

La legge dell'inverso della salute mentale

“Il Generale William T. Sherman è pazzo”, così recitava il titolo del *Cincinnati Chronicle* del novembre 1861. Il generale William Tecumseh Sherman era “impazzito” ed era stato rimosso dal comando dell’Unione in Kentucky; i suoi pari, la sua famiglia e il suo staff erano tutti concordi nell’affermare che egli soffrisse di deliri paranoici. Tornando a casa in Ohio, Sherman disse con un’alzata di spalle: “In questi tempi è difficile dire chi è sano di mente e chi è pazzo¹”.

In seguito, avrebbe poi riottenuto il suo incarico e sarebbe diventato un simbolo dell’orrore della Guerra Civile statunitense e un portavoce del terrore psicologico: l’uomo che la storia ricorda per aver decimato Atlanta e aver bruciato la Georgia durante la sua devastante “Marcia verso il mare”. È una figura iconica della storia statunitense, eppure sono in pochi a conoscere una caratteristica essenziale dell’uomo la cui strategia della “terra bruciata” è stata fonte di ispirazione per la guerra moderna, da Londra, Dresda e la battaglia del Bulge fino al Vietnam, Bosnia e Iraq.

Le evidenze storiche suggeriscono che Sherman soffrisse di un disturbo maniaco-depressivo, o disturbo bipolare: cambiamenti estremi nell’umore, nell’energia e nella capacità di funzionamento di una persona. È sufficiente un solo episodio maniacale per essere diagnosticati come affetti da disturbo maniaco-depressivo; in realtà, la maggior parte delle persone affette da questo disturbo soffre soprattutto di depressione. Oltre alla crisi depressiva in Kentucky, pare che Sherman abbia avuto almeno altri quattro episodi de-

pressivi gravi: il primo all'età di ventisette anni, con sintomi di sconforto, inerzia, insonnia e inappetenza. Aveva avuto difficoltà ad ambientarsi nella carriera militare e si sentiva eccessivamente controllato dal suocero. Il secondo episodio si verificò intorno ai trentasette anni, quando Sherman era un banchiere in difficoltà. Ne seguì un altro qualche anno dopo, sempre legato a difficoltà finanziarie. Un altro, all'età di cinquantotto anni, tredici anni dopo la guerra, avvenne dopo che il figlio maggiore, Tom, un uomo profondamente depresso e occasionalmente senza fissa dimora che alla fine morì in un istituto, si rifiutò di studiare legge, cosa auspicata da Sherman, e decise invece di diventare un sacerdote gesuita (anche uno zio paterno di Sherman probabilmente soffriva di depressione ricorrente, un legame genetico che supporta questa diagnosi²).

Sherman non ammise mai di essere affetto da un disturbo mentale. Nelle sue *Memorie*, pubblicate nel 1875, incolpò notoriamente gli altri per i suoi errori e negò qualsiasi interrogativo sulla sua salute mentale. Gli storici assecondarono la sua immagine caritatevole per più di un secolo. Le condizioni psichiche di Sherman furono documentate in modo più approfondito solo nel 1995, grazie al lavoro dello storico Michael Fellman. La diagnosi psichiatrica retrospettiva è piena di rischi e non è mai definitiva. Tuttavia, questo non significa che non si debbano seguire gli indizi documentali e, nel caso di Sherman, considerare la possibilità che un uomo responsabile di tanta sofferenza, abbia anch'egli sofferto molto.

La maggior parte di noi ipotizza un presupposto elementare e ragionevole circa la salute mentale: pensiamo che garantisca dei buoni risultati e crediamo che la follia sia invece un problema. Questo libro sostiene che, in almeno una circostanza di vitale importanza, sia proprio la *follia* a produrre buoni risultati e che la *sanità mentale* sia invece un problema. In tempi di crisi, è meglio essere guidati da leader affetti da disturbi mentali che da leader mentalmente in salute.

Esistono varie tipologie di leadership a seconda dei contesti. Il *leader non-in-crisi* ha successo in tempi ordinari, ma

in tempi di crisi dovrebbe essere tenuto lontano dallo scettro del governo. Come vedremo, il tipico leader non-in-crisi è un idealista, un po' troppo ottimistico nei confronti del mondo e di sé stesso; è insensibile alla sofferenza, non avendo sofferto molto lui stesso. Spesso proviene da un ambiente privilegiato e non è stato messo alla prova dalle avversità; si ritiene migliore degli altri e non vede ciò che lo accomuna a loro. Il suo passato gli è stato di giovamento e cerca di salvaguardarlo; non si adatta bene alle novità. Vediamo leader non-in-crisi ovunque: l'amministratore delegato, il capo dipartimento, il capo del nostro vicino, il presidente della banca, il Presidente. Un altro fatto: la sua salute mentale è abbastanza buona. Non ha mai sofferto di depressione, episodi maniacali o psicosi. Non ha mai visto uno psichiatra.

Aristotele ipotizzò per la prima volta il legame tra genio e follia già 2500 anni fa; e in piena epoca romantica, lo psichiatra italiano del Diciannovesimo secolo Cesare Lombroso ne diede una definizione netta³, che potremmo tradurre con una semplice equazione: follia = genio. Secondo lui, non si può avere l'una senza l'altra. Al contrario, lo statistico e fondatore della genetica comportamentale, Francis Galton, aveva un'opinione opposta⁴, che possiamo riassumere come: salute mentale = genio. Galton sosteneva che fosse l'intelligenza (il più forte indicatore di un cervello in buona salute) a produrre il genio. Entrambi gli uomini consideravano il genio come un fenomeno di origine biologica, ma uno riteneva che nascesse da un disturbo, l'altro da una buona salute mentale.

Questi due punti di vista sono penetrati nella cultura occidentale e la maggior parte di noi predilige riflessivamente le posizioni di Galton rispetto a quelle di Lombroso. In questo libro mi schiero dalla parte di Lombroso, con alcune riserve. Nell'intero libro illustrerò una legge fondamentale che emerge dallo studio del rapporto tra disturbo mentale e leadership. Potremmo chiamarla la *legge dell'inverso della salute mentale*: quando i tempi sono buoni, quando regna la pace e la nave dello Stato deve solo procedere dritta per la sua rotta, le persone mentalmente in buona salute funziona-

no bene come leader. Quando il nostro mondo è in tumulto, è il leader con disturbi mentali a funzionare meglio.

Gli elementi chiave di alcuni disturbi mentali (episo-
di maniacali e depressione) che sembrerebbero favorire la
leadership in caso di crisi sono quattro: *realismo*, *resilienza*,
empatia e *creatività*⁵. Non si tratta solo di aspetti caratteriali
vagamente definiti, ma di specifici significati psichiatrici am-
piamente studiati a livello scientifico. Uso questi termini nel
loro significato scientifico, non in quello di senso comune.
Tra queste qualità, gli psicologi hanno studiato soprattutto la
creatività e l'empatia, ma la resilienza e il realismo sono al-
trettanto importanti per la leadership e sono oggetto di stu-
dio approfondito anche da parte di ricercatori più recenti.
Tutti e quattro gli elementi sono associati alla depressione,
mentre due di questi (creatività e resilienza) si riscontrano
nei disturbi maniacali. Fatta eccezione per la resilienza, nes-
suno di questi elementi è caratteristico di altri disturbi men-
tali (come la schizofrenia e i disturbi d'ansia). La depressione
rende i leader più realistici ed empatici, mentre il disturbo
maniacale li rende più creativi e resilienti. La depressione
può insorgere singolarmente e offrire alcuni di questi benefi-
fici. Quando invece si manifesta insieme a tratti maniacali
(disturbo bipolare), le capacità di leadership possono esse-
re ancora maggiori. In questo libro esaminerò otto grandi
leader politici, militari e imprenditoriali la cui vita e il cui la-
voro mostrano vari aspetti del legame tra leadership e follia:
William Tecumseh Sherman, Ted Turner, Winston Churchill,
Abraham Lincoln, Mahatma Gandhi, Martin Luther King
Junior, Franklin D. Roosevelt e John F. Kennedy. Fornisco
anche dei controesempi di cinque leader "normali", mental-
mente in buona salute, che hanno fallito in momenti di crisi:
Richard Nixon, George McClellan, Neville Chamberlain e
presumibilmente George W. Bush e Tony Blair. Questi contro-
esempi sono importanti: non sto diagnosticando disturbi
mentali ovunque; vedo la salute mentale nella maggior parte
dei nostri leader, e la considero un potenziale ostacolo nei
momenti di crisi.

Nel corso della mia ricerca, mi è apparso chiaro come i
disturbi mentali abbiano avuto un'influenza storica persino

maggiore di quella che avevo inizialmente immaginato. Molti dei principali leader della Guerra Civile erano affetti da disturbi mentali o anomalie: Lincoln e Sherman, come si vedrà più avanti, ma anche l'alcolizzato Ulysses S. Grant; probabilmente Stonewall Jackson e, in base ad alcune evidenze di depressione e a una storia familiare di disturbo mentale, persino Robert E. Lee. Tutti i principali leader della Seconda guerra mondiale possono essere ritenuti, sulla base di adeguate argomentazioni, affetti da disturbi mentali o anormali: Churchill, Franklin D. Roosevelt e Hitler, come vedremo, ma anche Stalin e Mussolini, ognuno dei quali ebbe gravi episodi depressivi e probabili episodi maniacali. Anche due figure chiave del movimento statunitense per i diritti civili, John Kennedy e Martin Luther King, erano mentalmente anormali.

Credo che questi esempi siano più di una coincidenza e più di una stranezza storica. Suggestiscono un modello relativamente coerente che, se corretto, risulta essere largamente ignorato dagli storici e dall'opinione pubblica, ma che in realtà potrebbe rappresentare il fattore che ha plasmato la seconda metà del Ventesimo secolo più di ogni altra singola forza. Quando iniziamo a vedere la storia attraverso questa lente, la portata e la rilevanza della follia e della leadership diventano difficili da negare.

Questo è un libro di psicologia e di storia; si colloca all'incrocio, a lungo contestato, di due discipline diverse. Ma questo libro non è psicostoria. La psicostoria è una disciplina screditata, e a buon diritto. Basterebbe leggere il libro che ha dato il via a tutto: *Il caso Wilson* di Sigmund Freud, scritto insieme al politico statunitense (e uno dei pazienti di Freud) William Bullitt. Vi si trovano passaggi come:

[Wilson] durante la guerra dovette sopportare grandi fardelli per un uomo le cui arterie erano in condizioni precarie; e, sebbene continuasse a essere disturbato come al solito da indigestioni nervose e mal di testa, non soffrì di alcun "esaurimento". Il suo Super-Io, il suo narcisismo, le sue azioni nei confronti del padre, la sua passività nei confronti del padre e

la sua reazione-formazione contro la passività nei confronti del padre hanno trovato nella guerra uno sbocco estremamente soddisfacente⁶.

Non c'è da stupirsi che gli storici siano allergici all'interpretazione psicologica. Il libro era così debole dal punto di vista psicologico che la figlia di Freud e i suoi più stretti discepoli ne soppressero la pubblicazione e, quando finalmente apparve nel 1967, tentarono di asserire che Freud ne avesse scritto ben poco. Per molti storici, psichiatria e psicologia sono sinonimi di psicoanalisi e qualsiasi interpretazione psicologica sembra destinata a finire in speculazioni infruttuose sui traumi infantili dei personaggi storici. In effetti, fino a poco tempo fa gli storici avevano ragione. La psichiatria e la psicologia, negli Stati Uniti, sono state a lungo contaminate dalla psicoanalisi. Solo negli ultimi due decenni la psicoanalisi è stata messa al suo posto, non semplicemente scartata, ma non più vista come necessaria e sufficiente di per sé (immaginate se si pensasse che tutta l'economia fosse contenuta nel marxismo; la psichiatria era così tanto dipendente dalla psicoanalisi fino a poco tempo fa).

L'ossessione psicoanalitica è stata sostituita da una prospettiva sul disturbo mentale scientificamente e clinicamente fondata. Questa psichiatria, spogliata della sua fede psicoanalitica, può essere uno strumento estremamente utile per gli storici.

La nuova psichiatria sorge all'inizio della medicina moderna, con la ricerca di metodi oggettivi per diagnosticare le patologie. In medicina interna, i medici ottengono un'"anamnesi": una storia clinica di sintomi e del loro decorso nel tempo. Gli psichiatri e gli storici fanno lo stesso. Tuttavia, l'internista dispone di una risorsa che gli storici e gli psichiatri non hanno: la patologia. I medici sono stati a lungo in disaccordo tra loro; uno poteva diagnosticare a un paziente una certa patologia e un altro poteva offrire una diagnosi completamente diversa, anche a parità di anamnesi. Ma la medicina cambia radicalmente quando il patologo ha potuto prelevare un pezzo di tessuto e stabilire quale fosse la diagnosi giusta

del medico. I medici discutevano il caso in un auditorium, con gli studenti che assistevano, fornendo ciascuno una motivazione per la diagnosi. Al termine dell'ora di dibattito, il patologo si alzava, metteva un vetrino al microscopio e rivelava la risposta giusta.

A volte vengono effettuati altri esami: un'analisi della chimica del sangue o una risonanza magnetica di un organo. Tuttavia, a volte questi esami non offrono una risposta definitiva; a volte gli esami possono persino essere sbagliati. I bravi medici sanno che gli esami ci aiutano ad arrivare alla risposta giusta, aggiungendosi alle informazioni raccolte nell'anamnesi, ma non sono certo un metodo infallibile per diagnosticare una patologia. Naturalmente, i test per le condizioni fisiche sono spesso risolutivi, ma il problema della psichiatria (e dell'anamnesi) è che non esiste un test risolutivo. Non si può dimostrare che un paziente è affetto da schizofrenia con un esame del sangue o una TAC al cervello; e se questo vale per un paziente vivo seduto di fronte a me, vale ovviamente anche per un personaggio storico morto.

Eppure la medicina ha da tempo affrontato e risolto questo problema. Molte patologie che esulano dal campo della psichiatria possono essere esaminate solo sulla base dell'anamnesi: l'emicrania, per esempio, così come l'artrite reumatoide e molte forme di epilessia. In questi casi, i medici si trovano sulla stessa barca di coloro che studiano il disturbo mentale: non esiste un test definitivo. La soluzione viene dal campo dell'epidemiologia clinica, la stessa disciplina che ha individuato il legame tra il fumo di sigaretta e il cancro ai polmoni. In assenza di una singola evidenza, la soluzione consiste nell'ottenere diversi elementi di prova indipendenti. Nessuna fonte è sufficiente a dimostrare una diagnosi, ma tutte possono convergere per renderla più probabile.

Sono quattro gli elementi di prova specifici ormai divenuti standard in psichiatria⁷: sintomi, genetica, decorso della patologia e terapia.

I *sintomi* sono l'elemento di prova più evidente: la maggior parte di noi si concentra solo su di essi. Lincoln era triste? Questo sintomo potrebbe suggerire una depressione,

ma naturalmente si può essere tristi per altri motivi. I sintomi sono spesso aspecifici e quindi non autonomamente definitivi.

La *genetica* è fondamentale per la diagnosi dei disturbi mentali, perché le patologie più gravi, soprattutto il disturbo maniaco-depressivo, sono di origine familiare. Studi su gemelli identici dimostrano che il disturbo bipolare è per circa l'85% frutto di fattori genetici, mentre la depressione è più o meno per metà genetica (l'altra metà, nel caso della depressione, è di origine ambientale, motivo per cui anche questo elemento di prova non è sufficiente singolarmente).

Forse l'elemento di prova meno apprezzato, ma il più utile, è il *decorso della patologia*. Questi disturbi sono caratterizzati da un andamento piuttosto specifico. Il disturbo maniaco-depressivo si manifesta in giovane età adulta o prima, i sintomi vanno e vengono (sono episodici, non costanti) e generalmente seguono un determinato pattern (per esempio, spesso una fase depressiva insorge immediatamente dopo un episodio maniacale). La depressione tende a iniziare più tardi nella vita (verso i 30 anni o dopo) e comporta episodi più lunghi e meno frequenti nel corso della vita. Se una persona è affetta da uno di questi disturbi, il decorso dei sintomi nel tempo spesso costituisce la chiave per determinare quale sia il disturbo di cui soffre. Un vecchio aforisma psichiatrico consiglia che "la diagnosi è prognosi": il tempo dà la risposta giusta.

Il quarto elemento di prova è la *terapia*. Questo elemento di prova è meno definitivo rispetto agli altri, per molte ragioni. A volte le persone non cercano o non ottengono mai una terapia e fino agli ultimi decenni erano disponibili poche terapie efficaci. Anche oggi, i farmaci utilizzati per i disturbi mentali sono spesso aspecifici; possono funzionare per diverse patologie e possono persino influenzare il comportamento di persone non affette da disturbi mentali. A volte, però, una risposta insolita può fortemente evidenziare una determinata diagnosi. Per esempio, gli antidepressivi possono causare episodi maniacali in persone affette da disturbo bipolare, mentre difficilmente si verificano in persone non affette da tale patologia⁸.

È importante notare che il metodo dello psichiatra è esattamente lo stesso dello storico. In altre parole, ciò che lo psichiatra fa quando valuta un paziente vivente non è diverso da ciò che uno storico può fare quando valuta la natura psicologica di un personaggio storico morto. L'approccio utilizzato con l'anamnesi è lo stesso: si valuta il passato della persona basandosi sui suoi resoconti e su quelli di terzi (familiari, amici e colleghi). L'unica differenza è che il paziente vivente può parlare con lo psichiatra, mentre il personaggio storico morto parla solo attraverso documenti come le lettere personali. Questa differenza non costituisce uno svantaggio per lo storico come potrebbe sembrare. I pazienti viventi sono spesso imprecisi o reticenti circa i loro sintomi durante i colloqui con gli psichiatri. In effetti, alcuni disturbi mentali sono caratterizzati dalla difficoltà di essere diagnosticati attraverso i colloqui: per esempio, circa la metà delle volte, le persone affette da disturbo bipolare negano di avere sintomi maniacali nonostante li abbiano effettivamente sperimentati. Nel linguaggio medico, l'"autovalutazione" di un paziente si rivela spesso inadeguata e insufficiente; gli psichiatri dovrebbero ottenere informazioni anche da familiari e amici. Gli storici che hanno a che fare con un personaggio morto sono solo parzialmente svantaggiati; anche se quel personaggio fosse vivo, molto di ciò che potrebbe dire sui potenziali sintomi psichiatrici sarebbe sbagliato.

Indipendentemente dal fatto che si tratti di vivi o di morti, le terze parti si rivelano spesso fonti più valide rispetto ai soggetti stessi. In questo senso, storici e psichiatri lavorano con lo stesso materiale: l'anamnesi di una persona viva valutata da uno psichiatra non è fondamentalmente diversa da quella di una persona morta studiata da uno storico.

Questo libro descrive delle caratteristiche proprie di molti leader nel corso della storia, e senza dubbio il lettore potrà individuare anche dei leader contemporanei a cui applicarle. Mi concentrerò principalmente su una manciata di personaggi storici le cui vite mettono in luce diversi aspetti del rapporto tra salute mentale e leadership e per i quali esistono prove documentali particolarmente valide. Il gene-

rale Sherman e l'imprenditore televisivo Ted Turner sono un esempio di come i sintomi del disturbo bipolare possano migliorare la creatività. Le carriere di Abraham Lincoln e Winston Churchill testimoniano la stretta relazione tra depressione e realismo. Lo stesso vale per il Mahatma Gandhi e Martin Luther King Junior: le loro vite evidenziano anche il forte legame tra depressione ed empatia. Franklin D. Roosevelt e John F. Kennedy, entrambi con temperamento ipertimico (cioè con tratti leggermente maniacali), dimostrano la stretta connessione tra disturbo mentale e resilienza. Le esperienze di Kennedy con i farmaci mostrano anche il drammatico potere dei farmaci nel potenziare gli aspetti positivi dei disturbi mentali, o nel peggiorarli. Le terapie effettuate da Adolf Hitler forniscono insegnamenti analoghi, ma anche più orribili.

Per affinare la nostra comprensione dei leader di successo in situazioni di crisi, confronterò alcuni di loro con noti contemporanei mentalmente in buona salute che hanno fallito in situazioni di crisi. Per esempio, contrapporrò Sherman al generale George McClellan, il quale prosperò nell'esercito dell'Unione prima della Guerra Civile ma fallì notoriamente e ripetutamente durante la guerra. E mostrerò come la valutazione realistica di Churchill della minaccia nazista possa essere contrapposta alla famigerata incapacità del suo collega, Neville Chamberlain, eminentemente in buona salute mentale, di riconoscere tale minaccia.

Mi concentro sui leader storici perché, come psichiatra, desidero comprendere i benefici e gli svantaggi che possono accompagnare i disturbi mentali. La ricerca clinica ha dimostrato questi benefici: resilienza, realismo, empatia e creatività. Tuttavia, la maggior parte delle persone non prende molto in considerazione questa ricerca. Mostrare il legame tra questi punti di forza e la follia in alcuni dei nostri leader più celebri potrebbe aumentare la nostra consapevolezza sui punti di forza che alcuni disturbi mentali possono conferire a chiunque ne sia affetto. Inoltre, tornare indietro nella storia, anziché limitarsi a parlare di figure contemporanee, offre il vantaggio del senno di poi. Vediamo il passato più chiaramente del presente; i nostri pregiudizi, le nostre spe-

ranze e le nostre incertezze attuali rendono la nostra visione del presente molto meno solida di quella del passato. Se mi focalizzassi sull'attuale Presidente o Primo Ministro, i miei lettori e io applicheremmo automaticamente molti dei nostri pregiudizi nutriti verso queste persone. Per contro, possiamo essere maggiormente obiettivi nei confronti di Churchill e Lincoln, molto più di quanto non lo fossero i loro contemporanei (ciò non significa che non possiamo fare alcuna inferenza sui leader contemporanei, cosa che farò nel Capitolo 15, ma che tali inferenze sono meno definitive rispetto alle figure storiche precedenti). La prospettiva storica può consentirci di percepire l'impatto dei disturbi mentali sulla leadership più chiaramente, e non meno, di quanto non faccia l'analisi dei leader contemporanei.

Prima di esplorare i legami tra disturbi mentali e leadership, è essenziale capire cosa sia o non sia il disturbo mentale.

Innanzitutto, e questo è molto importante, il disturbo mentale non significa che una persona è semplicemente folle, fuori dalla realtà o psicotica. I disturbi mentali più comuni solitamente non hanno nulla a che fare con il pensiero, quanto piuttosto con stati d'animo anormali: depressione e mania. Questi stati d'animo non sono costanti. Le persone affette da disturbo maniaco-depressivo non sono sempre depresse o in stato maniacale. Quindi non sono sempre folli; anzi, di solito stanno bene. Il disturbo maniaco-depressivo è la *predisposizione* allo stato maniacale o alla depressione, non il fatto di essere *effettivamente* (o sempre) in stato maniacale o depressivo. Ciò è importante perché i leader potrebbero trarre beneficio non solo direttamente dalle proprietà dei sintomi maniacali o depressivi, ma anche indirettamente dal loro entrare e uscire da questi stati d'animo, dall'alternanza tra lo stare male e lo stare bene.

Contrariamente alle credenze popolari, il concetto psichiatrico di depressione clinica è diverso da quello di tristezza ordinaria. La depressione aggiunge alla tristezza una costellazione di sintomi fisici che producono un rallentamento e un arresto generale delle funzioni corporee. Una persona depressa dorme meno e il riposo notturno diventa un evento

temuto che non si riesce mai a portare correttamente a termine. Oppure non ci si alza mai dal letto; meglio dormire, se ci si riesce, visto che non si può fare altro. L'interesse per la vita e le attività diminuisce. Il pensiero in sé è difficile; la concentrazione è compromessa; è già difficile concentrarsi su tre pensieri consecutivi, figuriamoci leggere un libro intero. L'energia è esigua; la stanchezza è costante, inspiegabile e inflessibile, e logorante. Il cibo perde il suo sapore. Oppure, per sentirsi meglio, si mangia di più, forse per evitare la noia. Il corpo si muove lentamente, seguendo il ritmo decrescente dei pensieri. Oppure si cammina ansiosamente, senza riuscire a rilassarsi. Si ha la sensazione che tutto sia solo colpa propria; i sensi di colpa e i rimorsi si susseguono continuamente. Per qualcuno, il suicidio può sembrare l'unica via d'uscita da questo pantano; circa il 10% si toglie la vita.

La teoria psicologica più popolare sulla depressione è il *modello cognitivo-comportamentale*, che vede la depressione come una distorsione della nostra percezione della realtà tale da rendere i nostri pensieri anormalmente negativi. Questo modello, alla base della terapia cognitivo-comportamentale, è contraddetto da un'altra teoria che ha alle spalle un numero crescente di prove cliniche: *l'ipotesi del realismo depressivo*. Questa teoria sostiene che le persone affette da depressione non sono depresse perché distorcono la realtà, ma sono depresse perché vedono la realtà più chiaramente rispetto alle altre persone.

La nozione di realismo depressivo implica che il disturbo presenti un lato positivo, ma non voglio sminuire la pericolosità e il livello di sofferenza insiti nella depressione. Se non trattata, diventa una roulette russa, con la natura a premere il grilletto quando lo decide lei e con il suicidio come risultato. “La depressione è un'esperienza terrificante,” ha detto uno dei miei pazienti: “sapere che qualcuno sta per ucciderti, e quella persona sei *tu*”. I pensieri suicidi si verificano in circa la metà degli episodi depressivi clinici.

La rabbia e lo sconforto della depressione (così come l'impulsività degli episodi maniacali) possono anche far allontanare un individuo dalle persone che ama di più. Il divorzio e le relazioni interrotte costituiscono la norma. Come

affermato da un paziente: “Questo disturbo è una sorta di rapina: ti priva di coloro che ami. Non voglio soldi, potere o fama. Voglio solo non perdere le persone che amo. E questa malattia me le porta via. Un giorno si svegliano e mi vedono diverso e dicono: «Chi è questo?» e se ne vanno”. I benefici della depressione hanno un prezzo doloroso, se non mortale.

Se le sfumature della depressione sono disorientanti, gli episodi maniacali sembrano ancora più complicati. In questo caso l'umore è generalmente euforico, a volte addirittura vertiginoso, spesso alternato a rabbia. Non si sente il bisogno di dormire molto; quattro ore possono bastare. Mentre il resto del mondo dorme, i livelli di energia dell'individuo sono elevati come se fossero le 11 del mattino. Perché non pulire tutta la casa alle 3 del mattino? Si devono fare cose, anche se non ce n'è bisogno. Dipingere la casa, ridipingerla di nuovo, comprare una terza auto. Lavorare due o tre ore in più al giorno (cosa che piace ai datori di lavoro). I pensieri scorrono a fiumi; il cervello sembra essere molto più veloce della bocca. Nel tentativo di tenere il passo con questi pensieri rapidi, si parla velocemente, interrompendo gli altri. Gli amici e i colleghi si infastidiscono, non riescono a dire una parola. Questo può rendere la persona più irritabile: perché gli altri non riescono a tenere al passo? “Lo stato maniacale risulta estremo per gli amici,⁹” osserva Robert Lowell: “La depressione per sé stessi”.

L'autostima aumenta. A volte porta a grandi successi, laddove le proprie capacità sono all'altezza del compito da svolgere. Ma spesso porta a fallimenti altrettanto grandiosi, in cui si superano i propri limiti. Ma per chi è in uno stato maniacale non esiste il passato e quasi non esiste il presente; conta solo il futuro, e lì tutto è possibile. Le decisioni sembrano facili: nessun senso di colpa, nessun dubbio, basta farlo. Il problema non è iniziare le cose, ma portarle a termine; con così tante cose da fare e poco tempo a disposizione, è facile distrarsi.

Lo stato maniacale spesso compromette la capacità di giudizio e le decisioni sbagliate rientrano tipicamente in

quattro categorie: indiscrezioni sessuali, spese folli, guida spericolata e viaggi impulsivi. Il sesso diventa ancora più allettante; al coniuge può piacere o stancare. L'impulso è così forte che si può cercare di soddisfarlo altrove; le scappatelle sono comuni; il divorzio è la norma; il tasso di HIV è elevato.

Divorzi, debiti, infezioni sessualmente trasmesse, instabilità lavorativa: lo stato maniacale è l'antidoto perfetto agli obiettivi più cari alla maggior parte delle persone: una famiglia, una casa, un lavoro, una vita stabile.

La persona affetta da depressione è impantanata nel passato; la persona in stato maniacale è ossessionata dal futuro. Entrambi distruggono il presente. Nel peggiore dei casi, la persona affetta da depressione si toglie la vita, quella in stato maniacale se la distrugge. Nel disturbo maniaco-depressivo si corrono entrambi i drammatici rischi.

Tuttavia, nonostante i suoi pericoli, lo stato maniacale può conferire benefici riconosciuti sia dagli psichiatri che dai pazienti. Un aspetto fondamentale dello stato maniacale è la liberazione dei processi cognitivi. I miei pazienti talvolta descrivono in modo eloquente questa libertà di pensiero (che gli psichiatri definiscono "fuga di idee"):

"Tutto vorticava come un turbine; dovevi solo allungare la mano per afferrare una parola. Potevi vederla, ma non riuscivi a pronunciarla, come la parola «fiore». Ma quando diventava più veloce, non riuscivi nemmeno a vederla".

Oppure: "I miei pensieri erano come fuochi d'artificio, salivano e poi esplodevano in tutte le direzioni".

Questa emancipazione dell'intelletto fa sì che il pensiero normale sembri banale: "Mi sentivo come se la mia mente fosse un computer veloce", ha detto un paziente.

Questo produce quell'ondata di creatività che solo i grandi poeti affetti da stati maniacali sono in grado di descrivere. Come William Blake:

*Vedere un mondo in un grano di sabbia
e un universo in un fiore di campo,
possedere l'infinito sul palmo della mano
e l'eternità in un'ora¹⁰.*

O come Robert Lowell:

Per mesi

La mia follia ha guadagnato forza

Per far diventare tutta la dolcezza una palla

A colori, tropicale...

Ora sono crespo, stantio e piccolo¹¹.

Le teorie relative allo stato maniacale non sono molte. È come se la psichiatria tradizionale considerasse questa condizione troppo superficiale per meritare una spiegazione.

La visione psicoanalitica, che vede lo stato maniacale come una difesa contro la depressione, è la più coerente¹² ma probabilmente la più fuorviante. Alcuni dei miei pazienti offrono una versione di questa spiegazione: “A volte penso che io diventi maniacale per evitare la depressione”; “Sono felice per qualsiasi cosa, faccio un sacco di cose e smetto di dormire perché so che se non lo faccio, diventerò depresso”. Queste motivazioni sembrano logiche, ma io sono scettico al riguardo. Lo stato maniacale spesso si manifesta senza alcuna depressione precedente¹³ e, anzi, più comunemente è la depressione a seguire un episodio maniacale, il che suggerisce che sia proprio lo stato maniacale a causare la depressione, piuttosto che il contrario.

Per gli psicoanalisti, la depressione era un disturbo rispettabile, mentre lo stato maniacale non lo era. Freud, almeno su questo, fu onesto: non scrisse praticamente nulla sullo stato maniacale e ammise che la psicoanalisi non aveva alcun ruolo nella comprensione o nella terapia del disturbo maniaco-depressivo. I suoi seguaci intervennero laddove lui rimase in silenzio, incolpando i pazienti maniacali di essere troppo infantili per affrontare le loro depressioni. Lo stato maniacale sembra ostacolare la consapevolezza del sé, forse un'altra ragione per cui gli psicoanalisti lo guardavano con sospetto. Nella mia professione, vedo spesso pazienti con tendenze maniacali, ma che non se ne rendono conto. Altri vedono solo i benefici dello stato maniacale: maggiore creatività, energia, socievolezza. Diventa una sorta di “trapianto di personalità” temporaneo, in cui le persone assumono

il tipo di carisma che la nostra società premia. Ma non si rendono pienamente conto degli aspetti negativi di questo disturbo, che di solito sono ancora più pronunciati dei suoi benefici: irritabilità, sessualità promiscua e spese sfrenate.

Lo stato maniaco è come un cavallo al galoppo: vinci la corsa se riesci a resistere, oppure cadi e non arrivi nemmeno alla fine. In termini freudiani, si potrebbe dire che lo stato maniaco rinforzi l'Es, nel bene e nel male. Tutte le energie, sessuali e non, travolgono i limiti abituali che impariamo a imporre nel corso della vita. Il fulcro dello stato maniaco è *l'impulsività accompagnata da una maggiore energia*. Se essere in stato maniaco significa essere impulsivi, allora forse l'espressione di tale disturbo dipende dalla misura in cui si riesce a tendere l'involucro civile che tiene insieme le nostre vite. Se si tende poco, le persone maniaco-depressive possono vivere bene ed essere premiate per la loro creatività ed estroversione. Se si tende troppo, la società disapprova e può verificarsi una tragedia.

Alcune persone non sono né depresse né in stato maniaco, ma non sono nemmeno mentalmente in salute. Hanno una *personalità o un temperamento anormale*. La personalità o il temperamento sono elementi biologici tanto quanto il disturbo mentale, anche se la maggior parte di noi pensa il contrario. I nostri temperamenti di base sono definiti fin dalla scuola materna¹⁴; gli studi dimostrano che i temperamenti di base rilevati all'età di tre anni persistono e predicono la personalità degli adulti all'età di diciotto anni. Anche da quel momento in poi, contrariamente a quanto molti credono intuitivamente, i tratti fondamentali della nostra personalità cambiano pochissimo nel corso dell'età adulta e della vecchiaia. Possiamo diventare più saggi con l'età, ma non diventiamo meno introversi, né più aperti alle esperienze, né meno nevrotici (per citare tre tratti fondamentali della personalità).

Di solito non pensiamo alla personalità in relazione al disturbo mentale. In effetti, il mio obiettivo principale in questo libro sarà quello di applicare i concetti psichiatrici di depressione e stato maniaco alla storia. Ma molti leader,

anche se non affetti da disturbi maniaco-depressivi, presentano un temperamento anormale che è una versione lieve del disturbo maniaco-depressivo.

I tratti della personalità sono come l'altezza e il peso: variabili che descrivono la forma della nostra mente, proprio come l'altezza e il peso descrivono la forma del nostro corpo. Un secolo di ricerca sulla personalità è servito a creare un certo consenso. La maggior parte degli studi sulla personalità identifica almeno tre tratti di base comuni a tutte le persone: nevroticismo, estroversione e apertura alle esperienze. Uno di questi tratti è l'ansia: tutti siamo più o meno ansiosi (nevroticismo). Un altro è la socievolezza: alcuni di noi sono più estroversi, altri più introversi (estroversione). Un'altra è la ricerca di esperienze: alcuni di noi sono curiosi e corrono dei rischi, altri sono più cauti (apertura alle esperienze). Ognuno di noi possiede più o meno di questi tratti e, con test psicologici ben elaborati, è possibile stabilire come questi si presentino tra le migliaia di persone ordinarie. Si può quindi sapere dove si colloca ogni singola persona per ogni tratto, vicino al centro di una curva normale (e quindi vicino alla media) o verso gli estremi.

Questi tratti possono combinarsi per formare tipi di temperamento specifici. Alcune persone sono sempre un po' depresse, hanno poca energia, hanno bisogno di dormire più di otto ore a notte e sono introversive. Questo tipo di temperamento è chiamato *distimia*. Altre persone sono l'opposto: sempre ottimiste, estroverse, con un alto livello di energia. Hanno bisogno di dormire meno di otto ore a notte e hanno più libido della maggior parte di noi. Questo tipo si chiama *ipertimia* e si riscontra spesso nei grandi leader, come Franklin Roosevelt e John F. Kennedy. Alcune persone sono un po' entrambe le cose, alternando bassi e alti livelli di umore e di energia. Questo tipo è chiamato *ciclotimia*.

Questi temperamenti anomali sono versioni lievi della depressione, dello stato maniaco e del disturbo bipolare; in quanto tali, sono tratti anomali della personalità, sempre presenti in una persona, e non episodi umorali che vanno e vengono. Possono presentarsi singolarmente, senza episodi maniacali o depressivi, oppure possono accompagnare il

disturbo bipolare o la depressione grave (per esempio, una persona può avere episodi maniacali o depressivi ogni due anni, e tra questi episodi avere un temperamento distimico). Di fatto, questi temperamenti anormali si verificano più spesso nelle persone con disturbo bipolare o depressione grave che nelle persone che non presentano disturbi mentali. Si verificano anche molto più frequentemente nei parenti di persone con depressione grave e stati maniacali rispetto alla popolazione ordinaria.

Questi temperamenti sono stati descritti dallo psichiatra tedesco Ernst Kretschmer¹⁵, il primo ricercatore moderno sulla personalità anormale, colui che ha anche notato il legame tra follia e genio. Riconosceva il beneficio di un po' di anormalità mentale, sia negli "stadi iniziali" di un disturbo mentale grave, sia negli "stati lievi, al limite del disturbo mentale", ovvero ciò che intendo con personalità o temperamenti anormali. Se eliminassimo la follia da queste persone, diceva Kretschmer, convertiremmo il loro genio in un talento semplicemente ordinario. La follia non è un "deplorable [...] incidente", ma il "catalizzatore indispensabile" del genio.

Sorprendentemente, la salute mentale può essere tanto difficile da definire quanto il disturbo mentale, perché il nostro senso dell'uno è informato dal senso dell'altro. Per semplificare, definisco la salute mentale come *l'assenza di disturbi mentali e l'essere vicini alla media statistica dei tratti della personalità*. Quindi, per *disturbo mentale* si intende la presenza di un disturbo, come il disturbo maniaco-depressivo, mentre per *anormalità mentale* si intende l'essere agli estremi, non vicino alla media, dei tratti della personalità. Anormalità mentale significa avere temperamenti anormali (come distimia, ciclotimia, ipertimia) che non si verificano nella stragrande maggioranza delle persone ordinarie. Pertanto, queste condizioni non fanno parte della salute mentale, ma sono essenzialmente versioni più lievi del disturbo mentale.

Con queste definizioni, il tema di questo libro può essere enunciato in questo modo: *I migliori leader in tempi di crisi sono mentalmente disturbati o anormali; i peggiori leader in tempi di crisi sono mentalmente in salute.*

In tempi di pace, la salute mentale è utile. Si soddisfano le aspettative della propria comunità e si viene ricompensati per questo. In tempi di guerra o di crisi, sono i disadattati a fare la differenza. Kretschmer notò questo schema e lo spiegò utilizzando la metafora dei batteri, che si replicano e sopravvivono solo in tempi di crisi: “Il brillante entusiasta, il fanatico radicale e il profeta sono sempre presenti, così come lo sono gli imbroglioni e i criminali: l’aria ne è piena¹⁶”, ma fioriscono solo in tempo di crisi. In tempo di pace, sono i nostri pazienti, scrisse notoriamente, e noi li governiamo. In tempo di crisi, sono loro a governare noi.

I grandi leader in tempi di crisi non sono come il resto di noi, e neanche come i leader mentalmente in salute. Sono spesso intelligenti, inclini a una scarsa salute fisica, figli di ambienti privilegiati, cresciuti da genitori in conflitto, spesso non religiosi e ambiziosi. Tutti questi tratti ed esperienze di personalità sono anche associati a disturbi mentali, come stato maniacale e depressione, o a temperamenti anormali, come l’ipertimia. Gran parte di ciò che viene considerato “normale” non è riscontrabile nei leader politici e militari di grande successo, soprattutto in tempi di crisi. Se le persone ordinarie e mentalmente in salute (che in seguito definirò scientificamente “omoclitici”) si candidano alla presidenza, tendenzialmente non diventeranno dei grandi leader.

Un’ultima precisazione: la vera impronta della scienza (in contrapposizione ai suoi molti camuffamenti) è il tentativo di confutare le proprie ipotesi, di fare autocritica, di esaminare i propri presupposti e di indicare i modi per verificare ulteriormente la propria teoria. Mi sforzerò di fare tutte queste cose nel corso di questo libro. La scienza fa affermazioni di tipo probabilistico; di solito non si tratta di dimostrare che qualcosa è *sempre* in un modo o *non è mai* in un modo. Quasi tutta la scienza si occupa di dimostrare una maggiore probabilità che qualcosa si verifichi *generalmente* in un modo. Nella maggior parte delle questioni scientifiche, soprattutto in medicina e sul tema delle patologie, nessuna singola eccezione costituisce una confutazione. La preponderanza delle prove rappresenta la conoscenza scientifica.

Non sostengo che la depressione porti *invariabilmente* al realismo, né che lo stato maniacale esalti *sempre* la creatività, né che la depressione incrementi *sempre* l'empatia, né che l'ipertimia promuova *inevitabilmente* la resilienza. Sostengo piuttosto che, *nel complesso, il più delle volte questi disturbi mentali migliorano o promuovono queste qualità più frequentemente di quanto non accada in assenza di questi disturbi mentali*. Alcune persone con disturbo maniaco-depressivo sono irrealistiche (persino psicotiche), poco empatiche e poco resilienti. Non dovremmo romanticizzare questa condizione; nelle sue forme più estreme, è altamente invalidante e pericolosa. Ma la maggior parte delle persone ha forme meno gravi di questi disturbi; ci saranno molti più leader maniaco-depressivi che mostrano i benefici discussi in questo libro che leader maniaco-depressivi pericolosamente folli.

Vedremo che i nostri più grandi leader in tempi di crisi arrancano nella tristezza quando la società è felice, cercando l'aiuto di amici, familiari e medici. A volte stanno bene, a volte stanno male, ma non stanno mai del tutto bene. Tuttavia, quando si verifica una calamità, se sono nella posizione di poter agire, possono rialzare il resto di noi; possono darci il coraggio che abbiamo temporaneamente perso, la forza d'animo che ci sorregge.

La loro debolezza, insomma, è il segreto della loro forza.