

Intervista al Prof. Pietro Sarteschi nella ricorrenza dei suoi 85 anni a cura del Dr. Riccardo Dalle Luche¹

Gentile professore, prima di rispondere alle domande che seguono, Le chiedo una breve autobiografia professionale nella quale siano indicate le tappe fondamentali della sua carriera, i punti nodali e quanto altro le sembra importante far sapere soprattutto agli psichiatri delle ultime generazioni che non la conoscono abbastanza.

Caro Dalle Luche,

laureatomi a Pisa con 110 e lode il 2 luglio 43, dopo solo due giorni, salito a Volterra a casa di mio padre, data la situazione bellica, venivo inserito come aiuto all'ospedale civile dove rimanevo per due anni facendo realmente l'aiuto medico-chirurgo, assistendo il chirurgo primario il Professor Carossini ed operando personalmente semplici interventi tipo ernia, appendicite e tutta la patologia chirurgica inerente agli eventi bellici. A Volterra subii il passaggio degli americani, operando di continuo per nove giorni i pazienti feriti dal bombardamento della città (in ospedale crollò anche la corsia uomini) e tutti quelli che arrivavano dai paesi vicini a Volterra, per cui col primario dovevamo operare negli scantinati. Comunque in quei due anni rimasi sempre anche accanto a mio padre che dirigeva l'ospedale psichiatrico, col quale avevo avuto modo di affrontare le varie problematiche della psichiatria ospedaliera, sempre in contatto con i più vari pazienti psichiatrici. In casa del direttore (Domus Aeoli) vivevano giornalmente 4 pazienti (la cuoca, la cameriera, il giardiniere ed un paziente dell'ospedale giudiziario, di nome "Frumento", paranoico, ricoverato perché aveva ucciso un suo rivale persecutore). Questo malato riteneva di essere la guardia del corpo di mio padre e se mio padre rimaneva a letto per qualche giorno, perché influenzato, pretendeva di dormire su un materasso davanti alla porta della camera da letto di mio padre.

Alla fine del 1945 rientrai a Pisa nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali (C.M.N.M) dove, all'inizio del 1946, divenni l'aiuto del mio grande maestro Giuseppe Pintus (allora direttore incaricato) che contribuì alla mia formazione neuropsichiatrica. Così per 9 anni vissi nella mia stanza nel reparto psichiatrico donne, dedicandomi di giorno all'assistenza dei pazienti interni ed esterni (che affluivano alla clinica sempre più numerosi), mentre la prima parte della notte mi chiudevo in biblioteca per aggiornarmi, scrivere, prepararmi alla libera docenza. Nel 1959 la improvvisa scomparsa per infarto del mio maestro obbligò la facoltà di Pisa a difendermi dall'aggressione, che, purtroppo si verificò contro di me (come spesso capita nel mondo accademico universitario) per l'attribuzione che avevo avuto dell'incarico della direzione della C.M.N.M., che mi venne poi confermato per 3 anni. Data l'impossibilità di entrare in carriera in C.M.N.M. non avendo più il maestro, mi fu consigliato di cercare di trovare un "convenzionamento" per una cattedra di psichiatria. Realizzai la cosa tra l'Università e l'amministrazione provinciale di Pisa (grazie all'intervento favorevole del presidente dell'amministrazione provinciale, il Dott. Nino Maccarone). Su questa cattedra convenzionata di psichiatria fu indetto il primo concorso universitario di psichiatria in Italia che ebbi l'occasione di vincere.

Nel concorso nazionale fui dichiarato primo il 7 dicembre 62. Il 15 Dicembre 62 la Facoltà Medica di Pisa, unanime, mi chiamava così a ricoprire la cattedra. Nacque la clinica psichiatrica di Pisa, a cui, come sede, furono assegnate le 2 sezioni psichiatriche della C.M.N.M.. Poiché le due sezioni psichiatriche erano considerate stanze di osservazione psichiatrica secondo la legge 1904/1909, per non essere equiparato a ospedale psichiatrico creai il cosiddetto reparto "psicopatologico aperto", che feci approvare, con particolare regolamento, dalla Procura della Repubblica di Pisa, suddivisi i 100 posti letto della nuova clinica in 50 posti legati al vincolo della legge 1904/1909 e 50 posti letto (25 Uomini e 25 Donne) per il ricovero libero a spesa mutualistica. La clinica aveva così la possibilità sia del ricovero coatto sia di un ricovero assolutamente libero a spesa del servizio sanitario nazionale.

Gli anni di permanenza accanto a mio padre mi avevano dimostrato che l'ospedale psichiatrico poteva essere condotto con maggiore umanità e non solo con modalità custodialistiche. Esistevano nell'ospedale tutte le attività di lavoro possibili (officina fabbri, reparto falegnami, reparto meccanici, colonia agricola). Era stato inoltre costruito il cinema teatro dove settimanalmente venivano proiettati i film e rappresentate commedie. Esisteva un centro sociale dove i malati si riunivano ogni pomeriggio. Nel reparto denominato "Laboratori clinici" vi era la possibilità di eseguire per i malati interni e anche per i pazienti della città di Volterra un qualsiasi esame ematologico di routine, ed esisteva, per merito del direttore dei laboratori, il Dott. Mariani, un centro per l'allevamento delle zanzare anopheles che era in grado di distribuire in tutta Italia le zanzare infette al fine di provocare la "malaria" terzana benigna, a fini terapeutici, per i pazienti luetici affetti da paralisi progressiva (malattia allora frequente e scomparsa in seguito negli anni con l'avvento della penicillina).

Altra cosa molto importante, ogni ospedale psichiatrico efficiente era dotato di una biblioteca (ben superiore alla biblioteca universitaria) in quanto l'ospedale era dotato di una propria rivista scientifica (che consentiva i cambi con le altre riviste scientifiche italiane e straniere). Volterra era dotata della rivista "Neopsichiatria", Firenze della "Rivista di patologia nervosa e mentale", Siena della "Rassegna di studi psichiatrici".

¹ Responsabile del Reparto di Psichiatria AzSL di Massa

La prima domanda è d'obbligo: qual'è stato secondo lei il fattore che ha determinato il maggiore cambiamento nella qualità della vita dei pazienti psichiatrici?

Non vi è alcun dubbio che il fatto dominante che ha contribuito a cambiare la qualità della vita del paziente psichiatrico dopo gli anni 50 è stato l'avvento degli psicofarmaci. Ma va tenuto presente il fatto che il potenziarsi della clinica, con l'afflusso sempre maggiore di validissimi allievi collaboratori, con la creazione della scuola di specializzazione, l'insegnamento sempre più approfondito, hanno costituito altri fattori importanti. Nella nuova scuola che si stava formando mi sono sempre preoccupato che tutte le voci della psichiatria trovassero ascolto in modo che potesse svilupparsi ogni campo della ricerca secondo gli interessi personali di ognuno.

Logicamente nel 1962, con la costituzione della clinica psichiatrica, il servizio di Igiene e Profilassi mentale, già istituito per iniziativa del mio maestro Giuseppe Pintus nel 1959, veniva affidato alla mia direzione. Sorgevano i centri psico-medico sociali di Pisa- Pontedera- Volterra- Cascina- San Miniato, perché era mio desiderio che, accanto alla Clinica Psichiatrica, l'attività extraospedaliera divenisse sempre più ampia, in linea con i moderni criteri di assistenza psichiatrica. Volevamo che la nostra consapevolezza venisse trasmessa a sempre più larghi strati di popolazione, venendo trasfuso soprattutto nei familiari dei nostri malati oltre che nella popolazione generale, favorendo intorno al malato psichico un'affettuosa comprensione e non diffidenza, paura, sospetto, elementi, questi, che contribuiscono ad alienare ulteriormente il malato respingendolo dalla società dei normali.

Queste mie decisioni e realizzazioni contribuirono già allora in modo fondamentale a modificare la qualità della vita dei pazienti psichiatrici che affluivano alla clinica. L'aspetto custodialistico ed il concetto di pericolosità dei malati di mente della legge 1904/1909 veniva così superato in quanto già dal '62 la Clinica Psichiatrica di Pisa, con la doppia possibilità di ricovero (legge 1904/1905 e reparto psicopatologico aperto), rendeva possibile equiparare una grande parte dei pazienti psichiatrici a pazienti non psichiatrici.

Il trattamento dei pazienti psicotici gravi e cronici in ospedale psichiatrico ci è abbastanza noto. A volte però mi chiedo: come venivano trattati prima dell'avvento degli psicofarmaci i pazienti meno gravi, quelli che oggi riempiono gli ambulatori di ogni psichiatra e anche di molti psicologi?

Il trattamento del paziente psicotico grave e a volte cronico prima dell'avvento degli psicofarmaci (clorpromazina e reserpina negli anni 1950) veniva effettuato con i pochi sedativi di cui disponevamo (scopolamina + morfina, barbiturici, ma soprattutto con l'elettroshock terapia "Cerletti-Bini" e con l'insulina-terapia, "coma alla Sakel". Effettuavamo cicli di piretoterapia vaccinicca e la malarico-terapia. Eravamo costretti anche in certi casi di eccitamento psicomotorio o di mania a ricorrere a mezzi contenitivi (camicia di forza) che anche ognuno di noi giovani medici aveva l'obbligo di saper applicare.

I pazienti meno gravi (neurotici, isterici, psicoastenici) venivano trattati con iniezioni endovenose di bromuro di calcio, terapia stimolante con piccola insulina, piretoterapia vaccinicca, il trattamento diretto persuasivo con colloqui ripetuti a tipo psicoterapico.

Come è cambiata, se è cambiata, la psicopatologia dagli anni '50 ad oggi?

Ci può raccontare quali manifestazioni cliniche più la colpirono in passato, che oggi non si vedono quasi più?

Ricorda qualche paziente in particolare?

I cambiamenti maggiori riguardavano l'inquadramento nosografico che indubbiamente è oggi notevolmente diverso. Negli anni 50 con le teorie psicodinamiche si erano affermati i concetti di tipo etiopatogenetico di cui paradigmatico è quello di nevrosi e si confrontavano le diverse correnti psicopatologiche, di cui quella dinamica e quella fenomenologica erano le più rappresentative, e mettevano in ombra la concezione clinico-biologica assimilata dispregiativamente ad una sorta di "cerebrologia". Nonostante i progressi della psicobiologia e gli sforzi delle diverse scuole psicopatologiche, la psichiatria si è resa lentamente conto che il livello di conoscenza non andava oltre quello descrittivo. Al fascino dell'individualismo culturale, per cui ogni manuale proponeva un proprio paradigma di riferimento, si è sostituita la necessità della standardizzazione del linguaggio ed ha preso piede la descrizione etiologicamente neutrale del "D.S.M." che, insieme al concetto di nevrosi, ha cancellato anche quello di malattia, limitandosi ad una classificazione per disturbi, cioè ricorrendo ad un paradigma ancora più generico di quello sindromico dell'inizio del secolo. Sul piano strettamente clinico i cambiamenti sono molto minori ed in gran parte di tipo patoplastico.

Non vi è dubbio tuttavia che alcune patologie hanno subito cambiamenti: alcune sono praticamente scomparse ed altre si sono affacciate all'orizzonte. Se l'isteria, non più presente nelle eclatanti crisi convulsive ad "arco di cerchio" e nelle manifestazioni neurologiche (paralisi, afonia, cecità ecc.) può considerarsi confluita nei vari disturbi d'ansia ed in qualche caso nei disturbi somatoformi, la sindrome di Ganser, con le sue manifestazioni che simulano la malattia mentale che spesso la connotavano, è oggi una rarità. Nel '62 si vedevano ancora gli "archi di cerchio". Alcune malate le porta-

vo a lezione e mi mostravano i loro sintomi sotto stimolo suggestivo. Per bloccare queste crisi si usavano vari mezzi, tra i quali metterle al buio e "spazzolarle" con la corrente faradica.

Anche il "delirium tremens", un tempo frequentissimo, è praticamente scomparso dai nostri reparti. Come completamente scomparse sono la tabe dorsale, la paralisi progressiva per l'avvento prima della malarioterapia poi dell'uso della penicillina. Per contro la diffusione dei disturbi da uso di sostanze ha creato nuove sfide per la psichiatria che oggi sempre più spesso deve confrontarsi con il problema della "doppia diagnosi". Se la bulimia era un evento raro, ancor che ben conosciuto dai tempi di Descuret, che addirittura distingueva la cinoressia e la licoressia dalla bulimia vera e propria, oggi si realizzano interi moduli ospedalieri specializzati per il suo trattamento.

Il concetto classico (bleuleriano) di "schizofrenia" mantiene una sua validità oggi o può essere abbandonato?

Ritengo che il concetto classico "bleuleriano" di "schizofrenia" anche oggi mantenga una sua validità. Possiamo non insistere nella inquadratura schizofrenica kraepeliniana delle tipiche 4 forme di schizofrenia ma il concetto di "psicosi schizofrenica" non può essere abbandonato perché purtroppo ancora oggi assistiamo all'esplosione o alla subdola insorgenza di quadri clinici, in cui il sintomo "dissociativo" si inserisce con una produttività clinica dispercettiva o delirante tale da non lasciarci sereni nell'affermazione solo di "psicosi acuta" o di "psicosi delirante allucinatoria". E' un grosso errore non fare più diagnosi di schizofrenia.

Pensa che la descrizione tradizionale delle malattie mentali sia ancora valida oggi o che la psicopatologia clinica dovrebbe essere aggiornata e riscritta?

Quali sono i quadri clinici su cui dovrebbe essere portata maggiore attenzione al fine di una revisione?

La descrizione attuale dei disturbi psichiatrici è clinicamente l'unica possibile stante le ancora incerte conoscenze sulla patogenesi e sulla etiologia. La mole di informazione fornita dalla ricerca psico-biologica e psicologica non ha ancora trovato una sistematizzazione sufficiente che faccia intravedere il disegno del mosaico oltre le singole tessere. Più che una nuova descrizione è forse necessaria una maggiore consapevolezza della precarietà del nostro impianto diagnostico che pur è utilissimo per la acquisizione di un linguaggio comune che consenta agli psichiatri e agli psicologi di tutto il mondo di diverse scuole o cultura di comunicare tra di loro.

L'attuale straordinaria sovrapposizione e contaminazione tra disturbi psichiatrici e da abuso di sostanze da cosa è determinata?

Come è cambiata questa problematica negli ultimi decenni?

Lei mi chiede un'opinione sulla contaminazione tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze. Vorrei in primo luogo sottolineare la poca lungimiranza che c'è stata in psichiatria rispetto a questo campo della patologia così come a quello della demenza. La perdita della centralità della psicopatologia ha fatto sì che la psichiatria non valorizzasse a pieno i concetti di dipendenza e di decadimento psichico che sono gli elementi primari di queste patologie, per cui non ne ha reclamato in modo convincente la giurisdizione ed altre discipline oggi le hanno in appannaggio pur occupandosi delle ricadute somatiche o peggio ancora delle complicità d'organo. Le conseguenze soggettive e comportamentali dell'intossicazione con sostanze psicoattive sono drammatiche e testimoniano dell'inscindibile legame tra funzionamento del nostro cervello in termini di reazioni neurochimiche e di interazioni elettromagnetiche e la nostra vita psichica, che trova nelle esperienze emotive e nelle funzioni cognitive le sue espressioni più raffinate.

Pensa che nel tempo la patologia mentale possa mutare oppure i cambiamenti storici e sociali inducano solo una modificazione patoplastica, sovrastrutturale, dei diversi quadri?

Le testimonianze tramandateci dagli antichi ci mostrano che alcune patologie rimangono sostanzialmente immutate nel tempo e sono ben poco sensibili ai mutamenti sociali e culturali. Così è per la depressione melanconica nel cui ambito, un tempo molto più ampio, rientrano ancora le nostre depressioni più gravi. Non vi è dubbio che i cambiamenti più immediati sono sovrastrutturali, di tipo cioè patoplastico, ma non toccano le radici del disturbo.

Pensa che sia possibile arrivare ad una descrizione semplice, sintetica e realmente valida delle diverse malattie o almeno dei quadri tipici o dei "disorders" come si dice oggi?

Una descrizione come lei dice, semplice e sintetica sarà possibile solo se arriveremo a definire delle vere e proprie unità elementari di malattia da cui ci separa la mancanza di conoscenze delle reali cause e degli specifici meccanismi. Oggi intravediamo che i diversi pazienti di una stessa categoria nosografica sono probabilmente la via finale comune, l'anello ultimo che unisce tante catene differenti che si sviluppano da diverse direzioni ed attraverso propri specifici

percorsi.

Quali sono stati i fattori che in Italia e in Europa hanno ostacolato lo sviluppo delle conoscenze e dell'assistenza in psichiatria?

La medicina occidentale ha potuto svilupparsi in maniera incomparabile rispetto a molte tradizioni orientali al prezzo di escludere l'interesse per la mente e di occuparsi del corpo dopo averlo reificato e separato da sé come un qualsiasi oggetto del mondo esterno. Una difficoltà difficilmente superabile cioè è quella che si incontra nell'esplorazione dell'esperienza umana senza l'oggettivazione richiesta dalle scienze della natura e con i paradigmi propri delle scienze umane. Diverso è il discorso sugli ostacoli che hanno appesantito l'assistenza psichiatrica italiana: lo scontro delle ideologie, la scarsità delle risorse, la differente preparazione professionale tra le singole regioni sono alla base dello sviluppo a macchia di leopardo che ancora oggi lascia molte zone d'ombra che molto lentamente si vanno attenuando.

Pensa che l'enfasi che dopo la legge 180 è stata data ai fattori psicosociali sia giustificata e utile oppure vi sia in genere una loro sopravvalutazione e, di conseguenza, uno spreco di risorse?

Non è tanto la legge 180 (da me personalmente sempre criticata sin dagli inizi e negli anni seguenti), che ha condotto ad una sopravvalutazione dei fattori psico-sociali quanto il prevalere tra gli psichiatri italiani dei modelli teorici sganciati da una solida base clinica e psicologica che, fornendo paradigmi normativi, indichi la via d'intervento e gli approdi a cui tendere. L'identificazione della patologia mentale con la devianza sociale ha indubbiamente comportato uno spostamento di interesse e conseguentemente un impegno di risorse in una direzione che oggi sta mostrando limiti sempre più evidenti e soluzioni sempre più inadeguate. Sono stati necessari alcuni decenni prima che la cultura clinica ed il fondamento psicologico e biologico venissero a temperare questa situazione riportando la psichiatria nell'ambito della medicina. Non è un caso che anche l'assetto politico amministrativo abbia ricondotto l'assistenza psichiatrica nell'ambito della sanità, dopo che in alcune regioni era stato collocato in quello della sicurezza sociale da essa ancora più distante.

A suo parere ci sono stati progressi rilevanti nel trattamento psicofarmacologico negli ultimi decenni?

La "terza rivoluzione" psichiatrica non ha ancora esaurito la sua spinta iniziale anche se da alcuni anni il fuoco della psicofarmacologia si è gradualmente spostato dalla ricerca dell'efficacia a quella della sicurezza e della maneggevolezza. Per quanto ancora lontani dal poter disporre di farmaci risolutivi ed avere annullato le patologie cosiddette "orfane" non vi è dubbio che la qualità della vita dei nostri pazienti oggi è molto più rispettata e i nostri trattamenti determinano effetti indesiderati meno intensi da quelli indotti dai farmaci di prima generazione.

Pensa che i farmaci nuovi siano più o meno efficaci di quelli tradizionali?

Per quanto riguarda la depressione ancora oggi siamo costretti a ricorrere ai triciclici perché più efficaci dei farmaci più recenti.

Lo stesso per me vale per gli antipsicotici: non ci sono farmaci equiparabili all'alooperidolo. Per quanto mi riguarda penso che i cosiddetti stabilizzatori siano stati ampiamente sovrastimati e spesso associati in modo non razionale. Le benzodiazepine, infine, hanno ancora un loro ruolo insostituibile in molti casi.

L'identità e il ruolo dello psichiatra, soprattutto nei servizi e negli ospedali generali, nonostante la maggiore popolarità mediatica della nostra disciplina, è sempre molto precaria: da un lato veniamo accusati di medicalizzare condizioni che non lo sono, dall'altra non siamo ancora considerati veri medici e il concetto di "malattia mentale" nell'opinione comune non è ben accettato. Dall'altro siamo chiamati "con urgenza" a intervenire sui comportamenti anomali di ogni genere (spesso legati all'abuso di sostanze) come una vera forza di polizia. Che cosa può dirci a proposito?

La mia opinione non è poi così pessimistica. Oggi lo psichiatra è a tutti gli effetti, nell'ospedale, un medico come gli altri e può far valere la sua autorevolezza come ogni altro specialista. La sua figura sempre più spesso è interpellata nella comunicazione mediatica. La sua capacità di intervento giustifica l'urgenza con cui si è chiamati ad operare così come accade al chirurgo o ad altre specialità di frontiera.

*Cosa ne pensa della formazione degli psichiatri delle ultime generazioni?
Che cosa suggerirebbe in proposito ad un giovane collega in formazione?*

Le scuole di specializzazione in psichiatria sono oggi presenti in tutto il territorio nazionale e la loro organizzazione si è andata orientando verso una stretta formazione professionale. A mio parere la preparazione sia nelle discipline psicobiologiche che in campo psicopatologico rischia di essere sacrificata a vantaggio delle attività applicative.

Ha delle indicazioni da dare circa l'insegnamento e la formazione universitaria della clinica psichiatrica?

Il consiglio che ritengo più utile ad un giovane psichiatra in formazione è di rimanere aperti alla riflessione psicopatologica con uno sguardo attento alla psicologia e alla psicopatologia dell'età evolutiva che è il crogiuolo in cui la personalità si tempera e in cui si costituiscono gli antecedenti di ogni vissuto o comportamento psicopatologico.

Tra i clinici che Lei ha conosciuto in tutti questi anni, italiani e stranieri, ce n'è qualcuno, magari anche non particolarmente noto, che l'ha particolarmente affascinato o colpito?

La sua domanda mi fa venire alla mente un buon numero di colleghi che meriterebbero di essere menzionati. Mi limiterò qui alla figura del mio primo allievo Aldo Giannini, con cui ho condiviso l'inizio della mia carriera, e che consideravo una delle più grandi promesse della psichiatria italiana, che il destino non ha consentito di lasciare pienamente fiorire. La sua cultura fenomenologica, il suo acume clinico e le sue capacità comunicative ne facevano un esempio di "psichiatra universalis" che ha onorato la nostra scuola e l'intera tradizione nazionale. Non posso fare a meno di ricordare il fondatore della psichiatria italiana moderna, Carlo Lorenzo Cazzullo, che tra l'altro fu commissario nel mio concorso a cattedra, primo concorso in psichiatria staccata dalle malattie nervose e mentali.

Sono sicuro che ogni cosa che potrei dire non è sufficiente a descrivere le sue qualità che comunque sono note anche ai colleghi più giovani che certamente lo ascoltano affascinati, ogni qual volta si concede in qualche lezione magistrale.

Sul piano professionale ha dei rimpianti per delle cose che avrebbe voluto fare e non ha potuto o non le hanno consentito di fare?

Ho avuto la fortuna di raggiungere quasi tutti i traguardi che mi ero prefisso. Sotto la mia direzione la psichiatria pisana è divenuta tra le prime in Italia, con un'estesa rete di rapporti internazionali ed un numero straordinario di allievi che occupano posizioni di responsabilità sia in campo accademico che nel sistema sanitario nazionale. È un grande motivo di orgoglio che gli allievi della mia scuola guidino gruppi di ricerca in università prestigiose come Pisa, Firenze, Siena e Parma. Altri due, più giovani, stanno consentendo di aprire alla psichiatria nuove frontiere di ricerca della psicobiologia molecolare e genetica e di far nascere a Pisa la Psicologia nell'ambito della medicina realizzando un sogno che avevo accarezzato alla fine degli anni 50 e che la morte prematura del mio maestro mi impedì allora di portare a termine.

Infine, vorrei da lei un giudizio generale sulle trasformazioni sociali intervenute nel corso della sua vita. Pensa che abbiano migliorato la qualità della vita dal punto di vista della salute mentale?

Come tutti coloro che hanno a lungo vissuto, ho assistito a numerose trasformazioni sociali alle quali ho cercato di partecipare con curiosità ed interesse. Non c'è dubbio che le migliori qualità di vita abbiano avuto riflessi positivi anche sulla salute mentale. Ho già ricordato la scomparsa di alcune malattie come il "delirium tremens", che si deve essenzialmente proprio al miglioramento generalizzato delle abitudini alimentari. L'apporto calorico più bilanciato, l'equilibrio vitaminico che si è andato realizzando, insieme alla maggiore completezza nei nutrimenti che costituiscono la nostra dieta impedisce oggi la catena di eventi determinati dal cronico eccesso di etanolo che allora partiva dall'atrofia della mucosa gastrica per arrivare fino alle gravi manifestazioni astinenziali dei delirium tremens che, prima dell'arrivo degli ansiolitici benzodiazepinici, risultava infausto nel 30-40% dei casi. È questo uno dei tanti esempi come corpo e mente siano da considerare facce di una stessa medaglia, estremi del "continuum" che è l'essere umano.

Molte grazie, professore