

“LUNATICA”, Storia di una mente bipolare.

Di Alessandra Arachi, edizioni Rizzoli 2006, Milano

Alessandra, una giovane giornalista, attraversa una fase di eccitazione maniacale mentre si occupa della morte di un uomo caduto nella tromba del ascensore dal quarto piano di un palazzo vicino a Piazza Venezia a Roma. Non crede alle cause accidentali riportate dalla stampa, ha l'impressione che tutto sia misterioso e interpretando vari fatti arriva rapidamente alla convinzione che si tratti di un omicidio in un complotto nel quale è coinvolto anche il KGB. Semplici coincidenze assumono precisi significati e creano nuove idee deliranti. Seguono mesi di frenesia, di insonnia di iperattività disordinata. Alla fine dell'eccitazione arriva inevitabile la depressione: il Nulla dentro e fuori di lei, l'angoscia, l'impossibilità di lavorare, di fare anche le cose semplici, le idee di suicidio come unica salvezza dall'inferno della depressione. Viene ricoverata in una clinica psichiatrica. Come spesso accade nei casi di mania con idee deliranti, viene diagnosticata come affetta da schizofrenia paranoide e non da depressione, tanto meno da disturbo bipolare. Tenta il suicidio con medicine rubate dall'infermeria. Viene dimessa qualche tempo dopo ma la depressione continua con forti idee di suicidio. Cerca i modi più sicuri per mettere fine alla sua vita. Sceglie il monossido di carbonio del tubo di scappamento della sua automobile, vi passa tutta la notte ma la mattina viene trovata e salvata da Stefano che portava a spasso il suo cane Pisolo che quella mattina, inspiegabilmente, aveva voluto prolungare la sua passeggiata oltre il solito itinerario. Alessandra viene di nuovo ricoverata e curata per depressione bipolare con antidepressivi inibitori delle MAO e in seguito con sali di Litio per prevenire altre ricadute. Sono passati sei anni e sta bene. “Lunatica” è la cronaca fedele di un'esperienza vissuta.

Postfazione a “Lunatica”

L'anima in bilico: che cos'è il disturbo bipolare di Athanasios Koukopoulos

Nessuno può immaginare il dolore, la disperazione, il deserto dell'anima della depressione; il desiderio di mettere fine a una vita che non è più alcuna vita; qualsiasi forma di vita è impossibile. Nessuno può immaginare la felicità e la facilità del vivere della mania. Tutto è bello, meraviglioso, facile; le idee corrono veloci, tutto ha un significato; finalmente in armonia con noi stessi e con il mondo. Ma la mania aumenta e arrivano le paure, i deliri, le persecuzioni, il terrore.

Non è certo una malattia come le altre. La stessa persona è, in un periodo, al culmine della felicità e, in un altro periodo, al culmine della disperazione. È una malattia che

causa gravi sofferenze, molti suicidi e altri disastri ma è intimamente legata alla vita stessa ed in particolare all'Eros e alla creatività artistica, religiosa, politica, economica. Molti grandi artisti erano bipolari. Anche molti grandi uomini politici erano e sono bipolari e molti mistici. Non so cosa sarebbe stato il mondo senza i bipolari. Sarebbe sicuramente molto diverso. Non so se tutto questo possa essere di qualche consolazione ai pazienti. La loro realtà, quando stanno male, è molto triste e lontana dalle glorie del mondo.

Mania e Melancholia, come veniva chiamata la depressione fino alla fine del XIX secolo, erano note fin dalla più remota antichità ma erano considerate due malattie distinte che qualche volta si presentavano nella stessa persona.

Kraepelin nel 1899 le considerò manifestazioni di una sola malattia e la chiamò malattia *Maniaco-Depressiva*, includendo anche le depressioni senza eccitamenti e le forme leggere, temperamentali. Vengono chiamate anche disturbi dell'umore e attualmente sono chiamati disturbi bipolari quelli che presentano sia manie sia depressioni.

Quale può essere la natura e l'origine di un male così singolare?

Gli organismi viventi, vere creature del sole, devono adattarsi continuamente ai cambiamenti dell'ambiente prodotti soprattutto dall'orbita della terra intorno al sole. Scrive la psicologa americana Kay R. Jamison in *Rapida scende la notte*: “*Siamo, con il resto della vita, creature periodiche, debitori dei nostri ritmi alle rotazioni della terra intorno al sole e della luna intorno alla terra. La chimica dei nostri cervelli e dei nostri corpi oscilla adattandosi alle fluttuazioni della luce e del calore della terra, e probabilmente anche ai suoi campi elettromagnetici.....Un orologio biologico centrale, geneticamente determinato, controlla i cicli dei costituenti chimici del nostro cervello e modula le nostre risposte al nostro ambiente fisico*”.

Nei secoli passati si dava molta più importanza all'influenza della luna sulla psiche che del sole. Le crisi di follia, ma anche l'epilessia, erano attribuite all'influsso delle varie fasi della luna. La licanthropia era attribuita al plenilunio. Oggi questa antica credenza sopravvive nel termine *lunatico* che descrive persone di umore mutevole ed imprevedibile. Questa mutevolezza di umore e di comportamenti è una caratteristica essenziale dei bipolari.

Vari altri cambiamenti e eventi esterni obbligano l'organismo a continui adattamenti. Tutto questo determina delle variazioni dell'energia vitale e dell'umore che però non disturbano l'equilibrio psichico perché il cervello dispone di complessi sistemi regolatori. In alcune persone tali sistemi regolatori sono, probabilmente, meno efficienti e le oscillazioni sono così intense da determinare depressioni (tristezza, apatia, ansia, disperazione) oppure stati di eccitazione del sistema nervoso e esaltazione psichica (euforia, iperattività, insonnia, eccessiva fiducia in sé, idee di grandezza ma anche di persecuzione) che si chiamano *Manie* se sono gravi, *Ipomanie* se sono leggere. Li chiamiamo, non senza ragione, disturbi dell'umore, ma sarebbe meglio definirli come disturbi dell'energia nervosa, psichica, dell'energia vitale.

Quando questa energia aumenta al di là di un certo punto, diventiamo iperattivi, euforici, esaltati, pieni di idee e di progetti spesso megalomani. Molto bella la descrizione di Alessandra di quei giorni: “*Le sensazioni talmente piacevoli, i pensieri sempre allegri e in movimento, il piacere di spendere e comprare, la vita che ti scorre intorno lieve e*

profumata.....il sesso diventa impellente e indescrivibile”. Si dorme due tre ore per notte senza mai stancarsi.

Se questa energia aumenta ancora di più, diventiamo “paranoici”: cose insignificanti acquistano importanti significati, come per Alessandra, e soprattutto vengono riferiti a noi stessi. La radio e la televisione parlano di noi, spie e complotti sono ovunque, inseguimenti. Più raramente “voci”: voci di persone conosciute ma anche di Dio o del Diavolo. Anche le droghe stimolanti, eccitando il cervello, ci rendono “paranoici”.

Dopo settimane o mesi di questa vita frenetica l’energia si esaurisce. “Io sono sopravvissuta per miracolo al crollo finale che mi ha lasciato senza un briciolo di energia. Senza nemmeno la forza di piangere” dice giustamente Alessandra. Nella depressione l’energia vitale è “depressa” e la vita viene ridotta (non si legge, non si ascolta musica, non si cercano gli amici) o diventa impossibile.

La depressione dell’umore può portare a idee ed atti suicidi e l’eccitazione può essere così forte da costituire una vera follia con idee deliranti, allucinazioni e confusione mentale. Esistono infinite variazioni che gradatamente sfumano verso la normalità perchè anche la vita psichica normale sorge dalle stimolazioni e le eccitazioni del sistema nervoso.

La realtà è che l’uomo e la natura stessa sono bipolari: il giorno e la notte, l’estate e l’inverno, l’infanzia e la vecchiaia e la vita normale trascorre fra infinite variazioni dell’umore incluse grandi gioie e esaltazioni e grandi dolori e abbattimenti. Ma solo alcune persone predisposte soffrono di depressione e di mania.

La predisposizione a questa malattia ha una base genetica. Credo che questa predisposizione si manifesti nel temperamento dell’individuo che fin dall’antichità greca si distingue in temperamento *ipertimico (sanguigno)* pieno di vitalità, temperamento *malinconico*, tendente alla tristezza e al pessimismo, temperamento *irritabile (collerico)* con esplosioni di rabbia sproporzionate alle cause e il più recente temperamento *ciclotimico* con forti oscillazioni dell’umore e dell’energia vitale. Sono persone energiche, emotive e molto reattive agli stimoli esterni. L’ultimo temperamento, quello flegmatico, non interessa la psichiatria perché le persone non emotive, non reattive, non vanno incontro a disturbi psichici. Sui temperamenti emotivi e reattivi possono agire, oltre alle variazioni circadiane e stagionali dell’ambiente, anche gli stimoli chimici (abuso di sostanze) e psichici (eventi stressanti) e provocare il manifestarsi della malattia. Il problema è che il il paziente con temperamento maniaco-depressivo tende verso tutto quello che poi scatenerà la malattia come abusi di sostanze e stile di vita movimentato spesso tempestoso e spericolato. Gli eventi e le situazioni che così si creano, ricadono fortemente sul temperamento emotivo di queste persone scatenando forti emozioni e stress e mettendo in moto la malattia in un infinito circolo vizioso fra temperamento, comportamenti impulsivi e loro conseguenze negative sulla vita e sul sistema nervoso. La guida spericolata, l’uso di droghe, il gioco d’azzardo, un investimento azzardato in borsa, un amore appassionato ma “sbagliato”, ne sono alcuni grossolani esempi. Molti altri comportamenti sono più sfumati ma ugualmente portatori di conseguenze negative. Così, quello che sembra la causa di una depressione, è solo un effetto della malattia stessa, spesso durante la fase di leggera eccitazione.

Persone ipertimiche, irritabili o ciclotimiche dovrebbero avere una vita regolare nell'attività e nel sonno e soprattutto dovrebbero evitare uso ed abuso di sostanze stimolanti come il caffè, l'alcool e gli stupefacenti incluso l'hashish. Una volta scatenata la malattia, continuare a fare uso di alcool e di droghe significa non guarire mai.

D'estate dovrebbero evitare il grande sole e il grande caldo.

Molti si ammalano senza prendere sostanze stimolanti. In questi casi è una vita intensa ad essere stimolante, spesso una vita di successi, come per Alessandra: *“Ma la mia vita, ad un certo punto, ha avuto forti sollecitazioni esterne.....hanno spinto la mia energia e la mia vitalità verso picchi di un'euforia patologica”*.

Anche in questi casi di superlavoro e di vita intensa la cosa fondamentale è il sonno. Se si potesse assicurare sempre un sonno di 8 ore, forse nessuno si ammalerebbe di malattia maniaco-depressiva.

Altre volte è una malattia, un trauma cranico, una cura con cortisone o con interferone a scatenare la malattia. Il parto, probabilmente per i mutamenti ormonali, ma anche per il travaglio e per la privazione del sonno, può scatenare una crisi di depressione o di mania. Si dovrebbe prestare particolare attenzione, sia durante la gravidanza, sia subito dopo il parto, ai segni prodromici: insonnia, ansia, irritabilità, fobie. È necessario non sottovalutare questo problema perché comporta grande sofferenza e rischio di suicidio e, raramente, di infanticidio.

Eventi dolorosi come lutti, separazioni, fallimenti scolastici, perdite di lavoro ed ogni altra esperienza psichica particolarmente intensa e stressante può provocare una depressione o un eccitamento. Non sempre il tono affettivo dell'evento concorda con la fase scatenata. Così un lutto può mettere in moto un eccitamento maniacale.

I pazienti con gravi manie sono stimati all'1.5% della popolazione. Pazienti con ipomania e depressioni serie o depressioni leggere vanno dal 6 al 10% della popolazione generale. Si calcola che il 20% della popolazione abbia sofferto almeno una volta nella vita di depressione. Va detto che non esiste una netta demarcazione tra depressione unipolare (cioè senza fasi eccitative) e disturbo bipolare. Molte depressioni sono in realtà fasi depressive di un disturbo bipolare non chiaramente manifesto. Queste errate diagnosi comportano degli errori nella terapia che possono avere gravi conseguenze. Anche la depressione agitata, cioè depressione con chiari segni di agitazione fisica o solo psichica, è una depressione bipolare di tipo misto, cioè con forte angoscia e disperazione che sono espressione di una forte eccitazione nervosa. Proprio di questo tipo sono molte depressioni post-partum, causa a volte di immani tragedie.

Il numero delle persone che soffrono di disturbi bipolari è aumentato negli ultimi decenni. Anche l'età di insorgenza è diminuita, mentre il numero di ricadute è aumentato. Indubbiamente ci sono cause generali che hanno contribuito a questi mutamenti, come il cambiamento dello stile di vita negli ultimi cinquanta anni e l'uso ed abuso di alcoolici, di sostanze stimolanti soprattutto del caffè e di stupefacenti.

L'uomo, durante tutta la sua lunga evoluzione e fino al XX secolo, ha dormito da poco dopo il tramonto del sole fino all'alba. Con l'introduzione della luce elettrica, della radio, della televisione, degli spettacoli serali e dei locali notturni la vita attiva si è prolungata

nella notte, sconvolgendo il ritmo circadiano, fondamentale, di veglia-sonno. Conoscendo l'importanza del sonno nei disturbi psichici, specie dell'umore, non è difficile intuire l'influenza di questi cambiamenti di vita nella genesi di tali disturbi. Basti pensare che spesso una sola notte, passata senza dormire, può scatenare la mania o mettere fine ad una depressione durata mesi.

Anche il fatto che la vita è diventata più intensa, spesso frenetica e con innumerevoli stimoli di ogni genere, contribuisce ad eccitare e stressare il sistema nervoso rendendo più facili i suoi scompensi, almeno nelle persone predisposte. Certo la vita oggi è più agiata, almeno nel mondo occidentale, ma è diventata anche più ansiogena perchè più competitiva: fin dall'infanzia scuola ed esami, concorsi, ricerca del lavoro e ricerca del successo. Nel passato, almeno per le grandi masse, c'era poco per cui competere.

L'uso di sostanze stupefacenti come la marijuana, le anfetamine e la cocaina possono scatenare la malattia anche in età adolescenziale. La marijuana e l'hashish, pur essendo più deboli degli altri, sono molto più diffusi fra i giovani e contribuiscono, più di tutte le altre sostanze, allo scatenamento precoce dei disturbi bipolari e dell'ansia ed al fallimento delle cure. D'altra parte le persone con temperamenti ipertimici e ciclotimici sono particolarmente attratte dagli effetti di queste sostanze che a loro volta scateneranno il disturbo bipolare.

D'altra parte sono le persone con questo temperamento maniaco-depressivo che con la loro esuberante energia vitale, la loro inventiva, la loro creatività, il loro coraggio, la loro sensibilità ed emotività hanno formato il mondo nel bene, ma anche nel male. Non è una casuale coincidenza che tanti grandi uomini fossero maniaco-depressivi. Poeti come Byron, Hoelderlin, Pushkin, Shelly, Whitman e tanti altri. Scrittori come Balzac, Gogol, Turgheniev, Dickens, Melville, Conrad, Fitzgerald, Hemingway e tanti altri. Compositori come Händel, Schumann, Rossini, Mussorgsky, Tchaikovsky, Mahler e quasi tutti gli altri. Pittori e scultori come Michelangelo, Bassano, Borromini, Caravaggio, Cellini, Gaughin e tanti altri. Credo che per la creatività artistica di alto livello sia indispensabile l'energia, la fantasia, le emozioni di un temperamento bipolare. Anche fra gli uomini di stato, i bipolari sono numerosi: Adriano, Heraclio, Cromwell, Robespierre, Napoleone, Lincoln. Durante la seconda guerra mondiale, non solo Churchill era bipolare, ma ci sono buone ragioni per pensare che anche Mussolini, Hitler e Stalin lo fossero. F. D. Roosevelt era un grande ipertimico, come suo zio Theodore. Così, durante quell'immane conflitto, l'umanità è stata nelle mani di cinque capi di stato più o meno bipolari. Tanti misteri della storia hanno, probabilmente, la loro spiegazione nell'animo alterato, in quel periodo, di un capo di stato bipolare. Aristotele nel XXX Problema si domanda: *“Perché tutti quelli che hanno eccelso nella filosofia o nella politica o nella poesia o nelle arti sono chiaramente melancolici?”*

Non bisogna però dimenticare che il 35% delle persone in carcere sono bipolari. Questo fatto esige con urgenza una grande attenzione da parte della società perchè queste persone, le più sfortunate fra tutti, vengono colpite due volte dalla malattia (la malattia stessa e il fallimento della loro vita causato dalla malattia) e punite dalla società.

Il suicidio

La grande tragedia del disturbo bipolare e della depressione in generale é il suicidio. Si calcola che ogni anno muoiano, per suicidio, nel mondo quasi un milione di persone. Questo numero equivale alle vittime in un anno di tutte le guerre nel mondo sommate a tutte le vittime per omicidio. Negli ultimi 50 anni il numero dei suicidi è più che duplicato. Negli ultimi anni, fortunatamente, tende a diminuire. In Italia il numero dei suicidi (4.030 nel 2001) è molto inferiore rispetto ai paesi nordeuropei alla Cina e al Giappone.

Le motivazioni del suicidio sono sicuramente molte e varie ma la vera causa é quasi sempre un grave disturbo psichico. In *Rapida scende la notte* la Jamison riporta la lettera dell'artista americano Ralph Barton scritta prima di uccidersi: *“Tutti i dottori di buon senso sanno che le ragioni del suicidio sono immancabilmente psicopatologiche. Le difficoltà esistenziali fanno semplicemente precipitare l'evento; e il vero suicida si costruisce le proprie difficoltà. Io di vere difficoltà ne ho avute poche”*.

Più del 90% dei suicidi soffrono di un disturbo psichico importante al momento del suicidio e in più del 60% questo disturbo è la depressione. Il suicidio é l'evento più tragico della depressione e con frequenza dolorosamente alta, circa nel 15% dei casi, conclude il Disturbo Bipolare. La sua causa diretta è senz'altro la depressione con la sua disperazione, ma altri fattori, come la solitudine, le separazioni, le frustrazioni di ogni tipo possono contribuire a far decidere di mettere fine alla propria vita. A volte è una decisione a lungo meditata, a volte è un improvviso impulso. Per fortuna la maggior parte dei pazienti resiste al pensiero del suicidio. Ci sono depressi, non importa quanto gravi e da quanto tempo, che non pensano mai al suicidio ed altri che fin dai primi giorni della loro depressione sentono un forte impulso al suicidio. Sembra si tratti di un carattere specifico che esiste o meno nell'ambito di una depressione. Questo carattere deve avere una base trasmissibile per via ereditaria, perché si trova di più in alcune famiglie. Il suicidio, fra i familiari, specie di primo grado, deve essere considerato un fattore di rischio, così come precedenti tentativi di suicidio. È fuorviante distinguere i tentativi di suicidio in adeguati ed inadeguati. Anche questi ultimi sono ugualmente allarmanti come dimostrano molti casi che dopo una serie di tentativi inadeguati ne hanno compiuto uno fatale. Mettere in atto un suicidio è impresa molto difficile come dimostra anche la storia di Alessandra e molti non ci riescono malgrado la loro ferrea determinazione. Errore ancora più grave é considerare un tentativo o persino un intenzione espressa di suicidio come dimostrativi e manipolativi. Nella depressione e in genere in tutti i disturbi psichici tutto è autentico e va preso molto seriamente sia dai medici e dagli psicologi sia dai familiari. Sarebbe una buona regola pensare che il depresso soffre molto di più di quanto riesce ad esprimere e di quanto lo psichiatra, anche il più sensibile, riesce a percepire.

Uno dei tormenti del depresso è sentirsi non compreso dagli altri. Nella massima parte dei casi questa sensazione è errata. Sono circondati da molto affetto e da tutta la comprensione possibile e i loro familiari sono disposti a qualsiasi sacrificio per aiutarli. In pochi casi subentra, nella mente dei familiari, l'antico dubbio che il paziente esageri o

abbia un secondo fine, a volte, inconscio. Questi dubbi, se espressi, possono turbare ulteriormente il depresso e avere serie conseguenze.

Particolarmente dolorosi sono i suicidi dei ragazzi che lasciano dietro un inconsolabile sconforto e orribili sensi di colpa. Fino a pochi decenni fa si credeva erroneamente che i ragazzi e gli adolescenti non potessero soffrire di veri disturbi depressivi e bipolari. I loro disturbi psichici, anche quando erano molto evidenti, si attribuivano al carattere o a distorti rapporti familiari e venivano sottovalutati sia dalla famiglia sia dalla scuola e persino dai medici. Questa sottovalutazione ha anche una causa naturale: riesce veramente difficile, anche per un medico esperto, concepire che la persona che ha davanti, tanto più se un ragazzo, possa veramente uccidersi. Pertanto bisogna agire secondo i dati della realtà: circa 8 ragazzi, di età inferiore ai 19 anni, si suicidano ogni 100000 persone. In tutto il mondo una percentuale fra il 2 e il 4 per cento degli adolescenti afferma di aver cercato di uccidersi. Negli USA, fra il 1980 e il 1992 l'incidenza di suicidio nei bambini e negli adolescenti, fra i 10 e i 14 anni, è aumentata del 120 per cento. Circa la metà dei pazienti ha avuto il primo episodio bipolare prima dei 19 anni.

Non è facile scoprire e comprendere chiaramente i pensieri e la determinazione al suicidio della persona depressa, perché tende a minimizzarli, per non spaventare i suoi familiari. Anche verso il medico spesso non è completamente sincero quasi per una forma di pudore. Bisogna che il medico indaghi con domande dirette anche su eventuali piani concreti di messa in atto delle idee di suicidio.

Le personalità con caratteristiche di impulsività ed aggressività sono a rischio maggiore. Forse per questo gli uomini che si uccidono sono più del doppio delle donne. Sul piano psicopatologico le idee di colpa, particolarmente quelle deliranti e quelle accompagnate da agitazione psicofisica, comportano un grave pericolo come la sindrome della depressione agitata. Questa agitazione, prodotta da una forte energia che si scatena nell'organismo, è molto tormentosa e spinge al suicidio. Anche l'abuso di sostanze e di alcool aumenta il rischio perché aumenta l'agitazione e l'impulsività.

Una volta stabilito che esiste un reale rischio, bisogna occuparsi prima del rischio di suicidio e, in un secondo tempo, della depressione. La depressione può aspettare il suicidio no. Prevenirlo è il compito più importante e più difficile della psichiatria. Particolarmente drammatica è la situazione quando la persona vive sola. È necessaria un'assistenza continua e vigile. Anche questo non è sufficiente quando la persona abita in un piano alto. Non bisogna esitare di ricorrere al ricovero in un ambiente protetto anche se da nessuna parte esiste una protezione assoluta contro il suicidio. Lo scrittore americano William Styron scrive in *Darkness Visible*: “L'ospedale è stata la mia salvezza.....ho trovato il riposo, la quiete della tempesta nel mio cervello che non riuscivo a trovare nella mia tranquilla casa di campagna”. L'ospedale e le cure di routine non bastano. Il paziente non deve essere lasciato solo ed è necessaria una cura farmacologica intensiva e molti colloqui.

I pazienti che hanno tentato o rischiato il suicidio dovrebbero essere protetti, successivamente attraverso una cura a base di litio, antiepilettici, antipsicotici e psicoeducazione che prevenga le ricadute. L'azione preventiva del litio sul suicidio è quella più efficace, come provato dai lavori di Leonardo Tondo e di altri studiosi.

Ma che cosa c'è nella depressione che spinge così disperatamente al suicidio? È un mistero. Molti altri pazienti, in condizioni obiettivamente molto più tragiche e senza alcuna speranza di guarigione, come i malati terminali, ci pensano molto di meno e, comunque, nella eutanasia non si cerca la fine della vita, ma una morte migliore. Con profonda comprensione del senso tragico della depressione Alessandra chiama il suicidio "*l'eutanasia della depressione*". Il suicidio è un mistero, ma alcune cose si possono comprendere.

La sofferenza del vivere in depressione insieme a una totale mancanza di speranza rende l'idea della morte un'idea di liberazione. Il depresso può avere avuto altre depressioni che sono passate in pochi mesi ma è convinto che questa volta è diverso e non passerà mai. Questa mancanza di speranza viene anche dalla certezza che la sua depressione non è curabile, non è nemmeno una depressione come le altre. Per questa certezza il depresso non raramente rifiuta le terapie creando angosciosi problemi a chi lo assiste e al medico.

La sofferenza psichica a volte, come nella depressione agitata, diventa un vero *dolore psichico*, straziante e insopportabile, e il malato può procurarsi un forte dolore fisico, un'ustione, un taglio, sperando di sentire di meno il dolore psichico. Determinanti sono i sensi di colpa, sempre fuori dalla realtà, deliranti. La depressione viene vissuta non come una malattia ma come uno stato naturale e normale per una persona così colpevole. Il senso di colpa è stato sempre presente nella depressione e nei tempi passati aveva un significato religioso. Di Bellerofonte, nell'Iliade, si dice "*Ma quando anch'egli fu in odio a tutti i numi, allora errava solo per la pianura Alea consumandosi il cuore, fuggendo orma d'uomini*". Bellerofonte morì in questo stato. Nella Bibbia: "*Lo spirito del Signore si era ritirato da Saul e uno spirito malo lo vessava*". Il Re Saul si tolse la vita.

A questi sensi di colpa è affine un penoso senso di *indegnità*, il paziente non si sente degno della posizione che ha, della stima degli altri, dell'affetto dei suoi. Evita gli altri e si nasconde anche perché si vergogna del suo stato. È un vero mistero la vergogna che il depresso sente per il suo stato; eppure non c'è niente di vergognoso nella depressione, anzi c'è molta nobiltà di sentimenti e di comportamenti. Questa vergogna è originaria e totalmente istintiva nella depressione. Non ha nulla a che fare con lo stigma della malattia mentale.

Spesso si sentono non solo un peso per gli altri ma anche fonte di infelicità e di molte disgrazie. La gente si meraviglia che il suicida non abbia considerato il dolore che avrebbe provocato agli altri ed è veramente un grande dolore e una grave perdita. Chi pensa questo non sa che chi si uccide spesso lo fa pensando di fare anche il bene degli altri. Van Gogh dice al fratello Theo prima di morire: "*Non soffrire, l'ho fatto perché è meglio per tutti*".

Virginia Woolf scrive al marito nella sua ultima lettera "*Tuttavia, so che non ne verrò mai fuori, e sto rovinando la tua vita. E' questa mia follia. Nessuno può dire nulla per persuadermi. Tu puoi lavorare, e statrai meglio senza di me*".

Ma la causa essenziale del suicidio forse sta, come dice Alessandra, nell'impossibilità di vivere. Tutti i legami con la vita sono tagliati. Non si tratta solo di anedonia, cioè di non

sentire il piacere delle cose. Si tratta di una resezione del legame che si stabilisce naturalmente e inconsapevolmente con tutte le cose che percepiamo e viviamo. Evidentemente, nella vita normale, senza depressione, e senza che ce ne rendiamo conto, si stabilisce un rapporto carico di significati e di affetti con ogni cosa che noi esperiamo anche con le cose più insignificanti, come oggetti semplici. Questa deve essere una delle funzioni più elevate del cervello e in depressione essendo i neuroni inibiti non possono più svolgere questa funzione come non possono più svolgere tante altre funzioni, leggere, concentrarsi, lavorare, amare. Senza questo rapporto con le cose la vita non ha senso e non é possibile. *“Non avevo più niente. Da fare. Da pensare. Da dire. Da immaginare. Da sognare. Da sperare. Non volevo morire, quel giorno. Semplicemente non sapevo più come si faceva a vivere.”* *“La mattina era un impresa trovare un paio di pantaloni.....faticoso era anche coordinare i movimenti per fare un semplice caffè”.* *“Ti prende quella voglia di morire come l’unica soluzione a qualsiasi cosa della tua vita”.* Il mistero del suicidio forse giace anche in quella terribile sensazione di buio nero che sente il depresso dentro e intorno a sé. Il colore nero ha sempre designato la melancholia (bile nera) fin dall’antichità e fra tutti i popoli: umore nero, idee nere, sono in un pozzo nero, vedo tutto buio. Alessandra descrive l’uscita dalla depressione con una parola, *“E poi: la luce”* e più avanti *“ di colpo come se qualcuno avesse deciso di accendere una luce alla fine del mio tunnel, cieco e maledetto”*

TERAPIA

Questa grave malattia é però curabile. Esistono oggi molte terapie che, se correttamente applicate, curano la depressione e l’eccitazione e stabilizzano l’umore evitando nuove ricadute. In molti casi le terapie stabilizzanti vanno prese per lungo tempo.

Curare il sistema nervoso centrale non è come curare una gastrite. I pazienti sono riluttanti ad assumere sostanze che debbono curare la “psiche”. L’antica distinzione fra anima e corpo, fra materia e spirito è ancora viva dentro di noi. Molto acutamente Alessandra osserva a proposito della sua guarigione con la pillola bianca: *“Mica é facile accettare che basta una pillola bianca e opla i tuoi pensieri scuri si illuminano , nel giro di poche ore”.*

Anche lo stigma della malattia mentale, il timore di essere etichettato come malato in famiglia e fuori, perciò inferiore agli altri, inducono il paziente a rifiutare le medicine o a smetterle prima possibile. Commovente il desiderio di Alessandra: *“Vorrei che nessuno provasse neanche un briciolo di vergogna perché un giorno il suo cervello ha fatto click e si é messo a correre all’impazzata. Oppure un altro giorno ha deciso di fermarsi bruscamente. Vorrei che tutti potessero discutere di come si può curare un disturbo della mente, così come si discute la cura di una gastrite”.* Prendere degli psicofarmaci non è come prendere medicine per il resto del corpo umano. Inoltre, il fatto che per i casi con ricadute non esista una cura radicale ma le cure si debbano prolungare per lunghi tempi, spesso per sempre, rende l’aderenza alle terapie ancora più difficile.

Certamente molti pazienti non guariscono perchè non vengono diagnosticati come bipolari. Per lungo tempo le diagnosi sono: depressione unipolare, disturbo di ansia,

disturbi alimentari, disturbo di personalità e per le forme miste o psicotiche disturbo schizofrenico come è successo ad Alessandra. È noto che in tutto il mondo trascorrono in media dieci anni fra il manifestarsi della malattia e la sua corretta diagnosi. Con il passare del tempo e sotto l'effetto di cure improprie la malattia si aggravava. "Avrei potuto morire per un'ignoranza diffusa" osserva amaramente Alessandra. Le ragioni di questo enorme ritardo di diagnosi sono molte e prima di tutte il polimorfismo e le molte "atipie" del disturbo bipolare. Aretaeus diceva che la "*Mania è una sola ma le sue manifestazioni sono miriadi*". La causa però più frequente è l'insufficiente conoscenza del disturbo da parte degli psichiatri di tutto il mondo. Dopo Kraepelin, il disturbo bipolare è stato a lungo sottovalutato e trascurato dalla psichiatria mentre veniva ampliata l'importanza della depressione unipolare, della Schizofrenia e in tempi più recenti, dei disturbi di personalità. Negli anni 50'-- 60'--70', bastavano singoli sintomi psicotici per fare diagnosi di schizofrenia. Attualmente si è ritornati alla nosologia kraepeliniana ed i sintomi psicotici nel corso del disturbo bipolare non ne modificano la diagnosi..

Tale nuovo orientamento nosologico è iniziato con l'uso del litio per la prevenzione delle ricadute, che ha rigenerato l'interesse per le cause, la prevalenza, le varie forme cliniche, il decorso e la terapia della malattia.

E' vero che al suo esordio, specie in età giovanissima, il disturbo bipolare si manifesta con disturbi molto lontani dalle classiche manie e depressioni. Frequenti sono, nella fase iniziale, i disturbi dell'alimentazione come l'anoressia e la bulimia, l'ansia, le fobie e le ossessioni ed altri ancora. Difficile a questo punto fare la diagnosi giusta.

Esaminando, però, la storia clinica dei bipolari si constata che, il più delle volte, i dieci anni trascorsi in errate diagnosi non erano il tempo impiegato dalla malattia per manifestarsi nelle sue forme tipiche e facilmente diagnosticabili, ma piuttosto il tempo impiegato dal paziente, nel suo peregrinare, ad incontrare uno psichiatra che riconoscesse il suo disturbo bipolare.

Forse esistono ragioni più profonde che spiegano il grande ritardo della psichiatria nel comprendere e diagnosticare tempestivamente la Malattia Maniaco Depressiva. A guardare bene questo disturbo, sembra che appartenga alla medicina ippocratica ed al mondo precristiano per i suoi intimi rapporti con il temperamento, il sole, la luna, le stagioni, il clima, le età della vita, il sonno e le sostanze assunte. La nostra visione giudaico-cristiana ha allontanato la visione dell'essere umano da questo stretto rapporto con la natura. La nostra percezione del tempo, inoltre, non è più cyclica, come la malattia bipolare, ma lineare. Ulisse, invece, partì da Itaca e ritornò a Itaca.

Un'altra importante ragione è che nel XX secolo, sotto l'influenza del pensiero di molte scuole filosofiche e psicanalitiche, ha avuto luogo una forte "psicologizzazione" dei disturbi psichici e una "demedicalizzazione" del modo di affrontarli. Il Disturbo Bipolare, al contrario, è caratterizzato da cambiamenti primari dell'umore e della vitalità umana che determinano radicali stravolgimenti "psicologici" dell'individuo. Tutti conosciamo i disturbi psichici che vengono somatizzati. Potremmo dire, con una brutta parola, che il Disturbo Bipolare sia un disturbo somatico che viene "psichizzato" attraverso i suoi effetti sull'energia vitale e sull'umore. Anche se a volte gli episodi vengono scatenati da cause psichiche, il processo che si mette in moto è neurofisiologico ed è quest'ultimo a determinare i sintomi, l'ulteriore evoluzione del disturbo e la risposta alle cure. Naturalmente, questo avviene perchè il disturbo coinvolge principalmente il sistema nervoso centrale, sede dei processi psichici. I rapporti fra disturbo bipolare, obesità,

diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa e psoriasi indicano, come sostiene Giovanni Cassano, che il disturbo non si limita ai processi psichici. Nello spirito del tempo e nella cultura psichiatrica del secolo scorso, un simile disturbo non poteva che essere frainteso da gran parte di psichiatri, psicoterapeuti e psicologi. *“E non é certo facile immaginare, dice Alessandra, come uno sbalzo dell’umore possa farti uscire fuori di senno e spingerti addirittura a dire addio alla vita semplicemente perché hai smarrito il sapore delle emozioni, dopo che di quelle emozioni ne hai fatta una scorpacciata da scoppiare.”* Ancora meno facile é immaginare come fattori climatici, mancanza di sonno o sostanze come il caffè o il cortisone possano provocare questi sbalzi dell’umore e questi stravolgimenti psicologici.

Ma anche quando viene ben diagnosticato e compreso nella sua evoluzione attraverso le varie fasi, il suo trattamento non é facile. Una causa frequente di fallimenti terapeutici è l’incompleta adesione dei pazienti alle terapie. Questa difficoltà di accettare le cure ha molte e ben comprensibili cause. Gli stessi disturbi psichici, per esempio la mania e l’euforia, spesso impediscono al paziente di capire l’abnormità del proprio stato e del proprio comportamento. Inoltre il paziente inconsapevolmente, ma spesso consapevolmente, desidera l’euforia e trascura le cure che la possono diminuire o prevenire. L’euforia è una condizione di vita meravigliosa: grande energia, sicurezza di sé, armonia con tutto, profonde emozioni, lucidità e creatività mentale, intensa vita sentimentale e sessuale. Difficile rinunciarvi. Queste caratteristiche della ipomania sono certamente alla base della creatività, spesso geniale, dei bipolari.

Per il buon esito della terapia é indispensabile che il paziente sia consapevole del suo disturbo e collabori con il medico non solo nel seguire le terapie ma anche nel modificare il suo stile di vita.

Naturalmente la cura migliore é la prevenzione. Nel disturbo bipolare la prevenzione migliore, anzi l’unica, é di prevenire gli stati di eccitazione, gli “alti”, come vengono comunemente chiamati perché sono questi che creano la depressione.

Nel corso degli anni mi sono sempre più convinto che il disturbo fondamentale è l’eccitamento, sia sotto forma di mania sia di ipomania sia di irritabilità sia di eccessiva attività

L’eccitamento deve costituire un processo altamente lesivo delle funzioni cerebrali oltre che del resto del corpo, vedi per esempio l’ipertensione e il sistema circolatorio. Questo danno produce la depressione che può essere anche vista come un periodo di riparazione e di restauro delle funzioni nervose.

Prevenendo o sopprimendo tempestivamente il processo eccitativo, si previene o si attenua la depressione. Questo dovrebbe essere il meccanismo della stabilizzazione dell’umore.

D’altronde non andrebbero sottovalutate le affermazioni dei familiari dei bipolari che dicono che ogni volta che il paziente “va su, va poi giù in depressione”. La stessa Jamison scrive nella *Mente Inquieta*: *“era difficile rinunciare agli alti voli della mente e*

dell'umore, sebbene le depressioni che inevitabilmente seguivano mi sono quasi costate la vita.” Emile E. Cioran scrive in “*Al culmine della disperazione*”: “*sebbene desidero fortemente estasi luminose, non ne vorrei nessuna, perchè so che sono seguite da grandi depressioni*”.

Si potrebbe dire metaforicamente che la *mania è il fuoco e la depressione la sua cenere*. Prevenire o sopprimere prima possibile gli stati di eccitazione è la strategia adatta a prevenire le depressioni bipolari e a stabilizzare l'umore.

Esistono oggi vari *stabilizzatori dell'umore* che, se ben utilizzati, sono di notevole efficacia. Il più antico e senza dubbio il migliore, è il Litio, uno ione come il sodio o il potassio. Nel 1949, John Cade in Australia scoprì la sua efficacia nelle mania. Successivamente, Mogens Schou ed altri in Danimarca scoprirono la sua efficacia nel prevenire sia la mania che la depressione. In seguito furono scoperti altri stabilizzatori dell'umore, provenienti soprattutto dalle cure antiepilettiche ed altri chiamati antipsicotici. A tutt'oggi, il litio rimane la terapia più efficace dei disturbi bipolari. La sua efficacia non è completa per tutti i casi, e spesso deve essere associato agli antiepilettici e agli antipsicotici.

Purtroppo l'uso del litio non viene insegnato abbastanza ai giovani psichiatri e il suo uso è piuttosto limitato specie nei servizi pubblici di psichiatria.

Questa sua meravigliosa azione il litio la raggiunge attraverso la modulazione della trasmissione dei segnali fra le cellule cerebrali e all'interno delle stesse cellule. Il risultato di questa azione è la prevenzione delle eccitazioni e di conseguenza anche delle depressioni. Questo rapporto fra “alti” e “bassi” dovrebbe rendere facile la terapia preventiva perché esistono molte cure che facilmente controllano gli “alti”. Nella realtà non è affatto così facile perché le persone non si rendono conto quando sono eccitate e spesso non vogliono rinunciare ai lati gradevoli e vantaggiosi della euforia. In quel periodo l'ultimo loro pensiero sarebbe di telefonare al medico per dirgli che stanno troppo bene.

Nelle forti eccitazioni manca quasi completamente la consapevolezza della malattia e qualsiasi cura diventa impossibile salvo pochi casi che riescono ad avere questa consapevolezza e accettano le cure. Negli altri casi si deve affrontare il drammatico dilemma fra un ricovero contro la volontà del paziente e i seri rischi di un uomo o una donna in stato maniacale lasciati liberi e senza terapia.

I pazienti vanno dal medico quando sono in depressione e accettano le cure; farebbero qualsiasi cosa per alleviare le loro sofferenze. Fortunatamente molte depressioni bipolari sono leggere; apatia, svogliatezza, poco interesse per le cose, molto sonno. Sono come dei periodi di riposo per riprendersi dal grande dispendio di energie della precedente eccitazione. Molte altre sono invece gravi come quella, descritta così bene, di Alessandra con alto rischio di suicidio. Bisogna curarle intensamente e se necessario ricoverare il paziente. Da mezzo secolo sono stati introdotti i farmaci antidepressivi, di notevole efficacia e se usati attentamente, di pochi effetti collaterali. La depressione di Alessandra è stata curata con gli antidepressivi. Un problema delicato con le depressioni bipolari è la possibilità che gli antidepressivi possono scatenare una nuova mania o ipomania dopo la fine della depressione e creare così un nuovo ciclo con tutto quello che questo comporta. Bisogna sospenderli tempestivamente e dove indicato introdurre gli stabilizzatori dell'umore.

Molte depressioni però non guariscono con gli antidepressivi e possono durare mesi e anni con grandi sofferenze per il paziente e la sua famiglia. L'elettroshock ha una grande efficacia sulle depressioni specie quelle più gravi, portandone alla guarigione circa l'80%. Soprattutto è insostituibile nelle forme gravi, in quelle ad alto rischio di suicidio e in quelle che evolvono verso la cronicità e la rapida ciclicità cioè con ricadute molto frequenti. E' un vero dramma che in Italia sia stato così demonizzato e molti pazienti non possono beneficiare di questa terapia.

. E' stato demonizzato in Italia con una forsennata campagna di diffamazione ed il cinema, per motivi di botteghino, ha completato l'opera. La verità medica su l'elettroshock è che costituisce la cura più efficace per le depressioni e in molti casi è l'unica cura che può salvare la vita del paziente. E' più sicura di molte terapie farmacologiche e con i moderni perfezionamenti gli effetti collaterali sono minimi e transitori. Frederick .K. Goodwin, lo psichiatra più noto degli Stati Uniti, afferma che *“L'impossibilità di accesso ad una terapia di scelta ben documentata – a volte l'unica praticabile – è un affronto crudele alla società e dovrebbe essere considerato inaccettabile”*. L'Italia subisce quest'affronto senza che nessuno protesti anzi le autorità sanitarie governative lo avallano con imperdonabile inconsapevolezza. Vorrei sottolineare il fatto veramente curioso che le due cure, l'elettroshock e il litio, più antiche, più studiate, più economiche e più efficaci per il disturbo bipolare vengono trascurate o bandite dall'assistenza pubblica. L'elettroshock viene usato con grandi benefici in tutto il mondo ma i pazienti italiani non possono averlo che in pochissimi casi. Eppure fu scoperto a Roma da italiani, Ugo Cerletti e Lucio Bini, nel 1938.

Per le depressioni stagionali che iniziano in autunno-inverno è molto utile la terapia della luce che si può fare in casa con una apposita lampada. Una o due ore al giorno compensano la riduzione invernale della luce solare. Anche a scopo preventivo, iniziando a Settembre, è molto efficace.

Una volta superata la crisi, il paziente che potrebbe avere delle ricadute deve prendere degli stabilizzatori dell'umore per lungo tempo. I giovani soprattutto dovrebbero seguire queste cure finché non superano gli stadi più difficili della vita, cioè di studio, di lavoro e di rapporti sentimentali.. Essendo i disturbi dell'umore molto legati ai cicli circadiani e stagionali, la psicoeducazione ed una stile di vita più adatto sono di grande importanza. Bisogna avere cura del sonno anche prendendo qualche sonnifero se necessario.

Anche l'esercizio fisico è utile a tutto l'organismo e incrementa l'energia vitale.

Il buon esito di tutte queste cure dipende molto dal buon rapporto medico-paziente.

La relazione medico-paziente è fondamentale perché il paziente accetta mal volentieri cure mediche per un male psichico se non sente comprensione e simpatia da parte del medico, se non sente fiducia verso di lui.

Psicoterapia

Molto più accetta degli psicofarmaci e dell'elettroshock è la psicoterapia e molti pazienti la richiedono anche in combinazione con la cura farmacologica

Il disturbo bipolare può essere scatenato anche da cause psichiche stressanti, ma la sua base è neurofisiologica e biochimica, pertanto la psicoterapia non può agire direttamente su questi disturbi. Nel complesso rapporto tra psicoterapeuta e paziente, si possono però creare effetti che aiutano il paziente ad affrontare meglio i suoi problemi, le sue sofferenze e le sue difficoltà. E' però fondamentale che gli psicoterapeuti come gli psichiatri e gli psicologi conoscano a fondo il disturbo bipolare per potere evitare interpretazioni erranee della vita psichica del paziente. Tali interpretazioni, che spesso scambiano effetti per cause, possono portare a serie conseguenze per il paziente come andare a vivere fuori dalla famiglia nel momento meno opportuno, divorziare, dimmettersi dal lavoro, abbandonare gli studi.

Si può dire che i disturbi bipolari siano il corpo principale della psichiatria. La conoscenza della loro psicopatologia è indispensabile anche per la comprensione delle altre patologie psichiatriche. Sindromi come quelle ansiose, le condotte alimentari alterate, le sindromi ossessive, sono spesso forme atipiche di bipolarità. Non si dovrebbe neanche parlare di comorbidità cioè di due disturbi coesistenti. Ma anche per capire meglio i disturbi schizofrenici bisogna conoscere bene quelli bipolari, come l'avventura di Alessandra dimostra.

La parola e la comunicazione sono sempre indispensabili in tutto il vivere umano e soprattutto in psichiatria. Chi, come me, usa molto i farmaci forse non si rende ben conto quanto la parola contribuisca all'esito della cura. Se per parola intendiamo solo la psicoterapia devo aggiungere che ci sono crisi psichiche come la depressione, la mania, gli stati deliranti ed altri, in cui la terapia farmacologica è di fondamentale importanza e di solito è anche sufficiente e risolutiva. In altri casi come le depressioni prolungate la psicoterapia è di notevole aiuto. In altri ancora come molti stati ansiosi, fobici, disturbi della condotta alimentare e disturbi di personalità la psicoterapia ha un ruolo molto importante.

La vita psichica come ogni vita si svolge attraverso reazioni chimiche che hanno sede nel cervello ed anche in tutto il resto del corpo. La parola come ogni altro stimolo raggiunge ed agisce sulle stesse reazioni chimiche che creano le emozioni, i pensieri, lo stato d'animo. Certo, non è sufficiente da sola a guarire i grandi disturbi psichici ma è sempre

di aiuto. Purtroppo sono ancora diffusi fra gli psicoterapeuti diversi pregiudizi come ad esempio che il sintomo mascheri qualcosa “d’altro” oppure procuri un vantaggio secondario al paziente. E’ universale anche l’idea che il malato per guarire debba rendersi autonomo dalla famiglia (il famoso taglio del cordone ombelicale). A questa idea sottostà un’altra ancora più erronea: che la famiglia con i suoi distorti rapporti sia la causa della malattia oppure che la famiglia attraverso la malattia voglia, inconsapevolmente, mantenere il controllo sul paziente. Tutto questo non vale soprattutto per il disturbo bipolare dove sintomi e sofferenza sono autentici e dove l’aiuto della famiglia é essenziale ed insostituibile. Un depresso, un bipolare in genere ha bisogno della famiglia e per ora nessuna cura è tanto efficace da rendere superfluo l’aiuto della famiglia

Anche la regola di molte scuole di psicoterapia di non parlare con i familiari del paziente per motivi di confidenzialità comporta grosse limitazioni nella comprensione dello stato psichico del paziente e nella conduzione delle terapie che spesso devono essere modificate secondo l’evoluzione dello stato psichico. Tutto questo é di fondamentale importanza per l’esito della terapia. E’ noto che le persone sposate si curano meglio dei non sposati. Per i non sposati sono i genitori specie la madre a svolgere il ruolo assistenziale e lo svolge molto bene. Purtroppo, in un grande numero di pazienti giovani nasce una forte ostilità, specie verso la madre. che rende difficile il rapporto e il prezioso aiuto che la madre può offrire. Si possono avanzare molte ipotesi sulla genesi di questa ostilità, ma rimane un fatto di difficile spiegazione.

Nella mia lunga pratica medica ho sempre visto grande amore e illimitati sacrifici da parte delle famiglie per il paziente. Soprattutto da parte della madre.

Un problema serio é l'ignoranza totale di questi disturbi da parte della gente. Quando insorgono e per molto tempo dopo nessuno sa di cosa si tratti e nessuno li affronta adeguatamente. Le conseguenze sono molte volte gravi. Ho spesso pensato che sarebbe molto utile dedicare a questa materia alcune ore di lezione a scuola. La gente é completamente impreparata quando un figlio si chiude in camera per molti giorni oppure stà in continua iperattività, esce fino a tardi, parla in continuazione o diventa aggressivo o sparla. E' inconcepibile che il suicidio possa accadere a un nostro caro. Ma anche quando tutto diventa chiaro, lo smarrimento, il senso di impotenza é totale. Ho visto tragedie perché nessuno ha saputo prendere un'iniziativa. La gente non sa da dove cominciare. Bisogna cominciare sempre dal medico di famiglia che saprà valutare l'abnormità di certi comportamenti e saprà consigliare.

Una importante preoccupazione é quella che i figli possano soffrire degli stessi disturbi dei genitori. Ma la predisposizione genetica é fondamentalemente una potenzialità. Proprio in questo campo si può fare moltissimo conoscendo la malattia ed evitando tutti quei fattori che la scatenano.

Non bisogna dimenticare anche gli aspetti positivi della personalità degli individui che possono andare soggetti ai disturbi dell'umore. L'umanità deve molto a loro tanto che nel *Phaedro* di Platone Socrate dice: *“Invece i beni più grandi ci provengono attraverso la mania che ci viene data per concessione divina”*.