



una
m a l a t t i a
f u r b a

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Alta Formazione Artistica e Musicale



ACCADEMIA
DI BELLE ARTI
VENEZIA

Tesi di diploma di II livello in Decorazione

Professoressa di Decorazione:
Mirella Brugnerotto
e
Cristina Treppo

Relatore di tesi:
Danilo Ciaramaglia

Studentessa:
Carlotta Di Stefano

I N D I C E

1. INTRODUZIONE	p. 1
2. BLEULER	p. 2
3. WAHNSTIMMUNG	p. 7
4. SCHIZOFRENIA	p. 9
5. TAT	p. 19
6. IPER-RIFLESSIVITÀ	p. 26
7. ARTISTI	p. 35
8. FURBA	p. 42
9. CONCLUSIONI	p. 54
10. FONTI	p. 57
11. RINGRAZIAMENTI	p. 59

1 . I N T R O D U Z I O N E

L'idea di fare della schizofrenia il soggetto principale della mia tesi nasce casualmente, grazie alla mia passione per l'arte e la medicina, due campi d'interesse che riesco a coniugare visitando le esposizioni di Art brut e realizzando dipinti ispirati alle patologie umane.

Un giorno, girando per librerie, il mio sguardo cade sulla copertina del saggio *Follia e modernità* di Louis A. Sass (professore di psicologia clinica), sulla quale è raffigurata un'opera di Jean Dubuffet, artista strettamente legato all'Art brut. Leggendo questo libro scopro la schizofrenia, o meglio, vengo a conoscenza di aspetti di questa malattia che mi affascinano e si avvicinano alle mie opere (al loro aspetto formale, piuttosto che ai contenuti) più di quanto potessi immaginare: la bidimensionalità degli elementi rappresentati nei miei dipinti richiama la sensazione di staticità e atemporalità vissuta da parecchi soggetti colpiti dalla patologia, ovvero la loro percezione della realtà. A condurmi a questa consapevolezza è soprattutto il parallelismo che Sass individua tra schizofrenia e arte moderna: i miei lavori sono per certi aspetti affini ad alcune opere d'inizio '900 (poiché sono tutti realizzati con pittura e collage, mancano di tridimensionalità, e nascono soprattutto dalla mia immaginazione, anziché essere una mimesi della realtà), quindi trovo modo di inserirmi in questo confronto. Da qui nasce lo stimolo ad approfondire la ricerca relativa alla "malattia furba", e a compiere, attraverso la mia tesi, anche un piccolo viaggio introspettivo.



*Il folle "sragiona" spesso molto meno di quanto si creda,
forse addirittura non sragiona mai.*

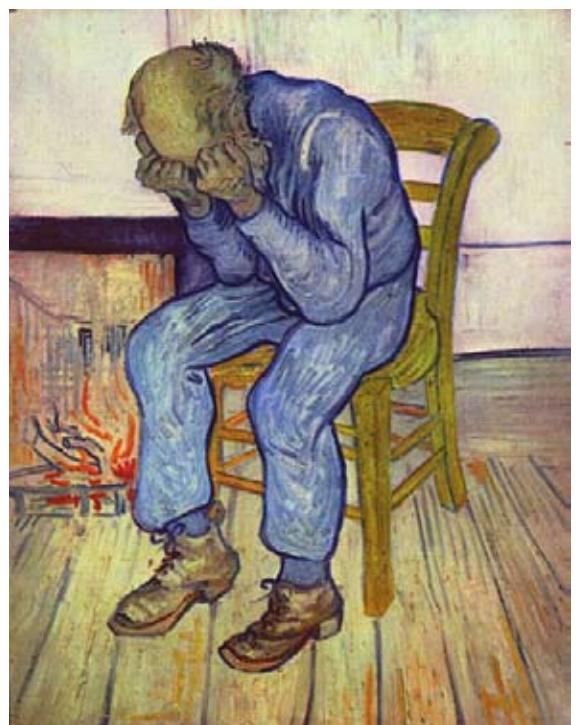
(Eugène Minkowski, psichiatra)

Prima di dedicarmi alla schizofrenia, vorrei esporre quella che, attualmente, è considerata la suddivisione più accettabile relativa ai disturbi psichici: ci sono le forme nevrotiche, le malattie psicosomatiche, i disturbi della personalità e le psicosi.

Le nevrosi non hanno molto a che fare con la "malattia" in senso biologico, e le loro cause sono soprattutto psichiche e sociali. Di questo insieme fanno parte: la depressione, l'ansia, l'inquietudine, la paura della morte, l'ipocondria, la vertigine anancastica (ossessiva) e la disperazione, ma solamente dal momento in cui assumono una durata e un'intensità diverse (quantitativamente) da quelle che sono le esperienze considerate "normali".

Le malattie psicosomatiche sono malattie somatiche riconducibili, nella loro genesi, a fattori psichici. Chi ne soffre può presentare dolori, nausea o altri sintomi fisici, senza che ci sia una causa organica diagnosticabile.

Per disturbi della personalità si intendono modalità disadattative e inflessibili di percepire, relazionarsi e pensare (a sé o all'ambiente), che causano un disfunzionamento psicosociale. Tali disturbi compaiono nella tarda infanzia o nell'adolescenza, si prolungano nell'età adulta e non sono secondari ad altre malattie psichiche, bensì si sviluppano a seguito di stress e deprivazioni ambientali.



Vincent Van Gogh,
Sulla soglia dell'eternità, 1890

Ad un'altra realtà appartengono le psicosi (forme schizofreniche, forme depressive endogene - generate dall'interno e quindi senza cause esterne tangibili - e forme maniacali), la cui patogenesi presenta ancora alcuni punti interrogativi. Oggigiorno si ritiene che, all'origine di queste patologie, vi sia una predisposizione genetica (un terreno familiare favorevole), sulla quale alcuni fattori di stress noti (quelli relativi alla schizofrenia sono approfonditi nel IV capitolo, sotto la voce *cause*) vanno a produrre la malattia. C'è però chi sostiene che le psicosi siano causate unicamente da fattori organici (in tal caso i sintomi sarebbero l'espressione di un disturbo funzionale delle strutture cerebrali), e chi, al contrario, è convinto che le cause siano esclusivamente psichiche o sociali (come nel caso delle nevrosi). Una cosa certa è che la loro sintomatologia è radicalmente diversa e distinguibile dalla sintomatologia psichica che si origina in presenza di lesioni delle strutture nervose centrali (strutture cerebrali).

La "riduzione" dell'esperienza psicotica a semplice (fatale) evenienza lesionale delle strutture encefaliche si è venuta costituendo, in determinate epoche storiche, come una delle condizioni che hanno condotto alla negazione di senso delle realtà psicotiche e all'emarginazione (alla separazione istituzionale) dei pazienti psicotici.

(Eugenio Borgna, psichiatra)

Fortunatamente, nonostante il problema relativo alle cause non possa essere ignorato, c'è modo di arginare la sintomatologia psicotica e frenarne l'evoluzione, basandosi sulle condizioni psicologiche, familiari e sociali che caratterizzano il contesto in cui le psicosi abbiano a delinearsi e a ripresentarsi, e sulle conoscenze riguardo ai trattamenti farmacologici.



Fatta questa premessa, proseguo ora verso quello che Louis A. Sass, nel suo saggio, definisce come *il più grave ed enigmatico dei disturbi mentali*, ovvero la schizofrenia (scissione della mente). Essa si associa comunemente a difficoltà nelle funzioni sociali e occupazionali, ed è una delle malattie più disabilitanti, poiché provoca una distorta comunicazione con il mondo degli altri e con il mondo delle cose, ovvero alienazione.



Michel Berberian,
Intervallo 5, 1998

Agli inizi del '900 Eugen Bleuler (psichiatra svizzero) si oppone al concetto tradizionale di follia, ormai da sempre associato all'idea di deficit e di demenza (da qui il termine *Dementia praecox*, usato tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo). Egli pone le basi per la nozione moderna di schizofrenia, che non vede più lo psicotico come un essere primitivo, inferiore ed inguaribile, bensì come un individuo la cui mente da un lato riflette la complessità della mente umana, e dall'altro lato è l'estrema conseguenza di questa complessità.

Secondo Bleuler, la persona schizofrenica presenta disturbi delle funzioni mentali: uno di questi disturbi è la scissione (*Spaltung*), ovvero la perdita di unità della personalità, che è ridotta in frammenti indipendenti, i quali assumono a turno il dominio della vita psichica; è come immaginare un'orchestra senza il conduttore, nella quale ogni musicista suona per conto proprio.

In un secolo di studi sulla patologia diversi esperti cercano di dare risposte alle domande lasciate in eredità da Bleuler, fino a giungere agli attuali sistemi diagnostici, all'interno dei quali la concezione deficitaria di schizofrenia non trova più un suo spazio, se non in qualità di lontano ricordo.

Oggi questo disturbo rimanda all'idea di una perdita di elementi intuitivi, associata ad un eccesso morboso di elementi razionali; il termine usato da Sass per descrivere questo binomio è *iper-riflessività*. A causa della sua esasperata attenzione per i processi psichici (solitamente impliciti), lo schizofrenico non riesce a prendere distanza né dai suoi pensieri né dalle sue azioni; in altre parole, il soggetto svolge un'indagine teoretica su ciò che gli altri vivono praticamente, e comprendono immediatamente e intuitivamente.

*La mente introversa crede di essere molto occupata, eppure non produce nulla (...)
la sua autotortura è in parte involontaria, ma in parte volontaria: perché quello che
ambiziosamente dirige aumenta la sua dolorosa fatica.*

(Thomas Hennell, artista e scrittore)



Francisco Goya, *La casa dei folli*, 1806

Un eccesso di razionalità che si contrappone dunque alla mancanza di ragione e buon senso che per molti secoli si affianca ingiustamente alla follia. In passato, anche a causa di questa associazione, la vita delle persone con problemi psichici viene considerata inutile, e grande violenza si manifesta nei loro confronti.

La memoria storica consente, del resto, di constatare come, in un passato lontano e vicino, sia stata la psichiatria (in Germania) a offrire al potere politico indicazioni apparentemente scientifiche perché si negasse ogni valore alla forma di vita psicotica.

(Eugenio Borgna)

In tutte le dittature i pazienti psicotici vengono uccisi, e ancora oggi una diagnosi in psichiatria è fonte di angoscia e intolleranza, poiché il soggetto viene etichettato. Nel caso della schizofrenia, in particolare, si possono scatenare conflittualità e distruttività sia all'interno che al di fuori della famiglia.

Molti psichiatri (tra i quali anche Eugenio Borgna) si battono per far capire quanto sia inammissibile e scientificamente infondata qualsiasi affermazione sull'inguaribilità della malattia e sulla totale inutilità dell'esistenza schizofrenica.

3 . W A H N S T I M M U N G

Le crisi schizofreniche sono precedute da sentimenti di angoscia e terrore, perché la realtà risulta totalmente estranea e il mondo visivo appare misterioso ed agghiacciante. Preso dallo sconforto, il paziente osserva ciò che lo circonda con *lo sguardo fisso che coglie la verità*, uno sguardo particolare che, per la psichiatria tedesca, è il primo segnale della malattia. Solitamente la persona smette di parlare e si ritira, ma può anche capitare che la reazione a quest'angoscia consista in uno squarcio di decoro o disciplina.

Lo stato mentale che accompagna *lo sguardo fisso che coglie la verità* prende il nome di *wahnstimmung* (il termine è intraducibile, ma indica un senso di estraneità, una dispercezione), e può perdurare o ripresentarsi nel corso della malattia in forma di delirio.



Howard Hughes (Leonardo Di Caprio) in una scena del film *The Aviator*

Per descrivere più precisamente questa fase anticipatoria del disturbo ne cito i quattro aspetti caratteristici, ovvero: il senso di irrealità (l'universo appare chiaro e preciso, ma privo di dinamismo ed emotività),

la particolare attenzione rivolta agli oggetti (che per il solo fatto di esistere sembrano viventi), associata alla frammentazione che li caratterizza (come spiega bene Sass: *Oggetti solitamente percepiti come parti di insiemi più ampi possono sembrare stranamente isolati, sconnessi l'uno dall'altro e privi di un contesto che li comprenda; oppure un singolo oggetto può perdere la sua integrità percettiva e disintegrarsi nella separazione delle parti (...)*) e in ultimo il pensiero estenuante che ogni dettaglio (dagli sguardi della gente alle insegne sulle case) debba assumere a tutti i costi un significato.

Talvolta lo stato d'animo delirante può sconfinare nell'esperienza di fine del mondo, che può essere associata ad angoscia e terrore, ma anche ad una condizione emotiva intessuta di felicità e grazia apparenti; un insieme di emozioni contraddittorie e ambivalenti che, per la loro intensità, si fanno laceranti.

4 . S C H I Z O F R E N I A

Se la schizofrenia ha una cornice formale comune a ogni sua espressione clinica, diversi sono i contenuti e i modi di essere, e di comportarsi, che in essa si manifestano.

(Eugenio Borgna)

La schizofrenia presenta MANIFESTAZIONI PSICHICHE e FISICHE.

MANIFESTAZIONI PSICHICHE

Sintomi positivi (o produttivi): sono sintomi dovuti a un eccesso di produttività da parte del pensiero.

- Allucinazioni: per allucinazione si intende la percezione di un processo sensoriale in assenza di una fonte esterna. Le allucinazioni possono essere: uditive, visive, somatiche, olfattive e gustative. Le allucinazioni uditive sono le più comuni e possono consistere in voci o suoni.

Talvolta la persona schizofrenica potrebbe non essere così certa di vivere le percezioni, i pensieri e le azioni dall'interno, poiché spesso, quando la psicosi si presenta, viene a mancare la distinzione tra il sé e l'ambiente circostante (avviene la perdita dei confini dell'io). Per questo motivo è abbastanza comune per gli schizofrenici udire ad alta voce un eco del loro pensiero, come anche ordini provenienti dall'esterno.

Eugenio Borgna sostiene che le voci siano l'emblema della frattura della comunicazione, nonché la testimonianza della disperata solitudine del paziente schizofrenico.

- Deliri: i deliri sono pensieri fissi e falsi. Possono essere chiaramente implausibili (come ad esempio quelli di un paziente convinto che gli alieni stiano clonando il suo corpo, ma egli deve trovare il modo di rimuoversi la testa al fine di far volare il proprio spirito nel clone), oppure ce ne

sono di comprensibili e verosimili (come possono essere quelli di un paziente convinto che funzionari dello Stato gli stiano addosso perché non paga le tasse), e in base al loro contenuto ce ne sono di diverso tipo, alcuni dei quali elencati qui di seguito: deliri di grandezza (la persona è convinta di essere qualcuno di importante e con un notevole potere), deliri di persecuzione (sono deliri che nascono da diffidenza e sospettosità, e spingono a interpretare le motivazioni degli altri sempre come persecutorie per la propria persona o per le persone alle quali il paziente vuole bene), deliri melancolici (sono convinzioni che qualcuno sia morto, che il corpo di una persona sia distrutto o che un individuo non esista), deliri erotomanici (la persona crede erroneamente che qualcuno sia innamorato di lei, e questo talvolta può comportare problemi legali), deliri somatici (il paziente è convinto che il proprio corpo abbia qualcosa di inusuale, come ad esempio una rara malattia, qualche tipo di parassita o un odore sgradevole) e deliri di controllo (il soggetto è convinto che i propri pensieri o le proprie emozioni siano sotto il controllo di qualche forza esterna).

Nel delirio ogni fatto che accade intorno è riferito alla soggettività del paziente, quindi non c'è più alcuna casualità negli eventi.

Nella strada noi incontriamo una quantità di passanti: sono passanti e non fanno che passare: è nell'ordine delle cose. Basterebbe (io credo) che, a proposito di ciascuno di essi, noi ci ponessimo il problema di sapere perché, in questo preciso momento, uno di essi si trovi sul nostro cammino per cadere in un delirio di persecuzione. Il passante perde, allora, la sua figura di passante per divenire un uomo che viene a piantarsi, là, intenzionalmente davanti a noi.

(Eugène Minkowski)

Le credenze deliranti dello schizofrenico sono spesso incrollabili, e nessuna argomentazione logica è in grado di minare la fede del paziente in esse. Nonostante ciò, raramente i soggetti reagiscono come se le loro convinzioni fossero pertinenti al mondo pratico e condiviso; essi sanno

che si tratta di fenomeni soggettivi, per questo si comportano molto più normalmente di quanto queste credenze potrebbero far pensare. Anziché confondere gli ambiti del reale e del delirio, i pazienti hanno spesso una sorta di registro “doppio” o “multiplo”, in cui ciò che deriva dalla loro mente rimane separato dal resto dell’esperienza.

Così il paziente il cui umore controlla il tempo atmosferico nondimeno si preoccupa che le sue ragioni siano approvate; il paziente che insiste nel sostenere che il suo caffè è avvelenato con lo sperma lo beve comunque senza preoccuparsi; colei che dice di essere la Vergine Maria o la Regina d’Inghilterra continua, senza proteste e senza dare una sensazione di incongruenza, a svolgere gli stessi umili lavori degli altri pazienti.

(Louis A.Sass)

Quando quest’operazione non riesce, aumenta l’angoscia e si manifestano anomalie comportamentali.

- Disorganizzazione: le persone schizofreniche mostrano tipicamente comportamenti disorganizzati (direttamente osservabili) o disturbi del corso del pensiero, che vengono messi in evidenza attraverso il discorso, il quale può presentare forme particolari, come ad esempio: discorso tangenziale (la persona si allontana sempre di più dall’argomento centrale senza rispondere in maniera appropriata alla domanda), discorso circostanziale (il paziente risponde alla domanda, ma in maniera molto tortuosa), discorso incoerente con deragliamento (il soggetto cambia improvvisamente argomento senza seguire alcuna logica), utilizzo di neologismi (la persona crea parole nuove e idiosincratiche) e “insalata di parole” (il paziente mette insieme le parole creando frasi senza significato).

Sintomi negativi: sono considerati una riduzione dei normali processi.

- Primari: esempi di sintomi negativi primari sono: l’appiattimento

affettivo, la povertà di linguaggio e una mancanza di interesse o di energia.

- Secondari: i sintomi negativi sono secondari quando a causarli sono i medicamenti usati dal paziente.

Declino cognitivo

Ci possono essere difficoltà cognitive già prima dell'esordio della schizofrenia (precedono la comparsa dei sintomi positivi), mentre il declino cognitivo si sviluppa solo nelle forme croniche della malattia. Le aree cognitive che sembrano essere più colpite dalla patologia sono le seguenti:

- capacità di astrazione;
- velocità di elaborazione;
- attenzione;
- memoria lavorativa;
- apprendimento e memoria verbali;
- apprendimento e memoria visivi;
- funzioni di pianificazione ed esecutive;
- comprensione verbale;
- cognizione sociale.

Sintomi d'angoscia e dell'umore

L'angoscia è frequente tra i pazienti che soffrono di schizofrenia, poiché può essere indotta da allucinazioni terrificanti e deliri dovuti a una psicosi acuta.

Anche i sintomi depressivi si presentano spesso nei pazienti con schizofrenia, e c'è anche una notevole percentuale di persone che tentano o compiono

il suicidio (le morti volontarie vanno dal 4% al 12%).

Vari studi dimostrano che circa il 25% delle persone schizofreniche soffre anche di depressione (una percentuale ben più alta rispetto a quella riscontrata nella popolazione totale), e tra i fattori di rischio ci sono: una storia familiare di disturbo depressivo, alti livelli di aspettativa personale o da parte della famiglia per il successo nella vita, atteggiamenti familiari critici, grande emotività all'interno della famiglia, elevata intelligenza e notevole intuizione, multiple ospedalizzazioni, recente dimissione dall'ospedale e mancanza o perdita di sostegno psico-sociale o di autostima.

I sintomi depressivi possono presentarsi durante un episodio psicotico acuto o successivamente ad esso; quando giungono contemporaneamente alla fase acuta risultano meno drammatici rispetto a quest'ultima, e quindi meno evidenti.

La depressione comporta una serie di conseguenze negative per la persona schizofrenica, tra le quali: la possibilità di una riospedalizzazione, una durata più lunga del ricovero, sintomi più intensi, risposte minori agli interventi terapeutici, maggiori disturbi alle funzioni cognitive, più difficoltà nelle funzioni sociali e professionali ed intensificata sofferenza personale.

La diagnosi di depressione nel contesto della schizofrenia deve tener conto: dei fattori organici e sociali che potrebbero predisporre la persona schizofrenica al disturbo dell'umore, delle caratteristiche della schizofrenia, degli effetti collaterali dei farmaci, di reazioni deludenti alle cure e di disturbi depressivi precedenti.

MANIFESTAZIONI FISICHE

Disturbi neurologici

I segnali neurologici leggeri (*soft signs*) comportano sottili difficoltà di integrazione sensoriale, coordinamento motorio e sequenziamento. Alcuni esempi di segnali neurologici leggeri sono: l'incapacità di discriminare tra destra e sinistra, l'agrafestesia (difficoltà a riconoscere lettere o numeri tracciati sulla pelle, generalmente sul palmo della mano) e l'astereognosia (incapacità di riconoscere oggetti familiari toccandoli ad occhi chiusi).

Ci sono poi altri disturbi neurologici che possono essere causati dai farmaci neurolettici; ad esempio, un tipo di medicamento può agire sul sistema extrapiramidale (insieme di vie e centri nervosi che agiscono direttamente o indirettamente sulla corretta azione motoria, controllando le reazioni istintive e adattandole al movimento volontario, coordinato dal sistema piramidale), causando sintomi quali: tremore, bradicinesia (disturbo neurologico in cui l'individuo ha difficoltà ad iniziare un nuovo movimento, quindi lo compie con estrema lentezza), distonia acuta (difficoltà motoria dovuta ad atteggiamenti posturali del tutto involontari dell'individuo, il quale assume posizioni innaturali e le mantiene per tempi prolungati), acatisia (senso di agitazione e irrequietezza) e discinesia tardiva (disturbo che comporta vari movimenti anormali, tra cui quelli periorali).

Catatonia

La catatonìa si può presentare nella schizofrenia sia come totale immobilità e mutismo, sia come eccessiva attività motoria senza scopo.

Nel contesto delle altre forme cliniche (schizofreniche), e della loro camaleontica sintomatologia, la Gestalt catatonica ha una sua emblematica fenomenologia:

inconfrontabile con ogni altra forma psicotica; ma ha soprattutto un'evoluzione così rischiosa e così problematica che non può essere mai dimenticata: è la sola forma psicotica, fra quelle endogene (quelle che non hanno un'origine organica dimostrabile), a cui non sia estranea un'evoluzione mortale.

(Eugenio Borgna)

Disturbi del metabolismo

La schizofrenia è frequentemente associata al diabete, all'iperlipidemia e all'ipertensione, inoltre molti medicamenti antipsicotici causano disturbi metabolici, quali l'aumento di peso e l'intolleranza allo zucchero.

CAUSE

La schizofrenia ha un tasso di prevalenza a livello mondiale che si avvicina all'1%, con un'incidenza di circa 1,5 nuovi casi all'anno ogni 10'000 persone.

Sebbene la patogenesi del disturbo sia sconosciuta, la schizofrenia è probabilmente una sindrome che comprende più "malattie", le quali si presentano con segnali e sintomi simili, e sono il risultato di un'interazione tra geni e ambiente.

Diversi geni specifici sono candidati per un ruolo nello sviluppo della patologia, per questo motivo si riconosce che il paziente deve avere una predisposizione genetica, ovvero ci dev'essere un terreno famigliare favorevole.

Alcuni tra i fattori ambientali che potrebbero scatenarla sono i seguenti: complicazioni durante la gravidanza (stress materno, carestia e infezioni virali) o il parto (piccoli traumi o asfissia), uso di cannabis in adolescenza, lutti precoci, separazioni e situazioni di stress psico-sociale.

Da numerosi studi in diversi paesi si osserva una prevalenza di casi di schizofrenia nelle popolazioni immigrate rispetto a quanto si

riscontra nelle popolazioni native. Una possibile spiegazione è che, per le persone con una predisposizione genetica alla schizofrenia, lo stress (in questo caso dovuto al cambiamento di abitudini e di cultura, nonché alle discriminazioni) può giocare un ruolo nello sviluppo del disturbo.

DIAGNOSI

La diagnosi di schizofrenia richiede la presenza di due o più sintomi caratteristici (allucinazioni, deliri, disturbi del corso del pensiero, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi) per la durata di almeno un mese, associata a disfunzioni sociali e occupazionali della durata di almeno sei mesi. È inoltre importante che non ci sia un'altra diagnosi che meglio rappresenti la situazione del paziente, e che i disturbi non derivino da qualche sostanza (droghe o farmaci).

DECORSO

Ci sono schizofrenie che giungono a una guarigione clinica, e ci sono schizofrenie che conducono a una guarigione sociale; ci sono schizofrenie che tendono a ricadere (a ripetersi) nel corso del tempo, e si risolvono dopo ogni scomparsa, e ci sono schizofrenie che assumono un andamento esteso nel tempo: dia-cronico.

(Eugenio Borgna)

Oggi, grazie al primo e più influente studio longitudinale sulla patologia, si possono individuare 8 tipi di decorso, che differiscono per i seguenti aspetti:

- esordio: brusco vs. insidioso;
- presentazione dei sintomi: continua vs. intermittente;
- ripresa: scarsa vs. soddisfacente.

Secondo la ricerca, molte persone schizofreniche presentano un esordio

brusco e sintomi intermittenti, che con il tempo diminuiscono o scompaiono del tutto. Solo nel 20% dei casi si presenta la forma con esordio insidioso, sintomi continui e scarsa ripresa.

Per quanto riguarda l'andamento, è importante sapere che la schizofrenia è considerata un'esperienza psicotica acuta ad evoluzione episodica e contingente; è solo a causa delle influenze ambientali (sociali e istituzionali), in particolare in mancanza di ascolto e dialogo, che si può trasformare in malattia cronica. In questo senso la schizofrenia può essere paragonata alla depressione, che si svolge in sequenze episodiche con tendenza alla guarigione tra gli episodi acuti.

CURE

La psichiatria, che abbia come suo oggetto la sola esistenza della "malattia" (questa entità astratta e inafferrabile che, in psichiatria, è chiamata illusoriamente "malattia"), non può capire come i "sintomi" di un'esperienza psicotica, anche i "sintomi" più radicali e significativi come quelli allucinatori e deliranti, siano così modificabili e così camaleonticamente trasformabili nei contesti ambientali in cui i pazienti vivano e agiscano.

(Eugenio Borgna)

Le terapie farmacologiche sono il primo trattamento per la schizofrenia, poiché studi clinici dimostrano la loro efficacia nella cura di sintomi e comportamenti associati al disturbo. Purtroppo però, questo tipo di terapia causa effetti collaterali significativi (la valutazione e la gestione di questi effetti collaterali costituiscono una parte importante del trattamento), inoltre la maggior parte dei pazienti presenta ancora diversi sintomi dopo aver beneficiato dei medicamenti. È per questi motivi che gli aiuti psicoterapeutici e psicosociali (tra i quali posso citare le terapie famigliari, la terapia cognitivo-comportamentale e le tecniche riabilitative) sono un ulteriore contributo per il recupero dei pazienti.

Gli scopi principali delle terapie sono di ridurre l'intensità di deliri e allucinazioni (nonché del disagio ad essi associato), e di incentivare la partecipazione attiva degli individui al fine di diminuire il rischio di ricaduta e le loro disabilità sociali.

Un paziente affetto da schizofrenia ha la possibilità di impegnarsi, con l'aiuto di un terapeuta, in un esame logico degli aspetti disadattivi del proprio sistema, per sviluppare comportamenti più razionali e adattabili alla società. Questo può avvenire perché, nonostante la psicosi attiva, la maggior parte dei pazienti ha buone capacità cognitive e può dare un senso a ciò che gli succede, imparando a gestire i propri sintomi e mantenendoli in uno spazio privato.



Autoritratto di un paziente affetto da schizofrenia
nell'atto del curarsi
(data sconosciuta)

5 . T A T

Non è desiderabile che le informazioni ricavate dal TAT correlino con il comportamento manifesto dell'individuo, poiché è proprio la capacità di accedere alla vita interna del soggetto che lo rende una tecnica proiettiva allo stesso tempo unica e preziosa.

(Gary Groth-Marnat, psicologo)

Il Test di Apprezzazione Tematica (TAT) è una tecnica proiettiva tematica impiegata dagli psicologi da più di 60 anni, ovvero dalla sua nascita (tra gli anni '30 e '40) avvenuta grazie ad Henry Murray (psicologo).

Il TAT è attualmente considerato come un test proiettivo in quanto le storie che i soggetti raccontano riguardo a ciascuna delle immagini sono considerate "proiezioni", vale a dire attribuzioni di sentimenti e sensazioni, necessità e attività dell'individuo che sono sollecitate dalle immagini.

(Leopold Bellak, psicologo)

Tale tecnica si serve di una serie di tavole che rappresentano un ampio range di situazioni e contesti interpersonali, e per ognuna di queste il soggetto deve creare una storia che sia caratterizzata da:

- 1) la descrizione di ciò che avviene nell'immagine;
- 2) la descrizione di ciò che conduce a tale situazione;
- 3) la descrizione di cosa pensano e cosa sentono i personaggi;
- 4) un finale.

Ciò che lo psicologo ottiene dalla somministrazione è una raccolta di storie, strutturare secondo un passato, un presente e un futuro.

Complessivamente il test si compone di 31 tavole (30 in bianco e nero e una bianca), le quali sono riproduzioni di dipinti, fotografie e opere d'arte, che però contengono meno dettagli dei rispettivi originali, al fine di

incrementare l'ambiguità delle figure e lasciare più libertà ai pazienti nelle risposte (questo perché la produzione della storia dev'essere orientata piuttosto che determinata da ciò che è raffigurato).

Inizialmente il TAT viene considerato come "i raggi X della personalità", in grado di rivelare temi centrali della personalità del soggetto senza ricorrere a numerose sedute di psicoanalisi. Oggi invece si pensa al test in altri termini: esso rivela essenzialmente i processi impliciti o inconsci della personalità, ma, diversamente dai sogni, le storie del TAT sono generate in risposta a un'esigenza proveniente dall'esterno, in presenza di un preciso materiale raffigurativo anch'esso imposto dall'esterno, e in quanto tali sono essenzialmente un prodotto cognitivo. Il materiale verbale emerso costituisce la base dalla quale dedurre il modo di pensare caratteristico del soggetto nella vita quotidiana.

Le risposte al test dei soggetti esaminati non sono né sogni né sogni a occhi aperti e neanche vere e proprie fantasie. Le storie del TAT, infatti, sono prodotti del pensiero che implicano che il soggetto sia particolarmente lucido; quindi, a differenza dei sogni, in uno stato di piena coscienza (...).

(Luigi Abbate, psicologo)

L'aspetto del TAT che più viene criticato è la mancanza di un sistema di scoring e di interpretazione unitario e consensualmente accettato. Questa è la conseguenza del fatto che, già dalla fine degli anni '40, molti psicologi, allontanandosi dalle indicazioni iniziali di Murray, cominciano a utilizzare un numero limitato di tavole e sistemi di scoring abbreviati, per ridurre il tempo di somministrazione, valutazione e interpretazione. Oggi tale tendenza è ancor più accentuata, infatti tutti i terapeuti variano il metodo di somministrazione, il numero, la sequenza e il tipo di tavole proposte in base alle loro esigenze.

Nell'analisi di una storia è molto importante individuare il personaggio con cui il soggetto sembra identificarsi (generalmente si tratta dell'individuo che somiglia di più al paziente per sesso, età, ruolo e condizione

sociale); l'intreccio di relazioni esistente tra le varie figure delle storie, e tra queste e la figura che si ipotizza possa rappresentare il soggetto esaminato, ha in genere una base realistica.

È inoltre importante che l'esaminatore non si fermi a parafrasare i racconti (metodo fuorviante), ma ne ricerchi semplicemente gli elementi essenziali.

Per esempio, quando alla Tavola 6BM la storia raccontata riguarda una madre che costringe il figlio a restare a casa con lei, non si dovrebbe dedurre in modo concreto che nella realtà il soggetto rimane a casa o che la madre lo domina, ma piuttosto che i bisogni passivi del soggetto sono forti e che egli vede la figura della madre come un ostacolo al soddisfacimento di altre tendenze.

(Luigi Abbate)

Pensiero e verbalizzazione costituiscono il riflesso di particolari stili cognitivi, quindi, partendo da questo presupposto, è lecito affermare che dalle verbalizzazioni degli individui si possono trarre importanti informazioni sui disturbi sottostanti. Bisogna però tenere conto del fatto che, data la complessità del processo d'interpretazione delle storie, difficilmente una diagnosi può essere fatta considerando un unico set di racconti.

Le informazioni ricavate da quest'unico set, per Bellak come per Murray, possono essere considerate al massimo "deduzioni parziali" di cui bisogna trovare conferma in altre fonti di informazione.

(Luigi Abbate)

Le immagini usate per il TAT costituiscono materiale clinico, per questo motivo non sono disponibili a tutti e non possono essere diffuse. Io ne conosco il contenuto grazie alla disponibilità di uno psicologo. In rete si trova una riproduzione fedele della prima tavola originale del test; insieme ad essa riporto qui di seguito anche il racconto di Giorgio, un

ragazzo di 16 anni per il quale si sospetta la presenza di elementi che potrebbero evolvere in senso psicotico, considerando anche una certa incidenza del disturbo schizofrenico in famiglia.



È un bambino con questo violino. Questo bambino pensa di vivere la vita in modo diverso da come vogliono i genitori. Magari i genitori vogliono che lui suoni il violino, che diventi famoso... la classica storia... Sto bambino si deprime e magari non fa le cose come avrebbe potuto fare due anni prima, perché apre gli occhi in questo momento. (Come va a finire?) Mah... come nei film o il lieto fine, i genitori che si rendono conto di aver costretto il figlio a fare una cosa che non voleva, oppure un altro finale più crudo, nonostante le sfuriate del ragazzo lo costringono a fare il violinista e fa il violinista da grande.

(il racconto è tratto dal libro *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT*, di Luigi Abbate e Viviana Massaro)

Fatta questa introduzione, vorrei ora parlare del TAT in relazione alla schizofrenia.

Come accennato in precedenza, solitamente dalla somministrazione del test lo psicologo ottiene un insieme di racconti nel quale si riscontra una forma narrativa di base: viene rispettato un normale sviluppo narrativo (con passato, presente e futuro), e compaiono persone del tutto realistiche, impegnate in azioni che hanno una sequenza causale comprensibile. Gli unici che deviano da questa forma narrativa standard sono i soggetti che

soffrono di schizofrenia. Nei loro racconti è evidente la mancanza di un tema che dia coesione o di un filo conduttore, di una struttura spazio-temporale convenzionale, di relazioni causali comprensibili e di una normale regolazione del rapporto simbolo-referente. Il più delle volte inoltre, le persone schizofreniche tendono a parlare in modi che accentuano la staticità e minimizzano gli aspetti emozionali e dinamici del mondo, evocando così un universo più dominato dagli oggetti che dai processi o dalle azioni.

Il saggio *Follia e modernità* è per me fondamentale per comprendere (almeno in parte) questo fenomeno, perciò ne riporto alcune citazioni, tra le quali vi sono anche testimonianze di pazienti schizofrenici:

Come dice uno schizofrenico di nome Lawrence, "Mi sento come se avessi perso la continuità che collega gli avvenimenti nel mio passato. Anziché una serie di avvenimenti collegati dalla continuità, il mio passato sembra costituito da frammenti sconnessi. Mi sento come in un presente infinito".

A un paziente che aveva definito "terrorizzata" una donna raffigurata da una tavola del TAT fu posta la domanda standard per saperne di più, "Cosa l'ha portata a questo?", ed egli rispose: "L'espressione della sua faccia".

(...) il paziente, in un certo senso, trattava la tavola come un oggetto concreto e bidimensionale nello spazio, e al contempo descriveva la scena rappresentata come se, per così dire, la conoscesse quale mera rappresentazione (o, addirittura, come un'immagine nel suo occhio di osservatore).

Io cerco l'immobilità. Tendo al riposo e all'immobilizzazione. Ho in me anche la tendenza a immobilizzare la vita attorno a me. Amo per questo gli oggetti immutabili, le cose che sono sempre allo stesso posto e non cambiano mai. La pietra è immobile, la terra invece si sposta; essa non mi ispira nessuna fiducia. Dà importanza solo alla solidità. Il treno passa su di un terrapieno; il treno non esiste per me; io voglio soltanto costruire il terrapieno. Il passato è il precipizio. L'avvenire è la montagna.

È così che mi è venuta l'idea di lasciare un giorno-cuscinetto tra il passato e l'avvenire. Nel corso di questa giornata cerco di non fare proprio niente. Una volta non ho urinato per ventiquattro ore. Far ritornare le mie impressioni di quindici anni fa, far rifluire il tempo, morire con le stesse impressioni con le quali si nasce, fare dei movimenti in cerchio per non allontanarsi dalla base, per non sradicarsi, ecco cosa vorrei.

(testimonianza di un paziente schizofrenico)

L'ultima affermazione (...) suggerisce che sarebbe sbagliato interpretare le alterazioni del tempo e dello spazio come una pura e semplice manifestazione di qualche deficienza innata, totalmente al di fuori del controllo intenzionale del paziente. Con ciò non si vuole sostenere che questo spostamento verso la dimensione spaziale possa non dipendere, in qualche misura, dalla perdita della capacità di esperire i significati narrativi comuni o di mantenere un unico contesto narrativo di riferimento (...); tuttavia dobbiamo anche riconoscere che esso ha importanti funzioni difensive.

La spazializzazione schizofrenica è atto, dunque, così come sofferenza; e sembra ragionevole chiedersi se, come atto, la sua motivazione potrebbe essere simile a quella della forma spaziale evidenziata nel modernismo.

(Il riferimento al modernismo viene approfondito nel prossimo capitolo)

Apparivo a me stesso come un essere atemporale, perfettamente chiaro e limpido in ciò che concerne le relazioni dell'anima, come potendo vedere il mio proprio fondo (...). Il passato si restrinse, si dislocò, si raggrinzì. Era, per così dire, informe. Si può dire così? O come quando una baracca crolla a pezzi. Questo informe, che veniva da là, raggiunse poi anche me, o era come se - questo paragone mi è venuto alla mente solo più tardi - un quadro con in prospettiva dello spazio in profondità si appiattisse bruscamente e fosse adesso solo in superficie.

(testimonianza di un paziente schizofrenico)

Come affermato in precedenza, attraverso la verbalizzazione si ha un riflesso di eventuali disturbi psichici del soggetto; per quanto riguarda

la schizofrenia si può quindi affermare che le particolarità dei racconti non sono soltanto aspetti superficiali di un determinato stile linguistico, ma esprimono qualcosa dell'effettiva esperienza dei pazienti. Questo emerge da numerosi resoconti personali in cui gli schizofrenici parlano, per esempio, dell'immobilità del tempo, della perdita del passato e del futuro, o della difficoltà a disporre nel giusto ordine gli avvenimenti ricordati.

Vorrei concludere il capitolo con una metafora di Gillo Dorfles (critico d'arte, artista e filosofo):

L'ancora che si conficca nel terreno - si fissa al terreno contro il fluire del mare, del fiume, contro il continuo fluttuare delle onde, contro il ritmico palpitare delle maree. È pertanto un elemento spaziale che vorrebbe opporsi ad una condizione squisitamente temporale dalla quale saremmo altrimenti travolti.

(Gillo Dorfles)

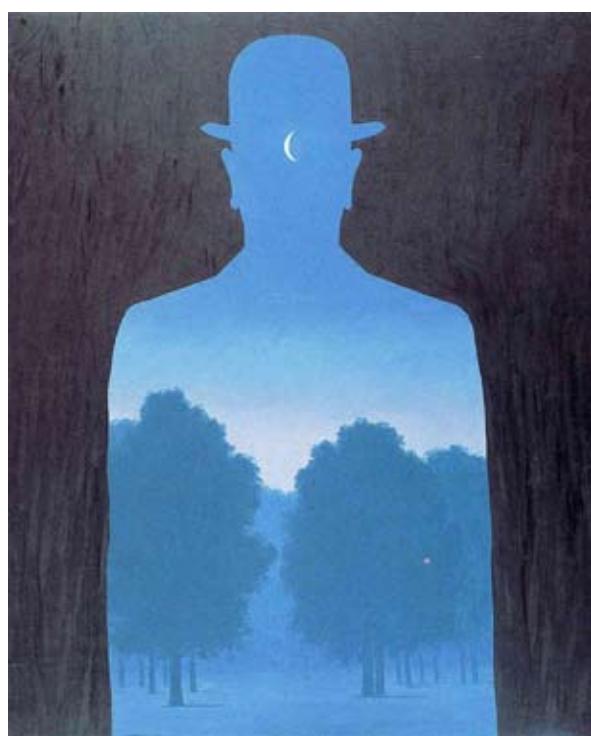
È lo stesso Dorfles a illustrare la condizione di angoscia in cui ci si viene a trovare quando l'ancora non afferra il terreno, quando non si trova l'appiglio contro lo scorrere del tempo e quindi contro la morte.

6 . I P E R - R I F L E S S I V I T À

Prima di occuparmi di alcuni artisti che vivono episodi di follia, vorrei mettere in luce i parallelismi che ci sono tra schizofrenia e modernismo (ovvero quel periodo che si colloca nella prima metà del '900, caratterizzato da forme artistiche sempre più distanti dal realismo, e che esprimono in maniera molto soggettiva la percezione del mondo interno ed esterno).

La premessa è che questo confronto non nasce per svalutare gli artisti, bensì per mostrare che molto di ciò che a prima impressione risulta primitivo o deteriorato è di gran lunga più complesso e interessante (nonché autocosciente) di quanto non sia solitamente riconosciuto.

Gli anni di passaggio dal XIX al XX secolo sono molto difficili, perché gli scenari sociali europeo e americano subiscono una svolta radicale. Il modernismo è la reazione di autori e artisti a un reale disagio sociale e culturale, derivato da fenomeni conseguenti alla prima rivoluzione industriale, quali l'urbanizzazione e la massificazione. Non se ne può parlare come di un vero e proprio movimento letterario o artistico, poiché si tratta piuttosto di una tendenza (o esigenza) culturale nata da un senso di disagio nei confronti di un mondo mutato dalla modernità. I movimenti dell'epoca sono le avanguardie della prima metà del '900.



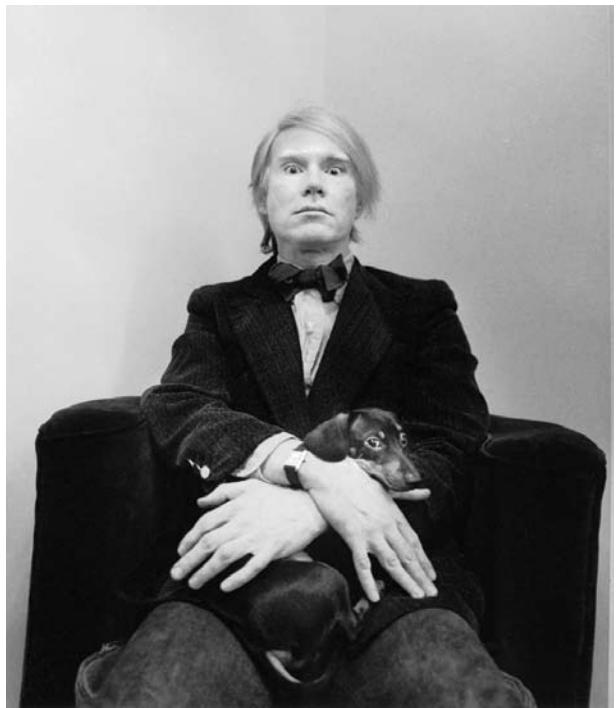
René Magritte,
Un amico dell'ordine,
1964

Edward Munch,
L'urlo, 1895

Tra le caratteristiche principali del modernismo vi è la propensione per la riflessività e l'autocoscienza (con il filosofo Kant la mente umana non è più ritenuta solamente la fondatrice del mondo, ma diviene anche oggetto primario di studio), dovute alla grande importanza rivolta al sé interiore, il quale dev'essere protetto dagli attacchi esterni. Ci sono varie forme di difesa che l'individuo può mettere in atto per preservare la propria autenticità: la più frequente è l'alienazione, ma vi sono anche forme più attive, come l'anticonformismo e l'ostentata falsità. Tutt'e tre sono riscontrabili sia nella schizofrenia che nel modernismo: capita spesso di vedere una persona schizofrenica che assume atteggiamenti artificiali e, del resto, istintualismo e spontaneità sono tendenze marginali nel modernismo.



Salvador Dalí
fotografato da Roger Higgins, 1965



Andy Warhol
fotografato da Arnold Newman, 1973

È come se il soggetto fosse diviso in due diversi sé: uno è associato alla mente e rimane all'interno, da dove osserva e controlla, mentre l'altro può essere definito il sé pubblico, il quale si identifica con l'aspetto

corporeo e con il ruolo sociale, ma tende a essere sentito come falso o irreale. Attraverso l'anticonformismo il potere supremo della persona interiore viene espresso molto esplicitamente, mentre con l'ostentata falsità il proprio sé più intimo è solamente evocato, per dimostrare quanto sia in contrasto con il sé pubblico.

Talvolta la persona può fare ricorso all'ironia, come modo di dire a sé stessa e agli altri che è superiore all'incontro sociale, piuttosto che incapace o terrorizzata. Come sottolinea Lionel Trilling (critico letterario, scrittore e insegnante), solo nell'era modernista ci sono opere d'arte il cui interesse principale non è più trasmettere un messaggio etico o intellettuale, esprimere intensi sentimenti interiori, evocare un aldilà spirituale o celebrare qualcuno, bensì prendersi gioco dell'intera esistenza e dell'arte stessa. Un buon esempio è quello dell'artista Marcel Duchamp, la cui carriera è in parte dedicata a un gioco ironico nei confronti dell'arte e del suo preteso rapporto con la vita.

L'ironia degli schizofrenici si può invece individuare nel "sorriso vuoto" (talvolta un po' idiota, ma anche inquietante) o in spiritosaggini e commenti sardonici, che danno l'impressione di una presa in giro o di un attacco, ma che in realtà per i pazienti rappresentano una proclamazione della propria indifferenza a interazioni e attività che essi possono trovare estremamente minacciose. Il loro infatti non è un atteggiamento invitante ad unirsi allo scherzo, poiché l'effetto di quest'ironia è di allontanare ulteriormente i pazienti dalla possibilità di una soddisfacente



Marcel Duchamp, *L.H.O.O.Q.*, 1919

intimità con chi li circonda.

L'altro elemento che accomuna schizofrenia e modernismo è l'ambivalenza tra un eccessivo cerebralismo e un irrazionalismo senza restrizioni, il quale può però essere visto come un tentativo piuttosto disperato di fuggire dall'alienazione e dall'iper-coscienza. In quest'ambivalenza c'è la ricerca degli estremi, sia da parte degli schizofrenici che da parte di artisti e autori d'inizio XX secolo. Questi ultimi, da un lato negano ogni valore al mondo esterno (cerebralismo e soggettivismo estremi, che hanno come fine quello di neutralizzare gran parte della natura potenzialmente minacciosa di ciò che li circonda), dall'altro lato optano per un materialismo radicale, in cui ogni elemento è privato della propria organicità e l'uomo stesso perde tutte le qualità umane (auto-oggettivazione in cui viene a mancare il confine tra il sé e il mondo). Per quanto riguarda la soggettivazione della realtà si può nuovamente citare Marcel Duchamp (non a caso figura emblematica del modernismo), il quale tenta di sostituire una pittura meramente "retinica" con opere più puramente concettuali, che siano un'espressione diretta della mente. Al contrario, la grande attenzione al mezzo della rappresentazione, piuttosto che al contenuto, richiama l'estrema oggettivazione, nonché il materialismo radicale sopracitato, perché non si può negare la presenza di colore (nelle opere pittoriche) o parole (nelle opere letterarie). Sarebbe meglio dire che, di fronte a parole e colore, risulta evidente anche la presenza della mente, o meglio, la dipendenza del mondo dalla mente che lo rappresenta.



Jackson Pollock, *Convergence* (particolare), 1952

L'artista è quindi una figura ambivalente, perché si ribella alla società moderna, ma nel contempo illustra, in forme esagerate, le tendenze che pervadono questa stessa realtà: l'importanza del sé da un lato e le conseguenze della rivoluzione industriale all'estremo opposto.

Similmente, gli schizofrenici sono pieni di antitesi, poiché contengono sempre gli estremi e mancano soltanto del giusto mezzo (è questo che, molto spesso, rende il paziente schizofrenico estraneo sia a sé stesso che alle persone che lo incontrano): a volte manifestano un pensiero apparentemente letterale o concreto, altre volte sono dediti a modalità cognitive insolitamente astratte, a volte esperiscono il mondo in modo animato, ma possono anche viverlo come morto o meccanico, si rivelano talvolta ipersensibili al contatto umano o, in altri momenti, totalmente indifferenti, possono essere indolenti o diligenti, avere un gran flusso di idee o essere totalmente bloccati, avere ed esprimere pensieri ordinati o, al contrario, caotici e informi, sentirsi onnipotenti o totalmente impotenti. A proposito di quest'ultima contraddizione vorrei fare un piccolo approfondimento: quando gli schizofrenici hanno una sensazione di grandiosità sembra sempre che una minaccia aleggi intorno a loro, di conseguenza, anziché provare le gioie della libertà, essi sono spesso sopraffatti da un enorme senso di responsabilità, che porta a una fastidiosa sensazione di insicurezza, di incompetenza e di ignoranza, o perfino alla paura di un'imminente fine del mondo.



Keith Haring,
Apocalisse, 1988

Le contraddizioni che caratterizzano la schizofrenia portano la persona a un notevole tentennamento e a un continuo dubitare, al punto che essa si pone domande su questioni che di solito sono date per scontate o accettate come assolutamente evidenti di per sé. Quando un paziente schizofrenico sviluppa un pensiero, il più delle volte prende in considerazione anche il pensiero opposto, come a tener conto di due o più prospettive contemporaneamente. Per la comprensione di questo passaggio trovo utile l'esempio di Sass, nel quale dice che, se si chiedesse a uno schizofrenico di rappresentare un corpo umano, egli molto probabilmente illustrerebbe sia l'interno che l'esterno.



Carlotta Di Stefano,
Apparato genitale, 2012

La conseguenza di una tale proliferazione, tuttavia, è la perdita di qualsiasi prospettiva globale unica, di qualsivoglia principio selettivo o gerarchia di significato, che conduce all'evocazione di un mondo in cui qualsiasi cosa può significare di tutto - dove il dettaglio più banale può apparire il più importante degli eventi, e un eroismo del dubbio può portare al rifiuto, o all'incapacità, di fare qualsiasi scelta.

(Louis A. Sass)

La simultaneità dei punti di vista si ritrova anche nelle avanguardie del primo '900, poiché vi è la presa di coscienza del ruolo dell'osservatore; emblematiche in questo senso sono indubbiamente le opere cubiste, in particolare i collages.



Mostra di Pablo Picasso
a Milano, 1953

Le concezioni stesse della follia ruotano per tanti secoli intorno a due poli: da un lato idee di vuoto, di difetto e deterioramento, di cecità, perfino della morte stessa, dall'altro lato impressioni di pienezza, energia e irrefrenabile vitalità. In una delle più comuni immagini della follia, ovvero quella del sognatore ad occhi aperti o sonnambulo, queste visioni non si escludono reciprocamente, bensì sono congiunte.

Attraverso il concetto di ambivalenza mi riallaccio al capitolo precedente, in cui anticipo un aspetto comune a schizofrenia e modernismo messo in luce da Sass.

(...) Joseph Frank asserisce che la forma spaziale potrebbe essere compresa come un modo per fuggire da quella che è sentita, da taluni individui o da certe culture, come la natura intollerabilmente ansiogena della realtà esterna. Rendendo la realtà un eterno presente, se ne negano l'imprevedibilità, il dinamismo e il mistero - in effetti la sua stessa alterità. Frank sottolinea anche che l'appiattimento nella pittura è l'equivalente della forma spaziale nella letteratura, e che queste peculiarità stilistiche racchiudono gran parte dei tratti distintivi dello stile modernista. (...) caratteristiche simili sono aspetti centrali del tempo e dello spazio nella schizofrenia (...).

(Louis A. Sass)

Il confronto con la pittura è certamente interessante, ma il riferimento agli autori non è da meno. A questo proposito vorrei citare due esempi letterari del periodo, poiché le caratteristiche che rendono le storie schizofreniche diverse dalla forma narrativa standard sono simili a quelle che differenziano la letteratura modernista da quella tradizionale.

"La stanza segreta", pubblicato nel 1962, è un racconto breve di Alain Robbe-Grillet, uno scrittore francese appartenente alla scuola del nouveau roman. Consta di una serie di descrizioni statiche di ciò che si può vedere in una stanza in cui, per così dire, accade che ci sia proprio il cadavere di una donna. (...) Nel racconto di Robbe-Grillet, il contenuto realistico effettivamente include una vittima assassinata - in questo caso non strangolata, ma pugnalata. E il cadavere è descritto con un'oggettività che va oltre il distacco puramente clinico, non solo manca ogni emozione, ma ogni sensazione di significato o perfino della realtà. Non c'è, per esempio, un'enfasi particolare sugli indizi o su qualsiasi altra cosa connessa al crimine come atto che ha un significato umano; è come se il corpo della donna fosse importante né più né meno come il sofà o la carta da parati. Questo è chiaro fin dal primo paragrafo, in cui il corpo e la ferita insanguinata sono descritti come se fossero oggetti per una contemplazione puramente estetica o per una lezione di geometria: "È da principio una chiazza rossa, di un rosso acceso, splendente, ma cupo, con ombre quasi nere. Forma come un rosone irregolare, dai contorni precisi, traboccante qua e là in larghe colate di lunghezza ineguale (...) l'insieme si staglia sul pallore di una superficie liscia, convessa, scialba e al contempo quasi iridata, emisfero che trapassa con lievi inclinazioni in una spianata della stessa tinta spenta".

(Louis A. Sass)

Diversi scrittori modernisti si soffermano sulla descrizione degli oggetti statici piuttosto che sulla narrazione di azioni e processi, o possono intraprendere una svolta riflessiva, focalizzando l'attenzione non sugli avvenimenti narrati, ma su certi aspetti formali o strutturali dell'atto o del prodotto letterario (come l'atto della scrittura in sé e il suono o l'aspetto grafico delle parole).

Scrivo. Scrivo che sto scrivendo. Mentalmente mi vedo scrivere che sto scrivendo e posso anche vedere me stesso che vede che sto scrivendo. Ricordo di scrivere e anche di vedermi scrivere e ricordo di vedere me stesso ricordare che stavo scrivendo e scrivo vedendo me stesso scrivere che ricordo di aver visto me stesso scrivere che mi vedeva scrivere che stavo scrivendo. Posso anche immaginare me stesso scrivere che avevo già scritto che io immaginavo me stesso scrivere che avevo scritto che stavo immaginando me stesso mentre scrivevo che vedeva me stesso scrivere che stavo scrivendo.

(Salvador Elizondo, *Il grafografo*, 1972)

Questo aspetto della letteratura richiama il materialismo estremo e la perdita di distanza dal mezzo della rappresentazione caratteristici di molta arte moderna, ma, come suggerito da Sass, può anche essere messo in relazione alla visione iper-concreta che spesso manifestano le persone schizofreniche quando viene loro somministrato il TAT. Esse hanno la tendenza a concentrarsi su ciò che vedono e vivono in un mondo in cui tempo e spazio sono appiattiti, dunque gli riesce difficile immaginare qualcosa che vada oltre alla tavola illustrata che hanno di fronte. Ne risulta una destrutturazione simbolica del reale, in cui gli oggetti percepiti perdono la loro abituale connotazione semantica, senza assumere alcuna altra definita significazione. È per questo motivo che spesso la comunicazione intersoggettiva, parzialmente o totalmente distrutta attraverso il linguaggio normale, è ancora possibile attraverso i linguaggi simbolici (come possono esserlo la grafica, la pittura e la mimica). A tal proposito è da ricordare che vi sono terapie che consistono nel presentare ai pazienti materiale simbolico, e che in alcuni casi la schizofrenia può generare creatività, anche se spesso deriva da un forte desiderio di esprimersi, che però non può essere soddisfatto mediante il gesto o la parola, poiché la persona vive già nella desertica condizione autistica.

In questo capitolo presento alcuni artisti che soffrono di disturbi psichici per un periodo della loro vita, o quantomeno vivono piuttosto isolati dalla società (talvolta addirittura in ospedale psichiatrico).

Vincent Van Gogh

Vincent Van Gogh nasce in Olanda nel 1853, ed è uno degli artisti più famosi di ogni tempo. La sua attività creativa dura appena 10 anni, dal 1880 fino alla sua morte, eppure in quell'unico decennio produce una raccolta di opere che potrebbe fare invidia a numerosi artisti molto più longevi.

Ciò che riguarda la vita dell'artista è noto soprattutto grazie alle sue lettere (scritte in particolare al fratello Theo, il quale lo incoraggia e lo sostiene sempre), che hanno una funzione comunicativa, ma fungono anche da valvola di sfogo. Da queste si colgono i suoi pensieri, come pure le peculiarità della sua malattia, che si manifesta prima dei 30 anni con allucinazioni e attacchi di tipo epilettico, dai quali derivano poi una profonda depressione, l'angoscia e la confusione mentale, di intensità tale da renderlo a tratti totalmente incapace di lavorare.

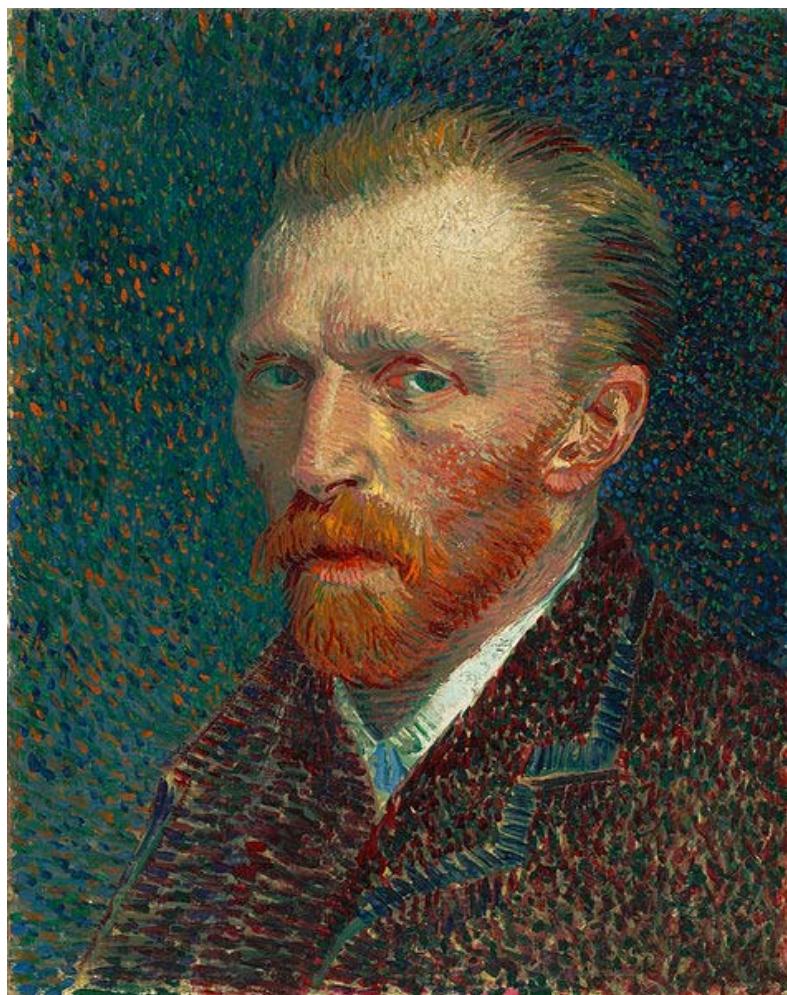
Ci sono varie interpretazioni diagnostiche rispetto al male che lo tormenta: c'è chi sostiene che sia epilettico, chi lo considera schizofrenico, chi parla di una rara malattia ereditaria e chi invece attribuisce notevole responsabilità all'abuso di assenzio (bevanda che, oltre all'alcol, contiene alcuni olii essenziali molto tossici, dagli effetti dannosi per il sistema nervoso, e in grado di provocare allucinazioni visive ed attacchi epilettici). Sicuramente l'uso di assenzio e di altre bevande alcoliche, insieme ad una cattiva o scarsa nutrizione, aggravano i sintomi del suo misterioso disturbo.

Come pittore Van Gogh è piuttosto autodidatta: nel suo percorso si fa guidare dai libri, dai consigli di amici artisti, da ciò che più lo colpisce durante le visite ai musei e dal contatto con la pittura moderna

francese (soprattutto nel periodo in cui vive a Parigi, tra il 1886 e il 1888). Nel corso degli anni sviluppa uno stile proprio e unico, caratterizzato da pennellate espressive e colori limpidi e forti, il quale ispira ed influenza numerosi artisti delle generazioni seguenti (egli è considerato pioniere dell'arte moderna).

Molti suoi capolavori possono apparire come espressioni delle allucinazioni che lo tormentano, ma forse la creatività di Van Gogh nasce anche dalla geniale capacità di guardare la realtà da prospettive non ordinarie.

Come accennato in precedenza, dopo la morte dell'artista sono in tanti a subire il fascino delle sue opere, e soprattutto della sua drammatica vicenda umana, caratterizzata, oltre che dalla malattia, da amori infelici, dal mancato riconoscimento dell'importanza del suo lavoro, da litigi con parenti e amici (in particolare si può ricordare quello con Paul Gauguin, conclusosi con il taglio dell'orecchio) e infine dal suicidio con arma da fuoco nel 1890.



Vincent Van Gogh, *Autoritratto*, 1887

Louis Wain

Louis Wain nasce in Inghilterra nel 1860. Inizia la sua attività artistica come grafico pubblicitario (nonostante gli anni di studio dedicati alla musica), e nel 1883 nascono i suoi primi disegni di gatti antropomorfi, che divengono presto famosi. Qualche anno dopo dichiara che le creazioni fantastiche sui felini gli sono suggerite dal suo gatto Peter, il quale da grande conforto alla moglie dell'artista (Emily Wain), dall'inizio della sua malattia fino alla morte, a soli 3 anni dal matrimonio. I dipinti dei gatti sono quindi un omaggio alla sua amata.

La popolarità dei suoi lavori è notevole fino allo scoppio della prima guerra mondiale, periodo in cui diminuiscono le richieste delle sue opere, al punto da lasciare l'artista in una condizione di totale povertà (dovuta anche al fatto che, dopo la morte del padre, egli sostiene economicamente la madre e le 5 sorelle). A seguito di ciò, e sicuramente anche a causa della scomparsa della moglie, inizia a manifestare una certa aggressività e i primi sintomi di un disturbo psichico. Nel 1924 gli viene diagnosticata una grave forma di schizofrenia, che lo costringe al ricovero in ospedale, dove giunge in preda ad allucinazioni.

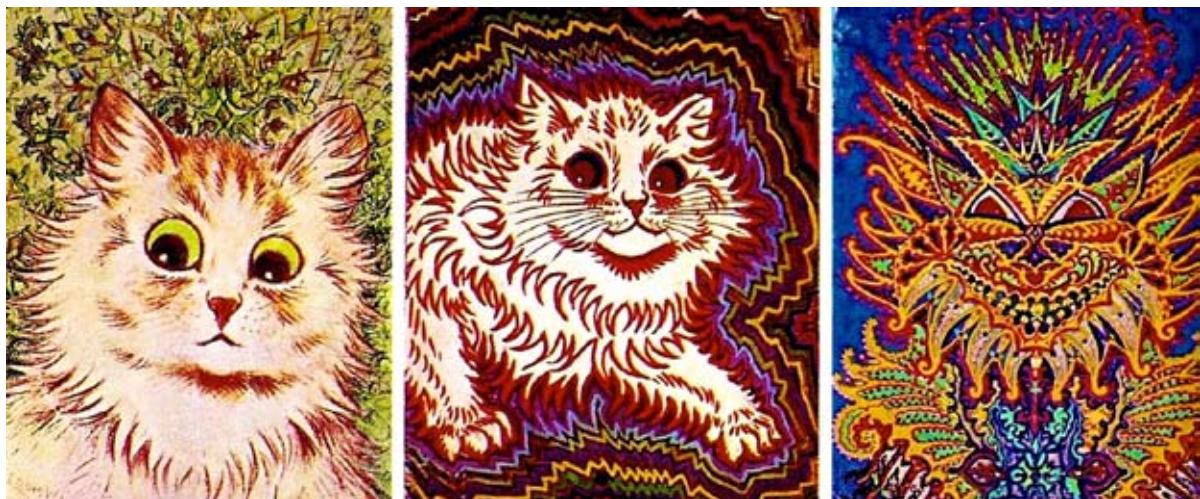
Nonostante le difficoltà dovute al suo stato mentale, egli continua a dipingere, e tra il 1925 e il 1930 nasce la serie di dipinti raffiguranti gatti deformi, ricchi di motivi geometrici e con colori più intensi, nei quali l'immagine dell'animale esplode in una nuvola cromatica.

La fama di Wain riprende vigore negli anni '60, quando Rodney Dale pubblica una sua biografia intitolata *Louis Wain: The Man who drew Cats*.

I principali interessati alle sue opere sono gli amanti dei gatti e alcuni appassionati di "arte schizofrenica"; questi ultimi sono incuriositi dai suoi lavori perché hanno come protagonista un unico soggetto (che ricorre in maniera ossessiva), e consentono di vedere l'evoluzione della malattia, in quanto le variazioni di forme e colori sono legate al suo stato d'animo. Nei suoi dipinti i gatti subiscono una decisa trasformazione nel corso degli anni, che va di pari passo

con il progredire della patologia: dalle opere più raffinate, raffiguranti gatti nobili, passa a dipinti dall'aspetto psichedelico, dove gli occhi degli animali diventano enormi e le figure molto geometriche e colorate, nonché (secondo alcuni studiosi) rappresentative della sua psicosi.

Louis Wain muore nel 1939.



Serie di gatti dipinti da Louis Wain, dalla quale si può vedere l'evoluzione del disturbo schizofrenico (date sconosciute)

James Ensor

James Ensor nasce in una piccola cittadina del Belgio nel 1860, dove la famiglia possiede una bottega di souvenirs piena di conchiglie, merletti, pesci rari impagliati, vecchi libri, incisioni, armi, porcellane cinesi ed altri oggetti di vario genere. Ensor stesso riconosce che, grazie a tale contesto e alla piccola realtà in cui vive, si sviluppano fortemente le sue facoltà artistiche, per questo motivo decide di non allontanarsi quasi mai da casa, fino alla sua morte nel 1949. Con l'appoggio della famiglia, egli riesce a portare avanti la sua attività creativa, fino a raggiungere un ruolo importante nell'ambito delle avanguardie (anticipando addirittura il surrealismo).

Nelle sue opere è evidente l'interesse per gli effetti dati dalla luce, ma, nonostante ciò, egli rifiuta ogni parallelismo con gli impressionisti. Pian piano i paesaggi da lui raffigurati prendono le distanze dalla realtà, per diventare caos primordiali, in cui si sente una forte spiritualità. Già presenti nelle sue opere sin dal 1883, le rappresentazioni di

maschere e scheletri assumono, a partire dal 1887, una posizione di primo piano; l'artista arriva addirittura a rivisitare parte della sua produzione precedente, al fine di inserirvi tali motivi. Questi soggetti rievocano sicuramente la strana atmosfera del negozio di famiglia e la tradizione del carnevale della sua piccola località, ma simboleggiano anche la sua misantropia: le prime camuffano ed accentuano una realtà che il pittore giudica oltremodo sgradevole e crudele (con particolare riferimento ai vacanzieri che incontra), mentre i secondi sottolineano la vanità e l'assurdità del mondo.

Le strane figure di molti suoi dipinti sembrano il frutto di allucinate visioni, per questo, ancora una volta, i confini tra l'immaginazione e la patologia divengono sfumati e faticosamente distinguibili.



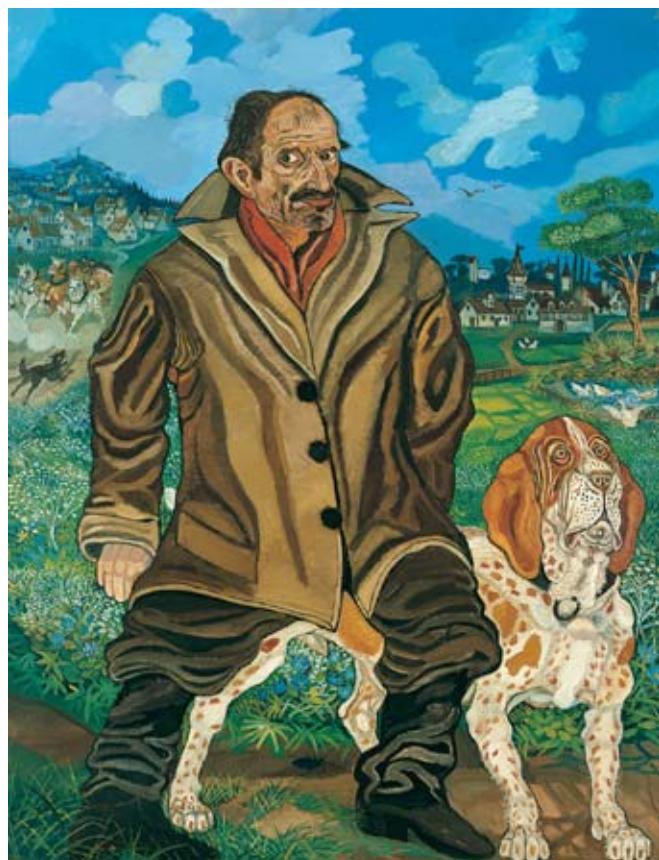
James Ensor, *Entrata di Cristo a Bruxelles*, 1889

Antonio Ligabue

Antonio Ligabue nasce in Svizzera nel 1899. Madre e fratelli muoiono tragicamente nel 1913 in seguito ad un'intossicazione alimentare (per la quale l'artista incolpa il marito della madre, nonché suo padre adottivo). A seguito di ciò egli viene affidato a una famiglia, con la quale si

trasferisce varie volte a causa delle disagiate condizioni economiche ed anche della sua cattiva condotta presso gli istituti scolastici.

Il passaggio all'età adulta e gli anni a seguire sono caratterizzati da altrettanta instabilità, dovuta anche a crisi nervose e atti di violenza verso sé stesso e verso gli altri, che lo costringono al ricovero e, in seguito a una denuncia da parte della madre adottiva, anche all'espulsione dalla Svizzera. Stabilitosi in Italia, viene assistito e inizia a dipingere negli anni '20. Il suo talento non passa inosservato, ma solo alla fine degli anni '40 giornalisti, critici e marcanti d'arte cominciano a interessarsi a lui. Da questo momento la sua fama non fa altro che crescere, e dopo la sua morte (nel 1965) gli vengono dedicate diverse retrospettive, anche con l'intento di rimuovere la nomea di "artista ingenuo e naïf" che da tempo accompagna la sua figura, e allo stesso tempo sottrae la sua arte ad un'analisi critica più seria.



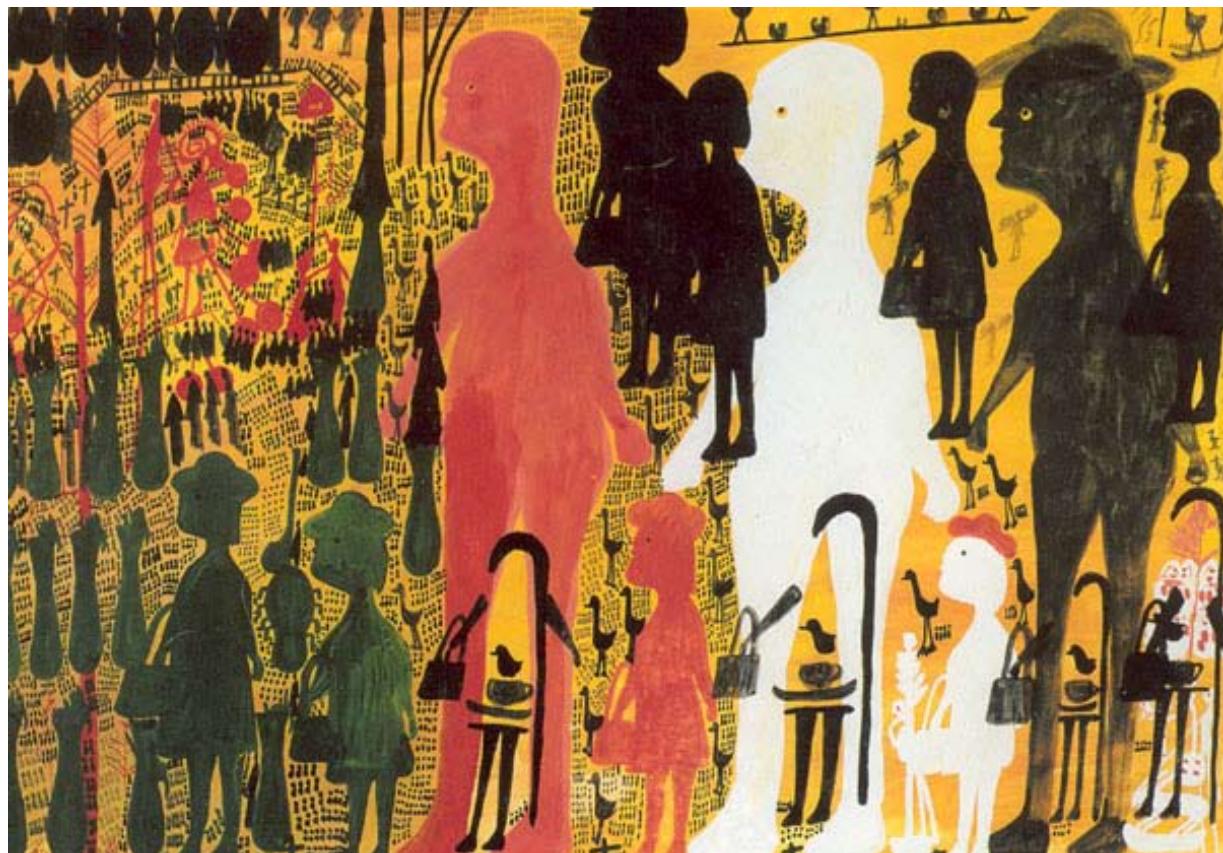
Antonio Ligabue, *Autoritratto con cane*, 1957

Carlo Zinelli

Carlo Zinelli nasce in Italia nel 1916. Da giovane nutre una grande

passione per la musica, che riesce a coltivare fino al termine del servizio militare (nel 1938), momento in cui viene arruolato per partecipare alla guerra di Spagna. Quest'esperienza è fatale per la sua psiche, al punto da costringerlo a frequenti ricoveri in ospedale psichiatrico, per limitare la sua aggressività e i suoi attacchi di panico. Dopo varie terapie viene definitivamente internato in una struttura psichiatrica a Verona nel 1947, con la diagnosi di schizofrenia paranoide. Qui trascorre il resto della sua vita, sino alla morte nel 1974. Per una decina d'anni vive le sue giornate come qualsiasi malato, finché, nel 1957, uno scultore irlandese apre un atelier dove svolgere seminari di arteterapia. In questo spazio Zinelli riesce a dar sfogo alla sua creatività e, quando Jean Dubuffet scopre il suo lavoro, lo ritiene frutto di un talento spontaneo e non contaminato da influenze culturali, ovvero ottimi esempi d'Art brut.

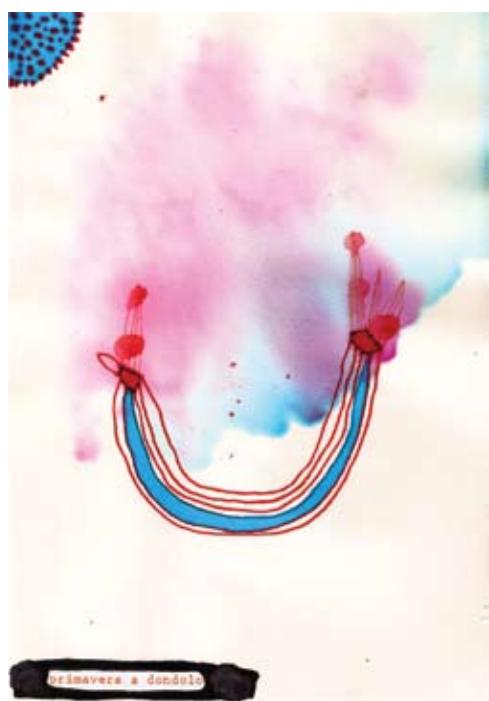
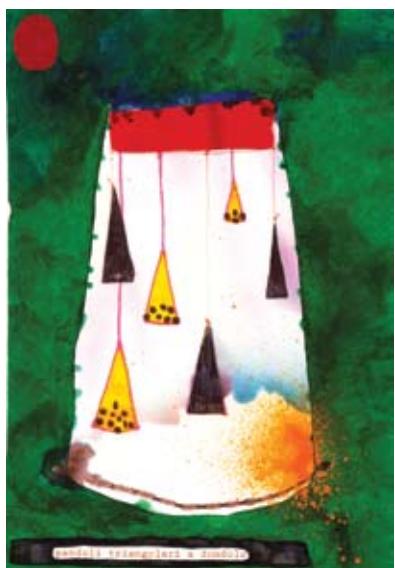
I suoi disegni e i suoi dipinti hanno le caratteristiche tipiche dei lavori realizzati da pazienti schizofrenici (l'horror vacui, la stereotipia, la tendenza all'ordine e alla reiterazione), ma questo non influisce sull'armonia compositiva e cromatica, che rende i suoi prodotti degli autentici capolavori.



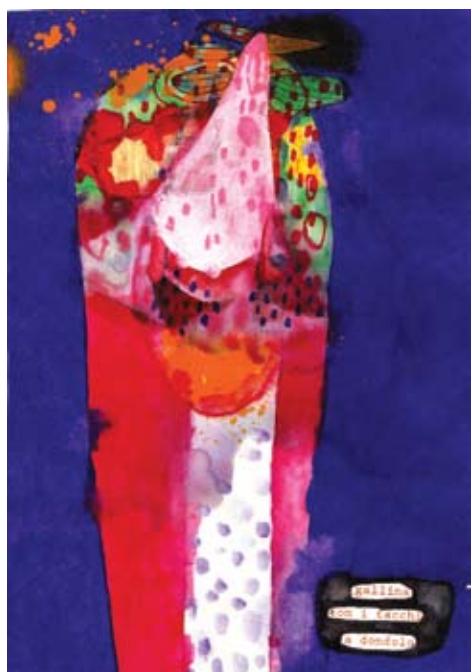
Carlo Zinelli, Senza titolo, 1960

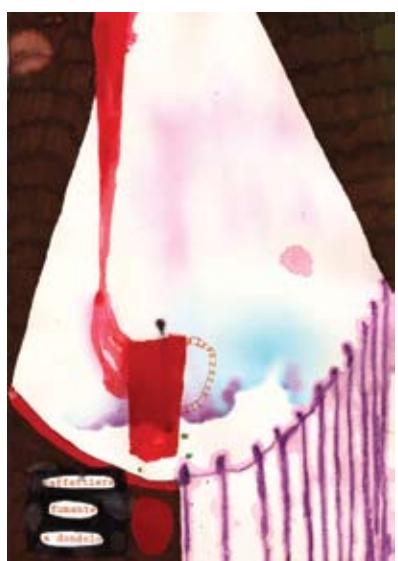
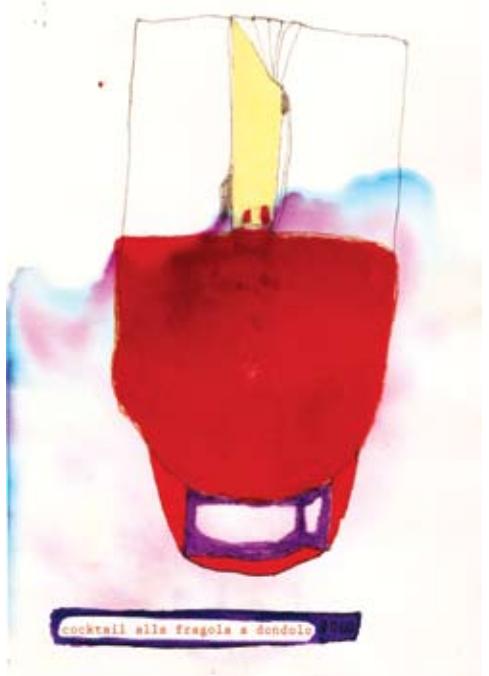
Nella vita ci si impone sempre una serie di regole e talvolta si tende a complicare le situazioni piuttosto che a semplificarle (come dice Bruno Munari: *complicare è facile, semplificare è difficile*). Il mio approccio alla pittura però è diverso: proprio perché è la mia più grande passione, non voglio sottometterla a quelle norme e quei doveri che caratterizzano la quotidianità. Desidero che resti libera e spontanea, nonché priva di inutili difficoltà, per questo dipingo soggetti inventati, ne scelgo dimensioni e proporzioni, e solo raramente cerco di dar loro tridimensionalità. Dedico molto tempo alla colorazione e alle decorazioni, applicando ogni tanto materiali riciclati di vario tipo.

Questa mia esigenza di libertà, insieme alla preferenza per la bidimensionalità, possono essere interpretate come una fuga dai problemi, poiché senza regole non si corre il rischio di infrangerle, e senza aspettative (come potrebbero crearsi quando ci si ripropone di fare una mimesi della realtà nel rispetto delle proporzioni) non c'è il rischio di restar delusi. Questo aspetto può ricordare il tentativo degli schizofrenici di rendere la realtà un eterno presente, al fine di evitare ogni possibile imprevisto.



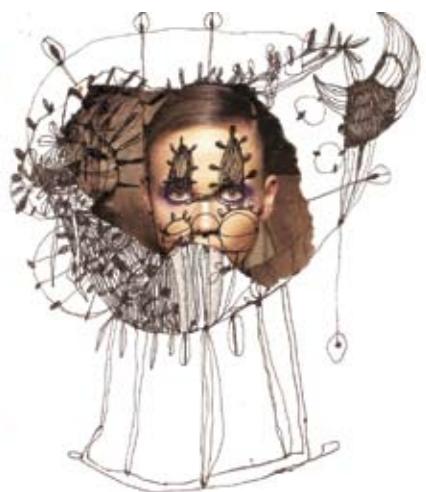




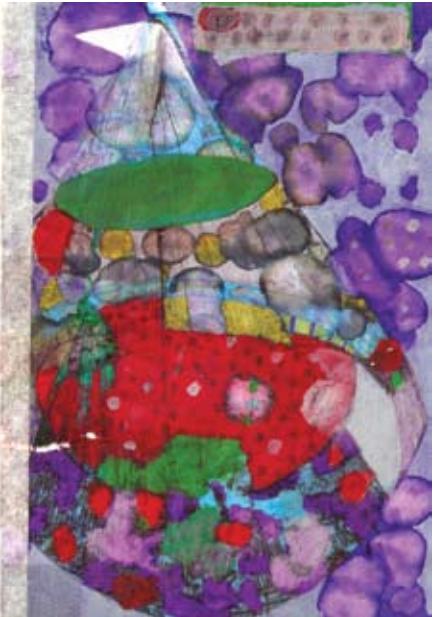
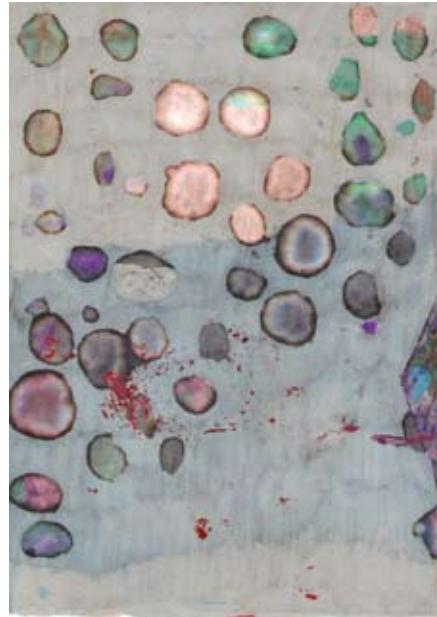








Mare e dondolo

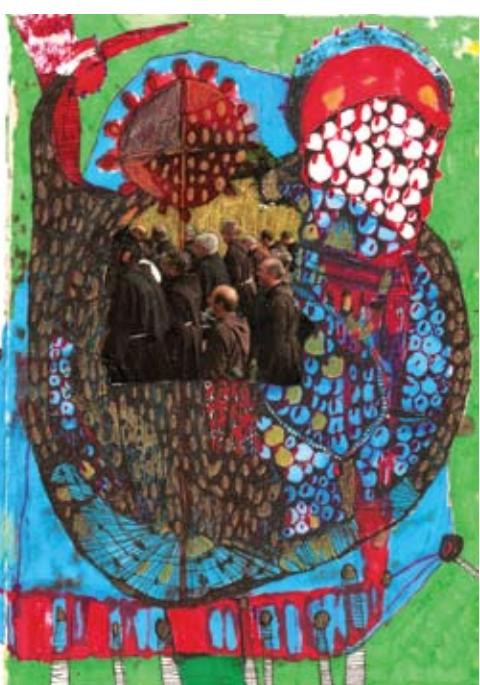




Vestito a dondolo
(camerelle rosse)



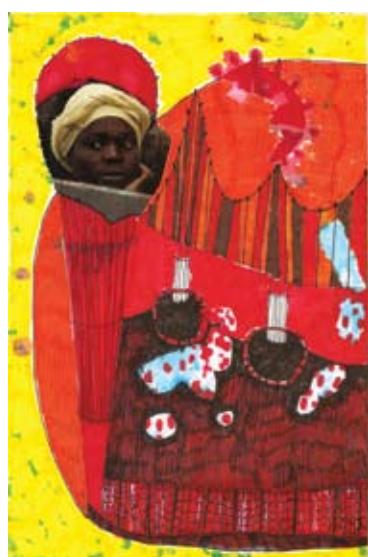
Pecorino
a dondolo



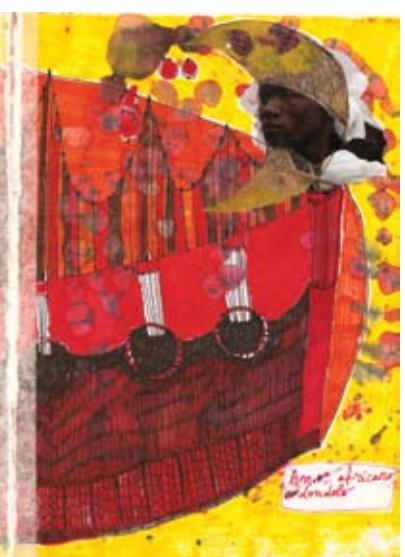
Giraffe camuffata a dondolo



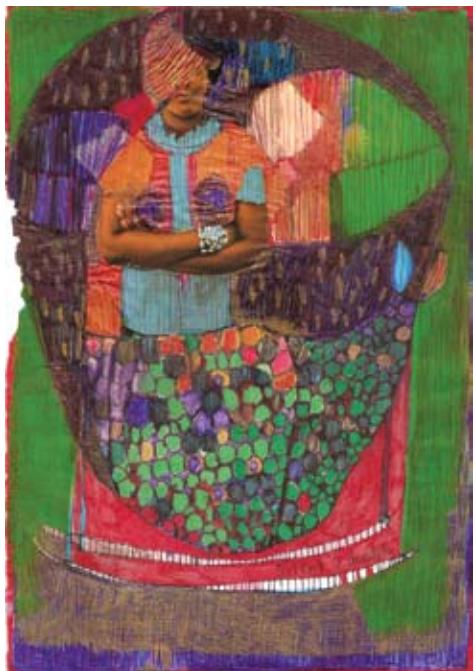
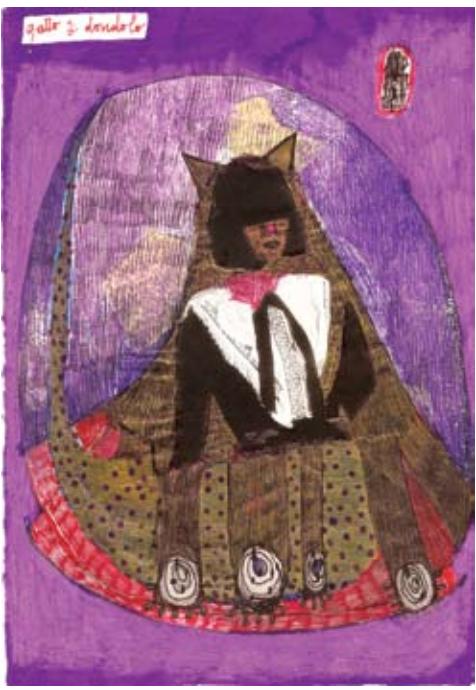
Sigillina con mandibola
a dondolo



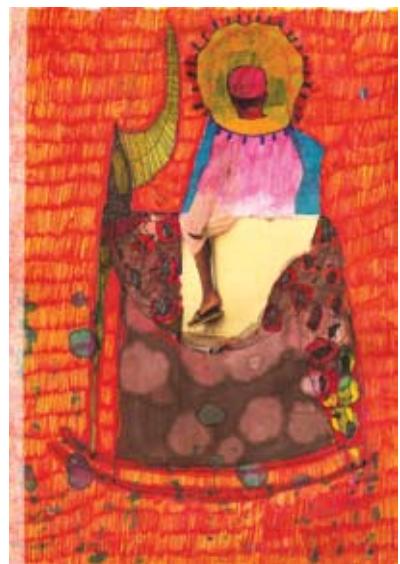
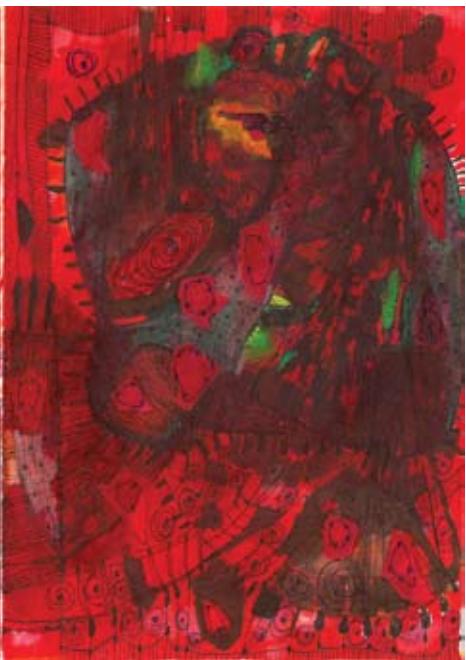
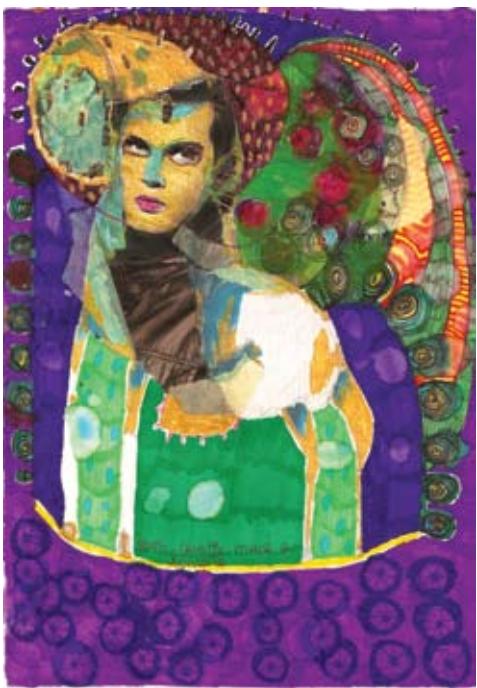
50



Arca africano
a dondolo

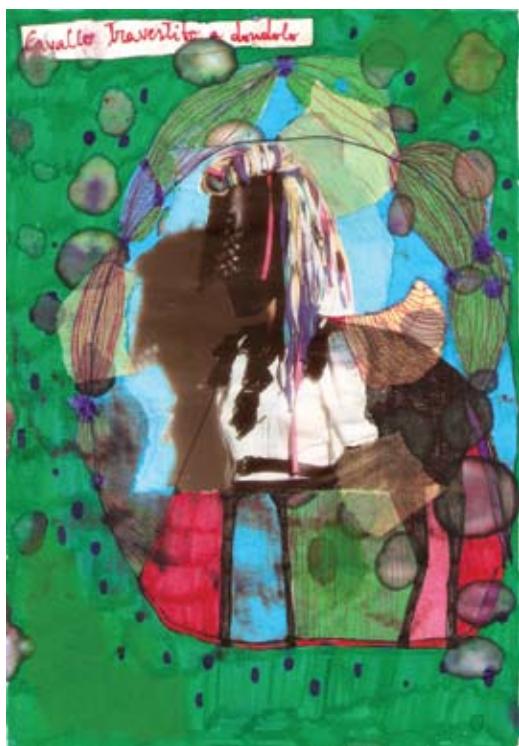


gimnasio a domicilio





Pennuti a dondolo



9 . C O N C L U S I O N I

(...) soffro perché la Mente non fa parte della vita e la vita non fa parte della Mente; soffro per la Mente come organo, per la Mente come interprete, per la Mente che intimorisce le cose per farle entrare nella Mente.

(Antonin Artaud*)

L'unico fatto certo è che senza il condimento della follia non può esistere piacere alcuno.

(Erasmo Da Rotterdam, *Elogio alla follia*, 1511)

La mia tesi si conclude qui, anche se, trattandosi in parte di un viaggio introspettivo, la ricerca può evolvere in futuro, sia a livello teorico che pratico. Tra i miei obiettivi c'è quello di intraprendere la formazione di arteterapia, per incrementare le mie conoscenze e divenire parte attiva nel mondo della psicologia e della psichiatria. In parallelo porterei avanti anche i miei progetti artistici, per i quali riesco a prevedere solo una continua trasformazione, piuttosto che un punto d'arrivo.

Fatte queste premesse sul futuro, mi piacerebbe concludere il progetto parlando del rapporto che alcuni pazienti hanno con la propria patologia: molti schizofrenici cercano di sconfiggere, o quantomeno alleviare, ogni sintomo che li affligge, quindi sono favorevoli ai trattamenti; altri vorrebbero liberarsi del male che li tormenta, ma a causa di un vissuto di persecuzione temono di essere avvelenati; altri ancora negano la diagnosi e son convinti di poter smettere i farmaci perché si ritengono guariti. Ciò che più incuriosisce però, è che ci sono soggetti che hanno timore della guarigione: essi vivono le allucinazioni non minacciose come una compagnia, quindi difficilmente ne farebbero a meno, perché il vuoto li spaventa ancora di più. Ci sono poi alcuni schizofrenici che difficilmente farebbero a meno della psicosi, poiché permette loro di vivere al di fuori della realtà, evitandogli l'arduo tentativo d'integrazione all'interno della società.

*Poeta, drammaturgo, visionario universale del teatro, ma anche schizofrenico per buona parte della sua vita.

Quest'aspetto della schizofrenia emerge per la prima volta chiacchierando con un'amica psichiatra, la quale mi spiega che, durante i colloqui con i pazienti, non cerca di riportarli forzatamente alla realtà, poiché non sempre è una strategia terapeutica. Talvolta sono i soggetti stessi a dare un senso ai propri sintomi e a riconoscere che le allucinazioni sono solo frutto della propria percezione, eppure sentono la necessità di condividerne il contenuto, che può essere espresso con più facilità di fronte a un medico di cui si fidano, piuttosto che in ambiente familiare. Il ruolo dello specialista è anche quello di preservare la dignità del paziente e di proteggerlo, per questo lo stimola a rivelare il contenuto delle visioni o delle voci nel proprio studio, dove viene ascoltato ma non giudicato o allontanato, al contrario di quanto potrebbe avvenire altrove. Lo schizofrenico impara così a distinguere tra spazio privato e spazio pubblico.

Nel saggio *Follia e modernità* di Sass si trovano alcune citazioni che rimandano a questo discorso.

Le persone continuavano a pensare che io avessi riacquistato la mia brillante intelligenza, ma ciò che io stavo realmente facendo era regredire a livelli di pensiero sempre più semplici. Tuttavia per gli "empirici" io stavo guardando.
(testimonianza di un paziente schizofrenico)

Nella mia malattia mentale sto godendo di tanta meravigliosa libertà (...). Essere un malato di mente significa essere un principe, con tutte le sue libertà e i suoi pensieri.

(testimonianza di un paziente schizofrenico)

Nel mio mondo sono onnipotente, nel vostro esercito la diplomazia.
(testimonianza di un paziente schizofrenico)

Anche Eugenio Borgna, nel suo libro dedicato all'esperienza schizofrenica, parla del desiderio di alcuni pazienti di continuare a vivere al di

fuori della realtà, al punto da arrivare a considerare la morte volontaria come unica alternativa alla follia.

Lasciatemi almeno le mie fantasie: con la fantasia posso avere un figlio. Questo è il mio sogno. Forse credete che io non capisca la realtà: ma io la capisco. Per questo ho bisogno della fantasia.

(testimonianza di una paziente schizofrenica)

La cancellazione farmacologica dei sintomi, la loro scomparsa, lascia (talora) dietro di sé una condizione di svuotamento emotionale e di in-significanza esistenziale: che solo il suicidio riempie.

(Eugenio Borgna)

Per comprendere meglio la schizofrenia, in mancanza di esperienze dirette con persone che ne soffrono, sono di fondamentale importanza i films (indicati nella filmografia). Tra questi c'è *Senza pelle*, che narra la vicenda di un ragazzo che s'innamora perdutamente di una donna, convinto che il suo amore sia corrisposto. A un primo momento, in cui lei lo evita e lo respinge, ne segue un altro in cui prova a integrarlo nella propria vita e in quella della propria famiglia, pensando di avvicinarlo così alla realtà, e quindi di aiutarlo. Questo però ha l'effetto contrario sul ragazzo, il quale fatica a socializzare e viene destabilizzato ancor di più. Ciò dimostra quanto sia difficile per le persone psicotiche tirarsi fuori dalla propria alienazione che, per quanto drammatica, ha comunque una funzione di difesa dal mondo esterno.

Purtroppo la vita "normale" è un compito impossibile per le persone schizofreniche.

1 0 . F O N T I

Bibliografia

Carlo Maggini, *Schizofrenia. Attualità del pensiero di Eugen Bleuler*, Edizioni ETS Pisa, 2005;

Luigi Abbate e Viviana Massaro, *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT*, Raffaello Cortina Editore Milano, 2007;

Eugenio Borgna, *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli Editore Milano, 2009;

Eugenio Borgna, *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli Editore Milano, 2012;

Louis A.Sass, *Follia e Modernità. La pazzia alla luce dell'arte, della letteratura e del pensiero moderni*, Raffaello Cortina Editore Milano, 2013.

Filmografia

Psycho, di Alfred Hitchcock, 1960;

Una moglie, di John Cassavetes, 1975;

Senza pelle, di Alessandro D'Alatri, 1994;

Spider, di David Cronenberg, 2002;

A beautiful mind, di Ron Howard, 2002;

The Aviator, di Martin Scorzese, 2005;

Piano, solo, di Riccardo Milani, 2007;

Shutter island, di Martin Scorzese, 2010.

Teatro

La voce, monologo di Antonio Rezza in onda su RAI3 il 6 maggio 2013;

Le voci di dentro, di Eduardo de Filippo, 1948.

Tra le altre mie fonti preziose vi sono: *wikipedia.it* (encyclopedia online), *uptodate.com* (encyclopedia medica online) e tutte le conoscenze di Lorenza (di professione psichiatra).

1 1 . R I N G R A Z I A M E N T I

Ringrazio il Professor Danilo Ciaramaglia, che condivide con me le sue conoscenze e il suo entusiasmo. Gli sono grata anche per l'aiuto nella lettura delle mie opere.

Grazie alle Professoressa Mirella Brugnerotto e Cristina Treppo, per la loro spinta a seguire la strada migliore per la valorizzazione delle mie opere, e per la sollecitazione a riflettere sulla loro disposizione nello spazio, al fine di farle dialogare.

Un particolare ringraziamento va a Lorenza, con la quale parlo tanto di schizofrenia e non solo. Di grande aiuto anche i suoi consigli relativi a testi e films e soprattutto i suoi incoraggiamenti.

Sono molto riconoscente a Nicola Guanziroli, disponibile a mostrarmi le tavole dei test di appercezione tematica e a chiarire ogni mio dubbio.

Di grande aiuto è per me anche il confronto con mio papà, che da sempre mi trasmette la sua passione per la medicina, e senza il quale non potrei accedere all'enciclopedia medica online *uptodate.com*.