



Anil Ananthaswamy

# L'uomo che non c'era

Storie ai limiti del sé

IM

Il Margine



Sindrome di Cotard, schizofrenia, morbo di Alzheimer, epilessia sono «patologie del sé», modi di esistere in cui viene meno la cristallina equivalenza di pensiero ed essere postulata da Cartesio — «penso, dunque sono» — e la persona sperimenta un io che non coincide con le certezze che abitualmente le consentono di crederci se stessa: la capacità di ricordare quello che ha vissuto, la padronanza dei suoi pensieri e delle sue azioni, la percezione di abitare un corpo, di occupare un punto preciso nello spazio, di avere un'identità che resta stabile nel tempo... Ma, se non è nel corpo né nei sensi né nella memoria, dove si trova il sé? E quale realtà o continuità possiamo attribuirgli, dal momento che sappiamo solo ciò che non è?

In questo territorio incerto ci conduce l'indagine di Anil Ananthaswamy, che s'interroga sul paradosso del sé — e sulle malattie che lo rivelano — coniugando al rigore scientifico l'attenzione per l'esperienza individuale. E ricordando al lettore che la domanda a cui oggi le neuroscienze cercano di rispondere è la stessa che l'uomo si pone da sempre: che cosa vuol dire «io»?

## **Anil Ananthaswamy**

Già vice-caporedattore del «New Scientist», lavora oggi per la stessa testata come consulente. È guest editor per un famoso programma di divulgazione scientifica dell'Università della California a Santa Cruz e conduce un laboratorio annuale di giornalismo scientifico presso il National Centre for Biological Sciences di Bangalore, in India. Ha vinto il premio per la divulgazione della fisica del britannico Institute of Physics nonché il Best Investigative Journalism Award della British Association of Science Writers. Vive fra Bangalore e Berkeley, in California.

*Traduzione di*  
Gabriele Lo Iacono

Dal 1996 traduce saggistica dall'inglese, specialmente in ambito psicologico. Collabora con vari editori e ha tradotto più di ottanta libri.

Il Margine è un marchio Erickson  
IN COPERTINA *Mr. Zero*, Anna Maghradze, 2021  
PROGETTO GRAFICO Bunker

€ 17,50

## Preambolo

In un antico testo buddista della tradizione Madhyamika (la «Via di mezzo») compare per la prima volta l'allegoria di un uomo divorato dagli orchi.<sup>1</sup> Risale al periodo compreso fra il 150 e il 250 e.v. ed esemplifica in maniera piuttosto raccapricciante l'idea buddista della vera natura del sé.

Un uomo in viaggio da molto tempo verso una terra remota si imbatte in una casa abbandonata e decide di fermarsi lì a riposare. A mezzanotte compare un orco che porta con sé un cadavere. Si avvicina e getta il cadavere per terra, accanto all'uomo. Poco dopo compare un altro orco all'inseguimento del primo. Cominciano a litigare per il cadavere: entrambi sostengono di averlo portato lì e ne rivendicano la proprietà. Incapaci di arrivare a un accordo, si rivolgono all'uomo che li ha visti entrare e gli chiedono di fare da giudice. Si aspettano da lui una risposta: chi ha portato il cadavere nella casa?

Capendo che è inutile mentire — poiché dall'uno o dall'altro sarebbe stato comunque ucciso — l'uomo dice la verità: è stato il primo orco ad arrivare con il cadavere. Il secondo va su tutte le furie e gli strappa un braccio. Ed ecco la svolta macabra dell'allegoria. Senza aspettare un istante, il primo orco stacca un braccio al cadavere e lo attacca al corpo

<sup>1</sup> Adattamento autorizzato da Jonardon Ganeri. La traduzione inglese compare in GANERI (2012, p. 115).

dell'uomo. Dopodiché lo schema si ripete: il secondo orco strappa una parte del corpo all'uomo e il primo la rimpiazza, prendendo la stessa parte dal corpo del cadavere e riattaccandola all'uomo. Insomma, scambiano tutto: le braccia, le gambe, il busto e perfino la testa. Alla fine i due orchi banchettano con il cadavere, si puliscono le fauci e se ne vanno.

L'uomo, che gli orchi hanno dimenticato da una parte, è estremamente scosso. Riflette su ciò a cui ha assistito. Il corpo in cui è nato è stato divorato dagli orchi. Quello nuovo è composto interamente da parti di un'altra persona. Adesso, ha o non ha un corpo? In caso affermativo, il corpo è suo o di qualcun altro? In caso contrario, che ne deve fare del corpo che vede?

La mattina dopo l'uomo si rimette in viaggio in uno stato di totale confusione. Dopo un po' incontra un gruppo di monaci buddisti. Ha una questione pressante da sottoporre loro: lui esiste oppure no? I monaci rispondono con un'altra domanda: tu, chi sei? L'uomo non sa bene come rispondere. Non è neppure certo di essere una persona, dice, e racconta loro del terribile incontro con gli orchi.

Cosa risponderebbero i neuroscienziati di oggi se quell'uomo chiedesse loro: chi sono io? Qualcuno probabilmente farebbe notare che dal punto di vista biologico quello che hanno fatto gli orchi non è molto plausibile; ma, a parte questo, avrebbero qualche risposta stimolante. Tali risposte, che tentano di gettare luce sull'io, sono l'oggetto di questo libro.

1.

Il morto vivente

*Chi dice «Io non esisto»?*

Gli uomini dovrebbero sapere che dal cervello, e dal cervello soltanto, discendono i nostri piaceri, le gioie, le risa e le facezie, nonché le nostre afflizioni, le pene, i dolori e le lacrime [...]. I nostri patimenti derivano tutti dal cervello [...].

La pazzia è una conseguenza della sua umidità.

IPPOCRATE<sup>1</sup>

Se tento, infatti, di afferrare questo io di cui sono certo, se cerco di definirlo e compendiarlo, esso non è più che acqua che scorre fra le mie dita.

ALBERT CAMUS, *Il mito di Sisifo*, 1962, p. 44

Adam Zeman non dimenticherà mai quella telefonata «alla Monty Python», com'ebbe a definirla lui stesso. Un collega lo invitava a recarsi urgentemente nel reparto di psichiatria, dove un uomo affermava di essere cerebralmente morto. Zeman ebbe l'impressione di essere convocato in rianimazione più che in psichiatria. «D'altra parte», mi ha raccontato, «non era nemmeno il genere di telefonata che si riceve normalmente dalla rianimazione».

Il paziente si chiamava Graham e aveva quarantotto anni. In seguito alla separazione dalla seconda moglie era caduto in una profonda depressione e aveva cercato di togliersi la vita. Era entrato nella vasca da bagno piena d'acqua e ci aveva buttato dentro una stufa elettrica, sperando di restare folgorato. Fortunatamente il fusibile era saltato, e così l'uomo era sopravvissuto. «Sembrava non avere riportato alcun

<sup>1</sup> Citato in ZEMAN (2005).

danno dal punto di vista fisico», mi disse Zeman, neurologo dell'Università di Exeter, nel Regno Unito. «Ma qualche settimana dopo si convinse che il suo cervello era morto».

Si trattava evidentemente di una convinzione abbastanza singolare, e a causa di essa Zeman dovette sostenere alcune conversazioni piuttosto bizzarre. «Guardi, Graham, lei è in grado di sentirmi, di vedermi, di capire quello che le dico, di ricordare il suo passato e di esprimersi; non c'è alcun dubbio che il suo cervello funzioni», diceva Zeman all'uomo.

E quello rispondeva: «No, no, il mio cervello è morto. La mia mente è viva ma il mio cervello è morto».

Quel che è peggio, Graham era sconvolto per il fallimento del suo tentativo di suicidio. «Era una specie di morto vivente», mi disse Zeman. «E in effetti per un certo periodo aveva preso l'abitudine di andare nei cimiteri, dove si tratteneva abbastanza a lungo proprio perché si sentiva in mezzo ai suoi simili».

Con una serie di domande Zeman provò a capire da dove provenisse quella strana convinzione. Era evidente che in Graham era cambiato qualcosa di veramente essenziale: era mutata l'esperienza soggettiva che aveva di sé e del proprio mondo. Non avvertiva più la necessità di mangiare e di bere. Ciò che una volta era per lui fonte di piacere aveva smesso di gratificarlo. «Quando faceva un tiro di sigaretta, non succedeva niente», mi disse Zeman. L'uomo affermava di non avere mai bisogno di dormire, di non avere sonno. Naturalmente tutte queste cose — mangiare, bere, dormire — le faceva, ma i desideri e le sensazioni corrispondenti si erano drasticamente attutiti.

Graham aveva perso qualcosa che tutti noi abbiamo: una spiccata percezione dei nostri desideri e delle nostre emozioni. I pazienti che soffrono di depersonalizzazione lamentano spesso questo ottundimento o appiattimento emotivo, e anche la depressione può produrre stati analoghi, in cui le

emozioni perdono la loro forza. Ma questi pazienti non arrivano a sviluppare un delirio di non esistenza così evidente. Nel caso di Graham, invece, l'appannamento nella percezione delle proprie emozioni era così estremo che «stando all'alterazione della sua esperienza, l'uomo era arrivato alla conclusione che il suo cervello doveva essersi spento», affermò Zeman.

Secondo il neurologo, in deliri così conclamati svolgono un ruolo importante due fattori. Il primo è una profonda alterazione nel senso del sé e del mondo — a Graham, per così dire, era improvvisamente mancato il terreno emotivo sotto i piedi. Il secondo è un'alterazione che riguarda la capacità di ragionare su tale esperienza. «Nel caso di Graham sembravano essere accadute entrambe le cose», spiegò Zeman.

La convinzione delirante di Graham resisteva a ogni prova contraria. Nel corso delle conversazioni con lui, il neurologo lo metteva quasi con le spalle al muro, mostrandogli come ciò di cui lui era convinto fosse falso. Graham ammetteva che molte sue facoltà mentali fossero ancora integre, di poter ancora vedere, udire, parlare, pensare, ricordare e via dicendo.

A quel punto Zeman gli diceva: «Evidentemente, Graham, la sua mente è viva».

E lui ribatteva: «Certo, certo, la mente è viva».

Al che Zeman provava a dire: «La mente è strettamente connessa al cervello, pertanto anche il suo cervello è sicuramente vivo».

Ma Graham non abboccava. «Mi diceva: "No, la mia mente è viva, ma il mio cervello è morto. È morto in quella vasca da bagno"», spiegò Zeman. «Anche quando ero a un passo dal portargli una prova apparentemente inconfutabile, lui non l'accettava». Era affascinante come fosse arrivato a convincersi di un'idea così assurda, quella di essere morto per la morte del suo cervello. In un'epoca in cui la definizione di



morte non comprendesse la morte cerebrale, il suo delirio sarebbe stato diverso?

In tutta la sua carriera, a Zeman era capitato solo un altro paziente che affermava di essere morto. A metà degli anni Ottanta, durante il tirocinio a Bath, in Inghilterra, aveva avuto in cura una donna che versava in un grave stato di denutrizione a seguito di un lungo intervento chirurgico all'intestino. Il suo corpo era stato martoriato da una serie di operazioni, a causa delle quali «si era depressa gravemente e aveva sviluppato la convinzione di essere morta», disse Zeman. «Il che, cosa strana, mi pareva comprensibile, dato il terribile trauma a cui era stata sottoposta».

Zeman riconobbe gli stessi sintomi in Graham e gli diagnosticò la sindrome di Cotard, una condizione patologica riconosciuta per la prima volta in maniera chiara e definita nel XIX secolo, grazie al neurologo e psichiatra francese Jules Cotard.

\* \* \*

Percorrendo la Rue de l'École de Médecine nel sesto distretto di Parigi, a un certo punto si incontra un maestoso colonnato, magnifico esempio di architettura neoclassica francese, che delimita il portico dell'Université René Descartes. Progettata alla fine del XVIII secolo dall'architetto Jacques Gondouin, la facciata vuole richiamare l'attenzione e al contempo apparire aperta e invitante (Delon, 2013, p. 258).

Entrai nell'edificio per raggiungere la sezione manoscritti rari della biblioteca della Scuola di Medicina e consultare un documento sulla vita di Jules Cotard: il testo di un elogio proclamato dall'amico e collega Antoine Ritti nel 1894, quasi cinque anni dopo la sua morte. Cotard aveva curato con devozione la figlia malata di difterite, ma aveva finito con il contrarre lui stesso la malattia e morire nel 1889 (Pe-

arn e Gardner-Thorpe, 2002, p. 1400). Gran parte di ciò che sappiamo sul suo conto lo si deve all'elogio di Ritti, di cui esiste una copia nelle pagine di un vecchio volume rilegato in pelle, sul cui dorso si legge semplicemente *Mélanges biographiques*, «Biografie varie». Sfogliai il libro fino all'elogio di Ritti. Sulla prima pagina era riportata una nota a mano del preside della facoltà di Medicina dell'università dell'epoca: *Hommage de profond respect*. Firmato, *Ant. Ritti*.

Cotard è famoso più che altro per aver descritto i cosiddetti «deliri nichilistici», o *délire des négations*. Ma prima di coniare questa espressione aveva già parlato di «delirio in un ipocondriaco gravemente malinconico» il 28 giugno 1880, a un congresso della Société Médico-Psychologique, dove aveva presentato il caso di una quarantatreenne che affermava «di non avere “cervello, nervi, torace né viscere, e di essere solo pelle e ossa”, che “non esistevano né Dio né il demonio” e che non necessitava di cibo, “essendo eterna e destinata a vivere per sempre”. Aveva chiesto di essere bruciata viva e aveva tentato varie volte di suicidarsi» (Berrios e Luque, 1995).

Qualche tempo dopo Cotard coniò l'espressione *délire des négations*, e dopo la sua morte altri medici diedero a quella sindrome il nome del suo scopritore. Nel corso degli anni l'espressione «delirio di Cotard» è arrivata a designare il sintomo più eclatante della sindrome, ovvero la convinzione di essere morti. Tuttavia, la sindrome comprende una costellazione di sintomi, e non include necessariamente la convinzione delirante di essere morti o di non esistere. Gli altri sintomi sono la convinzione che vari organi o parti del proprio corpo manchino o siano putrescenti, il senso di colpa, l'impressione di essere dannati o condannati e, per uno strano paradosso, anche il senso di immortalità.

Ma a sollevare una spinosa questione filosofica è proprio l'idea delirante di non esistere. Fino a un'epoca recente, l'asserzione *cogito ergo sum*, «penso, dunque sono», del filosofo

francese del XVII secolo René Descartes, è stata il pilastro della filosofia occidentale. Cartesio aveva distinto la mente dal corpo: quest'ultimo apparteneva al mondo fisico ed era qualcosa che occupava uno spazio ed esisteva nel tempo, mentre la mente, priva di estensione spaziale, era essenzialmente pensiero. Per Cartesio, il *cogito* non indicava tanto il pensiero come lo intendiamo noi, quanto piuttosto «una attività intellettuale chiara e distinta, indipendente dai sensi».<sup>2</sup> Secondo il filosofo Thomas Metzinger, dal sistema filosofico cartesiano deriva che «per quanto riguarda i contenuti della propria mente, il soggetto non può sbagliare» (Metzinger, 2004b).

L'idea cartesiana è stata smentita da molti disturbi, fra cui la malattia di Alzheimer, in cui i pazienti sono spesso inconsapevoli della propria condizione. Da questo punto di vista anche la sindrome di Cotard è un mistero. Secondo Metzinger, dovremmo chiederci cosa si prova a essere affetti da questa sindrome, ovvero quale sia la sua fenomenologia in termini filosofici. «A volte i pazienti affermano non solo di essere morti ma anche di non esistere affatto» (Metzinger, 2004b). Benché sembri logicamente impossibile che una persona viva affermi di non esistere, questo è senza dubbio un aspetto della fenomenologia della sindrome di Cotard.

Uscii dalla biblioteca e, mentre ritornavo sulla Rue de l'École de Médecine, mi girai per leggere ancora una volta il nome «Université René Descartes» scolpito nella pietra che sovrastava il colonnato. C'era qualcosa di affascinante nel fatto di condurre una ricerca su Jules Cotard proprio presso una università intitolata a Cartesio. Cos'ha da dirci il delirio di Cotard a proposito delle idee cartesiane? Forse il paziente che ne è affetto sta affermando: «Penso, dunque *non* sono»?

<sup>2</sup> *Stanford encyclopedia of philosophy*, <http://plato.stanford.edu/entries/descartes>.

5.

Mi sembra di essere in un sogno

*Il ruolo delle emozioni nella formazione del sé*

E fino a che punto le nostre sensazioni si lasciano trasformare dal tuffo nel sottosuolo? Voglio dire, qual è la realtà di ogni sensazione?

VIRGINIA WOOLF, *Le cose che accadono*, 1980, p. 497

Sarò sempre estraneo a me stesso.

ALBERT CAMUS, *Il mito di Sisifo*, 1962, p. 44

Quando dissi a Nicholas che sarei andato a trovarlo, sottovalutai clamorosamente la vastità del territorio canadese. Il volo da San Francisco a Boston durò sei ore; poi (a causa di due svolte sbagliate in zone remote del Maine) dovetti affrontarne altre dieci di auto per arrivare da lì a Saint John, nel New Brunswick, tre di traghetto per attraversare la baia di Fundy, in Nuova Scozia, e infine ancora più di un'ora di strada per arrivare a Kingstone, dove il ventitreenne Nicholas viveva con la fidanzata e la figlia, che all'epoca muoveva appena i primi passi.

Quando il traghetto arrivò in Nuova Scozia, raggiunsi Kingstone attraversando in autostrada la valle del fiume Annapolis per tutta la sua lunghezza. Era la fine di giugno, l'inizio dell'estate. La campagna verdeggiava. La terra aveva perso lo sfavillio primaverile ed esplodeva di vitalità. Lungo la strada, fiori di lupino color porpora. Uscito dall'autostrada raggiunsi Kingstone in pochi minuti e trovai la mia destinazione: un caseggiato bianco su due piani davanti a un minimarket aperto 24 ore su 24. Nicholas mi stava aspettando, e uscì fuori ad accogliermi.

Non mi sarei aspettato di incontrare una persona con tanti tatuaggi come Nicholas. Grazie a quelli sul collo sembrava che sotto la camicia azzurra indossasse una t-shirt, e nonostante le maniche arrotolate, la pelle della mano e dell'avambraccio destro quasi non si vedeva. Sull'avambraccio aveva un'elaborata carpa giapponese, simbolo del superamento delle avversità, mentre più in basso, sulla mano, c'erano una bussola, per «trovare la direzione nella vita», e un diamante, perché «resistono bene alle pressioni». «Piuttosto banale», ammise. Sul polso sinistro erano tatuate le iniziali dei membri della sua famiglia adottiva, che l'aveva accolto al termine della sua riabilitazione, all'età di sedici anni, e nella quale per la prima volta nella sua vita Nicholas si era sentito al proprio posto. «È stata quasi come un'infanzia normale», compressa in tre o quattro anni.

Quando chiudeva i pugni e li univa, sotto le nocche di ciascun dito si leggeva una lettera; le parole che così si formavano erano SINK («affonda») e SWIM («nuota»). «Un altro cliché», disse. «È molto elementare, ma per me alla fin fine il punto è proprio questo, specialmente con il mio disturbo: o continuo a lottare per migliorare e, spero, riprendermi prima o poi, oppure... non lo so... affondo... non combatto più». Si sforzò di chiarire il significato di quell'«affondo». «Forse è il suicidio. Forse semplicemente smettere di provarci».

\* \* \*

I ricordi più lontani di Nicholas risalgono all'epoca della nascita di sua sorella, quando aveva quattro anni e tutta la famiglia viveva insieme. Ma non si può certo dire che fosse una famiglia felice. Entrambi i genitori avevano una dipendenza patologica. Il padre, che lavorava come operaio edile e si occupava perlopiù della costruzione di tetti, era un alcolista. La madre, casalinga, beveva forte e aveva una dipen-

denza da farmaci oppioidi come l'Oxycontin e il Dilaudid. All'età di tre anni, Nicholas ne aveva già trascorso uno in affidamento, al termine del quale un giudice l'aveva riaffidato ai genitori naturali. Un anno dopo nacque sua sorella, ma non cambiò nulla: i genitori continuavano a fare uso di droghe, a bere, a litigare e persino a sparire per giorni e giorni, lasciando i bambini in consegna ad altri familiari.

Poi un giorno la madre lasciò il padre. «E mio padre perse conoscenza per un paio di giorni, rimase in uno stato semicosciente, per quel che ricordo», mi raccontò Nicholas. Quando arrivarono gli assistenti sociali per prelevare i bambini, trovarono il piccolo Nicholas che cercava di provvedere alla sorella. «Era piccola piccola», mi disse, e ricordò di aver cercato di prepararle dei cereali. Quando entrarono in casa, lui era in piedi su una seggiola davanti al lavandino e cercava di lavare i piatti. I bambini trascorsero gli anni successivi presso delle famiglie adottive.

Quando Nicholas aveva circa nove anni, i bambini ritornarono dalla madre, che nel frattempo si era risposata. Ma con il patrigno la situazione non si rivelò affatto migliore. Anzi, la coppia era passata a droghe più pesanti e faceva uso di crack. Le droghe alimentavano i deliri paranoici e i due urlavano e litigavano in continuazione, accusandosi a vicenda di avere nascosto le pillole o di avere fumato l'ultima dose di cocaina. Le scene drammatiche erano all'ordine del giorno, ma alcune sono rimaste scolpite nella memoria di Nicholas più delle altre. Una volta, poco dopo la mezzanotte, Nicholas e la sorellina vennero svegliati dalle urla che provenivano dalla camera da letto dei genitori. Decisero di andare a vedere cosa stesse succedendo, ma Nicholas disse alla sorella di aspettare davanti alla porta, e quando lui entrò vide il patrigno che spingeva sua madre contro il televisore, fino a farlo cadere in terra. Un'altra volta, il patrigno aveva inseguito sua madre brandendo un machete. Lei era

corsa in camera da letto e si era chiusa dentro. «Non ricordo se avesse veramente intenzione di farle male o solo di spaventarla», disse Nicholas. Alla fine l'uomo aveva conficcato il machete nella porta di un armadio.

Abitavano in un quartiere tranquillo ed esclusivo di Bridgewater, in Nuova Scozia, dove ognuno teneva ben rasato il prato della propria dimora da «duecentocinquantamila dollari». La casa in cui viveva Nicholas, più piccola delle altre, era l'eccezione. Rientrava nel contesto di un programma sociale teso a garantire un'abitazione alle famiglie meno abbienti, ma le attività equivoche che si svolgevano al suo interno erano perlopiù escluse alla vista del mondo esterno, poiché i genitori di Nicholas usavano l'accortezza di coprire le finestre con le lenzuola.

Oltre alle trascuratezze dei primi anni, in quel periodo Nicholas doveva fare i conti con una madre e un patrigno violenti. Si trattava in gran parte di violenze verbali ed emotive. «“Pezzo di idiota, possibile che non ne fai mai una giusta?! Ma che cos'hai in quella testa?!”. Cose di questo genere... espressioni molto forti», disse Nicholas. Di tanto in tanto, ma piuttosto raramente, il patrigno lo picchiava. «Per fortuna non succedeva spesso, e ne sono proprio contento, anche se a volte ti chiedi che cosa lasci segni più duraturi, se la violenza fisica o quella emotiva». E per ciò che riguarda gli abusi sessuali?, gli chiesi. E lui: «Non è mai successo, e anche di questo mi ritengo fortunato».

Quando aveva dieci o undici anni, Nicholas cominciò ad avere brevi episodi di *dissociazione passeggera*, episodi che duravano una decina di secondi e che si verificavano in modo apparentemente casuale, a volte mentre si trovava sul pulmino che lo portava scuola, a volte mentre cantava l'inno nazionale in classe. «Per descriverli direi che è come essere del tutto scollegati dal corpo fisico», disse. «In quei dieci secondi sei quasi incapace di comunicare o di fare qualunque altra cosa».

Il disturbo raggiunse il culmine quando Nicholas aveva circa dodici anni. Un giorno si trovava in camera da letto insieme alla sorella, quando sentì un urlo dalla cucina. Era sua zia. Forse lei e sua madre avevano fumato crack, Nicholas non lo ricorda con precisione, fatto sta che vide sua madre sdraiata sul pavimento della cucina in preda alle convulsioni. Aveva una crisi. Cadendo per terra aveva urtato la testa contro una maniglia della credenza, e ora sanguinava. Aveva la schiuma alla bocca. Accorse il patrigno e la girò su un fianco in modo che non si soffocasse con il vomito. Per Nicholas fu un momento cruciale. «Ricordo di avere fatto tre o quattro passi verso di lei e poi tutto è cambiato completamente», disse Nicholas. «Fu come passare in un istante da un normale stato di veglia a uno stato onirico. Tutto diventò molto confuso. Tutto sembrava sconosciuto, fuori posto».

Per i quattro anni successivi visse in questa specie di confusione, in cui tutto — gli oggetti circostanti, il suo corpo, il suo sé — gli appariva irreali. Un sogno lungo e inquietante.

\* \* \*

In un libro del 1845, lo psichiatra tedesco Wilhelm Griesinger riportò una lettera scritta da una paziente all'insigne psichiatra francese Jean-Étienne Dominique Esquirol:

Sebbene sia circondata da tutto ciò che può rendere piacevole e felice una vita, in me la facoltà di godere e di sentire è carente, se non assolutamente impossibile. In tutto, anche nelle carezze più tenere dei miei bambini, trovo solo amarezza; li copro di baci, ma c'è qualcosa fra le loro labbra e le mie; e questa orribile cosa si pone fra me e le gioie della vita. La mia esistenza è incompleta. [...] Ciascuno dei miei sensi, ogni parte del mio vero sé è come separata da me e non è più in grado di darmi alcuna sensazione. [...] Non sento più l'aria dentro di me quando respiro. [...] I miei occhi vedono e il mio spirito percepisce, ma la sensazione di ciò che vedo è completamente assente (Sierra, 2009, p. 8).



Lo stesso Esquirol aveva descritto altri pazienti simili e le loro esperienze. Oggi, ciò che questi pazienti riferivano verrebbe definito *depersonalizzazione*. Tale denominazione entrò nel lessico psichiatrico poco dopo il 1890, quando lo psicologo francese Ludovic Dugas se ne servì per descrivere «uno stato in cui i sentimenti o le sensazioni che normalmente accompagnano l'attività mentale sembrano assenti dal sé» (Baker et al., 2012). Dugas si imbatté per caso in questa parola leggendo i diari del filosofo svizzero Henri-Frédéric Amiel. Nel libro postumo *Journal intime*, Amiel scrisse: «Mi ritrovo a considerare l'esistenza come dall'oltretomba, da un altro mondo; tutto mi appare strano; sono, per così dire, al di fuori del mio corpo e della mia individualità; sono *depersonalizzato*, distaccato, vado alla deriva. È follia?» (Amiel, 1884).

Karl Jaspers fornì una descrizione particolarmente chiara di ciò che potrebbe succedere quando una persona si sente depersonalizzata. Tutto ciò che si manifesta nella nostra mente, «che sia una percezione, una sensazione corporea, un ricordo, un'idea, un pensiero o un sentimento, porta con sé *questo particolare aspetto dell'“essere mio”*, dell'aver la qualità dell'“io”, dell'“appartenenza a sé”, dell'essere un proprio atto. Ciò è stato denominato *personalizzazione*. [...] Se queste manifestazioni psichiche sono accompagnate dalla consapevolezza che non sono mie, ma aliene, automatiche, autonome, provenienti da altrove, siamo nel campo della *depersonalizzazione*» (Sierra, 2009, p. 17).

Secondo alcuni esperti, una depersonalizzazione transitoria potrebbe essere un adattamento evolutivo a un pericolo estremo. Verso la metà degli anni Settanta, Russell Noyes Jr. e Roy Kletti dell'University of Iowa College of Medicine intervistarono sessantuno persone che avevano risposto a un annuncio pubblicato sul giornale studentesco in cui si

raccoglievano «resoconti di esperienze soggettive avute in momenti in cui la propria vita era in pericolo». Le risposte raccolte erano simili a quella fornita da un ventiquattrenne che ricordò gli attimi vissuti mentre la sua Volkswagen sbandava in curva a causa del fondo stradale scivoloso per la pioggia, finendo nella corsia opposta proprio durante il sopraggiungere di un'auto in senso contrario: «Mentre la macchina girava su se stessa io ero sprofondata in una specie di rilassamento, come se avessi fumato erba o qualcosa del genere. Al pericolo non pensai affatto, non esisteva. Avevo la sensazione di essere sospeso in aria, come se fossi uscito dal piano della realtà. Mi sembrò di essere uscito da questo mondo, dove percepisci la sensazione del tuo corpo sul sedile e dell'aria che respiri, e di essere transitato in qualche altro stato» (Noyes e Kletti, 1977).

Sulla base delle loro interviste, Noyes e Kletti conclusero: «L'interpretazione della depersonalizzazione come difesa rispetto alla minaccia di un pericolo estremo o rispetto all'ansia associata sembra inevitabile. [...] Perciò, di fronte a un pericolo che mette a repentaglio la propria vita, si diventa osservatori di ciò che sta accadendo, distanziandosi efficacemente dal pericolo. Il distacco sembra essere un importante meccanismo adattivo; nello stato di depersonalizzazione esso si manifesta con particolare evidenza» (Noyes e Kletti, 1977).

Se la depersonalizzazione è davvero un adattamento evolutivo, allora ha senso che tutti possiedano la capacità innata di entrare in questo stato in cui si diventa estranei a se stessi. E dato che tali meccanismi neurobiologici esistono, ha senso che essi si attivino più facilmente in alcuni piuttosto che in altri. Chiamiamola predisposizione (natura). Poi farebbe la sua parte anche l'ambiente (cultura): ad esempio, un'infanzia violenta e il conseguente trauma potrebbero portare alla depersonalizzazione, come pro-

tabilmente è accaduto a Nicholas. Lo stesso può accadere con le droghe.

\* \* \*

Sarah è una donna minuta, nervosa e piena di energie, che a poco più di trent'anni dirige già una startup online con sede a New York.<sup>1</sup> Ci siamo incontrati nel suo ufficio e siamo andati in un bar lì vicino a parlare di una sua esperienza che stava cercando ancora di interpretare. Continuava a porsi la stessa domanda retorica: «Cosa diavolo mi è successo?».

Tre settimane prima del nostro incontro era andata a trovare un amico nell'East Village. Era un sabato sera, e siccome al suo amico piaceva fumare un po' d'erba per svagarsi, aveva fumato anche lei, anche se il numero di volte che l'aveva fatto nella sua vita si poteva contare sulle dita di una mano. La domenica mattina l'amico le aveva proposto di provare l'Adderall, un farmaco stimolante prescritto in genere per controllare i sintomi del disturbo da deficit dell'attenzione (DDAI) ma divenuto una droga d'elezione fra coloro che lavorano nel frenetico ambiente delle startup tecnologiche e cercano un modo per incrementare la concentrazione e le performance. Lui frequentava l'università e prendeva l'Adderall per studiare meglio e più a lungo, mentre per Sarah si trattava della prima volta. Avevano preso una pillola in due, ma nel pomeriggio avevano fumato anche un po' d'erba e un narghilè, e avevano bevuto un bicchiere.

Il lunedì mattina Sarah si era svegliata un po' confusa. «Se nel weekend si fa baldoria, poi è normale sentirsi un po' intontiti, e quindi non ho dato peso alla cosa», mi raccontò.

Il martedì mattina, alle sei, era stata a una lezione di yoga, durante la quale si era sentita ancora confusa, sconsuata.

<sup>1</sup> Alcuni dati sensibili, compreso il nome, sono stati modificati.

«Come se fossi in un sogno. Mi chiedo se ero viva». Ciò nonostante aveva tenuto fede come al solito ai suoi appuntamenti, alle telefonate e alle riunioni di lavoro.

Il mercoledì mattina le cose non erano migliorate, anzi, erano andate ancora peggio. Sarah era scoppiata in lacrime. «Merda, sono morta? Quella che sto guardando ora è la mia vita?», ricorda di aver pensato. «Continuavo a dirmi: “Devo uscire da questo stato. Sono dentro qualcosa che non conosco”. Ero nel panico. La cosa che continuava ad assillarmi era che non mi convinceva niente».

Dubitava di sé e della realtà dell'ambiente che la circondava. Continuava a sentirsi dentro un sogno. Era salita sul treno per raggiungere il centro città, dove avrebbe dovuto partecipare a una riunione, e si era accorta di essere spaventata. Guardava gli altri passeggeri e si chiedeva: «Sono qui? Io sono qui?».

Il mercoledì sera — era la notte di luna nuova — Sarah era andata a pregare nella sua sinagoga, cosa che faceva da sempre. Lungo la strada si era fermata al chiosco dei tacos e ne aveva ordinato una porzione, completamente convinta che non le sarebbe mai arrivata. Era lì, su un marciapiede di New York City, che diceva a se stessa: «Non arriveranno; è impossibile che io abbia ordinato questi tacos. È tutto un sogno e tra poco mi sveglierò». Ma naturalmente poco dopo le consegnarono ciò che aveva ordinato. «Allora mi sono detta: “Oddio, sono viva! Fiu!”».

Probabilmente Sarah stava facendo ciò che gli psicologi chiamano un «esame di realtà»: aveva consapevolezza della realtà oggettiva, ma il suo modo di percepirla era disturbato, e quindi cercava di riconciliare le due cose. La conferma momentanea che aveva avuto ricevendo la porzione di tacos, tuttavia, le era stata di scarso aiuto. Per tutta la preghiera della sera era stata in ansia, a rimuginare sulla ricerca di conferme della propria esistenza, poiché continuava a sen-

tirsi disconnessa. Quando la preghiera finì fece in modo di non incontrare lo sguardo degli altri fedeli e corse a casa, dove ricominciò a piangere. «Sono morta. Sono morta. Sono assolutamente morta», pensava.

Il giovedì aveva parlato per telefono con la sua *nurse practitioner*, che le aveva detto: «Guarda, è impossibile che le droghe stiano facendo ancora effetto», consigliandole di bere molto e di riposare. Ma non era servito. Il mattino dopo andò a trovarla un amico — che anch'io conosco bene —, e lei, appena l'aveva visto, era scoppiata in lacrime dicendo: «Ho paura di essere morta». Erano rimasti qualche minuto seduti sul divano, poi avevano deciso di andare al pronto soccorso più vicino, a sei isolati di cammino. Lungo il tragitto Sarah aveva continuato a piangere, e anche al pronto soccorso. «Un pianto molto strano», precisò.

Continuava a chiedere al nostro amico: «Sei sicuro che sono viva? Sono qui? Tu sei qui adesso?», e lui la rassicurava: «Sì, sì, siamo vivi». Il medico del pronto soccorso disse che si trattava di una reazione alle droghe (anche se, notò, era strano che l'effetto durasse così a lungo), le prescrisse l'Ativan per l'ansia e la rimandò a casa.

Ma il senso di irrealtà continuava, così come l'impressione di vivere dentro un sogno. Si sentiva un po' «slegata», come se stesse galleggiando — faceva fatica a descrivere il suo stato ricorrendo al linguaggio di tutti i giorni. Poi, non sapeva bene perché, tutto passò nel giro di tre settimane. Forse si trattava solo di aspettare, o forse era servito il massaggio praticatole da una massoterapista che era anche «guaritrice energetica». «Ascolta, in questo momento io sono fuori di me», le aveva detto Sarah, cercando di spiegarle come si sentiva. La donna le aveva risposto in modo rassicurante: «Oh, succede anche a me. Devi imparare a gestirlo». Le spiegò che l'energia entrava e usciva dal corpo passando dalla sommità della testa, e che si trattava di arrestare il flusso con un

movimento rotatorio della mano, come se stesse chiudendo una bottiglia. Sarah le aveva creduto sulla parola. Inoltre, la massaggiatrice le aveva dato anche un consiglio meno esoterico: «Fai yoga, hai bisogno di ritrovare il tuo corpo. Pesta i piedi per terra, fa' qualunque cosa possa servirti per tornare a sentirti nel tuo corpo, e vedrai che starai bene».

Dopo l'incontro con la massaggiatrice Sarah si era sentita un po' meglio. Doveva fare più yoga, anche se da sei anni lo praticava regolarmente tutte le mattine, e il giorno successivo, cosa eccezionale per le sue abitudini, aveva fatto una seduta di due ore consecutive e così aveva cominciato a sentirsi ancora meglio, tanto che quando ci siamo incontrati, circa tre settimane dopo l'inizio di quell'esperienza, stava bene.

\* \* \*

«Hai bisogno di ritrovare il tuo corpo. Pesta i piedi per terra, fa' qualunque cosa possa servirti per tornare a sentirti nel tuo corpo».

Questo consiglio apparentemente fumoso contiene in realtà della saggezza. Un neuroscienziato potrà magari storcere il naso all'idea di seguire i consigli di una guaritrice New Age, ma se si considera attentamente ciò che i neuroscienziati stessi dicono a proposito del sé, si vedrà che la sensazione di essere incarnati — di essere *in* un corpo e *di* un corpo — è un aspetto fondamentale della nostra identità.

Uno dei più tenaci sostenitori dell'idea che il sé si fondi su un corpo è il neuroscienziato Antonio Damasio. Nel suo ultimo libro, *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*, scrive: «Fra le idee proposte nel libro, nessuna è più importante di questo concetto: il corpo è un fondamento della mente dotata di coscienza» (Damasio, 2012, p. 34). Damasio è convinto che una mente cosciente abbia bisogno dell'apparizione di un sé. Il suo modello prende il via dall'i-

dea della formazione di immagini mentali nel cervello. Con ciò non intende le immagini mentali che entrano nella nostra consapevolezza cosciente, ma piuttosto i modelli di attività dei circuiti neurali. A seconda del pattern di attività, un dato circuito neurale all'interno del cervello può trovarsi in un determinato stato tra i moltissimi possibili. Ciascuno stato, scrive Damasio, equivale a un'immagine mentale. Una successione di tali immagini mentali è la mente. Fin qui Damasio non sta parlando di qualcuno o qualcosa che sia consapevole della mente. Questo non è difficile da accettare. È risaputo che buona parte dell'attività cerebrale è subconscia — non ne siamo consapevoli e probabilmente non lo saremo mai.

Il compito fondamentale del cervello è quello di provvedere all'organismo mentre mangia, beve, si muove e dorme. Un organismo può sopravvivere soltanto se i suoi valori biochimici interni si mantengono entro limiti accettabili, i cosiddetti «limiti omeostatici», e il processo che mantiene il corpo all'interno di questi limiti si chiama *omeostasi* (un'espressione coniata dal fisiologo americano Walter Cannon).<sup>2</sup> Le caratteristiche particolari del processo omeostatico variano a seconda degli organismi. Ad esempio, gli animali a sangue freddo (come i rettili) assumono la temperatura dell'ambiente in cui si trovano — così per essere attivi devono andare alla ricerca di calore —, mentre il corpo degli animali a sangue caldo (più o meno tutti i mammiferi e gli uccelli) deve mantenersi a una temperatura interna quasi costante, il che richiede di mangiare molto quando fa freddo, per produrre l'energia necessaria, e di sudare per disperdere il calore in eccesso. Il cervello compie il suo dovere perfettamente per mantenere l'omeostasi. Ma anche il cervello fa parte dell'organismo; non è un burattinaio separato dal resto del corpo, che tira i fili dall'esterno. Quindi, per svolg-

<sup>2</sup> <http://www.scientificamerican.com/article/what-is-homeostasis>.

re le sue funzioni, esso deve tenere traccia di ciò che avviene nel corpo, nell'ambiente esterno ma anche dentro di sé, e lo fa creandosi delle rappresentazioni o mappe. I modelli di attività dei circuiti neurali costituiscono queste mappe. Le mappe sono il contenuto della mente (ancora inconscia).

Il passo successivo di questo modello ipotetico è l'apparizione di ciò che Damasio chiama il *proto-sé*, «che prefigura il sé a venire» (Damasio, 2012, p. 34). Il *proto-sé* è costituito dalle immagini mentali degli aspetti più stabili del nostro corpo (come lo stato delle viscere). Secondo Damasio, la zona del cervello maggiormente responsabile della creazione delle mappe e della produzione di queste immagini è la parte superiore del tronco encefalico, le cui strutture sono inestricabilmente collegate con le parti del corpo di cui esse possiedono una mappa — una stretta interazione bidirezionale «interrott[a] soltanto da una patologia cerebrale o dalla morte» (Damasio, 2012, p. 35).

L'altra funzione essenziale del *proto-sé* è quella di produrre i *sentimenti primordiali*, che «forniscono un'esperienza diretta del nostro corpo — un corpo che vive —, senza bisogno di parole, senza abbellimenti e senza legami se non quello con la pura e semplice esistenza». Nel modello di Damasio, i sentimenti primordiali «riflettono lo stato corrente del corpo» (Damasio, 2012, p. 35).

Lo strato successivo, che si struttura sopra il *proto-sé*, è il *sé nucleare*. Esso è costituito da rappresentazioni cerebrali che catturano la relazione fra il *proto-sé* e la sua interazione con un oggetto. Le rappresentazioni comprendono anche i cambiamenti nel *proto-sé*, insieme ai sentimenti primordiali che ne derivano. Ad esempio, qualora il *proto-sé* dovesse incontrare un serpente, il *sé nucleare* potrebbe essere la rappresentazione di questa interazione, ed essa comprenderebbe i cambiamenti nello stato corporeo (in uno come me, uno stato di paura totale).



Damasio ritiene che con l'apparizione del sé nucleare nella nostra storia evolutiva entri nel quadro complessivo anche il sé che conosciamo noi. Il sé nucleare è il primo accenno di soggettività (si noti comunque che Damasio non spiega in modo soddisfacente come l'attività neurale si trasformi in soggettività — e c'è poco da sorprendersi, dato che qui siamo al centro del problema «hard» della coscienza). Il sé nucleare vive nel momento presente: è una sequenza di immagini mentali delle interazioni del proto-sé con un oggetto, dei cambiamenti che ne derivano nel proto-sé e dei relativi sentimenti primordiali. Se avessimo solo un sé nucleare, come probabilmente è il caso di molti animali, non saremmo consapevoli di altro che di questi momenti di esperienza soggettiva.

Lo stadio successivo, quello del sé *autobiografico*, è comparso quando il cervello si è evoluto ulteriormente, sviluppando la memoria autobiografica. Damasio ipotizza l'esistenza di circuiti cerebrali capaci di aggregare i ricordi autobiografici in un oggetto (che potremmo immaginare come una storia), lasciando che esso interagisca con il proto-sé e lo modifichi, cosa che produce un momento di soggettività. Ma questa volta l'esperienza soggettiva non ha come oggetto il solo corpo, bensì un'entità più complessa, la persona. Il sé autobiografico consisterebbe in una rapida sequenza di questi momenti di soggettività. Questo sé pienamente formato sarebbe la base della personalità individuale.

A prescindere dal fatto di essere completamente d'accordo con il modello di Damasio oppure no, nelle neuroscienze si registra un consenso generale riguardo alla centralità del corpo nell'origine del sé. Questo ruolo è evidente nelle emozioni e nei sentimenti. Nella prospettiva di Damasio, il sé ha inizio dai sentimenti primordiali — stati corporei rappresentati nel tronco encefalico superiore, nella corteccia insulare e nelle cortecce somatosensoriali — che sono gli elementi di base delle emozioni e dei sentimenti più complessi.

Damasio suggerisce anche l'esistenza di un «circuitto corporeo “come se”» — che possiamo intendere grossomodo come la capacità cerebrale di simulare gli stati corporei. Perché un cervello ne avrebbe bisogno? Perché a volte il fatto di simulare uno stato atteso può servire ad accelerare la capacità cerebrale di controllare lo stato fisiologico del corpo e quindi a risparmiare energia. In questo modo il cervello può essere più efficace ed efficiente. Non siamo molto distanti dall'idea che il cervello produca una copia efferente di un comando motorio e che la utilizzi per prevedere le conseguenze sensoriali ed essere preparato a esse.

Se il corpo e i sentimenti primordiali sono la base del nostro senso del sé, la depersonalizzazione può essere considerata una menomazione fondamentale dell'autoconsapevolezza, dato che è accompagnata da un senso di incorporeità e da una riduzione delle sensazioni emozionali. Mauricio Sierra e Anthony David, della Depersonalization Disorder Unit del King's College di Londra, scrivono che «la condizione si manifesta con un disturbo pervasivo dell'autoconsapevolezza al livello preverbale più basilare (cioè a livello della sensazione di essere un'entità, di esistere)» (Sierra e David, 2011).

La depersonalizzazione provoca in genere almeno alcune delle esperienze seguenti: «1. sensazioni di incorporeità, ovvero senso di distacco o disconnessione rispetto al corpo; 2. insensibilità emozionale soggettiva, ovvero incapacità di provare emozioni ed empatia; 3. rievocazione soggettiva anomala, ovvero i prodotti della rievocazione di informazioni personali o dell'immaginazione non vengono percepiti del tutto come propri; 4. derealizzazione, ovvero senso di estraneità o alienazione rispetto all'ambiente circostante» (Sedenõ et al., 2014).

Le persone che soffrono di depersonalizzazione fanno fatica a tradurre in parole le loro esperienze e per questo ricorrono perlopiù a metafore. Come mi disse Nicholas, «la disconnessione è molto difficile da descrivere. È come non essere più il proprio corpo fisico».

Sembra quasi un'esperienza extracorporea, ma non lo è. Esistono alcune differenze importanti fra l'esperienza del senso di incorporeità nel contesto della depersonalizzazione e l'incorporeità delle esperienze extracorporee (che approfondiremo in uno dei prossimi capitoli). La depersonalizzazione in genere non comporta il cambiamento di prospettiva comune invece nelle esperienze extracorporee, in cui il sé osservante finisce in qualche modo fuori dal corpo; qui (di solito) la persona continua a rimanere nel proprio corpo, ma la sensazione di esserci dentro è poco nitida.

Nicholas aveva circa dodici anni quando divenne cronicamente depersonalizzato — uno stato che durò quattro anni. «La cosa più spaventosa di essere in quella condizione a quell'età è che non avevo nessuno che mi sostenesse», mi spiegò. Non poteva parlarne né con i genitori né con gli insegnanti né con gli amici, e la sorella era troppo piccola per capire.

Il fatto di non avere una famiglia stabile non era certo di aiuto. Alla fine la madre e il patrigno vennero arrestati con l'accusa di abuso di droghe e abbandono di minori, così Nicholas e la sorella si ritrovarono di nuovo affidati a case famiglia, o alle cure di genitori adottivi. Verso i tredici o i quattordici anni (ricorda la successione dei fatti in maniera confusa, cosa che attribuisce alla depersonalizzazione), Nicholas rivide il padre biologico. Aveva imparato a odiarlo dai racconti di sua madre, ma ora voleva vedere come fosse realmente. A quell'epoca il padre aveva già trascorso quattro anni in galera, era ricoperto di tatuaggi — non colorati come quelli di Nicholas, ma i tipici tatuaggi nero-bluastri

dei detenuti — e aveva messo su muscoli. «Sembrava un culturista», mi raccontò Nicholas.

Il trasferimento dal padre si rivelò un disastro. L'uomo viveva con il proprio patrigno, ed entrambi facevano uso di droghe. Non dedicavano alcuna attenzione a Nicholas, anzi, il patrigno di suo padre gli comprava da bere, tanto che a soli quattordici anni Nicholas entrò a capofitto in un mondo di superalcolici, erba e altre droghe. Presto incominciò a iniettarsi morfina. Nel frattempo, la sua famiglia adottiva — da cui era scappato per andare a vivere con il padre — aveva informato le autorità del fatto che si trovava in una situazione di pericolo.

Quando andai a trovarli a casa loro Jasmine, la sua attuale fidanzata, ricordò il giorno in cui venne portato in fretta e furia in riabilitazione. Quel giorno era da alcuni amici nel centro di Liverpool, in Nuova Scozia, quando un'amica li raggiunse urlando: «Nick è stato arrestato!». Jasmine lo aveva conosciuto solo una settimana prima, e ora, all'improvviso, finiva in prigione. Ma non era lì, in prigione, che lo stavano portando. All'inizio Nicholas venne affidato a un centro assistenziale di sicurezza di Truro, dove restò un mese a disintossicarsi, poi trascorse nove mesi in un centro di riabilitazione di Sussex, nel New Brunswick. E fu proprio in quel periodo, durante la riabilitazione, che la depersonalizzazione cessò di manifestarsi.

Alla fine del percorso riabilitativo, una giovane coppia fra i trenta e i quarant'anni — Tammy e Dave — lo accolse amorevolmente in casa propria. Ma Nicholas aveva una serie di difficoltà abbastanza gravi: era pieno d'ansia, riusciva a dormire soltanto da solo e aveva paura dei grandi edifici. Inoltre Tammy, la madre adottiva, notò che c'era qualcosa di strano anche nel rapporto con gli altri: «Specialmente nelle relazioni nuove, diceva di non provare ciò che, secondo lui, dovevano provare gli altri. E ciò nonostante sembrava che

certe cose lo ferissero». La donna ricorda anche di non averlo mai visto gioire o rallegrarsi di nulla, nonostante qualche episodio felice ci fosse stato.

La coppia gestì la situazione senza problemi, e questo fu importantissimo per Nicholas. «Mi hanno trattato come un figlio», mi disse. «E questa per me è stata una cosa enorme. Ho vissuto lì per tre, quattro anni, e in quel periodo ho imparato cosa vuol dire essere responsabili, rendere conto delle proprie azioni... tutte cose che non mi avevano mai insegnato». Imparò a guidare, prese la patente, ritornò a scuola e si diplomò. Fu in quegli anni che cominciò a tatuarsi — cosa che non piacque granché ai genitori adottivi, anche se furono contenti di vedere le proprie iniziali sul polso di Nicholas.

Di per sé, l'attenuazione del disturbo si rivelò una delusione. La vita ritornò alla normalità, niente più fuochi d'artificio. Nicholas smise di fumare (aveva già abbandonato le droghe, fatta eccezione per una ricaduta dopo la riabilitazione) e cominciò a fare molto esercizio fisico; la sua vita, insomma, prese una piega relativamente positiva. «Se ci penso, in quei tre anni la mia vita raggiunse il suo zenit», mi confidò.

Con l'aiuto di un avvocato, Nicholas riuscì a consultare il suo dossier presso il Dipartimento dei Servizi di Comunità, scoprendo così che, oltre al disturbo da depersonalizzazione, gliene erano stati diagnosticati altri, e in particolare: il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo oppositivo-provocatorio.

Ma il periodo di remissione dei sintomi era destinato a non durare a lungo. Un giorno, mentre lavorava presso un call center, bevve una grossa lattina di energy drink, piena di caffeina e taurina, che gli scatenò un grave attacco di panico. Dopodiché gli attacchi si ripresentarono spesso. «Iniziarono a essere sempre più forti e frequenti, ed erano molto, molto intensi», ricordò Nicholas. «Quando avevo un attacco mi sembrava di morire». E come se ciò non bastasse,

ritornarono anche i sintomi di depersonalizzazione, di cui si era quasi dimenticato.

«Quando soffri di questo disturbo, anche la cosa più banale ti sembra strana», mi spiegò. «Diventi iperconsapevole. Aprire e chiudere le mani o muovere le braccia mentre cammini o anche il fatto stesso di camminare, tutto diventa molto strano perché non hai la sensazione di essere tu a fare queste cose. Hai l'impressione di inviare a qualcun altro il comando di farle per te». (Questo aspetto della depersonalizzazione ricorda ciò che dicevano Sophie e Laurie a proposito della loro esperienza con la schizofrenia. Molte persone affette da schizofrenia mostrano segni di depersonalizzazione nella fase prodromica, prima di arrivare alla schizofrenia conclamata).

Nel frattempo, Nicholas cominciò a corteggiare Jasmine, ma all'inizio la relazione fu difficile. Lei gli faceva notare che lui sembrava non dare importanza alla loro storia, come se non fosse emotivamente coinvolto. Appariva distante e preoccupato. Poco alla volta lui le spiegò che il problema non era lui, ma il suo disturbo, e che la sua scarsa sensibilità emotiva non riguardava lei in particolare, ma qualunque cosa gli capitasse.

Questa sorta di insensibilità caratterizzò anche il seguito della relazione. «È come se non fosse veramente la mia fidanzata», mi confidò Nicholas. «So che lo è, e so di amarla, ma è come se non la conoscessi. È strano, è come se non riconoscessi una persona che conosco. Ne ho parlato con altre persone che hanno lo stesso problema, e anche loro sanno di amare la persona con cui stanno, ne sono consapevoli, eppure hanno la sensazione che quella persona sia un'estranea. Non ci si sente completamente connessi».

E poi nacque la loro bambina. Nicholas era lì presente, nella sala parto. Vide sua figlia venire al mondo. «Aspettavo da tanto, tanto tempo la sua nascita, ed è stato un grande evento.

Quando è nata ho pianto e mi sono commosso. Quel giorno sì, ero connesso», mi raccontò. «Da allora non ho più provato sensazioni così forti, ma sono contento che sia successo. Ci sono state tante altre occasioni, con lei, o quando sono morti degli amici, in cui avrei potuto provare cose del genere senza che sia successo fino in fondo, ma per un motivo o per l'altro la nascita di mia figlia è stata un caso eccezionale».

\* \* \*

L'insensibilità emotiva propria della depersonalizzazione è un paradosso. È evidente che le percezioni emotive delle persone che ne soffrono sono in qualche modo attutite, come dimostra la testimonianza di Nicholas, eppure si tratta anche di persone in preda al panico e sotto stress, e anche questi sono stati emotivi.

Nick Medford, neuropsichiatra della Brighton and Sussex Medical School, in Inghilterra, ricorda l'aneddoto di una sua paziente che illustra bene il paradosso. I vicini di casa della donna erano appena stati colpiti da una tragedia: il figlio piccolo era morto in un terribile incidente. «Lei sapeva che le frasi appropriate in quella circostanza erano cose del tipo "è terribile", "sono profondamente addolorata", "è una cosa tremenda", ma disse di non provare niente di tutto ciò. Poi però rimase turbata dal fatto di non essere turbata».

Allo stesso modo, un altro paziente gli confidò: «Non provo alcuna emozione, e questo mi rende tanto infelice».

«In un certo qual modo è contraddittorio», ragiona Medford. «Ma a ben vedere, queste persone rivelano una forte agitazione e sofferenza emotiva interiore, accompagnata da un'apparente indifferenza alle cose esterne».

È altresì chiaro che queste persone sperimentano emozioni attenuate e un senso alterato del proprio corpo e della realtà. Qualcosa non funziona nel sistema corpo-cervello che

genera le sensazioni corporee. I pazienti, inoltre, tendono a rimuginare su se stessi, cioè a pensare continuamente al proprio stato anomalo, rischiando di dedicare molta meno attenzione al mondo esterno (si ricordi la scoperta di Steven Laureys sulle reti di consapevolezza esterna e interna e sulla loro correlazione inversa: ognuna opera a spese dell'altra). La ruminazione su se stessi può anche «alimentare la sensazione che il mondo sia in qualche modo lontano e irreale».

Jeff Abugel, che è l'autore di due libri sulla depersonalizzazione nonché colui che mi ha presentato Nicholas, conosce bene questa ossessione. Infatti, di tanto in tanto attraversa periodi di depersonalizzazione, sin dalla tarda adolescenza. Durante questi episodi, «ciò di cui è fatta la mia vita in un certo senso scompare quasi del tutto dalla mia mente. L'unica cosa che resta è questa ininterrotta ricerca di capire che cos'ho», mi ha spiegato. «Tutta la mia esistenza si riduce a questo, a chiedermi: cos'ho che non va? Perché mi sento così? Che mi sta succedendo?» (Medford, 2012).

Quindi, mentre la sofferenza e l'infelicità sembrano essere dovute a una concentrazione ossessiva sul senso di stranezza, la stranezza dipende dal modo in cui si generano le sensazioni emozionali — e da come queste sorreggono il senso del sé.

Medford e i suoi colleghi hanno studiato la risposta emozionale dei pazienti all'interno di uno scanner. Se una persona con un sistema emotivo integro osserva delle immagini dal contenuto emotivo positivo, neutro o negativo, lo scanner evidenzia nel suo cervello delle attivazioni appropriate a ciascun tipo di stimolo. Una delle regioni cerebrali che si attivano alla vista di immagini emotivamente salienti è l'insula. L'attività insulare è correlata con «qualsiasi tipo di sentimento sia dato di immaginare», scrive Damasio, «da quelli associati alle emozioni a quelli corrispondenti a qualsiasi sfumatura di piacere o dolore, indotti da un'ampia gamma di stimoli: ad esempio, ascoltare una musica



che piace o si detesta; osservare immagini che piacciono — compreso materiale erotico —, oppure che disgustano; bere vino; fare sesso; alterarsi consumando droghe; interrompere l'assunzione di droghe e sperimentare l'astinenza; eccetera» (Damasio, 2012, pp. 154-155) (si ricordi il caso della sessantacinquenne con demenza che soffriva di sindrome di Cotard: aveva un'atrofia insulare bilaterale, probabilmente connessa all'alterazione dei suoi stati emozionali connessi al corpo). Nelle persone affette da depersonalizzazione, il team di Medford ha riscontrato un'attività significativamente inferiore nell'insula anteriore sinistra alla vista di immagini avversive, rispetto ai soggetti di controllo sani. «I circuiti emozionali, le risposte emotive, sembrano in qualche modo più spenti», mi ha confermato lo stesso Medford.

L'interruttore si trova in un'altra zona del cervello. Un'altra regione cerebrale che risulta regolarmente coinvolta nella depersonalizzazione è la corteccia prefrontale ventrolaterale (VLPFC), una zona implicata nel controllo discendente (*top-down*) delle emozioni. Lo studio di Medford (che, con i suoi quattordici pazienti affetti da depersonalizzazione, è uno dei più grandi mai realizzati) ha riscontrato che nelle persone con depersonalizzazione la VLPFC risulta iperattiva rispetto ai soggetti di controllo. Una VLPFC iperattiva potrebbe reprimere le risposte emotive.

Lo studio del team di Medford non si è fermato qui. Sebbene non esistano farmaci indicati per il trattamento della depersonalizzazione, qualche paziente ha osservato dei benefici durante l'assunzione di lamotrigina, una molecola anticonvulsivante prescritta per l'epilessia. Dieci dei quattordici pazienti hanno provato ad assumere lamotrigina per un periodo compreso fra i quattro e gli otto mesi, dopo il quale hanno acconsentito a sottoporsi a una nuova scansione. Alcuni riferivano miglioramenti, altri non avevano osservato alcun cambiamento. I primi hanno evidenziato un aumento

di attività nell'insula anteriore sinistra e una riduzione di attività nella VLPFC rispetto alle scansioni precedenti all'assunzione di lamotrigina e rispetto alle scansioni effettuate sui secondi (Medford et al., 2016). A proposito dell'attività dell'insula in questi pazienti, Medford sostiene che, «rispetto alle persone che non erano migliorate affatto, loro erano ancora molto piatti in termini di risposte neurali».

L'insula anteriore sinistra è coinvolta nell'integrazione delle sensazioni provenienti dall'interno e dall'esterno del corpo (dette rispettivamente *enterocettive* ed *esterocettive*), e si ritiene che abbia un ruolo cruciale nella genesi del senso soggettivo del proprio corpo e, di fatto, nel senso del sé. Il neuroanatomista Bud Craig, autore di lavori molto importanti per la comprensione della neuroanatomia dell'insula, ritiene che essa costituisca il sostrato neurale del «sé senziente». Antonio Damasio non è d'accordo (poiché afferma che anche il tronco encefalico ha un ruolo importante nella rappresentazione degli stati corporei).

Benché si possa dire che la VLPFC nelle persone con depersonalizzazione «spenga» l'insula anteriore sinistra, essa non è sotto il controllo della coscienza. «Non è un fenomeno volontario», afferma Medford, «succede e basta».

In tal caso, questo «spegnimento» dovrebbe manifestarsi nelle risposte del sistema nervoso autonomo delle persone con depersonalizzazione — che non sono sotto il controllo volontario. E, in effetti, questo è proprio ciò che i ricercatori hanno osservato: se si misura la conduttanza cutanea della mano (una risposta autonoma) in concomitanza con la presentazione di stimoli sgradevoli, le persone con depersonalizzazione dimostrano di avere un'attività molto ridotta. «Quando colleghi i fili a un paziente con depersonalizzazione per misurargli la conduttanza cutanea, continui a controllare se li hai attaccati bene», spiegò Medford, «perché ottieni solo una linea piatta, che non è quello che si vede normalmente».

Allora, considerato che la depersonalizzazione fa sentire estranei a se stessi, e dato che la capacità di sperimentare le emozioni si riduce, che cosa ci dice tutto ciò a proposito del sé? Secondo Medford, «tutto ciò mette in risalto il primato delle sensazioni fisiche e delle sensazioni interne» nella creazione del sé. «Ovvero, quest'idea alla Damasio secondo cui i sentimenti derivano dalle informazioni somatosensoriali».

Lo stesso Damasio ha basato il suo modello su concetti risalenti alla fine dell'Ottocento, quando William James mise in discussione le convinzioni dell'epoca in merito a emozioni e sentimenti, chiedendosi: quando vedi un orso, scappi perché hai paura o hai paura perché scappi?

\* \* \*

«Dice il senso comune: se perdiamo il nostro patrimonio, siamo afflitti e piangiamo; se incontriamo un orso, siamo terrorizzati e scappiamo; se veniamo insultati da un avversario, siamo arrabbiati e picchiamo», scrisse William James nel 1884 in un articolo intitolato *Che cosa è un'emozione?*, diventato ormai un classico. James, tuttavia, suggerì che questa sequenza di eventi poteva essere sbagliata, e avanzò una nuova ipotesi: «[...] noi ci sentiamo dispiaciuti perché piangiamo, arrabbiati perché picchiamo, spaventati perché tremiamo, e non che piangiamo, picchiamo o tremiamo perché siamo dispiaciuti, arrabbiati o spaventati» (James, 1999, p. 169).

Quali sono le moderne definizioni neuroscientifiche di *emozione* e *sentimento*? Un'emozione è lo stato fisiologico del corpo in risposta a determinati stimoli. Tale stato non comprende soltanto aspetti come la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna, ma anche i movimenti del corpo (il fatto di bloccarsi o fuggire in risposta a una minaccia, ad esempio). L'emozione comprende anche le cognizioni pre-