

La sospensione della incredulità. La narrazione cinematografica come strumento clinico e didattico

Giorgio Villa

Psichiatra responsabile della Comunità Terapeutica Montesanto ASL RM E, giorgiomariavilla@gmail.com

SUMMARY

The human being is able to enjoy a show, but also a text or a poem, because he perceives it as a representation. This means that, within it, there must be a kind of suspension that, S. T. Coleridge in 1817 defined as: "willing suspension of disbelief". It means that "if a writer could infuse a 'human interest and a semblance of truth' into a fantastic tale, the reader would suspend judgment concerning the implausibility of the narrative".

In every storytelling and particularly in Cinema the suspension is very intense, until users are completely absorbed in a kind of temporal suspension, recovering from it little by little.

Working in a therapeutic community, relations between staff and users are not so usual to be observed as in other structures. In this case history, the staff, one evening per month identifies a course of study related to the general theme of "Cinema and psychosis". In recent years it has taken into a vision hundreds of film that year after year, focused on: the induction of madness, the borderline pathology, incest, family pathology, the evolutionary breakdown, trauma and dissociation, paranoia and its representations, schizophrenia (residual and catatonic form), schizophrenia (disorganized and paranoid form), suicide in the cinema.

Keywords: Cinema, psychosis, therapeutic communities, Burn out, suspension of disbelief

RIASSUNTO

L'essere umano è in grado di godere di uno spettacolo, ma anche di un testo o di una poesia perché può coglierlo come *rappresentazione*. Ciò significa che, al suo interno, deve avvenire una sorta di sospensione che, nel 1817, venne definita: "volontaria sospensione della incredulità".

Nella narrazione cinematografica la sospensione è particolarmente intensa al punto che l'utente viene completamente assorbito in una sorta di sospensione temporale dalla quale si riprende, successivamente, poco a poco. Il lavoro all'interno di una Comunità Terapeutica attiva relazioni peculiari nello *staff* che è più raro osservare in altre strutture. Nell'esperienza qui riportata, lo staff, una sera al mese individua un percorso di studio che riguarda film relativi al tema generale di "Cinema e psicosi". In questi anni si è preso in visione

un centinaio di pellicole che hanno riguardato, anno dopo anno, i seguenti temi: l'induzione della follia, la patologia *borderline* nel cinema, l'incesto, la famiglia patologica, il *breakdown* evolutivo, trauma e dissociazione, la paranoia e le sue rappresentazioni, la schizofrenia (forma residuale e catatonica), la schizofrenia (forma disorganizzata e paranoide), il suicidio nel cinema.

Parole Chiave: Cinema, psicosi, comunità terapeutiche, Burn out, sospensione dell'incredulità

PREMESSA

Sono passati trenta anni dall'epoca in cui Franco Fornari, Aldo Carotenuto ed altri psicoanalisti comparvero per la prima volta in televisione per presentare alcuni film che venivano da loro letti in una chiave psicologica all'epoca definita "del profondo". Nel corso di queste trasmissioni, peraltro seguite da molti spettatori, veniva suggerito ciò che, successivamente, è diventato quasi un luogo comune e cioè che nella narrazione cinematografica venisse contenuto un enorme potenziale proiettivo che anticipava modi di sentire e di patire, forme di apprendimento, diverse modalità di consumo, nuovi stili comunicativi e un inedito potenziale didattico. Pochi anni fa, mentre stavo rivedendo lo splendido *Blade Runner* (USA, 1982) di Ridley Scott, rimasi colpito dalla osservazione di due giovani che stavano alle mie spalle:

"Ma come? Non ha il telefonino!"

Il protagonista, l'attore Harrison Ford, stava facendo una telefonata da una cabina telefonica. Chi legge rammenterà che nel film di Scott è rappresentata una società di un lontano futuro nella quale compaiono astronavi e mutanti umani prodotti da una avanzata ingegneria genetica, insomma una sintesi particolarmente avvincente della letteratura fantascientifica del novecento, ma fino a pochi decenni fa il cellulare era inimmaginabile, come del tutto imprevedibile il mutamento che avrebbe prodotto nei costumi di vita della gente.

Questo esempio mostra quanto nella narrazione cinematografica sia potentemente racchiuso al punto da diventare emblematico di una certa epoca non solo per le intenzioni del regista, ma anche per le scelte degli abiti, per i tempi di recitazione, per la costruzione delle scene e così via.

Da tempo nella nostra attività didattica siamo por-

tati a fare ricorso allo strumento cinematografico proprio per l'enorme potenzialità di documentazione e spiazzamento che contiene e per la capacità di stimolare, anche tramite brevi sequenze, le potenzialità associative degli spettatori.

Come ben sappiamo i testi di psicologia sono di ardua lettura dal momento che è difficile, soprattutto per i giovani psicologi e psichiatri, rappresentarsi i complessi meccanismi psicologici e psicopatologici a meno che non posseggano una vasta cultura letteraria che consenta loro, per via associativa, di districarsi nel *mare magnum* delle passioni umane. Ma i tempi sono mutati ed è sempre più raro incontrare giovani che abbiano letto Pirandello, Tolstoy, Kafka, mentre è sempre più agevole avere a che fare con allievi che hanno seguito tutta la serie televisiva *Lost* o che siano stati accompagnati, da bambini, dagli episodi di *X Files*.

LA SOSPENSIONE DELLA INCREDULITÀ

Siamo in grado di godere di uno spettacolo, ma anche di un testo o di una poesia perché possiamo coglierlo come *rappresentazione*. Ciò significa che, dentro di noi, deve avvenire una sorta di sospensione che il poeta inglese Samuel Taylor Coleridge individuò, nel 1817, come "la volontaria sospensione della incredulità".

Nella narrazione cinematografica la sospensione è particolarmente intensa al punto che siamo completamente assorbiti in una sorta di sospensione temporale dalla quale ci si riprende, successivamente, poco a poco.

In ogni scuola dell'obbligo o superiore è diventato pratica frequente proiettare alcuni film che si ritengono utili ai fini didattici. Purtroppo talora il film

viene utilizzato soprattutto per le sue capacità di intrattenere o di “fare passare il tempo”.

Al contrario una scelta di alcuni spezzoni cinematografici può consentire l'utilizzo di una sospensione della incredulità di tipo *chirurgico* che evita l'induzione di uno stato passivo nello spettatore.

Ad esempio lo splendido *Lo scafandro e la farfalla* (Fr. USA, 2007) permette di vivere l'esperienza tragica di una persona che si trova, d'improvviso, murata nel proprio corpo a causa di un ictus profondo che gli consente solo di muovere una palpebra. Attraverso i battiti di questa palpebra (a cui allude la *farfalla* del titolo) il protagonista può comunicare con il mondo giungendo a “dettare” il libro dal quale il film è tratto.

Il cinema consente, inoltre, di documentare le varie forme della cura tramite la sua capacità di costruzione di documenti che assumono una valenza storica. L'esempio classico al riguardo ci è fornito dal celebre *Il medico della mutua* (Italia, 1968) che, tratto da un romanzo di Giuseppe D'Agata, esprime sarcasticamente i mali della assistenza sanitaria nell'epoca che precedette di poco l'avvento della Riforma Sanitaria. Il film ha cessato ben presto di essere un'opera macchiettistica e satirica per rivelarsi uno stupefacente documentario del rapporto medico-paziente in una Italia segnata dai voraci appetiti di una piccola borghesia ansiosa di accedere allo stile di vita della alta borghesia. Non è un caso che anche il successivo *Il prof. Dott. Guido Tersilli primario della clinica Villa Celeste convenzionata con le mutue* (Italia, 1969) sia stato campione di incassi di quell'anno anche se la rappresentazione del rapporto medico-paziente raggiunge livelli amarissimi di sarcasmo soprattutto quando viene messa in scena la massificazione e mercificazione di ogni relazione. La complessità del rapporto medico-curante è presente in tutta la ricerca compiuta dalla *Narrative Medicine* con i corollari posti dai quesiti della bioetica. Basta citare *Le invasioni barbariche* (Can., Fr. 2003) e il bel libro di Paolo Cattorini *Bioetica e cinema* (Franco Angeli, Milano, 2011) che commentando 70 film li collega con altri 360 utilizzando svariati vertici di osservazione: come si rappresenta l'handicap, come si comunica la verità ad un malato, come si muore, cosa implicano i trapianti e così via. Nel campo psichiatrico ogni quadro psicopatologi-

co può essere mostrato nei suoi tratti fondamentali con alcuni flash che, nei casi migliori, possono giungere a “fare provare” allo spettatore non solo l'esperienza della allucinazione e del delirio, ma anche il vissuto della depressione, della fobia, dell'ansia e dell'attacco di panico fino alla rappresentazione dei rapporti fra trauma e dissociazione.

ANDARE AL CINEMA

Da circa dieci anni un gruppo di nostri utenti utilizza, grazie alla guida di un infermiere appassionato di cinema, le cosiddette “uscite del mercoledì pomeriggio”, quando i biglietti del cinematografo, nella capitale, costano di meno.

La procedura è, ovviamente, codificata da una regola condivisa: si tratta di mettersi “democraticamente” d'accordo sul film da vedere, informarsi a grandi linee della trama in modo da presentarlo agli altri partecipanti al gruppo e, poi, mettere in atto il progetto, cosa che non è affatto scontata.

Come si dice “fra il dire e il fare c'è di mezzo il mare” ed, in effetti, succedono spesso contrattempi di ogni genere: chi ha proposto, con insistenza, un certo film, al momento di andare a vederlo non se la sente più per i più svariati motivi. Altre volte chi si incarica della presentazione parla di un film che non c'entra nulla e poi c'è chi non regge alle due ore di proiezione, chi si assenta, in bagno, per tempi sospetti, chi si abbuffa di pop-corn e così via.

In tutti questi anni si è accumulata una considerevole esperienza che riguarda *l'andare al cinema*. In effetti non ci pensiamo mai troppo, ma nell'andare al cinema si annida una intricata rete di rituali, competenze ed abitudini che non sono per nulla scontate e che, nella loro ovvietà, appaiono quasi invisibili. Dall'incontro con questa rete di ovvietà si generano gli interrogativi più stimolanti poiché molti nostri ospiti o non hanno mai conseguito tale abilità o la hanno frequentata in chiave unicamente solitaria. La scoperta di nuove sale cinematografiche, di diversi generi di film e di diversi percorsi inaugura inedite vie di condivisione che comportano il fatto di riconoscere ed accettare il parere e i gusti degli altri. Abbiamo notato che quando due ospiti hanno scelto, con altre persone, di vedere almeno una dozzina di film e ne hanno parlato successivamente sono

pronti a condividere una esperienza di vita quale è quella di un soggiorno estivo e, in alcuni casi, quella di vivere, insieme, in un appartamento.

I CICLI DI "CINEMA E PSICOSI"

Il lavoro in Comunità Terapeutica attiva relazione peculiari nello *staff* che è più raro osservare in altre strutture. Sarà per il fatto che si condivide un servizio attivo 24 ore su 24, sarà che siamo portati ad accompagnare i nostri ospiti nelle funzioni vitali della loro vita domestica, fatto sta che è frequente che ci si racconti cosa si legge, che film si vedono e, la mattina, cosa si sia sognato.

Ci è sembrato, quindi, naturale, più di dieci anni or sono, di attivare, con l'amico e collega Francesco Borgia, un gruppo di studio coinvolgente operatori dello *staff* e, successivamente, anche volontari e tirocinanti: questo seminario ha la durata di un anno e ruota intorno a un tema conduttore riguardante la produzione cinematografica.

Ci riuniamo, da allora, la sera una volta al mese scegliendo a turno una delle nostre case e individuiamo un percorso di studio che riguarda film relativi al tema generale di "Cinema e psicosi". In questi anni abbiamo, quindi, preso in visione un centinaio di pellicole che hanno riguardato, anno dopo anno, i seguenti temi:

1. L'induzione della follia
2. La patologia *borderline* nel cinema
3. L'incesto
4. La famiglia patologica
5. Il *breakdown* evolutivo
6. Trauma e dissociazione
7. La paranoia e le sue rappresentazioni
8. La schizofrenia (forma residuale e catatonica)
9. La schizofrenia (forma disorganizzata e paranoide)
10. Il suicidio nel cinema.

Si potrebbe dire, per i non addetti ai lavori, che, visti i temi, c'è poco da stare allegri. Tuttavia la pesantezza di molti dei film che ci sono venuti in mente è stata sopportata non solo dal fatto di vederli o rivederli in compagnia in un clima amicale, ma anche dalla capacità di selezionare alcune scene, alcune sequenze particolarmente significative, indi-

pendentemente da un giudizio di valore complessivo sull'intero film.

L'obiettivo comune era quello di "studiare insieme" e di associare liberamente a partire sempre dalle osservazioni cliniche comuni.

Alla fine di ogni anno, infine, siamo giunti a selezionare dalle quattro alle sei brevi sequenze cinematografiche che ci fossero sembrate più significative e "montarle" all'interno di un seminario a più voci tenuto presso la sede della Comunità Terapeutica ed aperto anche alla partecipazione di colleghi ed amici esterni al lavoro della nostra Comunità.

Questo momento conclusivo di un ciclo rappresenta anche una occasione unica di confronto con tutti gli altri operatori dello *staff* e comporta una ulteriore riflessione su *exempla* clinici che vengono attinti dalla comune esperienza di lavoro.

Anno dopo anno è cresciuta la nostra capacità di selezionare film che possano essere utili al nostro scopo di studio e il piacere di coinvolgere altre persone che possano darci indicazioni per ulteriori approfondimenti; il *turn-over* fra i partecipanti al gruppo di studio è stato relativamente modesto dal momento che ai "vecchi" operatori che hanno interrotto la loro collaborazione se ne sono aggiunti nuovi che, significativamente, provengono dal gruppo dei volontari e da quello dei tirocinanti.

È stato, quindi, molto interessante confrontarsi con età e stili conoscitivi diversi oltre che, naturalmente, diversi percorsi formativi (analitici, cognitivisti, sistemico-relazionali, strategici, transazionali etc.). Da famigliari, amici e colleghi raccogliamo indicazioni che riguardano anche film quasi introvabili che possono riguardare un ampliamento del nostro percorso e la focalizzazione di un aspetto anche marginale, ma significativo di una certa patologia.

La cosa più divertente è la capacità di accogliere uno stimolo che ci permette di rileggere una riflessione teorica e, da questa, passare ad uno spunto clinico che ci fa ricordare un altro spezzone cinematografico che attiva, a sua volta, una ricerca in Internet o la rilettura di un testo teorico o clinico. Si tratta di un processo che sembra procedere per spirali progressive all'interno delle quali le stesse storie dei nostri pazienti sono rievocate e rilette sia in chiave clinica che esistenziale, come riflessione psicopatologica ed espansione narrativa.

Lo strumento cinematografico viene utilizzato ricorrendo alla *volontaria sospensione della incredulità* (Coleridge, 1817) che, in questo caso viene utilizzata come un bravo chirurgo utilizza il bisturi.

La limitatezza stessa della durata degli spezzoni cinematografici scelti fa sì che lo spettatore non si possa adagiare nella passività che il fluire delle immagini finisce per indurre.

Non si tratta di svolgere un cineforum, bensì di porsi quesiti, entrare in aporie e nodi psicopatologici, illuminare punti oscuri della clinica, associare liberamente su dubbi relativi ai nostri pazienti.

Anche i famigliari dei nostri ospiti risentono di questo clima “cinefilo”.

Nel corso di una festa “di fine anno” (luglio 2011) organizzata dal coordinamento dei gruppi multifamigliari presso la Comunità Terapeutica di Castel di Guido, alcuni di loro si sono attivati giungendo a produrre un cortometraggio di circa 40 minuti sul tema del trasloco.

Venivamo da un'epoca difficile: per più di un anno noi di via Montesanto avevamo vissuto l'angosciosa esperienza di essere sul punto di essere sfrattati ed ora, felicemente, era giunta la notizia che il Comodato d'Uso con il Comune era stato appena firmato. La fine di un incubo veniva festeggiata, quindi, con un documentario composto da vari spezzoni di film che cominciavano con la famosa sequenza de *La spada nella roccia* (USA, 1968) nella quale il mago Merlino provvede a “traslocare” attivando una esilarante magia che comprime tutti i mobili e le masserizie in una semplice borsa. Ma il “trasloco” trapassava in molte altre situazioni esistenziali scelte in altri otto film suggerendo l'idea che anche l'esperienza in Comunità terapeutica era per gli ospiti e per i famigliari un vero e proprio “trasloco emotivo”.

INSEGNARE VEDENDO

Il modificarsi, arricchirsi e diversificarsi dei media comunicativi ha reso sempre più utilizzabile lo strumento cinematografico a fini didattici e questo fatto è documentato dalla mia esperienza e da quella di molti miei colleghi.

Da molti anni tengo un corso semestrale, all'interno della Comunità Terapeutica e nell'ambito dei

corsi organizzati e patrocinati dalla Scuola Medica Ospedaliera, su “Il trattamento dei pazienti gravi in Comunità Terapeutica”. Nei ventidue incontri di due ore sono coadiuvato dai dottori Francesco Borgia e Pietro Salemmè.

La partecipazione, riservata a psicologi e a psichiatri, vede annualmente l'iscrizione di un minimo di cinque studenti fino ad un massimo di ventiquattro. Circa dieci anni fa nel test di soddisfazione di fine corso un allievo suggerì che venissero inseriti nel corso la proiezione di alcune sequenze cinematografiche che erano state, fino ad allora, solamente citate.

Fu una specie di illuminazione: da allora ogni anno proiettiamo pochi minuti di film famosi e meno noti come *Family Life* (GB, 1971), *Shining* (USA, 1980), *The Dangerous Lives of Altar Boys* (USA, 2002), *Fearless* (USA, 1993), *The Grizzly Man* (USA, 2005), *Emma sono io* (Italia, 2002), *Qualcosa è cambiato* (USA, 1997), *L'inquilino del terzo piano* (Francia, 1976), *Spider* (Canada, 2002) *The Beautiful Mind* (USA, 2001), *Birdy: le ali della libertà* (USA, 1984), *Shine* (USA, 1996), *Il cigno nero* (USA, 2011), *El* (Messico, 1952) e così via.

Poche sequenze sono così significative al fine di esemplificare il tema del contratto terapeutico-riabilitativo come i primi dieci minuti del bellissimo *Elling* (Norvegia, 2001) e non meno stupefacenti sono le poche sequenze del processo al primario psichiatra colpevole di avere usato l'elettroshock in modo massivo e punitivo nella prima parte de *La meglio gioventù* (Italia, 2003).

Da sei anni ho esteso questa pratica ai corsi di specializzazione della SPIG a Palermo e al Master sulla Creatività tenuto presso la Terza Università di Roma.

A titolo esemplificativo allego una tabella nella quale sono abbinate alle principali patologie alcune indicazioni cinematografiche lasciando al lettore/spettatore il piacere di cercare i punti, per lui, più significativi.

Occorre fare molta attenzione. Non si tratta, infatti, di somministrare *tutto* il film, ma solo quelle sequenze di pochi minuti sulle quali lavorare e fare associare liberamente gli allievi

Ad esempio la proiezione dei primi minuti del film *Qualcosa è cambiato*, (USA, 1997) non ha l'obiettivo

di suscitare il riso quando il cagnolino fa la pipì addosso a Jack Nicholson quando questi sta per rincasare ed è angosciato dal fatto che il cane stia per “marcare il suo territorio” con la sua urina. L'allievo deve essere sollecitato a scoprire come la “marcatura del territorio ossessiva” sia una gabbia spaventosa e, quindi, è portato a superare la momentanea ilarità e annotare tutti i rituali ossessivi che l'attore compie, successivamente, rientrando in casa: ad esempio accendere e spegnere la luce cinque volte, “toccare legno”, liberarsi del paio di guanti (peraltro nuovissimi), usare due saponette appena scartate ed eliminarle prontamente e così via.

Come si può osservare si tratta di una esperienza didattica che ha l'obiettivo di evitare al massimo lo stato di passività acritica di chi si trova ad occupare la posizione dello spettatore.

La tabella successiva è, quindi, utilizzabile, solo se vengono individuate quelle sequenze usufruibili in modo rapido e dinamico anche tramite un compito scritto successivo.

Al contrario si può pensare ad un cineforum, ma la valenza didattica è destinata a perdersi o diluirsi in questioni che riguardano le intenzioni del regista, la qualità della storia, l'efficacia degli attori, la compattezza della sceneggiatura e così via.

Naturalmente si tratta di cose molto interessanti, ma di fatto marginali rispetto la nostra intenzione didattica.

PRINCIPALI PATOLOGIE PSICHICHE

Nevrosi

- Disturbo di ansia generalizzata (*Donne sull'orlo di una crisi di nervi*, 1988)
- Disturbo di attacco di panico (*Panic Room*, D. Fincher, 2002)
- Disturbo ossessivo-compulsivo (*Qualcosa è cambiato*, J.L. Brooks, 1997)
- Disturbo post-traumatico da stress (*Fearless-Senza paura*, P. Weir, 1993)

Disturbo somatoforme

- Isteria (*Bella di giorno*, L. Bunuel, 1967)

- Ipocondria (*Il malato immaginario*, T. Cervi, 1979)
- Disturbo di dismorfismo corporeo

Psicosi

Schizofrenia

- Tipo Paranoide (*A Beautiful Mind*, 2001) (El, L. Bunuel, 1952),
- Tipo Disorganizzato (*Spider*, D. Cronenberg, 2002)
- Tipo Catatonico (*Birdy, le ali della libertà*, A. Parker, 1984)
- Tipo Residuo (*Shine*, H. S. Hicks, 1996)

Disturbi del tono dell'umore

- depressivo (*Fuoco fatuo*, L. Malle, 1963)
- bipolare (*Emma sono io*, Falaschi, 2002)

Disturbi di personalità

Gruppo A

- Paranoide (*Brazil*, T. Gilliam 1985)
- Schizoide (*Taxi driver*, M. Scorsese 1985)
- Schizotipico (*Ogni cosa è illuminata*, 2005)

Gruppo B

- Antisociale (*Qualcuno volò sul nido del cuculo*, M. Forman, 1975); (*Will Hunting: genio ribelle*, Gus Van Sant, 1997)
- Borderline (*28 giorni*, B. Thomas, 2000); (*Ragazze interrotte*, J. Mangold 1999); (*Il sorpasso*, D. Risi, 1962); (*Fino all'ultimo respiro*, J.-L. Godard, 1960)
- Istrionico (*Prova a prendermi*, S. Spielberg, 2006)
- Narcisistico (*La fine è nota*, C. Comencini, 1993)

Gruppo C:

- Evitante
- Dipendente (*Il portiere di notte*, L. Cavani, 1974)
- Ossessivo-compulsivo (*Le conseguenze dell'amore*, Sorrentino 2004)

CONCLUSIONE

Nel 1875 la scoperta delle grotte di Altamira, non lontano da Santander, e, pochi decenni dopo, delle

grotte di Lascaux in Francia permisero di verificare una ipotesi sconvolgente.

Nel Paleolitico Superiore, da almeno 35.000 anni prima di Cristo fino a 20.000 anni fa l'uomo rappresentava le scene relative al suo rapporto con il mondo animale disegnando e colorando intere pareti e volte di caverne naturali.

L'*Homo sapiens* riuscì a stabilire un nesso fra le sue capacità manipolative e la rappresentazione simbolica determinando un accrescimento delle aree associative corticali che portò ad uno sviluppo tumultuoso dell'encefalo.

Nel rappresentare gli animali e se stessi i primitivi cacciatori-raccoglitori coglievano un senso profondo ed inedito del proprio stesso esistere e percepivano la loro fragilità di fronte allo scorrere del tempo ed alla stessa consapevolezza della morte.

Non a caso Mirò, Picasso, Braque e molti altri artisti furono sedotti da queste opere e giunsero ad imitare il gesto dei nostri antenati imprimendo sulla tela l'impronta della propria mano, come segno forte di identità e appropriazione.

Gli sciamani furono, molto probabilmente, i primi costruttori di senso attraverso la lotta contro gli spiriti avversi e le loro cerimonie estatiche costituirono le prime rappresentazioni drammatiche della umanità.

Il fatto di divenire "essere di linguaggio" ha portato l'*homo sapiens* a praticare sempre più agevolmente la "sospensione della incredulità" di cui parlava Coleridge di fronte ad uno spettacolo, ma anche di fronte ad un'opera d'arte. Ciò significa che ci immedesimiamo in situazioni talora del tutto imprevedibili, anche lontanissime dalla nostra realtà quotidiana. Danzando e cantando in stato di *trance* gli sciamani rappresentavano il contatto fra mondo invisibile e mondo reale e, quindi, oltre ad essere i primi sacerdoti furono anche i primi medici, i primi "artisti" in senso globale.

Quando mi viene chiesto se io creda o no al potere degli sciamani himalayani che ho potuto studiare per circa venti anni grazie alla ricerca condotta sullo siamanismo siberiano e centroasiatico dal compianto professor Romano Mastromattei mi viene da rispondere se il mio interlocutore creda o no al potere della poesia, della musica e del cinema.

Tutto ciò che è irreale ed improbabile trova esempi

convincenti nel teatro e nel melodramma ed ancora oggi noi sussultiamo quando la protagonista della *Lucia di Lammermour* di Gaetano Donizetti (1845) esprime il suo dolore e confusione mentale nella famosa "scena della follia" ("Il dolce suon mi rapì di sua voce") anche se ha appena compiuto un crimine orrendo pugnalandolo a morte il suo sposo.

Se il mondo dell'arte può sembrare un fatto di élite e quello della musica colta faccenda per pochi, al contrario la rappresentazione cinematografica ci permette di utilizzare "esempi visivi" particolarmente utili anche in forza delle recenti tecniche digitali ed informatiche che consentono una fruizione di sequenze cinematografiche che possono attingere ad una sterminata cineteca.

Una mia paziente che era andata incontro, un anno prima, ad un esordio schizofrenico mi confessò che la visione di *A Beautiful Mind* (USA, 2001) l'aveva sconvolta dal momento che lei stessa aveva completamente rivestito le pareti della sua cameretta con dei ritagli di giornale come avviene che faccia, sia nel film che nella realtà, lo scienziato John Nash, premio Nobel, nel 1994, per la matematica.

"Pensi – mi disse – che cercai in tutti i modi di *impacchettare* le gambe del mio letto là dove apparivano i bulloni dal momento che, nelle mie allucinazioni, avvertivo che era da lì che provenivano i messaggi inquietanti della potenza aliena che voleva condizionare la mia mente".

Una sequenza cinematografica ha il vantaggio di essere breve e, al contempo, complessa permettendoci di vedere un sintomo e, insieme, il suo vissuto "interno" e come si cala in un contesto familiare, sociale e terapeutico.

Una delle scene più toccanti e incisive di *A Beautiful Mind* è quella nella quale avvertiamo contemporaneamente il terrore della moglie del protagonista che fugge con il piccolo figlio da un marito allucinato che ha sospeso i farmaci e che aveva "affidato" il bagnetto del bimbo al suo fantomatico ex compagno di università e il vissuto di Nash che comincia a distinguere le allucinazioni dalle percezioni reali grazie al fatto che le prime non si modificano nel tempo ("Non sono reali... La bambina non cresce!") urla alla moglie).

Il potere didattico di una scena ben girata è pari solo al "potere di distrazione" che porta con sé dal

momento che il nostro modo di apprendere necessita di compiere un percorso emotivo che, per i labirinti della mente, ci faccia perdere e ritrovare. Ogni apprendimento è una “riconquista emotiva” proprio nel senso dato da Goethe nella seconda stesura del Faust quando afferma:
 “Quello che hai ricevuto dai genitori riconquistalo altrimenti non sarà mai tuo!”

FILMOGRAFIA

- A Beautiful Mind* (USA, 2001)
L'age d'or (Francia, 1930)
Alexander (USA, GB, Germ., Ol., 2004)
Bella di giorno (Francia, 1997)
Birdy: le ali della libertà (USA, 1984)
Blade Runner (USA, 1982)
Brazil (USA, 1985)
Un chien andalou (Francia, 1929)
Il cigno nero (USA, 2010)
Le conseguenze dell'amore (Italia, 2004)
The Dangerous Lives of Altar Boys (USA, 2002)
Donne sull'orlo di una crisi di nervi (Sp., 1988)
EI (Messico, 1952)
Elling (Nor., 2001)
Emma sono io (Italia, 2002)
Fearless, senza paura (USA, 1993)
Fight Club (USA, Germ., 1999)
Fino all'ultimo respiro (Francia, 1960)
La fine è nota (Italia, 1993)
- Fuoco fatuo* (Francia, 1963)
Il Gladiatore (USA, GB, Germ., Ol., 2000)
Le invasioni barbariche (Can, Fr, 2003)
Il malato immaginario (Italia, 1979)
Il medico della mutua (Italia, 1968)
I misteri di un'anima (Germ., 1926)
Il mistero del falco (USA, 1941)
Ogni cosa è illuminata (USA, 2005)
Panic Room (USA, 2002)
Il portiere di notte (Italia, 1974)
Il posto delle fragole (Svezia, 1957)
Il prof. Dott. Guido Tersilli primario della clinica Villa Celeste convenzionata con le mutue (Italia, 1969)
Prova a prendermi (USA, 2006)
Psycho (USA, 1960)
Qualcosa è cambiato (USA, 1997)
Qualcuno volò sul nido del cuculo (USA, 1975)
Ragazze interrotte (USA, 1999)
Shine (Australia, 1996)
Sogni (Giappone, 1990)
Il sorpasso (Italia, 1962)
La spada nella roccia (USA, 1963)
Spartacus (USA, 1960)
Spider (Canada, 2002)
Sybil (USA, 1976)
Taxi driver (USA, 1985)
300 (USA, 2006)
Truman Show (USA, 1998)
28 Giorni (USA, 2000)
La voce della luna (Italia, 1990)
Will Hunting, genio ribelle (USA, 1997)

1. I manoscritti possono essere presentati in italiano ed in inglese e devono essere inviati in formato elettronico a: cscand@libero.it
2. Le pagine devono essere numerate consecutivamente.
3. La prima pagina del manoscritto deve contenere le seguenti informazioni:
 - Titolo per esteso del lavoro
 - Titolo abbreviato (non più di 45 caratteri) per le pagine successive
 - Nome (per esteso) e Cognome di tutti gli autori
 - Istituzioni di appartenenza degli autori (con indicazione delle città sedi delle istituzioni)
 - Nominativo dell'autore cui indirizzare la corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero civico, CAP, città) e indirizzo di posta elettronica (e-mail); numero telefonico di più facile reperibilità; se possibile numero di fax.
4. I manoscritti devono includere un Sommario Breve di circa 50 parole nella lingua con cui è redatto il manoscritto, tre-sei Parole-chiave in italiano ed in inglese e un Riassunto esteso (circa 200 -250 parole) nella *lingua complementare a quella del testo*, preferibilmente strutturato secondo la seguente modalità: a) per le rassegne, esperienze o commenti: Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni; b) per lavori di ricerca: Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni
5. Il testo degli articoli non dovrà superare di regola le 4000 parole, ivi compresi il riassunto, le tabelle e la bibliografia.
6. Nel caso di più autori è possibile specificare in calce alla prima pagina il ruolo di ciascuno nel lavoro cui si riferisce l'articolo (es: ricercatore principale, autore senior, partecipante, etc.). In mancanza di un'annotazione del genere, l'articolo si intende pubblicato come *spettante in pari misura agli Autori*.
7. Poiché la Rivista è prodotta con strumenti elettronici, non saranno inviate agli autori bozze per la correzione. Si raccomanda pertanto di controllare scrupolosamente la correttezza grammaticale ed ortografica dei testi sottoposti per la pubblicazione.

TABELLE E FIGURE

8. Eventuali tabelle dovranno essere preparate su fogli separati. Nel testo dovrà essere indicato il punto del testo in cui dovrebbero di massima apparire. Dovranno essere numerate con numeri arabi (es. Tabella 3); ogni tabella dovrà di regola riportare un titolo (al di sopra della tabella) e una legenda (al di sotto della tabella) breve ma capace di trasmettere il significato dei dati.
9. Eventuali figure (fotografie, disegni ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati. Nel testo dovrà essere indicato il punto del testo in cui dovrebbero di massima apparire. Dovranno essere numerate con numeri arabi (per es. Figura 3); ogni figura dovrà di regola riportare un titolo (al di sopra della figura) e una legenda (al di sotto della figura) breve ma capace di trasmettere il significato del contenuto.
10. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, gli Autori devono dichiarare, sotto la proprie responsabilità, di aver ottenuto l'autorizzazione alla loro riproduzione. Il materiale deve riportare l'indicazione della pubblicazione di origine.
11. Gli estratti possono essere richiesti all'editore con indicazione del numero di copie (in numero non inferiore a 100), al momento in cui gli autori ricevono la comunicazione dell'accettazione del lavoro; il costo è a totale carico degli autori.
12. Tutti i diritti sono riservati alla redazione della rivista e all'editore. È vietata, a norma delle leggi vigenti, la pubblicazione parziale o integrale in qualsiasi forma dei lavori pubblicati nella rivista.

BIBLIOGRAFIA

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi quadra) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo.

Le citazioni bibliografiche dovranno contenere nell'ordine:

- i cognomi (separati da virgole) di tutti gli autori, ciascuno seguito dalle iniziali maiuscole non puntate del nome
- il titolo per esteso in lingua originale preceduto e concluso da un punto fermo
< Cognome N, Cognome NN. Titolo. >

PER LE RIVISTE

- in corsivo il titolo del giornale secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata - senza interpunzioni tra le iniziali)
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato
< anno di pubblicazione, numero del volume: pagina iniziale-pagina finale >

Esempio

[1] Sutton M, Carr-Hill R, Gravelle H, Rice N. Do measures of self-reported morbidity bias the estimation of the determinants of health care utilization? *Social Science and Medicine*, 1999,49: 867- 878.

PER I LIBRI

(dopo gli autori e il titolo (*in corsivo*), del libro, analogamente agli articoli da riviste)

- città di pubblicazione del libro, nome dell'editore, anno di stampa, eventuale pagina iniziale-pagina finale della parte citata
< Città: Nome dell'editore, anno: pagina iniziale-pagina finale >

Esempio

[2] Gagne RM. *The Conditions of Learning*. NewYork: Holt, Rinehart & Winston, 1977: 59-67.

PER I CAPITOLI DI LIBRI

(dopo gli autori e il titolo del capitolo seguito da un punto)

< In: Autori (a cura di). Titolo del libro in corsivo. Città di pubblicazione: Nome dell'editore, anno di stampa: pagina iniziale-pagina finale >

Esempio

[3] Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stresses of illness. In: G Stone, F Cohen, N Adler (a cura di). *Health Psychology: A handbook*. San Francisco: Josey-Bass, 1979: 217-254.

LISTA DI CONTROLLO

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue per accertarsi che siano state debitamente osservate le Istruzioni per gli Autori:

1. Manoscritto in formato elettronico, possibilmente Word
2. Materiale illustrativo: tabelle e figure, ciascuna con titolo e legenda
3. Nome per esteso e cognome di tutti gli Autori
4. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città e dello Stato
5. Titolo del lavoro nella lingua in cui è steso il testo
6. Titolo corrente
7. Sommario breve (circa cinquanta parole) nella lingua in cui è steso il testo
8. Sommario esteso (circa 200-250 parole) nella lingua complementare a quella del testo
9. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza
10. Numeri consecutivi delle referenze nel testo
11. Posizione consigliata delle tabelle e delle figure nel testo
12. Riferimenti numerati in bibliografia secondo lo stile raccomandato

1. Papers can be written in Italian or in English. All submissions should be made in electronic format at: cesare.scandellari@unipd.it
2. All pages should be consecutively numbered
3. The first page of the manuscript should contain the following information:
 - full title of the paper
 - a short title not exceeding 45 characters for use as a running head for following pages
 - full first names and family name of authors
 - Institutions of the authors, with the indication of the town of the institution
 - name, address (street, number, ZIP, town), telephone and fax number, and email address of corresponding author
4. Manuscript should include a Short Summary (50 words) in the same language as the text of the paper, 3-6 key-words in Italian and English and an Extended Summary (250 words) in the alternative language than the text, structured as the following: a) for reports, experiences and comments: Introduction, Description, Conclusion; b) for research papers: Introduction, Materials and Methods, Results, Conclusion
5. Text should be no longer than 4000 words, including summary, tables and references
6. If there is more than one author, it is possible to specify in the first page each author's specific role (main researcher, senior author, participant,...). If no specification is added, the paper will be acknowledged to all authors to the same extent.
7. Since the journal is printed through electronic processing, no proof will be sent to authors for corrections. Authors are requested to check carefully the correctness and spelling of submitted text.

TABLES AND FIGURES

8. Tables should be included at the end of the paper, each on a separate page. Their position in the text should be indicated and they should be given arabic numbers (e.g Table 1). Each table should have a title (above the table) and a legend (below the table), short but meaningful.
9. Figures (photographs, drawings) should be presented each on a separate page. Their position in the text should be indicated and they should be given arabic numbers (e.g Figure 1). Each figure should have a title (above the table) and a legend (below the table), short but meaningful.
10. If illustrations already published elsewhere are submitted, the authors should declare under their responsibility that they obtained the permission to the reproduction of the illustration. All submitted materials should include the reference to the original publication.
11. Reprints can be requested to the publisher, indicating the number of copies (not less than 100), when the authors receive the notification of acceptance of the paper. Cost is fully charged to authors.
12. All property rights are reserved to the board and to the publisher. It is forbidden, according to Italian law, any other partial of total publication of papers accepted for publication on this journal.

REFERENCES

References should be consecutively numbered in the text, in square brackets and listed in numerical order in the References section at the end of the paper, according to the following format:

- family names of the authors, separated by commas, with the non-punctuated capital letter of the first name
- the full title of the paper, preceded and followed by a full stop

JOURNALS

- title of the journal in italics, according to the international use (full or abbreviated title as commonly used, without fullstop between the fragments)
- reference numbers in the following format
<year, issue: start page-end page>

Example

[1] Sutton M, Carr-Hill R, Gravelle H, Rice N. Do measures of self-reported morbidity bias the estimation of the determinants of health care utilization? *Social Science and Medicine*, 1999,49: 867- 878.

BOOKS

- Authors. Title of the book in italics
- Town: publisher, year: start page-end page of quoted text
< Town: Publisher, year: start page-end page >

Example

[2] Gagne RM. *The Conditions of Learning*. NewYork: Holt, Rinehart & Winston, 1977: 59-67.

CHAPTERS IN A BOOK

- Authors. Title of the chapter followed by full stop
< In: Editor(s).Title of the book in italics. Town: Publisher, year: start page-end page >

Example

[3] Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stresses of illness. In: G Stone, F Cohen, N Adler (editors). *Health Psychology:A handbook*. San Francisco: Josey-Bass, 1979: 217-254.

Check list

Before you submit your paper, please check this list to be sure you properly followed all the instructions:

1. Manuscript in electronic format, preferably MS Word (.doc or .docx)
2. Table and figures with title and legend, each on a separate page
3. Full name and family name of all the authors
4. Institutions of the authors with the town of the institution
5. Full title of the paper in the same language as the text of the paper
6. Running title
7. Short Summary (50 words) in the same language as the text of the paper,
8. Extended Summary (250 words) in the alternative language than the text
9. Name, address (street, number, ZIP, town), telephone and fax number, and email address of corresponding author
10. References consecutively numbered in the text
11. Preferred position of tables and figures in the text
12. References according to the suggested style

