

## IL MONDO FANTASTICO DEL PAZIENTE P.

GILBERTO DI PETTA

INTRODUZIONE di Paolo Colavero

*Quante poche cose sappiamo dire, quanto poco sappiamo scrivere che valga la pena di essere scritto. Per coloro che veramente contano, umili ma autentici, angosciati ma incapaci di esprimersi con la parola angoscia, vinti ma tali da essere essi soli il sale della terra anche se non conosciamo il loro nome. Forse c'è qualcosa nell'universo per cui la sofferenza reale o un atto di autentica verità non vanno mai perduti.*

E. Paci

Maglie (Le), 10 settembre 2017 – *Dobbiamo dire grazie a Gilberto Di Petta per questo suo prezioso lavoro. Abbiamo però il dovere di ringraziare insieme a lui anche il paziente P., che ha prestato le sue parole e quindi la propria viva, lucida esperienza a noi lettori, curiosi e ricercatori, così da permetterci di (provare a) vederlo, e attraverso di lui osservare il suo mondo, quello ovvero che è stato il suo mondo durante un lungo ricovero prima in terapia intensiva e quindi in riabilitazione.*

*Il caso che Di Petta mette per iscritto e qui pubblica si inserisce con pieno diritto nella preziosa tradizione di quella che è stata e tutt'ora è la fenomenologia clinica continentale, quella ovvero che fa dell'incontro e quindi del singolo caso clinico, e della sua precisa analisi (a partire dalle atmosfere per giungere ai dettagli, a quelli che Calvi definiva granelli), il*

proprio campo di studio<sup>1</sup>: “Describe phenomena”<sup>2</sup>. Questo testo risponde quindi direttamente, in virtù prima delle sue atmosfere e dopo del suo contenuto, alla definizione che della fenomenologia dà Van den Berg, quando la descrive come Scienza di solitudine e isolamento (*Phenomenology, science of loneliness and isolation*).

Non deve sorprenderci troppo il fatto che Di Petta scriva questa volta non da un SPDC o da un CIM/CSM o da un SERT/SERD, bensì invece da un reparto ospedaliero lontano e differente da quelli di cui siamo abituati a leggere, da quelli che siamo abituati a frequentare e nei quali siamo soliti porre la nostra domanda di senso. Dobbiamo essere infatti consapevoli che la fenomenologia può e deve applicarsi a tutto lo scibile e al percepibile senza distinzione alcuna; deve applicarsi all’esperienza vissuta tutta, senza esclusione, al rapporto quindi tra una coscienza e il mondo che viene da questa di volta in volta intenzionato<sup>3</sup>.

È possibile infatti applicare l’esercizio fenomenologico in ogni situazione, in ogni occasione in cui l’ovvio non appare sufficiente a contenere la curiosità del soggetto e pare così intravedersi quel surplus di senso (Bodei, 2009) che permette al fenomenologo di esercitare la propria curiosità controvento, contro la norma pacificatrice del mondano, dell’atteso e della doxa. La domanda di Di Petta è e rimane così, nonostante l’inedito luogo nel quale nasce e si sviluppa<sup>4</sup>, una domanda sul senso e la possibilità di una certa esperienza delle cose, dei luoghi e delle persone che il pa-

---

<sup>1</sup> Quando nel 2010 presentai il caso di Alessio (COMPRENDE, 21) al X Corso Residenziale di Figline Valdarno, Giovanni Stanghellini, in quella occasione mio discussant insieme a Lorenzo Calvi e Gilberto Di Petta, così affermò: «Stiamo analizzando un caso singolo, stiamo facendo fenomenologia».

<sup>2</sup> Non potrebbe d’altronde essere altrimenti in quanto la fenomenologia può anche essere definita come “scienza della soggettività”.

<sup>3</sup> «Per Husserl e per chi ne condivide gli assunti fondamentali, il pensatore non è colui che sta nella torre d’avorio o nella stanzetta, ma colui che esce nel mondo. Chiaramente c’è qui un invito, appunto quello di uscire nel mondo, direi alla “luce del visibile”, perché fenomenologia, *Phainomenon*, vuol dire ciò che appare, ciò che si mostra, ciò che si vede. Uscire nel mondo alla luce del visibile, perché? Perché sin dall’inizio il filosofo è colui che ha a che vedere con un mondo pieno di cose, di contenuti di realtà» (De Monticelli, 2013).

<sup>4</sup> Non possiamo d’altronde dimenticarci che Lorenzo Calvi, maestro della fenomenologia clinica italiana, ha fatto fenomenologia, ha fatto *esercizio fenomenologico* nella cucina della sua casa di Lecco (il celebre lavoro sul portauovo), sui treni regionali che portano da Sondrio a Milano (nel suo analizzare i giovani e il loro linguaggio), per le strade delle città (analizzando i clochard e la loro attrazione per le cicche di sigaretta lasciate per terra) e naturalmente in ospedale e a domicilio dei pazienti, da solo o in compagnia dei suoi amati infermieri.

ziente P. ha fatto e subito anche sulla spinta – come vedremo – di un vissuto angosciante e catastrofico.

*In questo senso la testimonianza in prima persona, e quindi la riflessione dell'autore, si fanno adeguate all'esperienza originaria del paziente, e l'atmosfera che avvolge il lettore rispecchia precisamente quella che possiamo immaginare essere stata propria del luogo nel quale il paziente P. ha vissuto per un lungo lasso di tempo. Se risponde infatti al vero che, come afferma sempre Van den Berg (1961), «la fenomenologia è innanzi tutto un metodico adattarsi, un atteggiarsi a misura delle cose», allora questo testo ci porta diritti all'interno delle cose del paziente P., dei suoi vissuti e delle sue esperienze, ci permette ovvero di adattarci alla misura dell'esperienza del paziente e quindi comprenderlo dove e come si trova(va), nell'unico modo davvero possibile: ascoltandolo, standolo a sentire e prendendo sul serio quanto afferma di aver vissuto. Prima viene l'esperienza vissuta, la raccolta e la partecipazione, e solo dopo quindi la riflessione sulla stessa.*

*Vengono così in mente, più o meno celebri e più o meno recenti, altri scritti, spesso redatti in prima persona, che hanno permesso a noi clinici di analizzare e vedere (con l'organo però trascendentale della visione, direbbe Lorenzo Calvi) il mondo vissuto dei pazienti; penso qui a Il paese degli specchi. Confronto con lungodegenti manicomiali, di De Martis e coll. (1980), al Diario di una schizofrenica della Sechehaye (1950) o al più recente ancora La barca dei folli, testimonianza coraggiosa e in prima persona della crisi psicotica e quindi dei numerosi ricoveri subiti dall'attore Stefano Dionisi (2016). È in questo intreccio, nella "scelta" dei contenuti del delirio e delle allucinazioni, come delle parole per esprimerle e della reazione alle stesse, che si gioca la questione centrale, ben sottolineata da Di Petta che richiama Ballerini, tra l'impersonale biologico e il personale storico, questione che deve farci riflettere sui nostri pregiudizi – parlo qui soprattutto ai miei colleghi psicologi – sul corpo e sul cervello, sull'organo che spesso tralasciamo di pensare e di considerare.*

*Così, come un Ulisse che è appena sopravvissuto alla peggiore tempesta della propria vita, P. giunge sano e salvo sulla spiaggia del reparto di riabilitazione dove, proprio come Ulisse in compagnia dei Feaci, con grande partecipazione affettiva inizia a cantare la sua esperienza vissuta in terapia intensiva, intrisa di elementi allucinatori, illusionali, fantastici e interpretativi (Di Petta). Novello Aby Warburg, P. si aggira per il reparto (anche quando ancora non in grado di camminare) incontrando medici, parenti e soprattutto infermieri, tutti inseriti in trame fantastiche, confuse tra memoria e attualità, luoghi del passato e rimandi geo-affettivi, falsi riconoscimenti e domande inesprese.*

*La questione della diagnosi differenziale tra allucinazioni funzionali e organiche, che l'autore prende giustamente in considerazione, passa quasi in secondo piano, a mio parere, di fronte alla possibilità che, in virtù della sua spiccata capacità narrativa, lo stesso paziente ci offre, quella ovvero di osservarlo nel proprio essere-nel-mondo del ricovero. Angosciato e passivizzante<sup>5</sup>, da osservare solo dal basso e provare a interpretare, il corpo-mondo di P. è lo stesso dei sopravvissuti su un campo di battaglia, un corpo-mondo ovvero sul quale posano i loro occhi e le loro mani i fanti e gli ufficiali dell'esercito avversario. A volerlo così immaginare con gli occhi della visione (perché l'epochè fenomenologica è una scelta e un esercizio faticoso, come ci ha insegnato con l'esempio il magistero di Calvi), il paziente P. è un combattente gravemente ferito che, non riuscendo a comunicare per via del dolore e della carica di angoscia che lo tiene prigioniero, è costretto ad osservare i suoi "aguzzini" prima torturarlo, praticargli di tutto, arrivare sino a negargli addirittura l'acqua e quindi invece salvarlo e tornare a rispettarlo nuovamente portandolo in salvo nell'ospedale da campo<sup>6</sup>. Passa per via di questa immagine la passività estrema che ha contraddistinto il periodo del ricovero in rianimazione di P., ma credo insieme a questa anche l'estrema lucidità e presenza di spirito, direi qui curiosità, che mai lo ha abbandonato e che, insieme all'angoscia, lo ha spinto a contornarsi di figure oscure ma allo stesso tempo molto umane, cariche di sentimenti e intenzioni comunque difficili da intuire.*

*Il paziente P. entra così, grazie alle proprie doti narrative e alla successiva capacità analitica di Di Petta, nel novero di quei casi paradigmatici di cui Lorenzo Calvi è stato, all'interno della Scuola italiana, l'indiscusso Maestro. Il paziente P. si affianca così al fianco di Luisa, Don Marco e agli altri che hanno accompagnato la crescita della fenomenologia clinica italiana e il suo passaggio dalla pura analisi alla terapia, dalle solide spalle dei primi Maestri (non a caso l'autore ringrazia Ballerini, Callieri e Calvi) a quelle degli attuali protagonisti della ricerca, della didattica e della clinica fenomenologiche, di cui Di Petta è uno degli attuali maggiori interpreti continentali.*

---

<sup>5</sup> «Nell'epochizzazione, per mezzo della *Weltvernichtung*, ciò che prima era sicuro diventa angoscia» (Paci, 1961, p. 46).

<sup>6</sup> In questo ricalcando la sorte di Lord Cardigan, a capo dell'XI Ussari, giunto quasi da solo tra le linee nemiche a Balaclava e quindi, rispettato e conosciuto dagli ufficiali nemici, risparmiato per il suo riconosciuto coraggio ma anche per la sua inconsapevole follia.

– Alla memoria indelebile di Arnaldo, Bruno e Lorenzo –

## I. INTRODUZIONE E METODOLOGIA

L'analisi del mondo vissuto (*Lebenswelt*) del paziente P. vuole rappresentare un contributo alla conoscenza della costituzione di un paesaggio allucinatorio/delirante durante una compromissione organica (esogena – Bonhoeffer, 1917), ma soprattutto l'analisi è diretta a sottolineare quanto, anche nelle condizioni fisiopatologiche marcatamente organiche, "l'individuale storico" si interdigiti strettamente, quasi fino a confondersi, con l'"impersonale biologico" (Ballerini). Ciononostante ritengo sia possibile tracciare una linea di confine tra l'esogeno e l'endogeno<sup>7</sup>.

Questo lavoro si inserisce nell'ambito della ricerca di una semeiotica differenziale tra i quadri psicopatologici sostenuti da patogenesi organica (esogena) e quelli sostenuti invece da una patogenesi endogena. L'interesse di questa speculazione ha una ricaduta eminentemente pratica, soprattutto nella diagnosi differenziale delle situazioni acute, ma anche nel seguimiento post acuto delle sindromi psicopatologiche, per cercare ovvero di capire quanto è del cervello e quanto è della storia della persona. Anche se da un punto di vista globale la persona e il cervello non sono entità diverse, da un punto di vista clinico e diagnostico rimane infatti sempre valida, entro certi limiti, la distinzione tra endogeno ed esogeno.

Il mio specifico interesse è volto, in questo caso, a sottolineare le analogie tra le allucinazioni indotte da sostanze stupefacenti e quelle sostenute da una sindrome cerebrale organica, nel quadro di una destrutturazione spaziotemporale tale da far vivere il paziente immerso in un mondo fantastico. A questo proposito vanno sottolineate le differenze tra le allucinazioni su base organica (da sostanze o somatogenetiche) e le allucinazioni funzionali della psicosi schizofrenica, essenzialmente acustico-verbali. Va specificato che, nel caso qui analizzato, mai si sono date le condizioni per un delirium, in quanto il paziente ha sempre versato in uno stato di coscienza lucida o, a tratti, crepuscolare, ed è proprio questo particolare a rendere il caso peculiare per la sua decrittazione.

---

<sup>7</sup> Una distinzione che non è questione di lana caprina, di sesso degli angeli o di disquisizioni fini a se stesse sulla diagnosi differenziale, ma per incoraggiare il clinico a non arretrare di fronte all'avanzata delle macchine diagnostiche, anche perché le aree lasciate scoperte da queste ultime sono notevoli. È soprattutto nell'emergenza che il senso clinico deve dare l'orientamento decisivo alle mosse dello psicopatologo.

zione fenomenologica. Una sorta di sindrome di *Alice nel paese delle meraviglie*, quella vissuta dal paziente, capace, proprio per la sua spiccata vividezza ed evidenza, di annientarne la critica e di favorire lo sviluppo di reazioni deliranti interpretative. Ma anche un vero *experimentum naturae* per studiare, fenomenologicamente, le condizioni di possibilità di una coscienza costituente costretta in un corpo immobile.

Nel caso in esame, la fissazione mnestica ai contenuti dell'esperienza vissuta<sup>8</sup> e la resistenza alla critica del paesaggio allucinatorio sono correlate proprio alla costituzione trascendentale di un mondo altro, o mondo proprio (*idios kosmos*). La struttura di mondo, dotata di una sua coerenza interna, garantisce, infatti, durata, continuità e impermeabilità all'esperienza vissuta rispetto ad un insieme di percezioni frammentate e slegate tra di loro, che più facilmente verrebbero smantellate dal ripristino del senso critico.

Un altro aspetto di rilievo relativo a questo caso è il fatto che qui si tratta di un risveglio. Il paziente ha subito un fermo dell'attività cerebrale per diverse ore, e quando il suo cervello si è riattivato, il mondo intorno è stato ricostituito sulla base di caratteristiche formali (trascendentali) che solo l'applicazione della metodologia fenomenologica consente di strutturare in un quadro d'insieme coerente. È suggestivo, dunque, che gli apriori fenomenologici che costituiscono il nostro rapporto con la realtà esterna (spazio e tempo) riconoscano basi neurobiologiche che evidentemente le neuroscienze chiariranno, ma delle quali, allo stato attuale, nessuna ipotesi neuropsicologica può ancora dare conto.

Certamente, l'interpretazione dei contenuti vissuti dal paziente sarebbe più appannaggio di un lavoro di tipo psicoanalitico, ma le strutture formali trascendentali che organizzano, costituiscono e strutturano il suo mondo sono straordinariamente visibili solo a partire da alcune nozioni fenomenologiche di fondo<sup>9</sup>. In questo modo la fenomenologia di matrice husserliana si dimostra essere scienza rigorosa (*strenge Wissenschaft*) di quel segmento vissuto di coscienza-mondo, mediato, in questo caso, dall'essere situati nel- e con- il corpo-proprio lucidamente esperito nella sua modalità bifasica di *Leib/Koerper*. Il corpo del paziente viene considerato, in questo studio, il vero medium tra il suo io e il mondo, e dunque generatore del circolo formale percettivo-motorio (von Weiszaecker), che tanta parte ha nel sostenere la costituzione della realtà; non a caso il ripristino completo della critica viene a coincidere,

---

<sup>8</sup> Tale da favorire la perfetta ricostruzione a freddo (*post hoc*) dell'esperienza stessa.

<sup>9</sup> A questo proposito ritengo valida la classica distinzione tra il "che cosa" (*Was*), il "come" (*Wie*) e il "perché" (*Warum*) dell'esperienza vissuta. Sul "che cosa", fenomenologia e psicoanalisi consentono, mentre il "come" e il "perché" rimangono appannaggio rispettivamente dell'una e dell'altra.

temporalmente e di fatto, con il perfetto ripristino motorio e cinestesico del paziente. In altri termini, il mondo intorno riassume connotati familiari contemporaneamente alla riacquisizione della capacità motoria del paziente, ovvero della sua capacità di muoversi al ritmo e al tempo del mondo.

È interessante notare che il lavoro al confine tra *l'individuale storico* e *l'impersonale biologico* pone il paziente, pur immerso nel suo mondo fantastico, nella condizione di produrre un tessuto narrativo, un vero e proprio *textum*, che, pur dotato di forte carica a-topica e u-topica, sarà lo stesso a sfilarsi successivamente, consentendo il lento subentrare del cosiddetto piano di realtà, con i suoi parametri spazio-temporali, al piano della fantasia.

Gli strumenti fenomenologici utilizzati per l'analisi di questo materiale vissuto sono i seguenti:

- La nozione husserliana di “epochè” così come è stata tematizzata nei lavori e nella radicale riflessione di Lorenzo Calvi;
- La coppia concettuale di “individuale storico”/“impersonale biologico” come è stata tematizzata nella riflessione e nei lavori di Arnaldo Ballerini;
- La nozione di “spazio” elaborata da Merleau-Ponty;
- La nozione di “tempo vissuto” elaborata da Minkowski;
- La coppia concettuale “paesaggio/geografia” (*Landschaft-Geographie*) di Straus;
- La distinzione fenomenologica tra “corpo vissuto/proprio” (*Leib*) e “corpo cadavere/cosa” (*Koerper*);
- La nozione fenomenologica di “carne”, nelle accezioni che a questo termine hanno dato Maurice Merleau-Ponty e Lorenzo Calvi;
- La nozione di “identità narrativa” di Ricoeur;
- La nozione di “atmosferico” di Tellenbach;
- La nozione di “mondo-proprio” (*idios kosmos*) di Binswanger;
- La nozione di “sentire” (*Empfinden*) di Straus, che ha una struttura intenzionale emotivamente impregnata.
- La nozione di “struttura ciclomorfa” (*Gestaltkreis*) di von Weiszaecker;
- Le nozioni di “maneggiabilità” (*Zuhandenheit*) e di “contemplatività” (*Vorhandenheit*) dell'uomo di fronte al mondo, così come sono state tematizzate da Heidegger (1927);
- La nozione di “prassi mimetica” di Calvi;
- La nozione di *embodiment* di Zaner.

## II. EPICRISI

Nel mese di agosto 2013 il paziente P.<sup>10</sup>, di anni 77, è stato sottoposto ad un intervento neurochirurgico per l'ablazione di un meningioma frontale della grandezza di sei centimetri per cinque<sup>11</sup>. L'intervento è durato otto ore. Dopo la fase post-operatoria, tra terapia intensiva e riabilitazione, il tutto si è risolto senza esiti, con una *restitutio ad integrum* totale. Tuttavia, per un discreto lasso di tempo (circa due mesi)<sup>12</sup>, il paziente è rimasto profondamente convinto della verità e della realtà di ciò che – lo leggerete dalle sue stesse parole – aveva così intensamente vissuto, in particolare durante la sua permanenza in terapia intensiva, nella prima settimana post-operatoria, quando alternando sonno e veglia, si era ritrovato come senza tempo e senza spazio, senza mondo e senza corpo.

Recuperata una sufficiente funzione respiratoria autonoma e trasferito in reparto riabilitativo, il paziente si è mostrato, da subito, critico e orientato nei confronti della propria persona, del tempo, dello spazio e degli altri. È stato a questo punto che ha iniziato, con grande partecipazione affettiva, a raccontare la sua esperienza vissuta in terapia intensiva, intrisa di elementi allucinatori, illusionali, fantastici, interpretativi. La sua memoria allucinatoria, tuttavia, si mostrava del tutto impermeabile alla critica. La sua convinzione di avere esperito un paesaggio spaziotemporale totalmente altro da quello che ognuno (secondo il senso comune) si aspetterebbe di vivere in un contesto ospedaliero era radicata in lui al punto tale che egli non prestava assolutamente fiducia a ciò

---

<sup>10</sup> Il paziente P. è mio padre, che ringrazio per la generosità con cui ha messo a disposizione questa sua dolorosa e intima vicenda, fiducioso che possa essere utile a corroborare la conoscenza in ambito psicopatologico. Egli ha sempre goduto di pieno benessere. Anamnesi negativa dal punto di vista neuropsichiatrico. Abitudini di vita regolari. Non fumatore né bevitore di alcolici. Ha concluso la sua carriera professionale come dirigente scolastico. È stato sempre attivo come giornalista, caporedattore di riviste, si è occupato di letteratura, scrivendo romanzi, novelle e testi di narrativa adottati nelle Scuole dell'obbligo.

<sup>11</sup> Il meningioma è stato diagnosticato in maniera casuale, grazie ad una TAC eseguita nel corso di altri accertamenti. Il paziente prima dell'intervento manifestava i chiari segni di una sindrome frontale negativa, caratterizzata da apatia, abulia, adinamia, sonnolenza. L'orientamento spaziotemporale è stato sempre conservato.

<sup>12</sup> Due mesi sono lo stesso lasso di tempo impiegato da G.E. Morselli per disfarsi dei *flashback* dispercettivi indotti dall'autosomministrazione di mescalina. Si veda quanto Morselli scrive a proposito del ritratto di Tiziano (in De Giacomo U., Callieri B. et al., 1962/2016) che continua ad essere animato e persecutorio, al punto tale che l'autore è costretto a dormire fuori casa pur sapendo che quello non è che un quadro.



che i figli e gli altri gli dicevano: ovvero che quelle scene che aveva esperito non potevano avere, viste le condizioni in cui era situato, alcuno statuto di realtà. Anche il fatto che si trovava, tuttora, in una situazione ospedaliera (anche se in un reparto diverso) alla cui geografia non erano per nulla iscrivibili i paesaggi che aveva vissuto, non incrinava minimamente la sua certezza di averli vissuti. In questo periodo il paziente non aveva capacità motoria autonoma, veniva issato dal letto con l'argano, e lentamente veniva perciò sottoposto a sedute di riabilitazione segmentaria dei propri distretti motori. È stato solo alle dimissioni dall'ospedale, con la riacquisizione quindi di contatto con il mondo esterno (guardando l'ospedale dall'esterno), con l'autonomia motoria e con l'esercizio progressivo della critica, che l'inverosimiglianza tra il suo vissuto personale e la realtà condivisa si è fatta via via più stringente.

I brani che seguono rappresentano un estratto del diario del suo mondo allucinatorio che alcuni mesi dopo egli stesso ha redatto<sup>13</sup>, un mondo che ha lasciato vividissime tracce nella sua memoria storica<sup>14</sup>.

### III. DAL DIARIO DI P.\*

#### III.1. *Il mio mondo fantastico*<sup>15</sup>

In rianimazione rimasi sette giorni. Ero rigido come un sasso<sup>16</sup>, ma il mio cervello funzionava<sup>17</sup> e il primo pensiero andò ai miei figli, perché

---

<sup>13</sup> Di Petta P., *La mia malattia. Dal buio alla luce*, Simple, Macerata, 2014.

<sup>14</sup> Nelle fasi intercritiche dei pazienti psicotici, la memoria del mondo allucinatorio e delirante non è mai così nitida e precisa; è difficile infatti che essi riescano realmente a costituirsi come spettatori o narratori della propria esperienza psicotica. È come se durante le fasi acute la partecipazione fosse così totale da non lasciare spazio alcuno per la critica che, successivamente, può impiantarsi soltanto sullo spazio lasciato a disposizione dell'Io narrante durante la fase acuta o critica. La storia del paziente psicotico è così intervallata dalle catastrofi acute che portano via con sé la memoria di un'altra vita, di un altro mondo, rendendo lacunare la stessa coscienza del paziente. Per certi aspetti questo tipo di decorso è simile a quello delle sindromi epilettiche e non è un caso che, quando non si aveva un trattamento anticonvulsivante efficace, molti di questi pazienti finivano in ospedale psichiatrico, con la diagnosi esogamica ed oggi desueta di "psicosi epilettica". La possibilità di costruire un tessuto narrativo che ricomprenda i laceranti eventi critici rappresenta così la base di ogni psicoterapia degli stati psicotici.

\* Note al testo di G. Di Petta.

<sup>15</sup> Il termine fantastico (*Phantastica*) fu utilizzato da Louis Lewin in una delle prime classificazioni degli effetti farmacologici delle droghe (1931).

ero convinto che non sapessero niente della mia vicenda<sup>18</sup>. Mi tormentavo perché non potevo avvisarli<sup>19</sup>.

Le fantasie mi assillavano e mi dicevo: in questo ospedale già sono morto una prima volta<sup>20</sup> e i medici sono riusciti a risuscitarmi. Il dottore che mi ha salvato mi ha vestito con il mio abito con il quale mi ero recato in ospedale, mi ha pettinato i capelli ondulati, mi ha fatto sedere davanti allo specchio ed io mi sono visto giovane<sup>21</sup> e ben curato. «Vedi come sei bello» mi ha detto, «ti raccomando non devi più ammalarti. Alzati. Vediamo come cammini. Tutto bene. Puoi tornare a casa. Nessuno ti accompagna?» «Ho la macchina davanti all'ospedale.» «Vai piano per la strada.» Però, pensavo che questa volta non mi sarei salvato. Sentivo<sup>22</sup> una campanella che emetteva dei rintocchi con suoni acutis-

---

<sup>16</sup> Alterazione del vissuto corporeo che evidenzia uno sbilanciamento del *Koerper* sul *Leib*. Essendo il corpo “[...] l’ambito delle decisioni ultime” (Husserl) c’è da pensare quanto l’immobilità del corpo abbia influenzato il congelamento del tempo e dello spazio. La perdita della reciprocità cinetica, o melodia cinetica con il mondo enuclea il paziente dalla fluida e inconsapevole immersione dell’io nel mondo. Questa condizione fa sì che l’intenzionalità del paziente possa, varcando la breccia tra corporeità sganciata dalla mondità, costituirsi un suo mondo, sovrapponendolo quasi a stampo sul mondo circostante. Scrive Leoni (2010): «Ciò che uno psichiatra incontra è anzitutto un corpo, un corpo che si muove, che gesticola, che parla e vive in una certa maniera, dandosi certi spazi e certe distanze, peculiari modi di abitare il luogo in cui si trova, di progettare quel luogo o di non progettarlo, di difendersene o di aggredirlo, di attenderne o disattendere i segni e gli indizi, di incarnarne i tempi e i ritmi oppure di rifiutarne ogni comune misura». Secondo Straus poi «il corpo è il vero medium tra io e mondo».

<sup>17</sup> L’interesse di questo studio sta nel fatto che il paesaggio allucinatorio si iscrive sullo sfondo di uno stato di coscienza vigile e lucido, pertanto non può essere considerato come conseguenza di un *delirium*.

<sup>18</sup> Il paziente esperisce una subita *epochè*, o sospensione di mondo (*Weltvernichtung*). Realizza di aver subito qualcosa, ma non sa cosa, ed è ignaro che i figli siano a conoscenza della sua sorte. Questo gli provoca uno stato d’animo angoscioso e Calvi ha messo in evidenza quanto l’angoscia abbia un enorme potere smondanizzante. Quindi, un certo recupero della consapevolezza di sé e del suo corpo è contrastato da un incremento di angoscia smondanizzante, che contribuisce in modo sostanziale a rendere labili i confini delle cose.

<sup>19</sup> Questi riferimenti ai figli eliminano completamente l’ipotesi di uno stato di confusione mentale (*delirium*).

<sup>20</sup> Probabilmente il paziente si riferisce ad un ricovero per accertamenti che era avvenuto qualche mese prima nello stesso ospedale.

<sup>21</sup> Distorsione temporale: il paziente azzera il recente passato, in una sorta di amnesia anterograda rispetto all’evento malattia, che comunque viene retrodatato.

<sup>22</sup> Nel verbo *sentire* – scrive Calvi – si raccoglie tutta la modalità fenomenologica di accedere al mondo.

simi che si propagavano in tutta Italia<sup>23</sup>. Un solo rintocco significava la salvezza del malato<sup>24</sup>. Più rintocchi ne indicavano la morte<sup>25</sup>. Mi rasserenai perché per me la campanella suonò una sola volta e mi convinsi che i miei figli a Casoria, avendo sentito quel rintocco vitale, avevano capito che ero vivo. Poi venne un infermiere e disse: «Qui ci sono due P., chi sono?». Nessuno rispose. Si avvicinò a me, mi poggiò una mano sul petto e mi chiese: «Come ti chiami?». Non potetti rispondere perché non ero in grado di parlare anche perché avevo dei tubi nella gola<sup>26</sup>. «Ti chiami P.?». Accennai lievemente di sì con la testa. «Eccone uno, possiamo avvisare la famiglia», esclamò. «È vivo?» gli chiese un altro infermiere. Aprii poco poco gli occhi e vidi che questi gli rispose con un cenno della mano che significava: «È quasi morto». Sentii l'impulso di dirgli: «Sono vivo, non vedi?»<sup>27</sup>. Purtroppo non potevo articolare nessuna parola. Poi si spostò presso gli altri pazienti in rianimazione<sup>28</sup> a porre la stessa domanda: «Sei tu P.?». Nessuno rispondeva o assentiva con un minimo cenno. Sembravamo tutti cadaveri congelati. «Come facciamo adesso a trovare l'altro P.?»<sup>29</sup> «Speriamo che venga la famiglia per riconoscerlo.» «Ma come l'avvisiamo?» «Non saprei», rispose il collega sconfortato<sup>30</sup>.

Io mi agitavo, ero impaziente, bruciavo dalla sete ed appena incominciai ad articolare qualche parola, con suoni incomprensibili e con segni delle labbra cercavo di far capire alle infermiere, che giravano

---

<sup>23</sup> Illusione percettiva: il paziente trasforma il dispositivo acustico dei macchinari della terapia intensiva in un suono familiare, originario della sua infanzia, ovvero quello della campanella. Percepisce aperti i confini del paesaggio che lo circonda, e dunque maggiormente esposto il proprio sé. Il salto delle categorie geografiche non gli consente di sentire il contenimento del ricovero e la percezione del proprio corpo immobilizzato incrementa l'angoscia di essere esposto ad uno spazio aperto.

<sup>24</sup> Interpretazione delirante: il paziente conferisce senso all'illusione percettiva, contestualizzandola nel proprio mondo di allettato in bilico tra la vita e la morte.

<sup>25</sup> Evidente percezione delirante.

<sup>26</sup> Corretta critica della situazione corporea di soggetto intubato.

<sup>27</sup> La sorpresa è nel cogliere la scissione tra la coscienza di attività e l'impossibilità di muoversi.

<sup>28</sup> La precisazione del luogo qui appartiene all'Io narrante, ricostituito e posteriore rispetto ai fatti vissuti.

<sup>29</sup> Il paziente percepisce di non avere nozione di una parte di sé. Evidentemente supplisce a questa mancanza costituendo un alter ego. È un modo per posizionare dentro un corpo, che è altro ma è anche proprio, qualcosa che, seppure scisso, cionondimeno avrà possibilità di riunirsi, visto che il nome è lo stesso. Due corpi, ma identici, con la stessa identità storica e anagrafica, l'Io narrante è però indovato solo in uno di essi. La presenza è bilocata in una sorta di essere-al-di-là-di-sé.

<sup>30</sup> Esperienza dissociativa dovuta probabilmente al catabolismo di alcuni anestetici. L'intervento è durato otto ore.

sempre intorno al mio letto, che avevo troppa sete, che stavo morendo assiderato<sup>31</sup>. Non mi guardavano neanche, mi giravano le spalle e ripetevano a voce alta: «Respira, respira!»<sup>32</sup>. Come incominciai a parlare chiedevo a qualche infermiera: «Come ti chiami?». Quella, senza rispondermi, si allontanava e diceva: «Respira, respira forte!»<sup>33</sup>. Allora io mi convinsi che ero stato operato ai polmoni<sup>34</sup>. Non ero cosciente che l'intervento mi era stato praticato alla testa. Ogni tanto mi cambiavano la maschera ed io non la sopportavo perché l'ossigeno mi seccava la bocca e la gola. Mi dimenavo per strapparmela dal viso, ma avevo le braccia e le gambe legate e non potevo muovermi. «Che brutta fine ho fatto: legato come un malfattore. Sono un prigioniero mezzo morto», pensavo. Non avevo la cognizione del tempo. Non distinguevo il giorno dalla notte. Sentivo il vociare degli infermieri. Per me quella era la realtà.

### III.2. *Visioni e fantasmi*

Stavo morendo dalla sete e chiesi un bicchiere d'acqua. Quello che io ritenevo il medico che mi aveva salvato, ma che in realtà era un infermiere, disse ad una sua collega: «Dai mezzo bicchiere d'acqua a P.». Quella scostumatamente rispose: «No! Perché non ci basta neanche per cucinare»<sup>35</sup>. «Gliela devi dare perché P. sta male. Noi stiamo bene e ci possiamo arrangiare.»<sup>36</sup> L'infermiera indifferente si allontanò. La giudicai cattiva ed antipatica. Lei se ne accorse ed in seguito cercò di evi-

---

<sup>31</sup> Lo stato di angoscia del paziente in terapia intensiva che ha perduto le coordinate spazio-temporali è terribile. È verosimile che lo stato di angoscia peggiori la componente allucinatoria e la alimenti, o quantomeno ne sostenga un'interpretazione delirante.

<sup>32</sup> È verosimile che le ingiunzioni o le richieste del personale infermieristico e medico rivolte al paziente siano reali; il dato interessante è che l'interpretazione che egli ne dà è svincolata dal contesto. Il paziente, avendo subito un'epochè smondanzante, non può collocare nel proprio alveo semantico gli elementi di realtà che percepisce, e dunque è costretto a innestarli su di un altro registro di significato, spesso tinto di atmosfera persecutoria.

<sup>33</sup> Nell'immediato postoperatorio, il paziente ha effettivamente necessitato di una prima fase di ventilazione assistita. È verosimile che il personale lo incitasse quindi allo sforzo respiratorio.

<sup>34</sup> Evidente amnesia retrospettiva: il paziente ignora il motivo della sua condizione e fa delle illazioni sulla base del comportamento degli operatori che lo circondano.

<sup>35</sup> Il verbo rimanda ad una interpretazione del mondo e al tempo stesso al desiderio del paziente di ricreare un habitat più familiare.

<sup>36</sup> Nelle conversazioni attribuite dal paziente al personale spesso si distingue il buono dal cattivo, in riferimento all'atteggiamento che hanno con lui e alla sua capacità di attrarre la loro attenzione.

tarmi. L'infermiere capo un giorno disse ai suoi colleghi: «P. è una personalità importante. Ho letto su internet che ha scritto molti libri e che è poeta, scrittore e giornalista. Lo dobbiamo trattare con rispetto»<sup>37</sup>. L'infermiera che mi aveva negato l'acqua s'impaurì e disse: «Quando guarirà potrebbe farmi del male, per esempio, scrivere che in quest'ospedale ci sono infermiere che negano ad un morente persino una goccia d'acqua». «Certo che si vendicherà», affermò quell'infermiere che aveva di me stima e paura<sup>38</sup>. Ogni tanto gli infermieri ci smuovevano, ci giravano sul fianco, ci lavavano. A me cambiavano spesso la maschera dell'ossigeno e dicevano a voce alta: «Respira, respira con forza». Io capivo, ma non rispondevo. Ero solamente preoccupato per i miei polmoni. Un giorno quell'infermiere disse ai suoi colleghi: «Facciamo il giro di assistenza ed incominciamo da Barabba». «Chi è Barabba?», gli chiese un'infermiera. «P.» «E perché lo chiami Barabba?» «Perché è» «Poverino, soffre tanto.»<sup>39</sup>

### III.3. *Sul colle*

Io ero convinto che eravamo sistemati su di un colle<sup>40</sup> intorno al quale scorreva un fiume<sup>41</sup>. Ognuno di noi malati era sistemato dentro una bar-

---

<sup>37</sup> Il paziente si aggrappa al riemergere della propria identità di ruolo (Ricoeur) e si illude che questa possa essere riconosciuta dal contesto.

<sup>38</sup> È evidente una distorsione uditiva dei discorsi ascoltati, con una marcata componente interpretativa nella loro decodifica. È qui interessante sottolineare il vissuto di centralizzazione del paziente: ogni discorso è riferito a sé stesso con un denso *fumus persecutionis*.

<sup>39</sup> È evidente un certo allargamento dei confini del proprio Io alle figure circostanti. Gli operatori diventano animatori del dramma interno del paziente, combattuto tra la rabbia di stare lì, in qualche modo prigioniero, e il riconoscimento invece di una necessità a stare lì. Il "colle" potrebbe avere a che fare con l'identità biografica del paziente, che è nato in un paesino del Molise che si chiama Colle d'Anchise.

<sup>40</sup> Evidente disarticolazione dello spazio vissuto dallo spazio geometrico: il paziente descrive un paesaggio, nel senso di Straus, che non coincide minimamente con la geografia della terapia intensiva.

<sup>41</sup> Il rumore dei deflussori di ossigeno viene trasformato dal paziente nelle rapide di un fiume. La costituzione del mondo vissuto/paesaggio è caricata da particolari smottati dell'ambiente geografico. Attraverso un dispositivo sinestesico che Beringer definisce *Verbindung* le sensazioni sonore si trasformano in sensazioni visive. Il percepito acustico viene elaborato in un percepito visivo congruo, capace di conferire senso. Ogni sensazione o percezione, nell'impossibilità di ricevere un senso proprio, viene fatta coalescere con le altre in modo da ottenerne una lettura sensata.

chetta di vimini a scopo terapeutico<sup>42</sup>. Le barchette sbalzate dalle onde<sup>43</sup> del fiume rischiavano di ribaltarsi con grave pericolo per noi di finire in acqua e di annegare, anche perché avevamo le mani e i piedi legati<sup>44</sup>. Io, guardando il fiume, pensavo: «Quando chiedo da bere, quella infermiera mi risponde che non c'è acqua, ma qui ce n'è tanta. Quella donna è proprio cattiva». Quell'infermiere che giudicavo il mio salvatore era cacciatore e mentre stava in servizio si allontanava dai pazienti e nei campi vicini sparava ai fringuelli che volavano ad una certa altezza. Essi, colpiti dai pallini, cadevano al suolo stecchiti. Dopo averne ammazzati parecchi, rientrava in ospedale tutto orgoglioso della sua mira precisa ed invitava i colleghi a cena da lui per far gustare loro la sua cacciagione<sup>45</sup>. Era una persona molto allegra e sapeva anche cantare e ballare. Un giorno passò lungo la strada che fiancheggiava l'ospedale una coppia di giovani, seguiti da tante persone, che andavano a sposarsi. Cantavano in un dialetto incomprensibile canzoni popolari adatte agli sposi. L'infermiere si unì a loro esibendosi in danze e canti allusivi alla vita futura degli sposi. Io tendevo gli orecchi perché quella musichetta e quelle canzoni mi piacevano. Un infermiere se ne accorse e disse al suo collega: «P. è interessato a guardare gli sposi. Inquadrali bene con la telecamera così può vederli meglio sullo schermo della televisione». Io gli feci un cenno di ringraziamento con la testa. Poi pensai: «Noi stiamo tanto male e l'infermiere, gli sposi e i loro parenti ed amici si divertono disinteressatamente». Dopo che i due giovani si furono sposati, ritornarono per la stessa strada, continuando a cantare e a ballare e l'infermiere cacciatore e ballerino si dimenava in mezzo a loro con tanta gioia<sup>46</sup>.

---

<sup>42</sup> In questo caso è più chiaro l'*insight* di malattia a fronte del precedente sentirsi solo prigioniero.

<sup>43</sup> Deformazione percettiva illusoria dei materassi gonfiabili antidecubito.

<sup>44</sup> È incredibile come il paziente, pur rendendosi conto di essere in ambito sanitario, circondato quindi da operatori sanitari e sottoposto a manovre sanitarie, creda di essere collocato in un ambiente rurale di colli e fiumi (il paesaggio della sua infanzia) e non colga invece la contraddizione tra questi elementi evidentemente incompatibili.

<sup>45</sup> Il paziente è stato un cacciatore durante la sua giovinezza ed è vissuto in un ambiente dove la caccia era largamente praticata.

<sup>46</sup> Inserzione di sequenza narrativa nella quale il paziente è spettatore e non attore, diversamente da quanto accade nella dimensione puramente onirica, in cui l'io del protagonista interagisce.

#### III.4. *L'infermiera ed il prete*

Una sera venne a visitare noi malati un prete famoso di cui non ricordo il nome. Io avrei voluto parlare con lui, ma quell'infermiera che mi aveva negato l'acqua, lo prese per un braccio e chiamandolo per nome gli disse: «Devi venire con me a mangiare i peperoni che ho cucinato. Vedrai, sono buonissimi». Lo accompagnò sotto la tenda che fungeva da cucina, dove c'erano altri infermieri che mangiavano e ridevano per le battute scherzose che faceva qualcuno più comico. Lo fece sedere accanto ad un tavolo e gli servì i peperoncini verdi che aveva fritti, il prosciutto, il pane fresco ed un bel bicchiere di vino. Chiamandolo continuamente per nome lo spronava a mangiare. Il prete non parlava. «Ma sei muto?», gli chiese l'infermiera un po' delusa. Allora il sacerdote con un lieve sorriso le rispose: «Parlate voi per me. I peperoni sono molto buoni, però non ne posso mangiare molti».

#### III.5. *L'intervista mancata*

Una mattina venne una giornalista per intervistarmi, ma io con la maschera d'ossigeno e con alcune bende di carta che mi fasciavano il volto non potevo parlare. La giornalista chiese all'infermiere capo di liberarmi la bocca per alcuni minuti. «Vai a togliere la museruola a P.», disse l'infermiere alla collega che mi aveva negato l'acqua. Poiché quella non aveva il coraggio di guardarmi in faccia, gli rispose arrabbiata: «Non ci vado!». «E perché?» «Non ci vado» «Vai! altrimenti ti prendo a calci» Allora quella fece finta di venire verso di me, invece si nascose dietro un pilastro. La giornalista delusa andò via. Pensai: «Se guarirò, scriverò un articolo contro il comportamento di questi infermieri, di tutto il personale dell'ospedale perché nessuno mi risponde, nessuno mi dà spiegazioni sul mio stato di salute e per quale motivo mi tengono legato. Farò scoppiare uno scandalo». In quelle condizioni ero disperato. Se facevo qualche tentativo per liberare le mie mani dai legacci subito venivo ammonito da una psicologa che da dietro uno schermo televisivo, dall'alto di un pianerottolo, osservava attentamente tutto il reparto.

#### III.6. *I tre turchi*

Una mattina ci spostarono su di un altro colle anche circondato da un fiume e ci affidarono alla sorveglianza di tre turchi: un uomo e due donne. Questi sembravano zingari. Parlavano un linguaggio incomprensibile. Le due donne si accapigliavano tra di loro non so per quali motivi. Una delle due era addetta alla cucina e non voleva svolgere il

turno di sorveglianza e l'altra per questo motivo stava nervosa e chiedeva l'intervento del collega, il quale non riusciva a metterle d'accordo. Egli era quasi succube di entrambe.

Io stavo molto male, ma nessuno mi dava retta. Cercavo di ribellarmi, però quelli non mi capivano perché non conoscevano la lingua italiana. Una sera, dopo litigi tra di loro, se ne andarono a cena. Le donne con quelle voci stridule facevano un chiasso indiatolato. Io mi sentii morire. La campanella incominciò a suonare continuamente per annunciare la mia morte imminente<sup>47</sup>. I turchi erano intenti a mangiare e a parlare chiassosamente tra di loro, senza pensare a noi che stavamo male, e non sentivano il suono allarmante della campanella. Io disperato mi dimenavo e cercavo di chiedere aiuto, ma la voce non mi usciva dalla gola. Capii che per me era arrivata la fine e giacqui stremato sul letto. Ad un certo punto una delle due donne sentì il suono allarmante della campanella e corse a vedere chi stava per morire. Subito si accorse che ero io. Parlava ed imprecaava contro di me perché l'avevo disturbata mentre cenava. Io non capivo nessuna delle sue parole, percepivo solo che era troppo arrabbiata. Subito mi slegò le mani e i piedi, mi scosse, mi girò su di un fianco e poi sull'altro. Accorsero gli altri due. Parlarono tra di loro in modo concitato. Io non capivo cosa si dicevano. Comunque, ripresi a respirare con ritmo più normale. La campanella smise di suonare e dopo pochi minuti lanciò nell'aria un solo rintocco per annunciare a tutta l'Italia che ero salvo<sup>48</sup>. Fui contento perché pensai che i miei figli, sentendo quel suono, avrebbero capito che ancora ero vivo.

Un contadino che abitava nei dintorni aveva il compito di sparare un colpo di fucile quando un paziente in fin di vita dava segnali di ripresa. Quindi, anche per me, su invito del turco, il contadino puntò il fucile verso il cielo e sparò un colpo che appena si sentì.

### III.7. *Carezze leggere sulla mia mano*<sup>49</sup>

Ci riportarono sul colle di provenienza<sup>50</sup>. Lì solo i genitori ed i figli erano ammessi a visitare i malati. E, nell'ora di visita, una mattina sentii

---

<sup>47</sup> È evidente l'atmosfera di persecutorietà, legata ad alcuni soggetti ma anche all'andamento generale delle cose.

<sup>48</sup> Ancora una volta un vissuto di centralità: quello che accade viene riferito a sé e quello che accade a sé viene allargato al mondo.

<sup>49</sup> «La carezza è un illimitato approssimarsi» (Straus).

<sup>50</sup> Alterazione dello spazio vissuto: il paziente, pur essendo immobile e contenuto, ritiene di essere in condizioni di trasportabilità in ambienti diversi. P. fantastica il



sul dorso della mia mano sinistra una mano fresca ed una voce che mi chiamava: «Papà, papà, mi senti? Mi riconosci? Sono Paolo». Con le lacrime agli occhi accennai di sì con la testa, perché ancora non riuscivo a parlare. Lui mi stette accanto e continuò a carezzarmi la mano. Ricordo anche la mano calda di Grazia sulla mia e la sua voce dolce che diceva: «Papà, sono Grazia. Dai che ce l'hai fatta. Respira, respira forte». Io cercai di respirare profondamente e mi commossi. Lei rimase accanto a me e mi tenne la mano fra le sue.

Durante il giorno sentivo le proteste dei parenti degli ammalati perché non venivano ammessi a visitare i propri cari. Mi sembrò di sentire anche la voce di mia cognata Franca, la quale protestava perché voleva entrare. L'infermiera le disse di andarsene perché si era fatto tardi. Ella rispose: «Fammi entrare, non preoccuparti se si è fatto tardi perché mio cognato conosce bene la strada per il ritorno». L'infermiera dispiaciuta: «Non posso farti entrare». Io dal mio lettino gridavo: «Fatela entrare, è mia cognata, è venuta da tanto lontano». L'infermiera non mi rispose. Quando ho riacquisito i sensi ho chiesto a mia cognata se veramente era venuta per visitarmi in rianimazione. Mi ha risposto di no (questo episodio ed altri ancora mi hanno confermato che le mie erano solo sensazioni e fantasticherie di un malato isolato dal mondo reale)<sup>51</sup>. Gli infermieri che mi giravano intorno erano vestiti con giacca bianca e pantaloni o gonna (le donne) blu. Le donne erano tutte giovani e di colore. Non erano proprio nere, ma di pelle molto scura. Forse pensavano che io non capissi o che non sentissi quello che dicevano, perciò parlavano liberamente dei loro amori e della loro vita sessuale.

### III.8. “Una botta e fuggi”

Una bella ragazza chiese ad un suo collega giovane: «Domani vai in ferie: come ti divertirai?». «Vado con il gruppo “una botta e fuggi”» «E cioè?» «Ci divertiamo per un giorno ed una notte e poi ognuno se ne torna ai suoi impegni» «Ma siete tutti scapoli o anche sposati e fidanzati?» «Sì, anche sposati e fidanzati. È un modo per distrarsi, fare nuove conoscenze ed esperienze diverse» «I rapporti diventano anche intimi, cioè ci sono anche quelli che alla fine della giornata vanno a letto insieme?» «Certo, lo scopo principale è quello di fare all'amore. Io giorni fa sono stato in un gruppo in cui ho incontrato una bella ragazza per la

---

mondo di fuori, e il paesaggio del mondo di fuori è quello della sua infanzia (è come avesse cancellato il periodo di cinquant'anni vissuto in ambiente urbano).

<sup>51</sup> Critica molto successiva a tutto il periodo del ricovero, durato circa due mesi, compresa la fase della riabilitazione.

quale ho provato molta simpatia. Anche lei ha mostrato interesse per me. Siamo stati insieme tutta la giornata a parlare, a carezzarci, a tenerci per mano. A sera abbiamo preso in affitto una bella barca e ci siamo inoltrati nel mare. Il cielo era sereno, la luna e le stelle illuminavano la superficie del mare. Arrivati molto lontano dalla costa, cullati dalle placide onde, ci siamo amati con una passione struggente. Poi, abbracciati stretti, stretti, ci siamo addormentati. All'alba mi sono svegliato prima io e l'ho osservata in tutta la sua nudità. Era bellissima, sembrava una Venere. Quando si è svegliata ci siamo scambiati carezze, abbracci e baci. Ci siamo rivestiti e siamo tornati a riva. In un bar abbiamo consumato un cornetto ed un caffè per ciascuno e ci siamo salutati con un lungo bacio. Io non so niente di lei né lei di me. Spero di incontrarla di nuovo.» «Guarda, il tuo racconto mi sembra incredibile. Io non conosco questi gruppi di cui parli, né ho avuto esperienze del genere.» «Però, ti piacerebbe averle. Se vuoi puoi venire anche con me per renderti conto. È bello divertirsi senza impegno per nessuno.» «Ci penserò», concluse l'infermiera. «Che schifosi», pensai e mi agitai un po'<sup>52</sup>.

### III.9. *La botta*

A sera, le donne telefonavano alle rispettive mamme e tutte dicevano: «Mamma, come stai, hai fatto la botta? No? E dai, fai la botta, forza, così ti senti meglio». Qualcuna diceva: «Ne hai fatte due? Brava mamma!». Arrivava l'infermiera cacciatore e, facendo il galletto tra le colleghe, chiedeva a qualcuna: «Mammà ha fatto la botta? Forza incoraggiate le vostre mammine a fare la botta». A quelle parole tutte ridevano soddisfatte. Io, molto meravigliato, pensavo che fare la botta significasse fare la scoreggia e dissi fra me: «Ma queste ragazze sono proprio sporche, stanno fuori di testa, non hanno nessuna riservatezza» (anche queste credo che siano tante allucinazioni uditive e visive)<sup>53</sup>.

### III.10. *Desiderio di amicizia ed allucinazioni*

Io non avevo la cognizione del tempo, non capivo se era giorno o notte, né da quanti giorni stavo in rianimazione, né quando sarei stato dimesso. Nessuno rispondeva alle mie domande. Avrei voluto stringere ami-

---

<sup>52</sup> Per quanto il paziente si esprima con un giudizio morale negativo sui suoi vicini, in questa fase la morsa persecutoria pare già allentarsi.

<sup>53</sup> Il paziente, in fase di scrittura della propria storia, sottopone tutto ad un dubbio critico. Il dubbio smantella la struttura dello spazio. Anche dopo aver recuperato il paesaggio extraospedaliero, il paziente rimane ancora scettico circa le conversazioni ascoltate.

cizia con qualcuno del personale e spesso chiedevo a chi veniva ad accudirmi: «Come ti chiami? Che ore sono?». Né uno sguardo, né un sorriso per me. La risposta era sempre la stessa: «Respira, respira forte, ma forte». Quando gli infermieri si salutavano dicendo: «Buona notte», capivo che erano scese le tenebre e che era ora di dormire. Il sonno non mi veniva e i pensieri erano sempre accesi. Sentivo fuori nelle vicinanze dell'ospedale una gazzarra infinita. Erano giovani donne ed uomini di pelle nera che sostavano davanti alla porta dell'ospedale con la speranza di essere assunti come persone di pulizia<sup>54</sup>. Appena veniva aperta la porta del reparto essi si precipitavano dentro chiedendo di poter lavorare. Qualcuno senza autorizzazione prendeva una scopa ed una busta e si metteva a spazzare. Il portinaio con una bacchetta di legno li spingeva fuori gridando: «Non abbiamo bisogno di lavoratori, ne abbiamo una lunga lista», e se qualcuno si ribellava lo picchiava con la bacchetta sulle spalle. Sentii dire da un infermiere che dovevo essere trasferito in un altro reparto.

### III.11. *La psicologa*

La sera venne accanto a me quella psicologa che dalla sua postazione osservava tutto il movimento del personale e mi disse: «Sono stata assegnata a te per aiutarti, ma non sono soddisfatta, perché voglio continuare il mio lavoro di osservatrice». Io la guardai e non risposi. Poi prese una sedia, si sedette di fronte alla sponda del mio letto, mi prese le mani fra le sue e mi disse: «Così dobbiamo dormire durante questa notte». Poco dopo mi assopii e lei rimase in quella posizione per tutta la notte. Subito mi svegliai e la vidi che aveva poggiato il viso sulle mie mani e seduta sulla sedia dormiva. Provai per lei una profonda tenerezza e pensai: «Nella sua postazione sembrava inflessibile, punitiva ed invece è affettuosa e materna». Come ogni notte, non riuscii a dormire, ma fui confortato alla vista di quel volto femminile dolce nell'abbandono del sonno. Pensai: «Chissà se lo fa per amore o per dovere», e strinsi le mie mani intorno ai suoi polsi. Si scosse, aprì gli occhi e li fissò nei miei. Poi con voce assonnata mi chiese: «Perché non dormi?». Io scossi la testa senza rispondere. Si sistemò meglio sulla sedia e cercò di dormire. Il giorno seguente se ne tornò al suo posto di osservazione.

---

<sup>54</sup> Interpretatività attiva del paziente, allargata anche all'ambiente extraospedaliero.

III.12. *Una voce straniera*

Un altro giorno, mentre ero preso dai pensieri che mi tormentavano in continuazione, sentii una mano che mi carezzava il dorso della mano sinistra ed una voce straniera che mi diceva: «Papà, come stai?». Girai leggermente lo sguardo e vidi seduta accanto a me una ragazza con un bel volto tornito dalle guance vermiglie e scure. Era un'africana dal colore nero chiaro<sup>55</sup>. «Tu non sei mia figlia Grazia, perché mi chiami papà?» «Per me che sono straniera tu sei il mio papà. Ti posso fare dei massaggi sulle mani?»<sup>56</sup> Accennai di sì con la testa. Lei mi massaggiò le mani, le braccia e disse: «Coraggio, che stai proprio bene. Da quando stai in rianimazione ti ho visitato tutti i giorni, ma non te ne sei accorto». «Sei infermiera?», le chiesi. «Sì, lavoro con tuo genero Salvatore.» «Ma lui non mi ha mai parlato di te.» «Se ne sarà dimenticato. Conosco tua figlia Grazia, i tuoi nipoti: Federico e Giulia ed abito a Macerata.» Io riflettei e pensai che mi stava dicendo delle bugie. Continuava a massaggiarmi e a guardarmi in volto. Io avevo gli occhi socchiusi e lei mi chiese perché non li aprivo. Le dissi che ero stanco. «Non preoccuparti – rispose – tra qualche giorno ti trasferiranno nel reparto di neurochirurgia.» Continuava a carezzarmi le mani ed a guardarle con interesse. «Hai delle belle mani, sembrano di un giovane.» «Sembrano», accennai con un sorriso.

Le colleghe infermiere la chiamarono perché il pranzo era pronto. Lei non si mosse. Accennò solo con la testa che non sarebbe andata. «Perché non vai a mangiare?», le chiesi. «Primo, perché non ho fame e poi perché voglio stare con te.» «Vai», insistetti, «Basta massaggi. Grazie, sei stata molto brava». Lei sorrise e rimase accanto a me, dicendo: «Chiudi gli occhi e riposati. Ti faccio compagnia ancora per un po' e poi vado a lavorare.» Socchiusi gli occhi e pensai: «Ma questa ragazza cosa vuole da me?». Dopo un po' di tempo, che non riesco a quantizzare, si alzò, mi strinse forte forte le mani e silenziosamente si allontanò. Vedendola in piedi notai che era piuttosto bassa di statura, aveva un corpo ben modellato, sodo ed elegante. Il mattino seguente venne di nuovo. Mi salutò con un sorriso fresco ed affettuoso, incominciò a massaggiarmi le mani, a carezzarmi il volto ed a parlare. «Hai dormito stanotte?», mi chiese, fissandomi in volto con i suoi occhi neri e luminosi. «Non dormo né di notte né di giorno ed ancora non distinguo la notte dal giorno.» «Poverino», sorrise e mi diede un bacio sulla guancia.

---

<sup>55</sup> Verosimilmente una riabilitatrice-fisioterapista. È evidente qui, e va sottolineata, l'importanza del contatto corporeo per ripristinare dei confini di identità.

<sup>56</sup> Nuova confusione di identità.

«Quanto sei caro, mi sembri un bambino. Vedrai, tornerai come prima, forse ancora più intelligente.» «Brava, parli proprio bene la lingua italiana e sei molto simpatica.» «Grazie del complimento, ma devo ancora studiare per parlarla meglio. Senti, appena guarirai sicuramente verrai da tua figlia Grazia a Macerata? Ti aspetto a casa mia perché mi piace troppo parlare con te.» «Ti piace parlare con me», ripetei con voce flebile; «non ti credo. Tu ami parlare con i giovani come te, io non sono più giovane, ti posso essere padre. Tu sei una bella ragazza ed hai bisogno di allegria». «Non dire così, ti aspetto e se non verrai mi offenderò. Mi dici che sono giovane, ma io ho 45 anni come tua figlia.» «Come fai a sapere che mia figlia ha 45 anni?» «La conosco e so anche l'età di Federico e Giulia. Non ti sei accorto che ti voglio bene?» «Non capisco, non ho mai sentito parlare di te da mia figlia e da mio genero. Ma se vengo a salutarti, cosa ci possiamo dire?» «Ci facciamo una bella passeggiata insieme, ci conosciamo meglio e parliamo di tante cose. Ti racconterò la mia vita. Poi, se vuoi venire a vivere con me, io ti assisterò e ti farò sentire giovane.» Io non risposi, la fissai in volto e schiusi le labbra al sorriso. Le colleghe la chiamarono e se ne andò. Non la rividi più. Scomparve dalle mie allucinazioni.

### III.13. *L'infermiera con il senso di colpa*

L'infermiera che mi aveva negato l'acqua era turbata, perché temeva che dopo la mia guarigione avessi potuto nuocerle e si mostrava pentita di quella sua brutta azione<sup>57</sup>. Spesso girava intorno al mio letto che era alto ed inglobato in una struttura metallica. Una mattina ella mi chiese: «Hai letto la mia lettera?». Io non le risposi perché non sapevo di cosa stesse parlando. L'infermiera cacciatore mi venne accanto e mi disse: «Maria, la mia collega, ti ha scritto una lettera in cui ti chiede scusa di tutte le scortesie che ti ha fatto e ti parla anche del suo brutto carattere. Perdonala: ha un cuore buono». Io mi commossi ed accennai di sì con la testa<sup>58</sup>. Vidi la lettera impigliata nell'ingranaggio di una struttura di ferro che ruotava intorno al mio letto. Tentai di strappare dai legacci le mie braccia per prenderla, ma non ci riuscii. Così la lettera passò sulla mia testa e si allontanò. Tornò più volte, ma non mi fu possibile afferrarla. Avevo un computer di fronte. Allora dissi a Maria: «Fammela leggere sullo schermo». «Non posso. La psicologa mi farebbe punire.»

---

<sup>57</sup> È chiaro l'ordito narrativo che postula alcune figure, questa infermiera in particolare, in una luce persecutoria. Il tempo persecutorio o del rancore è mantenuto costante, pur nel mutare degli scenari.

<sup>58</sup> Non appena il corpo comincia a scongelarsi, anche grazie al contatto con altri corpi, diventa carne.

«Scioglimi le braccia, così quando la lettera passa sulla mia testa io riesco ad afferrarla.» Lei girò la testa e se ne andò. Il suo collega si avvicinò e mi disse: «Ti sei commosso, ho capito che sei buono e che l’hai perdonata». Accennai di sì con la testa mentre due lacrimoni mi solcavano il volto. Qualche ora dopo sentii Maria sbucare da sotto il mio letto. Tutta impetuosa mi disse: «Hai la barba molto lunga, te la posso tagliare? Io sono brava, vedrai!». Non mi diede neanche il tempo di rispondere. Con il pennello m’insaponò il volto e con un rasoio radi e getta mi rase accuratamente la barba ispida e lunga. Mi lavò ed asciugò il volto e se ne andò. Non mi diede neanche il tempo di ringraziarla<sup>59</sup>.

### III.14. *Il mio corpo congelato*

Io ero convinto che il mio corpo fosse congelato<sup>60</sup> e che per tale motivo non riuscivo a muovermi. Una mattina venne un infermiere, collegò con un filo di rame le mie mani ed i miei piedi ad una macchina, azionò delle leve ed incominciò a scongelarmi. Sentivo la mia carne che lentamente s’inteneriva<sup>61</sup>. L’operazione durò tutta la mattinata, però in alcune parti il corpo rimase rigido. Io lo segnalai agli infermieri, ma essi non diedero retta alle mie parole. Mi sentì Maria, la quale senza parlare prese il congegno di sbrinamento e durante la notte con molta pazienza mi ripassò tutto il corpo. Poi mi palpò le gambe, le cosce, l’addome, le spalle e disse: «Adesso va tutto bene. Cerca di riposare». «Maria è diventata proprio buona e generosa», pensai: «È riconoscente perché l’ho perdonata». Mi diede in regalo una penna e, poiché non potevo prenderla, perché avevo le mani legate, lei la posò sul letto al mio fianco.

---

<sup>59</sup> Si allenta fino a risolversi il versante persecutorio. Il paziente familiarizza con l’ambiente circostante, soprattutto umano. Sembra che il paesaggio umano, intercorporeo e intersoggettivo, prenda a poco a poco il posto del paesaggio non umano. Il paziente inizia a comprendere la funzione terapeutica del contesto, pur non avendo chiara la situazione della propria patologia e la necessità di permanenza in un ambiente così restrittivo.

<sup>60</sup> Alterazione nella percezione del “corpo vissuto”, il quale, privato di mondo, diventa corpo-cadavere.

<sup>61</sup> Il paziente utilizza l’espressione “carne” quando l’immobilità del proprio corpo si vitalizza con una vibrazione dinamica. Del termine “carne” abbiamo le accezioni di Merleau-Ponty, per il quale la *chair* è isomorfa al *Leib*, e di Calvi, per il quale la “carne” è l’opacità indistinta ed oscura, il fondo immemorabile della vita.

III. 15. *L'arsura del deserto nel mio corpo*

La sete mi bruciava la bocca e la gola. Avrei fatto qualsiasi cosa per avere una goccia d'acqua sulle labbra. Mentre stavo a letto, sulla mia testa girava una macchina con tanti congegni. Aveva una bottiglia che a me sembrava piena d'acqua. Allora incominciai a fare i tentativi per afferrarla e portarla alla mia bocca. Riuscii a liberare il mio braccio destro dai legacci e feci vari tentativi di afferrarla. Finalmente ci riuscii e nel momento in cui stavo per portarla alla bocca, sentii la psicologa gridare: «Pasquale, fermati, non bere, quella sostanza è velenosa!», ma io non le diedi ascolto e cercai di bere. Un infermiere, che stava nelle vicinanze, accorse accanto al mio letto e me la strappò di mano. Mi prese il braccio e me lo legò di nuovo alla sponda del letto. «Pasquale, non devi muoverti, vuoi capire che ti stavi avvelenando?». «Sto morendo dalla sete». Se ne andò senza rispondermi. Io, quel liquido lo avrei bevuto, anche se era veleno.

Una mattina mi fecero scendere dal letto nudo. Non so come riuscii a reggermi, perché non ero in grado di muovermi (i ricordi di questa situazione sono un po' confusi). Incominciai a gridare: «Acqua, voglio l'acqua, se non mi date l'acqua io mi sbatto per terra e mi ammazzo!». Piangevo e gridavo. Un infermiere disse ad un suo collega: «Dagli un po' d'acqua». Quello orientò verso di me una macchina grande quanto una lavatrice, la azionò premendo un bottone. Nella sua parte anteriore si aprirono due sportelli dai quali uscì acqua polverizzata che investì il mio corpo. «Voglio l'acqua da bere», insistetti, ma nessuno mi rispose. Quella macchina, con getti potenti, m'irrorava tutto il corpo ed io mi sentivo tornare le forze. Godevo in quella nebbia fitta. Quando si svuotarono i serbatoi di quel congegno, io dissi: «Ne voglio ancora, ne ho troppo bisogno, però l'acqua deve essere quella del santuario di San Pio». «Questa è la stessa che passa per il santuario», mi rispose l'infermiere. «No, voglio quella, non riempite di nuovo i serbatoi della macchina con l'acqua dell'ospedale, andate a prendere l'acqua al santuario.» L'infermiere sospirò e rimase titubante. L'infermiera Maria, che era presente, scomparve e dopo poco tempo tornò con due belle taniche di acqua. Disse: «Ti ho accontentato. Questa è l'acqua della fontanina che scorre davanti al convento». Io l'avrei abbracciata e baciata in segno di gratitudine, ma ero impietrito e non mi rendevo conto come mi reggevo in piedi. Balbettai: «Grazie», con grande sforzo<sup>62</sup>. L'infermiere svuotò le due taniche nei serbatoi della macchina e la mise in funzione. Quella

---

<sup>62</sup> È evidente lo sforzo del paziente di riorganizzare continuamente in una sequenza narrativa, anche episodica e strappata, il flusso degli accadimenti.

nube d'acqua si avvolgeva intorno a me ridandomi una nuova energia. Ad un certo punto incominciai a sentire freddo e chiesi all'infermiere di fermare la macchina. «Abbiamo finito», rispose. Penso che mi risistemarono nel letto, ma non ricordo bene dove mi portarono.

#### IV. DISCUSSIONE E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La drammatica condizione di epochè, subita<sup>63</sup> dal paziente al risveglio in terapia intensiva, si manifesta come smarrimento e annientamento del mondo circostante (*Weltvernichtung*) e delle ragioni che lo sorreggono. Il paziente sa che gli è accaduto qualcosa, ma non sa cosa, è disperato di non poterne informare i figli, non immagina che i figli sanno tutto e sono stati, insieme a lui, gli attori del processo che lo ha condotto in quel punto. Ignora, soprattutto, di aver subito un importante intervento chirurgico al cervello, e che le sue condizioni di salute sono critiche, per cui necessita di monitoraggio in terapia intensiva.

L'epochè, in accordo con i lavori di Calvi, è ulteriormente precipitata e sostenuta dall'angoscia derivante dall'ignoto. È l'*unkanny* di Callieri: un clima sinistro dove le cose perdono progressivamente la loro fisionomia, diventano anodine, e a tratti, successivamente, minacciose e persecutorie<sup>64</sup>. Il paziente si percepisce vivo, inizialmente sdoppiato, isolato, legato e immobile, abbandonato, passivo e alla mercé di ignoti, immerso in un ambiente nel quale egli è del tutto impotente; lo stato d'animo angoscioso tocca vette quasi di natura trematico-apocalittica (Conrad, 1958). L'epochè, intanto, mentre da un lato procede alla smondanizzazione, dall'altro lato diventa la condizione preliminare e necessaria per la liberazione dell'intenzionalità costituente, la quale immediatamente si dispiega nell'afferramento (*Auffassung*) e nella co-

---

<sup>63</sup> L'*epochè* subita in questo caso, come d'altronde in quello dell'*epochè* psicopatologica nella schizofrenia, coglie il paziente di sorpresa e gli toglie ogni fondamento, come una botola che si apra all'improvviso sotto i piedi. L'*epochè* cercata, o voluta, frutto di duro e ripetuto esercizio (Calvi), è invece più tollerabile, anche perché può essere interrotta. Generalmente l'*epochè* subita, quindi che risponde ad una logica necessitante, finisce invece per consegnare l'intenzionalità del paziente ad una costituzione delirante o allucinatoria. L'*epochè* cercata, o libera, conduce il fenomenologo alla costituzione del mondo-della-vita del fenomeno che egli vuole cogliere.

<sup>64</sup> L'*epochè* ha una *pars destruens* e una *pars construens*. La *pars destruens* è caratterizzata dall'annullamento della smondanizzazione, la *pars construens* dalla liberazione dell'intenzionalità costituente che, resasi disponibile dalla sospensione del suo legame con il mondo naturale, è pronta a cogliere il mondo-della-vita.



stituzione (noematica) del mondo intorno (*Umwelt*), nel quale il paziente comincia a riassaporare la vita. Evidentemente non si può sostare a lungo nel transito del nulla.

«La presa fenomenologica procede sinteticamente, cogliendo il mondo nel suo insieme, per quel che esso offre come campo di esperienza immediata e irriflessa» (Calvi). Questi noemi, caratterizzati da elementi di realtà immediatamente attribuiti di un senso proprio e peculiare (vicino alla percezione delirante di Schneider e di Matussek) hanno condotto il paziente ad elaborare un mondo proprio, non condiviso, cioè un *idios kosmos* (Binswanger). Qui l'intenzionalità costituente, liberatasi dalla coscienza vigile ed epochizzata, è veicolata dalla potenza del sentire (*Empfinden*), sentire che, nella prospettiva strausiana, apre alla drastica immediatezza vissuta del mondo dei sensi. Se «il mondo reale esiste soltanto nella presunzione costantemente prescritta che l'esperienza continui costantemente nel medesimo stile costitutivo» (Husserl, 1919), allora l'epochè, soprattutto quella subita, interrompe drasticamente e tragicamente la continuità di questo stile costitutivo, collocando pertanto il soggetto in una sorta di terra incognita (*Neue Land*) dove toccherà a lui ricodificare lo spazio, il tempo, il corpo, il mondo e gli altri.

Il paziente, al suo risveglio, non ritrova il suo mondo e, data la condizione di epochizzazione, non può servirsi dell'atteggiamento naturale che darebbe tutto per scontato e che gli consentirebbe comunque di riconoscere un mondo altro dal suo e condiviso con gli altri esseri umani presenti: è accaduto qualcosa, di certo è accaduto qualcosa e in base a questo qualcosa che è accaduto, egli si trova ora di fronte ad un nuovo inizio. È ridiventato in qualche modo un principiante della vita. Un neonato affidato alle cure degli altri. Un debuttante sulla scena del mondo. Egli deve ricostituire il mondo daccapo, a partire da zero, per poterlo finalmente abitare: «Ciò che garantisce l'uomo sano contro l'allucinazione non è la critica, ma la struttura del suo spazio, poiché lo spazio non è l'ambito reale o logico in cui le cose si dispongono ma il mezzo in virtù del quale diviene possibile la posizione delle cose» (Merleau-Ponty, 1945). La disarticolazione della spazialità naturale e ingenua del senso comune lo obbliga a rispazializzare daccapo il mondo. La sua intenzionalità è però dappprincipio slegata dagli oggetti, poiché la subita epochè ha fatto frattura del naturale nesso tra attività *cogitans* e oggetto *cogitatum*. È per questo che il mondo intorno gli appare ancora di più come *unkanny*, popolato quindi da oggetti asemantici vaganti, presagi atmosfericamente di qualcosa, ma in sé stessi non connotati, non portatori di significato. L'epochè ha rotto la relazione originaria tra il paziente e il mondo che indissolubilmente lega *cogito* e *cogitatum*, io e tu, *noesis* e

*noema*. Pertanto l'intenzionalità, le cui valenze sono state liberate dalla massiccia epochè, si trova ora a dover correre nuovamente il rischio di cogliere o di mancare il mondo.

Ma come mai il nuovo mondo si presenta ora con una fisionomia totalmente altra rispetto al mondo che ciascuno vedrebbe con e in virtù del proprio senso comune? Perché il paziente e gli infermieri fanno due esperienze totalmente diverse dello stesso mondo? «Andare oltre e costituire l'oggetto al di là della sua realtà estesiologica, in una contestualità rarefatta e ambigua, in cui gli oggetti perdono la loro monogamia» (Weiszaecker): questo è ciò che capita. È a questo punto che entra in scena il corpo, cruciale, in questo caso, per la cognizione del mondo. Siamo qui di fronte al caso di un paziente il cui corpo è privato di mondo e di tempo e di spazio ma soprattutto di movimento. Il corpo del paziente, privato appunto di movimento, salta l'accordo prassico-mimetico (Calvi) con il mondo. Come qualcuno che giochi a tennis rimanendo immobile: perde il gioco, rimane solo. È costretto infine a giocare da solo, senza l'altro, senza la pallina. È costretto a fare un gioco da fermo. Il vissuto allucinatorio sembra, dunque, essere condeterminato da una privazione (spazio, mondo, tempo, corpo come *Leib*) e da un'ambiente fisso, che viene alterato sul piano illusionale e allucinatorio, quasi messo in movimento, centrifugato dalle residue categorie intenzionali del paziente che si sforzano di costituire, in qualche modo, un mondo spaziotemporalmente coerente. Un mondo coerente a partire dal qui ed ora del proprio corpo immobile e della propria coscienza lucida che esplora un universo ignoto, indifferente al suo dolore, alla sua sete, alla sua fame di senso.

La percezione, dice Schneider, è il primo dei modi dell'*Erleben*, ma la percezione afferra ciò che si muove e da ciò che si muove è modificata. Il percipiente, con il proprio movimento, percepisce la modificazione del mondo. Qui non sono consentiti adombramenti e profili prospettici. Il soggetto ha una camera ferma, e può scattare solo delle istantanee al mondo che intorno a lui si muove. Da questa prospettiva, dunque, e nell'ottica successiva di Merleau-Ponty (1945), percepire (*Wahrnehmen*) e sentire (*Empfinden*) vanno in un'unica direzione. Questa sinergia tra intenzionalità costituente e sensibilità proprio- ed esteroceettiva è resa possibile dal ruolo giocato dal corpo, che diventa il primo *noema* di una coscienza vigile e impossibilitata a trasmettere le proprie direttrici alle membra, più non adatta a prendere il mondo, che appare distante e non più alla mano (*Zuhanden*), ma che si può solo guardare a distanza, come qualcosa che scorre davanti, su di un piatto video (*Vorhanden*). È una situazione in cui il mondo non è più alla mano, ma si ostende davanti alla mano, un mondo che non si presenta più

convesso, per la concavità della mano. Saranno poi proprio i corpi degli altri, costituiti dal paziente prima in modo persecutorio e poi pian piano sempre più affettivo, a mediare la riappropriazione del mondo.

Giocherà un ruolo importante in questa rifamiliarizzazione anche la costituzione di un'atmosfera affettiva, impregnata di immagini fortemente radicate nell'identità storica nel paziente, nella sua infanzia, fin quasi alla ricostituzione del suo luogo natio. Ma giocherà un ruolo decisivo soprattutto la funzione del toccante e del toccato, della carezza, della ridefinizione dei confini tra io e mondo: è interessante così seguire il percorso di una intenzionalità che si fa strada attraverso il corpo<sup>65</sup>. Il lavoro dell'intenzionalità è pertanto costretto a passare per la corporeità, che fa da specchio al mondo: «I disturbi dell'ipseità [...] interessano palesemente o sommamente l'esperienza della corporeità, visto che, come sottolineano ancora una volta Parnas e Coll. (1998), la consapevolezza di sé è fondata sul corpo, ed è il corpo il soggetto della pre-riflessiva consapevolezza di Sé» (A. Ballerini).

L'esserci, dunque, è sempre *embodiment* (Zaner, 1964) ed è in questo senso che «i confini del corpo sono una frontiera» (Merleau-Ponty, 1945). Lo stato d'animo che esala dal corpo cadavere diventa la chiave di volta dell'intera decifrazione della realtà. Più è potente l'intonazione emozionale e più l'oggetto intenzionato perde le sue proprietà estesiologiche ed è così che in questi casi si può parlare di "cristallizzazione atmosferica", soprattutto per quanto concerne il tema persecutorio. La passività del paziente, la sua fragilità, il suo essere alla mercé di un personale sconosciuto che lo manovra, il non avere accesso poi alla mobilità del proprio corpo, favorisce la cristallizzazione persecutoria su alcune figure, in particolare sull'infermiera Maria. Il risalto fisiognomico di un oggetto ha a che fare con la coscienza che lo intenziona ed il campo di preparazione è il fondo di slittamento della percezione fisiognomica.

Il mondo del sentire, in virtù di queste dimensioni, è immediatamente mondo del paesaggio, mondo dello spazio vissuto ed il paziente, anche nel nostro caso, proprio perché è attiva l'epochè, non riesce a riarticolare il confine tra paesaggio e geografia. La geografia, infatti, pertiene all'atteggiamento naturale, il paesaggio è invece l'*eidòs* che esprime il "mondo della vita", il paesaggio è il fenomeno allo stato puro. Se è vero che – secondo Calvi – l'angoscia ha una potente azione smonda-

---

<sup>65</sup> Sulla per-carnazione (*Verleiblichung*) dell'intenzionalità costituente ha scritto pagine intensissime Lorenzo Calvi, a proposito della prassi mimetica. In questa accezione Calvi elabora uno schema secondo cui l'accordo propriocettivo tra due corpi che si incontrano schiude il progressivo reciproco orientarsi empatico delle coscienze e delle simmetriche intenzionalità costituenti.

nizzante, è allora proprio dalla profonda disorganizzazione e successiva riorganizzazione degli apriori spaziotemporali che si viene a costituire il mondo del paziente: il nuovo mondo-della-vita prende il posto della terra incognita. Il paziente lo popola quindi di figure e luoghi a lui familiari: gli sposi, il cacciatore, i fiumi, le colline, le canzoni, le campanelle, tutte icone della propria infanzia nella terra natia. Qui si incardinano i piani che Ballerini distingue come “individuale storico” e “impersonale biologico”. L’impersonale biologico concerne la forma del vissuto, gli apriori che costituiscono trascendentalmente il mondo, l’individuale storico è quanto di proprio il paziente utilizza per colonizzare ed abitare quel mondo.

Il tempo vissuto di questo ricostituito “mondo della vita” è inizialmente bloccato su una presentificazione del passato, un passato appartenente alla giovinezza del paziente, ovvero una sorta di attualizzazione rigida del passato nel presente. L’attualizzazione del passato ingorga la husserliana *consecutio temporum*, per cui il passato non può più essere storicizzato ed il futuro non può accadere. La *retensio* occupa la *praesentatio* e blocca la *protensio*. L’occupazione del passato remoto nel presente esclude la rappresentazione del passato prossimo e quindi lo spazio geografico soccombe in favore del ricostituito paesaggio della propria infanzia. Le figure sanitarie vengono iscritte dentro questo mondo, impersonando dei ruoli umani tipici. Tuttavia questa presentificazione bloccata al passato consente al paziente di riappropriarsi della propria identità, ovvero di ricominciare ad assaporare il mondo nuovo secondo la sua modalità primigenia e familiare; è questo un modo per assimilare, per rendere l’*alter* più simile possibile a qualcosa di anticamente e a lungo sperimentato. Un modo per recuperare la *confiance* con il mondo, intonazione che non può mai essere recuperata in un ambiente con i caratteri di una terapia intensiva. Questo lavoro di deformazione spaziotemporale dà al paziente il tempo di recuperare la filogenesi nell’ontogenesi.

È interessante così notare come il mondo ricostituito dal paziente presenti una sua coerenza interna e non sia affatto disarticolato e disorganizzato, come si presenterebbe invece in condizione di delirium. La modificazione dello spazio vissuto induce nel paziente un carattere di evidenza tale da rendere i contenuti impermeabili ad ogni critica, anche per lungo tempo dopo gli eventi critici. Il lavoro trascendentale da parte delle modificate categorie spaziotemporali, si espleta nella sua forma più compiuta, nella costituzione di un mondo privato, o mondo proprio. A mano a mano che il corpo viene scongelato, il paesaggio si modifica. Il mondo sembra tornare alla mano. La sintonia si ripristina.

La persistenza, per circa due mesi dopo la dimissione dalla rianimazione, del carattere di evidenza dell'abnorme esperienza vissuta, sottolinea la diversità dell'esperito da quelle dimensioni definite come *rêverie*, oppure stato sognante, sogno. All'uscita da queste dimensioni, infatti, il soggetto ha chiara la percezione dell'avvenuto slittamento dello stato di coscienza. Il soggetto ridiventa titolare della critica, immediatamente archiviando la pregressa recente esperienza vissuta come un abbrivio del sogno. La parentela dell'esperienza vissuta del paziente P., invece, è più prossima a quella dello stato delirante-allucinatorio che, proprio per le caratteristiche costitutive della realtà cui costringe, presenta una forza di persistenza e di penetrazione anche dentro e dopo il recupero della capacità critica.

## BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A. (2016): *Esperienze psicotiche*. Fioriti, Roma
- Beringer K. (1927): *Der Mescalinausch*. Berlin
- Binswanger L. (1935): *Per un'antropologia fenomenologica*, tr. it.. Feltrinelli, Milano, 1984
- Bonhoeffer K. (1917): *Die wxogenen Reaktionstypen*. ARCHIV. FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN, 58, Berlin
- Callieri B. (1982): *Quando vince l'ombra*. Città nuova, Roma
- Conrad K. (1958): *Die beginnende Schizophrenie*. Tr. it.: *La schizofrenia incipiente*. Fioriti, Roma, 2012
- De Giacomo U., Callieri B. et al. (1962): *Le psicosi sperimentali*. Feltrinelli, Milano; nuova edizione a cura di Di Petta G. e Tittarelli D.: *Le psicosi sintetiche*. Fioriti, Roma
- Di Petta P. (2014): *La mia malattia. Dal buio alla luce*. Simple, Macerata
- Heidegger M. (1927): *Sein und Zeit*. Halle. Tr. it.: *Essere e tempo*. Mondadori, Milano, 2011
- Husserl E. (1910): *Philosophie als strenge Wissenschaft. Logos – Zeitschrift für Philosophie und Kultur*, Bd. 1. Tübingen. Tr. it.: *La filosofia come scienza rigorosa*. Laterza, Bari
- Leoni F. (2010): *Il corpo, la carne, la follia. Sui rapporti tra fenomenologia e psicotologia fenomenologica*. COMPRENDRE, XXI: 201-216
- Lewin L. (1931): *Phantastica. Narcotics and stimulating drugs*. New York
- Matussek P. (1952): *Studies on delusional perception*. ARCH. PSYCHIATR. NERVENKR Z GESAMTE NEUROL PSYCHIATR., 189 (4)
- Merleau-Ponty M. (1945): *Phénoménologie de la perception*. NRF, La Librairie Gallimard, Paris. Tr. it.: *Fenomenologia della percezione*. Bompiani, Milano

- Minkowski E. (1933): *Le temps vécu*. Tr. it.: *Il tempo vissuto*. Einaudi, Torino, 2004
- Schneider K. (1950): *Klinische Psychopathologie*. Thieme Verlag, Stuttgart. Tr. it.: *Psicopatologia clinica*. Fioriti, Roma, 2016
- Ricoeur P. (1983): *Temps et récit*. Tr. it.: *Tempo e racconto*, Jaca Book, Milano, 2016
- Straus E. (1935): *Vom Sinn der Sinne*. Springer, Berlin
- ... (2001): *Per una teoria delle allucinazioni*. *COMPRENDRE*, XI: 99-108
- Tellenbach H. (1983): *Melancholie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Tr. it.: *Melancolia*. Il pensiero scientifico, Milano, 2015
- von Weiszaecker V. (1940): *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Tr. it.: *La struttura ciclomorfa. Teoria dell'unità di percezione e movimento*, a cura di P.A. Masullo. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli
- Zaner R. (1971): *The problem of embodiment*. Springer, Berlin

#### BIBLIOGRAFIA dell'Introduzione

- Binswanger L., Warburg A.: *La guarigione infinita*. Neri Pozza, Vicenza, 2015
- Bodei R. (2009): *La vita delle cose*, Laterza, Roma
- Calvi L. (2005): *Il tempo dell'altro significato*. Mimesis, Milano
- ... (2013): *Il consumo del corpo*. Mimesis, Milano
- Colavero P. (2010): *Il cauto sminatore*. *COMPRENDRE*, XXI: 66-103
- De Martis et al. (1980): *Il paese degli specchi. Confronto con lungodegenti manicomiali*. Feltrinelli, Milano
- De Monticelli R. (2013): *Husserl e la fenomenologia*. Il caffè filosofico, La Repubblica
- Dionisi S. (2015): *La barca dei folli*. Mondadori, Milano
- Paci E. (1961): *Diario fenomenologico*. Il saggiatore, Milano
- Sechehaye M.A. (1950): *Tagebuch einer Schizophrenen: Selbstbeobachtungen einer Schizophrenen während der psychotherapeutischen Behandlung*. Ed. it.: *Diario di una schizofrenica*. Giunti, Roma, 2005
- Van den Berg J.H. (1955): *A phenomenological approach to psychiatry: An introduction to recent phenomenological psychopathology*, Farber M. eds.. Ed. it.: *Il metodo fenomenologico in psichiatria e psicoterapia*. Fioriti, Roma, 2016

Dott. Gilberto Di Petta  
I Trav. Diaz, 5  
I-80026 Casoria (NA)