

Paolo Milone

# Una piccola fine del mondo

Intorno alla crisi psicotica



Un crollo rapido della mente, la fine di noi stessi e del mondo: questa è la crisi psicotica. Nella cultura generale è poco considerata. Chi non l'ha vissuta non riesce a immaginarla, chi l'ha vissuta non riesce né vuole ricordarla. Raccontarla è invece importante, per la sua frequenza e la sua forza distruttiva e perché avvicina a questioni quali: come funziona la mente? Come si curano le sue catastrofi?

Paolo Milone

# Una piccola fine del mondo

Intorno alla crisi psicotica



Un crollo rapido della mente, la fine di noi stessi e del mondo: questa è la crisi psicotica. Nella cultura generale è poco considerata. Chi non l'ha vissuta non riesce a immaginarla, chi l'ha vissuta non riesce né vuole ricordarla. Raccontarla è invece importante, per la sua frequenza e la sua forza distruttiva e perché avvicina a questioni quali: come funziona la mente? Come si curano le sue catastrofi?

## *Il libro*

**L**IMPOSSIBILITÀ DI COMUNICARE CON GLI ALTRI, LA PERDITA E IL DISTACCO DA sé, il crollo dell'io e del proprio mondo: sono tanti i modi per definire una crisi psicotica, ma ognuno è diverso perché diversa è l'esperienza che ogni paziente ha di questo disturbo mentale. Da un punto di vista psichiatrico è uno dei quadri più significativi, perché è a tutti gli effetti una piccola fine del mondo. Ogni psichiatra di un medio ospedale italiano, che faccia riferimento a circa duecentomila abitanti, vede ogni anno varie centinaia di persone, uomini e donne del tutto simili a noi, persone che lavorano, hanno una famiglia, affetti, amici, interessi, che un giorno qualunque della loro vita entrano in una crisi psicotica. Ne possono uscire dopo poche ore, qualche giorno oppure settimane, ma non sarà facile ricucire questo strappo nel tessuto della mente. Paolo Milone con la consueta empatia e grazia espressiva racconta le storie di vari pazienti che hanno vissuto questa spoliazione dell'io: affronta così un mostro di cui pochissimi parlano e che è ora che venga stanato.

# *L'autore*

PAOLO MILONE, psichiatra, è nato a Genova nel 1954. Ha lavorato in un Centro di Salute Mentale e poi in un reparto ospedaliero di Psichiatria d'urgenza. Per Einaudi ha pubblicato *L'arte di legare le persone* (2021 e 2022) e *Astenersi principianti* (2023).

Paolo Milone

# Una piccola fine del mondo

*Intorno alla crisi psicotica*



Giulio Einaudi editore

Questo ebook contiene materiale protetto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, trasferito, distribuito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, o utilizzato in alcun altro modo ad eccezione di quanto è stato specificamente autorizzato dall'editore, ai termini e alle condizioni alle quali è stato acquistato o da quanto esplicitamente previsto dalla legge applicabile. Qualsiasi utilizzazione non autorizzata di questo ebook, anche per le finalità di alimentazione di sistemi di Intelligenza Artificiale, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche sul regime dei diritti costituisce una violazione dei diritti dell'editore e dell'autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla Legge 633/1941 e successive modifiche.

Questo ebook non potrà in alcun modo essere oggetto di scambio, commercio, prestito, rivendita, acquisto rateale o altrimenti diffuso senza il preventivo consenso scritto dell'editore. In caso di consenso, tale ebook non potrà avere alcuna forma diversa da quella in cui l'opera è stata pubblicata e le condizioni incluse alla presente dovranno essere imposte anche al fruitore successivo.

[www.einaudi.it](http://www.einaudi.it)

*Una piccola fine del mondo*  
di Paolo Milone  
© 2025 Giulio Einaudi editore s.p.a., Torino  
Ebook ISBN 9788858448151

## Perché parlarne

Esiste un fenomeno che si chiama crisi psicotica. Improvvisamente, rende una persona estranea, sconosciuta. La rende sconosciuta a chi le vuole bene. La rende estranea anche a sé stessa. E contagia, sia pure in modo infinitamente minore, chi la avvicina, in un'aura di apprensione e paura.

Perché parlarne?

Tra i molti quadri della psichiatria, la crisi psicotica è tra i più significativi: per chi la vive è una piccola fine del mondo, un crollo rapido della mente<sup>1</sup>. Ed è diffusa, troppo diffusa per ignorarla. Ogni psichiatra di un medio ospedale italiano, che faccia riferimento a circa duecentomila abitanti, vede ogni anno varie centinaia di persone, uomini e donne del tutto simili a noi, che lavorano, hanno una famiglia, affetti, amici, interessi, che un giorno qualunque della loro vita entrano in una crisi psicotica. Ne possono uscire dopo poche ore, qualche giorno, oppure settimane.

È un quadro pesante e doloroso. Da questa esperienza in cui si diventa stranieri a sé stessi e agli altri residua un lungo strascico di dolore e paura. Se la psicosi si prolunga per mesi, o anni, si entra in un altro campo, quello della psicosi cronica, dove cambiano le regole, perché è una cicatrizzazione della mente, con modalità deliranti e allucinatorie che è difficile risolvere.

Nella cultura generale, e specie in Italia, è un evento poco considerato, quasi non esiste. Chi non lo ha vissuto neanche riesce a immaginarlo; chi lo ha vissuto non lo ricorda o non vuole ricordarlo. Per la sua frequenza e potenza distruttiva è invece importante dire che esiste, studiarlo e parlarne. Parlarne e saperne di più è tendere una rete di salvataggio a chi precipita in questo vuoto. Per farlo vanno affrontate, o almeno avvicinate, questioni primarie: come

funziona la mente? come avvengono le sue catastrofi? come si cura una piccola fine del mondo?

# Una piccola fine del mondo

I nomi nel testo sono di fantasia.

# La sorpresa di esistere

## *Noi e gli altri.*

Si stacca una foglia da un albero. Cosa prova mentre vola?

Non lo sappiamo. Ma noi proviamo la sua malinconia.

E l'albero? Mentre si spoglia, prova o pensa qualcosa?

Gli alberi non pensano. Ma noi possiamo immaginarlo.

Noi non perdiamo foglie, eppure ci immedesimiamo.

Succede pure con un tramonto. Perfino con una pietra.

Ci immedesimiamo con una grossa pietra che rotola giù per la collina  
e, quando arriva in fondo, si ferma, e a noi pare morta.

Siamo noi forse foglie, tramonti, pietre?

Noi esseri umani siamo fatti così: ci immedesimiamo. Vediamo una persona cadere e ci viene voglia di sostenerla. Usciamo di continuo da noi stessi per calarci nei panni degli altri e poi torniamo. È la nostra forza, siamo una specie sociale: ci aiutiamo. Per questo siamo sopravvissuti finora, non era scontato.

Possiamo anche decidere di stare da soli, di fare gli eremiti, ma ci siamo evoluti in un'altra direzione, siamo fatti, biologicamente e affettivamente, per stare con gli altri. Abbiamo una spinta vitale centripeta verso l'autonomia, che ci fa acquisire unicità, autoconsapevolezza, identità, in sostanza profondità interiore – il «mondo interno» –, ma, insieme, abbiamo una spinta vitale centrifuga che ci fa andare verso gli altri, confonderci con gli altri.

Quando nasciamo, non nasciamo solo dal corpo della madre, ma anche dalla sua mente: per essere noi stessi, dobbiamo liberarci dal rapporto fusionale, simbiotico, con la madre. La vita non è che un

interminabile commiato da lei e ritorno a lei: la madre è l'altro, l'altro primigenio, e senza madre – senza l'altro – non nasce nessuno.

In competizione leale con gli altri, stimolati dalle gelosie e dalle invidie positive, alimentati dagli affetti, dai riconoscimenti che sostengono un narcisismo positivo, noi cresciamo. E ci imbarchiamo in un viaggio, che qualcuno chiama edipico, per allontanarci – come fanno i semi di una pianta – dai nostri genitori: li tradiamo per scoprire mondi nuovi, per differenziarci.

In questo viaggio affrontiamo la solitudine, le paure, gli ostacoli: qualcuno si ferma, qualcuno torna indietro, qualcuno sparisce alla vista, tutti alla fine abbiamo qualcosa da raccontare.

Nella nostra lunga educazione ci allontaniamo dall'animalità e veniamo accolti dalle scoperte di altri, beneficiamo del meglio di quanto si è stratificato in migliaia di anni. L'influenza della cultura è tale da farci dimenticare il corpo e farci illudere di essere pura razionalità – o pura spiritualità – e così dobbiamo attraversare in vita diverse crisi per riavvicinarci alla nostra animalità e finitudine. Per tornare di fronte a noi stessi.

In un traffico continuo, facciamo scambi con gli altri e fatichiamo a mantenere i confini del nostro corpo e della nostra mente: mettiamo parti di noi che non ci piacciono in altri, e accogliamo parti di altri che ci piacciono in noi, e così fanno gli altri, in questo modo restiamo inestricabilmente legati l'uno all'altro, perché non possiamo allontanarci da noi stessi. Viviamo in una sorta di io diffuso, e cercare di capire chi siamo è solo una pretesa. E poi gli affetti, l'amore ci tengono vicini e annullano ogni confine. Più che mai nell'intimità sessuale, quando il massimo di individualità e il massimo di fusione coincidono, e così anche umanità e animalità: tutto si combina, si rigenera e si risepara.

Pure di fronte al mistero più grande, la morte, gli altri ci sono indispensabili, perché solo vedendo morire chi ci precede e segna il sentiero noi siamo portati, per un attimo, ad alzare lo sguardo. E anche quando gli altri non ci sono più, continuiamo, senza accorgercene, a portarli dentro di noi; non solo nella memoria, ma nella struttura stessa della nostra mente. Noi diventiamo loro, e loro invece di morire diventano noi.

Viviamo dunque nella continua, e feconda, contraddizione dell'andirivieni di un riflesso: ci specchiamo negli altri mentre gli altri si specchiano in noi. Lo specchio funziona perché noi riusciamo in gran parte a condividere le nostre esperienze ed emozioni: ci capiamo. Anche se reagiamo emotivamente alla stessa esperienza in modo diverso, riusciamo a dircelo, capirlo e accettarlo. Pur diversi, ci intendiamo. Per quanto permanga un ampio spazio di privato, di non detto e di indicibile, si può trovare uno spiraglio di dicibile e condivisibile che ci rende comprensibili all'altro, familiari. È in questo modo che incontriamo il dolore degli altri. Incontri che non ci lasciano indifferenti. Ci chiediamo se conosciamo quei dolori e se abbiamo consigli da dare. Ci prefiguriamo quali dolori, mai provati, potremmo incontrare in futuro e osserviamo come altri già li affrontano. Talvolta però incontriamo dei dolori che abbiamo difficoltà a capire, a spiegare, a curare. Ci sono dolori che cambiano le persone rendendole diverse, lontane, imprevedibili e incomprensibili. La persona più familiare diventa straniera.

E io, che mi immedesimo in una foglia, un albero, una pietra  
non riesco più a immedesimarmi in te, che sei amico, fratello, padre,  
figlio.

Lo specchio è rotto. Sei sconosciuto.

Cosa è successo?

Per avvicinarci alla domanda, è utile un cenno su alcune questioni di base.

*La frontiera.*

Una folla di io si accalca nelle nostre giornate  
io non voglio, io non credo, io avrei voluto, io lo sapevo  
io, io, io,  
ma cosa diavolo vuol dire io?

La vita comincia quando si stabilisce una barriera cellulare. Tra molecole biochimiche sparse in maniera caotica non si parla di vita: ci vuole un confine, un recinto. Chi sta di qua? Chi sta di là? Si chiedono i bambini quando giocano. Ci vuole un'organizzazione: una separazione, un ordine, una divisione dei compiti. Piú o meno la metà di quello che si studia nei primi tre anni di medicina riguarda la barriera cellulare. Come si comunica tra dentro e fuori.

Essere una specie sociale è per noi un vantaggio evolutivo, ma è altrettanto importante avere chiari i nostri interessi individuali: viviamo fra due opposte spinte e alla continua ricerca di compromessi. Pensare a un confine fisico tra noi e il mondo esterno è facile: la pelle. Individuare un confine mentale tra noi e gli altri sembra invece quasi impossibile. Però questo confine esiste. Quando si perde, come in psicosi, non distinguiamo i nostri pensieri, le nostre emozioni, i nostri vissuti da quelli degli altri, per cui ci pare che gli altri ci leggano il pensiero e noi leggiamo il pensiero degli altri, ci sentiamo attraversati da pensieri, emozioni, voci che non sappiamo a chi appartengano: è caos. Tracciare un confine è necessario. Magari accettando che sia sempre in movimento, ma bisogna che ci sia.

### *La scoperta di esistere.*

La scoperta di esistere ti sorprende una mattina,  
giri l'angolo e un vento gelido ti sferza,  
o senti la faccia bagnata dalla pioggia,  
o inseguì la tua ombra facendo giravolte,  
o cammini in equilibrio su un asse e poi cadi:  
ti accorgi che sei vivo. Che hai peso.

Ti svegli dentro di te. E sei contento.  
Sei tu che respiri, che parli, che hai fame.

Rapida arriva la vertigine di esistere,  
ti senti su un filo, in bilico sul vuoto del futuro,  
libero di fare, decidere quello che vuoi,  
senza alcuna protezione,

avverti il pericolo, la solitudine, una responsabilità che non reggi.  
La consapevolezza di esistere fa paura. Quanto quella di morire.

Torni indietro, diminuisci il livello di coscienza,  
tutto torna automatico.  
Sei di nuovo un robot.

La nostra consapevolezza di esistere, di vivere, è molto discreta, discontinua, solo talvolta la percepiamo in modo evidente. Quando succede, può darci la bella sensazione della pienezza del vivere, ma può anche darci un senso di smarrimento, sia in un caso sia nell'altro dura poco. D'altronde, quando una cosa funziona bene, non c'è bisogno di pensarci tanto: finché non si ha mal di denti, non ci si accorge di avere i denti. È quando si ha qualche problema che ci si domanda: chi sono? E si problematizza tutto. Un esempio di questa condizione è quella delle persone borderline che, come dice il nome, vivono sul confine con la psicosi, sempre col rischio di scivolare, e sono perennemente lì di sentinella, a controllare i minimi spostamenti della linea tra loro e il nulla. La vita funziona bene quando è automatica: appena ci accorgiamo di lei ce ne allontaniamo. Più ci pensi, più cerchi di afferrarla, più ti sfugge.

Ma è anche vero che molte persone vivono una vita intera con scarsissima consapevolezza di esistere, non perché stiano bene, ma perché sono lontanissime da questo sentire. Non riescono ad afferrarlo. Sono lontane da sé, vivono in modo piatto, automatico, tutto è ripetizione e abitudine: i loro sentieri cerebrali sono sempre gli stessi, come in un robot che non ha autoconsapevolezza. Dunque il problema attuale vero che dovremmo affrontare non è se l'intelligenza artificiale riuscirà mai a raggiungere l'autoconsapevolezza, ma se noi riusciamo davvero a raggiungerla – e a sopportarla – nel breve tempo che è la nostra vita.

## *Lo spazio interno.*

La scoperta che esistiamo comporta che esista uno spazio mentale nostro, interno, diverso dallo stato mentale degli altri. Molte persone però ignorano di avere uno spazio mentale interno.

Ognuno è libero di immaginarlo, questo spazio, come vuole, anche come reale spazio fisico, benché sia difficile misurarlo col metro. Nessuno sa veramente com'è, di più: ognuno ha uno spazio mentale diverso. Potete immaginarlo come una nave, che solca i mari della vita, con molte stanze: ci potete mettere la stanza della memoria, la stanza dell'inconscio, la stanza degli amici e quella degli ospiti, la stanza dei miti e dei fantasmi, la stanza di comando dove si fa il punto, si tracciano le mappe e si manovra il timone, e così via.

Badate bene di non immaginarlo solo come uno spazio fisico, topografico – che tuttavia esiste, perché la mente si basa sull'attività biochimica di neuroni e dei loro circuiti, che a tutti gli effetti occupano spazio –, perché lo spazio interno è soprattutto relazione, ossia una serie di funzioni interagenti: le stanze sono comunicanti. Se preferite un concetto più legato alle funzioni e relazioni, potete chiamarlo «mondo interno».

Molte persone non percepiscono affatto il loro mondo interno, è come se fosse un foglio di carta bidimensionale, senza profondità. Per esempio, nei caratteriali impulsivi questo spazio è sottile e rigido e perde la sua funzione di ammortizzatore tra noi e il mondo esterno: non riesce a contenere gli impulsi, non riesce a fare esperimenti mentali su quello che può accadere nella realtà, prefigurazioni, e questo può avere gravi conseguenze.

Alcuni ritengono che la mente consista solo della loro parte consapevole e razionale, e della loro volontà. Non è così: la ragione e la volontà sono il sottile strato di brina che ricopre una grande foresta mossa dal vento. Le parti inconsapevoli di noi sono incommensurabilmente più vaste di quelle consapevoli.

Non conviene immaginare lo spazio mentale come qualcosa di rigido: a seconda delle funzioni e dello stato d'animo del momento, si dilata o si restringe come una fisarmonica. Respira.

In questo movimento lo spazio è dunque in relazione con il tempo. E com'è allora il tempo interno?

### *Il tempo interno.*

Che ora è?

Di certo siamo partiti su un treno diverso, su un binario diverso, per questo manchiamo agli appuntamenti, non ci incontriamo mai, non ci capiamo mai...

Qual è la nostra esperienza soggettiva dello scorrere del tempo? Per avvicinarsi alla risposta, è meglio partire da un'altra domanda: quale può essere l'unità minima soggettivamente percepibile dello scorrere del tempo? Qual è il segmento che, messo in linea con migliaia di altri, costituisce il filo su cui camminiamo? Dovrebbe essere il tempo minimo per percepire un nostro sentire, riconoscerlo come nostro e contemplarlo: dovrebbe trattarsi più o meno di un quarto di secondo. Con tutte le variabilità individuali, e di contesto, è una frazione non certo minima di un secondo.

Il tempo soggettivo è dunque un'onda di un quarto di secondo che si spande nell'universo. Vuoto davanti, vuoto dietro. Talvolta riusciamo a vivere qui e ora, in quel quarto di secondo, e allora cavalchiamo l'onda: facciamo surf sul presente. Ma, come sanno tutti i surfisti, prima o poi dall'onda si cade. In effetti un quarto di secondo è una lama sottile ed è difficile starci per intero, vasti come siamo. E infatti non ci stiamo.

Nello spazio interno non c'è un campanile con l'orologio. In ogni stanza c'è un'ora diversa. Solo nella stanza della ragione scorre l'ora di Greenwich. Alcune parti di noi vivono in un tempo più lento, non contemporaneo, alcune rimangono addirittura bambine, altre crescono più lentamente. Negli affetti e nella memoria il tempo si può fermare e se apriamo la porta entriamo in una soffitta, dove ritroviamo intatto il passato. Nell'inconscio il tempo galleggia in isole asincrone e si può andare avanti e indietro, in un perenne ritorno al futuro. Nei sogni ci può essere una tale compressione del tempo che

cinque minuti di sonno, al risveglio, paiono un giorno. Bisogna abituarsi al fatto che, aprendo una stanza, non possiamo prevedere in che ora ci troveremo.

Quello che interessa noi psichiatri è che vi sono dei disturbi che alterano la velocità del tempo nelle stanze. Nella depressione avviene un evidente rallentamento sia nelle funzioni motorie che mentali e affettive: si può impiegare mezz'ora per alzarsi da una sedia o per sintonizzarsi su un pensiero. La persona non si accorge di essere rallentata fino a questo punto. Nella maniacalità, viceversa il tempo accelera: raddoppia, triplica, quadruplica la sua velocità e la persona corre, con i capelli al vento. Ma anche per il maniacale tutto può apparire invariato. Per questo noi psichiatri diventiamo degli orologiai: ci chiniamo sui pazienti e, con monocolo e pinzette, regoliamo l'orologio interno.

Va precisato che la percezione umana dello scorrere del tempo non è la misura assoluta del tempo, ma quella specifica della nostra specie, in dipendenza dalla biochimica. Vi sono fenomeni che avvengono al miliardesimo di secondo e altri che avvengono nei millenni, ma noi non possiamo percepirli: il nostro metronomo batte il suo ritmo.

Assodato che esistono uno spazio e un tempo interni, si può parlare del padrone di casa.

### *Il corpo.*

Io sono nato per volare leggero, superare il cielo, attraversare il tempo,  
cos'è questa massa pesante, che imprigiona il mio essere, che mi  
incatena a terra,  
questo sarcofago che mi lega al tempo,  
alla malattia, alla morte?  
Che mi costringe ad andare passo passo?

La base della psichiatria è: noi siamo organismi viventi multicellulari. In parole più semplici: siamo animali, abbiamo un corpo. Non siamo solo mente. Quest'ultima osservazione è

necessaria perché è proprio questo che accade in molti disturbi psichici: la mente osserva solo sé stessa. La nostra mente invece è incarnata: una lieve ipoglicemia può cambiare la nostra attenzione, i nostri interessi, il nostro umore, le nostre idee e perfino la nostra coscienza.

Talvolta percepiamo il nostro corpo come un misterioso sconosciuto, un imbarazzante peso. C'è una ragione che è indipendente da noi: la nostra consapevolezza e la nostra volontà non raggiungono completamente il corpo. Il corpo ha un proprio sistema di regolazione: il sistema nervoso autonomo, che è per l'appunto autonomo. La nostra consapevolezza è tenuta fuori dalla stanza dei bottoni. È come se il corpo non si fidasse della nostra mente e la considerasse poco più che un fastidio.

Dunque non possiamo regolare con la volontà il ritmo cardiaco, la pressione del sangue, i movimenti intestinali: troppo pericoloso, perché il controllo mentale sarebbe troppo lento. Su alcune funzioni del corpo abbiamo un controllo parziale, per cui non possiamo fermare il ritmo cardiaco ma possiamo fermare il respiro, però poi sveniamo, il corpo stacca i collegamenti tra mente e respiro, torna al comando delle funzioni vitali, e, quasi sempre, riprendiamo a respirare da soli.

Per chi si occupa di suicidio, il fatto che non possiamo fermare il ritmo cardiaco è intrigante: il corpo vuole avere l'ultima parola.

L'evoluzione ha posto rimedio dunque a un grosso limite della mente: la sua lentezza. Consideriamo il più semplice riflesso possibile, il dolorifico, la percezione del dolore: toccato con un dito una fiamma, un nervo sensitivo porta il segnale lungo il braccio fino al midollo spinale e da lì il segnale gira e riparte su un nervo motorio che allontana la mano dalla fiamma. Tutto a velocità fulminante: la mente neanche se ne accorge. La mente è lenta: pone dubbi, chiede conferme, fa controlli, ragionamenti, e a quel punto il dito sarebbe ustionato.

La grande forza vincente della mente, d'altra parte, è proprio il prendere tempo, posporre la risposta riflessa, la reazione automatica, l'impulso, scegliere il meglio per me, te e gli altri: dall'animalità alla socialità. L'ambizione è creare un tempo e uno

spazio di sopportazione e compensazione. Ma col fuoco non si ragiona.

La mente è privata del controllo di quasi tutto il corporeo, tranne che del sistema scheletrico-muscolare e per questo molte persone considerano il corpo come fosse un asino, una gru, utile per tirare su e portare pesi, per spostarci da qui a lì. Si accorgono di lui solo quando non ubbidisce perché malato. Considerano il corpo come un mero accessorio della mente. Pensano di avere un corpo, non di essere un corpo.

### *Le emozioni come un fatto corporeo.*

Crediamo di dirigere la nostra vita con la ragione e la volontà, mentre il grande decisore, nella maggior parte delle scelte, è il corpo. Se decidiamo di bere o mangiare, è perché il nostro corpo ci invia gli appositi messaggi dai centri che valutano l'idratazione e la glicemia. Di fronte a diverse bevande o cibi è il nostro corpo che ci suggerisce cosa scegliere, per esempio tra dolce e salato e, a seconda dei suoi, nostri, bisogni, allunghiamo la mano in una direzione o nell'altra. Il nostro corpo decide chi ci piace e con chi fare figli.

Lo stesso vale per le emozioni. Prendiamo la paura. Se qualcosa ci spaventa, per esempio troviamo un ladro in casa, abbiamo una reazione corporea immediata di attacco o fuga: per una scarica ormonale, i muscoli si tendono, la pressione si alza, il respiro accelera, il cuore batte più forte, diventiamo pronti a combattere o fuggire. Quella che noi chiamiamo paura è solo la lettura che fa la mente non della realtà, ma di questa reazione corporea istantanea a cui la mente assiste, per così dire. L'emozione, nell'immediato, è un vissuto corporeo prementale. Poi la mente fa tutti i suoi commenti. Difficile da credere, ma lo stesso vale per la rabbia, la gelosia, l'amore...

Detto questo però c'è un'altra forza che tende a connettere la mente e il corpo e si impiccia delle nostre decisioni, e forse è la più potente di tutte.

## *L'umore.*

Stamattina, appena aperti gli occhi, ho capito che non era giornata:  
la neve alta mezzo metro intorno alla casa, compreso il vialetto:  
di notte ha nevicato!  
Il ghiaccio sulle grondaie: si rischia che crollino!  
E devo andare in ufficio per quella riunione inutile.  
Mi bagno tutto. Io non mi alzo dal letto.

Stamattina, appena aperti gli occhi, ho capito che c'era qualcosa di  
nuovo.

La neve! Tutto è bianco e silenzioso.  
Che belli i riflessi sul ghiaccio.  
Da bambino scendevo verso la scuola con la slitta. Dov'è la slitta?  
Oggi prenderò un bel caffè caldo con i colleghi.  
Mi metto il maglione rosso. Giù dal letto.

Dell'umore noi parliamo spesso ma non abbiamo alcuna idea della sua funzione, tanto meno della sua importanza. Eppure è probabile che senza l'umore non esisterebbe né la coscienza, né la motivazione, né la volontà: crollerebbe tutto.

L'umore è il principale collante, il tessuto connettivo. Unifica stabilendo – come un direttore d'orchestra – sia nel corpo che nella mente, la stessa tonalità di base, lo stesso ritmo, che può essere ora più lento, sul depressivo, ora più veloce, sul maniacale. Mette in rapporto e in sintonia il pensiero con la motivazione, la progettualità, la volontà. Senza l'umore dominerebbe il caos.

Avere un umore perennemente stabile può apparire un vantaggio, ma non è così: l'umore è quello che spariglia le carte, cambia i gusti, le scelte, fa rischiare, o viceversa blocca l'azzardo. Neanche a dirlo è sempre il corpo che determina l'umore, con vari ritmi che si accavallano nel corso di ogni giornata, e che sono determinati e diffusi da mediatori chimici, ormonali e cerebrali.

L'umore, mobile, è lo stabile fondamento di noi stessi; fa parte del nostro "zoccolo duro", quel poco che permane di noi nei crolli della mente e che ci consente di continuare a riconoscerci.

L'umore è impalpabile, ma ci dà la spinta per vivere, per prendere il largo.

L'umore è la droga sapiente che ci nasconde l'inutilità del tutto e la presenza ubiquitaria della morte. Ci dona quel poco di stupidità, noncuranza, cecità che ci consente di vivere.

L'umore decide per noi ogni giorno se e come scenderemo dal letto, cosa mangeremo, cosa compreremo, se litigheremo col partner o sul lavoro. Noi ci occupiamo solo di trovare delle false ragioni razionali per quello che l'umore ha già deciso per conto suo.

### *Che lingua parliamo con noi stessi?*

Ho un groppo in gola ma non riesco a piangere.

Sono sceso dabbasso, ho spento la radio,

ho tirato le tende per ripararmi dal sole,

con un braccio ho sgombrato la tavola, facendo cadere i bicchieri,

e mi sono seduto.

Ho raccolto il volto tra le mani, devo parlare con me stesso.

Sono pronto. Ma non riesco.

In che lingua parliamo ora che ho liberato il tavolo?

Nel nostro spazio interno non si parla una sola lingua, ma, come per il tempo, ogni stanza ha il suo linguaggio: il linguaggio della razionalità, il linguaggio dell'inconscio, il linguaggio degli affetti...

Ogni persona ha il suo modo diverso di pensare, ma in generale nel pensiero l'uso della parola è molto più parco di quanto si crede.

C'è chi fa delle vere e proprie conversazioni con sé stesso e quindi usa tanto la parola, ma molti altri non si riferiscono direttamente a sé stessi e il pensiero è una specie di fiume neutro che scorre davanti a loro: il soggetto pensante è impreciso, non è neanche un chiaro io. C'è poi chi usa pochissime parole e procede a salti, come si procede sui sassi di un torrente, e ogni sasso è una percezione emotiva non facilmente descrivibile. C'è infine chi pensa con premonizioni continue, immagini senza parole. D'altra parte se in una situazione di pericolo si possono usare più parole per fare

chiarezza, viceversa, se ne possono usare meno per essere più veloci. Insomma, ci sono diverse forme di pensiero, a seconda delle persone e della necessità.

Di fatto pensare continuamente con le parole può essere un disturbo, classicamente un disturbo ossessivo, in cui la continua rimuginazione verbale può diventare una tortura. Perché mai dovremmo usare di continuo la parola per parlare con noi stessi? Ci conosciamo abbastanza da lasciare molte cose sottintese. Dovremmo comunicare più a piccoli cenni, ammiccamenti, allusioni, che con discorsi.

### *L'identità è uno stato mobile?*

Questa mattina mentre esco in taxi dal mio quartiere per l'aeroporto penso:

Castelletto è il posto più bello di Genova,  
non abiterei in altri quartieri: per me potrebbero cancellarli,  
io sono un castellettino.

Quando l'aereo decolla, guardo dal finestrino, penso:  
ma quanto è bella Genova: sono un genovese e ne vado fiero.

Man mano che l'aereo sale: guarda la costa e i monti che belli: io sono  
Ligure, non abiterei in nessun'altra regione.

Ma che bella l'Italia tutta, il più bel Paese del mondo,  
in fondo noi italiani siamo tutti uguali: un po' cialtroni, ma che cuore!  
Francesi, tedeschi non sanno mangiare, vestire...

Ma guarda l'Europa tutta, il più bel continente del mondo!  
Un giardino di civiltà. Sono fiero di essere europeo.

Certo che a guardare la Terra, così dall'alto, è tutta bellissima.  
Non c'è un altro pianeta così! Alla fine, siamo tutti uguali, noi umani.  
Se arrivasse un extraterrestre io difenderei la mia specie a costo della  
vita.

Dico di più, mi riconosco in ogni forma vivente, gli animali, le piante:  
tutti siamo fatti delle stesse cellule.

Ma guarda le stelle come bruciano, sono vive anche loro...

Al ritorno, ricompongo la mia identità a scatola cinese, click, clack, torno ligure, genovese e, infine, chiuso a casa mia, castellettino. E allo specchio mi dico: sarebbe bellissimo se non ci fossero i vicini. Senti che baccano. I vicini sono sempre insopportabili.

Chi sono io? Tutti e nessuno insieme.

L'identità è uno stato mobile. Una matrioska, una fisarmonica, uno spettro, quello che volete. Certo, ci sono aspetti più rigidi, ma ci sono anche aspetti mobili: abbiamo più elasticità, libertà, di quello che crediamo. E cambiamo continuamente, senza neanche accorgercene. Diventiamo più rigidi soltanto per difenderci, quando abbiamo paura, o quando abbiamo un disturbo mentale. Non facciamoci convincere dalla retorica corrente che siamo una cosa sola.

### *Inevitabilità dei disturbi mentali.*

Mi hanno detto che sono paranoico e che cerco sempre un colpevole.

Io non ci credo: i disturbi mentali non esistono,  
sono una invenzione degli psichiatri.

Tutta l'attività mentale, compresa la coscienza, le emozioni, gli affetti, il pensiero, la razionalità, perfino l'estasi mistica, la passione erotica, le sensazioni extracorporee e le allucinazioni, tutto si basa sull'attività del cervello, e del corpo. Il cervello, come tutti gli organi del corpo, è composto da cellule: i neuroni.

Le cellule di ogni organo del corpo si ammalano per decine di cause: biochimiche, traumatiche, vascolari, infettive, infiammatorie, autoimmuni, tossiche, tumorali, senili e via dicendo. Perché i neuroni non dovrebbero ammalarsi mai? I neuroni sono forse cellule onnipotenti e indistruttibili?

Ritenere che la coscienza, il pensiero, e tutta l'attività mentale non si ammalino mai è come dire che dipendono da qualcosa di incorruttibile, non biologico, puro, spirituale, eterno. Come l'anima. O qualcosa di simile. C'è chi si sente di sostenere tale ipotesi?

## *Qual è il luogo dell'anima?*

Accompagni l'idea dell'anima alla porta,  
rientra dalla finestra,  
cacci fuori l'anima dal camino,  
la vedi risalire dalla cantina.

Innumerevoli imperi, dai vasti territori e dagli immensi poteri, si sono  
detti materialisti  
e hanno portato guerra all'anima:  
l'anima è sopravvissuta, gli imperi sono crollati.

Il tema dell'anima, e della spiritualità, può sembrare fuori luogo in un contesto scientifico, seppure con un'impronta narrativa, ma non è così: se è comprensibile che un neuroscienziato non ricerchi il luogo dell'anima e sorrida a tale pensiero, un clinico non può eludere la questione dell'anima con un sorriso di sufficienza. Moltissimi pazienti si interrogano su tale questione, per anni. Cercano nello spirituale un aiuto che talvolta trovano, talvolta no. Cercano qualcosa in loro che persista, qualcosa di superiore, anche divino, che resti puro, incontaminato, e sopravviva al dolore. Qualcosa che sia oltre. Se non abbiamo rispetto per questo, per cosa l'abbiamo?

Dunque, se è necessario, e bastevole, cercare le risposte nel corpo e nel cervello, non conviene accanirsi contro lo spirituale, per non finire come il personaggio di quella storia che, nella foga di cacciare lo spirituale fuori di casa, si è ritrovato lui al freddo fuori dalla porta.

## La crisi psicotica

Ora che abbiamo focalizzato alcuni concetti generali, li useremo per affrontare la domanda che piú ci interessa: quali sono i vissuti di una persona in crisi psicotica? Conoscendo i vissuti non sentiremmo piú la persona come estranea o pericolosa, e avremmo una traccia da seguire per entrare in contatto con lei.

Rispondere alla domanda non è facile, perché la psicosi è una scatola chiusa. Muto, immobile, sguardo perso, introflesso al suo interno, come se il mondo esterno fosse un sogno: questo è il ritratto di chi è in psicosi. Cosa pensa? Cosa prova? Mi riconosce? Queste sono le domande che si pongono di continuo sia i parenti che gli psichiatri, e chiunque si avvicini.

Diversi maestri del secolo scorso hanno dato contributi fondamentali su questo tema<sup>2</sup> e noi ci appoggeremo a loro. Tuttavia, il campo dei vissuti è ancora grandemente oscuro. Una delle ragioni è che durante la confusione psicotica, si spezza il legame tra la parola e il suo significato e la persona perde la capacità di parlare con sé stessa e con gli altri. Il mondo della psicosi è muto. Come si può descrivere con la parola un mondo senza parola? Chi è il testimone che raccoglie le informazioni, le memorizza e le può raccontare a parole? Vedremo.

Qual è il linguaggio per descrivere i vissuti? I vissuti sono la sintesi soggettiva dello scorrere della vita – il livello piú alto in cui noi sperimentiamo la vita. Sono costituiti da un fascio di percezioni, emozioni, pensieri, sentimenti di ogni tipo, che la parola letteraria, da sempre, cerca di indagare. Poiché i vissuti non sono una esperienza solo razionale, il linguaggio che meglio li descrive è quello narrativo e non quello analitico-scientifico. Il linguaggio narrativo fa direttamente affiorare, in chi lo ascolta o lo legge, le sensazioni, le

emozioni, i sentimenti presenti, e nascosti, e il loro continuo scontrarsi e intrecciarsi. Quando la psichiatria descrive i vissuti dei pazienti si avvicina alla narrativa.

Ma nella descrizione dei vissuti in psicosi, prima o poi, anche la parola narrativa comincia a vacillare, allora ci può venire in soccorso la parola poetica: per la sua forza evocativa, e per la sua immediata condivisibilità, è in grado di illuminare angoli bui delle emozioni e dell'esperienza, difficilmente raggiungibili e descrivibili in altri modi.

Ai confini della capacità della parola, la poesia fa da esploratrice, entra per prima nei territori mai raggiunti e lascia le sue orme, traccia i primi sentieri, e, come le piante pioniere che fertilizzano la lava, lascia sé stessa come humus. Sulle tracce della poesia si può cercare sostegno ma vale per poco, poi è solo un vastissimo buio.

In sostanza, la psichiatria, ai confini col nulla, può tollerare una lingua ibrida, dove suggestione poetica e notazione biochimica possano convivere, ovviamente se si riescono a mantenere sufficiente rigore e aderenza alla realtà.

Ecco dunque la descrizione dell'inizio di una crisi a causa psichiatrica<sup>3</sup>, di gravità media, in cui la persona mantiene un minimo di lucidità per poterne fare da testimone.

### *Il crollo della mente. Stranieri a sé stessi.*

Sí, è un periodo che ti senti stanco, l'hai anche detto a tua moglie,  
ma è successo altre volte così, anche peggio,  
ma da ieri hai questa apprensione che stia accadendo qualcosa,  
come tu fossi attaccato a un filo, qualcosa che scricchiola, che si muove.  
Non importa dove sei, con chi, al mare, in ufficio, a farti la barba,  
d'un tratto ti sembra che i rumori si attutiscano, la vista si offuschi,  
i colori si ingrigiscano, i movimenti rallentino, si inceppino.  
Tutto quello che vedi comincia ad allontanarsi  
come se tu guardassi attraverso un cannocchiale rovesciato.  
Ti senti invadere da una sensazione di pena, di pesantezza, mai  
provata,  
insostenibile. È come se tu pesassi cinquecento chili.

Fra te e il mondo sta calando un vetro, ora ti senti dentro a un acquario,  
tutto è smorto, lontano, non senti più gli altri, gli altri non sentono te.  
I mondi dove vivi tu e quello dove vivono gli altri si stanno separando,  
gli altri non ti vedono, non si accorgono di te,  
per loro non esisti più.  
Ora sei in fondo a un pozzo. Sei solo<sup>4</sup>.

Un episodio psicotico acuto inizia dunque con la comparsa di due fenomeni, del tutto sconosciuti a molti, che sono invece quotidiani compagni indesiderati di altri: la derealizzazione e la depersonalizzazione. Stanno a uno dei cancelli di ingresso principali della psichiatria. Quello che avviene prima di questo cancello, compresi ansia, insonnia, attacco di panico, è considerato di scarso rilievo dallo specialista. Tutto quello che avviene, superato il cancello, è la psichiatria. Derealizzazione e depersonalizzazione vanno quasi sempre a braccetto. La loro presentazione è quanto mai polimorfa, ma si arriva sempre allo stesso smarrimento: dov'è la realtà? dove sono io?

Provi a parlare, urlare per chiedere aiuto, non esce suono,  
provi a gesticolare, nessuno si accorge di te,  
cerchi di muoverti, i muscoli non rispondono,  
ti tocchi, non hai più sensibilità:  
è come toccassi un corpo morto, il corpo di un altro.  
Ora vedi i tuoi arti muoversi senza che tu lo voglia.  
Dopo tre minuti, la tua calotta cranica diventa trasparente  
e qualcuno comincia a leggerti il pensiero...

È un sogno a occhi aperti, ma non ci si può svegliare<sup>5</sup>. Qui non è fondamentale la paura di morte imminente – che pure c'è – come nel transitorio attacco di panico che arriva e se ne va. C'è qualcosa di più complesso, insidioso, persistente: la perdita dei confini tra noi e il mondo esterno, tra noi e gli altri. La scomparsa di noi stessi. È qualcosa che resta. La sensazione di una catastrofe, che ci vorrà molto tempo a recuperare.

Man mano che la mente si sfalda, noi ci spogliamo di tutto: idee, desideri, sicurezze, certezze, piaceri, passioni ci vengono strappati via come vestiti stracciati, poi iniziamo a perdere la pelle, i muscoli, le ossa, perdiamo il contatto col corpo. Il problema, nel terrore per quello che sta accadendo, è conservare uno spazio che riesca a ragionare, per percepire e controllare, per quanto possibile, quello che sta accadendo, ma in questo turbinio non controlliamo più nulla.

Possiamo solo sperare che quel lumicino di precaria consapevolezza non si spenga del tutto.

Visti da fuori, ci siamo fermati, abbiamo lo sguardo inebetito, perso nel nulla. Non parliamo più, non rispondiamo più alle domande. Qualche volta, di rado, ci muoviamo incongruamente. Ora anche chi ci guarda ha paura.

### *Il caos.*

Il nostro spazio interno si è ristretto quasi del tutto, e quel poco che resta è in totale disordine. Alcune parti più o meno grandi della nostra mente sono nel caos. Un caos che può durare ore, giorni, settimane e si accompagna al terrore. In questo periodo, non riconosciamo il giorno dalla notte, non ha alcuna importanza dormire, mangiare o bere, non distinguiamo gli stimoli più semplici del nostro corpo, defecare e urinare.

Non riconosciamo e non sentiamo gli affetti degli altri verso di noi, siamo in una terra desolata.

Gli altri ci possono sembrare così automatici da non essere veri: marionette. Tutto il mondo può apparirci falso, una messinscena, teatro. Con difficoltà distinguiamo moglie e figli dagli estranei. Anche se i nostri cari ci sono vicini e sono preoccupati, ci appaiono lontani, indifferenti e non comprendiamo il loro vuoto agitarsi.

Uno degli aspetti più dolorosi di queste crisi è che le persone più care, tipicamente i genitori, ci possono sembrare minacciose, pericolose. Se le persone che ci sono più care, di cui ci fidiamo, diventano sospette, maligne, se proprio loro godono del nostro dolore, se proprio loro trafficano per farci del male, con segni e

ammiccamimenti segreti, chi ci salverà? Potremmo finire per scattare contro i nostri genitori, scatti di insofferenza – più rare le accuse, le recriminazioni, perché per quelle c'è bisogno delle parole.

Siamo sensibilissimi a chiunque ci sfiori, chi si accosta è come ci aggredisce. Ogni parola sembra silente o, viceversa, un colpo di cannone. Cerchiamo rifugio in una stanza, un divano, un letto, chiudiamo le tende, la porta, cessiamo i contatti con gli altri: non abbiamo confini e chiunque ci invade. Il mondo esterno ci fa male. Ogni cosa, un panorama, una musica, una macchina, il vento, ci ferisce. Ogni cosa è materia dura che ci colpisce. Mancando i nostri confini, prendiamo noi dei provvedimenti protettivi di confinamento.

Tutto ciò si accompagna a una sensazione spiacevolissima di ansietà, precarietà, mancanza di controllo delle funzioni mentali e fisiche che è congrua con la drammaticità di ciò che sta accadendo.

È importante sapere che spesso si crea uno scollamento, uno sfaldamento, tra il nostro vissuto emotivo di base, il nostro umore e ciò che sta accadendo davvero nella realtà. È quello che si chiama «vissuto incongruo».

Talvolta il vissuto è ancora più sofferto, catastrofico: è incongruo in senso peggiorativo – è più soffocante della realtà. Ci assale un senso di pesantezza e pena insostenibile. Questo può essere l'esordio di un episodio depressivo.

Altre volte, al contrario, l'esperienza di depersonalizzazione e derealizzazione si può accompagnare a vissuti piacevoli, di aumento della sensibilità, dell'intelligenza, delle capacità creative, la fusione col mondo esterno sembra totale, raggiungiamo uno stato di vera esaltazione. Ma la verità è che siamo spettatori disinteressati di noi stessi, ubriachi senza aver bevuto: possiamo uscire da un incidente d'auto mettendoci a ridere. Ridiamo sulle macerie. Così può esordire un episodio maniacale.

Nel crollo sono scomparse parti di noi posticce, non essenziali, come i falsi Sé – alla cui perdita potremmo sopravvivere –, ma sono scomparse anche parti vitali, solide, di noi, costruite in anni, decenni di vita. Siamo al punto che ci domandiamo: chi siamo? Siamo estranei a noi stessi, perché non siamo più quelle persone in cui ci riconoscevamo. Abbiamo perso la consistenza nello spazio, la

continuità nel tempo, la memoria del passato. Diventiamo imprevedibili e inaffidabili per noi stessi. Forse pericolosi?

La confusione è un male, però ha la grande virtù di anestetizzarci dal terrore. Non sappiamo se affidarci alla confusione o restare testimoni impotenti di ciò che accade. Ma tanto non decidiamo noi.

*La voglia di esistere della mente.*

Con un vortice molecolare insondabile,  
sostenuto da forze sconosciute,  
si aggruma, o sopravvive al nulla,  
qualcosa, una massa impercettibile,  
che puoi chiamare di nuovo «io».

È irriconoscibile, ma ha qualcosa di te,  
una somiglianza leggera, un soffio,  
un luccichio in fondo all'acqua.  
Questo io minimo, leggero come una piuma,  
diventa l'ancora di una nave, le fondamenta  
della tua nuova casa.

È ferito, spaventato, bisogna rassicurarlo:  
non capisci se sei tu che ti prendi cura di lui o lui di te.  
Forse lo fate tutti e due, come potete.  
Ora state stringendo un patto.  
E questo patto è sacro.

Nonostante il caos, qualcosa esiste. C'è qualcosa che osserva quel che accade e prova emozioni. Cos'è? Non possiamo che essere noi, quel che rimane di noi. Persiste dunque un grumo, un rimasuglio di noi che è ancora abbastanza cosciente, e fa da osservatore esterno. È terrorizzato e quindi è capace di emozioni. Ma questa parte residua di noi è impotente, non può controllare ciò che accade, è incapace di pensiero, di volontà, di azione. È una mente piatta, bidimensionale,

capace solo di avere una risposta riflessa: il terrore. Così siamo ridotti.

Ma proprio nel momento in cui ci accorgiamo di questa parte, mentre la mettiamo a fuoco, si crea qualcosa che osserva sé stesso e si costruisce uno spazio interno. Chi è osservato e chi osserva sono la stessa cosa, ma tendono a separarsi sempre più, ampliando il volume dello spazio interno che diventa tridimensionale. La parte osservata ha risposte immediate, a corto circuito; la parte che osserva, invece, ha accumulato un minimo di energia, per sopravvivere nel vuoto, in apnea, senza dare risposte immediate, ma osservando. Riesce a posticipare la risposta riflessa, e crea così il tempo mentale. Si forma un nucleo di percezione, non si capisce ancora se interno o esterno al corpo, che comincia a percepirci come autonomo e si mette sulla strada di differenziare le sensazioni provenienti dal corpo da quelle provenienti dall'esterno del corpo.

In questo spazio e questo tempo interni possono cominciare ad abitare i progenitori del pensiero e delle emozioni più complesse. Cominciamo a trattare noi stessi come fossimo un altro. Stiamo assistendo alla nascita di una mente.

È la nostra mente che rinasce dalla confusione: e quello che riappare è il suo zoccolo duro, quello che ha resistito al crollo<sup>6</sup>.

### *Lo zoccolo duro.*

C'è qualcosa, l'essenza di noi, che immediatamente riconosciamo. Può essere costituita dai primi ricordi d'infanzia, le prime e più continuative sensazioni della nostra esistenza, della nostra identità: un nostro modo di voler bene, un tratto del nostro carattere, l'affetto di base che proviamo per noi, il primigenio attaccamento alla vita. Ma soprattutto, l'ultima pietà per noi. Può essere grande come un granello di sabbia, un sassolino, ma esiste e resiste. Quando noi sfioriamo e percepiamo sotto il piede quel sassolino, sentiamo la sua minuscola ma salvifica solidità, ci appoggiamo e ci sosteniamo nell'acqua: per quanto piccolo ci fa da appoggio e possiamo alzare la testa, aprire la bocca e finalmente respirare. Ne riportiamo, nel

terrore e nel buio che ci circondano, una enorme rassicurazione: qualcosa esiste, io esisto. E, se ne siamo capaci, proviamo una gratitudine e un affetto schietto per noi e per quel poco che percepiamo della vita.

A questo punto abbiamo aperto un canale di comunicazione con noi stessi. Noi siamo contemporaneamente le due parti, osservatore e osservato insieme, e le stesse due parti separate tra loro. Comuniciamo pur essendo uno.

Questa parte iniziale di noi, pur piccola, fragile, ferita, può mantenere, se siamo fortunati, sufficiente lucidità, critica e congruenza dell'umore. Se è così, allora possiamo chiamarla «parte sana». A lei sono affidate le nostre speranze, la nostra possibilità di comunicazione, la nostra possibilità di esistere. Piú la parte sana è lucida e consapevole, piú soffre la sua impotenza di fronte alla catastrofe, ma la rassicurazione che porta è fondamentale. È meglio una lucidità sofferente che la confusione. Senza non si può fare nulla. Appena percepiamo la parte sana, l'afferriamo, ci aggrappiamo. E così fa lo psichiatra<sup>7</sup>.

Quale che sia il modo in cui si ricostituisce questo nucleo di noi stessi, lo zoccolo duro che permane è posto davanti al mondo distrutto, lo vede e in lui rinascono le prime emozioni complesse<sup>8</sup>.

### *Lo stupore.*

La prima emozione che ci sovrasta è lo stupore: possibile che possa esistere un'esperienza simile? Cosa ci sta succedendo? Tutto è inimmaginabile e incomprensibile. Siamo increduli. Ce lo raccontassero, non ci crederemmo. Noi lo viviamo ed è così vivido e chiaro che non si tratta di un sogno, che siamo terrorizzati, ma anche stupiti, a bocca aperta.

Talvolta lo stupore è un'esperienza assoluta, abbagliante e immobilizzante: ha una funzione positiva di collante del quadro emotivo e contemporaneamente distingue me che osservo da ciò che accade. La luce è troppa. È un'emozione dolorosa. Ma è un segno di speranza.

Questo è uno stupore duraturo: la sorpresa e l'incredulità possono durare giorni, mesi, anni. Non ci si abitua.

### *La solitudine.*

Il terrore che proviamo ha un nome: solitudine. Siamo in fondo a un pozzo, gli altri sono spariti non sappiamo dove. Se li cerchiamo, ci appaiono lontani, li vediamo continuare a fare la loro vita, sono solo un po' fatui, finti, mentre noi siamo passati a una dimensione ermeticamente separata, non comunicante. Se gli altri ci guardano, noi non sentiamo il loro sguardo, è come se questo ci attraversasse. Noi non esistiamo per loro, siamo invisibili. Ma pare che agli altri questo non interessa, è come se non fossimo mai esistiti. Cerchiamo in ogni modo di farci notare e di comunicare, ma non riusciamo a muoverci, non riusciamo a parlare, non riusciamo ad attrarre la loro attenzione. Ci può sembrare che gli altri comunichino con un altro noi che è rimasto uguale a prima, ma che per noi è fuori scena: noi siamo come un doppione impazzito e senza corpo.

Anche potessimo comunicare, e seppure gli altri ci vedessero, cosa potremmo dire? Quello che ci accade è così assurdo, incomprensibile: anche riuscissimo a raccontarlo, nessuno ci crederebbe. «Aiuto, aiuto, mi sto allontanando! Trattienimi, in qualche modo!» Si può dire questo? Sarebbe capito? Ma ci rendiamo anche conto che abbiamo difficoltà a concepire le parole: le pensiamo, ma poi le dimentichiamo, e se ricordiamo le parole, non ricordiamo più cosa vogliono dire quei suoni. Le parole sono solo rumori e noi balbettiamo come dei bambini. Siamo chiusi in una prigione.

La solitudine è così acuta perché non è solo verso l'esterno, ma anche verso l'interno di noi. Abbiamo perso gran parte dei nostri ricordi e dei nostri riferimenti affettivi. Non c'è nessuno, nel nostro patrimonio affettivo, che può consolarci, rassicurarci: nessuno dei personaggi interni benevoli viene a chiederci cosa succede, ci guarda negli occhi, ci dà una mano. Siamo completamente soli anche dentro.

E ci chiediamo di continuo se siamo gli unici al mondo a provare tutto questo. La sola ipotesi che possiamo essere gli unici ci atterrisce. Solo qualcuno che l'abbia provato ci può capire. Ma nessuno ci ha mai raccontato un'esperienza simile. Quindi nessuno ci può capire. Andremmo alla ricerca di un amico, di un fratello che abbia vissuto tutto questo, ma non riusciamo. Chi, dove, può essere? Sempre che esista. E se incontriamo qualcuno che pare benevolo, o un medico, subito ci domandiamo: avrà vissuto la nostra esperienza. Se qualche segnale ci indica di sì, gioiamo: lui ne è uscito! E ci può capire! La rassicurazione che ne ricaviamo è infinita. Se invece ci pare estraneo alla nostra esperienza, pensiamo che non possa capire nulla di noi, e che qualsiasi cosa dica o faccia, sia inutile, non abbia alcun valore. Se anche sembra sicuro di sé, si illude di capire. Siamo soli.

### *L'invidia.*

Anche se non abbiamo mai provato invidia, ora siamo sommersi da un'invidia pura, cristallina, sconfinata per chi non soffre quello che soffriamo noi. Persone che prima guardavamo con sufficienza e consideravamo piccole, insignificanti, sfortunate, ora, per la tranquilla sicurezza del loro sguardo, ah, come vorremmo essere al posto loro, essere loro, non noi. Come rinunceremmo a tutte le nostre proprietà e prerogative, e come stringeremmo immediatamente un patto col diavolo per scambiarci con loro.

L'invidia può essere vissuta in un modo così intenso da far pensare che è la crisi stessa che amplifica alcune emozioni, come l'invidia, mentre ne riduce o azzera altre. Ma ragioni di invidia, come di stupore, noi sentiamo di averne infinite.

### *La vergogna.*

Si è piú spaventati e stupiti, che vergognosi. Ci si vergogna con gli altri al primo accenno di cambiamento, alla prima avvisaglia del

crollo, ma dopo si ha ben altro a cui pensare. Ci si può vergognare con sé stessi per il crollo narcisistico dell’immagine di sé, però anche questo è del tutto marginale rispetto al sopravvivere. L’unico che ci potrebbe far soffrire davvero per vergogna è un «persecutore interno», ma ora siamo ancora troppo disorganizzati perché si coagulino i persecutori.

### *L’ipersensibilità.*

Siamo senza pelle, sensibilissimi a qualsiasi percezione. Non possiamo navigare in internet, né guardare la televisione, né rispondere al telefono, perché siamo atterriti da qualsiasi stimolo. Piangiamo solo a vedere una pubblicità, ci spaventa una musica ritmica. Se gli altri alzano un poco la voce, ci sentiamo aggrediti e appena si avvicinano ci sentiamo invasi. Gli altri ci paiono oggetti contundenti, del tutto insensibili nei confronti della nostra fragilità.

Ma c’è un’altra ragione della nostra ipersensibilità verso il mondo esterno. Abbiamo perso la capacità di distinguere il significato simbolico, delle rappresentazioni e delle frasi, da quello concreto. Se vediamo un assassinio in un film, ci sembra vero. Se riusciamo a capire il significato delle parole, ogni cosa che udiamo ci pare vera. Se qualcuno dice «sto morendo di freddo», crediamo che stia morendo davvero; se qualcuno dice a un bambino «ora ti prendo e ti mangio», per noi quel bambino sarà ingoiato. Non riusciamo a maneggiare il simbolico: né lo costruiamo, né lo decostruiamo. Questo deficit simbolico richiede uno sforzo continuo per decifrare i messaggi e poiché non ci riusciamo, viviamo in un mondo pauroso. È quello che si chiama pensiero concreto. Va e viene come vuole lui, e noi lo subiamo<sup>9</sup>.

### *L’intorpido.*

La nostra coscienza è intorpedita. È come se la realtà fosse coperta, separata da noi, da un vetro spesso, offuscato. Come se il

nostro campo visivo si fosse ristretto. I colori sono diventati una scala di grigi, come in un mondo in bianco e nero, i rumori attutiti, le velocità rallentate. Sentiamo il nostro corpo goffo e appesantito, come fossimo fatti di plastilina, oppure, al contrario, lo sentiamo leggero, fatto d'aria, inconsistente e noi siamo puro spirito. Fantasmi.

### *La lettura del pensiero.*

Gli altri ci leggono nel pensiero con estrema facilità, e senza il nostro consenso, in modo lievemente intrusivo e minaccioso. Non possiamo impedirlo. Sentiamo la teca cranica trasparente: gli altri ci possono guardare dentro. Il livello di spiegazione più semplice è che mancando i nostri confini percepiamo la nostra mente come qualcosa di non protetto, di non più segreto.

### *L'interpretatività e gli spunti deliranti.*

Abbiamo bisogno di una spiegazione per quello che ci accade, ma è difficile trovarne una. Una spiegazione qualsiasi però è meglio del caos. Perciò cominciamo a darci motivazioni, interpretazioni della realtà, anche assurde. E appaiono i primi spunti deliranti. In genere di tipo persecutorio. Che è il livello di spiegazione più semplice: regrediamo a una forma di pensiero primitivo, difensivo, il più chiaro e immediato possibile, il pensiero dicotomico che ragiona in termini di bene-male, bravo-cattivo eccetera.

Da qui, un facile sviluppo è il pensiero persecutorio, dove il male è espulso da noi e messo in altre persone, reali o immaginarie, che diventano i persecutori, mentre noi, bonificati dal male, diventiamo le vittime. L'atmosfera persecutoria può diventare l'atmosfera della crisi psicotica acuta. Questo non è un bene perché i pensieri dicotomico e persecutorio sono rigidi e, se diventano pervasivi, rischiano di prolungare, invece di aiutare a risolvere, la crisi. Eppure in questo momento sono inevitabili e perfino utili, per dare un po' di

struttura alla mente e senso alla catastrofe: diminuiscono la confusione. Sono una fase da attraversare. L'equilibrio funziona se gli spunti deliranti e persecutori hanno un limite di tempo e di gravità, ma questo non si può sapere prima. Si cammina col paziente su una lama, sperando di non cadere da una parte nella confusione e dall'altra nel delirio persecutorio.

### *La facilità alle allucinazioni.*

In questa fase possono avvenire fenomeni allucinatori, soprattutto uditivi e visivi, in genere mutevoli e disorganizzati. Per via della disorganizzazione mentale li viviamo in modo meno preoccupato di quanto può capitare in un esordio allucinatorio a mente fredda.

### *La traversata del deserto.*

Per quanto tempo dobbiamo sopportare una situazione di solitudine e isolamento così insostenibile? Nella realtà dura qualche ora, qualche giorno, poche settimane. Ma noi che viviamo questa piccola fine del mondo possiamo essere convinti che non finirà mai. E può essersi alterata la nostra cognizione del tempo.

In questo periodo non siamo in grado di svolgere le nostre attività: chi si accanisce a proseguire il lavoro o ad accudire i figli incontra difficoltà di ogni tipo. Nei casi più gravi, non siamo più autonomi. In questo periodo, a rischio non è solo la mente ma anche il corpo, perché si può smettere di mangiare e bere, perdere ogni cura e igiene, e presentare disturbi comportamentali che associati a totale distrazione e noncuranza possono portare agli incidenti più vari.

La tensione però può non essere continua, possono incontrarsi dei momenti di riposo, con alleggerimento della depersonalizzazione e derealizzazione: oasi in cui respiriamo e troviamo ristoro. Ma l'atmosfera resta greve, comunicare difficile, e presto tutto si riallontana.

Se ci ritiriamo in camera nostra, i parenti o gli amici, anche conviventi, possono non accorgersi di nulla, e ci sentiamo abbandonati a noi stessi. Se invece i parenti o gli amici cercano di comunicare con noi, si trovano davanti qualcuno che non conoscono: siamo una persona diversa, non si comprende quali emozioni ci attraversino, né le ragioni del nostro comportamento. Siamo persone che hanno perso continuità e prevedibilità. Siamo inconoscibili. Siamo persone in cui non ci si può più immedesimare.

Vieni con noi da un medico? Ti fai accompagnare in Pronto soccorso? La persona rifiuta queste proposte o non risponde neppure: vive la situazione come una catastrofe reale, cosa c'entra un medico con la fine del mondo? Nessuno può comprenderla. La figura del medico è vissuta come inutile, disturbante, se non pericolosa.

Piuttosto che cercare un medico, è più facile che la persona, se è abbastanza organizzata, parta alla "ricerca di un salvatore". In rete o dal vivo, tenta di trovare un maestro, un saggio, che le dica la parola a cui credere disperatamente, capace di spiegare, collegare, mettere ordine. Cerca, in un'atmosfera magica, una parola magica che l'aiuti. Ma il modo più facile e veloce per ricreare un ordine, quale che sia, è il delirio.

### *La ricostruzione.*

La mente è tenace, e cerca continuamente di riorganizzarsi. Già a poche ore dal crollo o, il più tardivamente, dopo qualche settimana, inizia il periodo di ricostruzione.

La parte sana fa da centro di gravità: anche se è piccola e sparsa, inizia a bonificare intorno a sé alcuni territori, e funzioni, e li integra in sé. Così facendo si espande, aumenta la sua forza centripeta, attrattiva, e prosegue nel lavoro. La prima attività di bonifica consiste nel disperdere, come una nebbia, la coloritura persecutoria del pensiero e degli affetti. Non avviene consapevolmente, ma avviene: man mano che siamo più sicuri diminuisce la nostra regressione a un

pensiero dicotomico e persecutorio. Si ricomponе la scissione tra bene e male. Vengono ridistribuite le parti: recuperiamo in noi ciò che è nostro e riponiamo negli altri ciò che è loro. Gli altri non sono più persecutori. Intanto si ristabiliscono delle parvenze di confine tra noi e gli altri. Cessa la lettura del pensiero. Ritorniamo ad accogliere e a essere accolti nel nostro corpo.

Quando questo processo è a buon punto, proviamo una sensazione di leggerezza, completezza e rinascita, e, sia pure in una situazione precaria, ancora in tempo di coprifuoco, teniamo una festa segreta. Tutto ci appare semplice e chiaro, ci sentiamo rappacificati. Proviamo una grande tenerezza verso di noi e gratitudine e meraviglia: ci sembra di far parte di un miracolo. Come avviene a ogni nascita. Fuori di noi può essere che nessuno si accorga di nulla.

Basta che lo psichiatra presti attenzione: talvolta, dopo qualche giorno di ricovero, si notano in questi pazienti momenti di detensione, una quiete nell'animo che pare non solo dovuta ai farmaci, ma a qualcosa che è nell'aria e sboccia da solo, come se il paziente fosse raccolto in sé stesso e, leggero, si ricomponesse, ritrovasse una sintonia col tutto. Lo psichiatra che lo vede, e se ne accorge, mentre passa davanti alla porta aperta della stanza, pensa subito: dimesso.

Questo è il magnifico effetto della risoluzione della scissione, per cui ci sentivamo monchi e perseguitati. Si è aperta la prigione interna<sup>10</sup>.

A questa rinascita seguono ore, o giorni, di una crescita convulsa. Come in un cantiere navale, con le gru, dove si riutilizzano i relitti, si inglobano nella mente interi pezzi di esperienze emotive e affettive del passato che si risollevano dall'oblio, come prue di navi affondate. Questi pezzi di noi del passato si riadattano meglio che riescono. Alcuni pezzi sono integri e funzionali e trovano un posto comodo, altri si incastrano male. E noi diventiamo un miscuglio di cose vecchie e nuove, antiche abitudini ricomparse dal nulla mescolate a vecchie e nuove paure, a speranze appena formate. Non siamo noi che dirigiamo la ricostruzione: avviene e basta. Senza un progetto, una logica prefissata, come contro il pilone di un ponte si accumula il

materiale portato dalla corrente e si crea col tempo una piattaforma solida che galleggia.

E alla fine ci accorgiamo, con sorpresa e gioia, che riconosciamo gli affetti degli altri verso di noi.

Ultima torna la parola: comprendiamo nuovamente il significato delle parole. Nei primi tempi, quando ricostruiamo un filo di pensieri e affetti, possiamo presentare una rimuginazione ossessiva di frasi, o di emozioni, senza costrutto alcuno. Questa rimuginazione, vista dall'esterno, fa venire in mente la lallazione dei bambini, che ripetono inconsapevolmente suoni e versi nell'imparare a parlare, ma noi non ci accorgiamo di questo disturbo. E quale che sia la sua origine, comunque, aumentando la lucidità, tende a scomparire.

Quanto dura la ricostruzione, prima che ci sentiamo sicuri nella nostra nuova mente, nessuno lo può prevedere: settimane, mesi, decenni, tutta la vita.

La velocità del processo di ricostruzione è varia e varia è la sua efficacia. Se la crisi, per esempio, è dovuta all'uso di allucinogeni, man mano che diminuirà l'effetto degli allucinogeni, la mente riprenderà le sue funzioni, come uscisse da un sogno, e potrà non residuare alcun danno. Se invece il crollo è dovuto a ragioni interne, la ricostruzione potrà richiedere anni e risultare incompleta. Restano cicatrici e buchi.

Nella maggior parte dei casi, da una crisi psicotica non si ricava saggezza e nuova conoscenza. È più facile che, in questa esperienza, si perda qualcosa: si resta lievemente menomati in qualche funzione psichica, la memoria, la capacità associativa, di gestione dell'umore e degli impulsi, si resta a lungo, anche anni, come intontiti.

In alcuni casi fortunati, invece, accade che la ricostruzione porti a un esito più solido di come si era prima della crisi. È quando nel crollo di una mente, costruita in maniera precaria, vanno in frantumi e si perdono falsi Sé disfunzionali, idoli di cui eravamo schiavi: il crollo spezza le catene e conquistiamo la libertà, la modestia, il rispetto per noi e i nostri limiti. Diminuisce l'onnipotenza, e quindi la fatica quotidiana che ci costa vivere. La crisi ci ha fatto più saggi. Dopo anni, comprendiamo che questa è stata una crisi di crescita, la

nobilitiamo, e la inseriamo tra le cose utili, anche se dolorose, della nostra vita. La crisi ci ha salvato da una strada che portava alla «pazzia», non viceversa.

### *Il rischio di cronicizzazione.*

Poiché la mente non tollera la frammentazione, piuttosto che restare confusa può abbracciare un delirio, che le consente di legare i fatti in una catena di causa ed effetto. Poi, via via che si rafforza, abbandona il delirio e si confronta con la realtà in modo più adeguato. Ma se la mente resta fragile a lungo, può nel tempo rinforzare il delirio, perfezionarlo, trovarne nuove riprove e dimostrazioni. Così il delirio, da confuso che era, diventa lucido, rigido e incriticabile. Quella che era una crisi psicotica acuta, diventa una psicosi delirante cronica. Da una mente confusa siamo passati a una mente iper-razionale, con l'intelligenza che si mette al servizio del delirio<sup>11</sup>.

Quello che rende il delirio incriticabile, e che fa sì che il paziente reagisca appassionatamente a ogni dubbio sulle sue convinzioni, è che nel delirio si ricostituisce e riprende vita l'affettività del paziente, e – seppure in un mondo scisso tra vittima e carnefice – si ricostituisce un'identità emotiva e affettiva. Questa identità consente alla persona di ritrovare sé stessa e le consente di esprimere il proprio dolore. Difendere il delirio diventa una questione di identità. Per questo i deliri non si combattono per via razionale, ma per via affettiva, mettendosi in rapporto – “a disposizione”, verrebbe da dire – con la fragilità che mostrano: cos'è un delirio di persecuzione se non una dichiarazione di dolore, paura, solitudine?

Il delirio persecutorio ha un effetto dirompente sulle relazioni con gli altri ma, da un altro punto di vista, rinforza i legami. Poiché non possiamo separarci da noi stessi, se abbiamo messo parti di noi “cattive” in un persecutore, non faremo altro che cercarlo, pensare a lui, parlare di lui, vederlo dappertutto, siamo noi che inseguiamo lui per controllarlo. Restiamo vicini a lui per restare vicini a noi stessi. Siamo legati a doppio filo, come e più che fosse un benefattore, un

amante. E va a finire che queste relazioni col persecutore assomiglino a relazioni d'amore.

### *Cosa resta nel tempo.*

Se la persona ha vissuto la psicosi acuta in stato confusionale, non è stata in grado di memorizzare l'esperienza – come si memorizzano parzialmente i sogni e subito si dimenticano – e non le resta che un vago ricordo dell'accaduto. Come un incubo che si perde nel passato. Se invece ha vissuto la crisi con lucidità, può albergare in lei per anni un vivido senso di precarietà e pericolo, un'apprensione sulla permanenza della realtà e di sé stessa. Come se il crollo potesse ripetersi da un momento all'altro. È una penosa sensazione, difficilmente condivisibile con altri, che la accompagna giorno per giorno. Chi vive questa condizione è sguarnito della propria sicurezza, della gioia di vivere. Non si libererà di questa esperienza: verrà soltanto attutita di anno in anno. Pur conducendo una vita affettiva e lavorativa apparentemente ordinaria, sarà sempre accompagnata da un pesante compagno.

Un aiuto potrebbe venire dal riuscire a elaborare l'accaduto, trovandone una ragione, un senso, che lo inserisca in un percorso di vita, ed eviti così che resti un corpo estraneo e conturbante. Se il bisogno è ricucire questo strappo della mente con un filo di parole, farlo è difficile: il senso della crisi, nella mente del paziente, cambia di anno in anno, in qualche modo resta sempre sfuggente, irraggiungibile. Cambia con la vita. E poi al contempo, mentre si cerca con tutte le forze di farsi una ragione dell'accaduto, con altrettanta contrapposta forza si cerca di allontanarsene e di allontanarlo dalla memoria.

Anche se la crisi non resta così ancorata alla memoria, il suo lascito è, per qualche tempo, uno spiccatto senso dell'effimero, non solo di noi stessi ma del tutto. Non un senso di precarietà, ma di finitudine. Questo si può accompagnare a maggior rispetto per sé e per gli altri, e alla costruzione di una scala di valori con in cima l'affettività, i rapporti umani, la delicatezza di ogni vivente. Con la

consapevolezza che la realtà è pericolosa ma non malevola, non ce l'ha con noi. Chi può disporre di questo lascito si dimostra una persona attenta, sincera, che bada alla sostanza, che considera il tempo prezioso, e non utilizza gli altri. È bello stare con queste persone. Vale per qualche mese o qualche anno, dopodiché, tutto si stempera e viene dimenticato. Buon segno per la persona che, superato il trauma, è libera di tornare alle ipocrisie di prima.

Permane per sempre, nello spazio della mente, l'eco del *big bang*, di questa piccola fine del mondo. Anche se il paziente se ne è dimenticato, lo psichiatra attento può captarlo, percepirllo, come un esile rumore di fondo: è un urlo continuo che accompagna la vita.

In definitiva, da queste crisi acute, qualcosa si può perdere e qualcos'altro si può guadagnare: ognuno fa il suo bilancio, mai definitivo.

L'esperienza di una crisi psicotica è un incontro inaspettato con i propri limiti, i misteri della mente, la sua profondità, e poi la nostra singolarità, la distruttività dentro di noi, l'affetto e la cura per noi stessi, l'attaccamento alla vita, la nostra solitudine irrimediabile. Qualcuno ne rimane così colpito da decidere di fare lo psichiatra.

# Dalla parte dello psichiatra

*Una donna che non parla.*

Sto dimettendo un paziente, siamo ai saluti, quando si affaccia sulla porta un infermiere:

- Hanno chiamato dal Pronto soccorso.
- Per chi?
- Una donna che non parla.
- La conosciamo?
- Nessuna notizia.

Mentre cammino nei corridoi dell'ospedale verso il Pronto soccorso, salutando uno e sorridendo a un altro, sale il ricordo di altre donne che non parlavano. Alcune erano schizofreniche, altre depresse che avevano smesso di pensare; altre ancora erano semplicemente inciampate nella vita e si erano rifugiate in Pronto in attesa che la parola tornasse, e io ogni volta, osservando come si tormentavano le mani, pensavo: non si può aggiustare il mondo dall'ospedale.

Ora sto entrando in Pronto e, transitando per la vasta sala d'attesa, riconosco la donna fra una trentina di persone. Una signora giovane, sui ventidue, venticinque anni, vestita di verde, al fondo della sala, si guarda intorno con apprensione. Non l'ho mai vista prima. Sembra una bambina di tre anni che si è persa per strada. Non riesce a stare ferma.

Resta lì! Non scappare! Le raccomando mentalmente. Le sto parlando prima ancora di incontrarla. Giro a destra, entro nella stanza del medico di guardia.

- Ciao, chi devo vedere?

– Una donna giovane, vestita di verde. Non parla e non capisce niente.

– Notizie?

– Non sappiamo come si chiama, non ha documenti, né telefonino. L'ha scaricata un tassista che l'ha raccolta per strada.

– Che dice il neurologo?

– Tutto negativo. Ah, niente Tac fino a domattina.

– Ma capisce l'italiano?

– La devi visitare tu o io? Ah, non ci sono stanze per parlare.

Torno in sala d'attesa, mi avvicino alla giovane donna vestita di verde e, senza toccarla, le dico: – Buongiorno, signora. Sono un medico. Mi può seguire? – E, mentre mi avvio, faccio ampi gesti di venire con me verso il corridoio centrale del Pronto. Lei non mi segue, devo tornare indietro, accostarla e ripetere l'invito. Mi guarda perplessa, sposta lo sguardo di lato, come non sapesse cosa fare, poi mi riguarda; fa così due o tre volte, poi, piú per automatismo che per decisione, mi segue. Trovo nel corridoio uno spazio libero, poco piú di un metro quadro, e lo difendo con i gomiti. Stiamo in piedi in mezzo a un andirivieni come davanti ai binari di una stazione ferroviaria.

– Cosa succede? – chiedo. Lei sgrana gli occhi, poi sorride da sola, fa di no con la testa, mi riguarda in viso come cercasse qualcosa, poi muove la bocca come parlasse con sé stessa e si mette a guardare per terra.

Io sento da subito che le mie capacità di comprensione, di immedesimazione, si scontrano con un mondo impermeabile e scivolano via. Sento che la mia empatia non funziona. Questo è il segnale che sono davanti a una psicosi. La psicosi è opaca <sup>12</sup>.

– Cosa succede? – ripeto abbassando il tono della voce. Nessuna risposta. Si guarda spaesata intorno.

Sento salire una sensazione di tenerezza che conosco. Mi pare che la donna si confronti con uno stato confusionale interno, che la spaventa, per questo mi intenerisco.

– Riesce a dirmi il suo nome?

Sorride con un'espressione sorpresa, poi preoccupata. Guarda da un'altra parte.

Potrebbe essere allucinata, ma non posso esserne sicuro.

– Capisce l’italiano?

Fa un sorriso inspiegabile, come dire: e che ne so io? Poi si blocca con tutto il corpo a guardare fisso in avanti, tesa, come non riuscisse a deglutire qualcosa.

– Sí che lo capisce, – fa un’infermiera passando, – il tassista ha detto che è stata lei a chiedere di portarla in Pronto soccorso. Lo ha pagato, poi non ha detto piú nulla.

– Era preoccupata per sé stessa... – penso io ad alta voce.

Arriva il richiamo rauco del medico di guardia.

– Devo andare, oggi va male, – fa l’infermiera e, prima di girarsi per allontanarsi, indicando la signora aggiunge: – No febbre, no alcol, no droghe.

– Ah, grazie, Enrica.

La signora si volta verso di me con uno sguardo quasi offeso, come dicesse: «Ovvio! Cosa si aspettava? Che fossi drogata!» E si perde in un’espressione tristissima e poi nel nulla. Resta cosí. Ora non si muove piú. Comincio a temere di perdere il contatto <sup>13</sup>.

So bene che la prima esigenza, in questi casi, è diminuire la solitudine, l’isolamento della persona, e mantenere un canale di comunicazione aperto tra lei e gli altri. Il fatto che io mi senta abbastanza tranquillo davanti a lei, e rimanga con lei senza trovare una scusa qualsiasi per allontanarmi – cosa che sarebbe molto facile – significa che non la percepisco come disturbante: non percepisco la sua incomprensibilità e imprevedibilità come pericolosa, “velenosa” per me. Sono disponibile ad accogliere qualcosa di lei dentro di me. Questo è fondamentale, perché chi è estraneo a sé stesso non ha casa dove stare, e il poter essere accolto, seppure in piccola parte, nella mente di un altro è un grande riconoscimento di esistere, una possibilità di esistere. La signora si aggrappa a questa mia disponibilità, e infatti riesce a mantenere un esile rapporto con me – ma la cosa deve costarle molta fatica, piú di quello che sembra o che costerebbe a noi <sup>14</sup>. Non posso pretendere una relazione adeguata, si lavora in punta di dita.

La situazione di questa donna è delicata, ma non gravissima, perché lei c’è. Si percepisce ancora una parte sana funzionante.

Questa parte va sostenuta perché non svanisca nel nulla. È meglio giocare subito tutte le carte, prima che si spenga, anche perché tra poco userò i farmaci <sup>15</sup>. Mi avvicino e le dico nel modo più chiaro possibile:

– Signora, lei è confusa, non riesce a parlare. Ce ne siamo accorti. Mi occupo io di lei. Tra qualche ora starà meglio.

Troppe parole, per dire: tu esisti, il mondo esiste, non sei sola.

È un messaggio in bottiglia. Lei non muove un muscolo, non ho modo di capire se ha udito e inteso. Vista da vicino è proprio una bella donna, ma questa scoperta appartiene a un altro universo, al momento lei ha tre anni. Da questo istante, una parte della mia mente si distacca a gestire questa mia reazione fisica.

Resto tranquillo: non è un esordio schizofrenico, non c'è la pesante meccanicità delle psicosi maggiori, né il senso d'impotenza – che sale sempre mentre le saracinesche della libertà stanno calando –, non c'è il rallentamento del tempo, né il senso di soffocamento. Qui l'aria è ancora leggera, fina, respirabile, c'è voglia di libertà. Penso a una reazione psicotica di crescita, a una adolescenza ritardata e contrattata, a qualcosa che ha interrotto un flusso naturale di vita e che ha condotto la donna a interrompersi, lacerarsi, per un poco.

La paziente fa ora uno sguardo che pare dire: «Ah, c'è arrivato! Finalmente!»

Questa coincidenza mi fa sorridere.

Enrica, passando con una bacinella in mano, si incuriosisce:

– Vi intendete voi due?

– Abbastanza.

– È un'isterica?

– No.

– Afasica?

– No.

– Blocco depressivo?

– No. È una psicosi acuta.

– Ah, quindi esistono? Le devo “fare” qualcosa?

Le nomino un tranquillante e un neurolettico.

– Appena riesco... Siete romantici voi due, in mezzo a questo balaamme... però magari dietro quella porta state meglio...

La donna è rimasta in piedi, immobile, persa nel nulla. Ma ha ascoltato quello che abbiamo detto? Sente le parole o no? Le capisce? Sarebbe importante saperlo.

Poi vedo uno zainetto verde che la donna porta appeso a una spalla: e se ci fosse qualcosa dentro che possa chiarire la situazione? Mi avvicino e, il più delicatamente possibile, scusandomi, le sfilo lo zaino, lo apro e infilo dentro occhi e mano. La donna con un unico movimento, me lo strappa, lo rovescia, e tutto quello che c'è dentro cade sul pavimento. Rumore. Qualche moneta rimbalza, la gente si scansa. Siamo io e lei in piedi con tutte le sue piccole povere cose per terra: fazzoletti di carta, monete, un paio di occhiali. Rischiano di essere schiacciate da scarpe e ruote di barelle. Un po' mi vergogno, un po' sono desolato, mi chino, raccolgo tutto.

Si rinforza, dentro di me, un sentimento di protezione verso la donna. Percepisco come la sua identità, la sua consapevolezza, siano legate a un filo che è importante proteggere. E sento la mia responsabilità di specialista di avvisare gli altri e attuare tale protezione. Ma come fare in questo mare mosso del Pronto soccorso? Mi guardo intorno e scorgo l'isola: lo sguardo della caposala. Sta parlando poco lontano con un cardiologo che la ammonisce di stare attenta:

– Il paziente qui allettato forse ha un infarto, stiamo aspettando gli enzimi e di liberare il letto in cardiologia, per cui resta in Pronto dieci minuti in attesa, tenetelo sotto stretta osservazione, lei e tutti gli altri!

– Certo! – lo rassicura la caposala, scattando come un soldatino. Poi si avvicina a me:

– Mi spiace che lavori in piedi in corridoio, dottore. Vuole accompagnare la signora nella mia stanza?

– Grazie, ma ormai...

Vorrei dire alla caposala: questa giovane ha un infarto alla mente, se non manteniamo aperta la comunicazione tra lei e il mondo, la sua mente muore. Il cuore ha bisogno di ossigeno, lei ha bisogno di comunicare. Quello che facciamo nei prossimi minuti, ore, giorni può

cambiare tutto, in meglio o in peggio. Dobbiamo proteggerla, trattarla con delicatezza, non invaderla, tenerla in un posto tranquillo... possibile che in un Pronto soccorso moderno ci sia tale sollecitudine per il rischio di infarto, di danno a qualsiasi organo del nostro corpo, e così scarsa preoccupazione per il rischio di morte della mente?

Ma mi esce solo:

– Questa donna è molto fragile, la ricovero da me... ma non abbiamo un posto letto: dovrò litigare un quarto d'ora per aggiungerne uno. Nel frattempo, lei può tenerla d'occhio?

La caposala, che non ha rubato il suo posto di lavoro, pesa la mia preoccupazione e guarda la donna:

– Chiamo Enrica e le chiedo di non perderla di vista. Se cerca di uscire dal Pronto, la fermiamo come fosse un Tso. Per la confusione e il rumore però niente da fare. Vada tranquillo a litigare, dottore. Un quarto d'ora.

Prima di andare, rivolgo un'ultima occhiata alla donna: è imbambolata, persa nel vuoto, ma tende una mano chiusa a pugno verso di me, e alza il pollice, un gesto che dice: «Ok! Ben fatto! Scelta giusta!»

*Diagnosi:* episodio dissociativo acuto.

È una diagnosi che si usava allora, oggi forse sarebbe diversa, ma che importa? Le diagnosi vanno e vengono, come le mode, come il fumo della stufa. Il ricovero è durato un mese: è tanto perché abbiamo voluto fare le cose per bene – era quello che chiedeva la paziente. In effetti, in seguito, non ci sono stati altri ricoveri. La giovane, studentessa modello e donna in carriera, aveva smesso di parlare in casa da quindici giorni e si era chiusa a chiave in camera. Due giorni prima aveva chiesto ai genitori, e poi ad amici, di accompagnarla in Pronto soccorso, ma era stata dissuasa con varie motivazioni sull'inutilità di tale azione. Il giorno prima di farsi portare in Pronto da un tassista, c'era stato un furibondo litigio col padre ingegnere, che voleva che lei spiegasse, punto per punto, cosa le passava per la testa.

Dimessa dal ricovero, ha proseguito farmaci e psicoterapia per tre anni: il tempo di una adolescenza tardiva. Poi ci siamo salutati, non ne abbiamo più saputo nulla.

Per inciso, si chiamava Claudia.

*Devo andare a lavorare.*

- Devo andare a lavorare.
- Non si ricorda come si chiama: non può andare a lavorare.
- Devo andare a lavorare.
- Come si chiama? Dove abita?
- Che importanza ha come mi chiamo e dove abito?
- Si è perso per strada, come un bambino. L'hanno portata in

Pronto soccorso.

- Non sono un bambino.
- Certo. Ha una moglie? Con chi abita?
- Devo andare a lavorare.
- Dove lavora?
- In ufficio.
- Sí, ma in che ditta, quartiere, strada?
- ... loro lo sanno... mi faccia andare là, e mi riconoscono loro.
- Se non sa dove... dobbiamo aspettare.
- Se non vado là, immediatamente, succedono cose gravi, alla ditta e a me.
- Della sua identità ce ne stiamo occupando noi. Stiamo cercando di capire chi è.

*Diagnosi:* episodio dissociativo.

Si trattava di un uomo di trent'anni, che viveva con i genitori: stava facendo una brillantissima carriera in ufficio a totale discapito della sua vita privata che non esisteva affatto. Questa organizzazione mentale era funzionale al riscatto da una immagine di sé disprezzata, per via delle poche origini della sua famiglia, ed era stata sostituita da un'immagine onnipotente di sé in campo lavorativo, come massimo e insostituibile esperto in una grossa società. Il suo sistema

mentale precario era franato per un mancato riconoscimento di una meritata promozione sul lavoro. Questo aveva provocato il crollo dell'onnipotenza e, a seguire, il crollo delle immagini di sé, e quindi il crollo dell'identità. La dissociazione delle funzioni mentali tra loro aveva causato la caduta in un campo paranoideo: l'uomo sentiva che sarebbe stato ucciso come punizione per la sua incapacità di realizzare il riscatto della famiglia. Lo avrebbe ucciso un mafioso che sarebbe arrivato in treno dalla regione di origine. Un po' più che un semplice burn-out.

Dopo il ricovero di un mese ha proseguito per tre anni farmaci e colloqui. La risoluzione è stata ottima, anche perché sono emerse grandi qualità umane, e si è aperto, di conseguenza, uno spazio di vita privata.

*È troppo vuota per essere psichiatrica.*

Esco dal mio studio nel reparto e l'infermiere Lino, incrociandomi, fa:

- La stavo cercando: lo sa che il Pronto soccorso ha ricoverato da noi una donna poco fa?
- Non lo sapevo. Senza dirmi niente!
- Non è così che si lavora! Almeno avvisare.
- Poi mi sentono. Dov'è la nuova paziente?
- Stanza 6.
- Vi sta creando problemi?
- No, anzi, è tranquillissima e ubbidiente. Fa tutto quello che diciamo.

Fossero tutte così.

- Vado a vederla.

Per inciso: il medico di Pronto ha il diritto di ricoverare chi vuole, dove vuole, altrimenti il Pronto sarebbe immobilizzato e chiuderebbe in tre giorni, ma tutto va fatto con educazione e prudenza.

Andando verso il centro del reparto, alla stanza 6, i rumori, le grida si attutiscono e incappo in uno strano silenzio.

- Perché parlate sottovoce? – chiedo a un'ausiliaria.

Lei non risponde, ma mi invita a stare zitto mettendo il dito sulle labbra.

Entro nella stanza della clandestina e non trovo nessuno. Mi correggo: a letto c'è una donna di cinquant'anni, che guarda il muro nel vuoto, ma è come se non ci fosse. È vuota, non c'è. La mente e l'identità di una persona si possono percepire e misurare, come avessero una massa, un peso. Il dio egizio pesava il cuore dei defunti col bilancino, allo stesso modo si può fare con la mente e l'identità. In questa persona al momento non hanno peso.

L'infermiere Lino mi ha seguito fin qui e chiede:

- Non è una bella paziente? Educata.
- Ma a te non sembra vuota? – chiedo io.
- Cosa intende?
- Tu la senti la persona? Dov'è la persona?
- Non so. E dov'è la persona? – quasi si guarda intorno.

– È questa la domanda giusta. La persona non c'è. Hai presente un catatonico? Sta fermo, non parla, ma tu senti che la sua mente è piena di forze contrapposte, come una molla trattenuta, sembra una pentola a pressione, che può scoppiare da un momento all'altro. C'è. Anche un depresso pesa, anche se non si muove. C'è. Così è la mente dei pazienti psichiatrici puri. Pensa invece a un Alzheimer: magari si guarda intorno, parla, sembra in contatto col mondo e con sé stesso, ma la sua mente è leggerissima, non ne senti la massa, il peso. È un foglio di carta velina, dove avvengono automatismi. Dov'è la persona? L'Alzheimer è una malattia, sì psichiatrica, ma su base organica.

- E che differenza fa?
- Che bisogna capire che disturbo organico ha questa paziente.

Cerco nella cartella del Pronto soccorso la consulenza del neurologo: «Stato confusionale; paziente scarsamente collaborante; con questo limite e per quanto apprezzabile, esame neurologico negativo». Lo chiamo.

– Guarda, – gli dico, – questa paziente ha sì una psicosi acuta, ma non su base psichiatrica: ha qualcosa di organico.

– Come fai a dirlo?

Io, un po' imbarazzato:

- È vuota, non c'è, non si sente la persona.
  - Milone, mi vien da ridere. È vuota! E tu cosa faresti?
  - Una Tac urgente, una risonanza...
  - E come no, magari pure una puntura lombare... secondo te, io dovrei farle fare una Tac urgente perché tu senti un senso di vuoto?
- E chiude il telefono.

Mezz'ora dopo richiama il neurologo e mi dice:

- Ci ho pensato su. Ho parlato con i colleghi della Tac: se vuoi, fanno passare la tua paziente adesso.
- Grazie.

La donna va alla Tac e, dopo un'altra mezz'ora, risquilla il telefono.

- Ciao Milone, come stai?

È il neurologo.

- Bene.
- ... Tutto bene?

- Sí...

- Allora... Stai a sentire. Quella paziente che è alla Tac l'ho rivista.

Non torna da te, viene direttamente da me. Appena arriva, le faccio una puntura lombare.

- Ah, mi sembrava vuota!
- Eh già.
- Una volta che c'è la paziente perfetta, – commenta Lino che ha sentito tutto, – ce la portano via!

*Diagnosi:* meningite.

Non si usa scrivere: psicosi acuta in meningite, ma è così. Ed è così in altre centinaia di disturbi organici, dai tumori alle encefaliti.

La correlazione tra mente e corpo è immediata: un disturbo a origine mentale diventa immediatamente fisico e viceversa. Resta importante stabilire se il *primum movens* è mentale oppure fisico, perché la terapia cambia molto. Un disturbo psichiatrico ha una terapia ben diversa da quella per una meningite. Quindi, in psichiatria d'urgenza la diagnosi è fondamentale e va fatta il prima possibile.

Nell'epoca delle Tac e delle risonanze *prêt-à-porter*, l'osservazione clinica «fatta a mano» resta comunque fondamentale e insostituibile.

*Passeggiata in Pronto soccorso.*

– Ciao, Milone, sono Brizzi dal Pronto: c'è una donna confusa da vedere. Il neurologo dice che è tua.

– Tu cosa ne pensi?

– Per me, tu e il neurologo potete tagliarla a metà, basta che mi portiate via i pezzi dal Pronto.

Entrato in Pronto passo da Brizzi:

– Che sai della donna?

– Niente e non mi interessa. Non l'ho neppure vista. Guarda dove lavoriamo.

Un accampamento dopo una battaglia.

Andando controcorrente alla ressa, cerco la mia paziente. Sarà quella donna alta, del tutto disinteressata a quanto accade intorno a lei. Un'altra naufraga. Alzando la mano, chiedo lumi a una infermiera lontana, sul punto di essere travolta dalla folla, e lei mi conferma col capo.

– Buongiorno signora, sono un medico, che succede?

Pare non accorgersi di me, guarda da un'altra parte. Insisto: niente. Non mi distingue dallo sfondo, faccio parte dell'arredamento. Prima cosa: attrarre l'attenzione. Batto le mani e alzo la voce.

– Buongiorno signora! Cosa succede?

Nulla.

In realtà, osservando meglio, noto che la persona risponde alle mie parole con un movimento delle labbra come di disgusto e sposta lo sguardo ancora più in là, come volesse allontanarsi da me. Poi sorride tra sé, come per dire: «Figurati se ti guardo! Non ci casco!»

A me vengono fantasie su un mondo delirante paranoideo. Non ti guardo perché tu sei d'accordo con «gli altri», i miei persecutori; non ti guardo altrimenti mi leggi nel pensiero; non ti guardo altrimenti entri nella mia mente e ne prendi il controllo. Questa persona potrebbe parlare, non lo fa perché non si fida.

Ma ora, nella realtà, la paziente si sposta e prende a camminare nel corridoio centrale del Pronto soccorso. La seguo a due metri di distanza. Sono preoccupato: va nella direzione dell'uscita dal Pronto.

Con lo sguardo e a cenni chiedo agli infermieri lontani se mi possono aiutare, nel caso, a trattenerla. Ricevo blande rassicurazioni.

Camminando così, sembro uno che va a spasso, e incrocio un internista che non vedo da tempo. Si interpone tra me e la paziente:

- Ciao Milone, quanto tempo. Cosa combini?
- Sto parlando con una paziente! – dico io a mezza voce.

E lo lascio bruscamente. Lui si guarda intorno basito.

La paziente si ferma.

Mi fermo anch'io. Questa paziente non è una semplice paranoica: ha qualcosa di strano che non riesco a decifrare; così me ne sto cinque minuti fermo, nel flusso di passaggio del corridoio, a guardarla perplesso senza sapere che fare. Comincio a confondermi.

Arriva un'infermiera e mi dice:

- Il medico di guardia vuol sapere se ha chiarito i misteri di quella donna. Ha detto proprio così.

Riconosco l'infermiera e la saluto:

- Lei lavora in ostetricia, cosa ci fa in Pronto?
- Non c'era personale... – poi sorpresa dice: – Ma questa donna io la conosco!
- Ecco la salvatrice! Mi dica tutto.
- Mi sembra, eh, non sono sicura, una donna che ha partorito da noi più o meno tre mesi fa, un parto difficile, per questo lo ricordo.
- Si ricorda il nome?
- No, era un po' strana, ma non da visita psichiatrica. Se mi lascia dieci minuti, chiamo ostetricia e ricostruisco la storia.

Dopo venti minuti, mi raggiunge in corridoio Brizzi:

- Ho visto che abbiamo nome e cognome di questa sfinge! Vado col ricovero e me la tolgo dai piedi.
- C'è un problema: questa donna vive da sola con un bimbo di tre mesi.

Lei è qui da quattro ore. Dov'è il bambino?

Il collega trasalisce: – Acc... sappiamo dove abita la donna? – domanda concitato.

- Sí.

- Chiama la polizia, i vigili urbani, l'assistente sociale dell'ospedale... se hai bisogno, conosco uno in questura...
- Già fatto. Stiamo aspettando cosa trovano...
- E quanto tempo fa sono partiti? – fa lui in apprensione e a me scappa:
  - Brizzi, ma allora non sei poi così cinico...
  - Milone, io lavoro qui da vent'anni, non spargo umanità a pioggia come fai tu, che sembri un perfetto idiota, la conservo per quando serve davvero. Avvisami del bimbo, sottospecie di medico dei pazzi, la donna l'ho già ricoverata in psichiatria.

*Diagnosi: psicosi puerperale.*

È stata ricoverata in psichiatria per tre settimane. Il bambino era stato affidato dalla donna, prima di perdersi per la città, a un'anziana vicina di casa, demente, la quale non era stata in grado di comunicare con nessuno. Il bimbo era stato ritrovato dai vigili urbani in discrete condizioni e ricoverato, per osservazione, nello stesso ospedale.

*Capita nelle migliori famiglie.*

Io lavoro da anni nello stesso reparto con il dottor Vincenzo L. che è uno psichiatra molto bravo. Tra noi c'è una strisciante competitività. Sia io che lui, per amor proprio, evitiamo di chiedere un consiglio all'altro. Finché un giorno, per sbaglio, capita che io gli chieda:

- Vincenzo, secondo te, la terapia che sto dando al paziente suicida è sbagliata?

Lui sorride gongolando, chiude perfino gli occhi, e mi dice:

- Non è che la tua terapia sia sbagliata, Paolo: va benino, anche se non tiene conto dell'ansia di fondo, dell'insonnia irrisolta, dei tremori ingravescenti, della vena maniacale che sta spuntando da due giorni... te ne sei accorto, vero?

– No, ma continua...

– Io, fossi in te, gli darei... – e mi suggerisce quattro farmaci completamente diversi dai miei, tra cui l'inevitabile stabilizzatore dell'umore. Lui darebbe stabilizzatori dell'umore a tutti! Dice che fan così in America.

– Grazie Vincenzo, è molto interessante, ci penso su.

– Paolo, non pensarci tanto: io sono lo psichiatra piú bravo della Liguria, forse del Nord Italia –. Lo dice sorridendo con fare autoironico, ma lui ci crede davvero.

Vincenzo è piú fiero di me, se è possibile, ma un po' di onnipotenza è da accettare nei colleghi, altrimenti nessuno farebbe questo mestiere.

Dopo qualche giorno Vincenzo, che non mi ha mai chiesto aiuto, tornando da un giro di consulenze nei reparti dell'ospedale mi ha cercato:

– Paolo, verresti a vedere una paziente che ho visitato in consulenza sia ieri che oggi? È confusa e non riesco a capire perché.

Un invito a nozze.

– Certo.

La richiesta è cosí insolita, che dopo dieci minuti sono già pronto a partire con lui. Nel tragitto gli chiedo:

– Mi stupisce che ti preoccupi per una situazione cosí semplice...

– È amica del direttore generale dell'ospedale e del presidente del Rotary. Tutti e due hanno fatto il mio nome al marito perché potesse appoggiarsi a qualcuno.

– Capisco.

E sento salire la voglia di giocare.

– È una signora bene di Carignano, ricoverata ieri mattina per uno stato confusionale. Ha sessant'anni. Visita neurologica e Tac al cranio negative. Non beve alcolici. Fisicamente solo un po' di cefalea, esami a posto. Oh, non ho cavato un ragno dal buco.

Io faccio un pensiero da sbruffone: come posso trasformare questa occasione in qualcosa che possa stupire il mio vanesio Vincenzo. Qualcosa che lo metta al tappeto. E mi dico: devo risolvere il mistero con una sola domanda da fare a un parente.

A questa domanda non ci arrivo pensando alla paziente: le possibili cause di uno stato confusionale in una sessantenne sono migliaia. Ci arrivo attraverso Vincenzo. Cos'è quel poco che Vincenzo, nella sua bravura, può aver dimenticato?

Non può essere un problema psichiatrico puro, lui in quello non sbaglia. Ma Vincenzo non ha tanta esperienza con le droghe... ed è abbagliato dal fatto che la paziente è della Genova bene.

– Avete fatto una ricerca di droghe? – gli chiedo.

– Certo, sono mica scemo. Ci sono neonati e anche novantenni che vanno in stato confusionale perché hanno ingerito per sbaglio la polverina dei genitori o dei nipoti. Ma la signora è negativa.

La soluzione è all'incrocio tra una dimenticanza di Vincenzo e qualcosa che i parenti della Genova bene non hanno detto per vergogna. Però intanto stiamo entrando nel reparto dove è ricoverata la paziente, in casa d'altri, e sono cominciati i saluti con i colleghi.

Nella stanza ci accoglie il marito, un manager attempato. La paziente nel letto è confusa, non sa a chi sorridere e chi salutare, Vincenzo, me o il marito. Non è in grado di rispondere a domande, per cui mi rivolgo al marito:

– Buongiorno, come va la signora?

– Male. Come quando a casa aveva il mal di testa, ma allora prendeva le sue supposte di... – e fa il nome di un analgesico. Lo conosco quell'analgesico.

– È mai successo che sua moglie prendesse piú di tre supposte al giorno, diciamo, cinque, sette al giorno?

A volte i pazienti lo fanno perché è un euforizzante.

– Si è successo.

– Può essere che per qualche ragione sua moglie abbia interrotto l'assunzione.

– Sí. Nostra figlia tre giorni fa si è arrabbiata con lei dicendo che è drogata, e le ha buttato le scatole delle supposte, poi ha controllato che non facesse acquisti online, e ha fatto pure il giro delle farmacie per bloccare la vendita alla madre. Cosí mia moglie è rimasta senza supposte.

– La ringrazio per la sincerità, – poi rivolto a Vincenzo, sottovoce,  
– torno in reparto, ciao.

*Diagnosi:* astinenza da Fans, farmaci antinfiammatori non steroidei.

È così: le astinenze possono provocare una psicosi acuta. Centinaia di farmaci, compresi gli psicofarmaci, e migliaia di altre sostanze provocano astinenza. Quella da Fans non è tanto grave, ma alcune astinenze sono così gravi da poter essere mortali. Una soprattutto è una superastinenza, tale da far sembrare la stessa astinenza da eroina una cosa da nulla. È il *delirium tremens*.

### *La puntualità svizzera del «delirium tremens».*

Con *delirium* si intende la cosa più grave che possa capitare alla mente e al corpo, insieme<sup>16</sup>. È la confusione totale, ma in un movimento instancabile, senza tregua, con allucinazioni le più varie, in particolare visive. Il pensiero è disorganizzato; anche il corpo sembra in confusione, trema, è in continuo movimento, cerca frenetico di alzarsi e di camminare anche se non ci riesce. Non c'è pace, né nella mente né nel corpo, per sette giorni. Dopo sette giorni, improvvisamente, in quattro ore, cinque ore, il *delirium* si dilegua. Come si fosse pagato il giusto tributo agli dèi, come si fosse riscattata la vita.

È un'astinenza da alcol, in etilisti cronici, che smettono di bere. Non è da confondere con i frequentissimi, banali, tremori e irritazione dei primi tre giorni di sospensione: questi si possono lenire semplicemente tornando a bere – gli infermieri lo sanno e offrono, nel caso, un bicchiere di vino. Il re *tremens* aspetta e, raramente, compare trascorsi tre, quattro giorni. Una volta iniziato, non c'è nulla da fare: non serve alcol, né farmaci, prosegue inesorabile per sette giorni. Se si sapesse con certezza il giorno e l'ora in cui è iniziato, si potrebbe scommettere sul giorno e l'ora della sua cessazione.

È una malattia antica, pare plebea ma è aristocratica, maledetta, letteraria; in lei sono incappati artisti, poeti, scrittori e ha ispirato i loro viaggi al di là della realtà o nelle tenebre.

Una volta era spesso mortale, per il motivo più banale: il paziente per sette giorni non è in grado di mangiare né bere e, poiché suda molto e consuma calorie – essendo sempre in instancabile movimento –, si producono disidratazione e alterazioni degli ioni tali che il cuore, come ogni organo del corpo, ne può risentire. Si aggiungano le frequenti polmoniti, specie *ab ingestis* se si cerca di farlo mangiare o bere.

Ora non si muore più, per il motivo più banale: l'acqua. La fisiologica per endovena fa la differenza; se poi si aggiungono zuccheri, e poco altro, e gli antibiotici se c'è la polmonite, il gioco è fatto. Il resto sono vitamine e sedativi e qui ognuno segue la sua arte.

Che sia una malattia di competenza psichiatrica non c'è dubbio: se ne parla solo nei manuali di psichiatria, nell'ambito dell'alcolismo e delle dipendenze. All'esame di psichiatria a medicina, e per coincidenza anche all'esame di specialità, a me hanno chiesto di parlare del *delirium tremens*. L'ho fatto senza scandalizzarmi della domanda, e poiché ho saputo rispondere, a me il *delirium tremens* era simpatico. Poi, incontrarlo per davvero nel reparto psichiatrico è un altro discorso: il *delirium tremens* fa paura. Noi psichiatri facciamo di tutto per evitarlo e farlo gestire in medicina o gastroenterologia, ma se, per qualsiasi ragione, siamo costretti a curarne uno nel reparto psichiatrico, sorprendentemente, si impara molto: per uno psichiatra è una grande scuola di medicina.

Il *delirium tremens* è letale, ma è leale. Gioca pulito. È un avversario corretto. Se si fanno le dieci cose necessarie, lui non esce dagli argini: incredibilmente segue, nella confusione totale, la sua rotta.

Dimenticavo la cosa più difficile: il paziente va contenuto al letto per una settimana. A meno che nel frattempo non sia stato trovato qualcosa di più efficace, e con meno effetti collaterali, il paziente *tremens* a oggi va contenuto. Provate a liberare dalla contenzione un *tremens* anche solo per dieci minuti, capita di farlo durante la visita

dei parenti – «siamo in quattro, tra figli e fratelli, slegatelo pure che lo controlliamo noi» – e, oltre al *tremens*, dovete occuparvi anche di un trauma cranico. Tenere una persona contenuta per una settimana necessita di un certo sangue freddo. Ma qui la contenzione è realmente salvavita. Il paziente *tremens* non si quieta neanche con farmaci ad alti dosaggi, e se dorme per un'ora e voi pensate: «ah, finalmente, è finita!», l'ora dopo è di nuovo lì, accanito a far fare i salti al letto. Non c'è modo di spegnerlo.

Alla quinta, sesta giornata, sia noi che gli infermieri siamo presi da una certa apprensione e scoramento, davanti al paziente ancora confuso, irrequieto, sudato, tremante, impegnato in una sfiancante lotta, all'ultimo sangue, non si capisce contro cosa. Ci cerchiamo allora con lo sguardo l'un l'altro, come a trovare qualche rassicurazione, ma non arriva. L'unica cosa che riusciamo a dirci è:

– Non sono ancora passati sette giorni.

Per il reparto è tutto un ripetere: non sono ancora passati sette giorni; se siamo in due, ciascuno lo dice all'altro, se si è da soli, lo si ripete tra sé.

Al settimo giorno, appena arrivati in reparto, si chiede:

– È migliorato il *tremens*?

Talvolta migliorano nella notte, tra il sesto e il settimo giorno, talvolta no, e allora si dice:

– Vedrai che migliora stamattina o oggi pomeriggio.

E, per tirarsi su di morale, si fanno le scommesse e si va a controllare di continuo il paziente per poter telefonare al collega: «Ho vinto io».

Poi, la mattina o il pomeriggio, nel giro di poche ore, con la puntualità delle ferrovie svizzere, il paziente si schiarisce: prima si calma, smette di tremare, agitarsi, sudare, poi pare dormire di un breve sonno ristoratore. Come alla fine di un nubifragio, quando ancora piovigina e per strada è tutto bagnato e non c'è nessuno, ma spunta inaspettato il sole tra le nubi che si diradano, ecco che la persona apre gli occhi, si guarda intorno e pare vedere realmente quello che c'è. Si accorge di dov'è, e di chi è.

– Buongiorno, – facciamo noi.

– Buongiorno, – fa lui.

- Bentornato.
- Sono stato molto male, vero?
- Abbastanza.
- È durato tanto?
- Una settimana.
- Grazie. Vi ringrazio.
- È il nostro lavoro.
- È stata astinenza da alcol?
- Sí. Il *tremens*. Adesso è pulito. Se riesce, può anche non bere piú.
- Quando posso tornare a casa?
- Tra poco. Preparo la cartella e la dimetto.

La cosa strana è che, finito il *tremens*, nessuno di noi ha voglia di fare la predica, nessuno chiede alla persona come ha vissuto la sua esperienza, a nessuno interessa della sua vita: la cosa che piú ci preme è liberarci di lei. Abbiamo già dato tanto. Eppure, sarebbe interessante ricostruire come ha vissuto la sua esperienza. Il paziente non fa domande: è uscito dal sogno, ora è nella realtà, basta. Che resti pure uno sconosciuto. Poi, una volta che il paziente è andato via, guardando il letto vuoto, spostato in mezzo alla stanza, le lenzuola stravolte, le bende disfatte, i cuscini per terra, si pensa: «Be', una volta all'anno, un *tremens* ci può anche stare, una volta... Se però capitasse che curo un altro *tremens*, dopo, di sicuro, mi metto lí e gli faccio mille domande».

*Diagnosi: delirium tremens.* È una psicosi, non c'è dubbio, ci sono perfino le allucinazioni visive. Dopo aver curato il terzo *tremens*, si diventa esperti; dopo il sesto, si fanno belle figure in consulenza, in Pronto o nei reparti: siamo noi che diamo consigli ai colleghi.

- Ehi, psichiatra, cos'ha secondo te questo paziente confuso?

Tu guardi il paziente a letto e lui, tutto sudato e tremante, allunga una mano verso il muro e cerca di afferrare qualcosa che solo lui vede: scarafaggi giganti.

- È un *tremens*. Devi fare questo e quello. Ma io non te lo prendo.

*La notte gli infermieri fanno le orge.*

Sono in consulenza in geriatria, accompagnato da uno specializzando tirocinante di nome Giorgio.

In geriatria ci chiamano, il piú delle volte, quando gli anziani presentano una reazione paranoidea al ricovero: di solito hanno paura di essere avvelenati e uccisi nella notte e allora non mangiano, non bevono e non collaborano alle cure. Anche per l'anziana con cui ora parliamo si tratta di questo disturbo, in piú c'è la confidenza che ci fa sottovoce, dopo aver controllato intorno che non ci sia nessun altro ad ascoltarla:

– In questo reparto di notte gli infermieri fanno le orge.

Uscendo dalla stanza, una vecchina ci chiede qualcosa, mi chino per capire, lei si guarda intorno e sussurra:

– La notte, in questo reparto, gli infermieri si chiudono in cucina, e fanno le orge.

Usciti in corridoio, incrociamo dei parenti, provenienti dalla parte opposta di geriatria, che discutono tra loro:

– Sono tre giorni che la mamma dice che di notte gli infermieri fanno le orge, sembra cosí convinta...

Giorgio mi guarda serio e osserva:

– In questo reparto c'è qualcosa da chiarire. Bisogna avvisare la Direzione sanitaria. Lo faccio io?

– Giorgio, a che anno sei di specialità?

– Il primo.

– Se è il primo, sei scusato. Le anziane sub-confuse, ricoverate in ospedale, dicono spesso che gli infermieri di notte fanno le orge. Specie quelle vicine all'infermeria, che sentono uomini e donne parlare tra loro la notte.

*Diagnosi:* sindrome da spaesamento, reazione paranoidea, in involuzione senile.

Sembrano cose da nulla ma, per l'anziano che le vive, sono dei veri drammi. Sono delle piccole, ma vere psicosi acute. Se non dovesse capitarcirci mai prima, forse l'unico momento in cui potremo

sperimentare personalmente la psicosi acuta sarà proprio nell'età estrema.

Ma la domanda interessante, compito settimanale dello specializzando, è: come mai queste anziane, di buona famiglia e buona educazione, immaginano tutte la stessa cosa?

### *Correre sui tetti della città.*

Vengo chiamato in consulenza in ortopedia per una persona disturbante. Trovo un ragazzo, di ventidue anni, ricoverato per una frattura del femore. A leggere la sua storia negli infiniti tatuaggi è in astinenza da alcol e almeno altre cinque sostanze.

– Come si è procurato la frattura? – chiedo.

– Non ricordo.

Lo chiedo alla caposala:

– Correva sui tetti della città.

– Perché correva sui tetti della città? – chiedo a una ragazzina, poco più che quindicenne, che viene data come sua compagna.

– Perché era inseguito da qualcuno che voleva ucciderlo.

– Qualcuno di reale o qualcuno che si era inventato lui?

– Non lo so. Lui mi ha detto che, da tre giorni, era inseguito da qualcuno che voleva ucciderlo.

*Diagnosi:* frattura del femore, psicosi delirante acuta.

Si parte da una frattura e si risale a un delirio. Altre volte si risale a un episodio maniacale o depressivo, a un abuso di droghe, alcolici... In un incidente non si sbaglia mai a chiedere come è successo.

### *L'innominabile.*

La paziente non la conosco, è stata ricoverata il giorno prima e l'ha presa in carico una collega che non è di turno stamattina. Non ho ancora letto la cartella. Obesa, vestita malamente, sta

camminando verso di me nel corridoio. Io ho le mie cose da fare e da pensare, ma c'è in lei qualcosa che mi colpisce e mi fa fermare. Mentre mi passa davanti osservo il suo volto: è in uno stato oniroide. È come una sonnambula: guarda nel vuoto davanti a sé, non si accorge di quello che esiste intorno a lei. Ha una specie di sorriso ebete che dice che non è vuota, ma immersa in un mondo suo, tra l'estatico e il fiabesco, un mondo onirico appunto, finto.

Lo stato oniroide trasmette una sensazione così intensa che mi immobilizza, è come se la sua scia mi avesse invaso, per cui resto imbambolato. Riesco a seguire con lo sguardo la paziente fino alla porta del reparto, qui lei chiede a un infermiere di poter uscire, l'infermiere le apre la porta. Io penso: «No, aspetta! Una paziente così non può uscire!» Ma per il sortilegio che mi ha paralizzato non riesco a parlare. Lei esce, la porta si chiude.

Allora mi trascino quasi a fatica fino alla porta, come camminassi sul miele.

– Ma ha il permesso di uscire quella donna? – chiedo all'infermiere, un giovane, da poco da noi.

– Sí, è segnato chiaro sul registro. L'ha scritto la dottoressa ieri.

– Sí, ma oggi è un altro giorno... Non ti è sembrata strana?

– No.

In quel momento arriva Lina, vecchia infermiera di esperienza, e fa stupita:

– Scusate, avete visto la faccia della nuova paziente? È ipnotizzata! A me non pare proprio che possa andarsene da sola in giro per l'ospedale! Quella è completamente fuori! Lei che dice, Doc?

La voce della realtà.

Mi risveglio in una frazione di secondo, come fossi calato in acqua fredda.

– Sí, bisogna riprenderla. Io corro a destra, voi due a sinistra. Bisogna chiamare le portinerie dicendo che non facciano uscire una donna obesa vestita di nero.

La donna viene trovata dai due infermieri al quarto piano dell'ospedale mentre cercava di gettarsi in un cavedio. Viene fermata con una colluttazione prolungata.

*Diagnosi:* crisi suicidaria in psicosi acuta.

Il suicidio non avviene dopo una discussione a tavolino con noi stessi. Per riuscire a farlo è necessaria un'alterazione dello stato mentale. La nostra consapevolezza viene ottusa da uno stato oniroide, e la macchina suicidaria può muoversi liberamente. Uno stato oniroide può durare più giorni, la persona può guidare la macchina, andare a lavorare, portare i figli a scuola, può scrivere lettere di addio, può fare discorsi di addio, e nessuno si accorge di questa alterazione che può essere subdola e ben mascherata <sup>17</sup>.

*Mettiamo che.*

Lui: – Mettiamo che vogliamo parlare con uno psichiatra. Lei è uno psichiatra?

Io: – Sí.

Lei: – E non si vergogna?

Io: – Io non mi sono mai vergognato di fare lo psichiatra. Ragazzi, invece di dire stupidaggini, mi dite perché siete venuti in Pronto soccorso?

Lui: – Mettiamo che c'è un nostro amico che non sta bene.

Io: – Dov'è?

Lui: – Mettiamo che è in macchina qua fuori con altri due amici che lo tengono fermo.

Io: – Portatelo qui.

Lei: – Mettiamo che non ci fidiamo. Non vogliamo che lo leghiate, non vogliamo che gli fate un Tso, non vogliamo che gli date psicofarmaci...

Io: – Prima di decidere qualsiasi cosa, devo vederlo. Come si chiama?

Lei: – Il nome non lo diciamo.

Lui: – Né il suo, né i nostri.

Io: – Qual è il problema?

Lei: – Mettiamo che stanotte ha ucciso il gatto con un coltello, e non ci ha fatto dormire urlando tutta la notte. Ci siamo dovuti chiudere a chiave nelle stanze tutti e sei.

Io: – E come mai tutto questo?

Lui: – Mettiamo che qualche giorno fa ha preso qualche pillola in Spagna e da allora non sta bene. Non dorme, urla.

Io: – Ragazzi, o lo portate qui o io non so che fare.

Lui: – Se lo portiamo qui, lui sfascia tutto e voi lo legate.

Io: – Fate come volete. Io sono qua.

Lei: – Penso che ce ne andremo.

Lui: – Io non so se riesco a tenerlo un'altra notte.

Lei: – Dobbiamo farcela.

Riportano l'amico in Pronto soccorso il giorno dopo e qui lo abbandonano, senza lasciare nomi o indicazioni per rintracciarli. Non si fanno più vedere.

*Diagnosi:* assunzione di allucinogeno non noto. Ricovero di due mesi.

C'è chi, la psicosi acuta, se la va a cercare. Gli allucinogeni provocano una psicosi allucinatoria che dura finché non termina l'effetto della sostanza, ma talvolta la destrutturazione della mente prosegue per conto suo per settimane o mesi. Come può essere appetibile una sostanza che favorisce la psicosi? Tanti non anelano ad altro che a perdere il controllo della mente. Tanti rifuggono la compagnia di loro stessi.

*La terra di mezzo.*

– Ora non mi dirà, dottore, che non sono schizofrenico.

– Perché dici così, Giorgio?

– Ho già fatto tre ricoveri in sei mesi! E sono di nuovo qua in Pronto soccorso.

– Ma per una ragione diversa.

– Sí, al primo ricovero ero confuso, al secondo depresso, al terzo agitato, ora sento una voce, che non so di chi sia, nella mia testa! Direi che possiamo tirare le somme.

- A vent'anni potrai ben fare un po' di casino! La tua situazione è seria, Giorgio, ma non sei schizofrenico. Prendiamoci due anni e vediamo come cresci: sei come quelle piante che all'inizio torcono il fusto per trovare il sole.
- Non è vero: ho già fatto i calcoli.
- Quali calcoli?
- Con il Dsm, il manuale degli americani, in internet! Basta una calcolatrice. Lei non può dire di no.
- Sembri così intelligente, invece sei scemo! Secondo te uno specialista fa diagnosi con la calcolatrice?
- E con cosa se no?
- Prima devi avere una teoria della mente, poi devi conoscere la persona, chi è Giorgio, poi devi vedere come cresce.
- Io non sono una pianta.
- Sei *come* una pianta, Giorgio. Se diventi schizofrenico, io sarò il primo a dirtelo.
- Fra due anni la schizofrenia mi avrà fatto diventare cretino, un demente, non capirò più nulla, allora sí che diventerò una pianta...
- Anche tu fossi schizofrenico, Giorgio, anche se fosse: ora la schizofrenia si cura bene. Non è come quando si chiamava demenza precoce.
- Io non aspetto due anni...

*Diagnosi:* disturbo allucinatorio. Reazione depressiva.

Dopo ripetuti episodi di psicosi acuta, si entra nella terra di mezzo. È lo spazio, e il tempo, che intercorre tra la psicosi acuta e l'esordio di una schizofrenia. Fa differenza: la psicosi acuta tende al miglioramento spontaneo, totale o quasi, la schizofrenia no, e permangono disturbi delle funzioni psichiche nel tempo.

La terra di mezzo è un tempo penoso di attesa, speranza e preoccupazione, per il paziente e per noi. Nel mondo di mezzo ci si muove silenziosi, si parla a bassa voce, si va attenti e veloci. Ci si arrabbia, se il paziente non prende i farmaci, se i parenti spariscono di scena. C'è un fantasma che incombe.

# Conclusione

## *Che fare?*

In questa carrellata di varietà di cause e manifestazioni di una crisi psicotica appare chiaro che nei casi più silenti, i familiari e gli amici non si accorgono di nulla e la persona attraversa questo travaglio, magari chiusa nella sua stanza, in solitudine e abbandono.

Ma anche quando i familiari e gli amici si rendono conto che c'è qualcosa che non va, è difficile per loro capire cosa succede e che fare. Nell'esperienza psicotica non vi è nulla di ovvio, logico e comprensibile e, se lo sguardo dei parenti, degli amici, resta prepsichiatrico, non si capirà nulla. La persona non sa spiegare cosa le accade, né contano i nostri appelli alla sua ragionevolezza, alla volontà, alla necessità di riposo: intelligenza, razionalità e volontà qui non contano nulla.

Sentire la persona incomprensibile e imprevedibile ci priva della capacità di immedesimarci, e senza immedesimazione la persona si disumanizza ai nostri occhi. Perde la sostanza umana che la costituisce. È questo il corrispettivo della disumanizzazione che la persona vive dall'interno. Questa spoliazione di umanità, se vogliamo bene alla persona, ci turba fino a essere insopportabile: riusciamo a immedesimarci in una foglia, un albero, una pietra, ma non nella persona che amiamo.

Vorremmo aiutarla ma non sappiamo come. Qualsiasi cosa facciamo, sbagliamo: se ci avviciniamo, protesta perché la invadiamo, se ci allontaniamo protesta perché l'abbandoniamo. Se siamo condiscendenti, dopo breve tempo entriamo in confusione anche noi. Se cerchiamo di non fare nulla, sbagliamo lo stesso. Ci sentiamo impotenti, in una trappola emotiva senza via d'uscita. E

cosí, per respirare, mettendo in campo accuse e colpevolizzazioni, cerchiamo quasi di avviarci verso la sospensione della relazione, nella speranza che qualcosa cambi da solo.

Di fronte a tale sofferenza reciproca, può essere di grande aiuto uno *sguardo psichiatrico*, che riesca a dare senso a quello che accade. Arrivare a questo sguardo deve restare un obiettivo, nonostante le immaginarie paure e le reali difficoltà a contattare, e mantenere un rapporto, con i servizi psichiatrici o uno specialista. In queste situazioni è richiesto a tutti uno sforzo notevole e continuo, e nulla è facile.

### *Il lavoro del ragno.*

Il linguaggio usato nella descrizione della psicosi acuta è stato di tipo piú narrativo che scientifico, e se ha reso l'idea di quello che accade, se è stato condivisibile, non confusivo ma utile, ben venga. Parlando di vissuti e di casi clinici, il rapporto tra psichiatria e narrativa è strettissimo e ineliminabile; basti pensare che ogni manifestazione descritta è assimilabile alla metafora del *perdersi e ritrovarsi*, figura prettamente letteraria, a cominciare dalla «selva oscura».

La psicosi è un mondo immenso, senza parola: su che base si può scrivere un racconto, tracciare una mappa? La base sono le testimonianze sfilacciate dei pazienti, le quali costituiscono una specie di filo di una ragnatela che si stende nel vuoto, alla ricerca di un successivo appiglio a cui agganciarsi. Questi fili ondeggianno nel grande nulla, ogni tanto si incontrano e costituiscono un incrocio, un nodo, il germoglio di una trama. La ragnatela si allarga leggera ed evanescente. Il nostro è il lavoro del ragno.

### *Curare o prendersi cura?*

Fino agli anni Cinquanta del secolo scorso non esistevano terapie farmacologiche efficaci per la psicosi, cosí la psichiatria, nonostante

avesse già accumulato una notevolissima cultura, svolgeva principalmente una funzione custodialistica. Quando ho iniziato a lavorare, un modo di dire diffusissimo tra colleghi era: noi non curiamo i nostri pazienti, ce ne prendiamo cura. Questo motto fa ancora parte della nobile cultura di chi si occupa di pazienti psicotici cronici, anziani, immodificabili. In psichiatria d'urgenza questo motto non vale, anzi è controproducente: qui si cura eccome! Si può e si deve curare. Bisogna tenere alte le aspettative e le speranze, ed essere interventisti. I risultati ci sono. Basti pensare che, negli ospedali civili, la psichiatria è considerata una delle specializzazioni con i più alti indici di miglioramento e guarigione. Dall'essere tra le ultime è diventata una delle prime. Si può, insieme, prendersi cura e curare.

### *Avere i piedi al caldo.*

Quando entra in gioco lo psichiatra, occorre considerare i suoi vissuti. Il principale è: avere i piedi al caldo.

Avere i piedi al caldo vuol dire lavorare in un ambiente tranquillo e sicuro. Senza di questo è tutto più difficile, per il medico e per il paziente. Se si lavora in un ambiente sovraffollato, con un carico di lavoro eccessivo, percorso da eccessiva competizione, attacchi invidiosi, ottusità burocratiche, lucide perversità, follie ideologiche, i piedi sono al freddo. Con i piedi al freddo o, peggio, nell'acqua, l'intervento sarà frettoloso, superficiale e impreciso. È pesante lo sconforto quando ti rendi conto che potresti lavorare meglio per il paziente, ma non riesci.

Avere i piedi al caldo non riguarda solo l'ambiente di lavoro, ma anche il tuo ambiente interno. Col paziente in psicosi acuta devi avere abbastanza capacità ed esperienza per andare in Pronto soccorso pensando: qualsiasi situazione troverò, qualcosa riuscirò a fare, pure incontrassi un drago volante giallo che sputa fuoco. È la tranquillità di avere dentro di noi uno spazio pronto, disponibile ad accogliere, per un certo tempo, qualcosa di imprevedibile, caotico, pesante, che il paziente ci scaraventerà addosso. Avere i piedi al

caldo è la tranquillità che noi saremo in grado di trattenere questo peso in noi, in uno spazio limitato – una stanza interna – e per un tempo limitato, ma sufficiente a capire qualcosa. E che usciti dal Pronto soccorso, sapremo chiudere bene la porta di quella stanza. Ma ne serberemo il ricordo, sapremo dov'è e, se rivedremo il paziente, potremo riaprire la porta e riprendere da dove abbiamo lasciato. Basta questo al paziente, sentirsi accolto nella mente di un altro, per ricavarne enorme sollievo.

Se abbiamo i piedi al freddo, non apriremo dentro di noi nessuna porta. E se il paziente non si sente accolto, né minimamente compreso, neanche dallo psichiatra di un Pronto soccorso, che ragioni ha di esistere in lui la speranza?

Un paradosso ci fa sperare: mentre il paziente è convinto che quello che lui prova nessuno lo abbia mai vissuto prima, nessuno lo conosca, non abbia neanche un nome, né esista parola per descriverlo – e per questo si sente solo al mondo e irraggiungibile – esistono invece molte persone, raggiungibili, che hanno dedicato allo studio e alla cura di quello specifico disturbo buona parte della loro vita.

## *Ringraziamenti.*

Esprimo gratitudine verso tutti i miei pazienti, compresi i piú insopportabili, per avermi insegnato cosa è la psichiatria.

Grazie a Marina Riccucci e Luciano Parisi che costruiscono ponti tra letteratura e psichiatria.

Grazie a Giovanni Profumo per il suo continuo rammentarmi che l'inconscio esiste.

## Note

1. Altre definizioni di crisi psicotica sono: psicosi acuta, reazione psicotica, episodio dissociativo, bouffée delirante, con qualche differenza di significato tra loro.
2. Tra i maestri fondatori del secolo scorso che hanno puntato l'attenzione sui vissuti in psicosi, piuttosto che sui sintomi e il comportamento, si citano solo la scuola fenomenologica con Karl Jaspers, Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger; e la scuola psicoanalitica con Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein.
3. Il tema delle cause delle psicosi acute è assai complesso. Per prima cosa bisogna parlare di psicosi al plurale, perché sono molte e diverse tra loro in ragione delle cause e delle concause. Dal mio osservatorio di psichiatra ospedaliero, le psicosi acute sono, per la maggior parte, secondarie a innumerevoli malattie fisiche che compromettono le funzioni cerebrali, le quali spaziano dall'ipossia all'insufficienza epatica, alla carenza vitaminica. Meno spesso sono secondarie a malattie neurologiche su base vascolare, infettiva, degenerativa, tumorale, infiammatoria. Frequenti concause, mai da sottovalutare, sono le intossicazioni da droghe, farmaci, astinenze. Già da subito si capisce l'importanza dei fattori biologici nel sostenere le psicosi.

In numero minore, le psicosi acute sono di natura psichiatrica, cioè non dipendono da altre malattie. Un crocevia importante nella catena delle cause è una disfunzione del sistema di neurotrasmissione cerebrale, ovvero del modo in cui i neuroni comunicano tra loro. In questo crocevia tutte le varie cause e concause sono tradotte in linguaggio biochimico. Mentre per le gravi psicosi maggiori (schizofrenia, psicosi depressiva, psicosi maniacale) le cause biologiche paiono dominanti, per quanto riguarda le brevi crisi acute possono essere importanti anche concause su base psichica o traumatica.

L'osservazione clinica mostra che molte crisi si presentano al passaggio dall'età giovanile a quella adulta: si tratta di una strettoia per la mente, rimandabile ma non per sempre. In questo punto, dove la mente si rinnova

completamente per passare in mare aperto, è più facile incagliarsi. Altre psicosi rappresentano il crollo, quasi auspicabile, di una mente mal costruita che si sostiene quasi solo sull'onnipotenza. Altre sono l'inevitabile incespicare di una mente strutturalmente fragile, come è in alcuni disturbi borderline.

Ma le ragioni per cui si arriva a una crisi psicotica sono complesse, imprevedibili, verrebbe da dire misteriose, perché alcune persone hanno dei grandi vuoti interiori ma, pur vivendo come esuli in casa propria, non presentano crisi, mentre altre persone che sembrano più strutturate a un certo punto crollano. Ma qui contano attori come il narcisismo, l'onnipotenza, l'umore, la maggiore o minore consapevolezza di sé, fattori biologici ancora sconosciuti, che sono tutti giocatori nascosti.

Questa inafferrabilità delle psicosi coincide, in fondo, con l'inafferrabilità della vita, sempre in movimento e rinnovantesi. È l'incendio della foresta che distrugge e ricrea nello stesso tempo.

Per finire, la nota dolente. Talvolta queste crisi sono il primo mostrarsi, l'esordio, di una psicosi maggiore che preme alle spalle e bussa alla porta: qui l'aspetto distruttivo sarà incomparabile rispetto a quello costruttivo.

4. Durante il crollo della mente, l'esperienza di cadere in un pozzo non è da considerare una metafora, ma è un vissuto concreto. Ve ne possono essere molti altri. Annegare lentamente in un liquido denso, distaccarsi da terra come un pallone aerostatico, nuotare in un acquario sotto lo sguardo di chiunque, essere schiacciati in un ambiente sempre più stretto, l'esplosione di noi stessi e così via. Innumerevoli sono poi le esperienze di trasformazione corporea o di distacco dal corpo. Essendo quindi il catalogo dei vissuti infinito, per mantenere un filo della narrazione, ho scelto il vissuto del cadere in un pozzo.

Nei casi in cui la psicosi non esordisce in modo acuto, in minuti o ore, ma in modo lento, e subdolo, la persona può non accorgersi di nulla e l'evoluzione è fatta di piccoli momenti di estraneazione, di non riconoscimento, sorpresa, astenia, ansietà, che si susseguono, e che si ingigantiscono e diventano pervasivi, piano, piano, nel giro di mesi. Non è un crollo, né una frana di noi stessi, ma una serie di piccoli smottamenti nel tempo, di dolce bradisismo, e quando il paziente dovrebbe ormai rendersi conto che non è più sé stesso, è già preda del delirio, e ha perso ogni capacità critica.

5. La psicosi non è un sogno, e non perché non ci si può svegliare, ma perché non è qualcosa di fisiologico bensì è dovuta a un crollo della mente: se ne esce solo con un processo di ricostruzione, talvolta rapido, talvolta lungo e doloroso.

6. Una bella domanda è: perché nella confusione, come nel coma, la mente non si scioglie in modo irrecuperabile? Perché non bisogna ripartire da zero, per ricostruire la nostra identità? Una risposta possibile è che la mente – e l'identità – ha una base «anatomica». Ovvero un insieme di circuiti nervosi preferenziali, centri nervosi e sistemi biochimici, depositi di memoria, diversi da individuo a individuo, che, se non distrutti anatomicamente, tendono a ripristinarsi. Come quando si spegne la luce in una casa: la casa permane. Da questo punto di vista, la mente appare come anatomia: è un'«impronta interna», come il nostro viso è un'impronta esterna.
7. Spesso, quando una persona pare confusa, si pensa: a cosa serve parlarle? E si rinuncia a farlo, aspettando che sia in grado di comprendere la parola. Questo non è sempre giustificato: anche se la persona è in arresto psicomotorio e mutacica, può essere che dentro di lei, terrorizzata e sparsa, vi sia una piccola parte sana che vorrebbe comunicare con l'esterno, ma, incarcerata nella mente, non ci riesce. Se pare che nella persona, pur confusa, vi sia una dialettica interna, si possono dare semplici messaggi di spiegazione e rassicurazione: «Lei si chiama..., è nell'ospedale..., è confuso, cerchiamo di farla stare meglio, ce la faremo». Pochi e chiari messaggi. Capita che, dopo giorni di confusione, alla dimissione un paziente ci dica: «Quando mi hanno portato in ospedale, non riuscivo a parlare e pensavo: questo è il luogo dove mi uccideranno. Poi lei, uno dei capi degli assassini, ha cominciato a dirmi delle frasi, io mi chiedevo: perché mi parla invece di uccidermi? E lo faceva ogni mattina. Io ho cominciato a pensare: vuoi vedere che non mi ammazzano...» Non è poco.
8. Nella mente del paziente sono compresenti, e intrecciate, sia una vita psicologica sia una vita psichiatrica. La vita psicologica è quella della persona, comune a tutti noi, che ha anche il peso di gestire la comparsa e la presenza del disturbo psichiatrico; la vita psichiatrica invece è quella dovuta al disturbo, che si insinua e deforma le funzioni mentali, dalla coscienza alla percezione, dall'umore al pensiero, alla volontà e così via. Se il paziente ha un lutto, avrà tutte le reazioni psicologiche del lutto, più quelle psichiatriche.

La malattia comprime grandemente la libertà della persona, fino ad arrivare a soffocarla del tutto; in questa situazione, rispettare, da parte nostra, il paziente e la sua libertà corrisponde a contrastare la malattia. Quando il paziente non collabora, o si oppone alle cure, perché già reso dalla malattia in parte acritico e servo, qual è il suo interesse? Come evitare di consegnarlo alla prigione della

malattia? Possiamo forzarlo alle cure? Come e quando? Questo è il continuo dilemma etico che accompagna sia i familiari sia i clinici.

9. Un adulto riesce a differenziare il registro di realtà del pensiero da quello di una fantasia, un paradosso, uno scherzo, una favola, un mito, un rito, una religione, e lo stesso vale per il virtuale; invece, uno schizofrenico può avere difficoltà a farlo: una cosa è vera o non è vera, non ci sono vie di mezzo. Anche i bambini possono avere qualche difficoltà in queste distinzioni, infatti credono alle favole, ma usano elegantemente qualsiasi registro di pensiero, e la fantasia, come strumenti compensativi e conoscitivi della realtà. Il pensiero concreto fa parte della loro ingenuità, ma anche della loro saggezza: «Dici che quando moriamo andiamo tutti in cielo, ma come facciamo a starci con i piedi per aria?»
10. È importante differenziare tra prigioni esterne e prigioni interne: le esterne sono quelle reali, come una istituzione totale; le interne sono quelle che costruisce la malattia dentro di noi. È da credere che le prigioni interne siano molto più penose e difficili da abbattere.
11. Intelligenza – naturale o artificiale che sia – e mente sono due realtà molto diverse. La mente è cosa, o funzione, molto più vasta e complessa della semplice intelligenza. L'intelligenza non è argomento centrale per gli psichiatri, perché le persone si ammalano tutte allo stesso modo, a prescindere dalla loro intelligenza. Essere intelligenti può fare soffrire di più, o può aiutare nella cura, ma in altri casi rende più difficile la cura, come nel caso del delirio lucido quando il paziente difende con mille sofismi il proprio delirio.
12. L'empatia non funziona con la psicosi acuta. Si riesce a empatizzare solo con la residua parte sana del paziente, che però spesso è esile, difficile da rintracciare e contattare. Non c'è sintonia con la persona nel suo complesso, così com'è, perché la persona è destrutturata: non si empatizza col caos. Invece nelle psicosi croniche la persona riprende una certa struttura – solo la metà è nel caos –, e insieme ritorna la possibilità di immedesimarsi in lei e provare empatia.

Se la psicosi acuta è un mondo impermeabile all'empatia, come fa lo psichiatra a mantenere un contatto e una capacità conoscitiva? È di aiuto la cultura psichiatrica – si passa una vita a studiare, anche se poi davanti a ciascun paziente si riparte da zero –, aiuta l'esperienza lavorativa – si passa la vita a chiedere ai pazienti cosa hanno provato e cosa provano, e qualcosa s'impara – e aiutano le proprie ferite – i ricordi della nostra parte sana in nostre esperienze psicotiche. E qui il discorso diventa delicato.

Quello che facilita la comprensione è il fatto che la psicosi non è caos totale, libertà assoluta, ma al contrario è regressione della mente a poche, rigide, ripetitive forme di funzionamento, molto semplici, che però si concretizzano in modo diverso, rendendosi non immediatamente riconoscibili. Ma questo è il gioco: rintracciare, nell'individualità, la forma comune, senza ridurre l'individualità alla forma comune.

13. Un assioma della comunicazione afferma che non si può non comunicare. Se è vero, la domanda è: come si comunica quando non si usa più la parola? Nell'immediato col corpo. Così fanno i pazienti col loro corpo che trema, che sbatte, che picchia, che si blocca, che si irrigidisce, che assume posizioni bizzarre. E lo stesso facciamo noi ogni giorno: comunichiamo col corpo, senza neanche accorgercene. Queste comunicazioni sottosoglia avvengono sempre e comunque ma noi, sommersi dal verbale, non ci facciamo caso. Si tratta solo di diventarne un po' più consapevoli. E soprattutto di essere anche un po' più consapevoli delle reazioni, o messaggi, che ci invia il nostro corpo, mentre entriamo in relazione con un'altra persona: possono essere utili. Per fare un esempio: se di fronte a un paziente violento, il mio corpo resta tranquillo, vuol dire che c'è meno pericolo di quello che pensa la mia mente; se di fronte a un paziente tranquillo, al mio corpo vengono i brividi, vuol dire che c'è più pericolo di quello che mi dice la mente e devo stare attento. Anche senza parole, c'è un'infinità di messaggi che vanno e vengono tra le persone.

14. Se un'altra persona mi accoglie dentro di lei, nella sua mente, significa che io non sono un veleno mortale per gli altri, ma anche che forse non lo sono nemmeno per me stessa. Più precisamente, significa che mie parti – che non riescono a stare insieme senza farsi la guerra –, se vengono separate, tra me e un'altra persona, intanto non si perdonano, e magari nel tempo potranno ricomporsi.

Come può avvenire questo scambio, se il paziente diffida di tutto? Nel contrappeso continuo tra bisogno e paura si giocherà la relazione terapeutica. Se il paziente vive ancora in un mondo sufficientemente benevolo, sarà in grado di utilizzare lo psichiatra come mente ausiliaria, di riserva, deposito, officina. Nei casi più gravi la mente dello psichiatra fa da incubatrice. Se invece il paziente è andato oltre, e vive già in un mondo malevolo, paranoideo, resterà impermeabile e separato. Farà una grande scissione iniziale, in cui il mondo esterno diventa nemico, e poi chiuderà le frontiere, congelando ogni possibilità di cambiamento.

Questi scambi alla frontiera mentale non avvengono per scelta o consapevolmente: avvengono o non avvengono. Lo psichiatra non si accorge subito di aver ricevuto un peso, un "bebè" da accudire, se ne accorge la moglie, o il marito, la sera, quando domanda: «Cos'hai che non va stasera?» «Perché sei così pensieroso?» È il paziente che ti ha lasciato qualcosa dentro.

15. Se la crisi è di una certa gravità, i farmaci sono certamente utili, perché una crisi psicotica non si risolve per comprensione e volontà. Gli ansiolitici sono utili perché, alleviando l'ansia e la sofferenza, diminuiscono la spinta della mente verso difese dissociative. I neurolettici contrastano direttamente il delirio e le allucinazioni. In questo modo si diminuiscono la gravità, la durata dell'episodio e il rischio di cronicizzazione. A seconda della necessità, si usano poi farmaci di altre classi, antidepressivi, stabilizzatori dell'umore. Gli episodi leggeri tendono al miglioramento anche senza farmaci, ma non se ne riesce a prevedere la durata, che può essere estenuante, né le possibili complicazioni, che possono essere tortuose. Non è vero che se la crisi si completa senza farmaci, permane nel paziente più consapevolezza dell'accaduto, anzi è più probabile che ne resti più confuso.
16. Il *delirium* è una situazione clinica di massima gravità. Fare una scala di gravità non è facile e ogni psichiatra ha le sue. Una possibile, fra le tante, è la seguente: al livello di gravità più alto sta il *delirium*, per la partecipazione totale di mente e corpo, con rischio di vita; scendendo di gravità troviamo lo stato confusionale, in cui non c'è collaborazione tra le funzioni psichiche; poi viene la psicosi dissociativa in un mondo persecutorio in cui vige un ordine rigido; migliorando ancora, nel gradino inferiore, il paziente si accorge che il mondo può essere benevolo, ma non riesce a utilizzare la benevolenza degli altri, non riesce ad afferrarla – come un assetato che vede l'acqua ma non riesce a berla; per ultimo il paziente posa finalmente il piede a terra e accetta che il mondo può essere benevolo e che lui può, lentamente, trovare giovamento dalla benevolenza di un altro e, addirittura, provare gratitudine. Questo è uno snodo importante. La persona per beneficiare psichicamente della benevolenza altrui deve rinunciare all'onnipotenza in cui si è arroccata per sopravvivere al mondo malevolo. Questo richiede coraggio, fatica, dolore. Perciò è così faticoso e doloroso guarire, e spesso impossibile. Si paga un prezzo due volte: la prima quando ci si ammala, la seconda quando si cerca di guarire. Gli psicofarmaci aiutano sempre e molto.

17. L'importanza dei disturbi della coscienza, come il disturbo oniroide, è probabilmente sottostimata, e non solo riguardo al suicidio. Ogni disturbo di qualsiasi funzione psichica provoca, a cascata, un disturbo di tutte le altre funzioni psichiche, per cui qualsiasi disturbo psichico è, anche, un disturbo della coscienza, e quindi un restringimento o un'alterazione delle capacità di consapevolezza, di attenzione, di memoria e via via delle capacità cognitive e critiche nel loro complesso. Un disturbo psichiatrico non è un semplice errore di logica, o un'alterazione isolata dell'umore: è un mondo. Così esiste il mondo del depresso, il mondo del maniacale, il mondo del paranoico, il mondo del narcisista, il mondo del delirio di gelosia, il mondo del giocatore... Ciascuno di questi mondi ha la sua logica interna, i suoi equilibri – soprattutto ha una sua specifica sofferenza, diversa da quella di tutti gli altri. Per la persona la realtà è questa ed è incriticabile per via di logica. Chi vive in uno di questi mondi è immediatamente un personaggio letterario, e così è stato trattato da sempre dalla narrativa.

Nella vita di tutti i giorni noi presentiamo una continua variazione del nostro stato di coscienza. Basta una passione, uno specifico interesse, per cambiarlo. Leggere un libro, come fate voi adesso, vi ha portato in uno stato di coscienza particolare, diverso dall'essere al cinema o dallo stare ore al computer oppure ancora dal passeggiare con un amico in un bosco. Forse ognuno di noi vive al mondo con un diverso stato di coscienza, forse per questo è così difficile incontrarci. Forse ci servono parole nuove per indicare la varietà di questi stati di coscienza, i loro continui cambiamenti, le loro relazioni.

# Bibliografia

La psicosi è una manifestazione della vita e ne mantiene tutta la complessità e, come la vita, si può studiare a diversi livelli, da quello biologico, a quello mentale, a quello culturale e sociale. Ogni livello è campo di studio di scienze diverse, ognuna delle quali ha le sue regole, le sue leggi, il suo linguaggio. L'unico fine di questa bibliografia è dare un'idea di quanti linguaggi, e quanto diversi, siano possibili sul tema della psicosi. È evidente che un biochimico darà più rilevanza al sistema di neurotrasmissione cerebrale, mentre un clinico come me darà più importanza ai vissuti della persona, ma le due cose non sono in contraddizione, sono lo stesso fenomeno descritto a due livelli diversi. Nella convinzione che nessuna singola scienza abbia da sola le chiavi dell'umano in tasca, non resta che augurare, massimamente a chi fa lavoro clinico, di essere un poliglotta.

*Il linguaggio letterario, inseguendo la metafora del «perdersi e ritrovarsi».*

Plauto, *Menecmi* (III sec. a.C.), traduzione di M. Scàndola, Rizzoli, Milano 2008, atto V: qui è descritta la prima visita psichiatrica della storia. La confusione non nasce dalla psicosi ma dalla presenza del «doppio», un sosia sconosciuto.

Ovidio, *Le Metamorfosi* (2-8 d.C.), traduzione e introduzione di G. Paduano, Einaudi, Torino 2022.

François Rabelais, *Gargantua e Pantagruel* (1532-64), a cura di M. Bonfantini, Einaudi, Torino 2017: descrizione della maniacalità

attraverso l'uso della dismisura e dell'elenco.

Tutta l'opera di alcuni autori è una continua ricerca di definizione di tipi psicologici, che ha fatto scuola, si pensi solo a Shakespeare e Molière.

Charles Perrault, *Pollicino* (1697), testo di R. Piumini, EL, San Dorligo della Valle (TS) 2021.

Daniel Defoe, *La vita e le avventure di Robinson Crusoe* (1719), traduzione di L. Terzi, Adelphi, Milano 2018: naufragato in un'isola deserta, in realtà non si perde e ricrea il mondo. Esaltazione della ragione e della volontà dell'uomo.

Jonathan Swift, *I viaggi di Gulliver* (1726), a cura di G. Celati, Feltrinelli, Milano 2022.

Samuel T. Coleridge, *La ballata del vecchio marinaio* (1798), traduzione di M. Luzi, Rizzoli, Milano 2007.

Giacomo Leopardi, *L'infinito* (1819), in *Canti*, a cura di U. Dotti, Feltrinelli, Milano 2020: la lirica, così amata dagli adolescenti, parla dell'esperienza – in questo caso panica, dolce – di perdere i confini dell'Io. Noi tendiamo sia a mantenere che a perdere i confini dell'Io, solo così è possibile il cambiamento.

Edgar Allan Poe, *Una discesa nel Maelström* (1841), traduzione di D. Cinelli e R. Arbib, Coppola, Melito di Napoli (NA) 2022: chi ha descritto questa discesa irrefrenabile ha probabilmente sperimentato il *delirium tremens*.

Charles Baudelaire, *I paradisi artificiali* (1861), a cura di G. Montesano, Mondadori, Milano 2016: splendida descrizione letteraria degli effetti dell'alcol, dell'hashish, dell'oppio sulla mente. Piú preciso di un saggio tossicologico.

Lewis Carroll, *Alice nel paese delle meraviglie* (1865), a cura di L. Lunari, Feltrinelli, Milano 2023.

Daniel Paul Schreber, *Memorie di un malato di nervi* (1903), a cura di R. Calasso, Adelphi, Milano 2007: storica descrizione

autobiografica di una psicosi. Verrà studiata da Freud (1910) e da Lacan (1955-56).

Luigi Pirandello, *Il fu Mattia Pascal* (1904), a cura di A. Sichera e A. Di Silvestro, Mondadori, Milano 2023.

Franz Kafka, *La metamorfosi* (1915), a cura di A. Raja, Marsilio, Venezia 2024.

James Joyce, *Ulisse* (1922), traduzione di G. Celati, Einaudi, Torino 2013: viaggio ai limiti della capacità della parola.

Michail Bulgakov, *Il Maestro e Margherita* (1967), a cura di M. Crepax, Feltrinelli, Milano 2022: l'irruzione dell'irrazionale, dell'imprevedibile, in una cultura materialistica.

Alda Merini, *Fiore di poesia. 1951-1997*, Einaudi, Torino 2014: la poesia come spiegazione, fine, riscatto.

Fuani Marino, *Svegliami a mezzanotte*, Einaudi, Torino 2019.

Daniele Mencarelli, *Tutto chiede salvezza*, Mondadori, Milano 2020.

Gianni Solla, *Tempesta madre*, Einaudi, Torino 2021.

Stefano Redaelli, *Beati gli inquieti*, Neo, Castel di Sangro (AQ) 2021.

Giorgio Boatti, *Abbassa il cielo e scendi*, Mondadori, Milano 2022.

Emanuela Castello, *Lacrime cancellate*, Erga, Genova 2022: appassionata indagine personale e giornalistica sulla depressione *post partum*.

Mario Tobino, *Le libere donne di Magliano* (1953), Mondadori, Milano 2023; e *Gli ultimi giorni di Magliano* (1982), Mondadori, Milano 2019.

Marco Ercolani, *Turno di guardia*, Il Canneto, Genova 2011: uno psichiatra poeta.

Giacinto Buscaglia e Franca Pezzoni, *CIM. Cento Imperfetti Mondi*, Albatros, Roma 2022: due psichiatri liguri raccontano le loro avventure.

Marina Riccucci, Elena Zamperini e Sara Di Carlo (a cura di), *Le parole per dirlo. Atti del convegno internazionale, Maggiano-Pisa, 10 e 11 febbraio 2023*, Pisa University Press, Pisa 2024.

### *Il linguaggio scientifico.*

Sigmund Freud, una miniera di linguaggi diversi:

- il linguaggio neurologico: *Progetto di una psicologia* (1895), traduzione di E. Sagittario, Bollati Boringhieri, Torino 2015: testo ostico per l'impossibilità di descrivere il mentale in termini neurofisiologici; necessità di un altro linguaggio;
- il linguaggio letterario: *Il delirio e i sogni nella Gradiva di Wilhelm Jensen* (1906), traduzione di C. L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 2010; *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte* (1915), a cura di M. Bertaggia, Studio Tesi, Roma 2023;
- il linguaggio metapsicologico: *Introduzione alla psicoanalisi* (1917), traduzione di M. Tonin Dogana ed E. Sagittario, Bollati Boringhieri, Torino 2012;
- il linguaggio dell'inconscio: *L'interpretazione dei sogni* (1899), a cura di R. Colorni, Bollati Boringhieri, Torino 2019.

Nonostante si sia occupato soprattutto di pazienti nevrotici, Freud ha dato contributi fondamentali allo studio della psicosi: si pensi solo al suo continuo meditare sui meccanismi dell'inconscio, dei sogni, sui meccanismi di difesa proiettivi e introiettivi, sul lutto, sul narcisismo, sulla coazione a ripetere, sull'istinto di morte e molto altro ancora.

Anna Freud, *L'Io e i meccanismi di difesa* (1961), traduzione di L. Zeller Tolentino, Giunti, Firenze 2012.

Melanie Klein, *Invidia e gratitudine* (1957), traduzione di L. Zeller Tolentino, Giunti, Firenze 2017: si avvicina ai precipizi della psicosi.

Wilfred Bion, *Apprendere dall'esperienza* (1962), traduzione di A. Armando, P. Bion-Talamo e S. Bordi, Armando, Roma 2009.

Heinz Kohut, *Narcisismo e analisi del sé* (1971), traduzione di S. Adamo Tatafiore, Bollati Boringhieri, Torino 2006: un linguaggio tra ingegneria metapsicologica e grande umanità.

Silvano Arieti, *Interpretazione della schizofrenia* (1974), traduzione di L. Sosio, L'Asino d'oro, Roma 2014.

Harold F. Searles, *Scritti sulla schizofrenia*, traduzione di A. Bencini Bariatti e A. Bottini, Bollati Boringhieri, Torino 1975: linguaggio piano, semplice, familiare, per descrivere questioni profondissime.

Donald Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti*, traduzione di C. Ranchetti, Giunti, Firenze 2017.

American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Text Revision (DSM-5-TR)*, Raffaello Cortina, Milano 2023: come linguaggio è un esperanto. Non è, e non vuole essere, un manuale di psichiatria – e non va usato come tale. È un vocabolario, uno strumento per capirsi, tra diversi professionisti nel mondo. In parte è un linguaggio burocratico: si fa diagnosi con la calcolatrice. Nel tempo è stato arricchito di spunti e descrizioni utili, che non ne fanno però un manuale clinico.

Karl Marx, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, a cura di N. Bobbio, Einaudi, Torino 2004: il linguaggio filosofico sul tema dell'«alienazione» provocata dalla società. Non è la psicosi ma un primo gradino di estraneazione da sé stessi. Sul lavoro estraniato, andiamo alle origini.

Erving Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza* (1961), traduzione di F. Basaglia, Einaudi, Torino 2010: ancora sull'alienazione.

Primo Levi, *Se questo è un uomo* (1947), Einaudi, Torino 2014: la disumanizzazione provocata dall'esterno.

Charles Darwin, *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali* (1872), traduzione di F. Bianchi Bandinelli e I. C. Blum, Bollati Boringhieri, Torino 2012: il linguaggio dell'etologia.

Jean-Paul Sartre, *La nausea* (1938), traduzione di B. Fonzi, Einaudi, Torino 2014: il linguaggio esistenzialista.

Gregory Bateson, *Verso un'ecologia della mente* (1972), Adelphi, Milano 2000: il linguaggio sistematico.

Stephen M. Stahl, *Psicofarmacologia essenziale* (1996), traduzione di L. Armetti, Edi-Ermes, Milano 2022: per chi voglia avere un'idea del linguaggio biochimico.

Eric R. Kandel *et al.*, *Principi di neuroscienze. Quinta edizione italiana condotta sulla sesta edizione americana*, a cura di L. Fadiga e A. D'Ausilio, Ambrosiana, Milano 2014: il linguaggio delle neuroscienze.

Franco Giberti e Romolo Rossi, *Manuale di Psichiatria* (1972), 7<sup>a</sup> edizione a cura di M. Marcenaro, Piccin, Padova 2024: il linguaggio poliedrico della clinica psichiatrica.

Alberto Siracusano e Cinzia Niolu (a cura di), *Manuale di psichiatria* (2014), Il Pensiero Scientifico, Roma 2023: un manuale di psichiatria non può che accogliere diversi linguaggi. Ogni capitolo una lingua diversa.

Giordano Invernizzi, Costanzo Gala, Marco Rigatelli e Cinzia Bressi, *Manuale di Psichiatria di Consultazione*, McGraw-Hill, Milano 2002: sull'inestricabile intreccio tra corpo e mente.

Maria Adelaide Lupinacci, Daniele Biondo, Laura Accetti, Mirella Galeota e Adelia Lucattini, *Il dolore dell'analista*, Astrolabio, Roma 2015.

Romolo Rossi, *Sottovoce agli psichiatri*, Piccin, Padova 2010: la letteratura come strumento conoscitivo.

Eugenio Borgna, *L'ora che non ha più sorelle*, Einaudi, Torino 2024: la poesia come strumento conoscitivo.

# *Dello stesso autore*

*L'arte di legare le persone  
Astenersi principianti*

# Indice

Copertina

L'immagine

Il libro

L'autore

Frontespizio

Copyright

*Perché parlarne*

Una piccola fine del mondo

La sorpresa di esistere

La crisi psicotica

Dalla parte dello psichiatra

Conclusione

*Ringraziamenti*

*Note*

*Bibliografia*

Dello stesso autore