che lo sostengano, lo incoraggino e che lo guidino nelle sue prime scelte;
- interesse: il bambino ha bisogno di essere stimolato, non parcheggiato davanti alla televisione: questa forma di intrattenimento, oltre ad essere diseducativa, può danneggiare il suo sviluppo;
- comprensione: i genitori devono sapere riconoscere i segnali che il bambino trasmette: un comportamento anomalo può nascondere disagio o sofferenza emotiva;
- conoscenza: il bambino ha bisogno di esplorare la realtà, e necessita perciò di figure di riferimento su cui contare, da cui allontanarsi e da cui ritornare;
- gioco: il bambino deve poter giocare in uno spazio protetto in cui sperimentare le proprie fantasie, la propria creatività e le proprie paure;

- istruzione: il bambino ha bisogno di istruzione per realizzare le proprie potenzialità e per divenire a sua volta un adulto maturo, responsabile e capace di accudire i propri figli.

§3. Le fasi della vita emotiva

Dalla nascita ai due anni, il periodo nel quale il bambino impara a parlare (ricordiamo che senza parola non c'è pensiero, e senza pensiero non c'è emozione, v. cap I, §5), le espressioni facciali sono riflesse, automatiche, e il soggetto che le esprime non ha alcun grado di discrezionalità nel loro controllo. Tuttavia, già a partire dai sei mesi di vita comincia una fase di intersoggettività, in cui il bambino scambia con la mamma –sempre in modo automatico- sorrisi e versetti: questo scambio di tipo proto-relazionale è una tappa di importanza fondamentale nello sviluppo umano perché rappresenta -dal punto di vista di chi scrive- la nascita della coscienza, sia pure a livello nucleare (cfr. cap. I, §2).

Tra i 2 e i 6 anni le emozioni sono di carattere “relazionale” e sono espresse prevalentemente verso i genitori; dai 6 ai 14 anni diventano “sociali” e comportano la creazione di legami anche affettivi, sebbene di tipo infantile; dai 14 ai 20 anni le emozioni continuano a mantenere un carattere sociale, ma “sessualizzato”, dal momento che devono fare i conti con lo sviluppo ormonale adolescenziale. Va sottolineato che gli adolescenti affetti da disturbi di personalità non sono in grado, o sono in grado solo parzialmente, di gestire questa tappa, perché il problema psichiatrico di cui soffrono li porta a travisare i messaggi emotivi propri e altrui e a manifestare – come conseguenza di questa incapacità interpretativa- comportamenti sessuali inadatti. Dai 20 ai 30 anni le emozioni diventano “diadiche”, cioè sentimentali: è l'età in cui si diventa capaci di creare legami affettivi stabili, in cui ci si sposa o si fanno progetti di convivenza, a meno di soffrire di patologie nevrotiche che rendono difficile (a volte impossibile) la gestione matura della propria vita sentimentale.

§4. La teoria di Erikson

Lo psicanalista Erik H. Erikson assume che lo scopo principale della vita sia la ricerca della propria identità, e la sua teoria sullo sviluppo psicosociale prevede otto tappe successive che riguardano l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta. Queste tappe non costituiscono uno schema evolutivo determinato, dal momento che ogni individuo ha i propri ritmi, e devono integrarsi gradualmente le une con le altre per costituire “insieme funzionale”:

a) Infanzia:

1. fase orale sensoriale (0-1 anno): è imperniata sull'acquisizione della *fiducia* di base (nelle cure di sostentamento, compresa l'alimentazione) e della sua controparte, la *sfiducia* di base, entrambe necessarie ai fini dello sviluppo: ciò che permette la modulazione di fiducia e sfiducia è la speranza, definita come la convinzione permanente della realizzabilità dei desideri; l'interazione sociale primaria è quella con la figura materna e gli interessi sono prevalentemente orali.
2. fase anale-muscolare (1-2 anni): il bambino apprende in modo graduale a sottoporre i propri bisogni e desideri al principio di realtà; in questa fase nasce il senso di *autonomia* e del suo opposto, il senso di *vergogna*, correlati rispettivamente alla capacità e all'incapacità di controllare gli sfinteri; l'interazione sociale primaria è quella con i genitori.
3. fase psicosociale (3-5 anni): corrisponde alla fase genitale in cui hanno origine i sentimenti edipici; il tratto caratteristico di questa tappa è l'acquisizione del senso di *iniziativa*, a cui si contrappone il senso di *colpa* nel momento in cui il bambino si accorge che per perseguire i propri fini è disposto ad usare qualsiasi mezzo, anche quelli aggressivi; l'attività principale di questa fase è il gioco, e l'interazione sociale primaria quella con la famiglia nucleare.
4. fase di latenza dello sviluppo psicosessuale (6 anni-pubertà): in cui l'individuo valuta la propria capacità di eseguire i compiti assegnati, con la conseguente comparsa del senso di *competenza* e di efficacia o all'opposto del senso di *inferiorità*; l'interazione sociale primaria avviene al di fuori della famiglia, con i pari e gli insegnanti.

b. Adolescenza:

5. adolescenza: si struttura in un'unica fase il cui obiettivo centrale è l'acquisizione di un senso di *identità* stabile e integrato, contrapposto a un senso di *confusione di ruolo*, attraverso il consolidamento delle soluzioni dei precedenti quattro stadi in un senso coerente di sé; l'interazione sociale primaria è quella con i propri pari, che culmina con l'amicizia eterosessuale.

c. Età adulta:

6. fase iniziale (giovinezza): mentre nell'infanzia e nell'adolescenza l'amore è un bisogno indifferenziato, nell'età adulta si sceglie di legare la propria individualità a quella di un'altra persona: emergono, di conseguenza, la capacità di *intimità* o, in caso contrario, la tendenza all'*isolamento*; l'interazione sociale primaria è quella con il proprio partner.

7. fase della generatività (maturità): in cui si esplica la propria *capacità produttiva e creativa* in ambito lavorativo, di impegno sociale e all'interno della famiglia; nel caso in cui la possibilità di generare venisse inibita in tutti e tre i campi c'è il rischio che la personalità regredisca e che emerga un senso di vuoto e di impoverimento (*stagnazione*); l'interesse sociale primario è la guida delle generazioni future.

8. fase finale (anzianità): è il momento del bilancio sulla propria esistenza, in cui è necessario integrare nella propria personalità la dimensione psicologica dell'*integrità* e il senso di *disperazione* di fronte alla realtà della morte: affinché questa fase non degeneri in un sentimento di decadimento è necessaria la virtù della saggezza, intesa come serena accettazione dei limiti dell'esistenza; l'interesse sociale primario è di tipo riflessivo.

Per quello che riguarda in modo particolare la primissima infanzia, l'identità del neonato inizia a formarsi mediante le sue interazioni con la figura materna, che avvengono attraverso la sensibilità tattile; l'automatismo alla suzione; il passaggio morbido fra gli stati di sonnolenza, di veglia, di attenzione e di coscienza; e qualche settimana più avanti con la possibilità di scambiare sorrisi. Mentre dai 6 ai 18 mesi il bambino sperimenta un legame simbiotico con la madre, dai 18 ai 36 mesi dovrà imparare ad accettare di non essere al centro assoluto dell'attenzione (il che comporterà episodi di ribellione). La costruzione della fiducia in se stessi -destinata ad influire su tutto il corso esistenziale- si completa intorno ai 3 anni, e il buon esito del processo dipende dal temperamento del soggetto, dalla qualità del care-giver, e infine dalla qualità dell'ambiente circostante. Da queste considerazioni emerge chiaramente come la condizione meno favorevole allo sviluppo dell'identità si abbia nei casi di madri gravemente depresse, incapaci di mettere in atto con il bambino le interazioni necessarie al suo sviluppo psichico.

§5. L'empatia nell'infanzia

Nel primo capitolo abbiamo chiamato "empatia" la capacità di capire, sentire e condividere le emozioni di un altro individuo, e ne abbiamo sottolineato il ruolo

fondamentale nella nascita della società umana. Processi di tipo empatico si verificano a partire dal primo anno di età, con caratteristiche diverse a seconda della maggiore o minore consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante, e vengono definiti come segue:

- a) empatia globale (a 1 anno): gli altri non sono percepiti come distinti da sé, perciò l'angoscia di un altro individuo viene confusa con i propri sentimenti spiacevoli; i bambini di questa età agiscono come se quel che capita a un altro bambino accadesse a loro (per esempio, se in un gruppo di bimbi uno si spaventa e piange, paura e pianto si propagano a tutti gli altri);
- b) empatia egocentrica (a 2 anni): il bambino diventa consapevole che un'altra persona è angosciata e non lui, ma gli stati interiori degli altri sono ancora considerati come parte di sé (per esempio, un bambino si accarezza il viso per rassicurarsi quando vede un altro bimbo piangere);
- c) empatia per i sentimenti dell'altro (tra 2 e 3 anni): il bambino diventa consapevole che gli altri hanno sentimenti distinti dai suoi e vi risponde in modo non egocentrico (per esempio un bimbo che coccola il compagno di giochi che è caduto);
- d) empatia per le condizioni di vita degli altri (nella tarda infanzia): i bambini percepiscono i sentimenti degli altri; l'affetto attivato empaticamente è quindi combinato con una rappresentazione mentale delle condizioni altrui (per esempio un bambino sorride al suo amico, e l'amico capisce che è felice della sua presenza).

§6. La nascita della coscienza

La coscienza non è un oggetto, ma è il risultato di un evento, in particolare delle interazioni fra il neonato e la figura materna, che costituiscono il fattore determinante dello sviluppo psichico ed emotivo. Un bambino molto piccolo appare generalmente "distratto", cioè incosciente: di fronte agli input sensoriali (la mamma che sorride e gli parla), deve innanzitutto comprendere da quale direzione arrivino gli impulsi sonori e visivi e coordinare i movimenti della testa, orientandoli verso la fonte degli stimoli (impresa resa complessa dal fatto che il neonato è miope e vede solo a una distanza ravvicinata. Quando il neonato riesce ad identificare l'origine di immagini e suoni, appare improvvisamente attento, e risponde con smorfie e versetti alle sollecitazioni materne: questo "aggancio" relazionale, sebbene duri solo pochi secondi (ben presto il neonato ricade nella sua abituale distrazione), rappresenta la nascita di quella che Damasio definisce la "coscienza nucleare" (cfr. cap. I, §2).

Dal punto di vista biologico la coscienza è solo un fenomeno elettrico. Se confrontiamo, attraverso le nuove tecnologie, l'immagine di un cervello incosciente con quella di un cervello cosciente, notiamo che il livello di "coerenza elettrica" fra gli emisferi è basso nel primo caso ed elevato nel secondo: la sincronia dell'attività elettrica del cervello aumenta all'aumentare del livello di coscienza, quando il soggetto cerca di dare un significato agli eventi. Alcune malattie psichiatriche sono dovute a un cattivo funzionamento della coscienza, ossia all'incapacità di dare il corretto significato a ciò che capita: pensiamo allo psicotico che, di fronte a due persone che discutono a bassa voce, si convince subito che stiano parlando male di lui.

Man mano che il bambino cresce, le fasi di aggancio diventano sempre più frequenti e stabili, a patto che la madre, con amore e pazienza, stimoli il bambino con la sua voce e i suoi giochi: più il bambino verrà sollecitato dalle attenzioni materne, migliore sarà il suo sviluppo psichico ed emotivo.

§7. Contatti e rotture emotive: le teorie di Edward Tronik

Molti pensano che l'apprendimento intellettuale, come imparare a leggere e a calcolare, sia separato dall'apprendimento emotivo e sociale, ma gli studi scientifici più recenti hanno dimostrato la falsità sostanziale di questa convinzione, sottolineando viceversa il ruolo cruciale svolto dalle emozioni nel fenomeno dell'apprendimento.

I bambini elaborano le sensazioni a partire dalla nascita, e perfino durante la gravidanza: essi avvertono che la vita è gioiosa quando i genitori li toccano; hanno reazioni emotive alla ninna nanna, all'amore delle persone che si prendono cura di loro e alle sensazioni rilassanti e calmanti che provano fra le braccia della mamma, ed è proprio attraverso queste connessioni emotive che il cervello comincia a imparare e a organizzare una propria conoscenza del mondo.

Il dott. Edward Tronik dell'Università di Boston, uno dei maggiori esperti nello studio dello sviluppo infantile, ha dimostrato scientificamente quanto sia importante il collegamento sociale per la crescita, e quanto lo possa negativamente influenzare il fatto che questa connessione con il genitore o con il care-giver venga interrotta.

Nel corso di un famoso esperimento, il dottor Tronik ha posto una madre e la sua bambina di sei mesi una di fronte all'altra, e ha chiesto alla mamma di parlare e interagire con la piccola come avviene normalmente. Ovviamente, la connessione emotiva è molto forte: la bambina è coinvolta, risponde, ed è chiaramente soddisfatta dal punto di vista emotivo. Il dottor Tronik chiede poi alla madre di interrompere il contatto, assumendo un'espressione facciale neutra e rimanendo davanti alla bimba senza rispondere alle sue

richieste di attenzione. La bambina inizialmente è confusa, non è abituata a vedere la mamma comportarsi così, e si aspetta un nuovo contatto emotivo; quando questo non avviene, la piccola cerca di stimolare la mamma ad interagire: le sorride, agita le mani, si sporge verso di lei, mette in pratica insomma tutte le strategie di cui dispone per richiamare la sua attenzione. Quando si accorge che tutto ciò non funziona, diventa piagnucolosa, agitata e alla fine lascia perdere, guardando nel vuoto e isolandosi emotivamente. Queste reazioni ci permettono di capire quali siano le emozioni che il bambino vive in relazione alla rottura del legame emotivo con la mamma: è un evento pauroso e terribile, e il bambino fa di tutto per cercarlo di superarlo ma, quando fallisce, si crea in lui un senso di disperazione e di perdita di controllo. Infine il dottor Tronik chiede alla madre di riprendere il contatto con la bambina: è necessario un momento, poi tutto il mondo emotivo della piccola torna alla normalità.

Il dottor Tronik ritiene che il processo di contatto-rottura-riconnessione sia non solo normale, ma addirittura cruciale, perché il rinnovarsi della sincronia emotiva permette che nel bambino si crei qualcosa di nuovo, cioè che il bambino cresca e impari. Questa impressionante dinamica non avviene solo con i genitori, ma con ogni persona che si prende cura di lui, e in tutte le fasi dell'infanzia: le rotture di contatto avvengono molte volte durante il giorno e, se le interruzioni avvengono in una situazione di buona relazione interna, la riconnessione sarà immediata e facile. Ma immaginate cosa capiterà invece al figlio di una donna depressa, incapace di attuare questo tipo di dinamiche: nel piccolo il senso di disperazione diventerà permanente, avrà senza dubbio un correlato biologico (influenzerà ad esempio i livelli di cortisolo e la frequenza cardiaca), e alla lunga causerà dei veri e propri danni al suo sviluppo psichico ed emotivo.

§8. Le emozioni e lo sviluppo infantile

A partire dagli anni '70 si è assistito a un notevole impulso alla ricerca e alla costruzione teorica nel campo dello sviluppo infantile: parte di questa grande mole di studi si è indirizzata verso l'elaborazione di un modello teorico in grado di integrare gli studi sull'attaccamento, la tradizione psicanalitica e la psicologia del sé, e da questo incontro ha preso corpo la cosiddetta *infant research*. L'*infant research*, un tipo di ricerca sullo sviluppo precoce orientata da quesiti clinici, dimostra che la spinta a creare e mantenere le relazioni è centrale nel bambino e nell'uomo e ne organizza l'esperienza psicologica: le emozioni rappresentano il carburante necessario al processo, il legame che fonda la base della società umana. Secondo alcune ricerche, il bambino si dimostra capace fin da piccolissimo di riconoscere le emozioni della madre: già a 10 settimane risponde con il

sorriso alle espressioni di gioia; reagisce aggrottando le sopracciglia a quelle di collera; e manifesta disagio –per esempio sbavando con la bocca e masticando a vuoto- di fronte a quelle di tristezza. Il neonato ha assoluto bisogno di stimolazioni, e il gioco e la “lallazione” (proto-linguaggio materno) rappresentano la materia prima per la maturazione dei processi senso-motori, percettivi e cognitivi necessari affinché la sua identità possa svilupparsi correttamente. Il senso del sé assume diverse forme, che diventano sempre più precise man mano che il bimbo cresce: è emergente fra 0 e 2 mesi; diventa nucleare fra 2 e 6 mesi; il sé soggettivo si forma dai 7 ai 15 mesi; e diventa infine verbale intorno ai 15 mesi, quando il bambino comincia a parlare: il sé verbale coincide con la prima forma di identità.

Da questo punto in avanti l’impegno dei genitori diventa molto più complesso dal punto di vista relazionale ed emotivo; non può più essere delegato ad altri, a differenza dell’accudimento del neonato; e dai 2 ai 4 anni diventa necessario un rapporto costruttivo con la figura paterna. Certi studiosi sostengono che alcuni tratti fondamentali del temperamento del bambino, ad esempio la maggiore o minore apertura verso gli altri, la vivacità o la staticità, l’intensità delle sue reazioni emotive, e così via, siano innati e tendano a restare stabili nel tempo: chi scrive non è d’accordo, e ritiene che un carattere solare piuttosto che timido e piagnucoloso sia il risultato non tanto di fattori genetici, ma della qualità delle relazioni emotive di cui il bimbo ha beneficiato e dell’adeguatezza dell’ambiente in cui è stato cresciuto fra 0 e 3 anni.

§9. Conclusioni

Il bambino deve essere in grado di dare un significato ad ogni rapporto affinché possa integrarlo nella sua coscienza, e si sente bene solo quando riesce a dare un senso a ciò che gli accade. A partire dai due anni le fiabe giocano un ruolo molto importante nello sviluppo psichico ed emozionale, perché rappresentano una sorta di prova generale degli stati emotivi: posto in una situazione immaginaria, con la rassicurante presenza della mamma e del papà, il bambino si allena in un ambiente protetto ad affrontare i sentimenti -anche quelli meno piacevoli, come la paura e la rabbia- che dovrà gestire da solo una volta cresciuto.

In sintesi, i punti principali di cui tener conto durante le fasi di sviluppo infantile sono:

- la prima forma di benessere socio-emozionale si sviluppa in un contesto relazionale: il bambino cresce attraverso i rapporti che si instaurano con lui;
- i care-giver devono aiutare i bambini ad esprimere le loro emozioni; devono insegnare loro a calmarsi quando è necessario e aiutarli amorevolmente a

riprendere il controllo di sé; e devono supportarli nella costruzione di rapporti profondi e sicuri;

- è all'interno della famiglia che i bambini imparano a fare esperienza delle emozioni e a comunicarle;
- per supportare il benessere dei bambini è necessario che i genitori (e gli educatori) siano consapevoli della propria personale storia emotiva.

Capitolo III

Come prevenire e curare i disagi della vita emotiva

“Ieri è trascorso. Domani deve ancora venire. Noi abbiamo solo l’oggi. Se aiutiamo i nostri figli a essere ciò che dovrebbero essere oggi, avranno il coraggio di affrontare la vita con maggiore amore.”

Madre Teresa

§1. La via alta e la via bassa

Le passioni, quando ben esercitate, hanno una loro saggezza: esse guidano il nostro pensiero, i nostri valori, la nostra stessa sopravvivenza. Tuttavia esse possono facilmente impazzire, e questo accade fin troppo spesso. Il problema non risiede nello stato d’animo in sé, ma nell’appropriatezza dell’emozione e della sua espressione. Il punto è dunque come portare l’intelligenza nelle nostre emozioni e di conseguenza la civiltà nelle nostre strade e la premura per l’altro nella nostra vita di relazione.

Le emozioni, che stanno alla base ad esempio delle reazioni di fuga e di difesa, sono necessarie alla sopravvivenza. I disagi della vita emotiva non costituiscono necessariamente malattie psichiatriche, ma comportano tristezza, incapacità di creare buone relazioni con gli altri, difficoltà nei rapporti matrimoniali e nell’educazione dei figli, e così via: il punto è dunque come migliorare la vita emotiva per ottenere un miglioramento dell’ambiente sociale e una diminuzione del grado di infelicità individuale.

Uno dei fattori più importanti da considerare per prevenire gli stati di disagio emotivo è la capacità di gestione degli impulsi. Quando abbiamo uno stimolo emotivo di qualunque tipo (uditivo, tattile, ecc.), esso arriva dapprima al talamo -la centrale sensitiva del cervello- e da qui, in condizioni normali, passa alla corteccia cerebrale dove viene elaborato: questo percorso -dal talamo alla corteccia attraverso l’amigdala- viene definito “strada alta”. Tuttavia in alcune situazioni particolari, specialmente quelle avvertite come pericolose, lo stimolo emotivo passa dal talamo direttamente all’amigdala (“strada bassa”), che detta la risposta emotiva senza che la corteccia (la componente razionale) abbia avuto modo di comprendere esaustivamente la situazione. La via bassa permette una risposta più rapida, ma anche molto meno sofisticata, nelle situazioni in cui è necessaria una reazione immediata. Se, ad esempio, ci trovassimo a Londra sul punto di attraversare una strada dimenticandoci che le auto tengono la

sinistra, allo strombazzare del bus che rischia di investirci la nostra reazione dovrebbe avvenire in pochi millisecondi per garantirci la sopravvivenza, così rapidamente da non poter corticalizzare lo stimolo uditivo: fare immediatamente un salto indietro per evitare lo scontro è biologicamente prioritario rispetto alla comprensione della situazione. Ma ci sono casi in cui agire prima di aver compreso può condurre alla tragedia. Negli Stati Uniti un uomo, tornando a casa con la moglie dopo una serata fra amici, ha avvertito strani rumori al piano superiore; dopo aver imbracciato il fucile, è salito per controllare cosa stesse succedendo: nel buio ha sentito provenire fruscii sospetti dall'armadio della camera della figlia piccola e, terrorizzato, ha spalancato le ante ed ha sparato all'interno, uccidendo la bambina che si era nascosta per fare uno scherzo ai genitori. La pubblicità utilizza spesso la via bassa per sfruttare risposte emotive incontrollabili e convincere gli individui -con modalità discutibili dal punto di vista etico- all'acquisto di un prodotto. A Milano una esclusiva marca di occhiali ha esposto una foto alta quattro piani che rappresenta un occhio non truccato orientato verticalmente: visto dal basso verso l'alto, l'angolo dell'occhio assomiglia enormemente alla forchetta vestibolare, cioè alla parte inferiore del genitale femminile. L'immagine ha portato a numerosi tamponamenti fra automobilisti maschi, distratti dallo stimolo sessuale indotto, mentre le donne sono state sottoposte a una pressione a livello inconscio affinché trasformassero i loro occhi in elementi di seduzione.

§2. La gestione degli impulsi

Dal momento che le emozioni provocano essenzialmente impulsi ad agire (cfr Goleman, L'intelligenza emotiva), controllare gli impulsi è fondamentale nella gestione matura delle proprie emozioni, ed è una capacità che si apprende intorno ai quattro anni: questo implica che riprendere duramente un bambino molto piccolo a causa delle sue reazioni, per quanto ci sembrino inadeguate, è inutile e rappresenta una forma di violenza psicologica.

Per valutare le capacità di autocontrollo nell'infanzia si utilizza un esperimento particolare, divenuto celebre: in una stanza ripresa da telecamere nascoste il ricercatore dà un biscotto a un bambino (o a una bambina), spiegando di dover uscire per pochi minuti, ma che se lui (o lei) resisteranno fino al suo ritorno senza mangiare il dolcetto, ne riceveranno in premio altri tre; sul tavolo c'è un pulsante che i bimbi possono premere quando si accorgono di non resistere più alla tentazione: in questo caso il ricercatore tornerà in anticipo, ma essi non riceveranno i biscotti extra. Rendersi conto delle strategie che i piccoli adottano per non cedere all'impulso è davvero interessante: qualcuno

chiude gli occhi per sfuggire alla vista dell'oggetto del desiderio; altri, quando sentono di essere pericolosamente vicini al proprio limite, bloccano la mano destra con la sinistra pur di non schiacciare il pulsante; qualcuno riesce ad alleviare la tensione dell'attesa leccando il biscotto (ma senza mangiarlo!); infine alcuni, purtroppo, non resistono. I risultati di questo test, a cui negli USA è stata data grande importanza e che è stato condotto su vastissima scala, si sono dimostrati predittivi del successo lavorativo e addirittura della durata del matrimonio dei soggetti. I test sulla gratificazione ritardata vengono utilizzati, in forme più complesse, anche nello screening per l'ammissione alle scuole superiori, e dimostrano come la gestione emotiva dei propri impulsi rappresenti un'abilità fondamentale nella costruzione di una vita serena e appagante.

§3. Le scelte morali

Dal punto di vista scientifico è possibile studiare le scelte morali unicamente in termini statistici. Infatti, per ottenere una piena comprensione di questo tipo di decisioni sarebbe necessario concentrarsi su un soggetto per volta e utilizzare un metodo analitico (ad esempio la psicanalisi), che studi le motivazioni e le scelte di vita dell'individuo all'interno della sua storia personale: tuttavia, le conclusioni che si potrebbero trarre non sarebbero generalizzabili, in quanto relative al singolo caso specifico.

Per lo studio statistico delle scelte morali si utilizzano alcuni test, e i risultati che si ottengono, pur non consentendo giudizi di merito sulla maggiore o minore moralità dei comportamenti del gruppo, ci permettono di approfondire i meccanismi biologici che stanno alla base di alcune scelte.

Immaginiamo di essere un capostazione che vede, attraverso una telecamera, un treno senza guidatore correre all'impazzata verso cinque operai che stanno lavorando sul binario; non possiamo fare nulla per fermarlo, tranne manovrare uno scambio per indirizzare il treno su un secondo binario dove sta lavorando un operaio solo. Dovremmo muovere la leva, provocando la morte di un uomo ma evitandone cinque, oppure no? In media, 3 persone su 4 rispondono di sì, mentre quella che rifiuta di manovrare lo scambio afferma di non volersi assumere la responsabilità della morte di una persona, costi quel che costi. I tre soggetti del "sì" hanno risposto in forma cognitiva, utilizzando la via alta ("è meglio che muoia una persona sola piuttosto che ne muoiano cinque, quindi aziono la leva"), mentre il soggetto del "no" ha risposto in forma emotiva, utilizzando la via bassa ("ho paura, non faccio niente, scappo via!").

Ora complichiamo ulteriormente il problema. La situazione è simile alla precedente (un treno senza controllo che corre all'impazzata verso cinque operai), ma osserviamo la

scena da un ponte che attraversa il binario: l'unico modo di salvare gli operai è quello di gettare giù dal ponte un uomo corpulento che è casualmente presente: come dobbiamo comportarci? Daremmo la spinta mortale oppure no?

In questo caso la statistica si inverte: 3 soggetti su 4 dicono "no", e uno solo risponde "sì". Ovviamente, l'unica differenza rispetto all'ipotesi precedente è che, invece di azionare una leva, dobbiamo provocare la morte con le nostre mani: immaginare di compiere "direttamente" un omicidio scatena un segnale di allarme all'amigdala, e l'impulso emotivo segue perciò la strada bassa, evitando l'elaborazione corticale che inviterebbe a valutare le conseguenze del gesto, e quindi le cinque vite salvate. A questo secondo test rispondono più facilmente "sì" gli individui addestrati ad agire in condizioni di emergenza (come i militari, i pompieri, e i medici), perché le persone abituate a prendere decisioni in situazioni sfavorevoli dal punto di vista emotivo conservano una visione razionale.

La gestione degli impulsi è deficitaria nei figli delle madri alcoliste e in buona parte della popolazione carceraria, e in questi casi la valutazione delle scelte morali (ad esempio ai fini processuali) non può essere di tipo statistico, ma deve considerare la storia personale degli individui e il contesto sociale in cui vivono. Luca, un minorenne di un quartiere degradato di Milano, ha quasi ridotto in fin di vita un adulto durante una rissa. La ragione del litigio era delle più banali: alcuni ragazzi facevano chiasso sotto l'appartamento dell'uomo che, giunto al limite della sopportazione, è sceso in strada con un coltello in pugno ed ha ferito al braccio destro uno del gruppo. Luca, infuriato, lo ha inseguito, gettato a terra e percosso brutalmente: quando ha smesso di colpirlo, questi si trovava ormai fra la vita e la morte. La valutazione morale del suo comportamento, tuttavia, è meno semplice di quanto appaia. In sede di perizia psichiatrica è emerso che Luca era stato ripetutamente abusato e maltrattato dal padre che aveva l'abitudine, dopo averlo immobilizzato, di bastonarlo su un braccio, lo stesso in cui l'uomo aveva pugnalato il suo amico. Il ragazzo racconta che in quel momento "ha perso completamente il controllo" e che "vedeva rosso", sintomo della visione telescopica indotta dalla "sparata" adrenalina dell'attacco di rabbia, e che mentre brutalizzava l'uomo non sapeva nemmeno cosa stesse facendo. Probabilmente, durante il pestaggio, Luca ha rivissuto in un attimo tutte le ingiustizie della sua vita e ha ucciso simbolicamente la figura paterna, ed il giudice, durante il processo, ha considerato il suo background di abusi emotivi e maltrattamenti fisici un'attenuante per il reato commesso.

Valutare le scelte morali rappresenta sempre un problema, ma è difficile soprattutto quando queste scelte riguardano individui di sesso maschile, perché il testosterone –

l'ormone tipico del genere- rappresenta un enorme potenziatore dell'impulso; al contrario l'ormone femminile per eccellenza, l'ossitocina, che permette l'accoglienza e la protezione dei figli, mette le donne in una condizione molto più favorevole.

La dimostrazione di come profili ormonali diversi comportino una differente possibilità di controllo dei comportamenti si ha nei casi di cambiamento di sesso. Gli individui con un vero problema di identità di genere (la cui causa è probabilmente da ricercarsi nel periodo fetale) sono molto infelici, e fin dalla più tenera età (ben prima dello sviluppo puberale, quindi senza implicazioni "sessuali") si sentono imprigionati nel corpo sbagliato e sono costretti a vivere una vita che non sentono propria. Gli uomini che chiedono di diventare donne devono passare attraverso una fase "di prova" in cui viene loro concesso, con il permesso del giudice, di vestirsi secondo l'identità di genere desiderata e di ottenere un documento di identità provvisorio che la attesti. Inoltre viene loro prescritta, per circa due anni, una terapia ormonale che prepari al cambiamento di sesso vero e proprio: durante questo periodo, in cui vengono chimicamente antagonizzati gli ormoni maschili, l'aggressività gradualmente scompare. Abbassando drasticamente i livelli di testosterone -l'ormone della difesa del territorio- il controllo degli impulsi diventa molto più facile (e gli individui maschi si trasformano in femmine senza nessun tipo di intervento chirurgico).

§4. L'imprinting materno sul DNA

Nel 1944 l'Olanda, occupata dai nazisti, venne sottoposta a drastiche riduzioni alimentari. La carestia affamò tutta la popolazione, e le donne che riuscirono a portare a termine la gestazione partorirono neonati gravemente sottopeso: sorprendentemente, una volta adulte, anche le figlie e le nipoti di queste donne partorirono bimbi e bimbe di peso ridotto, nonostante si fossero perfettamente alimentate durante la gravidanza.

Un team internazionale di clinici e genetisti ha recentemente pubblicato su "Nature Genetics" i risultati di uno studio condotto su duecento coppie di gemelli monozigotici e dizigotici (identici e fraterni), che ha dimostrato come i meccanismi molecolari dell'eredità non possano essere limitati alle sole differenze di sequenze del DNA, e come continuo anche le minime trasformazioni chimiche impresse dalla madre durante la gestazione, cioè l'imprinting materno sui geni. In altre parole, non ereditiamo dai nostri genitori solo un insieme ordinato di geni (genoma), ma un intero apparato, che viene definito epi-genoma. Questo apparato contiene anche una miriade di piccole appendici chimiche che regolano l'espressione dei geni e che, srotolando o arrotolando parti dei cromosomi, espongono o nascondono i geni, in modo da attivarli o da disattivarli. Nel

2003, alla Duke University, Randy Jirtle ha condotto con i suoi collaboratori uno studio su topine gravide nutrite con cibi altamente metilanti, cioè ricchi di uno dei gruppi chimici appena visti: ebbene, tanto più la dieta era ricca in gruppi metilici, tanto più giallo era il manto dei topini figli, e l'intensità del colore del mantello si conservava nella generazione successiva.

Quanti di questi gruppuscoli chimici si attacchino al DNA e in che punto della sequenza dipende da molti fattori legati allo stile e alle condizioni di vita della madre, sebbene alla scienza sfuggano ancora i dettagli. Una donna che fuma molto durante la gravidanza avrà bambini non solo sottopeso, ma molto più sensibili alla dipendenza dal tabacco, così come una madre forte bevitrice trasmetterà chimicamente ai propri figli, durante la gestazione, una predisposizione all'alcoolismo, e queste caratteristiche tenderanno a riproporsi anche nelle generazioni successive.

§5. Fondamenti biologici dell'empatia

L'empatia, cioè quella particolare abilità di connessione che permette agli essere umani di entrare in contatto gli uni con gli altri e che è alla base dell'apprendimento emotivo, è resa possibile dalla presenza nel cervello di cellule specializzate, dette "neuroni specchio", la cui scoperta è stata frutto del caso. Nei primi anni Novanta un gruppo di ricercatori dell'Università di Parma guidati dal neuroscienziato Giacomo Rizzolatti stava studiando il funzionamento dei neuroni motori, cioè delle cellule nervose che permettono di compiere i movimenti. Per farlo, avevano trapanato il cranio di un macaco e collegato un elettrodo a una di queste cellule: quando la scimmia prendeva una nocciolina e se la portava alla bocca, il neurone si attivava (in gergo "sparava", perché il rumore dell'attività è simile a quello di una mitragliatrice). Un giorno uno degli scienziati, in una pausa dello studio, prese una nocciolina sotto gli occhi della scimmia e la mangiò: incredibile a credersi, il neurone sparò -sebbene l'animale fosse immobile- come se la cellula che permetteva il movimento condividesse o rispecchiasse il gesto del ricercatore: dal momento che la scimmia era rimasta immobile e che era stato il ricercatore a fare il movimento di prensione, il neurone non distingueva fra compiere un gesto e guardare qualcuno compierlo. Per molto tempo si è pensato che la duplice attivazione fosse un artefatto di laboratorio, a causa del preconcetto, molto radicato in neurologia, che ogni cellula abbia una singola funzione specifica. Invece queste cellule, definite in seguito neuroni specchio, funzionano sia compiendo un'azione sia osservandola compiere da altri. Nella corteccia motoria esistono due tipi di neuroni specchio, quelli che riconoscono un determinato movimento e quelli che ne riconoscono l'intenzione (ad esempio si

accorgono della differenza che passa fra afferrare una tazza di caffè per bere dall'afferrarla per sparecchiare): il tipo di gesto e il contesto permettono a questi neuroni di attivarsi sulla base dell'azione prevista. Nelle situazioni sociali tendiamo inconsciamente a imitare gli altri (i loro gesti, le loro espressioni fisiche e verbali), perché questo ci aiuta a capire il loro stato d'animo. Questa capacità di capire gli altri in modo immediato, istintivo, senza ragionamenti di alcun tipo, è dovuta ai neuroni specchio, che interagiscono con le aree emotive classiche -come l'insula e l'amigdala- per produrre empatia. E' a causa di queste cellule che, quando vediamo una scena strappalacrime, cediamo anche noi all'emozione. Allo stesso modo, quando guardiamo lo sport allo stadio o anche semplicemente in TV, partecipiamo letteralmente alle performance degli atleti: spesso ne assumiamo inconsciamente le posture e le espressioni del viso e ci poniamo in un atteggiamento di tensione muscolare, come se ne condividessimo lo sforzo. Questa scoperta ha permesso di dimostrare che gli esseri umani sono in grado di capire immediatamente quello che qualcuno fa o ha intenzione di fare, ossia che immedesimarsi negli altri non ci comporta nessuno sforzo, ed è un meccanismo che si è mantenuto e perfezionato perché si è rivelato vantaggioso dal punto di vista evolutivo. Infatti, dal momento in cui gli esseri umani sono diventati capaci di imparare a copiare, hanno potuto apprendere nel corso di una sola generazione abilità che le altre specie apprendono in milioni di anni di evoluzione. La biologia ci ha selezionati per essere animali sociali, e nel profondo della nostra architettura neurale siamo costruiti per stare insieme.

§6. La teoria della mente e l'apprendimento

L'empatia ha tappe diverse, ma diventa vera capacità di percepire i pensieri e i sentimenti degli altri solo nella tarda infanzia (dopo i 4 anni), periodo in cui il bambino comincia a costruirsi una teoria della mente. Un semplice esperimento permette di capire quando si diventa capaci di immedesimazione: ai soggetti del test vengono mostrati dei disegni che raccontano una storia, le cui protagoniste sono due bambine, Sally ed Anne. Sally ha un cestino e Anne ha una scatola: Sally mette una palla nel cestino, poi se ne va per fare una passeggiata; mentre lei è assente, Anne sposta la palla dal cestino alla scatola. Quando Sally ritornerà e vorrà giocare con la sua palla, dove dovrà cercarla, nel cestino o nella scatola? Se i bambini rispondono che Sally la dovrà cercare nella scatola, significa che non sono in grado di distinguere fra quello che loro fanno e quello che Sally sa; viceversa, se rispondono correttamente (Sally cercherà la sua palla dove l'ha messa, cioè dentro al cestino) significa che capiscono che le persone agiscono sulla base delle loro credenze, anche qualora queste dovessero risultare sbagliate. Alcuni giochi

permettono di imparare a distinguere ciò che gli altri fanno da ciò che noi sappiamo: al piccolo Marco piace nascondere gli occhiali alla nonna mentre è distratta o occupata in un'altra stanza; quando la donna ne ha bisogno e inizia a cercarli, il bimbo cerca di capire se -non avendolo visto spostarli- lei sarà in grado di ritrovarli o meno, e si diverte molto ad osservare il suo sconcerto (vero o simulato) per la sparizione.

Ci sono molti modi in cui l'apprendimento avviene attraverso il gioco, e alcuni destinati non solo ai bambini. Al Museo della Scienza e della Tecnica di Milano c'è quella che, vista dall'esterno, sembrerebbe una grossa scatola bianca: questa scatola, che rumoreggia e si muove quando è messa in funzione, è in realtà un simulatore di volo; al suo interno è ricostruita nei minimi particolari la cabina di pilotaggio e i comandi "funzionano" esattamente come quelli di un aereo reale. Quando siamo in volo, affidiamo la nostra vita -senza alcun timore- a un uomo che ha passato un paio di anni a "giocare" in una scatola facendo finta di essere in un aereo, con un "papà" all'esterno (l'istruttore) che lo correggeva in caso di errori, permettendogli sperimentare qualsiasi condizione di volo e di sbagliare senza pericoli per sé e per l'equipaggio.

Il gioco, il migliore "simulatore di vita" che ci sia, è il lavoro più importante del bambino dai 2 ai 14 anni: in questo periodo anche la scuola dovrà essere affrontata come un gioco, per quanto serio e impegnativo. Piuttosto che concentrarsi su matite rosse e blu, è fondamentale dunque che insegnanti e genitori abbiano forti motivazioni emotive e siano consapevoli del loro ruolo di "custodi della sicurezza" fisica e psicologica dei bambini, affinché questi possano sbagliare senza paura, senza sentirsi in colpa o minati nella loro autostima, e che possano quindi serenamente imparare la vita. E' importante sottolineare come anche il movimento debba far parte dell'apprendimento -e non solo di quello motorio- in quanto le emozioni, oltre ad essere il propulsore delle scelte del bambino, vengono capite e ricordate nel corpo, e queste "memorie corporee" risultano spesso indelebili (v. cap.II, §1).

§7. La prevenzione del disagio psichico

Gli interventi di prevenzione del disagio psichico devono essere effettuati precocemente, in età adolescenziale e giovanile, cioè, riprendendo la teoria di Erikson (cap.II, §4), nei soggetti che attraversano la fase contraddistinta dal conflitto "identità/confusione di ruolo" (12-20 anni) o i primi anni di quella successiva, centrata sul dilemma "intimità/isolamento". Una certa confusione di ruolo nell'adolescente è del tutto normale, dal momento che possiede da un lato le capacità cognitive di un adulto, ma dall'altro l'emotività di un bambino. Non potendo ancora disporre di un'identità strutturata, i

ragazzi fanno ricorso in genere a quella diffusa del gruppo: un certo paio di scarpe, la felpa d'ordinanza, il taglio dei capelli rappresentano dunque i fattori che legano i diversi membri in una identità comune. Un caso tipico di confusione di ruolo è quello dell'adolescente che si abbassa i jeans per mettere in mostra i boxer (o gli slip) firmati: cammina come un bambino col pannolone, ma lascia emergere la provocazione sessuale implicita nella pubblicità dell'intimo che indossa. In altri termini, è la perfetta incarnazione del conflitto -di cui non è consapevole- fra i suoi aspetti infantili e suoi aspetti adulti.

Tuttavia, per affrontare i casi di disagio emotivo negli adolescenti è quasi sempre necessario risalire al loro rapporto con i genitori, perché i problemi dei ragazzi derivano molto spesso da quelli della coppia parentale. Facciamo l'esempio di una madre che porta il figlio dallo psicologo perché preoccupata dai suoi atteggiamenti bullistici. Questi, durante il colloquio, scopre che la donna guida una macchina più simile a un veicolo da guerra che a un mezzo di trasporto urbano, e quando gliene domanda la ragione lei risponde, tutta soddisfatta: "Perché così è più facile salire sui marciapiedi!" Ora, quando una donna porta a scuola il figlio con un "carrarmato" che le permette di ignorare le regole del codice della strada, niente di più facile che il ragazzo abbia una scala di valori disturbata. Questo aneddoto non intende liquidare il problema in modo semplicistico, limitandosi ad attribuire tutte le colpe a madri e padri, ma ha lo scopo di invitare i genitori -prima di ogni altra considerazione- a una maggiore comprensione di se stessi. Un bambino abituato a vedere il padre guidare aggressivamente modulerà il suo comportamento sul modello paterno, e quando sarà a sua volta al posto di guida è molto probabile che riproponga quanto ha appreso.

§8. I modelli di attaccamento

Se capire e correggere i disagi di bambini e ragazzi è abbastanza agevole, nel caso degli adulti la questione diventa molto più complessa, perché la mancata acquisizione in età infantile e adolescenziale delle corrette competenze emotive compromette l'intera struttura psichica. Il funzionamento sentimentale ed emotivo di un adulto dipende infatti dal suo modello di attaccamento e cioè, dal tipo di legame affettivo che una persona crea fra sé ed un altro specifico individuo. Questo modello si sviluppa a partire dal legame speciale che si instaura nella prima infanzia fra la madre (o il care-giver) e il bambino e che, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, è necessario per sopravvivere, gettare le basi delle relazioni future e favorire uno stato di salute mentale in età adulta. L'attaccamento nasce intorno alle 6 settimane di vita, quando i neonati

iniziano a mostrare preferenze verso un altro essere umano piuttosto che verso oggetti inanimati; a 3 mesi, i bambini sanno già distinguere fra persone diverse e, nonostante l'attaccamento appaia indiscriminato, essi dimostrano una preferenza verso la madre; a partire dai 7 mesi d'età, infine, i piccoli ricercano attivamente la vicinanza di specifiche persone: se questa non viene mantenuta, mostrano ansia da separazione e paura dell'estraneo (Schaffer, 1977, 1989).

E' possibile valutare il tipo di legame che gli adulti instaurano con il proprio partner, a partire dai loro modelli di attaccamento, sulla base di una specifica matrice (Bartholomew e Horowitz, 1991). Questa matrice si sviluppa lungo due assi, quello orizzontale che rappresenta il concetto -a livello profondo- che un dato individuo ha di sé (positivo o negativo); e quello verticale che rappresenta il concetto che lo stesso individuo ha degli altri: migliore è il senso di sé, minore sarà l'ansia collegata all'attaccamento; mentre peggiore è il giudizio sull'altro, più si cercherà di evitare ogni tipo di legame. I modelli di attaccamento che ne derivano sono dunque quattro, e vengono definiti come segue:

1. l'attaccamento sicuro (concetto di sé positivo; concetto dell'altro positivo): l'individuo è a proprio agio con l'intimità e autonomo nelle relazioni intime;
2. l'attaccamento distaccato/svalutante (concetto di sé positivo; concetto dell'altro negativo): l'individuo dà poca importanza alle relazioni intime e conta solo su se stesso;
3. l'attaccamento preoccupato (concetto di sé negativo; concetto dell'altro positivo): l'individuo è a disagio nelle relazioni intime e dipende dagli altri per autostima e supporto;
4. l'attaccamento pauroso (concetto di sé negativo; concetto dell'altro negativo): l'individuo ha paura dell'intimità per il timore di essere rifiutato e tende ad essere socialmente isolato.

Secondo Ainsworth e altri (1978), i pattern di attaccamento sono solo tre, e in particolare:

- a) l'attaccamento sicuro: tipico degli individui che si percepiscono relativamente liberi dalle preoccupazioni e che vedono gli altri come disponibili a sostenerli;
- b) l'attaccamento distaccato/svalutante (o evitante): gli individui si concepiscono come non preoccupati, ma considerano gli altri incapaci di sostenerli;
- c) l'attaccamento preoccupato (o ansioso-resistente): gli individui si percepiscono come preoccupati e considerano gli altri disponibili ad aiutarli.

Secondo entrambi le teorie, dunque, saremo persone felici, con una vita affettiva soddisfacente e capaci di occuparci in modo adeguato dei nostri figli solo se avremo sviluppato, a partire dall'infanzia, un modello di attaccamento sicuro, che ci permette di creare legami profondi e stabili nel tempo.

Capitolo IV

Diagnosi e cura del disagio psichico

“Un bambino può arrivare a sentirsi tremendamente colpevole di non avere una madre buona.”

Justin Call

§1. L'importanza della diagnosi del sintomo di disagio

Il disagio psichico è una situazione di crisi che, nella maggior parte dei casi, non rappresenta una malattia psichiatrica: esso può essere di entità lieve o gravissima; presentarsi sporadicamente o costituire un problema cronico; ed essere causato da fatti esterni o da malattie organiche.

Tutti -prima o poi- sperimentiamo momenti di malessere emotivo, che sono legati il più delle volte ad eventi specifici, come la scomparsa di un caro amico o di un familiare, episodi di infedeltà coniugale, problemi di natura professionale, e così via. Tuttavia sottovalutiamo troppo spesso, o non consideriamo affatto, un dato di fondamentale importanza: *il disagio psichico precede malattie maggiori di tipo organico o di tipo psichiatrico*. Per questa ragione, qualora si manifesti, è necessario che lo si affronti precocemente inquadrandolo dal punto di vista clinico: *esso richiede sempre una valutazione medica, perché è un sintomo che necessita di una diagnosi*. La figura professionale più adatta a questo tipo di screening è il medico di famiglia, che rappresenta da un lato il principale punto di riferimento per i pazienti (di cui conosce perfettamente storia e problematiche), dall'altro l'interlocutore privilegiato delle istituzioni sanitarie in ogni politica di miglioramento della salute pubblica.

Molte patologie organiche e l'assunzione di alcuni farmaci in dosaggi inadatti comportano sintomi psichici o psichiatrici: per citare solo pochi esempi, episodi di delirio possono essere causati da una banale febbre alta; molti casi di depressione in menopausa dipendono dall'ipotiroidismo facile in tale periodo di importanti cambiamenti ormonali; l'atropina in dosi elevate provoca crisi confusionali; e certi farmaci ipertensivi possono simulare demenza negli anziani. In tutte queste situazioni, ogni terapia che prescindere da una diagnosi clinica si rivelerà inutile nel migliore dei casi, e dannosa (a

volte letale) nel peggiore. Chiara, moglie di un medico stimato, iniziò a soffrire di episodi depressivi e, senza che ne fossero verificate eventuali cause organiche, iniziò una psicoterapia, cura del tutto inefficace per la patologia di cui soffriva: otto anni più tardi moriva per il tumore al cervello che era fin dall'inizio all'origine dei suoi problemi, mentre gli accertamenti medici necessari ad una diagnosi corretta avrebbero potuto salvarle la vita.

Bisogna dunque, innanzitutto, distinguere il sintomo dalla malattia e, in secondo luogo, comprendere se essa sia di natura psichica o organica: questo processo è di competenza sempre e soltanto del medico di famiglia, vero e proprio "semaforo" del nostro disagio emotivo e corporeo, il quale, una volta effettuata una diagnosi, potrà raccomandare una terapia appropriata (sia essa farmacologia o meno), oppure suggerire l'intervento di uno specialista.

§2. Disagio psichico e malattie organiche

Il disagio emotivo è un sintomo che, se trascurato, può portare a non diagnosticare importanti patologie organiche, oppure peggiorare fino a trasformarsi in una vera e propria malattia, e non solo di tipo psichiatrico. Qualora il disagio emotivo sia conseguenza di una problema organico, nella maggior parte dei casi scompare curando la patologia di base. Tuttavia, anche nei casi in cui la sua origine non sia psicologica, l'attenzione alle emozioni del paziente facilita la guarigione e, in alcuni casi limite, è addirittura in grado di aumentare l'aspettativa di vita. Ogni centro oncologico accurato riconosce oggi l'importanza di intervenire, oltre che sulla patologia tumorale, sullo stato emotivo del paziente, e affianca alle terapie mediche un sostegno psicologico che segue precisi protocolli e si attua in diverse forme (psicoterapia individuale o di gruppo, testimonianze di pazienti sopravvissuti, addirittura -allo IEO di Veronesi- corsi di make up per aiutare le donne in cura a sentirsi ancora belle e desiderabili). Gli interventi di questo tipo si sono dimostrati di fondamentale importanza nel facilitare la guarigione e, nei casi di pazienti incurabili, hanno dimostrato una straordinaria capacità nel migliorare non solo la qualità, ma addirittura la durata della vita residua. La Stanford University Medical School ha istituito gruppi di conforto psicologico per donne con cancro al seno in fase di avanzata metastasi (la cui morte, dal punto di vista clinico, era ormai solo questione di tempo), con l'obiettivo di valutare gli effetti del sostegno emotivo sui pazienti oncologici. David Spiegel, che ha condotto lo studio, è rimasto stupefatto dei risultati, e insieme a lui tutta la comunità scientifica: le donne malate di cancro in fase avanzata che si recavano agli incontri di gruppo avevano un tempo di sopravvivenza *doppio* rispetto alle pazienti -

in analoghe condizioni e con identico trattamento medico- che decidevano di affrontare la morte da sole. Le donne che frequentavano i gruppi vissero in media trentasette mesi, mentre quelle che non li frequentavano si spensero nell'arco di diciannove: se a produrre un simile allungamento della speranza di vita fosse stata una nuova molecola, le aziende farmaceutiche avrebbero ingaggiato una competizione serrata per aggiudicarsene la produzione (tratto da Goleman)

Importanti studi scientifici hanno dimostrato in modo inequivocabile come la cura del disagio psichico rappresenti una vera e propria forma prevenzione nel caso di importanti patologie organiche e delle loro recidive. Lo stress che si accompagna alla sofferenza emotiva -specie se prolungato nel tempo- funziona infatti da ponte fra sintomo psichico e malattia organica, perché altera il sistema neurovegetativo del paziente, provocando da un lato un abbassamento delle difese immunitarie, dall'altro una prolungata produzione di cortisolo, un aumento della pressione sanguigna e un sovraccarico generale del sistema cardiocircolatorio. Sheldon Cohen, uno psicologo della Carnegie-Mellon University, ha dimostrato che quanto più stressante è la vita che un individuo conduce, tanto maggiori sono le sue possibilità di contrarre un raffreddore, di cui si ammala il 27% delle persone poco stressate ed il 47% di quelle molto stressate. Lo stesso collegamento costante fra stress ed infezione vale anche nel caso del virus dell'herpes, sia del tipo labiale che di quello vaginale. Stephen Manuk della Pittsburgh University ha sottoposto 30 volontari maschi a un test severo e rigoroso condotto in un contesto ansiogeno: l'esperimento, condotto in laboratorio, misurava dapprima i parametri ematici in condizioni di tranquillità, in particolare i livelli di ATP (adenosintrifosfato), una sostanza secreta dalle piastrine che può favorire infarto e ictus. Quando, successivamente, i volontari venivano sottoposti a livelli intensi di stress, i loro livelli di ATP salivano bruscamente, insieme alla pressione e alla frequenza cardiaca. (citato da Goleman). Il decesso improvviso causato da un forte dolore emotivo, ad esempio la scomparsa del coniuge molto amato, e che viene comunemente definito come "morte di crepacuore", è uno scompenso cardiaco letale innescato da una violentissima stimolazione noradrenergica. La sofferenza psicologica è un fattore che aggrava ogni tipo di cardiopatia, anche quelle di natura organica: in uno studio condotto negli ospedali di Montreal sui pazienti ricoverati per un attacco di cuore, gli individui seriamente depressi avevano una probabilità cinque volte più alta di morire nel corso dei sei mesi successivi rispetto a quelli che non presentavano sintomi di disagio psichico: in altri termini, ansia e depressione rappresentano, nel caso di patologie cardiache, un fondamentale fattore di rischio di morte.

§3. Le crisi emozionali

Il disagio psichico si configura come una situazione di crisi, che richiede diagnosi e interventi mirati. L'intervento, in una situazione di crisi, deve perseguire una finalità precisa; deve essere preceduto da un esame, anche sommario, dello stato mentale del paziente; la crisi emozionale deve essere valutata rispetto ai pericoli della vita; e la figura professionale che interviene deve conoscere i modelli teorici della crisi psicologica.

La crisi emozionale può presentarsi sotto diverse forme, e in particolare può essere:

- a) una crisi di natura contingente, determinata da fattori reali (ad esempio in caso di divorzio);
- b) una crisi correlata a un particolare periodo della vita (ad esempio, il pensionamento);
- c) una crisi che dipende da eventi traumatici (ad esempio, la morte di un figlio);
- d) una crisi maturativa (ad esempio nel periodo adolescenziale);
- e) una crisi dovuta a una patologia preesistente (ad esempio le crisi depressive in pazienti ipotiroidei);
- f) una emergenza psichiatrica acuta (per esempio i casi di delirio causati dall'abuso di sostanze stupefacenti).

L'intervento, in una situazione di crisi, deve avere una finalità precisa, che:

- 1) prevenga lo sviluppo di scompensi emotivi maggiori (ad esempio il passaggio dalla melanconia alla depressione maggiore);
- 2) riconosca i pazienti che richiedono un intervento di tipo diverso (pensiamo alle situazioni di difficoltà morale nelle donne cattoliche in caso di gravidanze indesiderate che le spingono a considerare la possibilità di un aborto);
- 3) curi, dove sia possibile, i sintomi del disagio;
- 4) riporti l'equilibrio emotivo allo stato precedente alla crisi;
- 5) aiuti il paziente a ritrovare l'autocontrollo, soprattutto nei casi di violenze e incidenti;
- 6) mobilizzi e stimoli l'aspettativa di miglioramenti e di superamento della crisi;

L'intervento, nella situazione di crisi, deve sempre essere preceduto da un esame, anche sommario, dello stato mentale del paziente, che ne valuti:

- il comportamento (si comporta in un modo normale?);
- l'affettività (che sentimenti esprime?);
- l'orientamento (comprende ciò che sta succedendo, dove si trova?);
- il linguaggio (capisce ciò che dice? Siamo in grado di capirlo?);
- la memoria (ricorda particolari recenti o remoti della sua storia?);

- il contenuto del pensiero (ha senso ciò che esprime?);
- le percezioni anormali (riferisce esperienze inusuali?);
- il giudizio (è in grado di decidere razionalmente?).

§4. La valutazione del disagio psichico

Quando non venga alterato da patologie organiche, il benessere psichico di un individuo dipende da cinque classi di fattori:

- 1) Lo stato mentale, che può essere privo di sintomi psichiatrici (fobie, depressione, angoscia e ossessioni); oppure presentarli in modo saltuario, senza che essi costituiscano un vero e proprio handicap nella vita di relazione; oppure ancora presentare sintomi psichiatrici permanenti che inficiano pesantemente la vita sociale e professionale;
- 2) Le relazioni familiari, che possono essere definite soddisfacenti, moderatamente soddisfacenti, insoddisfacenti, o molto insoddisfacenti;
- 3) le relazioni extrafamiliari, anch'esse definibili come soddisfacenti, moderatamente soddisfacenti, insoddisfacenti, o molto insoddisfacenti;
- 4) la posizione professionale, che può rappresentare una fonte di soddisfazione; oppure provocare conflitti e sentimenti di angoscia, ad esempio qualora il ruolo ricoperto venga vissuto come inferiore/superiore alle proprie capacità e nei casi di mobbing; o ancora causare grave insoddisfazione qualora il soggetto non riesca ad inserirsi o venga espulso dal contesto lavorativo.
- 5) altre condotte particolari, come la presenza di problemi psichiatrici legati alla nutrizione (eccessivo desiderio di cibo, bulimia, anoressia), o alcolismo e tossicomania, che possono impedire o meno, a seconda della gravità della dipendenza, il normale svolgimento della vita socio-professionale.

Peggiora è la condizione di un individuo in riferimento ad ognuna di queste cinque classi, maggiori sono le possibilità che necessiti di un intervento psicologico o psichiatrico specialistico.

Anche una situazione di benessere psichico, tuttavia, può essere bruscamente alterata da fatti imprevisti che, pur non essendo negativi, comportano importanti cambiamenti di vita (come una gravidanza desiderata) o da episodi dolorosi. L'impatto di questi fatti sulla vita emotiva può essere misurato attraverso la scala di Paykel, che comprende sessantuno eventi (ordinati in senso decrescente rispetto alla gravità), quali, ad esempio, la morte di un figlio o del coniuge, il dover affrontare una causa legale, aver contratto grossi debiti o il doversi trasferire in una nuova città. Ognuno di questi fatti (anche di quelli

più banali, come il dover sostenere un esame o traslocare), ha un impatto in termini di malessere psichico, perché costituisce sempre una fonte di stress e nei casi più gravi di profonda sofferenza. Ogni bravo medico conosce l'importanza di informarsi, qualora il paziente lamenti situazioni di disagio psichico, sui cambiamenti intervenuti recentemente nella sua vita. Per esempio, l'emergere di un problema di insonnia può essere causato da nuovi conflitti sul posto di lavoro o in famiglia, o dall'insorgere di gravi preoccupazioni per la salute dei propri cari: in questi casi limitarsi a prescrivere un ipnotico o un ansiolitico può non essere una misura sufficiente. D'altro canto, è importante che i pazienti siano consapevoli del fatto che imprevisti ed eventi dolorosi alterano l'equilibrio emotivo, e che siano disposti a parlarne esaustivamente con il proprio medico, invece di limitarsi a chiedere, come spesso accade, "qualcosa per dormire".

§5. La diagnosi di ansia e depressione

Il disagio psicologico può dipendere da un peggioramento del proprio stato emotivo dovuto a fatti nuovi, da una cattiva qualità della vita di relazione, o dall'esordio improvviso del sintomo ansioso o depressivo. Tuttavia, termini come ansia, panico, depressione sono ormai entrati nel linguaggio comune e vengono usati per definire una gamma molto ampia di situazioni, che spesso hanno molto poco (o addirittura nulla) a che vedere le malattie psichiatriche cui le parole si riferiscono quando vengono utilizzate in senso clinico. Affermare, per esempio, di essere depressi quando ci si sente solo tristi o scoraggiati, oppure definire angoscia la normale agitazione che ci prende in vista di una decisione importante è -dal punto di vista scientifico- assolutamente scorretto e fuorviante: il disagio psichico non è diverso da un disagio corporeo o da un sintomo organico, come il mal di schiena o un livello elevato di glicemia, e richiede una valutazione medica.

Per diagnosticare correttamente ansia e depressione è necessario definire con precisione la tipologia e la gravità della sofferenza emotiva da cui il paziente è afflitto, attraverso l'uso di speciali questionari, ad esempio le tabelle di Zung. La Zung Self-rating Depression Scale è uno screening di primo livello, composta da venti frasi che riguardano i principali sintomi della depressione, come "ho crisi di pianto o avrei voglia di piangere", "mi stanco senza un motivo", "il mio cuore batte più in fretta del solito", "provo ancora piacere nella vita sessuale", e così via. Al paziente viene chiesto di valutare in che misura (quasi mai; qualche volta; spesso; quasi sempre), ognuna di queste frasi descriva la sua condizione nel corso dell'ultima settimana. Viceversa, la Zung Self-rating Anxiety Scale è costituita da venti affermazioni che riguardano i principali sintomi dell'ansia, come "ho paura senza

motivo", "soffro di cefalea e dolori al collo e alla schiena", "mi sento andare a pezzi, crollare", "ho degli incubi", eccetera. Anche in questo caso il paziente deve stabilire quanto frequentemente (raramente; qualche volta; spesso; quasi sempre), questi sintomi lo abbiano coinvolto nel corso dell'ultima settimana. In entrambe le tabelle ogni risposta vale da 1 a 4 punti, e i punteggi totali possono variare fra 20 e 80: maggiore è il risultato ottenuto, più preoccupante è la gravità del sintomo depressivo o ansioso. Ad esempio un valore di 25 nella ZSDS porta ad escludere con certezza una diagnosi di depressione maggiore, mentre un valore di 75 suggerisce una condizione di sofferenza emotiva molto seria, che necessita al più presto di una valutazione medico specialistica approfondita (la depressione maggiore è una patologia psichiatrica importante, che ha fra le sue complicanze il suicidio).

Visto lo stretto legame che esiste fra depressione e malattie cardiache, nel 1999 La American Heart Association ha messo a punto una guida destinata ai pazienti (che sarebbe bene esporre nella sala di attesa di ogni medico di famiglia), in cui vengono indicati i segni premonitori dell'insorgenza di una depressione grave. Questi sintomi sono:

1. problemi del sonno: il paziente ha un sonno tormentato oppure ha sempre voglia di dormire;
2. problemi di appetito: il cibo non piace più e/o il paziente ha perso l'appetito;
3. stanchezza: il paziente si stanca facilmente e non ha energia;
4. stress emotivo: il paziente si sente teso, irritabile o agitato oppure svogliato o apatico;
5. perdita di attenzione: il paziente ha difficoltà a concentrarsi;
6. apatia: il paziente ha perso interesse per i suoi vecchi hobby (ad esempio la lettura, lo sport, o il teatro);
7. bassa autostima: il paziente si sente indegno o inadeguato;
8. disperazione: il paziente ha ripetutamente pensieri di morte o di suicidio;
9. trascuratezza: il paziente non si prende cura del suo aspetto e dell'igiene personale.

Nel caso riscontri la presenza di alcuni di questi sintomi, il paziente viene invitato a riferirlo al proprio medico curante, il quale ha tutte le conoscenze per stabilire se il disagio emotivo si presenti in forma lieve, oppure se rappresenti a tutti gli effetti una depressione maggiore. In questo caso, prescriverà le cure (farmacologiche o psicoterapiche) che riterrà più opportune o consiglierà l'intervento di uno specialista.

Anche la Società Italiana di Psichiatria ha elaborato alcune linee guida per distinguere fra ansia e depressione, e fra depressione e stanchezza. In particolare:

- il paziente ansioso sa di essere malato, va spesso dal medico, tende ad abusare di farmaci; mentre il paziente depresso ignora il suo problema, esita a consultare il medico e non crede alle terapie;
- il paziente ansioso vuole essere capito e impegna molto tempo a discutere il suo stato; mentre il paziente depresso ha rinunciato a comunicare;
- il paziente ansioso usa una moltitudine di parole per spiegare ciò che vive; mentre il paziente depresso ha una espressività povera e resiste a fornire risposte;
- il paziente ansioso combatte la propria angoscia con un eccesso di attività; mentre il paziente depresso non prova neppure a lottare;
- il paziente ansioso ha paura della morte e vuole evitarla a tutti i costi; mentre il paziente depresso contempla il suicidio;
- il paziente ansioso percepisce tutto ciò che lo circonda come incerto; mentre il paziente depresso se ne disinteressa;
- passata la crisi acuta, il paziente ansioso ritrova la gioia di vivere; mentre la sofferenza del paziente depresso è costante e duratura;
- infine, il paziente ansioso spera nel futuro; mentre per il paziente depresso il futuro è grigio.

Invece, per quanto riguarda la differenza fra stanchezza e depressione:

- Il paziente stanco ha voglia di fare, ma si affatica facilmente; mentre quello depresso ha perso la voglia di intraprendere qualsiasi iniziativa;
- Il paziente stanco inizia la giornata con un certo entusiasmo, ma non riesce a tenere il ritmo; mentre quello depresso già dal risveglio è annientato dalla prospettiva della giornata che lo aspetta;
- Il paziente stanco conclude la giornata scoraggiato; mentre per quello depresso la sera è il momento migliore;
- Il paziente stanco rimugina sulle sue preoccupazioni prima di addormentarsi; mentre quello depresso si sveglia più presto del solito con un senso di angoscia;
- Il paziente stanco è cosciente che il suo stato dipende da fattori esterni (troppo lavoro, vita inadatta); mentre quello depresso percepisce che il suo malessere viene dall'interno;
- Il paziente stanco sa che ci sarà una soluzione al suo malessere; mentre quello depresso non ha speranza di uscirne;
- Infine per il paziente stanco il futuro è chiaro: domani andrà meglio; mentre per il paziente depresso il futuro è oscuro: nulla può più cambiare.

§6. La cura del disagio psichico

Quando ci si accorge di soffrire di un sintomo depressivo, la cosa più importante è mantenere la calma: non ci si deve spaventare prima di aver consultato il proprio medico di famiglia, ma soprattutto bisogna assolutamente evitare di improvvisare da soli una diagnosi e una terapia, ad esempio affidandosi al web. Internet contiene in parte seria conoscenza scientifica, e in parte le peggiori forme di disinformazione (spesso a fini pubblicitari diretti o indiretti): per un profano in medicina è praticamente impossibile distinguere fra fonti autorevoli e non, e cercare di interpretare il proprio disagio sulla base di "quel che si trova" può dare risultati assolutamente fuorvianti. A Luca, che lamentava sintomi di angoscia, il medico prescrisse un controllo dei livelli di prolattina, dal momento che un aumento della produzione di questo ormone è indice, nei maschi, di uno stato di forte ansia. Quando lesse sul referto che la sua prolattinemia era più elevata del normale, Luca pensò bene di precipitarsi al computer per verificare il significato del dato clinico, e si convinse subito di essere affetto da un tumore al cervello -l'adenoma ipofisario- che ha fra le sue caratteristiche tipiche proprio quella di secernere prolattina. Il giorno dopo si precipitò dal medico in uno stato di panico, del tutto ingiustificato dal momento che, in caso di adenoma, la prolattina raggiunge livelli elevatissimi, mentre il dosaggio di Luca era appena superiore alla norma: il sito che aveva consultato conteneva informazioni la cui genericità non permetteva di trarre alcun tipo di conclusione, e attendere pazientemente che fosse il dottore a effettuare una diagnosi gli avrebbe risparmiato pensieri terribili e una notte insonne.

Solo il medico curante è in grado di stabilire il tipo di intervento più adatto per ogni paziente, a seconda della diagnosi che risulta dalla valutazione dei sintomi sia fisici che psichici: l'intervento può consistere in una rassicurazione verbale del paziente; nel consigliare ulteriori indagini cliniche e/o visite specialistiche; nella prescrizione di una terapia farmacologica mirata; nel raccomandare un intervento psichiatrico o psicoterapeutico; oppure nel suggerire una forma di assistenza sociale o spirituale.

Se il "fai da te" è pericoloso quando si tratta di diagnosticare il disagio psichico, quando si tratta di stabilire una cura diventa una vera e propria follia. Sebbene alcuni psicofarmaci, come gli ansiolitici, non siano eccessivamente pericolosi nemmeno in caso di sovradosaggio, qualora essi non vengano assunti secondo uno schema terapeutico preciso, ma "al bisogno", il sistema neurovegetativo tenderà ad adattarsi alla somministrazione altalenante del principio attivo, abbassando i suoi livelli di soglia e peggiorando lo stato d'ansia iniziale. Allo stesso modo, chiedere al medico "l'antidepressivo che ha fatto così bene alla mia amica" non ha alcun senso, perché la

risposta del sistema nervoso agli psicofarmaci, a differenza di quanto accade per quella dell'organismo a quasi tutte le altre categorie di medicinali (antibiotici, antidolorifici, antiipertensivi, e così via), varia ampiamente da individuo a individuo, con un tasso di imprevedibilità e/o di inefficacia che si aggira intorno al 30%.

§7. La difficoltà della diagnosi di ansia e depressione

L'ansia è l'epifenomeno di un disagio psichico che può mimare esattamente un gran numero di malattie organiche, i cui sintomi comprendono: anoressia; "nodo" allo stomaco; dolore o costrizione toracica; sudorazione; diarrea; vertigini; secchezza delle fauci; dispnea; svenimenti; arrossamenti; iperventilazione; "testa vuota"; tensione muscolare; nausea; pallore; palpitazioni; parestesie; disturbi sessuali; respiro corto; dolore gastrico; tachicardia; tremore; frequenza urinaria; e vomito. Non sorprende dunque che i soggetti sofferenti di alessitemia (cioè incapaci di riconoscere e dare un nome ai propri stati d'animo), confondano anche le più banali forme di ansia con patologie fisiche, ad esempio disturbi cardiaci o del sistema gastroenterico.

Un paziente in iperventilazione potrebbe avere un'embolia polmonare oppure un attacco di panico; una paralisi ad una mano può essere dovuta a forme di angoscia paragonabili alle isterie ottocentesche, oppure essere la conseguenza di un ictus. Le malattie internistiche che possono provocare stati d'ansia vanno dalle disfunzioni surrenali all'arteriosclerosi cerebrale, dalle collagenopatie all'insufficienza coronaria; dal diabete all'epilessia; dall'embolia alle malattie della tiroide. Inoltre, l'ansia può dipendere dall'astinenza da sostanze stupefacenti o da alcool, nonché dalla sospensione di farmaci ansiolitici e/o sedativi. A complicare ulteriormente lo scenario diagnostico, ci sono diversi farmaci che possono provocare ansia come effetto collaterale, ad esempio certi analgesici, gli antidepressivi, gli antistaminici, gli antiipertensivi, i broncodilatatori, i calcio-antagonisti, la digitale, gli steroidi e soprattutto gli estrogeni e i preparati tiroidei, a cui vanno aggiunte alcune sostanze psicoattive come la caffeina e le anfetamine.

Anche nel caso della depressione le malattie mediche correlate sono molte: essa può dipendere da disturbi neurologici (ictus, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, epilessia, malattia di Huntington); da disturbi endocrini (ipertiroidismo e ipotiroidismo, sindrome di Cushing, morbo di Addison, iperparairoidismo, iperprolattinemia); e da diverse forme tumorali. Fra i farmaci che possono provocare depressione troviamo alcuni preparati antiipertensivi, i contraccettivi orali; gli steroidi; alcune benzodiazepine; la cimetidina e la ranitidina; i farmaci chemioterapici; e infine le sostanze psicoattive (come l'hashish e la cocaina).

Risulta pertanto evidente come possa essere difficile diagnosticare con esattezza di quale patologia (organica o psichica) il paziente soffra, e quanta competenza ed esperienza medica siano necessarie per evitare errori che possono a volte avere importanti conseguenze.

§8. I neurotrasmettitori

In certi casi è fortemente consigliabile che sia lo psichiatra, e non il medico generico, ad effettuare una prescrizione. Le depressioni adolescenziali, ad esempio, sono particolarmente insidiose, perché negli adolescenti la soglia dell'aggressività è molto bassa: se si prescrive un antidepressivo di tipo disinibente senza proteggerle il paziente con ansiolitici, almeno nella fase iniziale della terapia, il ragazzo che medita il suicidio potrebbe trovare il coraggio di realizzarlo (si noti, non direttamente a causa del trattamento -l'idea infatti era già contemplata- ma perché il farmaco rimuove le inibizioni che impedivano di passare dal desiderio al fatto). Ma come può un farmaco inibire o disinibire il comportamento di un soggetto?

I neurotrasmettitori sono sostanze che veicolano, attraverso la trasmissione sinaptica, le informazioni fra le cellule che compongono il sistema nervoso; sono contenute in minuscole sacche all'interno del neurone, le cosiddette vescicole sinaptiche, e vengono rilasciate nel momento in cui il neurone è raggiunto da uno stimolo. Una volta rilasciati, i neurotrasmettitori si legano ai recettori che si trovano sulla membrana post-sinaptica, ed è l'interazione fra il neurotrasmettitore e il recettore ad innescare la risposta neuronale. In relazione al tipo di risposta prodotta, i neurotrasmettitori possono essere eccitatori o inibitori, cioè possono rispettivamente promuovere o inibire la creazione di un impulso nervoso nel neurone ricevente.

Negli ultimi anni, sui giornali e in televisione si è parlato molto frequentemente di alcune di queste sostanze -serotonina, noradrenalina e dopamina- e del loro ruolo nella regolazione degli stati emozionali, cosicché capita spesso, ad esempio, che i pazienti con un disagio psichico dichiarino al proprio medico di soffrire di un fantomatico deficit di serotonina. Dal punto di vista scientifico tutto ciò non ha alcun senso, perché quel che conta per il benessere emotivo non è il dosaggio della singola sostanza, ma l'equilibrio nei livelli di tutti i neurotrasmettitori coinvolti, perché il sistema serotoninergico, quello dopaminergico e quello noradrenergico si influenzano reciprocamente. Singolarmente, la serotonina regola l'impulsività, e insieme alla dopamina il sonno, le funzioni sessuali, l'aggressività e l'appetito. La noradrenalina, detta anche "ormone dello stress", è deputata al controllo dell'attenzione e delle reazioni, ma regola con la serotonina i livelli d'ansia e insieme

all'adrenalina (un altro neurotrasmettitore) scatena la risposta di attacco o fuga. La dopamina, che ha il suo ruolo fondamentale nel modulare i meccanismi del piacere e l'attività psicomotoria, insieme alla noradrenalina regola la capacità di motivazione. Tutte insieme, infine, regolano l'umore, le emozioni e le funzioni cognitive.

Quando i livelli di questi importanti neurotrasmettitori si alterano, i medici tentano di ristabilire l'equilibrio attraverso i farmaci, tenendo presente alcune indicazioni di base, ad esempio che sintomi quali l'umore depresso, l'ansia, il panico, la fobia, i comportamenti ossessivo-compulsivi e la bulimia sono correlati principalmente al metabolismo della serotonina; mentre gli stati di attenzione alterata, le difficoltà di concentrazione, i deficit nella memoria operativa, il rallentamento nell'elaborazione delle informazioni, il ritardo psicomotorio e l'astenia sono sintomi legati soprattutto al metabolismo della noradrenalina. La mente è un sistema complesso, il cui funzionamento è in gran parte sconosciuto, e trovare il giusto mix farmacologico è una operazione difficile e delicata: gli effetti di ansiolitici e antidepressivi variano da soggetto a soggetto, non solo sulla base del tipo e della gravità della patologia, ma anche in funzione della personalità del paziente, ed è sempre e soltanto il medico la figura in grado di stabilire una terapia adeguata alla cura del disagio psichico.