

## Il rapporto medico-paziente nella cura delle cefalee primarie

La prescrizione di una terapia è un momento di grande importanza, ma occorre tenere ben presente che, per una corretta relazione tra medico e paziente, essa deve inserirsi nel mezzo di una coerente e sistematica serie di passaggi assolutamente indispensabili per la sua buona riuscita.

Passaggi che oggi non possono più limitarsi al classico ed ormai superato schematismo che prevede anamnesi, esame obiettivo, indagini strumentali, diagnosi e terapia. Un susseguirsi di tappe contraddistinte da un ruolo costantemente passivo del paziente che viene interrogato, quindi visitato, sottoposto ad esami ed infine diagnosticato e trattato.

L'evolversi dei tempi ha portato, insieme ad un'elevazione del livello medio d'istruzione ed una maggiore coscienza dei propri bisogni, ad un radicale mutamento del rapporto medico-paziente.

Si tratta di un percorso ancora in atto, ma che già vede il paziente sempre più interprete attivo nella gestione della propria malattia.

Queste considerazioni valgono per qualsiasi tipo di patologia, ma assumono un significato particolare e del tutto peculiare nelle cefalee primarie. Infatti in queste, la mancanza di un substrato organico esalta il ruolo attivo e personale del paziente e del medico che devono allacciare uno stretto rapporto per percorrere in modo proficuo la strada che porta alla diagnosi e alla cura.

Purtroppo oggi siamo ancora molto lontani dalla realizzazione di questo importante obiettivo ed una delle conseguenze più negative è che le cefalee primarie, come dimostrano recenti studi epidemiologici, restano ancora sotto diagnosticate e mal curate.

Partendo dal dato incontestabile e generalizzato (interessa infatti i diversi Paesi) che la maggioranza dei soggetti affetti da cefalea primaria non è adeguatamente trattato, si sta molto discutendo su come poter affrontare gli ostacoli alla risoluzione di questo problema e grande attenzione è stata rivolta, in questi ultimi anni, soprattutto negli Stati Uniti, all'individuazione di strumenti diagnostici e di misurazione della disabilità i più semplici possibili che siano in grado di stanare i tanti soggetti che costituiscono

l'enorme parte sommersa dell'iceberg emigrano.

Si tratta indubbiamente di un'operazione apprezzabile e che può avere positive ricadute, ma essa coglie solo una parte del problema; infatti, l'obiettivo ultimo di un'efficace gestione del maggior numero possibile di soggetti con cefalea primaria può essere raggiunto solo se si modificherà l'atteggiamento culturale dei medici e saranno superati alcuni deleteri vincoli imposti dall'attuale organizzazione sanitaria.

Il medico di fronte al paziente con cefalea primaria ha in genere delle aspettative personali molto schematiche ed essenziali: fare la diagnosi e dare una terapia.

Le aspettative del paziente, come ben dimostrato da ricerche specifiche e dall'esperienza personale, sono molto più articolate: vuole sì la diagnosi, e qualche volta anche una cura, ma soprattutto desidera essere ascoltato e ricevere delle informazioni e dei chiarimenti sulla natura del proprio disturbo.

Un punto di fondamentale importanza, alla luce dei risultati di recenti indagini, è accertarsi che il paziente abbia ben compreso quanto gli è stato detto dal medico: senza di ciò infatti molti dei passaggi precedenti possono rivelarsi inutili. Alcuni studi, ultimamente ripresi dal *The New York Times* (30 gennaio 2007), indicano che troppo spesso il paziente non ha capito quello che il medico gli ha detto. Negli Stati Uniti oltre il 90% dei pazienti non è in grado di comprendere del tutto nemmeno le indicazioni di base fornite dal medico. Un difetto di comunicazione che spesso porta a non essere in grado di rispettare le prescrizioni dei farmaci o i suggerimenti circa i comportamenti da tenere.

È certo che per poter ottenere risultati soddisfacenti nel trattamento del paziente con cefalea primaria si deve instaurare un buon rapporto medico-paziente. Si deve però purtroppo prendere atto che questo avviene troppo raramente. Evidentemente esistono delle barriere difficili da superare.

Tra le tante che possono essere prese in considerazione, due paiono svolgere un ruolo primario: una carenza culturale - professionale e la questione tempo.

Per quanto riguarda l'ostacolo rappresentato dalla carenza professionale, bisogna prendere atto che, almeno nella situazione italiana, il medico viene ancor oggi preparato attraverso una serie di insegnamenti che hanno l'obiettivo di metterlo in grado di conoscere e riconoscere le malattie (l'epidemiologia, il substrato anatomo-patologico e biochimico, l'eziopatogenesi, il quadro clinico, la terapia) e, per quanto riguarda il suo rapporto con il paziente, di condurre un'anamnesi, formulare una diagnosi ed instaurare un trattamento.

L'insegnamento tradizionale trascura pressoché completamente, nel rapporto medico-paziente, tutta la parte che riguarda la comunicazione, la rassicurazione e l'informazione, per cui il laureato in medicina manca delle conoscenze necessarie ad instaurare una relazione corretta ed appropriata con il paziente e finisce di utilizzare, in modo che si può definire spontaneo, solo delle doti personali di cui eventualmente può essere fornito. Queste ultime, tuttavia, possono tutt'al più riguardare il trasmettere fiducia e rassicurazione in senso lato, ma non capacità più tecniche indispensabili per un'informazione adeguata.

La questione tempo è un altro grosso ostacolo nella comunicazione medico-paziente. Infatti, per instaurare una buona relazione con il proprio paziente il medico deve, oltre a possedere capacità personali e competenze ben precise, mettere in conto la necessità di dedicargli parte di sé stesso e del proprio tempo. In accordo con quanto sosteneva Graham già negli anni '60, "*in the long run, the most important ingredient of migraine therapy is time spent with the patient*".

Purtroppo la saggezza di questa affermazione si scontra, nel nostro Paese, con le assurdità di un'organizzazione sanitaria che, solo per fare uno di tanti possibili esempi, prevede che una visita neurologica debba essere effettuata in 20 minuti. E pensare che alla prima visita di un paziente con cefalea primaria la sola anamnesi, per essere corretta ed efficace, riguarda il più delle volte un'intera vita in tutte le sue sfaccettature! Per non parlare poi dei casi più complessi, a cui fa riferimento Saper in un recente, interessante articolo comparso sulla rivista *Headache* ("*Are you talking to me?*" *Confronting behavioural disturbances in patients with headache*), nei quali il medico deve ricorrere a particolari strategie per indurre il paziente meno collaborante alla cooperazione. Ma se è difficile modificare l'atteggiamento culturale dei medici, è impresa quasi disperata rendere sensati i politici preposti alla pianificazione sanitaria. Ci si deve provare, magari facendo leva sul loro lato più sensibile cioè cercando di far capire che il tempo speso con il paziente, oltre alla positiva ricaduta di ordine strettamente medico, dati alla mano, comporta anche un risparmio economico: quanti esami strumentali costosi ed inutili potranno essere evitati!

E' auspicabile che nel prossimo futuro una revisione dei piani di studi universitari di Medicina da una parte ed una sistematizzazione intelligente dell'organizzazione sanitaria dall'altra parte possano contribuire a superare almeno alcune importanti barriere che si frappongono nella relazione tra medico e paziente.

Gian Camillo Manzoni

---

## Dalla “mente bicamerale” alla coscienza moderna

Andrea Eugenio Cavanna<sup>1,2</sup>, Serena Servo<sup>1</sup>, Francesco Monaco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Neurologica, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Novara

<sup>2</sup>Institute of Neurology, Queen Square, London

*Nel 1976 lo psicologo americano Julian Jaynes pubblicò un testo controverso dal titolo “Le origini della coscienza e il crollo della mente bicamerale”, nel quale introduceva l’ipotesi di un modello mente-cervello di tipo bicamerale (emisfero destro versus emisfero sinistro), precedente allo sviluppo evolutivo della mente cosciente moderna. Il modello speculativo di Jaynes ha sollevato un enorme dibattito, con un’ampia eco di risonanza nella letteratura neuroscientifica e neurofilosofica. E’ ancora possibile oggi considerare questa ipotesi attendibile? Per rispondere a questa domanda, il presente articolo adotta una prospettiva multidisciplinare e, dopo avere sinteticamente riassunto l’ipotesi di Jaynes, si concentra su due aspetti fondamentali: la coerenza del modello neurologico di mente bicamerale alla luce delle nuove acquisizioni neurobiologiche e l’accuratezza filologica degli argomenti di tipo paleoletterario. Infine, viene presentato il concetto di un lo non unitario come una delle più importanti eredità concettuali giunteci dal modello della mente bicamerale.*

**Parole chiave:** coscienza, emisferi cerebrali, mente

*In 1976 American psychologist Julian Jaynes published “The Origins of Consciousness in the Break-down of the Bicameral Mind”. In this controversial book, Jaynes introduced the hypothesis of a two-chambered brain-mind model (right versus left hemisphere) that preceded the evolutionary development of the conscious mind. Jaynes’ speculative model gave rise to a huge debate, which has reverberated throughout the current neuroscientific and neurophilosophical literature. Has the bicameral mind model stood the test of time? To answer this question, the present paper adopts a multidisciplinary perspective and, after briefly summarizing Jaynes’ hypothesis, addresses two main critical issues: the neurological basis of the bicameral model in the light of recent neurobiological insights and the philological accuracy of Jaynes’ arguments. Finally, the concept of a non-unitary Self is presented as one of the most relevant contemporary legacies of the bicameral mind model.*

**Key words:** Cerebral hemispheres, consciousness, mind

*En 1976 el psicólogo Americano Julian Jaynes publico un texto controverso titulado “El origen de la conciencia y el fracaso de la mente bicameral”, en la cual introducía la hipótesis de un modelo mente cerebro de tipo bicameral (hemisferio derecho vs. hemisferio izquierdo) que precede el desarrollo evolutivo de la mente conciente moderna. La teoría especulativa de Jaynes ha originado un enorme debate con una amplia resonancia en la literatura neurocientífica y neurofilosófica. ¿Es posible hoy considerar esta hipótesis? Para responder esta pregunta el presente artículo adopta una perspectiva multidisciplinaria, y luego de haber realizado un resumen de la hipótesis de Jaynes, se concentra en dos aspectos fundamentales: la coherencia del modelo neurológico de mente bicameral a la luz de las nuevas adquisiciones neurobiológicas y la filológica del argumento de tipo paleo-literario. Finalmente el concepto de no unitario esta presentado como uno de los mas relevante legados del modelo de mente bicameral.*

**Palabras Claves:** conciencia, hemisferios cerebrales, mente

*C'è un uomo cieco qui, con una fronte  
grande e bianca come una nuvola.  
E tutti noi suonatori, dal più bravo al più umile,  
scrittori di musica e cantastorie  
sediamo ai suoi piedi  
e lo ascoltiamo cantare della caduta di Troia.*

da E. Lee Masters, *Jack il Cieco*, *Antologia di Spoon River* (1916)

### **La mente bicamerale**

Circa trenta anni fa Julian Jaynes propose per la prima volta il suo modello di mente bicamerale, fondato su una sorprendente quantità di dati archeologici, antropologici, psicologici e neurologici (1). Come era prevedibile, il lavoro di Jaynes, quantomai provocatorio e pionieristico nel campo degli studi sulla coscienza, ha dato vita a un acceso dibattito, con il contributo di un ampio spettro di discipline (2-3-4). Ancora oggi, un approccio multidisciplinare al problema della coscienza e del suo sviluppo nell'ambito del processo evolutivo che diede origine a Homo Sapiens, non può esulare dall'analisi della teoria di Jaynes sulla mente bicamerale e sul substrato cerebrale che precedette l'origine della coscienza (5-6-7). Questo articolo fornisce un breve riassunto del modello di Jaynes della mente bicamerale, seguito da una rassegna di questioni critiche sollevate dalle recenti acquisizioni neurobiologiche sulle presunte basi cerebrali della bicameralità.

Il presupposto concettuale del resoconto di Jaynes circa la transizione dalla bicameralità alla mente cosciente è l'affermazione che la coscienza umana derivi dalla capacità del linguaggio di produrre metafore e analogie. Le metafore del "me" (oggetto che subisce azioni) e i modelli analogici dell' "io" (soggetto che agisce) permettono alla coscienza di realizzarsi attraverso l'introspezione e la auto-visualizzazione. Secondo questo punto di vista, la coscienza non sarebbe altro che un mondo interiore concettuale e metaforico che si mette in parallelo con il mondo reale ed è intimamente legato alla volontà e alle decisioni. Di conseguenza, Homo Sapiens non poté sperimentare la coscienza fino a quando non ebbe sviluppato proprietà di linguaggio sufficientemente articolate da poter produrre metafore e modelli analogici. Jaynes riconosce che la coscienza stessa è soltanto una piccola parte dell'attività men-

tale e non è indispensabile al fine di percepire sensazioni, generare concetti, apprendere nozioni, coltivare pensieri o compiere ragionamenti. Questo concetto è fondamentale, dal momento che se la maggior parte delle attività mentali dell'uomo possono essere svolte in modo automatico e inconsapevole, è concepibile che in un determinato periodo della storia evolutiva dell'uomo siano esistiti individui che si comportavano all'incirca come noi, ma che erano privi di coscienza. Questi uomini erano dunque in grado di comunicare, di capirsi, di provare sensazioni, di risolvere problemi ecc., senza tuttavia possedere un modello interiore analogo al mondo esterno di cui fossero coscienti.

Dove andare alla ricerca di testimonianze di un simile modello pre-conscio di Homo Sapiens? Le prime forme di scrittura di cui abbiamo testimonianza (geroglifica, cuneiforme ecc.) sono per noi piuttosto difficili da interpretare e comprendere in profondità, specialmente quando fanno riferimento a concetti di ambito vagamente psicologico. Pertanto, se intendiamo muovere alla ricerca di una qualche evidenza storica di coscienza – intesa come un mondo metaforico interiore costruito per analogia con quello reale – dobbiamo rivolgere la nostra attenzione a testimonianze scritte in una lingua con la quale abbiamo un grado soddisfacente di continuità culturale, e questa lingua è il greco antico. Secondo Jaynes, il primo testo in greco di dimensioni sufficienti da poter fornire prove indirette dell'esistenza di tracce di coscienza è l'Iliade. In realtà, l'Iliade non sembra fare riferimento ad alcuna forma di pensiero soggettivo o ad alcun contenuto mentale cosciente. Gli eroi dell'Iliade apparentemente non erano capaci di prendere decisioni, nessuno rivelava attitudini all'introspezione, né ancora si abbandonava alla rievocazione cosciente dei ricordi. Gli eroi iliadici erano dei nobili "automi" incon-

sapevoli di ciò che facevano. Secondo Jaynes, l'uomo dell'Iliade non possedeva la nostra soggettività; non aveva uno spazio mentale interiore dove esercitare l'introspezione. La constatazione della presenza di alcune idiosincrasie lessicali nel testo omerico (come l'assenza di una singola parola per tradurre "coscienza" o "mente" o "anima" o persino "corpo") ha indotto Jaynes a formulare l'ipotesi che l'Iliade stessa fosse stata composta da menti non coscienti, che registrassero in maniera automatica e riportassero oggettivamente gli eventi, in modo abbastanza simile ai personaggi cantati nel poema. Il passaggio a una modalità di scrittura soggettiva ed introspettiva, caratteristica della mente cosciente, si realizzò gradualmente nelle opere successive, a partire dall'Odissea.

In breve, Jaynes sostiene che gli uomini descritti nell'Iliade erano in grado di parlare, leggere, scrivere, svolgere le azioni della vita quotidiana, senza che una vera forma di coscienza affiorasse durante il corso della loro vita. Dal momento che non erano coscienti, non potevano essere responsabili delle loro azioni. Ma allora chi prendeva le decisioni? La risposta di Jaynes è che ogni volta che una scelta importante doveva essere compiuta, un'allucinazione uditiva suggeriva agli uomini come comportarsi. Queste voci, che nell'Iliade venivano sempre e regolarmente obbedite, venivano chiamate Dei. Nella teoria di Jaynes, prima dell'evoluzione culturale della coscienza, il cervello umano era organizzato in maniera "bicamerale": l'emisfero di destra (il "cervello-Dio", sintetico e poetico) trasmetteva istruzioni verbali di tipo allucinatorio all'emisfero di sinistra (il "cervello-uomo", analitico e razionale), che si limitava a recepire ed obbedire, specialmente in risposta a situazioni impreviste o comunque stressanti. Ne consegue che l'organizzazione funzionale della mente prevedeva due componenti, una in grado di prendere decisioni (localizzata nell'emisfero di destra), e una che la seguiva in maniera automatica (nell'emisfero di sinistra), e che nessuna delle parti era propriamente cosciente.

Secondo Jaynes, è possibile osservare esempi di atteggiamenti mentali bicamerali non solamente nella letteratura più antica,

ma anche nei casi attuali di regressione alla bicameralità, che si verificano nell'ipnosi e nella schizofrenia: le allucinazioni verbali o uditive che caratterizzano quest'ultima patologia possono essere considerate come i resti di questa forma mentale primitiva. Inoltre, la mente bicamerale permetteva ai membri di una comunità di recepire gli ordini dei capi sotto forma di allucinazioni uditive. I capi infatti utilizzavano le "voci" generate dallo stress per guidare le masse in sincrona cooperazione. La mente bicamerale dunque permise agli uomini di costituire le società e le prime civiltà (Vicino Oriente, Egitto, Sud Africa, India, Cina, America Centrale), sviluppatasi attraverso allucinazioni uditive condivise ed attribuite di volta in volta agli Dei o ad altri governanti – vere e proprie autorità esterne – o ancora ai loro vari simboli, come le tombe, i templi e gli idoli. Infine, Jaynes sostiene che lo sviluppo della coscienza moderna incominciò solamente intorno al 1400-600 a.C., quando gli uomini furono costretti dalle pressioni evolutive a cambiare la loro forma mentis, in conseguenza delle ondate migratorie provocate dalla sovrappopolazione e dalle catastrofi naturali – nonché dalla diffusione dell'uso della scrittura.

Le sofisticate ipotesi di Jaynes, seppur accuratamente argomentate e notevolmente ispirate per quanto riguarda l'originalità dei collegamenti, presentano diverse difficoltà, come è testimoniato dalle critiche che sono state sollevate a più riprese. Nei seguenti due paragrafi verranno prese in considerazione le principali osservazioni critiche alla teoria di Jaynes, con l'attenzione rivolta rispettivamente alla base neurologica e alla correttezza filologica del modello di mente bicamerale. Infine, verranno presentate alcune delle più rilevanti eredità contemporanee del modello di Jaynes.

### **Il cervello bicamerale**

Una delle prime difficoltà presentate dal modello di Jaynes emerge nel momento in cui si prende in considerazione la teoria della mente bicamerale da una prospettiva neurofisiologica e neuropsicologica. Il modello neurologico di Jaynes della mente bicamerale si fonda sulle differenze strutturali e funzionali tra i due emisferi cerebrali, co-

me è stato chiarito dagli studi sulle specificità funzionali dei due emisferi cerebrali (lateralizzazione). In particolare, la nozione dell'emisfero di destra come generatore di esperienze allucinatorie deriva dai ben noti esperimenti di stimolazione elettrica sull'encefalo di pazienti epilettici (8). Questi dati rappresentavano l'unica fonte di conoscenza circa l'attività delle "aree silenziose" dell'emisfero temporale di destra a disposizione dei neuroscienziati intorno al 1970. Ancora oggi, il ruolo svolto dalle aree dell'emisfero di destra corrispondenti alle aree del linguaggio di Broca e di Wernicke nel sinistro non è stato completamente chiarito; tuttavia alcuni studi più recenti di neuroimaging funzionale sembrano confermare l'ipotesi che la circonvoluzione temporale media di destra rappresenti la fonte di allucinazioni uditive in alcuni pazienti affetti da schizofrenia (9,10). Indubbiamente, questo modello di lateralizzazione potrebbe rendere ragione del fatto che tali voci interiori mancano della caratteristica di essere generate dal soggetto stesso (11). Secondo Persinger e Makarec (12), la "sensazione di una presenza", una esperienza soggettiva che caratterizza i periodi di intensa creatività letteraria o musicale in taluni soggetti, potrebbe essere attribuita ad un concomitante incremento nell'accesso alle rappresentazioni non verbali dotate di significato e codificate nelle aree temporali dell'emisfero di destra. Tuttavia, la varietà dei fenomeni allucinatori osservati nei soggetti sani e nei diversi disturbi neuropsichiatrici, che vanno dalla schizofrenia all'epilessia, suggerisce che le "situazioni di stress" proposte da Jaynes come evento scatenante per l'esperienza allucinatoria rappresentano un modello eziologico eccessivamente semplicistico (13). Inoltre, le speculazioni di Jaynes sembrano essere modellate sulle intuizioni derivate dai primi studi su pazienti "split-brain" (letteralmente "cervello diviso") condotti da Roger Sperry (14). Gli "split-brain" sono pazienti affetti da gravi forme di epilessia e sottoposti a un intervento neurochirurgico che prevede la disconnessione dei due emisferi, mediante l'interruzione del fascio di fibre che li collegano attraverso il corpo calloso. Le sorprendenti scoperte circa le funzioni indipendenti dei due emisferi dopo

l'intervento di rimozione chirurgica del corpo calloso (commisurotomia) hanno indotto alcuni neuroscienziati a postulare la coesistenza di due flussi di coscienza paralleli (15). Allo stesso modo, il modello bicamerale di Jaynes comporta l'esistenza di una forma di disconnessione funzionale interemisferica nell'architettura cerebrale. Tuttavia, in una prospettiva evolucionistica, appare assai poco probabile che un rimodellamento così drastico della estesa rete neurale che connette le aree corrispondenti dei due emisferi abbia potuto aver luogo nell'arco temporale di qualche millennio – il tempo necessario per il passaggio dalla mente bicamerale alla moderna mente cosciente, secondo quanto postulato da Jaynes. D'altra parte, l'idea che in qualche misura esista una funzionalità mentale emergente dall'attività cerebrale e filogeneticamente discontinua è una posizione che pochi neuroscienziati sarebbero disposti ad accettare.

Nel complesso, i dati neurofisiologici attualmente in nostro possesso offrono scarso sostegno ad una ipotetica struttura bicamerale della mente pre-coscienza. Indubbiamente, significativi cambiamenti di prospettiva circa il concetto di coscienza ebbero luogo nei tempi antichi, come è documentato nei primi testi letterari. Utilizzando l'analogia del cervello-computer, la teoria di Jaynes potrebbe dunque rappresentare una valida spiegazione dell'evoluzione del software (culturale) del concetto di coscienza, piuttosto che gli sviluppi dell'hardware (strutturale) del sistema mente-cervello (2).

### **Il concetto di coscienza nell'Iliade e oltre**

Una seconda linea di argomenti critici si focalizza attorno alla coerenza filologica ed antropologica dell'interpretazione di Jaynes circa l'esordio della letteratura occidentale. L'Iliade è una raccolta di poemi orali composti e tramandati da una millenaria successione di "aedi" appartenenti a tradizioni differenti, e definitivamente riuniti intorno al 700 a.C. Una tale eterogeneità rappresenta la spiegazione più probabile per le numerose incongruenze che i filologi classici hanno riscontrato nel testo dell'Iliade. D'altronde, diversi passi sembrano confermare l'ipotesi di Jaynes circa la mentalità bicamerale dei

personaggi descritti ed il ruolo dominante delle allucinazioni uditive nel determinare il loro agire. Un esempio citato dallo stesso Jaynes è il celebre episodio del diverbio tra Achille ed Agamennone, in cui l'ira di Achille viene frenata dalla visione allucinatoria di Atena (libro I). Tuttavia, considerata nel suo insieme, la narrazione dell'Iliade non sempre è coerente con la tesi dei nobili "automi". Alcune decisioni cruciali, come quella presa da Ettore allorché si accinge ad affrontare Achille e ad andare incontro alla morte, non sembrano essere ispirate da nulla altro che dalla volontà cosciente degli eroi (libro XXII). Un approccio filologicamente più corretto imporrebbe di limitare ogni speculazione sulla mente pre-coscienza a specifiche sezioni del poema e alle tradizioni orali da cui esse potrebbero derivare. Di conseguenza, l'ipotesico momento di passaggio dalla mente bicamerale alla coscienza potrebbe essere spostato indefinitamente all'indietro.

Oltre a queste considerazioni di natura filologica, è opportuno sottolineare alcune rilevanti questioni concettuali. Da un punto di vista psicologico e filosofico, la definizione di coscienza adottata da Jaynes appare piuttosto riduttiva, dal momento che non prende in considerazione le esperienze soggettive, di tipo fenomenico – denominate "qualia", secondo la terminologia filosofica recentemente introdotta anche nel lessico neuroscientifico (16). I filosofi della mente utilizzano questo concetto per fare riferimento alla dimensione privata e soggettiva di ogni esperienza, ovvero alla dimensione qualitativa della coscienza. In termini generali, un "quale" (singolare di "qualia"), è "ciò che si prova" nell'essere in un determinato stato mentale: l'"effetto che fa" il sentire dolore, il vedere rosso, l'odorare una rosa, e così via. Pertanto, tra i "qualia" rientrano le proprietà esperienziali delle sensazioni, delle emozioni e, in maniera più controversa, dei pensieri e dei desideri. Da questa prospettiva, la sfida più ardua ad una spiegazione scientifica della coscienza è rappresentata dal cosiddetto "problema difficile" ("hard problem") dei "qualia", in opposizione ai problemi relativamente più facili dell'individuazione del substrato neuronale di funzioni cognitive specifiche, come ad esempio la memoria, l'apprendimento e

l'attenzione (17). La natura dei "qualia" e dei loro correlati neuronali è attualmente al centro di un serrato dibattito sia in filosofia delle mente che nelle neuroscienze, in quanto è considerato il nodo gordiano per la comprensione della natura della coscienza (18). D'altra parte, il concetto di coscienza adottato da Jaynes sembra fornire i presupposti per una teoria sulla consapevolezza di ordine superiore, una meta-consapevolezza che coinvolge l'autorappresentazione, ma che lascia da parte qualunque tipo di esperienza fenomenica soggettiva. In questo senso, gli individui bicamerali sembrerebbero essere sprovvisti di una qualche sorta di funzione accessoria di auto-monitoraggio, piuttosto che della coscienza nel suo complesso, "qualia" compresi.

Inoltre, l'affermazione di Jaynes che la coscienza dipende dalle metafore del linguaggio richiama un dibattito filosofico tuttora aperto circa il ruolo svolto dal linguaggio nel pensiero cosciente. Quale dei due viene per primo? Contrariamente all'opinione di Jaynes che la coscienza dipende in ultima analisi dalle proprietà del linguaggio interiore, attualmente sia i neuroscienziati che i filosofi della mente ritengono più verosimile la tesi secondo cui il linguaggio semplicemente contribuisce alla realizzazione di particolari aspetti della coscienza (9), anziché costituire un prerequisito essenziale per ogni tipo di esperienza cosciente. L'amore romantico, per esempio, potrebbe rappresentare un sottoprodotto del linguaggio, mentre l'attrazione sessuale apparentemente non necessita di alcuna componente verbale.

Nel complesso, l'atteggiamento dei filosofi della mente riguardo alla possibilità di concepire una mente bicamerale è piuttosto controverso. Per esempio, nella sua recensione al libro di Jaynes, Block (20) sostiene che anche degli uomini con una mente bicamerale potrebbero essere stati coscienti – nel senso fenomenologico – molto tempo prima di avere acquisito e verbalizzato il concetto di coscienza. D'altro canto, secondo Dennett (2), siccome la coscienza rientra fra i fenomeni mentali che vengono almeno in parte creati dall'entrata in scena dei corrispettivi concetti, non vi è spazio alcuno per le esperienze coscienti fino a quando non è stato sviluppato il concetto stesso di co-

scienza. Evidentemente, le ambiguità che circondano l'esatto significato e l'utilizzo del termine "coscienza" giocano un ruolo fondamentale nel rendere ancora più complesso il dibattito filologico e filosofico sulla presunta bicameralità dei personaggi descritti nell'Iliade.

### **Le eredità della mente bicamerale**

Malgrado gli evidenti limiti finora illustrati, l'intuizione di Jaynes sulla mente bicamerale ha avuto ampia risonanza e ha indubbiamente condizionato molte delle successive riflessioni sulle basi neurobiologiche e culturali della coscienza nell'uomo. Il merito più notevole della teoria di Jaynes è che essa si colloca a ponte tra discipline tra loro distanti, stabilendo originali collegamenti fra alcune questioni cruciali e ad oggi irrisolte. È stato ricordato che il ruolo esatto del lobo temporale destro del cervello non è ancora stato completamente chiarito. Il problema dello sviluppo di una mente cosciente, nell'ambito di una prospettiva filogenetica, è uno degli argomenti più dibattuti nelle attuali discussioni filosofiche, antropologiche e neuroscientifiche. Un altro mistero irrisolto è la particolare concezione dell'uomo che emerge dal testo dell'Iliade, dove l'uomo è visto come un aggregato, sia in senso fisico che psicologico. I filologi classici concordano nell'osservare che, a differenza di quanto accade nei testi successivi della tradizione occidentale, il vocabolario dell'Iliade è privo di parole univocamente legate al concetto di coscienza, o anche di mente (21). Al loro posto, viene utilizzata una moltitudine di termini, riferiti da Jaynes come "ipostasi preconsce", che sembrano essere legati ai processi fisiologici associati all'attività mentale, piuttosto che alla mente in sé. Queste "ipostasi preconsce" sono espresse da parole come "psiche" (il soffio vitale che si allontana nel momento della morte), "thumos" (l'attività del respirare o il sangue che scorre), "phren" (quasi sempre nella sua forma plurale "phrenes": presumibilmente i polmoni che si gonfiano), per citarne alcuni. Queste idiosincrasie lessicali sono praticamente scomparse nei testi della successiva letteratura occidentale, a partire dall'Odissea. La profondità dell'analisi psicologica e la ricchezza del vocabolario psichico che caratte-

rizzano l'Agamennone di Eschilo e la Medea di Euripide (V-IV secolo a.C.), per esempio, non mostrano nessuna differenza significativa rispetto a ciò che si può trovare nella letteratura moderna e contemporanea. Questo non è il caso del testo composito dell'Iliade, sorprendentemente privo di ogni forma di introspezione psicologica. In quanto tale, si distingue come un unicum, apparentemente inspiegabile, in tutta la cultura occidentale (21). In modo analogo, è stato osservato che nell'arte figurativa micenea il corpo umano veniva tradizionalmente rappresentato come un curioso aggregato di arti, con accentuate articolazioni ed un tronco quasi inconsistente (22). L'arte greca classica, invece, ricorda molto più da vicino gli stili figurativi più recenti. Un simile concetto di un Io disgregato e non-unitario – sia in senso fisico che psicologico – si trova in accordo con i risultati di diversi studi di neuroscienze cognitive condotti negli ultimi decenni (23).

Secondo la "teoria dello spazio di lavoro globale" del neuroscienziato cognitivo Bernard Baars, per esempio, la coscienza non è altro che il risultato dell'attività altamente integrata di molteplici processi cerebrali inconsci (24). Baars sostiene che le aree prefrontali coinvolte nella regolazione dell'attenzione selettiva costituiscono il modulo cerebrale che gioca il ruolo determinante di "osservatore interno" nel cosiddetto "teatro della coscienza". Anche nella letteratura psichiatrica si è fatta largo una tradizione di studi sulla frammentazione dell'Io, attraverso l'identificazione e la descrizione dei disturbi dissociativi, tra cui il disturbo di depersonalizzazione e il disturbo dissociativo di identità, precedentemente denominato "sindrome da personalità multipla". Pertanto, il dibattito sollevato dalle ipotesi di Jaynes sembra essere in linea con la tendenza contemporanea a ridimensionare il concetto di un Io unitario, centro coerente della coscienza e motore delle azioni umane. Stando ai risultati delle ricerche citate, la nostra intuizione di un Io unitario basata sul senso comune potrebbe essere considerata come un'illusione creata dalla cultura occidentale e dai paradigmi sociali, nata dopo l'età omerica e filosoficamente concettualizzata dal pensiero di Platone in termini di dualismo

mente-corpo (25). Successivamente, sia il credo religioso che la dottrina cartesiana hanno approfondito questo modo fuorviante di concepire noi stessi, che storicamente ha condizionato la psicologia popolare e ha pervaso la maggior parte delle riflessioni sulla coscienza.

Corrispondenza:  
acavanna@ion.ucl.ac.uk

### Bibliografia

1. Jaynes J. *The origins of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Boston, MA: Houghton Mifflin 1976
2. Dennett DC. Julian Jaynes' software archeology. *Can Psychol* 1986;27:149-154
3. Jaynes J. Consciousness and the voices of the mind. *Can Psychol* 1986;27:128-139
4. Ojemann G. Brain mechanisms for consciousness and conscious experience. *Can Psychol* 1986;27:158-168
5. Greenspan SI, Shanker SG. *The first idea: how symbols, language, and intelligence evolved from our primate ancestors to modern humans*. Cambridge, MA: DaCapo Press 2004
6. Nappi G. The mysterious origins of consciousness: in search of the lost gods (Part II). *Confinia Cephalalgica* 2006;15:53-61
7. Cavanna AE, Trimble MR, Cinti F, Monaco F. The "bicameral mind" 30 years later: a critical reappraisal of Julian Jaynes' hypothesis. *Funct Neurol* 2007 in press
8. Penfield W, Perot P. The brain's record of auditory and visual experience. *Brain* 1963;86:595-696
9. Olin R. Auditory hallucinations and the bicameral mind. *Lancet* 1999;354:166
10. Sher L. Neuroimaging, auditory hallucinations, and the bicameral mind. *J Psychiatry Neurosci* 2000;25:239-240
11. Mitchell RLC, Crow TJ. Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere? *Brain* 2005;128:963-978
12. Persinger MA, Makarec K. The feeling of a presence and verbal meaningfulness in context of temporal lobe function: factor analytic verification of the Muses? *Brain Cogn* 1992;20:217-26
13. Asaad G, Shapiro B. What about the bicameral mind? *Am J Psychiatry* 1987;144:696
14. Sperry RW. Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness *Am Psychol* 1968;23:723-733
15. Marks C. *Commissurotomy, consciousness, and unity of mind*. Cambridge, MA: MIT Press 1980
16. Monaco F, Mula M, Cavanna AE. Consciousness, epilepsy and emotional qualia. *Epilepsy Behav* 2005;7:150-160
17. Chalmers D. *The conscious mind: in search of a fundamental theory*. Oxford: Oxford University Press 1996
18. Gray J. How are qualia coupled to functions? *Trends Cogn Sci* 2003;7:192-194
19. Searle J. *Mind, brain and society*. New York: Basic Books 1998
20. Block N. The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind [Book review] *Cogn Brain Theory* 1981;4:81-83
21. Taylor C. *Sources of the self*. Cambridge: Cambridge University Press 1989
22. Feyerabend PK. *Against method: outline of an anarchistic theory of knowledge*. London: Verso 1975
23. Gazzaniga M. *The new cognitive neuroscience*. Cambridge, MA: MIT Press 2000
24. Baars BJ. *A cognitive theory of consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press 1988
25. Dennett DC. *Consciousness explained*. Boston, MA: Little, Brown 1991

## La rappresentazione esterna come veicolo cognitivo e mediatore di significato

Elena Cristiani

Centro Italiano di Psicologia Analitica

*Nell'approccio junghiano alla psiche la funzione della rappresentazione d'immagine svolge un ruolo centrale sia dal punto di vista della metapsicologia laddove si sviluppano le ipotesi di fondo sul funzionamento psichico, sia dal punto di vista del metodo terapeutico come attivazione della funzione rappresentativa d'immagine nella relazione terapeutica e nella funzione data all'interpretazione. Jung (1) dice: "Un'entità psichica può essere un contenuto di coscienza solo quando può essere rappresentata sotto forma d'immagine. Perciò chiamo immagini tutti i contenuti di coscienza perché sono immagini di processi cerebrali... Tutti i cosiddetti contenuti psichici consistono in immagini di processi semplici cerebrali, e in immagini di queste immagini in serie quasi infinita."(1926..!) Nel porre l'atto rappresentativo come atto conoscitivo Jung sviluppa la sua concezione del simbolo come produzione immaginale non satura, ma in grado, proprio perché non completamente nota, di attivare conoscenza.*

*Partendo dal processo di simbolizzazione e da una metodologia esemplificata con un caso in cui viene attivato tale processo, ci si focalizza, in questo intervento, sul ruolo che la rappresentazione d'immagine non verbale può svolgere nello sviluppo di apprendimento e coscienza esaminandone le implicazioni in rapporto agli attuali sviluppi in ambito neuroscientifico e delle scienze cognitive.*

**Parole chiave:** rappresentazione, coscienza implicita, coscienza esplicita

*In the Jungian approach to the psyche, image representation is a function that plays a central role both from the metapsychological point of view, where basic hypotheses on mental functioning are developed, and from the point of view of the therapeutic method seen as activation of image representation in the therapeutic relationship and in the function conferred on interpretation. Jung (Turin: Bollati Boringhieri 1976;8:348) says: "A mental entity can be a content of consciousness only when it can be represented in image form. I therefore call all the contents of consciousness images because they are images of brain processes ...All the so-called mental contents are images of simple brain processes, and images of these images in an almost never-ending series"(1926..!)Presenting the act of representation an act of cognition, Jung develops his concept of the symbol as a product of the imagination that is not saturated but, instead, precisely because it is not completely known, able to activate knowledge.*

*Taking as starting points the process of symbolization and a method exemplified through a case in which this process is activated, this paper focuses on the role that non verbal image representation can play in the development of learning and consciousness, examining its implications in relation to current developments in the sphere of the neurosciences and cognitive sciences.*

**Key words:** explicit consciousness, implicit consciousness, representation

*En la aproximación junguiana a la psiquis, la función de la representación de imágenes tiene un papel central tanto desde el punto de vista de la metafísica donde se desarrollan las hipótesis de fondo sobre el funcionamiento psíquico, como desde el punto de vista del método terapéutico como activación de la función representativa de la imagen en la relación terapéutica y en la función dada a la interpretación. Jung (Torino: Bollati Boringhieri 1976;8:348) dice: "Una entidad psíquica puede ser un contenido de conciencia sólo cuando puede ser representada bajo la forma de una imagen. Por eso llamo imágenes a todos los contenidos de conciencia porque son imágenes de procesos cerebrales... Todos los llamados contenidos psíquicos consisten en imágenes de procesos cerebrales simples, y en imágenes de estas imágenes en una serie casi infinita".(1926..!) Al posicionar al acto representativo como acto cognoscitivo Jung desarrolla su concepción del símbolo como producción imaginativa no concentrada pero capaz, justamente por no ser completamente conocida, de activar la conciencia.*

*Partiendo del proceso de simbolización y de una metodología ejemplificada con un caso en que se activa tal proceso, se focaliza esta intervención, en el papel que la representación de imágenes no verbales puede cumplir en el desarrollo del aprendizaje y la conciencia examinando las implicaciones en relación al actual desarrollo del ámbito neurocientífico y de las ciencias cognitivas.*

**Palabras claves:** conciencia explícita, conciencia implícita, representación

*“Tutta l’opera di Jung è, se vogliamo, un metodo per indagare l’inconscio, ma al fine di spiegare la coscienza”.*

*“Il divenir coscienti è, per la psicologia analitica, il telos ultimo di ogni sua ricerca e speculazione”*

*Meier C.A. La coscienza. Roma: Edizioni Mediterranee, 1975:16-21*

## **INTRODUZIONE**

Inizio con queste citazioni di Meier perché, a mio avviso, evidenziano la specificità dell’approccio junghiano alla psiche e pongono la psicologia analitica nei presupposti della sua ricerca, molto vicina ai più attuali sviluppi della ricerca nell’ambito neuroscientifico e delle scienze cognitive.

In questo contesto l’approfondire il processo dell’emergere di significato e conoscenza sembra porsi come un territorio coerente di sviluppo del pensiero junghiano sia in ambito clinico che metapsicologico.

Io qui vorrei centrare le mie riflessioni su un aspetto particolare della presa di coscienza e di sviluppo di significato in terapia che passa attraverso il processo di oggettivazione dell’immagine.

Il processo di oggettivazione dell’immagine verrà qui considerato sotto due aspetti:

*descrittivo*: ovvero interrogandosi su quali processi cognitivi si attivano nell’oggettivare l’immagine

*terapeutico*: ovvero interrogandosi sulla funzione che tale processo ha dal punto di vista terapeutico e sull’indicazione terapeutica del suo uso.

Per chiarire meglio il mio punto di partenza descriverò da quale situazione terapeutica hanno preso le mosse le mie attuali riflessioni che sono conseguenti a una sperimentazione che, in momenti specifici del lavoro analitico, utilizzo con esiti sinora sempre significativi in quanto sembra accelerare il processo di sviluppo analitico.

## **L’ESPERIENZA CON ANNA**

Parlerò di Anna: giunge in analisi da me dopo un’esperienza precedente con un analista freudiano conclusasi per esaurimento reciproco senza esiti soddisfacenti. Uso qui il termine “esaurimento” perché il senso che mi trasmette la paziente è appunto di svuotamento e questa stessa sensazione è quella che provo nel susseguirsi delle sedute in

cui la paziente porta meticolosamente contenuti che meticolosamente analizza scolasticamente in modo adeguato senza che tuttavia avvenga nulla. La ricerca sembra focalizzarsi sulla necessità di trovare ulteriori spiegazioni razionali. In questo contesto anche il sogno viene portato come contenuto sintomatico, disinvestito emotivamente e come eventuale nuovo stimolo per proseguire nell’unica attività vitale in cui Anna sembra potersi meglio riconoscere ovvero la capacità di comprensione razionale. In questo contesto incomincio a temere che ogni interpretazione da parte mia possa in realtà fungere da linfa vitale per lo stesso processo compiaciuto di ulteriore razionalizzazione... fino ad “esaurimento” appunto.

Era necessario creare una situazione in cui lo spazio per la razionalizzazione, e quindi anche per la parola usata in questa chiave, rimanesse circoscritto, nell’ipotesi che la sospensione della parola e la focalizzazione sull’immagine e sull’azione intorno all’immagine stessa potesse creare un ponte altro su parti più profonde della paziente e, parallelamente, attivare altre sue funzioni.

Proprio a partire da questa situazione, rivisitando in parte i passaggi di Jung sull’immaginazione attiva, in parte riprendendo alcuni aspetti che consideravo interessanti del lavoro con le sabbie, sono giunta a ipotizzare il seguente procedimento. Ho pensato che ponendo la paziente in condizione di agire sulle proprie immagini, creandole concretamente, avrebbe ottenuto l’effetto di attivare la paziente stessa sulla trasposizione immaginativa e di concentrarla maggiormente sul piano emotivo sui contenuti profondi inibendo in parte i processi di controllo e razionalizzazione.

Per facilitare questo primo passaggio ho fatto ricorso a un materiale plasmabile: DAS terracotta, della consistenza del pongo o plastilina, che, asciugando, si indurisce e rimane nella forma data.

La prescrizione alla paziente a questo riguardo è stata, partendo da un'immagine particolarmente significativa apparsa in un sogno su cui ci eravamo fermate in analisi, di riprodurla a casa col materiale di terracotta prendendo nota delle considerazioni che faceva via via che procedeva nell'attuazione, quindi di portarla nella seduta successiva.

Mediando poi dalla "sandplay", pensai alla necessità di costruire uno spazio potenziale tridimensionale che fungesse contemporaneamente da spazio contenitivo e da elemento facilitante nel processo di trasposizione operativa dell'immagine.

Feci pertanto costruire un contenitore in vetro delle dimensioni di un piccolo tavolo. Scelsi il vetro perché la trasparenza fungeva al tempo stesso da contenitore e da spazio potenziale. Alla base del contenitore posi una certa quantità di sabbia attribuendo alla sabbia le stesse potenzialità concrete ed evocative che assume nella "sandplay".

La seduta successiva la paziente si presentò con una piccola figura, mi riferì l'iniziale perplessità e il progressivo coinvolgimento nell'attuazione, quasi che il fare diventasse, a quel punto, l'elemento su cui si spostava l'attenzione, e la sensazione successiva di curiosità verso quel nuovo oggetto: suo e altro al tempo stesso. Proprio dalla curiosità siamo partite: quali sensazioni evocava e quali considerazioni faceva sull'oggetto suo e non suo? Questo, dal punto di vista terapeutico, poteva offrirmi una serie di informazioni e spunti sul modo di rapportarsi ad alcuni contenuti di sé e poteva, al tempo stesso, fornire elementi sui vissuti indotti dall'immagine. Ci fermammo solo in parte su questo per evitare, date le premesse, di cadere nel noto clima asettico e razionalizzante. Proposi dunque alla paziente di porre la figura nel contenitore di vetro e di interagire con essa in quel contesto. Dopo un'iniziale perplessità e disorientamento, in cui la paziente sembrava far ricorso alla relazione con me attraverso la parola per orientarsi in questo nuovo spazio, chiedendomi informazioni su cosa doveva fare e, ricevendo da me rassicurazione e l'invito ad interagire con l'immagine nel contesto, progressivamente si creò una situazione particolare. Come in una sorta di sospensione temporale, la paziente iniziò a creare un

contesto nella sabbia e a dar spazio alla figura descrivendomi cosa avveniva nella rappresentazione cosa mancava e cosa succedeva. Si era creata come una sorta di rappresentazione appunto in cui la paziente era, al tempo stesso regista e interprete parzialmente consapevole attraverso la figura e in cui il mio intervento si limitava a svolgere un intervento facilitante per lo sviluppo di questa interazione. L'intensità emotiva era molto alta, il tono della voce profondo quasi che la parola avesse preso corpo: si scolpisse divenendo suono e materia al tempo stesso. Raggiunto il culmine, progressivamente prese maggior spazio l'aspetto descrittivo, l'esperienza sembrava concludersi: come in un rito cui in parte mi ero ispirata nell'organizzazione dei modi operativi e della comunicazione e dei tempi di esecuzione. Proposi quindi alla paziente di tornare a sedersi nella poltrona. Insieme commentammo l'esperienza e iniziammo a lavorare analiticamente sui contenuti.

Ora, capisco che ciascun passaggio dell'esperienza qui descritta meriterebbe un approfondimento tecnico e teorico sugli strumenti, sulle modalità di attivazione del processo, sulle indicazioni del suo uso, sull'uso delle reazioni indotte, sulla relazione terapeuta - paziente, sui meccanismi psicodinamici che si attivano e sull'esito di questi dal punto di vista terapeutico. Io qui posso semplicemente confermare che, in particolari momenti dell'analisi, ho fatto ricorso a questo metodo con la maggior parte dei miei pazienti e che quasi costantemente ho avuto modo di verificare reazioni relativamente simili circa l'impatto emotivo e la successiva reazione di sviluppo. Quasi che l'esperienza costituisse, nei contenuti attivati, una pietra di orientamento nel cammino analitico.

Il solo punto su cui vorrei qui soffermarmi riguarda tuttavia appunto la comprensione del meccanismo cognitivo che si attiva nel dar forma operativa all'immagine, ovvero nel produrre concretamente, cioè nel fare oggetto esterno l'immagine interna e lo sviluppo di conoscenza e senso ad esso conseguente.

#### **ESPRIMERE E RAPPRESENTARE**

Se ci fermiamo a considerare il principale strumento comunicativo e di conoscenza

utilizzato nel processo analitico esso è essenzialmente la parola. C'è un parlare in analisi che è suono, un parlare che è descrizione, un parlare che è definizione razionale e un parlare che è corpo e significato questo ultimo può realizzarsi automaticamente in presenza di stati emotivi significativi o, solo talvolta, quando la parola è utilizzata per dar forma a un contenuto profondo denso emotivamente e proprio in questi momenti si fissano i passaggi centrali dell'analisi stessa. Se ci fermiamo su quest'ultimo punto, esso sembra realizzarsi quando la parola diviene essa stessa corpo, suona più profonda e lenta, quasi guidata da qualcosa che nasce dentro e che si dischiude fuori come un seme che stupisce, colpisce, nel suo emergere, quasi contemporaneamente analista e paziente. Spesso succede che ambedue realizzino che quello è un punto, una pietra fondante del cammino analitico cui far riferimento nel procedere. Ciò che caratterizza questi momenti è come una sospensione del tempo e l'intensità emotiva è notevole. Questi momenti sembrano configurarsi innanzitutto come un "dar parola - dar forma" a qualcosa che dal dentro si vuol materializzare fuori e proprio in questo uscire prende forma e si attiva conoscenza.

Cerchiamo ora di comprendere come si realizza questo processo: credo che esso implichi necessariamente il porsi in relazione con un contenuto interno non necessariamente già noto, ma che proprio nel suo emergere catalizza contemporaneamente spinte emotive e spinte conoscitive.

Dal punto di vista junghiano dovremmo focalizzarci sull'instaurarsi di quella funzione ponte tra conscio e inconscio che si attiva nello sviluppo della funzione trascendente (1).

Ma come avviene questo processo dal punto di vista cognitivo? Credo che in questo ambito possa esserci particolarmente utile confrontarci con le più recenti ricerche sulla conoscenza che si sono sviluppate dal fertile incontro tra scienze cognitive e Intelligenza Artificiale.

Dunque vediamo di addentrarci un poco in questo territorio: Polanyi, nella sua ricerca epistemologica, giunge ad evidenziare che vi sono due tipi di conoscenza una implicita ed una esplicita. La conoscenza *tacita* o *implicita* è caratterizzata dal fatto che è persona-

le, interna, difficile da formalizzare e comunicare, dice Polanyi (2): "io vorrei riconsiderare la conoscenza partendo dal fatto che noi possiamo conoscere di più di quello che possiamo dire". La conoscenza *esplicita* è invece conoscenza che può essere trasmessa attraverso un linguaggio formalizzato e standardizzato. Se riportiamo al procedere analitico questa prima distinzione potremmo, come ha fatto Jung con la concezione Energetica mediata dalla fisica, procedendo cioè per analogia, sostenere, con relativa approssimazione, che parte dell'attività analitica consiste appunto nel costituire la possibilità di rendere esplicita la conoscenza implicita.

Partendo dalle premesse di Polanyi, Nonaka e Takeuchi (3) hanno analizzato l'interazione tra conoscenza implicita ed esplicita concludendo che vi è una mutua complementarità tra queste due istanze sviluppando un modello dinamico secondo cui la conoscenza umana si creerebbe e svilupperebbe attraverso l'interazione socializzata tra conoscenza implicita e conoscenza esplicita.

Se, in altri termini, adottiamo questo modello la conoscenza procederebbe secondo un modello a spirale scandito da 4 tipi di passaggi:

- *esternalizzazione* ovvero il processo di conversione della conoscenza implicita in esplicita attraverso un linguaggio formale o semiformale

- *combinazione* è il processo di ricombinare o riconfigurare contenuti di conoscenza esplicita esistente che porta allo sviluppo di nuova conoscenza esplicita

- *internalizzazione* è il processo di apprendimento individuale che segue alla combinazione per cui i contenuti riformulati nella combinazione esterna vengono riassorbiti come nuova conoscenza implicita

- *socializzazione* è il processo di apprendimento che si realizza attraverso la condivisione di esperienze che creano, a loro volta nuovi modelli mentali di conoscenza che diviene implicita.

Ora, se riportiamo al processo analitico questo modello sviluppato da Nonaka e Takeuchi, esso mi sembra ben rappresentare il processo di sviluppo cognitivo che si attiva in analisi. Ciò è tuttavia possibile solo a condizione di non ignorare l'importanza

dell'intensità emotiva che, in chiave euristica e conoscitiva, accompagna e sottende tutto il processo stesso.

Tornando al nostro iniziale interrogativo, dunque l'esplicitarsi del contenuto implicito può generare nuova conoscenza secondo il meccanismo a spirale sopra descritto. In altri termini la conoscenza sembra determinarsi nell'interazione tra interno ed esterno e più specificamente la creazione di conoscenza sembra avvenire secondo un processo dinamico che nell'esternare attiva il processo di conoscenza che riporta il contenuto all'interno come nuova acquisizione.

Se continuiamo a considerare questo processo dal punto di vista della psicologia analitica, esso può essere utilizzato per delineare il processo relazionale che si realizza nel rapporto analitico, ma anche per rappresentare il procedere cognitivo centrando la ricerca sulla dinamica individuale. In altri termini, se adottiamo come centro di esame il procedere cognitivo individuale, il modello cognitivo a spirale elaborato da Nonaka e Takeuchi può essere considerato come modello di estensione e sviluppo del processo cognitivo ipotizzato da Jung in "Energetica Psicica" (4). Riprendendo il concetto junghiano di progressione e regressione della libido, mi sembra particolarmente significativa la seguente considerazione:

*"Benché progressione e regressione abbiano fondamento causale nei processi vitali da un lato e nelle condizioni del mondo circostante dall'altro, ....dobbiamo concepirle sotto il profilo energetico, come mezzi o punti di passaggio del decorso energetico. Sotto questa visuale la progressione e l'attività di adattamento che ne risulta, si verifica solo come mezzo per la regressione, ossia per la manifestazione del mondo interiore nel mondo esterno, il che crea una progressione di tipo diverso che rappresenta un miglior adattamento alle circostanze esterne"* (1).

Questa considerazione di Jung mi sembra particolarmente significativa perché, al tempo stesso evidenzia da un lato la novità e modernità del suo pensiero e, dall'altro i limiti. Qui vediamo infatti riprodotto in parte, sotto il profilo energetico, quindi di disposizione dell'investimento energetico, il processo a spirale che dall'interno spinge all'esternazione per poi ricondurre la cono-

scenza all'interno. Quello che tuttavia sembra mancare è la focalizzazione sul come si determina il processo conoscitivo. Come se il tutto avvenisse all'interno cui segue esternazione. In altri termini esterno e interno sembrerebbero, nell'ottica junghiana essere considerati come due poli ipostatici e non interattivi da cui segue che la spinta che muove alla relazione con l'esterno viene a porsi come antitetica alla spinta che muove all'adattamento al mondo interiore, e, in quest'ottica, il processo cognitivo rischia di venir analizzato secondo un'ottica unilaterale e non interattiva. Nel modello di creazione della conoscenza sopra riportato, infatti, la conoscenza si costituirebbe appunto, nell'atto di formare rappresentazione, come ponte tra esterno e interno per poi ritornare all'interno come nuova acquisizione e proprio nell'atto rappresentativo finalizzato all'esternalizzazione di un contenuto interno starebbe un primo sviluppo di conoscenza.

Clancey, uno dei ricercatori che ha sviluppato la teoria della "situated cognition", giunge a sostenere che *"il parlare deve essere visto non come il porre fuori ciò che è già dentro ma come un modo di cambiare ciò che è dentro. Parlare non è esprimere ciò che è stato già posto inconsciamente dentro il cervello, ma è esso stesso un'attività di rappresentazione"*.

Sviluppando questa asserzione potremmo dire che l'emergere di conoscenza e di significato si realizzerebbe appunto nel processo che collega l'interno con l'esterno, cioè nel dar forma esterna.

#### **CONOSCERE E SIGNIFICARE (DARE E TROVARE SENSO) FACENDO**

Se ora torniamo ad esaminare il processo di oggettivazione dell'immagine messo in atto nell'esperienza con Anna alla luce degli elementi sopra evidenziati, potremmo giungere a sostenere che ciò che è avvenuto nella doppia esperienza attivata nel modo sopra descritto è stato un processo di attivazione di *knowing and learning by doing*.

Se assumiamo l'ottica proposta da Clancey (5) il primo momento cognitivo si realizza appunto nel passaggio di esternazione di un contenuto implicito. In altre parole, quest'affermazione presupporrebbe che l'atto di esternazione implichi di per sé l'attivarsi di un processo cognitivo consi-

stente appunto nel discriminare e dar forma a un contenuto interno e questa stessa operazione è, di per sé, produzione di conoscenza in grado di aggiungere conoscenza, quindi di modificare il contesto cognitivo di partenza.

Questo è, a mio avviso, di notevole interesse sotto il profilo terapeutico perché analizza ed evidenzia un passaggio centrale della funzione terapeutica dell'induzione comunicativa in analisi.

In questa chiave, infatti, l'atto di comunicare implica di per sé l'attivarsi di un'attitudine conoscitiva.

Tornando all'esperienza con Anna, se consideriamo sotto questo profilo l'atto di produrre la figura tratta dal sogno essa implica un primo passaggio cognitivo. Nel forgiare l'oggetto, Anna ha dato una forma esterna a qualcosa di interno e il fatto di forgiarlo implica l'entrare in rapporto con un contenuto che, una volta divenuto oggetto esterno, è al tempo stesso suo e altro. Proprio il porre fuori qualcosa di interno rendendolo oggetto attiva verso l'oggetto un nuovo processo di interazione che aumenta lo spazio di relazione e conoscenza. Nel caso specifico Anna fa considerazioni sulla figura, ne è incuriosita sviluppa reazioni e considerazioni su di essa che mi comunica. A questo punto, potrebbe crearsi un secondo momento di allargamento di conoscenza creato dall'interazione tra Anna e me sull'oggetto, ma in questo caso ciò non avviene perché io propongo ad Anna di porre l'oggetto nel contenitore e di interagire con esso in un nuovo contesto. Dunque ciò che avviene è che io attivo in questo caso un più complesso processo cognitivo: faccio cioè in modo che un contenuto esplicitato attivi l'emergere di nuovi contenuti impliciti che Anna, nell'agire nel nuovo contesto, rende espliciti. Ciò attiva dunque un ulteriore sviluppo del processo interattivo e conoscitivo perché Anna, interagendo con la figura nel nuovo contesto, allarga la propria conoscenza dell'oggetto producendo nuovi contenuti espliciti. Qui a mio avviso può essere interessante riprendere il modello a spirale tratto da Nonaka e Takeuchi. Seguendo questo modello ciò che ho descritto potrebbe essere letto come primo momento di externalizzazione il cui emergere genera la necessità di attivazione di meccanismi di orientamento

e correlazione con contenuti già noti, proprio l'attivarsi di questo secondo processo sembra, in analisi, essere il territorio in cui si sviluppa l'interazione col terapeuta, questa interazione genera, a sua volta, nuovi contenuti che vengono internalizzati per poi riemergere come conoscenze esplicite.

Questo mio intervento si chiude con quella che ritengo possa configurarsi come una possibile apertura della nostra ricerca su due fronti.

Un primo aspetto riguarda una possibile rilettura dinamica del processo di sviluppo psichico che non partirebbe dalla dialettica tra due istanze considerate come ipostatiche e antitetiche: istanza interna e istanza esterna, bensì come processo di sviluppo di relazione che si verificherebbe non secondo lo schema circolare descritto da Jung, bensì attraverso un modello a spirale.

In altri termini, se consideriamo le premesse della concezione junghiana a partire dalla concezione energetica lo sviluppo psichico si determinerebbe secondo un modello circolare per cui a partire da una preesistente realtà interiore il processo di sviluppo si realizzerebbe nella mediazione tra istanza di adattamento interiore e istanza di adattamento esterno. Se adottiamo il modello a spirale, lo sviluppo psichico si realizzerebbe seguendo la spinta di relazione esterna e su questa spinta si realizzerebbero i primi passi cognitivi come istanze rappresentative finalizzate alla comunicazione, donde poi il processo di sviluppo si realizzerebbe non secondo uno schema bipolare bensì interattivo. In altri termini, se adottiamo questo modello, nella relazione interno - esterno si realizza uno sviluppo continuo di significato e questa stessa concezione rimanda a una concezione dinamica del come si crea significato uscendo da un'ottica statica, ma individuando lo sviluppo di conoscenza come determinata e determinantesi nell'interazione interno-esterno, alla cui base sta l'istanza relazionale. Sotto questo profilo il modello che ho chiamato *a spirale* interno-esterno sembra porsi in modo congruo al mutamento paradigmatico della psicoanalisi che ha sostituito il modello pulsionale con quello complesso e complessuale ed essere in sé passibile di ulteriori sviluppi anche nell'ottica del metodo terapeutico. Il secondo aspetto è più specificamente correlabile

all'uso in terapia del *knowing and learning by doing* , all'ambito delle sue possibili applicazioni cliniche e ai possibili sviluppi che un'ulteriore ricerca sui meccanismi che lo determinano può dare.

Corrispondenza  
e.cristiani@libero.it

---

#### **Bibliografia**

1. Jung C.G. *La dinamica dell'inconscio*. In: *Opere*. Torino: Bollati Boringhieri 1976; vol. 8
2. Polanyi M. *The tacit dimension*. London: U K Routledge & Kegan Paul 1966; vol. 4
3. Nonaka I, Takeuchi H. *The knowledge-creating company*. Oxford: UK University Press 1995
4. Jung C.G. *Energetica Psicica*. In: *Opere*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976; vol. 8
5. W. J. Clancey. *Situated cognition*. Cambridge: Cambridge University Press 1997

## TERAPIA NON FARMACOLOGICA DELLE CEFALEE: FISIOTERAPIA, RIABILITAZIONE E TECNICHE CORRELATE

A cura di

Michelangelo Bartolo, Cherubino Di Lorenzo, Paolo Rossi,  
Andrea Arrigo, Ennio Pucci, Giorgio Sandrini

La fisioterapia include un gruppo eterogeneo di metodi e tecniche terapeutiche, che agiscono prevalentemente ma non esclusivamente, sulla biomeccanica dell'organismo, includendo tecniche fisioterapiche attive (Rieducazione posturale globale, ginnastica medica ...) e passive (mobilizzazione passiva, massaggio ...), tecniche di facilitazione neuromuscolare (metodo di Kabat, metodo di Bobath, esercizio terapeutico conoscitivo...) e tecniche complementari (TENS, elettroterapia, magnetoterapia...).

Alcuni, tra questi trattamenti, sono spesso raccomandati e sempre più richiesti dai pazienti affetti da differenti forme di cefalee primarie, quali l'emicrania e la cefalea di tipo tensivo.

Non è facile decifrare le motivazioni dell'interesse, da parte dei pazienti cefalalgici, nei confronti di tali strategie terapeutiche. È possibile supporre che alla base vi sia un'insoddisfazione nei confronti delle terapie farmacologiche, o componenti socio-culturali che indirizzano verso approcci olistici.

Ad ogni modo, alcune evidenze permettono di sostenere che tali trattamenti, se focalizzati sul tratto cervicale della colonna vertebrale, possano essere efficaci in alcuni tipi di disordini cefalalgici.

Infatti, il dolore riferito al capo, frequentemente trae origine, o può essere influenzato, da alterazioni coinvolgenti differenti strutture della testa, quali i tessuti molli, le componenti nervose, le strutture ossee del capo, del collo e delle porzioni superiori del corpo. Inoltre, sia nell'emicrania che nella cefalea di tipo tensivo, sono stati osservati aumentati livelli di tensione muscolare, così come anomalie meccaniche e posturali.

Il dolore del collo è un sintomo comune e rilevante nei pazienti affetti da emicrania, rappresentandone spesso il punto di partenza o di irradiazione. Tale occorrenza può essere sostenuta dalla convergenza funzio-

nale delle vie nocicettive cervicali superiori e trigeminali.

In generale, vi è una notevole complessità anatomica e funzionale delle numerose strutture coinvolte nella genesi del dolore cervico-cefalico, che può rendere difficoltoso stabilire i nessi di causalità tra la cefalea ed il coinvolgimento del distretto cervicale.

Uno dei limiti dell'approccio alle cefalee mediante "trattamenti riabilitativi" è dato dalla difficoltà di reperire in letteratura lavori metodologicamente corretti che permettano di redigere linee guida terapeutiche specifiche. Tale difficoltà non è necessariamente indicativa di una "malpractice" da parte degli autori che si sono cimentati nella materia, quanto piuttosto di una evidente complessità ad applicare un metodo creato per verificare l'efficacia di trattamenti farmacologici (da confrontare verso placebo) in un ambito sostanzialmente differente.

Senza avere l'ambizione di risolvere la questione nelle pagine della rivista, ma per implementare l'interesse scientifico e nella prospettiva di creare un "ambiente" di discussione sulla materia, da questo numero verrà dedicato uno spazio all'argomento, che ospiterà contributi originali (articoli estesi, comunicazioni brevi, estratti di tesi), e versioni in extenso di poster e comunicazioni orali presentati in congressi nazionali ed internazionali.

Corrispondenza:

michelangelo.bartolo@mondino.it

### Nota bibliografica

Biondi DM. Physical Treatments for Headache: A Structured Review. *Headache* 2005;45:738-746  
Torelli P, Jensen R, Olesen J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia* 2004;24:29-36  
Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, et al. Cervicogenic headache. A hypothesis. *Cephalalgia*.

1983;3:249-256

Ward T, Levin M. Case report: headache caused by a spinal cord stimulator in the upper cervical spine. *Headache*. 2000;40:689-691

Bartsch T, Goadsby PJ. Increased response in trigeminocervical nociceptive neurons to cervical input after stimulation of the dura mater. *Brain*. 2003;126:1801-1813

Jansen J, Bardosi A, Hildebrandt J, Lucke A. Cervicogenic, hemicranial attacks associated with vascular irritation or compression of the cervical

nerve root C2. *Clinical manifestations and morphological findings*. *Pain*. 1989;39:203-212

Kaniecki RG. *Migraine and tension-type headache: an assessment of challenges in diagnosis*. *Neurology*. 2002;58(9 suppl 6):S15-S20

Bogduk N. *The anatomical basis for cervicogenic headache*. *J Manipulative Physiol Ther*. 1992;15:67-70

Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. *Cervicogenic headache: diagnostic criteria*. *Headache*. 1998;38:442-445

## Dalla letteratura internazionale

A cura di Paola Torelli

### **Occipital nerve stimulation for drug-resistant chronic cluster headache: a prospective pilot study**

*Magis D, Allena M, Bolla M, De Pasqua V, Remacle JM, Schoenen J.*

La cefalea a grappolo cronica resistente ai trattamenti farmacologici, pur essendo una forma molto rara, rappresenta una situazione clinica di difficile gestione, per il medico e per il paziente, e i trattamenti chirurgici utilizzati in passato spesso non determinano un beneficio clinico rilevante. La stimolazione del nervo occipitale rappresenta una nuova strategia terapeutica, sicura, proposta per forme di cefalea primaria intrattabili. In questo studio pilota prospettico è stata valutata l'efficacia della stimolazione del nervo occipitale in forme di cefalea a grappolo cronica resistenti ai trattamenti. Sono stati selezionati 8 pazienti (7 uomini e 1 donna; età media 45.3 anni) affetti da cefalea a grappolo cronica da almeno 2 anni, con una media di almeno 4-5 crisi settimanali strettamente unilaterali dall'esordio. Tutti i soggetti non hanno tratto beneficio dall'assunzione, in monoterapia e in associazione (fino a 3 composti contemporaneamente) dei seguenti farmaci: metilprednisolone ( $\geq 64$  mg/die per  $\geq 4$  settimane), verapamil ( $\geq 720$  mg/die per  $\geq 12$  settimane), carbonato di litio (litiemia pari a 0.8-1 mmol/L per  $\geq 16$  settimane), indometacina (150 mg/die per 2 settimane), metisergide (4-6 mg/die per  $\geq 4$  settimane), acido valproico ( $\geq 1000$  mg/die per  $\geq 8$  settimane) e topiramato ( $\geq 150$  mg/die per  $\geq 8$  settimane) ed almeno 1 tra melatonina ( $\geq 9$  mg notturni), ergotamina tartrato (1-2 mg notturni) clomipramina (50-100 mg/die), gabapentin (800-1200 mg/die) o amitriptilina (75-100 mg/die). I soggetti sono stati sottoposti alla procedura che prevede l'impianto di un neurostimolatore sottocutaneo a livello della regione sotto-occipitale ipsilaterale al dolore. A ciascun paziente è stato chiesto di compilare un diario in cui riportare la frequenza e l'intensità delle crisi e il numero dei farmaci

sintomatici utilizzati durante il mese precedente l'impianto e per un tempo illimitato dopo la stimolazione continua del nervo grande occipitale. Per valutare eventuali modificazioni dei processi di percezione del dolore a livello cefalico ed extracranico sono state misurate la soglia dolorifica pressoria ed elettrica ed è stato studiato il blink reflex evocato tramite uno stimolo nocicettivo. Due pazienti non hanno più riferito crisi di cefalea a grappolo nei 16 e 22 mesi di follow-up anche se uno di loro ha descritto attacchi occasionali caratterizzati dalla presenza dei soli sintomi neurovegetativi associati. Tre pazienti hanno avuto una riduzione della frequenza degli episodi dolorosi di circa il 90%. Due pazienti, 1 dei quali ha avuto l'impianto per soli 3 mesi, hanno riportato la scomparsa di circa il 40% delle crisi. Il follow-up medio è pari a 15.1 mesi (deviazione standard 9.5 mesi, range 3-22 mesi). L'intensità degli attacchi si è ridotta più precocemente rispetto alla frequenza degli episodi e, in generale, nelle crisi residue è stata riportata una riduzione di circa il 50% dell'intensità. Tutti i pazienti, eccetto 1, sono stati in grado di ridurre il dosaggio del trattamento preventivo durante la stimolazione del nervo occipitale. L'interruzione della stimolazione determinata dallo spegnimento dello stimolatore elettrico o dalla presenza di batterie scariche è stata seguita da un peggioramento in tutti i pazienti che hanno tratto beneficio dalla procedura. La stimolazione del nervo occipitale non ha determinato una significativa variazione delle soglie dolorifiche. L'ampiezza del blink reflex evocato da stimoli nocicettivi è risultata aumentata in soggetti sottoposti per lungo tempo alla stimolazione del nervo occipitale. Non sono stati descritti effetti collaterali seri. La stimolazione del nervo occipitale può essere considerato un trattamento efficace, e più sicuro della stimolazione cerebrale profonda, in soggetti affetti da cefalea a grappolo cronica resistente ai trattamenti. La latenza di efficacia registrata, pari a 2 o più mesi dopo l'impianto dello stimolatore, suggerisce che

la metodica agisca attraverso un processo di neuromodulazione che coinvolge il tronco dell'encefalo o i centri diencefalici.

*Lancet Neurol 2007;6:314-21*

### **The Sinus, Allergy and Migraine Study (SAMS)**

*Eross E, Dodick D, Eross M.*

L'obiettivo di questa ricerca è classificare, in accordo con la International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II) la cefalea riferita da soggetti che attribuiscono il proprio mal di testa alla sinusite, in modo da definire un corretto quadro clinico che possa essere di ausilio per la diagnosi. Lo studio American Migraine Study II ha consentito di ipotizzare che circa 28 milioni di americani sono affetti da emicrania. Nella maggior parte dei casi la diagnosi non viene formulata e in alcuni casi la cefalea viene attribuita erroneamente ad una infiammazione dei seni paranasali. Nonostante questi dati, la "cefalea da sinusite" rimane un'entità mal definita e i dati della letteratura al riguardo sono carenti. Gli autori della ricerca hanno pubblicizzato tramite i giornali locali, nella più grossa area metropolitana di Phoenix (U.S), lo studio descrittivo "The Sinus, Allergy and Migraine Study" al fine di reclutare 100 soggetti disposti a partecipare. Sono state arruolate tutte le persone di età maggiore a 18 anni che ritenevano che il loro mal di testa fosse causato dalla sinusite. Per ciascun soggetto è stata raccolta una dettagliata anamnesi ed è stato effettuato l'esame fisico generale; la forma di cefalea è stata identificata in base ai criteri diagnostici della International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Le diagnosi formulate nel campione oggetto dello studio sono: emicrania con o senz'aura nel 52% dei casi, emicrania cronica associata ad overuse di farmaci o cefalea da overuse di farmaci probabile nell'11% dei soggetti, emicrania probabile (23%), cefalea a grappolo (1%), emicrania continua (1%), cefalea secondaria a rinosinusite (3%) e cefalea non classificabile nel 9% dei casi. I cambiamenti climatici (83%), le variazioni stagionali (73%), l'esposizione ad allergeni (62%), ed i cambi di altitudine sono i fattori scatenanti l'emicrania più frequentemente

riportati. Nel 76% dei soggetti affetti da emicrania il dolore è localizzato nei territori di innervazione della seconda branca trigeminale (sia unilaterale che bilaterale), e il 62% dei casi ha descritto un dolore frontomascellare bilaterale. I sintomi neurovegetativi più frequentemente associati al mal di testa sono la congestione nasale (56%), l'edema palpebrale (37%), la rinorrea (25%), l'iniezione congiuntivale (22%), la lacrimazione (19%) e la ptosi (3%). Le forme di cefalea non classificabili sono caratterizzate da una localizzazione mascellare bilaterale dell'algia, da un dolore tipo pressorio, di intensità lieve o moderata e accompagnato almeno da un segno neurovegetativo autonomo cranico. I sintomi suggestivi per una forma di emicrania erano assenti nei 9 soggetti con cefalea non classificabile. Gli autori concludono che la maggior parte dei pazienti che ritiene di avere una cefalea attribuita ad una sinusite soffre di una forma di emicrania o di emicrania probabile. Nei soggetti emicranici, le cause che più frequentemente portano ad una auto-diagnosi scorretta sono i fattori scatenanti, la localizzazione del dolore, i sintomi associati comunemente attribuiti ad affezioni dei seni paranasali.

*Headache 2007;47:213-24*

### **Migraine and coronary heart disease mortality: a prospective cohort study**

*Liew G, Wang J, Mitchell P.*

Uno studio recente condotto nella popolazione generale ha riportato che le donne affette da emicrania con aura corrono un maggior rischio di ammalare di patologie ischemiche coronariche acute. Il dato non è stato confermato nelle donne con emicrania senz'aura. Gli autori hanno valutato la presenza di questa associazione in una coorte di soggetti della popolazione generale australiana composta da uomini e donne (n = 2331) di età compresa tra 49 e 97 anni. Tutti i soggetti sono stati intervistati con modalità face-to-face e l'eventuale diagnosi di emicrania con e senz'aura è stata effettuata mediante i criteri diagnostici della International Headache Society. I soggetti sono stati seguiti nel tempo e dopo un follow-up medio di 6 anni, 30 donne (2.8%) e 30 uomini (4.4%) erano deceduti per un evento

coronarico ischemico acuto in assenza di patologie analoghe nell'anamnesi patologica remota. Nelle donne decedute per ischemia coronarica acuta non è stata riscontrata un'associazione significativa con una storia di emicrania con aura (rischio relativo corretto per l'età 2.2, intervalli di confidenza 95%: 0.8-5.8,  $P = 0.11$ ), e i tassi di rischio sono rimasti simili anche dopo l'aggiustamento dei dati per i fattori di rischio cardiovascolari. Non sono stati riscontrati decessi causati da problemi ischemici coronarici in uomini affetti da emicrania. I risultati di questo studio prospettico di coorte non supportano l'ipotesi che le donne affette da emicrania con aura siano più a rischio, rispetto coloro che non ne sono affette, di avere problemi ischemici acuti cardiaci.

*Cephalalgia 2007;27:368-71*

#### **Assessment of headache diagnosis. A comparative population study of a clinical interview with a diagnostic headache diary**

*Phillip D, Lyngberg A, Jensen R.*

Questo studio ha valutato il livello di concordanza tra le informazioni relative alla cefalea raccolte tramite l'intervista clinica e tramite un diario della cefalea. A questo fine sono stati valutati soggetti che riportavano frequenti episodi di mal di testa e che hanno preso parte ad uno studio epidemiologico condotto nella popolazione generale danese alcuni anni fa. Sono stati intervistati 106 soggetti ai quali è stato chiesto di compilare un diario per un periodo di 4-8 settimane. Il 46% del campione ha portato a termine lo studio. La concordanza tra la diagnosi formulata dopo l'intervista diretta e quella fatta in base all'analisi del diario è risultata pari all'82% nelle forme di emicrania senz'aura, con un valore kappa di 0.57, una sensibilità del 90% e una specificità del 64%. Per quel che riguarda la cefalea di tipo tensivo l'accordo tra le due modalità di formulazione della diagnosi si è verificato nell'87% dei casi, con un valore kappa di 0.39, una sensibilità del 97% e una specificità del 29%. È stata ottenuta una buona concordanza per quel che riguarda la registrazione della fre-

quenza delle crisi della cefalea di tipo tensivo. Gli autori hanno rivelato che nell'emicrania, e non nella cefalea di tipo tensivo, i sintomi associati alla cefalea sono stati sovrastimati durante la raccolta dell'anamnesi mediante intervista diretta. L'utilizzo del diario non si è dimostrato valido per quel che riguarda la formulazione della diagnosi di emicrania con aura, mentre è un buon ausilio diagnostico nella diagnosi differenziale tra emicrania e cefalea di tipo tensivo e nell'identificazione di più forme di cefalea nello stesso soggetto. Gli autori incoraggiano l'utilizzo nella pratica clinica dei diari per la cefalea come supporto all'intervista clinica diretta.

*Cephalalgia 2007;27:1-8*

#### **A clinical study of migraine evolution**

*Pryse-Phillips W, Aube M, Bailey P, Becker WJ, Bellavance A, Gawel M, Giammarco R, Mackie G, Purdy RA, Robinson G, Shapero G, Wilson K*

L'evoluzione temporale dell'attacco di emicrania non è ben descritto in letteratura e dall'esperienza clinica sappiamo che le crisi, in alcuni pazienti, possono durare più di 72 ore (limite massimo di durata stabilito dalla International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition – ICHD-II). Una migliore conoscenza dell'evoluzione degli episodi di emicrania aiuterebbe a scegliere il trattamento sintomatico più appropriato. Lo studio, prospettico, è stato condotto in Canada mediante la somministrazione di uno specifico questionario a 253 pazienti, che hanno firmato il consenso informato, affetti da emicrania senz'aura e con aura afferiti agli ambulatori di specialisti nel campo delle cefalee. I dati sono stati raccolti, da ciascun specialista, in un database elettronico e sono stati poi inviati ad un centro di riferimento per l'elaborazione statistica. Dall'analisi dei risultati è emerso che la nausea è presente in più del 90% dei casi, soprattutto nei soggetti affetti da emicrania con aura. Questo sintomo gastroenterico rende difficoltosa l'ingestione di farmaci per os in circa un quarto dei soggetti. Il tempo che intercorre tra l'esordio della crisi e il momento in cui il dolore diventa di intensità medio-severa è inferiore nei soggetti con emicrania con au-

ra: è generalmente inferiore a 2 ore nel 97% dei pazienti con emicrania con aura e nell'86% di quelli affetti dalla forma senz'aura. Inoltre, è stato identificato un gruppo di emicranici (circa il 10% dell'intero campione) in cui l'esordio è più graduale e l'intensità massima del dolore viene raggiunta in più di 2 ore. La nausea, riferita dal 91.7% delle persone insorge, nei soggetti con emicrania senz'aura, in fasi significativamente più avanzate dell'attacco rispetto alle persone con emicrania con aura. Mentre nella maggior parte dei pazienti la cefalea dura da 4 a 72 ore, nel 24.3% dei soggetti con emicrania con aura e nel 20.6% di quelli con emicrania senz'aura il dolore dura più di 72 ore; nei pazienti che non assumono un farmaco sintomatico la disabilità determinata dal dolore, dalla nausea e dal malessere in generale usualmente persistono per più di 3 giorni nel 24.3% dei pazienti con emicrania con aura e nel 16.7% di quelli con emicrania senz'aura. Un quinto degli emicranici è disabilitato dal dolore o dai sintomi associati per più di 3 giorni anche durante un attacco tipico di emicrania.

In circa la metà dei soggetti studiati il sintomatico assunto ha, secondo quanto riferito dai pazienti, un'efficacia buona o ottima. Gli autori concludono che, nella realtà clinica, gli attacchi di emicrania possono essere variabili e talvolta non rispettano i criteri della classificazione internazionale. Le crisi sono spesso accompagnate da nausea, che interferisce con l'assunzione della terapia per via orale, e possono persistere per più di 72 ore. L'insorgenza può essere graduale (passano più di 2 ore dall'esordio della crisi al raggiungimento della massima intensità del dolore) nel 10% dei casi. Gli episodi emicranici possono causare disabilità per più di 3 giorni. Nonostante gli aspetti clinici evidenziati da questo studio, i trattamenti sintomatici solitamente assunti sono efficaci in una buona percentuale dei casi.

*Headache 2006;46:1480-6*