

SULLA SOGLIA DELLA SCHIZOFRENIA. ESPLORAZIONI NEL CAMPO DELLE PSICOSI SUBAPOFANICHE

PAOLO FRANCESCO PELOSO

*A Silvia e ai suoi familiari,
con i quali ho condiviso lo sgomento,
la paura e la speranza.*

I. UN INCONTRO SULLA SOGLIA DELLA SCHIZOFRENIA

Silvia, una studentessa ventenne, si rivolge a maggio al Pronto Soccorso lamentando una sensazione di mal di testa e inappetenza che dura da quindici giorni, e insonnia totale da tre. Al neurologo chiamato in consulenza riferisce la sensazione di aver come *«modificato e fatto ammalare il proprio corpo attraverso il pensiero»*, e lo specialista fa diagnosi di stato depressivo importante con note atipiche, con un modesto strabismo convergente. L'EEG, la TAC e la RNM danno esito negativo. La consulenza si conclude con una prescrizione di Sertralina 50mg/die, ma il medico di Pronto Soccorso, sentito telefonicamente un amico psichiatra e descritti i sintomi, dimette Silvia con una prescrizione di Perfenazina 4 mg/die e un appuntamento al Centro di Salute Mentale (CSM).

Alla prima visita Silvia si presenta con i genitori e la sorella, maggiore di una decina d'anni. Raccontano che una zia è affetta da molti anni da psicosi, e il loro timore è che la malattia e la prognosi di Silvia siano uguali a quelle della zia. Lei è una ragazza carina, vestita ordinatamente e in modo sportivo. La famiglia colpisce perché sembra molto unita e le relazioni tra i membri paiono affettuose e orientate in modo

costruttivo. La ragazza non ha avuto problemi di salute significativi in anamnesi, ed è stata sempre studiosa fino all'università. Ora la frequenta con difficoltà, perché si sente disorientata da un'offerta formativa meno strutturata rispetto alla scuola superiore. Si descrive ed è descritta dai familiari come socievole, simpatica, ha molte amiche con le quali ha relazioni strette, mentre è un po' intimidita dalla prospettiva di avere una relazione affettiva e non ha avuto un fidanzato. Il tono dell'umore è in buon equilibrio e l'unico elemento di stress in anamnesi sembra rappresentato dal fatto che durante le vacanze, trascorse con un gruppo di amiche l'estate precedente, si è sentita in difficoltà per il loro atteggiamento più sbarazzino con i ragazzi. Ma riferisce questo con tono moderato: alla fine della vacanza andava meglio. Silvia sta dunque affrontando, un po' in ritardo rispetto ai coetanei, temi caratteristici dell'adolescenza: l'esigenza di maggiore autonomia dalla famiglia, l'incontro con la sessualità, la definizione della propria posizione rispetto allo studio e al lavoro, ma nel suo caso – non sappiamo perché – una crisi che è caratteristica dell'età attraversa un passaggio drammatico, nel quale la mente rischia di perdere se stessa.

Da due mesi si sono bloccate le mestruazioni, prima regolari, e da una decina di giorni soffre di dolori cenestopatici indefiniti, ansie ipocondriache e prestazionali. Guardandosi allo specchio si avverte strana, cambiata, non sa precisamente in cosa. Non le è mai capitato nulla del genere. I familiari la spronano a "tirarsi su", ma le sembra che nulla abbia più senso, non riesce a fare niente e non prova piacere. Sospendiamo la terapia farmacologica in attesa di capire la situazione, e la limitiamo a Zolpidem 10 mg per il trattamento dell'insonnia.

Nelle visite del mese successivo il quadro si delinea con maggiore chiarezza, perché si rendono progressivamente evidenti disturbi formali dell'eloquio che la portano ad esprimersi via via con maggiore difficoltà: mentre parla ora perde frequentemente il filo, si interrompe, e lo sguardo sembra a tratti fissare un punto nel vuoto a lato dell'interlocutore. Nel corso dell'estate hanno luogo alcune visite, nel corso delle quali Silvia scoppia a tratti a ridere a lungo senza sapere perché; durante una di esse arriva a ridere ininterrottamente per tutto il tempo, e questo suo riso timido, nervoso, di cui non sa dare ragione, mette angoscia e richiama alla mente la risata di una pazza. Il curante avverte allora il timore che in quel riso Silvia possa perdersi, e possa essere sul punto di passare dalla posizione di chi può osservare insieme a lei i fenomeni che le accadono e farne oggetto di comuni emozione e pensiero, a quella in cui è solo ad osservarla ed a sforzarsi di ristabilire la relazione. Si tratta, in fondo, delle due posizioni nelle quali possiamo incontrare la psicosi.

Fin da subito infatti Silvia è stata sorprendentemente consapevole della stranezza della propria condizione rispetto alla vita precedente, e chiede con decisione aiuto per uscirne; alla luce di quanto si evidenzierà, la percezione interna di Silvia della gravità di quanto le accade pare in quel momento anticipare la percezione esterna dei familiari. Guardarsi allo specchio le riesce penoso, perché si vede, non sa precisamente in cosa, diversa da prima nella mimica, nell'espressione, nel modo stesso di esserci. L'impossibilità a concentrarsi la obbliga ad abbandonare temporaneamente gli studi, ai quali teneva. Già dopo le prime due settimane di cura Silvia, a detta dei familiari, dorme in misura sufficiente, ma lei replica: «Sì, ma non è un sonno normale, sono sempre tesa, non mi riposa». Afferma ripetutamente, angosciata e spaventata, a proposito della sua condizione: «È successo un casino, è tutto un pasticcio, non ci si può fare più niente». Si sente insicura, ha paura, e percepisce con straordinaria lucidità un problema importante, quello della pericolosità della (propria, in questo caso) malattia mentale: «Finché non mi sento padrona di me stessa, non posso fidarmi di me». Racconta che non vuole più uscire di casa, né rimanere in casa senza la compagnia di un familiare che la "controlli"; anche durante alcune visite impone, con dolce prepotenza, la presenza di un familiare che confermi quanto dice e chiarisca quello che lei non si sente in grado di spiegare.

Specularmente, la famiglia raccoglie la sua richiesta di aiuto ma rischia di diventare iperprotettiva, e Silvia se ne accorge: «Non mi parlano più come prima, mi trattano come quand'ero una bambina piccola». Si rende conto dell'imbarazzo in cui il suo modo di esprimersi ed essere in contatto con gli altri può mettere l'interlocutore e ne prova un sentimento intenso di vergogna; perciò ha interrotto ogni contatto con le amiche restringendo i suoi rapporti alla cerchia familiare e cessando anche di rispondere agli sms, numerosi, che riceve. La famiglia reagisce al cambiamento, che l'evento malattia di Silvia introduce in modo compatto, mettendo in campo amore, angosce, paure («Sarà ereditaria, sarà lunga, sarà invalidante, sarà inguaribile?») e alcuni meccanismi difensivi che balzano agli occhi: negazione, minimizzazione, regressione. Insiste per poter considerare lo stato di Silvia una "semplice" depressione, e niente di più, e fatica ad accompagnarla nell'ammirevole consapevolezza che lei dimostra del cambiamento avvenuto e delle reazioni che osserva nelle persone intorno; in un'occasione la sorella la rimprovera, in tono di scherzo benevolo, di essere diventata "un po' paranoica". Dimostrando anche grande sensibilità, però, i familiari si (e ci) interrogano su quanto sia giusto "spronarla" e quanto invece rispettare i suoi tempi e la tendenza al ritiro, come difesa propria e degli altri da faticosi sentimenti di impaccio e imbarazzo. Durante l'estate, Silvia chie-

de ai familiari di poter rimanere più a lungo del previsto in campagna, dove si sente meno esposta all'incontro con gli altri, e loro accettano di tenerle a turno compagnia e accompagnarla in città tre volte la settimana per le visite.

Lei stessa e i familiari insistono per conoscere il nostro orientamento diagnostico; formuliamo il sospetto di un episodio schizofreniforme, spiegando la prognosi in molti casi favorevole di questo disturbo, e quella particolarmente favorevole dei trattamenti precoci. Per questo, proponiamo a Silvia e alla sua famiglia un trattamento intensivo individuale di 3-4 visite la settimana di tre quarti d'ora circa, e un quarto d'ora alla fine per fare il punto in presenza del familiare che l'accompagna.

Durante i primi mesi la relazione terapeutica si consolida. Nel corso delle visite, impariamo a gestire insieme le difficoltà create dalla frammentarietà del suo eloquio con quella che diventa, quasi inconsapevolmente, una sorta di "ginnastica dello sguardo". Quando Silvia si blocca e il suo sguardo si fissa nel vuoto, il terapeuta sposta il busto in modo da rientrare nel suo campo visivo. Spesso si sorride insieme dell'accaduto e Silvia, a volte con l'incoraggiamento di un cenno del capo, di un sorriso o di uno stimolo verbale limitato, riesce a riprendere il filo del discorso. Più volte opera tentativi per descrivere i propri vissuti: «*Mi intristisce quello che mi ricorda prima, perché ora non riesco più*», «*la cosa che mi piacerebbe di più è riuscire a comportarmi normalmente*», «*non mi sopporto perché provo un'ansia perenne*», «*ero sempre angosciata, anche se darei oro per rivivere quella malinconia di prima*», «*vorrei pensare con la mente di prima... era una mente normale*», «*vorrei avere preoccupazioni normali, invece non ci riesco*», «*mi sento come in una brughiera, tutto bianco, senza niente, a volte spazzata dal vento e a volte no*», «*a volte la notte stringo forte il cuscino, perché mi sento come se tutto non fosse vero*». Racconta di aver sognato un cane triste che si suicidava e aggiunge: «*Il mio, era il mio... borderline, mi sento così, come dicono dei personaggi di Gente di Dublino*». In un altro sogno: «*In una piscina, c'era il mio cervello in un sacchetto di plastica e dovevo cercare di prenderlo... un sacchetto di quelli da mettere la merce sotto vuoto*». Sente la sua mente ovattata, ed esprime sentimenti di disperazione: «*Mi sono rovinata, non riesco a fare niente, non trovo via d'uscita*», «*capisco che per sentirmi bene dovrei fare altre cose, però non ci riesco... sinceramente, penso di non farcela*», «*è una malattia troppo dura, non riesco a immaginare di uscirne*», «*ho come la sensazione, col pensiero, di aver rovinato tutto*» (si tratta, in quest'ultimo caso, più di una sensazione che si sforza di descrivere, che di un convincimento che esprime). La stessa delicatezza che l'ha portata a ritirarsi dagli altri per metterli al riparo dall'imbarazzo, la porta a preoc-

cuparsi del curante e a dirgli una volta con evidente simpatia: «*Mi metto nei suoi panni e capisco che dev'essere una bella rottura di balle anche per lei starmi a sentire tutto questo tempo, perché mi lamento sempre delle stesse cose*».

L'indagine psicodiagnostica evidenzia un quadro più povero rispetto alla ricchezza della produzione psicologica che si riscontra negli incontri diretti. Il test di Rorschach evidenzia un'intelligenza presente ma con aspetti d'inibizione, una coartazione dell'affettività con tendenza all'introversione e qualche segno di ansia, un contatto umano comunque presente.

Dopo l'estate, l'eloquio si fa più fluido e piano piano Silvia accetta, con la mediazione della sorella, di riprendere, prima via sms e poi con un breve incontro diretto, il rapporto con l'amica migliore. Le mestruazioni sono riprese. Ma, certo, le cose proseguono lentamente; Silvia perde la sessione di esami all'università, e deve decidere se rinnovare o meno l'iscrizione. Turbati dal protrarsi della sintomatologia, i genitori decidono di rivolgersi a un centro per la cura della depressione, dove viene formulata diagnosi di depressione e prescritto un antidepressivo. Quando il curante telefona avverte imbarazzo, e insiste per proseguire comunque le visite, mantenendo la terapia del collega.

La cosa dura però solo un paio di settimane, perché Silvia comincia a riferire un fastidioso ronzio biauricolare, di volume basso, che paragona a quello di un frigorifero, intermittente, che scompare quando è impegnata nel dialogo; sospendiamo l'antidepressivo e poi, visto il perdurare del sintomo, prescriviamo Quetiapina 50 mg/die, con beneficio dopo due mesi. Il trattamento farmacologico determina un calo di pressione di una certa importanza, che in parte viene trattato ma in parte Silvia desidera mantenere perché contribuisce, a suo dire, a farla sentire meglio, offrendo una sorta di giustificazione alla sua inattività. Ora si presenta ai colloqui sempre appoggiata al braccio di un familiare, con aria svenevole, pallida e flebile, in procinto di cadere. Questa condizione le conferisce un certo fascino buffo e simpatico, ed evoca nel curante alcune associazioni: con il quadro della depressione anaclitica di Spitz in riferimento alla necessità di appoggio (che potrebbe, notiamo, per alcuni aspetti, rappresentare una sorta di polarità opposta all'esperienza autistica) e con certe descrizioni di epoca romantica dello *spleen*, la "malattia inglese", o ancora della clorosi.

È spaventata dal perdurare del ronzio, e come lei la famiglia, e insiste per avere la possibilità di un ricovero ospedaliero, che assicuri maggiore protezione e una fase di trattamento più intensivo. Le prenotiamo un sopralluogo in un centro ospedaliero per la cura degli adolescenti,

perché lo veda e sappia che, se necessario, potremo farvi ricorso. Lo fa, e questo basta a farla sentire più tranquilla.

Nel corso del mese di ottobre il ronzio si attenua e poi scompare, e ha inizio quello che possiamo definire il percorso di ripresa. L'eloquio è tornato normale, e commenta: *«Adesso mi sento accesa, ma ho passato un momento che ero spenta; ho paura che ritorni. Non vorrei far troppe cose perché ho paura di star male di nuovo»*. Ripensa con rammarico ai mesi precedenti la fase sintomatologica, e le dispiace di avere perso interesse per le cose che l'appassionavano, come il cinema e la lettura, ma osserva: *«Penso che perdere gli interessi sia normale dopo una cosa del genere»*. E ancora: *«Se mi guardo indietro mi sembra di avere vissuto un periodo surreale. Se penso a me stessa prima di quel momento e adesso, mi sembra impossibile che mi sia potuta succedere una cosa del genere»*.

La sua ripresa durerà ancora sei mesi e attraverserà tre fasi, di circa due mesi ciascuna, prima dell'inizio di una fase di monitoraggio di altri sei mesi, mentre gli incontri diventano via via meno frequenti e la terapia farmacologica viene prima ridotta e poi, negli ultimi sei mesi, eliminata. Nella prima fase, che potremmo dire del "riordino", Silvia sente il bisogno di mettere ordine nella propria stanza, eliminando oggetti che non servono più; la sua attività investe anche alcuni spazi comuni della casa e oggetti di proprietà degli altri, che protestano per questa bizzarria, ma poi si rassegnano. Contemporaneamente, costruisce nuovi rapporti con i coetanei, impegnandosi per un breve periodo in un gruppo politico particolarmente strutturato. Ora durante gli incontri Silvia pare soddisfatta e scanzonata, prova piacere nel raccontare quello che fa ed è preoccupata soltanto dall'eventualità di una ricaduta. Nella seconda fase, che potremmo dire del "risarcimento", si dedica ad acquisti, diventando un po' spendacciona rispetto alle sue abitudini; i familiari sono un po' contrariati ma, felici per l'evoluzione positiva che la sua salute pare aver preso, lasciano fare. Nella terza fase, che potremmo definire del "modeling", è affiancata da una figura educativa di pochi anni maggiore: ora ha un altro modello oltre la sorella, che non cessa di esserle accanto con un amore e una saggezza provvidenziali, e riprende a uscire, inizia qualche lavoro saltuario, matura l'idea d'interrompere lo studio fino all'approdo a un vero lavoro.

A questo punto Silvia comincia a chiedere d'interrompere gli incontri al CSM, non perché le pesino in sé, ma perché inevitabilmente la riportano al brutto periodo che vuole lasciarsi alle spalle. Dopo avere a lungo procrastinato, diradando gli incontri, finiamo per accogliere, non senza apprensione, la sua richiesta di un congedo che avviene in modo affettuoso e consensuale. Ha rispettato in modo ineccepibile l'alleanza

terapeutica durante i duri mesi della malattia e anche dopo, e merita fiducia; del resto, non potremmo comunque opporci e dobbiamo sforzarci di padroneggiare la nostra ansia, e per quanto i problemi siano stati gravi dobbiamo rassegnarci a non pretendere un controllo infinito della situazione. Certo raccomandiamo a lei e alla famiglia di vigilare su quelli che potrebbero essere i prodromi di un'eventuale ricaduta, ma è giovane e la sua scommessa di provare a ripartire ci pare, in questo caso, ragionevolmente fondata.

Negli anni successivi, capita di contattarla per chiederle se sarebbe disponibile a partecipare a una ricerca sul *recovery*; è dispiaciuta di non poterci venire incontro, ma tornare con la memoria a quei mesi terribili le sarebbe troppo gravoso e noi comprendiamo le sue ragioni. Riceviamo comunque saltuariamente notizie e pare che, a distanza ormai di qualche anno, Silvia abbia una vita affettiva e lavorativa soddisfacente. Quello che le rimane è una sensazione di dover controllare i propri atti, ricorrendo talvolta a formule mentali rituali, che vive in modo distonico e ha interpretato lei stessa come i sintomi di un Disturbo ossessivo-compulsivo. Parlandone, ha raccontato di avere avuto questa sensazione fin da bambina.

II. CONSIDERAZIONI CLINICHE

Scrive Minkowski (1953, p. 127), citando Dide e Guiraud (cfr. 1956): *«In un certo numero di casi, il malato ha coscienza delle profonde modificazioni intervenute nel suo psichismo [...]. Questo fenomeno, a volte drammatico, dà l'impressione di una modificazione fisica e mentale difficilmente esprimibile»*. A questi casi appartiene anche il nostro, nel quale pare particolarmente evidente la distinzione, operata nei casi di schizofrenia latente dallo psicoanalista Federn (1952, p. 175), tra parti normali della personalità, con le quali è possibile stabilire dialogo e alleanza, e altre parti il cui funzionamento è compromesso dalla malattia. Nelle prime abbiamo costantemente riscontrato, in questo caso, una straordinaria capacità di osservare gli eventi interni alla mente, chiedere aiuto, aderire a un progetto di guarigione e soggiogare le seconde, temendo solo in qualche occasione di vederle soccombere. Grazie all'esistenza di una parte sana della mente Silvia avverte, nel rapporto con se stessa, un sentimento di "stranezza" che ricorda, all'interno della vita mentale del soggetto, quello che Rumke, ripercorso in modo efficace da Rossi Monti (2008), descrive come il sentimento precoce di difficoltà dello psicopatologo, di fronte allo schizofrenico, a "trovarlo". Silvia stessa sembra non riuscire più a trovare se stessa, quella che era prima.

Del resto, in una pagina fondamentale della *Psicopatologia generale*, Jaspers (1959, p. 59) ricorda l'importanza che i malati – emblematico il caso di Anne Rau – hanno in psicopatologia come soli possibili osservatori e testimoni dei fenomeni psicologici interni di cui fanno esperienza, e sull'importanza dei loro resoconti. E Silvia svolge bene questo compito, sforzandosi di esprimere le cose strane che le accadono attraverso un linguaggio vivace, immaginifico, ricco di metafore – sul cui possibile significato all'ingresso della schizofrenia richiamiamo, specularmente, quanto scrive Searles (1965, pp. 540-563) e abbiamo altrove ripreso (De Stefani, Peloso, 1994) relativamente alla fase di uscita – e del racconto di sogni di pregnante contenuto simbolico. Fenomeno, quest'ultimo, di cui ancor Jaspers (p. 433) riferisce a proposito dei “*sogni endoscopici*” che, per lo psicoanalista e fenomenologo svizzero Medard Boss, conterrebbero anche negli schizofrenici «*la rappresentazione degli avvenimenti psicotici passati, presenti e presentiti nell'Io del malato*».

Emergono in particolare, dalle sue parole, alcuni temi: in primo luogo appunto la sensazione della *stranezza* del cambiamento che avverte; poi quella della *paura*, legata al non sapere se, e quando, questa condizione dolorosa avrà fine; poi quella del *pudore*, che la porta a proteggere se stessa dall'imbarazzo dell'incontro con gli estranei, per l'esclusione da qualcosa che è tra loro condiviso, e d'altra parte gli estranei dallo scandalo della follia, che sente in quel momento di rappresentare suo malgrado; poi, quella del *pericolo*, per sé e gli altri, legata alla perdita di controllo che avverte rispetto alle proprie parole e, potenzialmente, ai comportamenti; poi quella dell'*impotenza*, a fare alcunché per risolvere la sua condizione, e insieme ad essa quella che lei stessa sperimenta come angosciante, ma in una certa fase anche protettiva, “assenza di opera” (Foucault, 1964).

Un caso di schizofrenia subapofanica?

Silvia lamenta da qualche mese di sentirsi diversa, strana. Soffre di insonnia, è priva d'iniziativa, si stanca facilmente; sapremo in seguito che, fin da bambina, provava la sensazione di dover autocontrollare il comportamento, attraverso il ricorso a rituali mentali. Ma quello che accade ora è diverso: ad essere venuta meno sembra essere una sorta di naturale consuetudine che prima era presente. Qualcosa di fondamentale è cambiato, anche se non sa spiegare con esattezza cosa. Si sente diversa da un “prima” che lei stessa e le persone che la conoscono considerano “normale”, e che tra loro continua a essere condiviso, se ne lamenta, chiede aiuto; ha paura, paura di impazzire, di non guarire più. E

prova vergogna di mostrare questa sua nuova condizione a chi non appartiene alla cerchia intima, coglie un imbarazzo negli altri per il suo nuovo stato che la esclude da qualcosa che è tra loro comune. Quanto descrive richiama alla mente l'esperienza di Anne Rau, la paziente studiata da Blankenburg, che le cose e i gesti avessero perso per lei "la loro naturale evidenza", la spontaneità. Un'alterazione del sentirsi situata che sembra aver preso piede, scrive Blankenburg (1971, p. 13), anche in quel caso *«improvvisamente, inaspettatamente, da un momento all'altro, senza lasciar percepire ciò rispetto a cui essa sarebbe una reazione»*.

Sembra cioè perduta la funzione basale che Parnas (1999, p. 148) identifica con una relazione intenzionale primaria e fondante che è *«la struttura nella quale la consapevolezza preriflessiva e non relazionale implica una consapevolezza percettiva dominata dalle strutture sensorimotorie della corporeità [...] Il normale sentimento di egoità e il suo correlato, l'essere in sintonia con il senso comune, vanno mano nella mano in quanto aspetti di questa struttura intenzionale fondante»*.

E questo indebolimento del sentimento preriflessivo di essere se stessi, che Silvia sperimenta all'inizio della sua esperienza, è letto oggi da numerosi studi come possibile dato patognomonico delle esperienze schizofreniche nella fase iniziale (Parnas *et al.*, 2011; Parnas, 2012).

Sul piano dei sintomi, i disturbi del Sé dominano il quadro, e hanno una durata intorno ai sei mesi; per un paio di mesi lamenta un'allucinosi uditiva semplice, che la disturba ma non interferisce più di tanto con la vita mentale. Su quello dei segni, l'eloquio è frammentato da intoppi, che non paiono riconducibili alla distrazione per la presenza di fenomeni dispercettivi, né a particolare impegno emotivo del contenuto del discorso, per circa quattro mesi, mentre un riso dissonante che appare espressione di dissociazione affettivo-mimica, apparentemente privo di significato, si presenta per non più di due settimane, e in una sola occasione si fa tanto insistente da impedire il colloquio (per una sintetica semeiotica del riso in psicopatologia cfr. Blankenburg, 1971, pp. 153-157).

Le concomitanze fra Silvia e Anne paiono notevoli. Scrive Ballerini (1998, p. XII): *«Anne gira di continuo attorno a questa mancanza "basale" cercando penosamente le parole per tentare in qualche modo di comunicarcela»*. E Blankenburg (1971, pp. 50-51): *«Di quando in quando, eravamo sorpresi da una risata come di adolescente, leggera, inesauroibile, attraverso cui sembrava che tutto venisse volto in ridicolo. Solo una tonalità stridente o febbrile lasciava presentire il carattere difensivo di questo ridere. Per il resto, era legittimo nutrire inizialmente qualche dubbio circa l'opportunità di etichettarlo come un riso "ebefrenico", perché non era completamente privo di calore affettivo»*. O ancora: *«Appariva chiaramente lo sforzo disperato, costantemente ripe-*

tuto, di cogliere il proprio stato con il massimo di precisione possibile e di renderlo comprensibile a se stessa e al medico»; ma, altre volte «da un punto di vista formale, il suo discorso assumeva la forma di una discontinuità prossima allo svanire del pensiero. Su alcuni temi non era in grado di formulare nessuna frase coerente. D'altronde, le capitava spesso di perdere il filo».

Silvia appare perplessa di fronte a ciò che le accade. Per Jaspers (p. 447), del resto, la perplessità rappresenta «una reazione assolutamente comprensibile della personalità normale di fronte all'irrompere della psicosi acuta. Perciò si osserva frequentemente, e in molte psicosi permanenti». E su questo concetto insiste Callieri (1999, pp. 6-7), per il quale: «Il sé del perplesso perde il suo volto continuo e irripetibile e si lascia andare a una problematicità incarnata, che sempre si reifica cristallizzando l'imprevedibilità del suo essere disancorato. Lo scucirsi del pensiero, il frammentarsi delle azioni, meglio, degli atti, il cadere improvviso degli scopi, il continuo, nomade imbarazzo [...]. È l'impostazione percettiva del soggetto a essere alterata, ed ecco perché, a mio parere, la perplessità va intesa come l'impostazione dell'estraneità, dell'inquietante, del vago».

Sempre per Jaspers, alla perplessità possono accompagnarsi o alternarsi altre reazioni caratteristiche della persona che avverte la trasformazione: il sentimento sinistro di un cambiamento, e la paura di diventare pazzi. Vissuti terrificanti, che Silvia riporta con angoscia come una perdita di sintonia con se stessa, che la rende bisognosa del lancio di un appiglio, di una cima cui potersi aggrappare.

Il suo stato d'animo, in quel momento, sembra vicino a quello che Dostoëvskij descrive nel 1846 nel protagonista del racconto *Il sosia* (cfr. Peloso, 1997): teme di avere perso il filo che tiene insieme la continuità con se stessa e la comunità con gli altri, e di non riuscire a ritrovarlo.

Certo si potrebbe pensare, in via ipotetica, che il ritiro sociale e il disinvestimento dalle abituali attività se perdurassero potrebbero alla lunga favorire – come pensavano già Pinel ed Esquirol – l'egemonia della vita fantastica su quella reale, e quindi l'autismo possa prender piede per una sorta di atrofia da disuso della possibilità di fondazione dell'altro e del mondo dentro di sé; e che l'autismo possa poi riempire di contenuti quel ronzio trasformandolo in voce significativa, o approfittare di quegli intoppi nel flusso del pensiero per dare luogo a fenomeni di inclusione di materiale fantastico, o ancora portare il soggetto ad attribuire un senso arbitrario al riso che ne è privo.

Eppure di tutto questo per il momento non c'è traccia, e ci troviamo, ancora, nell'area delle psicosi paucisintomatiche, o subapofaniche, che Ballerini (2010, p. 33) definisce condizioni psicotiche nelle quali «non

è emersa quella fase che Conrad chiama appunto “apofania”, quale rivelazione e ricostruzione di un nuovo Sé e di un nuovo universo della presenza espressi nel delirare». E, per parte nostra, preferiamo il riferimento a questa concettualizzazione rispetto a quella, più inclusiva, di *psicosi bianca*, che Lorenzi e Pazzagli (2006) estendono, in una monografia peraltro densa di riferimenti interessanti, a casi di schizofrenia con prevalenti sintomi negativi e quadri esterni all’area psicotica, quali Disturbi di Personalità schizoide, schizotipico, borderline e antisociale.

Silvia prova in misura intensa la paura (Trema) sulla quale Conrad (1958) insiste all’esordio della psicosi, la “crisi di sicurezza ontologica” di cui parla Ballerini (2011, p. 53), o quella che Parnas definisce una “mancanza di presenza” ed è fatta, ancora per Ballerini (2012, p. 125), di abnormi esperienze di sé che sembrano costituire il nucleo generatore della schizofrenia, di volta in volta interpretato come un «*confrontarsi con una sorta di “vuoto”, quindi, tuttavia coglibile e più volte esplorato nella schizoidia e nella schizofrenia come “perdita del contatto vitale con la realtà” da Minkowski (1927, 1953), come “inconsistenza dell’esperienza naturale” da Binswanger (1957), come “perdita dell’evidenza naturale o crisi globale del common sense” da Blankenburg (1971)*» (Ballerini, 2012, p. 139). «È questo tormentarsi girando a vuoto, senza la naturale sicurezza ontologica dei sani o la patologica sicurezza ontica dei deliranti» – scrive ancora Ballerini (p. 141) e ciò sembra adattarsi particolarmente per il nostro caso – «che dà a queste psicosi paucisintomatiche non di rado il sapore di fenomeniche ossessive».

Una prossimità, quella tra psicosi subapofanica ed esperienza ossessiva, sulla cui importanza insistono Sass e Parnas (2003), o ancora Ballerini quando in altra occasione (1998, p. IX) allude a una *nuance* ossessiva nelle psicosi subapofaniche, ricordando come esse siano state avvicinate da Blankenburg stesso all’esperienza dell’informe (*aneidos*), contro il quale si sforza di lottare l’ossessivo secondo von Gebattel, e della quale Muscatello *et al.* (2003) hanno trovato traccia in un caso descritto da Pierre Janet nel 1889. E nella quale il sintomo (o meglio l’atteggiamento) controllante di tipo ossessivo appare la risposta a un dubbio ontologico aperto dalla rottura alla base della schizofrenia, al quale il paziente non riesce più a sfuggire. Scrive Gozzetti (2008): «È perché ha perso la fiducia originaria nel mondo che lo schizofrenico, quando non delira e non si culla nelle allucinazioni e illusioni, dubita costantemente di sé, cosciente della sua fragilità e di quella di un mondo, che è sull’orlo di una continua minaccia di annientamento».

Una notazione particolare merita, infine, l’esperienza che Silvia fa del corpo nella fase iniziale dei suoi problemi, che è fatta di una sensazione di malessere cenestopatico e di un vissuto di stranezza e cambia-

mento, che sente derivare in qualche modo dal proprio pensiero (o forse dal proprio modo di pensarlo?), una sorta di perdita di familiarità e consuetudine che potrebbe evocare per questi aspetti il quadro iniziale della schizofrenia cenestopatica descritto da Huber, e che crediamo di distinguere dalla dismorfofobia perché qui la preoccupazione non sembra riguardare l'essere del corpo (le sue caratteristiche), quanto piuttosto lo schema corporeo (Parnas, 1999, p. 148) come modalità del suo *esserci* (l'atteggiamento, la mimica, il modo di porsi, stare e viverci nello spazio).

Il ritiro sociale tra autismo, pudore, stigma e vissuti di pericolo

Silvia si sforza di evitare a se stessa e agli altri l'esperienza penosa dell'incontro; perciò si chiude in famiglia, non risponde alle telefonate né agli sms delle amiche. E sui molteplici significati di questo ritiro è giusto interrogarci, a partire da Minkowski (1953, p. 115) per il quale il ritiro aveva per un paziente il senso di evitare che le sue riflessioni fossero interrotte, mentre altri «*soprattutto all'inizio, fuggono il mondo coscientemente, perché la carica emotiva che portano in sé è troppo forte; essi cercano di evitare qualsiasi causa di emozione. L'indifferenza verso il mondo esterno è allora un fenomeno secondario, conseguenza di un'emotività eccessiva*» (p. 141). Tatossian (1979, p. 66), ricorda in proposito un lavoro di Avenarius del 1973, che colloca accanto all'autismo primitivo un autismo secondariamente sostenuto da un disegno autoprotettivo, più o meno volontario, di ritiro da un mondo senza evidenza, né interesse o sicurezza. Quanto a Blankenburg (1971, p. 118), scrive: «*Ciò di cui si lamentano non è l'isolamento. Anzi lo ricercano attivamente per non essere esposti al mondo ambiente*». O, ancora (p. 49): «*Spesso, quando incrociava per strada un gruppo di persone, provava un sentimento molto strano: "Sapevo immediatamente che se ne accorgevano, che notavano in me questi problemi. È del tutto naturale, certe cose si vedono!"*». E poi: «*Quello che disorienta Anne nell'incontro con gli altri [...] è la loro naturalità*». Una naturalità della quale Silvia, come Anne, si sente incapace. O, con le parole di Anne (p. 130): «*Interiormente sento che tutto questo ha a che fare con la mia maniera di non giungere a nessuno. Comunque sia, gli altri mi disarcionano sempre*». Sul che commenta Ballerini (1998, p. XIV): «*Gli altri la "disarcionano"; è impossibile per lei sostenere lo sguardo degli altri; è come schiacciata dal contatto con gli altri, non dalle singole persone o dal ruolo che possono avere, ma dalla loro "naturalità"*».

Diversi perimetri e significati del ritiro sociale, quindi, che non è sempre da ricondurre in prima battuta a ripiegamento autistico, e nel nostro caso presenta tre caratteristiche.

In primo luogo, Silvia tende ad attribuirgli un significato di autoprotezione, perché si sente esclusa dal mondo degli altri per la mancanza di qualcosa che non ha più ed è tra loro comune, una mancanza che immagina facile da percepire per loro come lo è per lei. Prova vergogna, in particolare verso le coetanee, con le quali si intuisce, nell'affetto, una qualche competizione adolescenziale; e rifacendoci alle belle pagine che Cargnello (1981-1987, pp. 119-129) dedica alla concezione bin-swangeriana di questo sentimento, e ai relativi riferimenti all'opera di Max Scheler e di Erwin Straus, la sua forma di vergogna ci pare corrispondere al pudore, nel quale l'altro deve essere protetto dallo scandalo, in una posizione di reciproco imbarazzo simile a quella del ferito che nasconde la sua piaga. Gli altri ai quali sente di doversi sottrarre condividono tra loro, la sua "vita di prima" che rimpiange; e un incontro a queste condizioni le chiederebbe – nello sforzo di supplire in modo riflessivo a strumenti preriflessivi dei quali ha perso la disponibilità – eccessiva fatica, mentre un fallimento sarebbe per lei fonte di imbarazzo, dolore e umiliazione. E se, certo, il confronto con le compagne di scuola, disinvolute e brillanti come lei era "prima", non farebbe che accentuare la consapevolezza delle difficoltà, forme di socialità "altra" – con persone che condividono in qualche misura la sua condizione in gruppi di auto-aiuto, centri diurni, comunità terapeutiche, o nelle relazioni spontanee che spesso si accendono nelle sale d'attesa dei CSM o nei reparti ospedalieri – potrebbero esserle più facilmente accessibili. Ma presupporrebbero un'identificazione, psicologica e sociale, con una posizione di persona malata dalla quale lei si sta proteggendo e che noi stessi speriamo che le sia risparmiata anche in futuro; abbiamo del resto la sensazione che in questo caso le probabilità di successo di un percorso individuale siano maggiori rispetto a uno grupppale.

In secondo luogo, il ritiro risponde a un obiettivo altruistico di messa al riparo dell'altro da una situazione che Silvia avverte per lui imbarazzante, scandalosa, scioccante, o almeno noiosa. Si sente l'estranea, colei che non appartiene più alla comunità, perché non ha più parte nell'intersoggettività, nell'evidenza preriflessiva che è condivisa tra gli altri suoi membri. E questo ci aiuta a capire come alla difficoltà di accesso a una piena socialità da parte del soggetto schizofrenico concorrono diverse componenti. La prima delle quali ha appunto a che fare con sentimenti d'insufficienza, sensazioni di perdita d'autocontrollo e di estraneità, consapevolezza del cambiamento, pudore e imbarazzo già presenti in queste prime fasi del disturbo. E le altre con lo stigma nelle

sue due componenti, oggettiva e soggettiva (autostigma), e con il legame sistemico, relazionale, complesso nella sua fondazione psicologica – analogo a quanto descritto da Sartre (1946) nel caso dell'ebreo e da Fanon (1952) per l'uomo di colore – che tra esse si instaura.

Ma la preoccupazione altruistica di Silvia va oltre. Perché non si sente solo imbarazzante, ma ci dice anche qualcosa di prezioso sul rapporto che lega, nel suo vissuto, malattia mentale, pericolo (per sé e gli altri) ed esigenza di controllo. Nel momento in cui non si riconosce, non si trova, infatti sente di non potersi più fidare della sua capacità di pieno, libero e integro esercizio della soggettività nel governo degli atti. E quindi pone una domanda di costante compagnia ai familiari, e di eventuale ricovero al curante, modalità entrambe proporzionate e ragionevoli di cogliere e risolvere da parte sua un problema, sulle quali la psichiatria di ogni tempo avrebbe da riflettere.

In terzo luogo, dobbiamo considerare che il ritiro di Silvia non riguarda gli altri in uguale misura, ma risparmia familiari e curante, coi quali si sente per ragioni diverse in intimità, e dai quali aspetta in modo diverso aiuto, proprio come il ferito non prova pudore nel mostrare la piaga alle persone intime o al personale sanitario, dai quali aspetta incondizionata accettazione. Anche nel caso di Anne, madre e curante sembrano risparmiati dall'impossibilità di giungere all'altro che lamenta, ma secondo Blankenburg (1971, p. 130) sarebbe un errore pensarlo, perché la sua impossibilità di stabilire relazioni naturali non ammette, nelle sue stesse parole, eccezione. Quanto a Silvia, invece, non riteniamo di poterlo seguire su questo punto, e ci pare che un *setting* protettivo la aiuti a stabilire una relazione che, pur resa problematica dalla difficoltà a spiegare fenomeni di cui sente che l'altro non ha esperienza diretta e di dividerli, sembra mantenere, non senza sforzo, un certo livello di autenticità, sintonia e consonanza affettiva. Potrebbe trattarsi del fatto che nel suo caso vissuti di cambiamento e di estraneità sono presenti ma non ancora egemoni nel funzionamento mentale, e investono più l'area del Sé e meno lo spazio intersoggettivo e il rapporto col mondo; della disponibilità di un ambiente familiare accogliente, dove poter collocare la fiducia nel momento in cui non può riporla più in se stessa; e, forse, di un dato prognostico comunque favorevole.

Del resto, i disturbi che Silvia lamenta paiono riguardare una perdita di sintonia e continuità con se stessa e con la propria storia e identità, molto più che con gli altri, e il suo ritiro, oltre a essere incompleto, sembra riconducibile a strategie auto ed eteroprotettive comprensibili. E questo esempio potrebbe farci immaginare la rottura psicotica come una linea di frattura che può collocarsi nello spazio intersoggettivo lasciando il soggetto solo, ma può anche non raggiungerlo e risparmiarlo

così parti del funzionamento mentale e della capacità di relazione; o, più di rado, può superarlo, dando luogo a situazioni come quella denominata da Lasègue e Falret (1877) *folie à deux*.

L'uscita dalla malattia, la guarigione, il difetto

Nella fase dell'uscita dall'episodio schizofrenico, Silvia attraversa tre passaggi che, anche se non si sono succeduti con la scansione temporale schematica con cui li abbiamo presentati, si sono caratterizzati in modo sufficientemente preciso. Non è facile coglierne fino in fondo il significato, ma ci pare che possano rappresentare un passaggio attraverso progressivi tentativi di riordino, gratificazione e ricostruzione dopo la catastrofe che, nella loro gradualità e, in fondo, nella loro stessa misura dimostrano una certa sensibilità, da parte sua, per la delicatezza del momento che attraversa, in una fase nella quale salute e malattia stanno ancora tra loro in equilibrio precario.

Dopo la malattia e la fase di consolidamento della cura, poi, Silvia sceglie di lasciarsi alle spalle l'esperienza e di voltar pagina, fino a tagliare i ponti con tutto ciò che la ricorda, e questa modalità di uscita dall'esperienza schizofrenica, che certo possiamo avvertire frustrante ma comprendiamo, è considerata comune da Federn (1952, p. 125), che la riporta con sensibilità all'intensità del dolore provato e al terrore di poterlo riprovare. Ed è citata da Jaspers (1959, p. 449), che si rifà a uno scritto di Mayer Gross del 1920, con il termine di "eliminazione", accanto ad altre possibili che vanno dalla disperazione, all'integrazione, a forme di radicale rinnovamento o di conversione.

L'esperienza di malattia di cui Silvia è stata protagonista ci ha permesso, insomma, di accennare a molti temi dell'attuale dibattito sulla schizofrenia; rimane da vedere se possiamo considerarla a questo punto "guarita", e che senso abbia il termine "guarigione" in questo contesto (Peloso *et al.*, 2013).

Un primo problema, già colto da Pinel e poi da Bleuler, riguarda il tempo di remissione dei sintomi dopo il quale è lecito affermare che la fase di malattia che si è risolta può essere considerata "guarita", e un nuovo eventuale episodio dovrebbe essere considerato nuova malattia, analogamente a quanto avviene nelle malattie infettive. Da qualche anno Silvia lavora e ha normali relazioni affettive, i sintomi che presenta non sono più quelli caratteristici della schizofrenia e non danno luogo a una compromissione del suo rapporto con se stessa, né del funzionamento sociale. Pure, il rischio di ricaduta è purtroppo presente, perché il decorso della schizofrenia è molto variabile.

Peraltro, alla catamnesi dopo qualche anno, abbiamo appreso che Silvia, apparentemente guarita e in grado di reggere una relazione affettiva e un lavoro, presenta un quadro sintomatologico caratteristico del Disturbo ossessivo-compulsivo, che ha rivelato che la disturbava dall'infanzia, e dobbiamo interrogarci su cosa questo significhi.

Questa diversa sintomatologia potrebbe infatti costituire una sorta di armatura nevrotica destinata a "contenere" rigidamente il rischio di una deriva psicotica della quale inconsapevolmente Silvia continua ad avvertire la minaccia. Il che potrebbe corrispondere a un'effettiva necessità che, in modo preriflessivo, avverte, e a uno strumento cui inconsapevolmente ricorre per non perdersi (non perdere il filo della propria esistenza); oppure a una risposta, più o meno inconsapevole, a un'esagerata paura di non farcela, una sfiducia maturata come strascico della sua drammatica esperienza. Ipotesi, entrambe, che riportano al concetto di "schizofrenia pseudonevrotica", che si fa in genere risalire al noto lavoro di Hoch e Polatin (1949) negli Stati Uniti – ma già Federn vi faceva riferimento nel 1947 – ed è ancora dibattuto (Connor *et al.*, 2009). La guarigione di Silvia dalla psicosi potrebbe essere avvenuta, allora, solo a condizione di ammalare di Disturbo ossessivo-compulsivo. Il che pare coerente con l'idea – che Binswanger (1949) manifesta a più riprese nel commentare il caso Lola Voss – che ossessione e fobie possano rappresentare in alcuni casi soluzioni diverse dal delirio, ad esso legate da una relazione alternativa o sequenziale, per uscire dall'atmosfera terrificata e aspecifica della *Wahnstimmung* e fissare l'angoscia esistenziale a un oggetto preciso.

Alternativamente, gli esiti ossessivi potrebbero essere considerati un "difetto", una cicatrice o forma frustra dell'episodio schizofrenico, per cui quella di Silvia rientrerebbe nelle guarigioni incomplete, o guarigioni sociali, sulle quali insistono i classici studi di Kraepelin e di Bleuler. Ma, in questo caso, il fatto che la sintomatologia ossessiva fosse già presente a monte dell'episodio psicotico porrebbe un problema nel problema, affrontato da Ballerini e Rossi Monti (1983), che consiste nella difficoltà di stabilire se il difetto corrisponda in questo caso appunto a un esito della malattia, o non piuttosto a un riemergere, alla sua conclusione, di modi di funzionamento preesistenti.

Questioni, peraltro, forse più di scuola che di sostanza; nella sostanza, Silvia è stata giudiziosa e tenace, ed è riuscita ad uscire dall'inferno che ha brevemente attraversato, la sua sintomatologia è un'altra ed è senz'altro per lei meno distruttiva, la qualità della sua vita è sensibilmente migliorata e più ricca sia sul piano del vissuto soggettivo che su quello del dato oggettivo.

Appunti sul percorso di cura, e conclusioni

La presa in carico di Silvia è stata caratterizzata da un intervento basato principalmente sulla relazione terapeutica, e in minore misura sull'utilizzo di farmaci. La psicoterapia praticata è stata di tipo eclettico, e ha mutuato elementi tanto dalla cultura fenomenologica, che psicoanalitica e cognitivo-comportamentale; ci si è sforzati di individuare di volta in volta, empiricamente e senza rinunciare a una certa creatività, gli elementi che potevano essere necessari a proteggere, sostenere e incoraggiare la paziente. Essa è stata mirata soprattutto a svolgere una funzione di rassicurazione e blanda apertura di speranza, una delicata e timida proposta di alterità, che avvertiamo prossimo a quanto scrivono Di Petta e Di Piazza (2011, pp. 22-23) a commento della relazione di Ballerini con una paziente affetta da psicosi subapofanica, cioè un «*flottare, nel linguaggio balleriniiano, in un certo senso, con la coscienza di Delia, mantenere la sfocatura, l'indefinito orizzonte dei significati, attendere, mentre si cerca di giuntare monconi di fili spezzati, tracce di intenzionalità interrotta, tra freddo, silenzio, polvere e accensione di guizzi improvvisi*».

Su un punto ci interessa soffermarci in modo particolare ed è che, nella fase della dissociazione, a tratti lo sguardo si perde come a fissare il vuoto a fianco dell'interlocutore, si interrompe l'eloquio, rimane come incantata e non sembra saper ritrovare il filo del discorso.

Silvia usciva da quei momenti non senza sofferenza ed imbarazzo; e cercando empiricamente un modo per esserle d'aiuto e rianimare l'eloquio, abbiamo cominciato, su base intuitiva e preconscia, a sperimentare il fatto che spostando il tronco in modo che il viso rientrasse nel suo campo visivo e riempisse il vuoto che pareva averla incantata, con un sorriso, un cenno di incoraggiamento col capo o la ripetizione delle sue ultime parole, era possibile darle la lieve spinta necessaria a ripartire. Questo esperimento, che insieme a lei abbiamo definito una sorta di "ginnastica dello sguardo", è nato su base empirica; pure anni dopo abbiamo trovato conforto nella storia della psichiatria, a dimostrazione che, in quel campo mille volte arato che è il lavoro clinico, è difficile compiere un gesto che possa considerarsi originale. E ci siamo imbattuti in uno stratagemma simile, che Edouard Séguin (1812-1880), considerato uno dei pionieri nel trattamento dei fanciulli affetti da ritardo, illustra tra le tecniche utili all'"educazione" dello sguardo: «*Seguire il suo sguardo sfuggente con lo sguardo fermo e ostinato che vuole suscitare l'attenzione [...] così ho inseguito nel vuoto per quattro mesi lo sguardo imprevedibile di un bambino*» (Séguin, 1846, pp. 417-418).

Parole della cui gravidanza troviamo conferma nel commento di Henry Ey (1952, p. 254) in calce a un lavoro dedicato da René Held al-

la patologia dello sguardo: «*Lo sguardo è una relazione specificamente esistenziale tra due esseri. Non appartiene alla coscienza, ma alla coesistenza*». E, soprattutto: «*Il massimo valore dello sguardo è lo sguardo dello sguardo, questo incontro che ha il senso di un'interpenetrazione, di una fusione di persone nel più profondo del loro essere*». E in quelle di Blankenburg (1971, p. 131), quando insiste sull'importanza di un'"anamnesi dello sguardo".

Un altro aspetto su cui pare utile soffermarci è il ruolo della famiglia in questa vicenda. Ancora Federn (1952, pp. 125-127) insiste perché, nel trattamento dello schizofrenico, «*sia presente qualcuno che dimostri per il malato un interesse sincero e si occupi di lui*»; e in particolare, e ciò pare anticipare quanto gli studi sulle Emozioni espresse avrebbero rivelato, che alla cura del soggetto si associ un lavoro di igiene mentale con i familiari, che possono con il loro atteggiamento essere un ostacolo o, come in questo caso, un punto di forza.

L'efficacia dell'antipsicotico atipico, poi, utilizzato per un breve periodo e a dosaggio basso, può essere in parte spiegata dal fatto che si trattava della sua prima esperienza di un trattamento del genere, e i neurotrasmettitori erano forse perciò particolarmente sensibili.

Un'ultima considerazione, nel campo questa volta della psichiatria sociale, ha a che fare con il fatto che questa storia clinica rappresenta un esempio di trattamento precoce della schizofrenia, sulla cui importanza anche in questo caso già Federn (*ivi*, pp. 248-249) insisteva. Oggi molte evidenze si sono accumulate a questo riguardo grazie agli studi promossi da Patrick Mc Gorry, divulgati nel nostro Paese dal lavoro del gruppo di Angelo Cocchi e Anna Meneghelli. E va senz'altro ascritto a merito di questa operazione culturale e scientifica dei colleghi milanesi il fatto che l'impostazione a questo riguardo stia cambiando nei servizi, e anche in questo caso quella che avrebbe potuto rappresentare l'ennesima occasione persa, non lo è stata. Il trattamento di cui ragioniamo ha impegnato settanta ore di psichiatra nei primi cinque mesi, un dato elevato rispetto agli standard di un CSM, poi una ventina nei cinque mesi seguenti, altre sei negli ultimi otto mesi di presa in carico. Ad esse andrebbero aggiunte una cinquantina di ore a carattere educativo, mentre è stato basso il consumo di farmaci. Certo sono costi elevati nell'economia di un CSM, ma se ciò fosse servito a scongiurare un'evoluzione verso il ricovero o la cronicità, scomparirebbero facilmente di fronte a quelli di poche giornate di degenza o di un trattamento integrato di lungo periodo. Senza contare ovviamente l'importanza dei costi umani rappresentati dal dolore del soggetto e di chi gli vuol bene.

Esso ha permesso, peraltro, che non andassero sprecati molti fattori protettivi: la straordinaria autoconsapevolezza e il caparbio desiderio di

guarigione di Silvia; l'assenza di comorbidità con uso di sostanze, oggi non comune negli adolescenti, e la "buona educazione" che ne hanno fatto una "paziente ideale"; l'indubbia simpatia e capacità di comunicazione che hanno contribuito certo a rendere l'occuparsi di lei meno faticoso; la generosa disponibilità e il buon senso dei familiari, con una situazione familiare che potremmo considerare la migliore possibile; la precocità del suo accesso al Pronto Soccorso e la capacità della collega di coglierne i problemi e prenderne a cuore il destino, evitando al contempo un ricorso intempestivo all'ospedalizzazione; la scelta del CSM di concentrare su di lei tempo e attenzione per il breve ma cruciale periodo in cui è stato necessario; la disponibilità di una figura "educativa" capace e disponibile al momento opportuno.

Al di là di queste considerazioni, che rendono certo questo un caso fortunato, ci pare che l'esperienza dolorosa e spaventata della malattia e quella gioiosa del recupero dell'evidenza naturale della propria presenza da parte di questa ragazza, e di riflesso il sollievo di familiari ed amici, debbano incoraggiare il sistema sanitario a lavorare perché nel campo della schizofrenia si possa intervenire il più spesso possibile prima che prendano piede, e vadano pietrificandosi nella cronicità, la perdita della speranza di guarire (Tibaldi e Glovers, 2009); lo stigma nelle sue componenti soggettive e oggettive; quell'insieme di meccanismi maladattivi messi in atto dalla persona o dall'ambiente ai quali Racamier si riferisce come ai "giochi della psicosi" (Racamier e Taccani, 1984); la trappola rappresentata, nel decorso della schizofrenia, dalla "nostalgia" per sistemi adattivi disfunzionali ma noti e abituali (Ferro *et al.*, 1999). La "guarigione" dalla psicosi potrebbe rivelarsi allora, forse, evento meno raro di quanto oggi non sembri e, a fronte anche dei suoi detrattori, la psichiatria di comunità potrebbe scoprire di avere più frecce al suo arco di quante ne sta oggi utilizzando.

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A.: *Prefazione all'edizione italiana* (1998), in Blankenburg, 1971, cit.
... : *Le parole e il silenzio: la psicosi paucisintomatica*. COMPRENDRE, 21: 32-45, 2010
... : *Esperienze psicotiche: percorsi psicopatologici e di cura*. Fioriti, Roma, 2011
... : *Delia, Marta e Filippo. Schizofrenia e sindromi sub-apofaniche: fenomenologia e psicopatologia*. Fioriti, Roma, 2012
Ballerini A., Rossi Monti M.: *Dopo la schizofrenia. Mutamento e invarianza attraverso la psicosi*. Feltrinelli, Milano, 1983

- Binswanger L.: *Der Fall Lola Voss*. SCHWEIZER ARCHIV FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE, LXIII: 29-97, 1949. Trad. it.: *Il caso Lola Voss*, in L. Binswanger: *Essere nel mondo*, pp. 269-345. Astrolabio, Roma, 1973
- Blankenburg W.: *Die Verlustdernatürlichen Selbstverständlichkeit*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1971. Trad. it.: *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle psicosi paucisintomatiche*. Cortina, Milano, 1998
- Bleuler E.: *Dementia Praecox oder Gruppeder Schizophrenien* (1911). Deuticke, Leipzig und Wien. Trad. it.: *Dementia Praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985
- Callieri B.: *Wahnstimmung e perplessità*, in M. Rossi Monti M., G. Stanghellini (a cura di): *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*, pp. 3-12. Cortina, Milano, 1999
- Cargnello D.: *Ludwig Binswanger e il problema della schizofrenia* (1981-1987). Fioriti, Roma, 2010
- Connor K.O. et al.: *Pseudonevrotic schizophrenia revisited*. AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY, XLIII: 873-876, 2009
- Conrad K.: *Die beginnende Schizophrenie. Einer Gestaltanalyse des Wahn*. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1958. Trad. it.: *La schizofrenia incipiente. Un saggio di analisi gestaltica del delirio*. Fioriti, Roma, 2012
- De Stefani P., Peloso P.F.: *La pietra viva. Metafore della psicosi e della riabilitazione nel colloquio con due giovani schizofrenici*. RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIA, CXVIII: 114-122, 1994
- Dide M., Guiraud P.: *Psychiatrie clinique*. Le François, Paris, 1956
- Di Petta G., Di Piazza G.: *Introduzione*, in Ballerini, 2011, cit.
- Ey H.: *Discussion*. L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE, XVII: 254, 1952
- Fanon F.: *Peau noire, masques blanches*. Editions du Seuil, Paris, 1952
- Federn P.: *Ego psychology and the psychoses*. Basic books, New York, 1952. Trad. it.: *Psicosi e psicologia dell'Io*. Boringhieri, Torino, 1976
- Ferro A.M., Ferrannini L., Peloso P.F.: *La dimensione nostalgica nella psicopatologia e nella cura della schizofrenia*, in A.M. Ferro, G. Jervis (a cura di): *La bottega della psichiatria. Dialoghi sull'operare psichiatrico a vent'anni dalla legge 180*, pp. 176-186. Bollati Boringhieri, Torino, 1999
- Foucault M.: *La folie, l'absence d'œuvre*. LA TABLE RONDE, 196: 11-21, 1964
- Gozzetti G.: *Modeste riflessioni su comprensione, ermeneutica e schizofrenia*. COMPRENDRE, 16-17-18: 230-242, 2008
- Hoch P.H., Polatin P.: *Pseudonevrotic forms of schizophrenia*. PSYCHIATRIC QUARTERLY, XXIII: 248-276, 1949
- Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*. Springer Verlag, Berlin, 1959. Trad. it.: *Psicopatologia generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964
- Lasègue C., Falret J.: *La folie à deux ou folie communiquée*. ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, XVIII: 321-355, 1877

- Lorenzi P., Pazzagli A.: *Le psicosi bianche*. Franco Angeli, Milano, 2006
- Minkowski E.: *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Desclée de Brouwer, Bruges, 1953. Trad. it.: *La schizofrenia*. Bertani, Verona, 1980
- Muscatello C.F., Boaron F., Mosca A., Scudellari P.: “*L’ora del vero sentire*”. *Dalla perdita dell’evidenza naturale alla rivelazione delirante*. *COMPRENDRE*, 13: 121-133, 2003
- Parnas J.: *Fenomenologia dell’autismo schizofrenico*, in M. Rossi Monti, G. Stanghellini (a cura di): *Psicopatologia della Schizofrenia. Prospettive Metodologiche e Cliniche*, pp. 137-152. Cortina, Milano, 1999
- ... : *The core Gestalt of schizophrenia*. *WORLD PSYCHIATRY*, XI: 67-69, 2012
- Parnas J., Raballo A. et al.: *Self experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study*. *WORLD PSYCHIATRY*, X: 200-204, 2011
- Peloso P.F.: *Nonostante affrontassi la vita con furore. Catastrofe del soggetto ed esordio della psicosi nella letteratura e nella clinica*. *ATTI DELL’ACCADEMIA LIGURE DI SCIENZE E LETTERE*, LIV: 175-214, 1997
- Peloso P.F. et al.: *L’idea di guarigione nella storia della psichiatria*, in L. Barbieri et al.: *Storie di recovery. Percorsi ed esperienze nella riabilitazione psichiatrica*, pp. 9-21. Erikson Live, Trento, 2013
- Racamier P.C., Taccani S.: *Giochi di famiglia. Ricognizione psicoterapeutica nel territorio della relazione psicotica*. Ed. del Cerro, Milano, 1984
- Rossi Monti M.: *Psicoanalisi e psicopatologia. Controtransfert e sentimento precoce di schizofrenia*. *COMPRENDRE*, 16-17-18: 325-345, 2008
- Sartre J.P.: *Réflexions sur la question juive*. Morihien, Paris, 1946
- Sass L.A., Parnas J.: *Schizophrenia, Consciousness and the Self*. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, XXIX: 427-444, 2003
- Searles H.F.: *Collected papers on Schizophrenia and Related Subjects*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London, 1965. Trad. it.: *Scritti sulla schizofrenia*. Boringhieri, Torino, 1974
- Séguin E.: *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*. Ballière, Paris, 1846
- Tatossian A.: *La phénoménologie des psychoses*. Masson, Paris, 1979. Trad. it.: *La fenomenologia delle psicosi*. Fioriti, Roma, 2003
- Tibaldi G., Glovers L.: *Evidence-based hope. La proposta di una prospettiva comune*. *PSICHIATRIA DI COMUNITÀ*, VIII: 117-127, 2009

Dr. Paolo Francesco Peloso
CSM Distretto 9 – DSMD dell’ASL 3 “Genovese”
Via Bertani, 4
I-16122 Genova
chiclana@fastwebnet.it