

Nicola Ghezzi

# La vita è un sogno

Derealizzazione,  
depersonalizzazione  
e attacchi di panico

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Nicola Ghezzani

# **La vita è un sogno**

Derealizzazione,  
depersonalizzazione  
e attacchi di panico

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

In copertina: *Childish sweet dreams*, © Sergey Nivens by Shutterstock

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*Tutti in questo mondo sognano d'essere quel che sono,  
anche se nessuno se ne accorge [...]  
Cos'è mai la vita?  
Un'illusione, un'ombra, una finzione.  
E il più grande dei beni è ben poca cosa,  
ché tutta la vita è sogno...*

Pedro Calderon de la Barca, *La vita è un sogno*



# *Indice*

<b>1. Come in un sogno... un disturbo misconosciuto</b>	pag.	9
Una strana esperienza	»	9
Vicissitudini di una sindrome misconosciuta	»	11
<b>2. Esperienze personali. Svenimenti ed estasi</b>	»	17
L'ambiente familiare	»	17
Uno svenimento in chiesa	»	18
L'adolescenza	»	20
L'estasi	»	21
Cos'è l'estasi	»	24
Il cielo dipinto. Esperienze di derealizzazione	»	26
Super-io e Io antitetico	»	28
Il ritorno nella storia. La nascita di una fobia	»	32
<b>3. Esperienze personali. Derealizzazione e depersonalizzazione</b>	»	35
I morti	»	35
I risvegliati	»	37
Il sintomo come metafora fallita	»	43
Esperienze di morte e rinascita	»	46
Pisa. Fine del mondo e nuovo inizio	»	50
Silvano Arieti	»	52
Roma. Verso la guarigione	»	55

<b>4. La vita è un sogno. Una descrizione fenomenologica</b>	pag.	61
La vita è un sogno	»	61
Estraniamento soggettiva e oggettiva	»	66
La fobia delle emozioni. La funzione della dissociazione	»	67
<b>5. Funzione e significato dei sintomi. Storia di Claudio</b>	»	71
Funzione e significato dei sintomi	»	71
Il bambino e l'arnia delle vespe	»	75
Storia di Claudio	»	77
Come dialogare col sintomo. Breve storia di Ignazio	»	82
<b>6. Teoria generale del sintomo</b>	»	85
La genesi del sintomo	»	85
Eleonora	»	90
<b>7. Giordano. Una storia di perfezionismo e trasgressione</b>	»	93
La questione del padre	»	93
Il figlio d'oro. Il fascino della perfezione	»	95
Il progetto vendicativo. Il traditore	»	98
Il cambiamento	»	102
<b>8. Il sogno di Edipo. Verità perdute, verità ritrovate</b>	»	107
L'antefatto mitico	»	107
L'indagine di un re	»	109
La colpa di un padre	»	114
Edipo morente. La reintegrazione nell'ordine	»	117
Sofocle prima di Freud. La nascita della psicoanalisi	»	122
<b>9. Per concludere</b>	»	129
Il mondo è fuor di squadra	»	129
Rimettersi in sesto. La psicoermeneutica	»	132
<b>Bibliografia</b>	»	141

## 1. Come in un sogno... *un disturbo misconosciuto*

### **Una strana esperienza**

D'un tratto, la realtà si offusca e si confonde, poi muore davanti ai nostri occhi, come un frutto che marcisce. Tutto ci appare falso e inerte, come in un teatro di cartapesta. Ci osserviamo con ansia in uno specchio e non ci riconosciamo, non sappiamo più chi siamo, abbiamo perso il senso di noi stessi e della vita. Ed ecco che ci sembra di vivere *come in un sogno...*

Due parole ancora poco conosciute ci aiutano ad afferrare queste angosciose sensazioni; due termini che identificano due singolari, eppure sempre più diffuse, esperienze psichiche: *derealizzazione* e *depersonalizzazione*.

Che cosa sono?

Al suo livello minimo, la derealizzazione si manifesta come esito di un attacco di panico o come evoluzione di un disturbo d'ansia. Facciamo subito un esempio e immaginiamo una scena. Una ragazza è a una festa o a una cena e trema per l'impressione che può dare di sé agli amici, oppure è in famiglia e avverte una forte contrarietà durante un diverbio coi genitori. A questo punto, dopo un breve ingresso nel tunnel dell'ansia, le cala davanti agli occhi un velo opaco e distorsivo che la separa dalla scena, oppure si sente trascinata da una forza invisibile lontano da tutti: ogni oggetto, ogni persona, ogni ambiente le appare più piccolo, remoto, distanziato da lei da un invisibile muro di apatia. Ed ecco che la sua coscienza si trova a galleggiare nel vuoto, *come in un sogno...*

Al suo livello minimo, la depersonalizzazione interviene anch'essa a sciogliere un nodo o un intricato groviglio d'ansia. Quella stessa ragazza, alla stessa riunione con gli amici o durante lo stesso litigio coi genitori, può reagire in un altro modo: dopo un breve rush di ansia, sente d'un tratto di avere la testa vuota, priva di pensieri, di non avere più nemmeno un'idea chiara di se stessa o di levitare nell'aria come una piuma; oppure, si guarda le mani e queste le appaiono estranee e remote, come se non fossero le sue; allora, in preda al panico sente il bisogno di controllare la sua immagine, si guarda allo specchio e non si riconosce più... e finisce per scivolare nel terrore.

Sempre più spesso ragazzi giovanissimi lamentano di agire in stato di trance, come automi, senza alcuna capacità di riflessione. Accompanandosi o meno con l'uso di sostanze, parlano e sentono la loro voce remota, strana, sconosciuta; guardano gli amici e i loro volti appaiono loro più grandi o più piccoli, più lunghi o più corti, ora rigidi ora fluidi, come se fossero composti di una misteriosa materia plastica deformabile. Scattano selfie, centinaia di immagini solitarie o in compagnia, si guardano e non si riconoscono. Su tutto – volti, ambienti, situazioni – domina un sentimento confuso di torpore e di apatia, come un olio che intride ogni cosa rendendola inerte.

La derealizzazione e la depersonalizzazione sono alterazioni della mente di sempre più ampia diffusione. Sono tra le sindromi che avranno nei prossimi anni la maggiore espansione. Ecco cosa mi scrive un ragazzo in una mail: «Una volta, durante un lungo riposo pomeridiano, ebbi un'esperienza particolarmente lucida. Al risveglio inizialmente tutto sembrava normale, ma poi quando scesi dal letto ebbi la sensazione di trovarmi in un sogno, o comunque dentro un'illusione, consapevole però di essere sveglio e di star vivendo nel mondo fisico reale. Dal piano di sopra, dove erano le camere da letto, scesi in cucina e vidi mia madre seduta in poltrona: a quel punto ebbi la sensazione che lei non fosse vera, che fosse piuttosto una specie di robot, un automa. Non mi vergogno a dirlo ma, imbarazzato dell'accaduto, mi allontanai dalla cucina e cominciai a darmi dei pizzicotti per verificare se mi trovassi in un sogno, ma non accadde nulla. In realtà ero sveglio e la sensazione scomparve in circa mezz'ora. Durante l'esperienza, non so come, sentivo di avere lasciato una parte della mia coscienza o della mia mente altrove, lontana dal mio corpo».

Questa, che può apparire un'esperienza estrema, è invece sempre più diffusa. La realtà cessa di essere reale. Il familiare diviene estraneo. Il vitale e lo spontaneo diventano inerti automatismi. Gli affetti vengono congelati da un sentimento di fredda anestesia. La vita si confonde con un torpido e cupo sentimento di morte.

### **Vicissitudini di una sindrome misconosciuta**

Fu lo psicologo francese Ludovic Dugas a introdurre per primo, nel 1894, il termine e il concetto di “depersonalizzazione”, nel corso delle sue ricerche sul fenomeno del *déjà vu*<sup>1</sup>. Dugas riconobbe di aver ripreso il termine da un interessante passaggio del *Journal intime* del filosofo svizzero H. F. Amiel. Nel diario personale, pubblicato alla sua morte nel 1882, Amiel aveva scritto: «Tutto mi sembra strano; è come se fossi fuori della mia individualità e del mio stesso corpo: sono *depersonalizzato*, distaccato, tagliato fuori», per poi aggiungere: «Mi sembra che le mie trasformazioni mentali non siano altro che delle esperienze filosofiche»<sup>2</sup>. Il riferimento all'esperienza filosofica non sminuisce il dato clinico: una buona parte dei depersonalizzati e dei derealizzati elabora le proprie percezioni sia in forma di ansia esistenziale che di speculazioni filosofiche sulla realtà e sul senso della vita.

Il termine “derealizzazione” venne invece coniato molti anni dopo, nel 1935, da Wilhelm Mayer-Gross<sup>3</sup> e si mostrò subito utile a distinguere il sentimento di irrealtà relativo agli oggetti da quello relativo al soggetto. Ludovic Dugas e Wilhelm Mayer-Gross non diedero dei due disturbi una classificazione certa; non di meno la nosografia psichiatrica li acquisì come connotazioni di patologie gravi di natura neurologica o psichiatrica (che a quell'epoca era più o meno la stessa cosa).

La differenza fra i due stati non è qualitativa ma focale, ossia relativa al focus dell'attenzione cosciente: la depersonalizzazione coglie

<sup>1</sup> Dugas L. (1894), “Observations sur la fausse mémoire”, *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, 37, 34-45.

<sup>2</sup> Amiel H.F. (1882), *Journal intime*, cit. in Dugas L. (1894).

<sup>3</sup> Mayer-Gross W. (1935), “On depersonalisation”, *British Journal of Medical Psychology*, 15, 103-122.

l'appannamento del senso di sé (ossia della propria persona); la derealizzazione l'appannamento del senso della realtà (del mondo che ci circonda). I due fenomeni possono essere estemporanei e passeggeri; possono strutturarsi in sindromi autonome; oppure accompagnare stabilmente sindromi psicopatologiche come stress acuto, ansia generalizzata, disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, fobia sociale e delle emozioni, depressione. Talvolta possono essere prodotti artificialmente mediante assunzione di droghe comuni, come la canapa o l'ecstasy. Nonostante la forte implicazione di reti neurali inerenti la percezione, sono fenomeni psicologici, sia per origine che per significato. Non a caso, gli esami elettroencefalografici e psicologici (TAT, MMPI) e i colloqui clinici psichiatrici, effettuati su e con pazienti affetti dalle due sindromi, forniscono perlopiù risultati nella norma. Quindi, nonostante l'alterazione funzionale, *i fenomeni non sono da intendersi come neuropatologici o di immediata rilevanza psichiatrica.*

Questo è un equivoco durato fin troppo a lungo: anettere i sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione a patologie gravi (un tempo neurologiche, oggi psichiatriche) ne ha impedito il riconoscimento come sindromi a se stanti e la loro collocazione nella famiglia dei disturbi d'ansia. Nel DSM 5 il disturbo di depersonalizzazione viene classificato fra i disturbi dissociativi, mentre l'ICD-10, l'*International Classification of Diseases*, la *Classificazione internazionale delle malattie* proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo considera una condizione nevrotica indipendente, definita "sindrome di depersonalizzazione/derealizzazione". Io mi sento vicino a quest'ultima classificazione, ma non posso ignorare che il DSM è di fatto la Bibbia di ogni psichiatra e determina i protocolli di cura in uso in tutto il mondo. Fra l'altro – e proprio per questa colpevole confusione – i libri che, in ogni parte del mondo, si sono occupati del disturbo da DP e DR (da questo momento chiamerò la depersonalizzazione e la derealizzazione sia per esteso che con queste sigle) sono ancora pochissimi; si contano sulle dita di una mano. In Italia se ne conoscono soltanto due: uno, *La depersonalizzazione*, di Mauricio Sierra<sup>4</sup>, è una serissima opera monografica di descrizione e classificazione, che tut-

<sup>4</sup> Sierra M. (2009), *La depersonalizzazione*, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 2011.

tavia non fa alcuna ipotesi quanto alla genesi e non fornisce alcuna indicazione sulla terapia; l'altro, *Fuori da me*, di Fugen Neziroglu e Katharine Donnelly<sup>5</sup>, è un semplice manuale che, seguendo un vezzo corrente della terapia cognitivo-comportamentale, si arrende in partenza ad una presunta "incurabilità" del disturbo per poi elaborare una tecnica intesa a far sì che il paziente "si abitui a controllarlo". Alla luce di ciò, posso dire che il libro che sono intento a scrivere è un unicum nella produzione non solo italiana: scritto da un ex derealizzato guarito con pochi anni di psicoterapia, divenuto psicoterapeuta egli stesso e teorico di un nuovo modello psicoterapeutico. Dirò senza indulgere a falsa modestia che il presente libro è un'occasione preziosa per capire qualcosa di essenziale della genesi e del significato del disturbo e del percorso che porta alla guarigione.

Non riconosciuto come segno distintivo di una sindrome autonoma, il sintomo è rimasto perlopiù confinato nei testi di psichiatria e nel contesto di quadri diagnostici gravi. D'altra parte, la storia della psichiatria è piena di misconoscimenti di questo genere, il cui fine era di separare con una linea netta, ma arbitraria, la normalità dalla malattia. Ciò è quanto accaduto per secoli alle psiconevrosi. Misconosciute come sindromi di natura psicologica, rimasero a lungo nascoste all'interno delle classificazioni della clinica neurologica, finché, alla fine dell'Ottocento, un manipolo di psichiatri innovatori documentarono che numerosi pazienti, pur non mostrando segni di psicosi (all'epoca considerata una patologia organica), soffrivano di una patologia simil-organica: l'isteria. Ebbene, l'identificazione dell'isteria (che a noi oggi pare ovvia) spalancò a quel tempo un immenso orizzonte di senso, che per un verso definì il campo delle psiconevrosi, distinte dalla psicosi, e per l'altro consentì la nascita di una nuova scienza, la psicoanalisi, con la sua rivoluzionaria visione del mondo, visione nella quale siamo tuttora immersi.

Il destino di DP e DR sembra oggi lo stesso: esse costituiscono un'unica sindrome, la cui sintomatologia è ancora ascritta a patologie gravi, mentre è un disturbo a se stante, che può essere tanto grave quanto effimero e lieve, un disturbo che per lungo tempo ha caratterizzato una tipologia psicologica specifica (*l'introverso riflessivo*,

<sup>5</sup> Neziroglu F., Donnelly K. (2010), *Fuori da me*, Erickson, Trento, 2016.

con spiccate attitudini a dubitare del senso comune), mentre oggi colpisce tutta quell'umanità che si priva del contatto diretto con la realtà e vive quasi esclusivamente di rapporti virtuali, sperimentando così anestesie e rimozioni della vita emotiva sempre più massicce. Il caso degli *hikikomori* giapponesi è estremo, ma significativo<sup>6</sup>. Dal 2009, in seguito all'uso massiccio dei social network e al dominio della comunicazione virtuale via web in luogo di quella fisica nel mondo reale, il fenomeno ha iniziato ad assumere le dimensioni di una grave patologia sociale. In Giappone, lo hikikomori, è aumentato dal 2009 al 2014 del 356%. Come segnala Carla Ricci<sup>7</sup>, gli hikikomori sono stati perlopiù bambini precoci, vivaci e pieni di interessi. Prima della scelta di ritirarsi dal mondo hanno avuto un'eccellente carriera scolastica. Di solito appartengono a famiglie di buon livello sociale. La mia ipotesi, condivisa da altri specialisti, è che queste famiglie siano caratterizzate dall'assenza del padre, perennemente impegnato nel lavoro, e dalla presenza di una "mamma drago", termine con cui in Giappone si designano le madri perfezioniste che impongono ai figli una vita di prestazioni e di studio dall'età di tre-quattro anni. Sottoposti ad un regime di implacabile pressione educativa, interiorizzano il modello sacrificale paterno e il perfezionismo materno, finché non raggiungono il punto di rottura: allora imboccano il vicolo cieco di un rifiuto inconscio e di un negativismo totale. Oppressi e umiliati dalla pressione ambientale avvertono una rabbia cieca e incoercibile che potrebbe spingerli a comportamenti antisociali o suicidi. A questo punto un dinamismo autoregolativo, una sorta di sistema psichico di controllo, "disabilita" la vita emotiva, quindi l'inconscia volontà negativa, relegandoli nella realtà virtuale. In questa realtà la rabbia è una finzione, i mostri sono animazioni di videogiochi, omicidi e suicidi sono creazioni della fantasia. La realtà virtuale prende il posto della realtà vitale. Dunque, la mente dell'hikikomori sostituisce la realtà concreta, animata da emozioni e pensieri oppositivi, con una realtà fittizia, che rende impossibile la realizzazione del conflitto.

<sup>6</sup> "Hikikomori" è un termine giapponese (引きこもり) che significa "stare in disparte", "isolarsi", dalle parole hiku "tirare" e komoru "ritirarsi".

<sup>7</sup> Ricci C. (2008), *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione*, FrancoAngeli, Milano.

Nei prossimi anni, DP e DR saranno sindromi sempre più diffuse, perché sempre più diffuso saranno il trauma e lo sconcerto relativi a messaggi contraddittori provenienti dalle figure di riferimento: i genitori, le famiglie, i sistemi sociali. In un mondo sempre più complesso, conteso da sistemi di valori fra loro eterogenei, avere una chiara ed efficace “presa sulla realtà” sarà un’impresa sempre più difficile. Crescerà il dubbio relativo a quale sia la verità in cui credere, il sistema morale da perseguire, quali le persone e i valori di cui fidarsi: quindi si approfondirà il dubbio relativo alla realtà. Di pari passo, crescerà l’*ansia esistenziale*, cioè la sensazione che il “senso della vita” non sia un dato oggettivo, ma piuttosto un dato futile e arbitrario.

DP e DR costituiscono di fatto un’unica sindrome che propongo di chiamare *disturbo da pseudocognizione* (DPC) perché si esprime in una alterazione radicale dei processi cognitivi relativi alla realtà e alla soggettività personale. In sostanza, sta aumentando il numero delle persone che non riconoscono a pieno la realtà nella quale vivono e che possono misconoscerla del tutto. Meno si percepisce e si riconosce la realtà, più si possono inibire e controllare gli impulsi conflittuali. Non è un caso infatti che la sindrome da DP-DR colpisca perlopiù individui sensibili e critici, con spiccate attitudini speculative, e che si vada estendendo a classi di popolazione sempre più vaste a misura della loro impotenza fattuale e della virtualità e quindi opinabilità dell’intera realtà vissuta.

Sulla base di queste considerazioni non è difficile prevedere che nei prossimi anni DP e DR saranno diagnosticate sempre di più, sia perché un elemento virtuale (dunque “falso”) si va insinuando nella maggioranza delle identità, sia perché i soggetti stessi che ne soffrono e i professionisti del settore saranno in grado di riconoscerle e distinguerle. Se fino a non molto tempo fa si affermava, con una certa superficialità, che il sintomo di DP e DR non colpisse più del 5% della popolazione globale, oggi si ammette che essendo associato a sindromi di grande diffusione come i disturbi d’ansia, l’attacco di panico e la depressione, colpisce di fatto almeno il 20% della popolazione. Ebbene, a mio avviso questa percentuale è destinata a crescere sia perché DP e DR, isolate come sindromi, saranno riconosciute più facilmente, sia perché accompagneranno una “psicologia del dubbio”,

altamente metaforica, relativa alla “prova di realtà”, tipica della nostra epoca, nella quale imperano i media e le realtà virtuali<sup>8</sup>.

Per quanto mi riguarda, ritengo di essere parte attiva e significativa del riconoscimento pubblico della sindrome da DP e DR, ovvero del *disturbo pseudocognitivo*. Da circa vent’anni una serie di fattori fortuiti ha fatto sì che io sia riconosciuto da molti dei soggetti che ne soffrono come il loro “paladino”. Questi fattori sono almeno quattro: 1) ne ho sofferto io stesso da ragazzo, in un’età nella quale ero già in grado di effettuare complesse analogie con la letteratura, la filosofia e l’arte e, poco dopo, di trovare riscontri nella psicopatologia; 2) sono poi diventato uno psicoterapeuta e nell’esercizio della mia attività mi sono specializzato nella diagnosi e nella cura del disturbo; 3) ho elaborato – sulla scia degli studi di Silvano Arieti e di Luigi Anepeta – una teoria generale della psicopatologia; 4) infine, di tale sindrome ho saputo scrivere, per attitudine e passione, in modo chiaro e approfondito. Mentre la mia storia personale di disagio l’ho raccontata nel libro autobiografico *Ricordati di rinascere*; in altri testi, più tecnici, in particolare *Uscire dal panico* e *La logica dell’ansia*, ho delineato la genesi, la struttura e la dinamica della sintomatologia nella cornice di storie cliniche tratte dalla mia attività professionale<sup>9</sup>.

L’intento che mi pongo con questo nuovo libro è di arricchire la narrazione delle mie vicende personali di giovane derealizzato e, ancor più, di spiegare quale sia il percorso clinico più idoneo a produrre stabili guarigioni. Un libro è, dopo l’amore, il più perfetto atto di comunicazione telepatica che conosciamo: ora che lo sto scrivendo, mentre siedo nel silenzio del mio studio con lo sguardo che vaga fra gli oggetti, non so *chi* lo leggerà – né *dove* né *quando*. Non so chi sei tu che lo hai fra le mani e in che luogo e in quale anno tu viva. Eppure mentre leggi nel mio pensiero io leggo nel tuo: so che se non ne avessi avuto bisogno non lo leggeresti e la mia fatica sarebbe stata vana. Dunque, caro lettore, come soleva scrivere Cicerone nelle sue lettere agli amici: *cura ut valeas!* Leggimi, rifletti e fa’ in modo di aver cura di te!

<sup>8</sup> Cfr. Giurisatti G. (2012), *Scacco alla realtà*, Quodlibet, Macerata, Roma.

<sup>9</sup> Ghezzi N. (2000), *Uscire dal panico*, FrancoAngeli, Milano; id. (2008), *La logica dell’ansia*, FrancoAngeli, Milano; id. (2013), *Ricordati di rinascere*, FrancoAngeli, Milano.

## *2. Esperienze personali.*

### *Svenimenti ed estasi*

#### **L'ambiente familiare**

Ultimo di tre figli maschi, crebbi accanto a una madre depressa e a un padre che si stagiava austero e silenzioso come un'icona, intento nella lettura del giornale o di ponderosi libri di cui ignoravo il contenuto. Benché in casa non parlasse quasi mai, sentivo che mio padre mi voleva bene. Rientrava dopo le due e senza nemmeno cambiarsi d'abito sedeva in sala a riposare sulla sua poltrona preferita. Poi, stendeva le lunghe gambe e leggeva il giornale. A tavola scambiava due parole con i miei fratelli – più grandi di me di cinque e dieci anni – e a me destinava appena un sorriso.

Mio padre e mia madre non furono una bella coppia. Ed io, bambino sensibile e adolescente ribelle, non gradii mai né mai perdonai la loro infelicità. In breve divenni allergico a qualunque dipendenza, nella quale presentivo la possibilità di una vita senza speranza.

Il bambino empatico che abbia una madre o un padre immersi nell'infelicità avverte che, dietro la loro maschera, c'è sempre una dolorosa e invisibile richiesta. In taluni casi, ben raccontati da Alice Miller nei suoi libri<sup>1</sup>, egli diviene lo schiavo affettivo del tirannico genitore. In altri, per salvarsi, non può fare altro che opporsi e tenersi lontano. In entrambi i casi – cioè tanto che sia un “bambino buono”, ossia adattivo, quanto un “bambino difficile”, cioè oppositivo e disadatt-

<sup>1</sup> Miller A. (1994), *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

tivo, egli ha dovuto reprimere la sua spontaneità, collocando al cuore dell'Io una funzione disanimante, una "parte morta".

Ma reprimersi fino a mortificare la propria natura non è mai una cosa buona – e soprattutto non lo è per un bambino. Il corpo inanimato, dice René Spitz, «porta con sé i semi del dispiacere, perché quando l'impulso aggressivo non può più essere scaricato verso l'esterno, esso produrrà invariabilmente una tensione interna, che potrà variare dai noti sintomi della noia, dell'irritabilità, dell'agitazione, a manifestazioni più gravi»<sup>2</sup>. Chi non può esprimere la propria aggressività, chi non può esprimere la propria legittima protesta per le restrizioni che avverte a carico del proprio benessere, si trova prigioniero di un corpo inanimato, bloccato, impossibilitato a esprimere *qualunque* sentimento, quindi scivola in disturbi sempre più gravi. In sostanza, l'Io viene falsificato e reso inerte, appare altro da quello che è, diviene un *Io pseudomorfo*, o più semplicemente *malformato*, qualcosa che simula una forma che non ha, con l'effetto di reprimere ma anche esasperare i conflitti non manifesti e non risolti.

Il bambino affidato a genitori deprimenti, impossibilitato a gioire, ad amare, a occupare uno spazio vitale, vorrebbe esprimere almeno la sua rabbia. Ma se non può fare nemmeno questo, fugge nel movimento instancabile, oppure sviluppa un mondo interno di pensieri e fantasie che suppliscono in parte all'atonìa emotiva. Il corpo prende altre direzioni, trova altre vie; il cuore impara a rifugiarsi nella mente, e da lì nella fantasia. Non di meno, anche per questo bambino, la restrizione del corpo e dell'anima nello spazio dell'azione o della fantasia è, di fatto, una rinuncia. Senza una madre o un padre pulsanti di emozioni, il bambino non può compiacersi di sé, quindi si irrigidisce, evita la conoscenza degli affetti che il corpo materno e paterno gli rifiutano... diventa *insensibile*, mira a non farsi più ferire.

## Uno svenimento in chiesa

Emozioni contrastanti si scontravano dentro di me senza una possibile conciliazione. Una corrente emotiva rabbiosa minacciava di

<sup>2</sup> Spitz R. (1983), *Dialoghi dall'infanzia*, Armando, Roma, 2000, p. 208.

farsi strada e di fare irruzione, destabilizzando l'Io. Fu allora che la mia coscienza sviluppò la difesa di "venir meno", di eclissarsi nella tattica difensiva dello svenimento... Accadde almeno un paio di volte. La prima, avevo nove o dieci anni e mi trovavo a Bari coi miei, in visita ai parenti. Era una domenica mattina e mia madre mi aveva posto di fronte all'alternativa fra restare a casa con lei e una zia, oppure uscire con Nico – un cugino mio omonimo, di un paio d'anni più grande di me – che stava per andare in chiesa per la messa.

Era dal tempo della prima comunione, fatta a sette anni, che mi era chiaro che i riti religiosi non mi riguardavano. Il giorno della prima comunione non mi sentii pervadere da alcuna "grazia divina", né mi sentii migliore del giorno precedente.

Mio padre era un ateo liberale vecchia maniera, paternalistico e comprensivo verso i credenti quindi privo di alcuna alterigia da "ateo militante". Mia madre era una cattolica inerte, ridotta al silenzio in famiglia dal rispetto intellettuale per il marito. Il risultato di questo incrocio culturale fu che nessuno mi aveva mai indottrinato. Ero libero e nessun rito riuscì mai a coinvolgermi. Sicché quella mattina accettai l'invito ad andare in chiesa con l'unico scopo di non restare in casa con le due donne.

In chiesa tuttavia, colpito dall'atmosfera cupa dell'arredo, dall'estraneità dei luoghi e delle persone, turbato dalla costrizione nella quale mi trovavo (se anche avessi voluto andar via non avrei potuto farlo: mi sentivo in obbligo con mio cugino, in più non conoscevo la strada del ritorno), cominciai a sentirmi a disagio, a provare una strana nausea, poi una vertigine... Mi risvegliai nella sagrestia, accasciato su una sedia. Volti di gente sconosciuta mi stavano intorno, qualcuno mi dava degli schiaffetti sul viso, che avvertivo bagnato di acqua fresca. Nico mi stava accanto, preoccupato. Compresi che ero svenuto. Avevo sperimentato qualcosa di misterioso: una forza estranea al mio Io, più poderosa del sonno, mi aveva strappato a me stesso e al mondo, per restituirmi a tutti "loro" in una condizione speciale; lo svenimento mi aveva reso inerme, ma allo stesso tempo separato dagli altri da una "anomalia" che faceva di me un bambino "strano", un bambino da osservare con sospetto.

Quando anni prima avevo fatto la prima comunione, avevo taciuto a tutti i miei veri sentimenti. Non avevo provato alcuna emozione. Mi era sembrata un'esperienza insulsa, priva di alcun significato, cui era