
EDITORIALE

La raccolta della Rivista Sperimentale di Freniatria ci consente di rintracciare dei testi antichi e di indagare diversi filoni di studio, dal 1875 in poi, anno di nascita della rivista. È il caso delle allucinazioni. Questa scelta rappresenta una sfida, poiché raccogliere la storia dei molteplici tentativi di concettualizzazione delle allucinazioni è come seguire un percorso ad ostacoli. Prima di iniziare il nostro cammino è utile gettare le basi del tema con una breve nota etimologica. Il sostantivo *allucinazione* deriva dal latino *hallucinatio* e significa divagazione, errore, svista, equivoco. Curiosamente, anni di ricerca – con l’inclusione delle allucinazioni nell’elenco dei sintomi della malattia mentale – non sono riusciti a stravolgere le accezioni originarie del termine. Però nel 1862, sorse una novità semantica: la comparsa del verbo *allucinare*¹ in un testo di Victor Hugo². Il fatto che una persona possa generare o produrre delle allucinazioni è nuovo. Ciò rompe la credenza del passato secondo la quale l’uomo era semplice “ricettore” di voci, non produttore. Il nuovo orientamento risponde all’onda d’urto della modernità: la nascita del soggetto. L’essere umano, diviene da allora in poi principio e fine di qualunque ragionamento.

Tornando al tema delle allucinazioni, la traiettoria storica della ricerca – che passa dall’approccio neurologico delle allucinazioni (diagnosi-centrato) a quello sociopolitico degli uditori di voce (cittadino-centrato) – apre numerosi capitoli fra i quali quelli dell’interiorità, dei vissuti e dei diritti. Si verifica uno

¹Dictionnaire International des Termes Littéraires, <http://www.ditl.info/artest/art1745.php>

²Victor Hugo (1802-1885) scrisse nel 1829, un racconto “Le dernier jour d’un condamné”. Narra l’incalzare di uno stato allucinatorio in un condannato a morte con realismo descrittivo, dovuto alla corrente letteraria del Romanticismo e verosimilmente anche alla sua esperienza personale sull’esordio della schizofrenia del suo fratello maggiore Eugène. Quest’ultimo si ammalò nel 1822, l’anno in cui Victor sposò una amica d’infanzia amata da entrambi i fratelli. Eugène fu visitato da Esquirol e poi internato – con divieto di visite dei familiari – fino alla sua morte nel 1837.

spostamento di punto di vista dal clinico all'uditore di voce stesso. Il percorso non è una autostrada, ma una mulattiera configurata dai rilievi della Storia. Uno sguardo-lampo svela che quattrocento anni³ sono stati necessari per fare entrare la follia nel gotha della medicina, anche perché le fonti di ispirazioni della ricerca sui disturbi mentali sono stati molteplici e con contenuti spesso contrastanti. Un rapido elenco offre una idea della vastità degli ambiti di riferimento; oltre alla neurologia, troviamo la tassonomia (i manuali diagnostici di cui Kraepelin costituisce tuttora il paradigma), la psicologia (con i temi della memoria, della percezione e della coscienza), la filosofia fenomenologica, la psicoanalisi, la linguistica e la semiologia (le opere più note sono quelle di Lacan) per non menzionare i contributi del dopoguerra dell'epidemiologia, della psicologia sociale, delle tecniche per immagini, e, di recente, della politica e della cultura dei diritti (*empowerment*). In questa foresta di ambiti di studio inseguire la costruzione sociale del concetto di allucinazione non è semplice. Proponiamo quindi al lettore della nostra Rivista una raccolta di scritti che esamina le declinazioni di differenti modelli di comprensione delle allucinazioni uditive, con l'intento in primo luogo di rinfrescargli la memoria sulle origini del dibattito sulla natura neurologica del disturbo (Tamburini, Babini, De Renzi), per poi esaminare l'evolversi delle teorie e delle terapie concernenti il paziente con allucinazioni (Dalle Luche, Onnis, Jenner e Wiersma) ed infine per analizzare i suggerimenti operativi degli uditori di voce incentrati sul loro protagonismo nell'ambito della cura e quindi sui concetti di *coping* e di *empowerment* (Romme, Escher).

È interessante notare che a dispetto dell'intreccio tra approcci organicista, psicofenomenologico e sociopolitico affiorano comunque alcune costanti, non come evidenze scientifiche, ma come elementi emergenti del fenomeno allucinatorio, qualunque sia l'approccio adoperato per inquadrarlo: la doppia radice neurologica del disturbo (disturbo della percezione o del pensiero), il senso di estraneità prodotto dalle voci, la presenza di traumi nella storia della persona, il segreto da custodire, l'importanza della capacità di controllare le voci, e infine la presenza nelle allucinazioni di temi spirituali, esoterici, oppure sessuali.

Uscire dalle dicotomie – malattia/guarigione, cronico/curabile – dei servizi per entrare nei circuiti della resilienza e del coping degli uditori di voce

³ Il medico olandese Jean Wier, con un approccio ispirato da Erasmo, scrisse nel 1567, un libro sulle streghe "De prestigiis daemonium et incantationibus ac veneficiis". "La clinica psichiatrica", rammenta lo studioso contemporaneo francese L. Fineltain, "è nata tra gli accusatori ed i difensori delle streghe, i magistrati, i preti ed i medici". Fineltain L. Les manuels de psychiatrie. Bulletin de psychiatrie 2003; 13.

rappresenta una sfida non solo umana e scientifica, ma anche relazionale e professionale, poiché apre due interrogativi sostanziali. Quello del locus di controllo, ovvero, dove situare il locus di controllo delle allucinazioni? In una dimensione esterna, ad esempio nella relazione medico-paziente, e quindi nel farmaco? Oppure in una dimensione interna, nella relazione dell'uditore con le proprie voci? Il secondo quesito riguarda l'influenza sociale o il potere di persuasione (che modellano atteggiamenti e comportamenti) degli uditori di voce; vale a dire, fino a che punto gli uditori di voce dispongono dei mezzi per influenzare le scelte terapeutiche ed assistenziali del personale nei servizi?

Parafrasando la riflessione introduttiva di Jimmy Carter al libro *La salute mentale nel mondo*⁴ possiamo affermare che un importante ostacolo al progresso nella salute mentale sia la tendenza a categorizzare certi problemi in modi che precludono l'intervento più efficace da parte di chi è più indicato: identifichiamo le allucinazioni come malattia mentale, ma stigmatizziamo le persone che ne soffrono. L'eco di tale considerazione la troviamo in una affermazione raccolta nel testo *Sentire le voci* di G. Bucola⁵: "Sentire le voci non è una malattia ma un modo e una possibilità della percezione umana. Questa esperienza percettiva, come ogni altra che riguarda i nostri sensi e la nostra sensibilità, non va curata, né trasformata a priori, ma compresa e gestita".

Piuttosto, a che punto ci troviamo oggi nei servizi? Qual'è la rilevanza oggi del tema delle allucinazioni? Le pratiche psichiatriche fanno tuttora uso di un vasto assortimento di modelli, "residui operazionali e teorici"⁶. Dopo la chiusura dei manicomi, i diversi approcci psichiatrici hanno modellato le identità culturali dei servizi, tenendo salde le priorità dell'integrazione e della socializzazione. Quindi, oggi come ieri, le strategie conoscitive dei servizi mantengono la loro funzione di selezionare i problemi per individuare le soluzioni appropriate per gli utenti. Questi processi spingono i servizi ad effettuare una continua ridefinizione delle proprie prestazioni generando così una spirale ermeneutica esperienziale. Appunto per questo, il riattivarsi del tema delle allucinazioni sta creando un'opportunità per riesaminare gli interventi di cura che coinvolgono gli uditori di voce. Ad esempio, la responsabilità affidata solitamente agli psichiatri – quella di ascoltare la parola del folle con scopi terapeutici – può essere affidata a qualche altro operatore? Interrogarsi sullo spazio riservato all'ascolto delle voci consente, forse anche, di sperimentare

⁴Desjarlais R. et al. *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*. Bologna: Il Mulino; 1998.

⁵<http://www.ecn.org/antipsichiatria/lbrisentirelevoci.html>

⁶Piro S. *Trattato sulla Psichiatria e le Scienze umane*. Napoli: Idelson; 1986.

la distinzione suggerita da Coleman⁷ tra operatore *esperto per professione* e uditore di voce *esperto per esperienza* con la finalità, non solo di tutelare la centralità dell'incontro-con-l'altro, ma altresì di valorizzare la parola dell'utente. Ciò esige inevitabilmente un esame critico delle proprie attività partendo da qualche domanda, come ad esempio: in che modo si declinano le funzioni terapeutiche dell'équipe nei confronti dell'esperienza allucinatoria? Il personale incrementa le azioni che facilitano lo sviluppo evolutivo della persona che soffre di allucinazioni? Che spazio può avere l'ascolto delle voci nel vivo della pratica quotidiana del servizio? Qual è il ruolo del farmaco?

Ma torniamo alla rassegna degli articoli. Introduciamo il presente numero di RSF con un celebre testo di Tamburini, scritto nel 1880. Egli era allora direttore del manicomio⁸ di Reggio Emilia. Questo articolo costituisce a tutt'oggi una pietra miliare nel campo delle neuroscienze e presenta una vasta compilazione di ricerche europee sul tema delle allucinazioni e della loro genesi. A quell'epoca le ipotesi sull'origine delle allucinazioni erano tre, si parlava di genesi periferica, centrale o mista. Quest'ultima ipotesi fu sostenuta da Tamburini che conduceva, in collaborazione con il fisiologo Luigi Luciani, delle ricerche sperimentali effettuate su cani nel proprio istituto, con lo scopo di identificare i centri sensori e psico-sensori corticali.

I due contributi successivi forniscono una cornice temporale all'articolo di Augusto Tamburini.

Valeria Babini, situa il punto di partenza della ricerca sulle allucinazioni nel 1817 – con il libro *Mémoire*, dell'alienista francese Esquirol – e rileva che gli scritti successivi di studiosi francesi e tedeschi innestarono un'accesa controversia sulla genesi e la natura periferica o centrale delle allucinazioni visive (1855-1856). Contemporaneamente, il neurologo Bartolomeo Panizza, studioso del nervo ottico, individuò nel lobo occipitale il centro corticale della visione, aprendo la strada all'approccio localizzazionista (del funzionamento del cervello), che portò al compimento della cartografia del cervello. Modello di comprensione ripreso poi da Tamburini nell'articolo che vi riproponiamo.

Ennio De Renzi delinea i temi di ricerca posteriori agli studi di Tamburini e si sofferma su un articolo di Tanzi, scritto nel 1901. Secondo De Renzi l'ipotesi di Tanzi costituisce un passo avanti rispetto a quello di Tamburini, ma lascia due elementi irrisolti: le basi sperimentali dell'ipotesi della dominanza

⁷ Coleman R, Baker P, Taylor K. Working to recovery, a guide to mental wellness. From victim to victor. Personal planning tool. Gloucester: Handsell Publishing; 2000. Trad.it.: Lavorare per guarire. Da vittima a vincitore. Guida al benessere mentale. Carcare (SV): Magma Edizioni & Cooperativa Sociale "Il Casello"; 2004.

⁸ Egli ricoprì, all'età di 29 anni, il posto di direttore del manicomio, cinque anni dopo la laurea. Il trentennio della sua direzione consolidò il lavoro di ricerca dell'Ospedale San Lazzaro.

emisferica per i centri rappresentativi, e le caratteristiche del fenomeno allucinatorio. De Renzi prosegue la sua analisi precisando che l'interesse per le allucinazioni negli anni successivi diminuì progressivamente per rinascere solo negli anni '90 con l'arrivo delle tecniche per immagini (TAC, RM, PET, RMf). L'autore precisa che le ricerche odierne confermano l'intuizione di base di Tamburini anche se non riescono a dire se la corteccia attivata sia la corteccia sensoriale (Tamburini) o quella rappresentativa (Tanzi). Oltre a ciò, rimane aperto il problema della natura del fenomeno allucinatorio. De Renzi conclude il suo articolo con l'ipotesi che l'attività allucinatoria sia secondaria a impulsi che pervengono dai centri ideativi e da quelli della vita emotiva.

Con Riccardo Dalle Luche lasciamo lo studio neurologico per addentrarci nella dimensione fenomenologica delle allucinazioni uditive. Dalle Luche sostiene che la fenomenologia descrittiva eidetica parte dall'ipotesi che le allucinazioni non siano turbe della sfera percettiva, ma riguardino alterazioni della coscienza dell'io, cioè della funzione d'ipseità del soggetto. Scopriamo, leggendo l'articolo, che il filone della ricerca fenomenologica risulta intricato come quello neurologico; in parte perché l'approccio fenomenologico sulle allucinazioni si scontra con una difficoltà metodologica: l'assenza dell'oggetto. L'allucinazione è secondo la clinica classica una "percezione senza oggetto da percepire". Di conseguenza, la persona allucinata difficilmente parla dei suoi vissuti, perché il vissuto allucinatorio esclude questa possibilità. Non esiste l'oggetto stimolo dell'esperienza. La persona che sente le voci, riferisce, trasmette solo. Nondimeno, Dalle Luche, riportandosi agli studi di Lanteri-Laura⁹, presenta un ricco ventaglio di ricerche precisando che "(...) i lavori fenomenologici si interessano meno alla diversità delle esperienze che alle condizioni della sua possibilità". Siamo quindi di nuovo in presenza di interrogazioni sulla genesi delle allucinazioni e sul loro inquadramento clinico, ma questa volta con un interesse per il paziente allucinato, non per il disturbo in quanto tale. Dalle Luche propone a fine testo una sua lettura del fenomeno allucinatorio in cui richiama numerosi autori citati in precedenza.

Luigi Onnis e colleghi cambiano lo scenario per intrecciare la teoria della dissociazione psicotica con il modello sistemico relazionale; gli autori esaminano alcuni elementi-cardine dell'esperienza allucinatoria come l'abuso, il trauma, la discontinuità della coscienza ed il segreto. Usciamo quindi dalla lettura clinica del paziente singolo per passare all'analisi delle reti relazionali e delle loro risonanze psicopatologiche. Gli autori inquadrano i disturbi dissociativi sul piano storico (Binet, Janet e Freud) per richiamare i concetti di "disturbo del flusso della coscienza", di rimozione e di trauma. Rammentano poi che Bateson propose, nel 1971, di studiare il soggetto singolo come "sistema

⁹Lanteri-Laura G. Les Hallucinations. Paris: Masson; 1991.

individuo”, alla stregua del sistema familiare. Le elaborazioni successive dell’approccio sistemico sul doppio-legame hanno evidenziato il ruolo della storia e del contesto nella genesi delle relazioni patogene. Onnis e colleghi mettono in risalto non solo le basi relazionali dei disturbi dissociativi, ma anche l’influenza di certe mappe cognitive, citando come esempio la mappa in cui la “vittima è responsabile della violenza”(spesso presente nell’esperienza allucinatoria). Gli studi di Bowlby sulle configurazioni dell’attaccamento disorganizzato richiamano la teoria del doppio-legame, di cui l’abuso costituisce il paradigma. In tali situazioni, il segreto funziona come “potente interdizione a individuarsi e conoscersi all’interno di quella relazione, creando un’area oscura per il pensiero”. Sono poste le questioni della memoria, della coscienza interpersonale e della discontinuità della coscienza nell’uomo, elementi focali delle allucinazioni. Infine la descrizione di un caso clinico descrive l’applicazione clinica dell’approccio descritto.

Jenner e Wiersma, si allontanano dalla ricerca sulla psicopatologia per analizzare le terapie e, in particolare, gli interventi psicosociali. Essi introducono le loro riflessioni citando la storica ricerca epidemiologica di Sidgewick (1894) che indicò l’esistenza di soggetti inclini ad allucinare fra la popolazione normale. Gli autori precisano che allucinare non costituisce un indicatore sufficiente per differenziare un paziente da un non-paziente; propongono la capacità del soggetto di controllare le sue voci come caratteristica distintiva tra soggetti. Nel fiorire delle proposte di intervento psicosociali – generate dalla moderata efficacia degli antipsicotici e dalla non-*compliance* – gli autori propongono di distinguere i trattamenti mirati specificamente alle allucinazioni, da quelli che rispondono alle patologie mentali in generale. Impostano quattro ambiti analitici in cui raggruppano i diversi interventi: a) le terapie individuali orientate all’*insight*, b) le terapie cognitivo-comportamentali individuali e di gruppo, c) le terapie integrative familiari e multifamiliari, d) il movimento per l’*empowerment*. In questa griglia inseriscono le diverse proposte terapeutiche analizzando: l’oggetto dell’intervento, le indicazioni e le controindicazioni della terapia, il processo terapeutico e le informazioni sulle evidenze scientifiche. Gli autori terminano con una nota ottimistica sull’efficacia dei trattamenti psicosociali per le allucinazioni e con una proposta di programma di interventi differenziati, articolati in fasi cronologiche.

Marius Romme e Sandra Escher, due noti promotori del movimento degli uditori di voce, grazie all’impulso di una esperienza realizzata con degli uditori di voce non pazienti all’inizio degli anni ’80, hanno effettuato in seguito otto progetti di ricerca in rapida successione temporale. Gli autori sono partiti dalla constatazione che la psichiatria ufficiale aveva da tempo negato l’esistenza di uditori di voce non malati di mente (2% della popolazione, dato dimostrato già nel lontano 1894 da Sidgewick, come abbiamo visto prima, e poi riconfermato

più volte da altre ricerche nell'ultimo ventennio). I loro studi fanno riferimento alla psichiatria sociale. Ipotizzano che udire le voci sia una modalità reattiva qualora un soggetto non riesca ad affrontare i suoi problemi socio-emotivi e si senta di conseguenza del tutto impotente. Nella prima ricerca gli autori confrontano le risposte di uditori competenti (capaci di monitorare le loro voci) con quelle di uditori non competenti; confermano che l'esperienza allucinatoria deriva da un trauma subito. Le loro ricerche successive esaminano: i modi di affrontare le allucinazioni; le differenze e le somiglianze nell'esperienza allucinatoria di pazienti e di non-pazienti (ad esempio, i pazienti sperimentano le voci prevalentemente in modo negativo, a differenza dei non-pazienti); le connessioni esistenti tra voci, trauma e storia personale e l'approccio terapeutico; le relazioni tra voci e trauma (ribadiscono che sentire le voci non è in quanto tale patologico, ma insistono sull'importanza del monitoraggio delle voci); l'età di esordio delle voci durante l'infanzia (tra 9 e 18 anni); le tipologie di trauma che possono generare l'esperienza delle voci durante l'infanzia; e infine la scomparsa delle voci (che succede non di rado) ed il processo di recupero/guarigione. Romme ed Escher presentano infine lo sviluppo del movimento di mutuo auto-aiuto degli uditori di voce in Europa.

Tiriamo le fila del discorso. La storia dei tentativi di decodifica del fenomeno allucinatorio traccia, tappa dopo tappa, nuove sfere di ricerca allargando progressivamente il campo di indagine. Perciò, allo studio dell' "oggetto" diagnostico, è stato aggiunto quello del "soggetto" paziente, poi della "persona partecipante"¹⁰, fino ad includere quello del "cittadino" protagonista della propria cura. Saperi che attualmente nascono anche dal basso, dall'uditore; conoscenze rese visibili da processi di soggettivazione di gruppi di persone che si affrancano dalla loro condizione di oggetto di indagine e di controllo degli psichiatri. È curioso notare tuttavia che tale patrimonio di riflessione e di ricerca non ha intaccato l'alone di mistero delle allucinazioni; esse conservano, almeno per ora, la loro indefinibilità. Siamo ancora distanti dall'aspirazione del DSM III (1980) di "(...) andare al di là dell'inflessione della psicopatologia dovuta a fattori personali e culturali e di pervenire al nucleo *reale* e metaculturale delle turbe"¹¹. E siamo altrettanto lontani dal paese "liberato dalla medicina" anelato

¹⁰ Dall'anatomopatologia all'*imaging* strutturale in vivo e, oggi, alle ricerche funzionali in cui è necessaria la partecipazione attiva del soggetto, è interessante notare come, in parallelo a questi spostamenti, sia diventato politicamente corretto riferirsi ai "partecipanti" nel riportare i risultati delle ricerche invece del classico "soggetti".

¹¹ Corin E. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie. *Anthropologie et sociétés*. Folies et espace de sens; 17/12;1993. In: Schurmans MN. La malattia dal punto di vista della sociologia della conoscenza: concezioni antropologiche, socio-storiche e psicosociali. In: Petrillo G. *Psicologia sociale della salute*. Napoli: Liguori Ed.;1996, p. 355.

dai sopravvissuti della psichiatria. Ci troviamo prosaicamente in mezzo al guado, non sprovveduti, ma con conoscenze settoriali e competenze terapeutiche parziali. Teniamo però in serbo, in caso di emergenza, una meditazione di Baudelaire: “Il mondo cammina solo attraverso il malinteso. È grazie al malinteso universale che le persone s’accordano; poiché se, per sfortuna, fosse possibile comprendersi non potremmo mai accordarci”¹².

Il poeta coglie come la confusione sia generatrice di intese (e non solo di angosce). Lo stato endemico di lieve confusione mentale dei professionisti che popolano i servizi psichiatrici non sempre è ossigenato da evidenze scientifiche, come succede con le allucinazioni, pertanto è rassicurante accorgerci che le alleanze terapeutiche possono anche nutrirsi di inequivocabili malintesi.

Yvonne D.B. Bonner, Raffaele Pellegrino

¹²Mon cœur mis a nu. Journal intime. Baudelaire C. Oeuvres Posthumes. Edition Eugène Crépet; 1887.