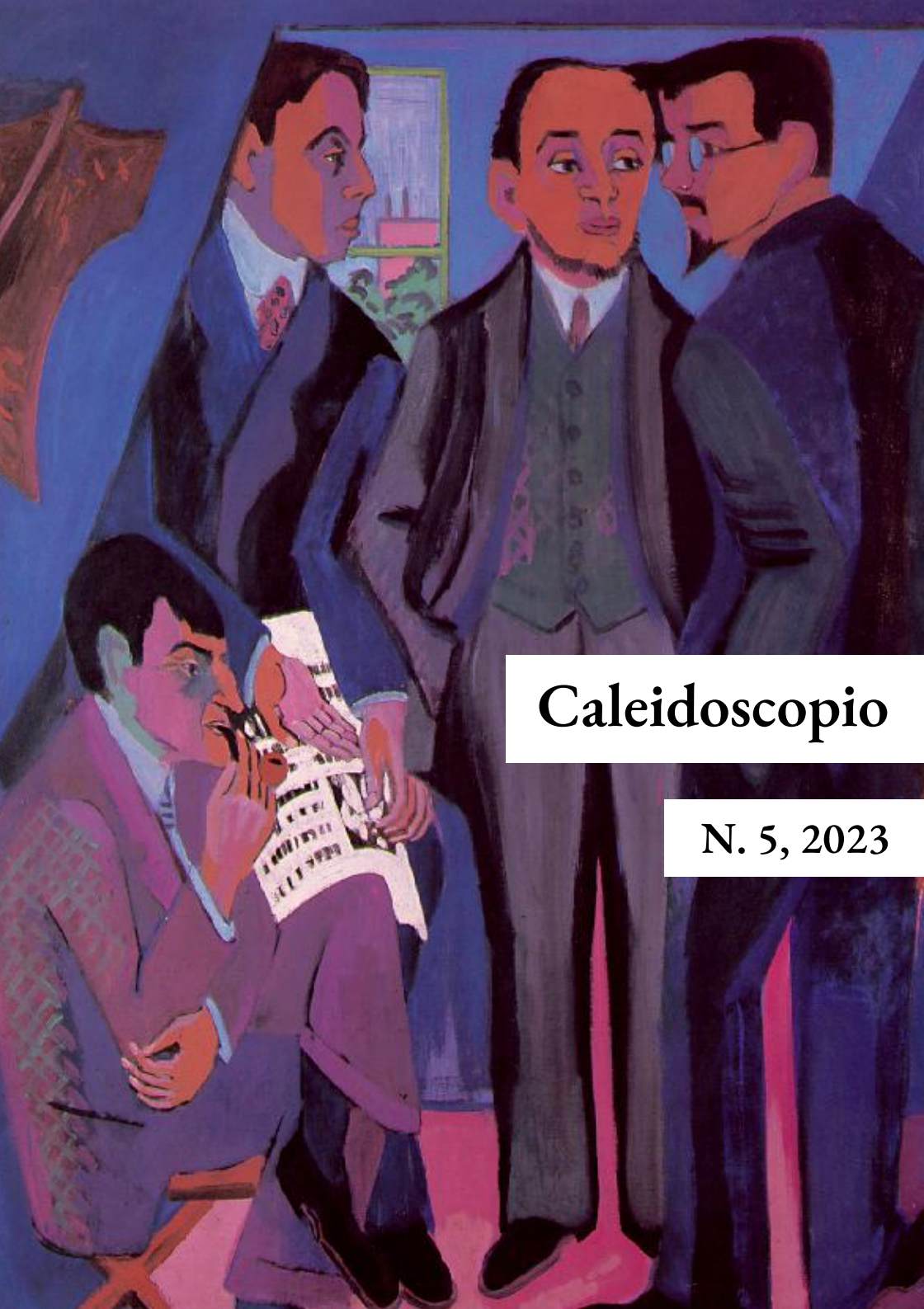




Caleidoscopio

N. 5, 2023

CALEIDOSCOPIO
Rivista di Psicoterapia e Scienze Sociali e Letterarie Correlate

NUMERO 5
2023

Editoriale La Redazione	i-ii
Interventi di crisi e terapia psicoanalitica Nella Guidi	1-33
Dal dominio della paura al potere dell'angoscia nei processi integrativi. Angoscia come "sentimento presente" Anna Maria Loiacono	35-47
Tre casi di ragazzi singolari (come singolari sono tutti i ragazzi) Roberto Merlo	49-67
E' ritrova casa. Vivere una crisi in una "normale" storia di migrazione Lorenza Barbieri e Laura Guerzoni	69-77
L'angoscia traumatica: analisi di un processo psicoterapico in relazione alla sola variabile di attaccamento Paolo Tirindelli	79-102
La natura umana e il suo ambiente: un'antropologia Luigi Ferrari	105-127

In copertina:

Ernst Ludwig Kirchner, *Eine Künstlergruppe* (1926–1927)

ISSN 2724-4024 [online]
Registrazione presso il Tribunale di Bologna n. 8560
CC BY-NC-ND 4.0 – © 2023 Caleidoscopio
<https://www.caleidoscopio.eu>
rivista.caleidoscopio@gmail.com

EDITORIALE
a cura della Redazione

Nel numero 3 di *Calcidoscopia*, uscito nel 2021, avevamo preannunciato la pubblicazione degli articoli più rilevanti della produzione della dottoressa Nella Guidi. Ciò era già stato fatto con la pubblicazione dell'articolo *Il suicidio in adolescenza e nella prima giovinezza*, comparso in prima assoluta nel n. 1 della nostra rivista nel 2019. Si era deciso di non pubblicare anche le recensioni poiché ciò avrebbe richiesto un periodo troppo lungo, dato che la rivista ha soltanto una pubblicazione all'anno.

Il criterio che abbiamo seguito riguardava sia l'importanza del contenuto della pubblicazione sia il rispetto dell'ordine cronologico. Si riteneva opportuno, inoltre, chiedere un contributo ad altri autori, sia del nostro gruppo milanese facente parte di Psicoterapia e Scienze Umane, sia di autori esterni, in forma di commento all'articolo della dottoressa Guidi e pubblicato sullo stesso numero della rivista.

La Redazione ha deciso di rivedere questi criteri in quanto: l'ordine cronologico non sempre esprime la 'densità' di contenuti di ciascun articolo; inoltre, il contributo in forma di commento appare troppo vincolante, soprattutto per gli autori esterni al gruppo. Per tali motivi i prossimi tre articoli non saranno in ordine cronologico né si chiederà un loro commento ad altri autori. L'articolo della dottoressa Guidi comparirà quindi assieme ai diversi articoli pubblicati sul numero della rivista, funzionando come una sorta di 'tema orientativo' che si può al più proporre agli autori ma che non saranno tenuti a rispettare o quanto meno non tutti.

In questo n. 5 della rivista, anno 2023, viene pubblicato l'articolo *Interventi di crisi e terapia psicoanalitica* (Psicoterapia e Scienze Umane, 1998). Questo articolo è successivo agli ultimi due articoli che pubblicheremo nei prossimi due anni, ovvero *Trasgressione e rischio in adolescenza* (PSU, 1997) e *Il transfert*

negativo irreprezibibile (Annual of Psychoanalysis, 1993, poi anche in *PSU*, 1994).

La pubblicazione di *Interventi di crisi e terapia psicoanalitica* rappresenta una coraggiosa elaborazione in cui si sostiene la possibilità dell'estensione dei concetti di 'setting' e processo psicoterapeutico analitico al lavoro che si svolge nei Centri di Salute Mentale dove sia attiva una valida riflessione operativa in 'équipe' e dove sia possibile un confronto dialettico. Esiste dunque una continuità sia sul piano dei valori che sul piano delle tecniche impiegate e delle conoscenze fra strumenti analitici e lavoro in psichiatria. Un contributo ricco di spunti centrato sull'intervento di crisi e suffragato da esempi clinici.

INTERVENTI DI CRISI E TERAPIA PSICOANALITICA Nella Guidi

Generalità e cenni storici

La teoria della crisi ha preso origine dall'osservazione e dal trattamento di soggetti sani che gravi eventi di vita hanno disturbato nel loro equilibrio psichico. Il campo di applicazione della teoria della crisi è stato poi allargato sino a comprendere pazienti con ogni tipo di patologia psichiatrica. Ciò soprattutto al fine di evitare i danni da istituzionalizzazione. Nei paesi anglosassoni, dopo la seconda guerra mondiale, con lo sviluppo della psichiatria di comunità, l'intervento di crisi diviene la modalità più tipica delle concezioni originatesi dall'esigenza di programmare l'assistenza ai malati mentali al di fuori delle situazioni manicomiali tradizionali. Questa esigenza ha orientato i programmi di salute mentale verso forme di organizzazione che, soprattutto negli Stati Uniti, hanno permesso di collegare le risorse e i servizi più specificamente professionali con le risorse ambientali, ottenendo un incremento della possibilità da parte della popolazione di utilizzare nella loro globalità tali risorse.

Queste linee programmatiche sono state attuate con lo sviluppo di una professionalità acquisita sul «campo di lavoro» a partire dalla pratica quotidiana degli operatori di salute mentale e con una partecipazione particolarmente ampia di operatori non tradizionali, sia *paraprofessionals* appartenenti ai servizi di salute mentale, che volontari, membri delle organizzazioni filantropiche e di auto-aiuto caratteristiche della cultura e della tradizione americana. Ai gruppi di auto-aiuto per alcoolisti (*Alcoholics Anonymous*) e per drogati (*Synanon*) già attivi negli anni '30, si aggiungono, negli anni '50, tra gli altri, i servizi di prevenzione del suicidio (*suicide prevention centers*) che agiscono tramite l'uso del telefono (*hot-line*), e vari centri alternativi di controcultura giovanile, sempre condotti da *helpers*, per lo più privi di qualsiasi formazione professionale specifica, i cui interventi risultano comunque efficaci nella gestione della crisi. Queste risorse, non propriamente

tecniche e professionali, hanno permesso tra l'altro di sopperire, almeno in parte, alla ingiusta distribuzione territoriale dei servizi di salute mentale prima esistente negli Stati Uniti. Tuttavia, i diversi presidi psichiatrici specifici per trattamenti psichiatrici intensivi, quali reparti di breve degenza, ambulatori funzionanti lungo l'arco delle ventiquattro ore, servizi psichiatrici e sociali a domicilio, *day and night hospital*, ecc., che si sono man mano costituiti, non sono mai arrivati a essere sostitutivi delle risorse ambientali di auto-aiuto, bensì sono sempre rimasti loro complementari nel trattamento della crisi.

Soprattutto nei primi anni, la componente pragmatica ha prevalso come strumento di acquisizione di conoscenze. Si sono così sviluppate le premesse per l'elaborazione teorica con la riflessione sui principi generali, al di là degli specifici interventi sui casi clinici. Questi interventi infatti sono sempre stati più orientati a reinserire il più rapidamente possibile la persona in crisi nella situazione sociale, di studio o lavorativa, al fine di evitare i danni connessi all'istituzionalizzazione prolungata. L'intervento di crisi, che rende possibile l'evitamento del ricovero o per lo meno la riduzione al minimo della durata dello stesso, si è costituito quindi sin dall'inizio in psichiatria come strumento di prevenzione, oltre che di terapia; strumento che in seguito si è rivelato socialmente vantaggioso anche da un punto di vista economico, rispetto alla usuale prassi manicomiale¹. L'intervento di crisi raccoglie anche l'eredità delle esperienze fatte durante la seconda guerra mondiale con il trattamento degli shock da battaglia, da parte di psichiatri e psicoanalisti che si erano nell'occasione trovati a collaborare. Queste esperienze avevano messo in luce come il rischio di persistenza dei disturbi e della loro cronicizzazione si

riducesse intervenendo in centri organizzati nelle vicinanze del fronte e rimanendo la persona, una volta superato lo stato di shock, il più rapidamente possibile in combattimento. La psicoterapia breve, centrata sulla elaborazione dei problemi e dei contenuti psichici «attuali», era risultata essere molto più efficace di terapie a lungo termine (che prendessero in analisi vicende e conflitti infantili) nel permettere di evitare la regressione e l'assunzione di una «identità psichiatrica». La focalizzazione dell'intervento terapeutico sull'immediata situazione di crisi e sulle cause precipitanti della stessa, la possibilità di provvedere ad un adeguato supporto di gruppo nell'immediato ambiente sociale e ad un adeguato periodo di riposo in previsione di un pronto ritorno al fronte risultarono funzionali al mantenimento dell'autostima dei soldati nei confronti delle loro personali capacità, nonostante il grave stato di stress. Veniva così ostacolato quello stabilizzarsi della sintomatologia psichica che i vantaggi secondari della malattia, particolarmente accentuati nelle specifiche circostanze, avrebbero potuto favorire (Menninger, 1948; Glass, 1954).

Le conoscenze così raccolte sono state integrate con le acquisizioni relative ai processi evolutivi dell'infanzia e dell'adolescenza e, attraverso la individuazione di modelli di comportamento generali di fronte a situazioni particolari di stress (derivanti da catastrofi, lutti, separazioni, matrimoni, nascite di bambini prematuri, pensionamento, malattie fisiche ecc.) con quelle sulle cosiddette «crisi di vita». Nel 1944, Lindemann, che ha condotto i suoi studi con i sopravvissuti e i familiari delle vittime dell'incendio del *Coconut Grove*, afferma: «Con un appropriato intervento, questi quadri possono essere trasformati in normali reazioni di lutto con risoluzione della crisi». A partire da Lindemann, i trattamenti basati sulla comprensione di questi modelli generali di comportamento, pur non negando l'importanza dell'organizzazione intrapsichica individuale come fattore predisponente alla crisi da stress, tendono a porre l'enfasi sulla realtà extrapsichica e sulla necessità di un supporto adeguato nell'ambiente sociale circostante per il superamento della crisi stessa. Vi è una tendenza ad assimilare le «crisi di vita» alle «crisi maturative» di Erikson, per l'implicito potenziale di crescita in esse contenuto; potenziale che si esplicherebbe, per l'individuo che ha superato positivamente una prima crisi, nella capacità di affrontare le successive in maniera più matura. Le turbe emotive sperimentate da un individuo a seguito di uno stress, piuttosto che essere viste come indicatori di psicopatologia, sono considerate dal clinico della crisi come risposte che possono essere comprese, e anche trattate,

¹ La legge americana del 1963 (*Community Mental Health Act*) ha istituito i centri di salute mentale di comunità con annessi servizi di emergenza, specificamente rivolti al trattamento della crisi. Uno dei fini era la riduzione del numero di pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici che tra l'altro, come avevano mostrato gli studi degli anni precedenti, appartenevano soprattutto alle classi sociali più basse. Immediatamente si è evidenziata la difficoltà di differenziare quando e quanto dell'urgenza dell'intervento psichiatrico richiesto potesse essere legata alla situazione psicopatologica dell'individuo o del gruppo familiare, rispetto ad un acutizzarsi improvviso delle gravi problematiche psicosociali che affliggono gli individui più poveri. Questa problematicità costante, crisi individuale/emergenza sociale, ha riconfermato l'inadeguatezza del personale medico-psichiatrico a trattare le classi sociali più povere e ha mostrato la necessità di un approccio multidisciplinare, attuato tramite una équipe pluriprofessionale, che permetta di indirizzare l'intervento non solo sulla psicopatologia individuale, ma anche sui fattori sociali (dalla perdita di lavoro alla mancanza di casa, alla carenza di asili-nido, alla difficoltà di rapporti umani in quartieri disgregati ecc.) in stretto rapporto con tutte le strutture già esistenti nei quartieri di residenza dei pazienti. Il rinforzo di tutte le strutture e relazioni microsociali – fondamentale come sostegno al paziente in crisi – è così diventato un obiettivo costante dell'équipe.

senza fare riferimento alle più precoci esperienze psicogenetiche. Queste acquisizioni sui modelli generali di comportamento rispetto a particolari situazioni di stress hanno permesso di utilizzare l'intervento di crisi per favorire il rapido superamento della crisi da stress e come strumento di prevenzione primaria, tramite l'individuazione di «gruppi a rischio».

Soprattutto nella prevenzione delle crisi di vita nei «gruppi a rischio», l'uso dei *paraprofessionals* e dei volontari, come operatori, è diventato nel corso degli anni una scelta non più dettata dal minor costo o dalla carenza di operatori *professionals*, ma di elezione. Si è infatti progressivamente verificata la maggiore validità, in questi casi, degli interventi condotti da operatori che hanno in comune con l'utenza stato sociale, ruoli, sesso, età, valori ecc., rispetto a quelli condotti dai *professionals* dei servizi di salute mentale. Da un lato la non necessità di una conoscenza approfondita della dinamica intrapsichica per poter eseguire questi interventi, dall'altro l'applicazione di addestramenti particolari tramite *training* e supervisioni hanno permesso di utilizzare *paraprofessionals* e volontari come consulenti non psichiatrizzanti, esperti e particolarmente ben accettati all'utenza.

Un analogo problema si presenta con gli adolescenti, nei confronti dei quali la letteratura è concorde nell'affermare che non amano ricorrere ai *professionals* dei servizi di salute mentale nei momenti di crisi. D'altra parte sembra accertato che trattare le crisi degli adolescenti nella comunità sociale è, in linea di massima, più utile che ricorrere a modalità coercitive e a ricoveri prolungati. Il riconoscimento, da una parte, delle potenzialità evolutive implicite alle crisi adolescenziali e dall'altra dei rischi sempre presenti di patologizzazione, con la contemporanea drammatica consapevolezza dell'alta incidenza di suicidi nella popolazione giovanile, fa comunque dell'intervento di crisi lo strumento di elezione per i disagi psicologici degli adolescenti. Questa convinzione ha condotto i *professionals* dei servizi di salute mentale ad un'opera capillare di sensibilizzazione, preparazione specifica e supervisione sia dei volontari (in particolare dei centri di controcultura giovanile) che del personale *non mental health professionals* come insegnanti, clero ecc., cui normalmente l'adolescente chiede aiuto. Tra l'altro, l'incremento delle *hot-lines*, che sembrano particolarmente ben accette dagli adolescenti, viene attualmente realizzato tramite l'impiego di volontari adeguatamente addestrati, che sono risultati essere più utili dei *professionals* nella gestione di questo servizio.

I lavori più recenti (de Anda & Smith 1993; Konrad et al. 1994; Valach 1994) confermano come, al di sotto dei 26 anni, non si notino, nei giovani che

commettono suicidio, manifestazioni depressive o altri sintomi psichiatrici. I suicidi giovanili, contrariamente a quelli degli adulti, sembrano essere motivati da conflitti interpersonali che l'adolescente non riesce a gestire. Ciò riconferma (Pallikathayil & Flood, 1991) la posizione chiave di genitori e insegnanti nel poter cogliere sottili manifestazioni autodistruttive e difficoltà di rapporto, così come comportamenti indisciplinati e disturbanti, che possono essere premonitori di suicidio e che rendono indispensabile un intervento di crisi. I servizi universitari di crisi segnalano (Pinkerton & Rockwell, 1994) come cinque sedute o poco più siano in genere sufficienti per permettere agli adolescenti il superamento della crisi. D'altronde, nella famiglia nucleare, contrariamente a quanto avveniva nella patriarcale, la carenza di figure di riferimento e appoggio (nonni, zii, cugini) alternative ai genitori, rende più difficile il superamento delle normali crisi di vita (Kahn et al., 1989). Le domande di aiuto vengono quindi dalle famiglie rivolte al servizio con un duplice rischio: la fagocitosi del servizio da parte della famiglia e la designazione di pazienti «ufficiali» da parte del servizio. In opposizione a questi rischi, è stato messo in atto il trattamento a casa di adolescenti, anche seriamente disturbati, tramite molteplici appoggi tecnici ai genitori, nel gestire questo grave evento (Seelig et al., 1992). L'esito risulta essere positivo, sia nei pazienti che nei familiari, quanto a ripresa del funzionamento, più di quanto ottenibile tramite l'ospedalizzazione. La stessa modalità viene utilizzata anche per gli anziani, nei quali il suicidio è estremamente frequente (Kerkhof et al., 1991). La sensibilizzazione dei familiari a cogliere e trattare le sottili manifestazioni depressive, che spesso passano inosservate nelle persone anziane, è indispensabile e spesso sufficiente al superamento della crisi.

Personalmente ritengo che tutto ciò confermi l'importanza della costante problematica psichiatrica sociale/crisi, individuale/patologia, intrinsecamente connessa alla sofferenza psichica. Si evidenzia però anche la necessità dell'immediatezza di un intervento di crisi che se non deve essere sostitutivo del sociale o patologizzante nel senso di contribuire a facilitare l'assunzione di una identità psichiatrica, non deve neppure, all'opposto, negare e sottovalutare l'effettiva psicopatologia esistente. L'importanza della componente intrapsichica come determinante del comportamento è poi evidenziata in tutta la sua drammaticità dall'incremento costante, nei paesi civilizzati, di suicidi inaspettati, soprattutto giovanili, in individui di successo, apparentemente ben adattati al loro ambiente sociale.

Questi sono esempi di come dalla componente pragmatica, spesso dettata da necessità pratiche immediate, e dalla carenza di strutture e di personale professionale preparato, possano sorgere gradualmente nuove modalità di intervento contemporaneamente a nuove modalità di formazione, sia del personale della unità di crisi in senso stretto che degli operatori della comunità sociale, con cui l'unità costantemente interagisce e collabora. In tale maniera, nonostante la problematicità intrinsecamente connessa al concetto di crisi e nonostante l'uso abituale, e anche contemporaneo, di tecniche appartenenti agli ambiti teorici più diversi, si è comunque progressivamente organizzata una specifica metodologia degli interventi di crisi sulla base di peculiari e determinati riferimenti teorici.

La teoria della crisi

Nei primi anni sessanta, Caplan ha formulato un'ipotesi chiamata «teoria della crisi», i cui principi forniscono, a tutt'oggi, il punto di riferimento concettuale per una vasta gamma di interventi in situazioni di emergenza psichiatrica. Caplan (1961) ha così definito la crisi:

Uno stato che si verifica quando la persona si trova a fronteggiare un ostacolo che le impedisce il raggiungimento di importanti obiettivi vitali; questo è, per un certo lasso di tempo, insormontabile tramite l'utilizzo dei metodi abituali di risoluzione dei problemi. Ne consegue un periodo di disorganizzazione, un periodo di sconvolgimento, durante il quale vengono fatti molti tentativi verso la soluzione del problema, che però abortiscono. Alla fine viene raggiunta una qualche forma di adattamento, che può rivelarsi o meno come la soluzione più utile per la persona e per chi le sta vicino.

Per quanto riguarda il recupero dell'equilibrio, Caplan sottolinea che quando questo «viene eventualmente raggiunto, è sostenuto da modalità di comportamento che possono essere significativamente diverse dalle precedenti». Il fattore più caratteristico delle concezioni della teoria della crisi è quello di porre in evidenza come la crisi sia anche una possibilità esistenziale che può avere una connotazione positiva nel senso della crescita e della maturazione: l'equilibrio successivo

ad una crisi può attestarsi su livelli più elevati rispetto a quello precedente la crisi stessa. I sintomi psicopatologici vengono considerati come modalità difensive ed il complesso delle misure poste in atto per la persona in crisi è orientato a sostenerla e limitarne la sofferenza per evitarne il crollo durante la fase acuta della crisi. Caplan sottolinea come l'esito della crisi dipenda dal tipo di relazioni che si stabiliscono, durante questo periodo, tra l'individuo e la figura chiave del suo ambiente sociale. La concezione messa a punto da Caplan rappresenta la cerniera tra le conoscenze empiriche raccolte fino ai primi anni '60 e le teorie psicologiche, in particolare di derivazione psicoanalitica, allora disponibili. Essa tiene conto sia dei fattori endogeni che di quelli esogeni, che possono determinare la crisi e contribuire alla sua soluzione. Caplan sottolinea che la crisi è caratteristicamente limitata nel tempo: la sua durata va da quattro a sei settimane. Questo costituisce un periodo di transizione nel quale si concentrano sia il pericolo di una aumentata vulnerabilità psicologica che la opportunità di crescita della personalità. In ogni particolare situazione di crisi, il risultato può dipendere in maniera significativa dalla prontezza con la quale viene fornito un aiuto appropriato. Su questa base, la caratteristica dell'intervento di crisi consiste nel coinvolgimento rapido ed attivo degli operatori e la durata dell'intervento di crisi è anch'essa da quattro a sei settimane, con una media di quattro.

Metodologia degli interventi di crisi

L'obiettivo terapeutico minimo dell'intervento di crisi è costituito dalla risoluzione della crisi, in modo da ristabilire nell'individuo il livello di funzionamento precedente. L'obiettivo massimo è un progresso nel funzionamento al di sopra del livello precedente la crisi. L'intervento di crisi è diretto ad aiutare l'individuo a trovare la «soluzione del problema» e non entra in merito a cambiamenti comportamentali o tanto meno a ristrutturazioni della personalità. Essendo l'intervento focalizzato al recupero del funzionamento, la diagnosi accurata è meno importante che non l'individuazione dell'evento, o degli eventi, che hanno precipitato la crisi. L'approccio, più che concentrarsi sulla psicopatologia o sui conflitti dell'individuo, enfatizza e privilegia la sua attività. Il ruolo del terapeuta è quello di partecipante attivo nella relazione con il paziente. L'attività terapeutica è

rivolta all'«attuale», per facilitarne, tramite la comprensione intellettuale ed emotiva, il superamento.

Nella metodologia dell'intervento di crisi esistono due approcci: il generico e l'individuale (Jacobson et al., 1968). Essi sono complementari: il secondo è in genere applicato su pazienti selezionati, cioè abitualmente su coloro che non rispondono all'approccio generico. L'intervento di crisi è focalizzato al recupero del funzionamento; nel corso dello svolgimento dell'intervento la modalità, più o meno regressiva, di utilizzo da parte del paziente delle sue funzioni, deve essere costantemente al centro dell'attenzione del terapeuta. Sia nell'approccio generico che in quello individuale, la valorizzazione della partecipazione del paziente alla comprensione della sua crisi è fondamentale per potergli permettere, tramite il recupero dell'utilizzo delle funzioni in direzione adattiva (Hartmann, 1939), il superamento della crisi. Il terapeuta, come esperto e come partecipante attivo alla relazione, fornisce nessi e collegamenti tra avvenimenti della realtà esterna attuale e comportamenti apparentemente incomprensibili ed estranei. Il paziente, tramite esortazioni e domande appropriate, viene stimolato a dare altrettanto rispetto alle sue personali esperienze, osservazioni, vissuti. La focalizzazione dell'attenzione sull'attuale facilita legami immediati di causa ed effetto; l'intollerabile, l'ignoto, risulta essere più immediatamente condivisibile, comprensibile, affrontabile. Ciò a mio parere dà un messaggio autorevole in quanto tecnico di «normalità» e di nuove possibilità per il futuro, che si oppone alle tendenze regressive del paziente e di assunzione dell'identità negativa (Erikson, 1950) di malato mentale connesse alla sua conflittualità intrapsichica e alle sue angosciose fantasie e desideri infantili. Poter rivivere ed esprimere i propri sentimenti dolorosi nella relazione con il terapeuta come nuovo oggetto permette un'esperienza emozionale nuova, di partecipazione, di rassicurazione, rispetto a quanto vissuto nella situazione precipitante la crisi. Le conoscenze razionalmente acquisite nel rapporto con il terapeuta, sia della realtà esterna che delle proprie reazioni e del legame tra di esse, e l'elaborazione condivisa, facilitano al paziente il controllo dell'angoscia, del panico, dei diversi sentimenti intollerabili. Ciò porta ad una diminuzione della scissione tra funzioni intellettuali e affettive, favorendo il recupero dell'integrazione e quindi del funzionamento del paziente nel suo complesso e la possibilità di affrontamento di quella realtà esterna che ha precipitato la crisi, con modalità più idonee e adattive.

Approccio generico. È focalizzato sul caratteristico decorso di un particolare tipo di crisi. Viene considerato valido per tutti i membri di un dato gruppo in crisi, al di là delle caratteristiche della personalità di base di ciascun individuo. Questo approccio non richiede una conoscenza approfondita delle diverse dinamiche intrapsichiche, esso quindi si presta particolarmente ad essere usato dai *paraprofessionals* e dai *non mental health professionals*. Durante la vita, ogni volta che un evento stressante minaccia il senso di integrità biologica, psicologica e sociale di una persona, ne risulta, al di là dello strato sociale, culturale, economico di appartenenza, un certo stato di squilibrio e la corrispondente possibilità di crisi. Gli studi condotti nel corso degli anni hanno evidenziato i modelli di comportamento comuni che possono ora essere previsti come risposta alle comuni situazioni stressanti (catastrofi, lutti, separazioni, pensionamento, malattie fisiche, nascita di bambini prematuri ecc.). La conoscenza di questi modelli di comportamento comune nelle diverse «crisi di vita» è fondamentale per poter intervenire come «consulente» o «terapeuta» nella prevenzione e nel trattamento di queste crisi.

Uno dei classici «gruppi a rischio» su cui viene usualmente effettuato l'intervento preventivo è quello delle madri di bambini prematuri; questo evento, infatti, anche se previsto, risulta comunque stressante per ogni famiglia. L'utilizzo di *nurses* o *paraprofessionals* adeguatamente addestrate risulta in questi casi particolarmente utile, in quanto la comunanza di sesso, età, ruolo materno ecc., con la madre, facilita il rapporto. Le ricerche hanno evidenziato come, per poter uscire in maniera sana da questo evento stressante, le madri debbano passare attraverso quattro fasi. La madre deve: 1) rendersi conto che esiste la possibilità di perdere il bambino — l'elaborazione in anticipo di questo lutto produce un parziale ritiro dalla relazione con il bambino già stabilitasi durante la gravidanza; 2) riconoscere il fallimento personale a generare un bambino a termine; 3) più tardi, riprendere la sua relazione con il bambino nella prospettiva del ritorno a casa di questi dopo la prolungata ospedalizzazione; 4) prepararsi per potersi prendere cura del bambino e per poter comprendere i suoi particolari bisogni e ritmi di crescita. Si è visto che se la madre presenta reazioni di dolore e di lutto, nel momento in cui esiste il reale rischio di morte per il bambino, difficilmente sviluppa la crisi in seguito; invece, le madri che non presentano tali sentimenti sono quelle che poi manifestano gli scompensi più gravi in corrispondenza del ritorno a casa del bambino. È accertato che il comportamento delle famiglie, e in particolare del

coniuge, durante questo periodo è fondamentale nel determinarsi o meno della crisi della madre.

Il programma di intervento, rivolto ad ottenere una realistica percezione dell'evento stressante, un sostegno adeguato da parte dell'ambiente circostante, nonché l'utilizzazione sia degli usuali che di nuovi «fattori equilibranti», quale presupposto per il ristabilimento dell'equilibrio dopo stress, secondo Caplan si svolge in tre tempi: 1) alla madre viene fornita assistenza empatica come aiuto all'esplorazione dei suoi sentimenti. Le diverse informazioni intellettuali che vengono fornite durante i colloqui (soprattutto riguardanti le condizioni del bambino e le sue necessità) hanno la funzione di facilitare il collegamento tra l'evento reale stressante e i sintomi che la madre sperimenta. Vengono così favorite la consapevolezza, la verbalizzazione e l'elaborazione dei sentimenti di dolore, angoscia, vergogna e inadeguatezza, sentimenti che, se negati o massivi, ostacolano la realistica percezione di realtà; 2) i due genitori sono poi visti assieme. Il fine dei colloqui è quello di incrementare la loro intimità di rapporto e di ottenere il sostegno psicologico e la collaborazione concreta del padre nella cura del bambino. Se necessario, il padre viene visto anche separatamente; 3) un particolare sostegno viene dato ai genitori in funzione del mantenimento dei loro diversi interessi precedenti la nascita del bambino prematuro, sia nei confronti di altri figli che nelle loro usuali relazioni e attività sociali. Vengono quindi aiutati a programmare un aiuto alternativo nella cura del bambino, tramite la collaborazione di altri membri della famiglia o ricorrendo a *baby sitters* o ad altre istituzioni sociali.

Approccio individuale. È focalizzato sugli specifici bisogni del singolo individuo in crisi e sulla ricerca di una soluzione a quelle particolari situazioni che hanno precipitato la crisi. Rispetto alle «crisi di vita», ove l'approccio generico è lo strumento di elezione, la personalità del singolo individuo ha qui un ruolo di maggiore importanza così come più difficile è la individuazione dell'evento o degli eventi che hanno precipitato la crisi. Questo approccio, orientato a quell'unica situazione individuale, richiede una conoscenza approfondita della dinamica intrapsichica, per cui è condotto solo da *professionals*. In maniera circolare, così come le conoscenze derivanti dalle «crisi di vita» in individui normali hanno permesso successivamente l'applicazione dell'intervento di crisi alla patologia psichiatrica, le conoscenze più specifiche e particolari derivanti dall'approccio individuale arricchiscono via via di conoscenze più raffinate anche la psicologia

evolutiva e, quindi, l'approccio generico come elettivo strumento di prevenzione psichiatrica.

Strutturazione pratica dell'intervento di crisi

L'intervento di crisi si presenta come un quadro composito di intersezioni tra aspetti terapeutici di tipo medico-psichiatrico tradizionale, di tipo psicologico-psicoterapeutico e di ordine socio-assistenziale. Questo comporta: 1) la componente di *luoghi istituzionali specifici* strutturati rispetto alle esigenze degli interventi di crisi, integrati nella rete delle strutture psichiatriche; 2) la componente di diverse *professionalità formalizzate*, il cui ruolo viene esaltato e massimizzato dagli interventi di crisi; 3) le componenti *paraprofessionals* e le componenti delle *risorse ambientali e delle strutture sociali* in genere, che vengono valorizzate negli interventi di crisi e che trovano il loro snodo operativo e raccordo funzionale nell'équipe degli operatori quale strumento dell'intervento di crisi.

I servizi di emergenza psichiatrica sono, negli Stati Uniti ed in Inghilterra, aperti ventiquattro ore su ventiquattro, sono situati nei singoli quartieri di residenza e garantiscono, oltre al trattamento ambulatoriale, la possibilità di ospedalizzazione, sia totale che parziale, tramite *day-hospital*, *night-hospital*, *weekend-hospital*, servizi psichiatrici e sociali domiciliari. Sono dotati di servizi telefonici (*hot-line*) soprattutto per adolescenti, alcoolisti, pazienti suicidari. Sono inoltre attivi servizi di emergenza psichiatrica che lavorano in collaborazione con la polizia locale e le università, con esito positivo sull'evitamento di suicidi (Zealberg et al., 1992), e servizi di emergenza psichiatrica nelle strade per pazienti cronici che, non più istituzionalizzati, presentano bisogni e urgenze particolari (Cohen & Tsemberis, 1991).

Mentre a capo delle unità di intervento di crisi è posto uno psichiatra, per le necessità connesse all'uso degli psicofarmaci e per motivi medicolegali, in genere viene considerato fondamentale (Lieb et al., 1973) che questa figura apprezzi l'efficacia del personale non psichiatrico e riconosca la sua capacità di operare, autonomamente e in équipe, gli interventi di crisi. Negli anni '70 un numero elevato di *paraprofessionals* venne addestrato ad assumere la funzione di «consulente» e di «terapista». Si venne così a costituire un legame tra *professionals* di ceto medio e pazienti di basso ceto sociale, facilitando i rapporti tra l'équipe nella sua

globalità, il paziente (Collins, 1971) e la più ampia comunità sociale. I membri dell'équipe sono scelti in base alle loro capacità di soddisfare gli specifici bisogni di ciascun paziente in crisi. L'équipe è usualmente composta da operatori di diversa professionalità: psichiatri, psicologi, *nurse*, rappresentanti del clero, operatori sociali, di diversa estrazione sociale e di diversa età (sono presenti anche studenti per ogni professionalità). Ciò sembra facilitare al paziente l'impressione che vi sia chi è in grado di empatizzare con i suoi diversi bisogni e inoltre facilita la programmazione del piano di trattamento per i singoli pazienti. La *leadership* di ciascuna équipe dipende da chi ha l'abilità e l'esperienza più appropriata per aiutare il paziente a risolvere la sua crisi, senza tuttavia che questo privi il medico della responsabilità ultima sulla conduzione del caso (Aguilera & Messick, 1974). L'équipe di crisi è flessibile e può espandersi e contrarsi entro limiti piuttosto ampi, attraverso l'inclusione o meno, a seconda delle necessità del singolo paziente, di *paraprofessionals*, di volontari, delle risorse ambientali e di *non niental-bealtk professional*, delle strutture sociali (medici, giudici, avvocati, clero, insegnanti, operatori sociali ecc.).

Nell'intervento di crisi «le tecniche utilizzate sono varie e limitate solo dalla creatività e dalla flessibilità del terapeuta» (Aguilera & Messick, 1974). I pazienti possono essere visti contemporaneamente da più di un terapeuta, allo scopo di evitare la regressione e la dipendenza da una persona. Soprattutto per i pazienti ospedalizzati, più che per quelli ambulatoriali, numerose terapie sono contemporaneamente utilizzate nel corso del trattamento: terapie individuali, di gruppo, di coppia e familiare. Gli psicofarmaci sono liberamente usati. Nel tentativo di innalzare e mantenere l'autostima del paziente, questi viene chiamato a collaborare al proprio piano di trattamento, inclusa una eventuale continuazione del ricovero. Viene fatto un uso attivo e rilevante, da parte dell'équipe, di tutti i sistemi sociali che possono risultare vantaggiosi per il paziente: dalla famiglia agli amici, ai colleghi di lavoro, al prete, al medico privato, agli insegnanti, e a tutte le strutture ambientali, soprattutto quelle di auto-aiuto, con cui l'équipe crea e mantiene contatti. È molto importante per il paziente, così come per i suoi familiari ed amici, che il contratto di trattamento abbia una durata ben stabilita e limitata, in quanto questo rende più difficile l'identificazione della persona in crisi con il ruolo di paziente psichiatrico.

Le unità di intervento di crisi hanno un *turnover* di pazienti molto rapido. Non è raro che i pazienti siano dimessi lo stesso giorno del ricovero. I pazienti che

richiedono ricoveri prolungati sono inviati a cliniche private e pubblici ospedali. Le unità di crisi seguono ambulatorialmente i pazienti per circa un mese, quindi, se necessario, fanno capo alle diverse strutture pubbliche e private. Le unità di intervento di crisi effettuano episodiche, brevi ospedalizzazioni di pazienti cronici; questo rappresenta una valida alternativa rispetto all'istituzionalizzazione prolungata negli ospedali pubblici. Nella comunità questi pazienti frequentano di norma, con regolarità, i cosiddetti gruppi di «cura, sostegno e riabilitazione», ove non vengono utilizzate particolari psicoterapie, quanto il sostegno tramite «calore e rispetto» ed eventuale somministrazione di psicofarmaci. Questi gruppi sembrano risultare particolarmente utili ai fini della stabilizzazione dei pazienti cronici. L'intervento di crisi è utilizzabile per una gamma molto ampia di situazioni. La tendenza attuale presenta una notevole specializzazione tramite l'organizzazione di servizi specifici per il trattamento delle crisi evolutive, delle tossicodipendenze, dell'alcoolismo, dei tentativi di suicidio, degli stati psicotici acuti e dei connessi problemi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Sono previsti servizi specifici per situazioni particolari, come quelle dei malati in fase terminale.

L'affrontamento e l'elaborazione dello stretto legame vita-morte, costituisce il fulcro dell'intervento di crisi anche nelle persone affette da Aids e sieropositive (Ritchot & Sauriol, 1992; Hamel et al., 1992). Questo tipo di intervento, che richiede personale con specifiche capacità tecniche e umane, sembra permettere ai pazienti di utilizzare in maniera più adeguata i diversi servizi e supporti sociali previsti per le loro necessità. L'affrontamento della problematica della morte risulta pure indispensabile con i genitori dei bambini gravemente malati (Kruger, 1992) ed è fondamentale per il mantenimento della serenità dei bambini stessi. Nella stessa direzione si muovono gli interventi di crisi che, sistematicamente, vengono effettuati dopo un suicidio giovanile all'interno della scuola frequentata dall'adolescente, per aiutare genitori, insegnanti e studenti a verbalizzare ed elaborare la morte, in funzione di evitare ulteriori suicidi nella comunità (Dunne-Maxim et al., 1992). L'intervento di crisi trova una sua applicazione specifica nei casi di violenza sessuale sulla donna (Bowie et al., 1990), soprattutto quando questa sia stata compiuta da persone precedentemente conosciute e frequentate. Questi episodi tendono infatti, più di quelli messi in atto da sconosciuti, a suscitare sensi di colpa nella vittima, connessi a fantastiche responsabilità personali. Le manifestazioni depressive possono persistere anche a lunga distanza e si

accompagnano specificamente alla tendenza a non verbalizzare la violenza subita e, quindi, anche a non cercare l'aiuto specialistico.

Considerazioni storico-critiche e problema della formazione

La «teoria della crisi» ha costituito un momento unificante che ha reso possibile il raccordo di pratiche terapeutiche diversificate – spesso episodiche e legate alle circostanze – tramite una concezione più orientata alla personalità globale e, quindi, al significato della crisi, a prescindere dagli aspetti strettamente sintomatologici. Il concetto di crisi come periodo di transizione, il cui esito è influenzato in misura determinante da un adeguato sostegno nell'immediato ambiente sociale e che contiene in sé il pericolo di un'augmentata vulnerabilità così come l'opportunità di una crescita psicologica, ha inciso, sia pure in diversa maniera, in tutti i successivi interventi in campo di emergenza psichiatrica².

Nella recente letteratura è in corso una revisione critica, basata anche su dati statistici, dell'utilità ed efficacia del modello dell'intervento di crisi nella sua applicazione alla patologia psichiatrica, così come è stato messo in atto negli anni '70-'80, nel corso del processo di disistituzionalizzazione. Anche se compare il riconoscimento di un'applicazione non sempre sufficientemente ponderata e differenziata dall'intervento, il giudizio su questo modello appare nel complesso positivo (Kolitzus & Feuerlein 1989; Szmukler 1987; Merson et al., 1992; Pigott & Trott, 1993). L'intervento di crisi sembra permettere anche nella schizofrenia e nei disturbi gravi di personalità, risultati positivi più che il trattamento ospedaliero, risultando inoltre meno dispendioso economicamente (Bengelsdorf et al., 1993). La tesi che fondamentalmente viene ribadita è che anche i pazienti con le più gravi malattie psichiatriche presentano nella loro evoluzione «crisi» che si avvantaggiano di questa modalità di trattamento (Barrelet & Archinard, 1987). Il concetto di crisi implica una sfida alla personalità, data dall'alterarsi di una serie di circostanze esterne, per cui non sono a disposizione prontamente risorse

adattive. Al di là della psicopatologia di cui il paziente è portatore, se questa sfida non è adeguatamente superata, ne risultano risposte disadattive che, come debolezza specifica dell'individuo, tendono a ripetersi nelle successive sfide della vita, favorendo o aggravando l'emarginazione sociale. Aiutare quindi il paziente ad individuare le forze che sono in lui disponibili e a partecipare il più rapidamente possibile nel pianificare i passi necessari al superamento della crisi, diventa l'obiettivo primario (Kercher, 1991). In questo senso l'individuazione degli eventi che hanno precipitato la crisi è più importante della raffinatezza della diagnosi precoce. In medicina la diagnosi differenziale è fondamentale per poter mettere in atto il trattamento specifico per una determinata malattia e, quindi, la raffinatezza della diagnosi precoce è ciò che rende possibile il trattamento precoce del disturbo che sta insorgendo. Al contrario personalmente ritengo che ciò spesso non sia altrettanto valido in psichiatria. Durante un episodio di crisi, una diagnosi troppo precoce facilita l'assunzione precoce di una identità psichiatrica definita. La diagnosi può essere utilizzata dal paziente a scopo difensivo, come razionalizzazione per evitare le angosce intrapsichiche originate dalla necessità di mettere in atto, per superare la crisi, «modalità di comportamento che possono essere significativamente diverse dalle precedenti». Se l'immediato ambiente sociale, sia medico che familiare, collude con il paziente, la crisi si concretizza solo come «pericolo di aumentata vulnerabilità» e non come «opportunità di crescita psicologica». Ciò è particolarmente importante per la crisi adolescenziale, ove la «esteriorizzazione del conflitto» è una delle difese messe in atto abitualmente per evitare le angosce connesse ai conflitti evolutivi di fase; in tal caso la sospensione del giudizio sulla diagnosi da parte dello psichiatra è di fondamentale importanza per evitare una precoce chiusura della crisi stessa.

Questo non implica però la sottovalutazione della diagnosi stessa. In particolare, per gli adolescenti, considero di estrema importanza la prima valutazione in occasione della prima crisi. Non solo sono necessarie particolari capacità tecniche per garantire l'indispensabile accuratezza e profondità della valutazione, ma anche una particolare sensibilità del clinico nell'approccio all'adolescente, per facilitare le successive richieste di aiuto nel futuro. Si evidenzia quindi la necessità di una «valutazione» che si accompagni sin dall'inizio alla «progettualità terapeutica», al di là dell'urgenza e indispensabilità dell'intervento immediato a termine.

² Anche a livello di terapia familiare è stata teorizzata ed è ormai comunemente accettata l'opportunità di trattare le famiglie al momento della crisi, e al limite di provocare nelle famiglie la crisi, come momento terapeuticamente favorevole, come rottura di un equilibrio cristallizzato che preclude buoni e più maturi livelli di equilibrio. Interventi di prevenzione su «famiglie a rischio» sono regolarmente attuati, soprattutto nelle zone urbane socialmente disgregate, e sempre con utilizzo di figure professionali diverse e di tutte le risorse ambientali.

Nella letteratura recente gli appunti più critici si riferiscono all'applicazione dell'intervento di crisi ai pazienti suicidari. Da alcuni studi statistici (Muhlebach et al., 1993) sembra risultare che il rischio di suicidio sia stato sottostimato nei pazienti con malattie psichiatriche, per cui questo rischio dovrebbe essere meglio investigato in futuro. Alcuni appunti critici (Pulakos, 1993) al modello dell'intervento di crisi sono più radicali: il suicidio non è prevedibile, i sentimenti suicidati non sono acuti bensì cronici, quindi alla modalità direttiva e attiva dell'intervento di crisi sarebbe preferibile il classico intervento psicoterapeutico continuativo. La necessità o l'utilità di una psicoterapia di breve durata, dopo un intervento di crisi, è comunque sostenuta da diversi autori al di là della diagnosi psichiatrica o del tipo di crisi. Viene segnalato (Nichols, 1989) come ogni crisi riconfermi le fantasie inconscie e il senso di colpa del paziente e la necessità quindi di elaborare, in una breve psicoterapia, queste problematiche. La maggior apertura e disponibilità al cambiamento, considerate caratteristiche della persona in crisi, faciliterebbe i risultati positivi al fine di iniziare un avvio al cambiamento di personalità. Secondo altri autori (Dazord et al., 1992), l'intervento di crisi stesso può già, invece, essere considerato analogo agli inizi di una psicoterapia che si snodi su un più lungo periodo.

Un punto centrale e comunque unificante della cultura psichiatrica della crisi è l'elevata professionalità specifica necessaria per evitare la dispersione nella miriade di esperienze d'intervento. In molte nazioni, i programmi di igiene mentale hanno puntato particolarmente sull'investimento nella formazione del personale, non solo per quanto riguarda la professionalità e le tecnologie specifiche delle singole categorie di operatori, ma anche favorendo l'uso di tecniche per la trasmissione di cultura da una categoria di operatori ad un'altra e verso le componenti paraprofessionali. La psicoterapia è un esempio significativo della possibilità di aumentare l'utilizzazione delle componenti psicologiche del rapporto interpersonale e, quindi, anche della possibilità, con tecniche di tirocinio adeguato, di aumentare le capacità di risposta psicoterapeutica in tutti i membri di un'équipe.

Un intervento di crisi

L'esempio di intervento di crisi qui esposto è tratto dall'esperienza del Servizio di igiene mentale e assistenza psichiatrica³ di Scandiano, nella provincia di Reggio Emilia, dove la tradizione di assistenza sul territorio risale alla seconda metà degli anni '60. Il caso è caratterizzato dalla presenza di diverse componenti di un intervento di crisi: équipe pluriprofessionale, uso di risorse del territorio (medico di base); rapporto tra più servizi ed uso della struttura di ricovero; intervento sulla famiglia; intervento psicoterapeutico; esito nello stabilire un punto di riferimento sia in caso di ulteriori crisi che per un'eventuale elaborazione a lungo termine della crisi e del suo significato nella dinamica intrapsichica del paziente.

R.T., una paziente affetta da psicosi maniaco-depressiva, più volte ricoverata in ospedale psichiatrico nei primi anni '70 e da più di dieci anni seguita ambulatorialmente presso il nostro servizio con una stabilizzazione del comportamento compatibile con la vita sociale, durante uno degli abituali colloqui racconta della sua preoccupazione per il figlio I. di 22 anni, che descrive come un «drogato» prepotente ed aggressivo nei suoi confronti. La paziente si mostra confusa, incerta sui comportamenti da adottare, bisognosa di un sostegno nell'affrontare la problematica situazione che sta vivendo. Nei mesi successivi R.T. informa che il figlio è stato ricoverato nel locale Ospedale civile per un'epatite. In seguito, dopo la morte del nonno materno, è stato licenziato per scarso

³ Descrizione del Servizio e presentazione del caso (a cura di Giuliana Barelli, psichiatra, e Ruggiero Lamantea, psicologo). Il servizio psichiatrico (Simap) della Ussl n. 12 della Regione Emilia-Romagna serve una popolazione di circa 60.000 abitanti. L'organico è composto da 4 psichiatri, 2 psicologi, 6 infermieri. Per scelta degli operatori manca la figura dell'assistente sociale in quanto viene ritenuto più opportuno che i pazienti usufruiscano, per qualsiasi richiesta (sussidi, casa, lavoro) dei servizi sociali esistenti nel territorio con i quali l'équipe del Simap è in rapporto. Ciò evita l'estraneamento dell'assistito dal territorio. La segreteria del servizio psichiatrico ha il compito di raccogliere le prime richieste, di essere un punto di riferimento per le informazioni e di raccogliere tutti i dati inerenti l'attività del servizio. Il lavoro viene programmato e coordinato tramite riunioni di équipe settimanali. Le modalità di svolgimento sono: *a*) ambulatoriale: è quella prevalente. La frequenza degli appuntamenti varia a seconda del programma terapeutico individuato per ciascun paziente; *b*) domiciliare: viene svolta soprattutto dagli infermieri. Anche per le visite domiciliari la programmazione della frequenza è in riferimento al singolo paziente; *c*) ricovero: il servizio ha un proprio centro per la crisi e un day-hospital. Per i ricoveri può usufruire di un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale civile e di case di cura private convenzionate. In ogni caso viene garantita la continuità terapeutica, sia per i ricoveri volontari, che per quelli obbligatori di cui il servizio si fa totale carico. L'équipe del servizio psichiatrico, qualora lo reputi opportuno, si avvale della collaborazione di operatori degli altri servizi esistenti nella Ussl (medicina di base, servizio sociale, servizio materno infantile).

rendimento e la situazione è poi precipitata al punto che il giovane si è rinchiuso in casa, immobile per ore, fisso nella continua lettura di un dizionario (comprato per l'occasione), per imparare, a suo dire, nuovamente a parlare; se viene ripreso per questi atteggiamenti diventa minaccioso, giungendo a volte perfino a picchiare la madre. R. aveva già sollecitato il figlio a rivolgersi alla sua stessa psichiatra. Il figlio aveva opposto un netto rifiuto affermando di non voler essere curato e tanto meno rivolgersi allo stesso servizio presso il quale era in cura la madre.

La psichiatra e le due infermiere che si occupano abitualmente di R. hanno l'impressione che le preoccupazioni da lei espresse sul figlio corrispondano ad un grave disagio psichico del ragazzo; decidono quindi di discutere in équipe il caso, al fine di programmare la modalità dell'intervento. Attraverso la madre il ragazzo è naturalmente già noto all'équipe. Egli vive con la madre, che da dieci anni è separata dal marito, in un appartamento attiguo a quello dei nonni materni. Il padre, dopo la separazione, si è molto allontanato dal ragazzo; i due ora si vedono solo saltuariamente. Al fine di proteggere almeno parzialmente il ragazzo dalla patologia materna, nel passato gli operatori e soprattutto le due infermiere sono più volte intervenuti nella sua educazione, tramite consigli pedagogici ed anche proibizioni dirette alla madre. La madre tendeva infatti a coinvolgere il figlio nel suo delirio a sfondo sessuale⁴.

Nell'attuale occasione l'équipe considera inopportuno un immediato intervento domiciliare diretto tramite il servizio. Tenuto conto dell'ostilità espressa dal ragazzo nei confronti del servizio, di quanto grande debba essere la paura di essere «matto come la mamma» e del fatto che il ragazzo ha invece un buon rapporto con il medico di base, l'équipe decide di chiedere la collaborazione di quest'ultimo al fine di valutare meglio la situazione. Viene anche deciso che, mentre la psichiatra che ha ricevuto la prima richiesta assumerà il coordinamento delle diverse fasi dell'intervento, uno psicologo del servizio assumerà successivamente, appena possibile, il ruolo di terapeuta del ragazzo. La scelta della figura professionale dello psicologo viene dall'équipe considerata adeguata, perché i giovani

tendono abitualmente a giudicare lo «psicologo» meno pericoloso dello psichiatra, in quanto meno immediatamente collegato alla malattia mentale.

Lo psicologo è considerato una specie di «esperto di problemi psichici», qualcosa di più che un confidente coetaneo. Anche il sesso maschile, che differenzia ulteriormente lo psicologo dalla psichiatra della mamma e lo avvicina di più al medico di base ed al nonno, viene considerato un fattore positivo. Fra l'altro, l'équipe pone l'ipotesi che l'evento che ha precipitato la crisi del ragazzo possa essere stato proprio la morte del nonno. Viene anche deciso di coinvolgere il padre nell'intervento, al fine di poter disporre anche del suo sostegno per il superamento della crisi. Il piano di intervento viene così attuato:

- 1) presa di contatto da parte della psichiatra che coordina l'intervento con il medico di base, che conferma le paure della madre. Anche il medico lo considera «drogato». Come già deciso in équipe, la psichiatra consiglia al medico di base di convincere il ragazzo ad un ricovero volontario presso il Servizio entro di diagnosi e cura, come luogo più idoneo per affrontare la crisi;
- 2) il ragazzo accetta il ricovero al Servizio di diagnosi e cura;
- 3) presa di contatto da parte della psichiatra che coordina l'intervento con lo psichiatra responsabile del reparto, con richiesta di comunicare al giovane che uno psicologo del servizio si recherà ad incontrarlo in reparto;
- 4) primo incontro con lo psicologo in ospedale. Il giovane è confuso e perplesso. Dichiara di non sapere per quale motivo abbia accettato di farsi ricoverare. Non chiede aiuto e afferma di stare bene. Sembra affascinato dalla costruzione di giochi di parole, usando i termini appresi dallo studio sistematico del dizionario. Accetta un nuovo incontro «solo perché lo psicologo rappresenta un legame con l'ambiente esterno»;
- 5) rapporti fra l'équipe e lo psichiatra del Servizio diagnosi e cura. Durante la degenza in ospedale si accerta che l'esperienza con l'eroina è stata saltuaria, è durata alcuni mesi ed è stata interrotta spontaneamente. La diagnosi posta con il DSM-III è di «Disturbo schizofrenico indifferenziato». Si concorda un ricovero breve, considerando che la crisi del ragazzo, al di là della psicopatologia di base, possa

⁴ In corrispondenza dell'inizio dell'attività lavorativa di I. (16 anni), la madre aveva riferito di difficoltà con il figlio. La psichiatra aveva in quell'occasione interpretato i comportamenti di I. come tesi a richiedere una maggiore autonomia, attraverso modalità di ribellione tipicamente adolescenziali. Un adeguato sostegno ed un aiuto alla madre per comprendere le problematiche ed i comportamenti del ragazzo sono stati allora sufficienti a superare il momento di crisi.

essere più facilmente superabile nel suo abituale ambiente di vita. Lo psicologo vedrà ancora una volta il ragazzo in reparto prima della dimissione. Per il momento, non vengono dati farmaci;

- 6) secondo incontro con lo psicologo. I. è in attesa dello psicologo, ma all'inizio del colloquio comunica che «non può dare alcuna informazione su di sé, altrimenti lo psicologo sarebbe più forte di lui». Tenendo conto di questa comunicazione, il colloquio viene orientato sulla valutazione della permanenza in reparto. Il desiderio di essere dimesso viene utilizzato per proporre il successivo incontro presso il servizio. I. rifiuta perché «non vuole andare nel luogo di cura frequentato da sua madre» e perché «desidera incontrare qualche bella ragazza, piuttosto che uno psicologo». Lo psicologo allora si dichiara d'accordo con il desiderio del giovane e propone un eventuale incontro presso il servizio per valutare questo problema. Il giovane resta colpito dalla proposta e, sia pure esitando, accetta. Il ragazzo viene dimesso dopo una settimana di ricovero;
- 7) incontri con lo psicologo in ambulatorio. All'appuntamento stabilito I. non si presenta. Si presenta invece la settimana successiva nello stesso giorno ed orario dell'incontro saltato. Il ragazzo appare inizialmente diffidente. Il colloquio è comunque possibile. I. parla della sua breve esperienza con l'eroina, del ricovero in ospedale per epatite, della morte del nonno materno («Gli volevo bene, spesso mi picchiava ed io picchiavo lui...»), del servizio militare nel corpo dei paracadutisti quando stava bene. Vengono fissati altri incontri;
- 8) sintesi dei successivi incontri ed evoluzione del caso. Il trattamento psicoterapeutico è proseguito 4 mesi regolarmente con incontri settimanali di un'ora. Tramite il sostegno fornito dallo psicologo è stato possibile, nel corso delle sedute, stabilire un collegamento – logico e temporale – tra le assenze ed i ritardi sul lavoro, causa del licenziamento di I., le angosce del ragazzo e la morte del nonno. Ciò ha aiutato I. a riconoscere ed a verbalizzare i suoi ambivalenti sentimenti nei confronti del nonno. Poco alla volta, aiutato dallo psicologo, ha cominciato a fare progetti, via via più realistici, per il suo futuro, per il lavoro ed anche per il suo desiderio di avere una ragazza. I. ha parlato delle sue paure, della sua scarsa fiducia nei

confronti delle ragazze. In seguito, grazie anche all'aiuto del padre, e dopo qualche colloquio avuto con lo psicologo, ha trovato un lavoro e ha gradualmente ripreso i rapporti con gli amici.

Egli stesso ha chiesto di porre fine agli incontri, progettando eventuali altri colloqui nel caso ne sentisse la necessità «per la testa confusa o idee strane che potrebbero ritornarmi». La decisione è stata accettata perché la situazione di crisi poteva considerarsi superata ed era stata fissata la possibilità di un riferimento diretto al servizio tramite la figura del terapeuta, in caso di nuovi episodi di scompenso. Tutt'ora, a sei mesi dall'interruzione del trattamento psicoterapeutico, il ragazzo sembra stare bene, in casa è tranquillo, lavora regolarmente e continua a frequentare i suoi amici.

Metodologia dell'intervento di crisi e terapia analitica. Considerazioni teorico-critiche

La teoria della crisi nasce dall'osservazione e dal trattamento di soggetti sani che gravi eventi di vita hanno disturbato nel loro equilibrio psichico. La metodologia dell'intervento di crisi è quindi rivolta alla individuazione, nella realtà esterna attuale, degli eventi precipitanti, enfatizzando e privilegiando l'attività del paziente. Il fine è di recuperare, anche tramite un adeguato supporto sociale, il funzionamento del paziente e poterlo quindi reinserire, il più rapidamente possibile, nell'abituale situazione sociale di studio o di lavoro. L'intervento di crisi applicato poi a ogni tipo di patologia psichiatrica, ai fini di evitare i danni da istituzionalizzazione, è sempre comunque volto, al di là della psicopatologia di cui il singolo paziente è portatore, ad evitare risposte disadattive che tenderebbero a ripetersi nelle successive sfide della vita, favorendo od aggravando l'emarginazione sociale. Quindi pur non negando l'importanza dell'organizzazione intrapsichica individuale, la metodologia dell'intervento di crisi enfatizza: la realtà extrapsichica, l'ambiente sociale e quindi anche l'équipe pluriprofessionale, l'attività, il funzionamento, l'adattamento ed il ruolo sociale. A mio parere la teoria psicoanalitica, in particolare la psicologia dell'Io, fornisce elementi per una comprensione della modalità di azione, validità e limiti di questa metodologia d'intervento. Questa comprensione facilita la possibilità di mantenere una continuità e coerenza

metodologica nell'intervento psicoterapeutico successivo o parallelo all'intervento di crisi. Nella teoria psicoanalitica, a partire dal 1925 con *Inibizione, sintomo e angoscia*, contrariamente alla fase precedente in cui aveva solo un ruolo marginale rispetto alle pulsioni, la realtà acquisisce un ruolo fondamentale come determinante del comportamento. Ora realtà e pulsioni sembrano avere un'importanza più o meno uguale, anzi la difesa dalle pulsioni è data solo dal fatto che se si agisse in conformità ad esse, ciò porterebbe ad una nuova situazione realmente pericolosa. L'oggetto d'amore come unica protezione dai pericoli reali acquisisce quindi per il bambino un'importanza estremamente accresciuta. La realtà extrapsichica e cioè riconosciuta non solo in opposizione ai desideri dell'inconscio, ma anche come qualcosa che ha un ruolo importante nella stabilità dell'apparato psichico. In assoluto infatti l'ambiente sociale, fornendo all'individuo in sviluppo gli oggetti per le proprie pulsioni, favorisce nella relazione oggettuale la formazione di strutture che determinano non solo la sua patologia, ma anche il suo comportamento in generale. Da qui il riconoscimento dell'importanza dei rapporti interpersonali psicosociali come determinanti del comportamento, lungo tutto l'arco della vita.

Hartmann mostra, con il concetto di «condiscendenza sociale», come le istituzioni forniscano, modellino ed incoraggino gli strumenti di adattamento innati e acquisiti dell'individuo in sviluppo e il loro successivo mantenimento. Erikson sottolinea come l'ambiente sociale sia necessario e incoraggi, scelga i modi di sviluppo del comportamento e come non sia solo un'istanza che proibisce; come a sua volta l'individuo solleciti dal sociale l'aiuto di cui ha bisogno, evidenziando i nessi importanti esistenti tra acquisizione e mantenimento dell'identità e ruolo sociale. Questa concezione di una esperienza non solo conflittuale ma primariamente adattiva tra individuo e ambiente, giustifica l'enorme importanza che viene data all'interno della metodologia dell'intervento di crisi, alla realtà esterna e all'ambiente sociale nel senso più ampio. La realtà extrapsichica nella teoria della crisi è infatti sia l'elemento le cui variazioni possono precipitare la crisi, sia l'elemento stabilizzante l'equilibrio psichico in cui quindi il paziente deve essere reinserito il più rapidamente possibile, tramite l'appoggio e l'incoraggiamento dell'équipe pluriprofessionale e delle figure chiave del suo ambiente sociale. Hartmann, in *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*, mostra come i meccanismi di autonomia primaria (memoria, percezione, motricità) che non originano dal conflitto in quanto costituzionali, siano le prime garanzie dell'adattabilità

dell'individuo al suo ambiente. Alla stessa maniera i meccanismi di autonomia secondaria, pur originando dal conflitto (controlli, difese, sensi di colpa, etc.), possono nel corso della vita subire un cambiamento di funzione divenendo meccanismi al servizio dell'adattamento e contemporaneamente assumendo un valore motivazionale importante per la persona, in quanto rappresentanti dei suoi valori morali e aspirazioni ideali. Questi stessi meccanismi quindi che garantiscono l'adattabilità dell'individuo al suo ambiente sociale, garantiscono anche una relativa autonomia dell'Io dalle pulsioni, controllandole, regolandole e incanalandole nella loro gratificazione.

Piaget ha mostrato come le strutture dell'intelligenza abbiano bisogno di stimoli forniti dall'ambiente per svilupparsi e persistere; alla stessa maniera queste strutture di autonomia primaria e secondaria (che comprendono anche valori, ideologia, identità e ruolo) necessitano di un ambiente che le sostenga per l'evitamento della regressione. Anche nei pazienti più gravi le strutture di autonomia, una volta costitutesi, possono cadere in disuso, risultare inutilizzabili per il paziente ma nonostante questo persistere. Saper cogliere e valorizzare quello che può funzionare anche se è in disuso, è molto più importante, anche se più difficile, che cogliere quello che non va in un paziente. L'intervento di crisi, che stimola ed enfatizza l'attività ed il recupero delle funzioni dell'Io, valorizza appunto le strutture nei loro risvolti adattivi e motivazionali, fornendo sostegno alle funzioni dell'Io e ai meccanismi di autonomia, per evitare che siano distrutti da una più profonda regressione. Il limite dell'intervento di crisi è quello di non considerare, di non mostrare interesse per le resistenze così come si mostrano nella relazione, cioè per il risvolto difensivo dei comportamenti del paziente. L'attenzione è volutamente rivolta all'extrapsichico, alla realtà esterna e non all'intrapsichico, al conflitto. L'esteriorizzazione del conflitto messa in atto dal paziente, è accettata totalmente dai terapeuti nella ricerca delle cause precipitanti la crisi nella realtà esterna. Nell'intervento di crisi si può allora determinare una sovrastimolazione del paziente attraverso i meccanismi della suggestione. L'apparente adattamento conseguito può allora coincidere con un adeguamento passivo al sociale. L'apparente attività può corrispondere intrapsichicamente a una passività dell'Io nei confronti sia della realtà esterna che delle pulsioni. Rapaport ha proposto l'attività e la passività come parametri dell'autonomia relativa dell'Io dall'Es e dalla realtà esterna (1953). Lo stato di passività dell'Io nella crisi, evidenziato o provocato da avvenimenti della realtà esterna inaffrontabili, si manifesta come

impotenza nei confronti del proprio Es e quindi come difficoltà al controllo e modulazione di affetti, pensieri ed azioni. Scopo dell'intervento di crisi è il recupero del funzionamento e dell'adattamento alla realtà esterna e non la ristrutturazione della personalità. Scopo della psicoterapia è evidenziare ed elaborare, nella «realtà attuale» della relazione, quei conflitti intrapsichici responsabili della fragilità dell'Io rispetto alle richieste della «realtà esterna» e quindi anche rispetto alle suggestioni del terapeuta come «nuovo oggetto». Ciò nella direzione di una maggior autonomia di funzionamento e di adattamento, attraverso una ristrutturazione sia pur parziale, della personalità. Nell'intervento di crisi, oltre che inevitabile, l'utilizzo della suggestione è giustificato e coerente con gli scopi immediati che si vogliono ottenere: la rapida ripresa del funzionamento e l'evitamento del disadattamento e della emarginazione sociale, o per lo meno dell'ulteriore aggravamento degli stessi.

In *Dinamica della traslazione*, Freud 1912 afferma: «Siamo pronti ad ammettere che i risultati della psicoanalisi si fondano sulla suggestione, ma per suggestione bisogna intendere, con Ferenczi, l'influenza esercitata su una persona attraverso i fenomeni di transfert possibili nel suo caso». Compito della psicoterapia successiva è allora «...indurre il malato a svolgere un lavoro psichico, il superamento delle resistenze di transfert» (Freud, 1924). In *Dinamica della traslazione* Freud sostiene che, in quanto resistenze, debbano essere distolti dalla persona del medico il transfert negativo nel suo complesso ed il transfert positivo di impulsi erotici rimossi. Il transfert positivo irreprensibile costituito da sentimenti amichevoli e affettuosi consci, in quanto non resistenza, è per Freud il portatore del successo del trattamento e deve essere salvaguardato dal terapeuta. Un'analoga scomposizione non viene invece da Freud eseguita per il transfert negativo; Freud non contrappone, all'irreprensibile transfert positivo, un irreprensibile transfert negativo. Alla luce delle successive elaborazioni, a partire da Freud, sulle vicissitudini dell'aggressività, della teoria strutturale e dal punto di vista delle relazioni oggettuali, personalmente ritengo (Guidi, 1993) che ciò possa portare ad una sottovalutazione sia dell'importanza dell'assertività aggressiva del paziente nel favorire il processo psicoanalitico, che della possibile funzione positiva dell'aggressività nella relazione con il terapeuta come nuova esperienza evolutiva con un «nuovo oggetto» per la formazione di nuove strutture. A mio parere deve essere distinta, valorizzata e salvaguardata dalla restante parte del transfert negativo distruttiva per il processo psicoanalitico, in quanto resistenza, quella parte irreprensibile, che

si manifesta come sentimenti aggressivi consci e verbalizzabili anche in opposizione al terapeuta, alle sue regole, idiosincrasie, eventuali errori, rigidità, come portatrice di incentivi al rispetto di sé e dei propri obiettivi. Viene così facilitata la distinzione tra l'obbedienza alla regola fondamentale, che è segno di attività dell'Io, e la regressiva incapacità all'opposizione assertiva del paziente che sembra associare liberamente. Ciò risulta particolarmente importante nella psicoterapia successiva ad un intervento di crisi, ai fini di poter precocemente cogliere ed evidenziare al paziente uno stato di passività dell'Io che permanga al di là dell'immediato successo terapeutico comportamentale, ai fini di un lavoro collaborativo che non sia solo suggestione. L'analisi del transfert, come contrapposta e parallela alla direttività dell'intervento di crisi, diventa allora la possibilità per il paziente di elaborare gli elementi suggestivi e una nuova possibilità evolutiva ai fini di una ristrutturazione almeno parziale della personalità. La susseguente maggior autonomia e assertività del paziente evidenziata dalla «realtà attuale» della relazione nei confronti del terapeuta come «nuovo oggetto» si evidenzierà parallelamente anche nella «realtà esterna» nei confronti del suo più ampio ambiente sociale.

Personalmente ritengo che dopo una crisi, nell'intervento psicoterapeutico, si debba tenere sempre presente il rischio che l'intervento psicoterapeutico stesso possa portare ad un incremento della suggestionabilità del paziente, e quindi della sua difficoltà a controllare affetti, pensieri ed azioni con incremento di agiti impulsivi, cioè ad una ulteriore regressione. Nella mia esperienza ciò accade soprattutto in quei casi in cui il trattamento psicoterapeutico inizia a tempo illimitato e indefinito, senza un termine concordato e prestabilito tra i due membri della relazione. In contraddizione con la metodologia dell'intervento di crisi, il paziente non viene quindi fin dall'inizio considerato e stimolato dal terapeuta ad essere un partecipante attivo nella costruzione e realizzazione del suo progetto psicoterapeutico. Ciò in opposizione anche con quanto gli studi di psicoanalisi evolutiva, in particolare di Spitz, Mahler, Erikson, hanno mostrato necessario per lo sviluppo e la valorizzazione dell'autonomia dell'individuo. Se il terapeuta sottovaluta come segno di passività dell'Io e quindi di fragilità sia la condiscendente ubbidienza del paziente che la presenza di agiti intra ed extratransferali, le verbalizzazioni del paziente possono essere considerate libere associazioni invece che manifestazioni regressive e il terapeuta può rispondere con il «silenzio neutrale» o con interpretazioni troppo profonde. Ciò è in contraddizione sia con la metodologia dell'intervento di crisi ove il terapeuta è partecipante attivo nell'analisi della

«realità esterna attuale» sia con quanto affermato da Freud in *Analisi terminabile e interminabile* (1937): «negli stati di crisi l'analisi è praticamente inutilizzabile. Tutto l'interesse dell'Io è infatti assorbito dalla "realità dolorosa" e si rifiuta nell'analisi che tende a spingersi al di là di questa "realità superficiale" a scoprire gli influssi del passato». Al contrario la metodologia dell'analisi del transfert (Gill, 1982) nell'*hic et nunc* indicata anche per i pazienti più gravi, ove il terapeuta interagisce e analizza con il paziente la «realità dell'interazione attuale», facilita a mio parere l'evidenziazione degli agiti e della passiva suggestionabilità nei confronti del nuovo oggetto come parte dell'attuale «realità dolorosa e superficiale» del paziente. E quindi anche facilitato il chiarimento dei significati di resistenza di agiti e suggestionabilità nell'interazione, a partire dalla «realità attuale» dei comportamenti e interventi del terapeuta.

Un altro rischio, connesso alla sottovalutazione della condiscendente ubbidienza e della presenza di agiti, è che il terapeuta continui, attraverso una psicoterapia «empatica» e prolungata, le modalità direttive del breve intervento di crisi, invece di iniziare ad analizzare nell'interazione l'effetto dei suoi interventi cercando di rendere esplicite le manifestazioni regressive del paziente che possa prenderne coscienza. Nel rapporto psicoterapeutico prolungato, senza analisi del transfert, l'effetto suggestivo del terapeuta come «nuovo oggetto» sul paziente diventa allora molto più intenso e regressivante che non nell'intervento di crisi, di per sé breve e strutturato in maniera da evitare la dipendenza da un singolo operatore, tramite l'utilizzo dei diversi membri dell'équipe multiprofessionale. Già Eissler nel 1953 aveva messo in guardia dalla «possibilità per l'Io di sostituire l'obbedienza ad un mutamento strutturale [...] un paziente preferisce spesso esibire comportamenti adattivi invece di un cambiamento strutturale». Dati gli iniziali apparenti miglioramenti del paziente, l'aumento della suggestionabilità come regressione iatrogena che sostituisce la ristrutturazione della personalità, può passare inosservata al terapeuta. In alcuni casi si può avere un impoverimento globale della personalità con adeguamento e sottomissione all'ambiente sociale invece di un adattamento che, secondo Hartmann (1939), deve contenere in sé sia la capacità di incidere attivamente sull'ambiente sociale modificandolo, che la capacità di rifiutare l'usuale ambiente di vita e lavoro, per cercare e trovare un ambiente sociale più adeguato alle proprie capacità e alla propria personalità. Mentre i danni, in questo caso, almeno in parte sono assimilabili a quelli dell'istituzionalizzazione prolungata, questo impoverimento globale della personalità,

così come un improvviso e innegabile peggioramento del paziente, vengono abitualmente messi in conto solo alla patologia psichiatrica. Soprattutto nella grave patologia e negli adolescenti, infatti, all'iniziale miglioramento accompagnato da condiscendente ubbidienza e sottomissione al terapeuta, possono seguire episodi di crisi ravvicinati, con gravi agiti auto ed eteroaggressivi così come gravi regressioni narcisistiche.

Nella relazione terapeutica, il comportamento assertivo del paziente nei confronti del nuovo oggetto d'amore, può risvegliare angosce connesse ad inconsci desideri e fantasie distruttive infantili (Guidi, 1993). Queste angosce possono essere evitate tramite atteggiamenti di passivo adeguamento al ruolo di «buon paziente che ubbidisce alle regole». Mentre questo adeguamento favorisce i risultati immediatamente positivi dell'intervento di crisi, personalmente ritengo che nella psicoterapia successiva all'intervento di crisi, l'ubbidiente condiscendenza non debba dal terapeuta essere considerata realistica. Essa deve essere notata dal terapeuta come un atteggiamento regressivo. Il terapeuta deve quindi empaticamente ma il più precocemente possibile farla notare al paziente e indagarne con lui origini e significati, altrimenti verrebbe confermata come positiva al paziente anche la rinuncia alla sua assertività e l'evitamento delle angosce ad essa connesse. Si verrebbe in questa maniera a determinare nel paziente un'ulteriore regressione, invece che la presa di coscienza di un atteggiamento regressivo. L'incremento della carenza di assertività si accompagna, quindi, ad una accentuazione della tendenza agli agiti aggressivi come manifestazione evidente della maggior difficoltà dell'Io alla modulazione di affetti, pensieri ed azioni. Gli inconsci desideri e fantasie distruttivi infantili verrebbero così riconfermati nella «realità» della relazione attuale con il «nuovo oggetto» invece che analizzati ed elaborati. Nella relazione è quindi necessario che il terapeuta, empaticamente ma ripetutamente, evidenzii al paziente questa carenza della sua assertività soprattutto e contemporaneamente aiutandolo nel contenimento, confronto, analisi dei suoi agiti/carenza di assertività. Focalizzare l'attenzione del paziente sulle sue reazioni a partire dal contributo fornito dagli atteggiamenti del terapeuta, permette la valorizzazione delle funzioni critico-intellettive del paziente nell'analisi della «realità attuale della relazione». Ciò è coerente con la metodologia dell'intervento di crisi ove queste funzioni sono state valorizzate nell'analisi della «realità esterna attuale», che ha precipitato la crisi, e che deve essere riaffrontata con nuove, più adattive modalità. Nella relazione psicoterapeutica l'utilizzo delle funzioni critico-intellettive

facilita la possibilità di iniziare una cauta ma attenta, precisa e precoce analisi del transfert, nell'*hic et nunc* dell'interazione, anche per i pazienti più gravi.

Nella mia esperienza l'utilizzo delle funzioni critico-intellettive permette al paziente di prendere progressivamente coscienza e di verbalizzare quali angosce o altri sentimenti dolorosi o «negativi» eviti con l'ubbidiente sottomissione al terapeuta. In particolare il terapeuta può aiutare il paziente a notare e verbalizzare nessi e rapporti tra carenza di assertività, evitamento di sentimenti spiacevoli e comparsa di agiti impulsivi. Ciò facilita la possibilità di contenere, controllare, elaborare gli agiti nella direzione soprattutto di evitare quelli più distruttivi. Focalizzare l'attenzione del paziente sull'attuale «realtà dell'interazione, sui comportamenti propri e del terapeuta», favorisce il confronto con l'abituale suo comportamento nella «realtà esterna con altre persone significative», arricchendo di significati, anche emotivamente nuovi, la comprensione della globalità del suo comportamento anche nelle sue origini anamnestiche. Viene così facilitata al paziente la ricostruzione della sua personale storia di vita. Il non ricorso ad interpretazioni genetico-ricostruttive delle vicende infantili, che rischiano sempre di essere passivizzanti in pazienti poco assertivi, e troppo profonde, troppo lontane dalla loro «realtà dolorosa» (Freud, 1937) e dalla loro «realtà superficiale» (Freud, 1937), è coerente con la metodologia dell'intervento di crisi. Comportamenti più assertivi, più coerenti coi personali giudizi e valori connessi alla nuova possibilità di affrontamento di angosce e inibizioni infantili nella nuova relazione oggettuale, portano ad *insight* che favoriscono l'ulteriore analisi del transfert. Si manifesta, quindi, come esito della parziale ristrutturazione della personalità, una flessibilità nuova di pensiero e azione con una corrispondente più ricca e modulata affettività.

A mio parere, compito della psicoterapia successiva all'intervento di crisi è quindi quello di permettere al paziente di riprendere il suo sviluppo evolutivo a partire da quello stato di passività come manifestazione regressiva che la crisi ha evidenziato, attraverso l'acquisizione o il recupero di una maggiore assertività. Lo psicoterapeuta ai fini di favorire l'autonomia del paziente deve porsi limiti di tempo concordati e prefissati con il paziente, nel rispetto della sua disponibilità e nella direzione di una sua possibile assertività. Valorizzare i comportamenti del paziente da un punto di vista adattivo e motivazionale, non esclude la possibilità contemporanea di poter mostrare al paziente i risvolti difensivi di questi suoi comportamenti, così come essi si manifestano nel transfert in funzione di

resistenza. Ciò sia nel lavoro psicoterapeutico effettivo che come progetto per un futuro, ulteriore eventuale lavoro, al termine del tempo concordato. Il terapeuta come tecnico può e deve mostrare il lavoro che ancora potrebbe essere fatto, riconoscendo però sempre i risultati ottenuti anche se limitati. La disponibilità del terapeuta all'interruzione del lavoro, così come alla ripresa dello stesso in un tempo successivo, qualora il paziente lo decidesse, può aiutare il paziente a effettuare successivamente un lavoro più approfondito. Gill (1984) ha scritto: «l'ipotesi che per l'analisi sia necessaria una regressione è collegata con un'altra ipotesi... riguardante il processo psicoanalitico; ...si tratta dell'idea che l'analisi sia una specie di processo "tutto o niente" che produce i suoi effetti solo se portata a termine. [...] L'analisi... può essere un processo con benefici che si accumulano progressivamente, che può essere interrotta in vari momenti, senza che necessariamente si perda ciò che è stato raggiunto».

BIBLIOGRAFIA

- AGUILERA, D.C., MESSICK, J.M. (1974). *Crisis intervention. Theory and methodology*. Saint Louis: Mosby.
- BARRELET, L., ARCHINARD, M. (1987), Model of crisis intervention: theoretical actuality and clinical usefulness. *Schweiz-Arch-Neurol-Psychiatr.*, 138 (31. pp. 35-48.
- BENGELSDORF, IL, CHURCH, J.O., KAYE, R.A. (1993), The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of Service. *J. New. Meni. Dis.*, 181 (12), pp. 757-762.
- BOWIE, S.I., SILVERMAN, D.C., KALICK, S.M., EDHRIL, S.D. (1990), Blitz rape and confidence rape: implications for clinical intervention. *Am. J. Psychoter.*, 44, pp. 180-188.
- CAPLAN, G. (1961), *An approach to community mental health*, New York: Grune and Stratton.
- (1964), *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

- COHEN, N.L., TSEMBERIS, S. (1991), Emergency psychiatric intervention on the Street. *New Dir. Ment. Health Serv.*, 52, pp. 3-16.
- COLLINS, J.A. (1971), The paraprofessional. I: Manpower issues in the mental health field. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 22, pp. 362-367.
- COLLINS, J.A., CAVANAUGH, M. (1971), The paraprofessional. II: Brief mental health training for the community health worker, *Hosp. Commun. Psychiatry*, 22, pp. 367-370.
- DAZORD, A., GERIN, P., REITH, B., IAHNS, J.F., ANDREOLI, A. (1992), Crisis intervention: assessment process and long-term follow-up of patients. *Encephale*, 18 (6), pp. 639-645.
- DE ANDA, D., SMITH, M.A. (1993), Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. *Soc. Work*, 38 (4), pp. 421-428.
- DUNNE-MAXIM, K., GODIN, S., LAMB, F., SUTTON, C., UNDERWOOD, M. (1992), The aftermath of youth suicide-providing postvention Services for the school and community. *Crisis*, 13, pp. 16-22.
- EISSLER, K.R. (1953), The effect of the structure of the Ego on Psychoanalytic technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* Trad. it., Effetto della struttura dell'io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoter. Se. Um.*, 1981, n. 2, pp. 50-79.
- ERIKSON, E. (1950), *Infanzia e società*, Roma: Armando, 1966.
- FREUD, S. (1912), Dinamica della traslazione. *OSF*, vol. 6, pp. 523-531. Torino: Boringhieri, 1974.
- (1924), Autobiografia. *OSF*, vol. IO, pp. 75-141. Torino: Boringhieri, 1978.
- (1937), Analisi terminabile e interminabile. *OSF*, vol. 11, pp. 499-535. Torino: Boringhieri.
- GILL, M.M. (1984), Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *Int. Rev. Psychoana.*, 11, pp. 161-179.
- (1982), Analysis of transference, vol. 1. *Psychol. Issues*, Monogr. 53. New York: Int. Univ. Press. Trad. it., *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Roma: Astrolabio, 1985.
- GLASS, A.J. (1954), Psychotherapy in the combat zone. *Am. J. Psychiatr.*, 110, pp. 725-731.
- GUIDI, N. (1986), Clinica e orientamento diagnostico nell'approccio psicoterapeutico all'adolescente. In I. Rossi (a cura di), *L'adolescente, la famiglia, la comunità: quale risposta?*, Bologna: CLUEB.
- (1993), Unobjectionable Negative Transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 21, pp. 107-121. Trad. it., Il transfert negativo irreprensibile. In *Psicoter. Se. Um.*, n. 4, 1994, pp. 37-51.
- HAMEL, M.A., EDGAR, L., DARSIGNY, R., LAMPING, D.L. (1992), Psychosocial intervention for persons infected with HIV. *Sante-Ment. Que.*, 17, pp. 131-143.
- HARTMANN, H. (1939), *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.
- HAUSMAN, A., RIOCH, D.M. (1967), Military psychiatry. *Archs. gen. Psychiatr.*, 16, pp. 727-739.
- KAHN, J.P., WITKOWSKI, P., LAXENAIRE, M. (1989), Is it possible to have a medical definition of family crisis? *Can. J. Psychiatry*, 34, pp. 316-319.
- KERCHER, E.E. (1991), Crisis intervention in the emergency department. *Emerg. Med. Clin. North Am.*, 9(1), pp. 219-232.
- KERKHOF, A.J., VISSER, A.P., DIEKSTRA, R.F., HIRSCBORN, P.M. (1991), The prevention of suicide among older people in The Netherlands: interventions in community mental health care. *Crisis*, 12, pp. 59-72.
- KOLITZUS, IL, FEUERLEIN, W. (1989), Two to Three years following inpatient crisis intervention: further inpatient treatment, presente adjustment and subjective assessment of the index treatment in retrospect. *Psychiatr. Prax.*, 16 (2), pp. 71-77.
- KONRAD, M., JAEGLI, C., STURZENEGGER, M., VALACH, L. (1994), Characteristics of young suicide attempters and their importance for helpers. *Psychoter. Psychosom. Ped. Psychol.*, 44, pp. 1-6.
- KRUGER, S. (1992), Parents in crisis: helping them cope with a seriously ill child. *J. Pediatr. Nurs.*, 7 (2), pp. 133-140.
- JACOBSON, G., STRICKLER, M., MORELY, W.E. (1968), Generic and individual approaches to crisis intervention, *Am. J. Public Health*, 58, pp. 339-342.
- LEVINSON, D., HERBKO, S., COHEN, Y. (1992), Prevention of hospitalization by a community intensive mental health care unit. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 28, pp. 40-52.
- LIEB, J., LIPSITCH, IL., SLABY, A.E. (1973), *The crisis team*, New York: Harper and Row.
- LINDERMAN, E. (1944), Symptomatology and management of acute grief: *Am. J. Psychiatr.*, 101, pp. 141-148.

- MALTSBERGER, J.T. (1991), Suicide in old age: psychotherapeutic intervention. *Crisis*, 12, pp. 25-32.
- MENNINGER, WC, (1948), *Psychiatry in a troubled world*. New York: MacMillan.
- MERSON, S., TYRER, P., ONYETT, S., *et al.* (1992), Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial (see comments). *Lancet* 339 (8805), pp. 1311-1314.
- MUHLEBACH, A., GOGNALONS, M., ABENSUR, J., ANDREOLI, A. (1993). Crisis intervention and psychiatric mortality. *Ann. Med. Psychol.* Paris, 151 (1), pp. 33-46.
- NICHOLS, N.H. (1989), Crisis intervention through early interpretation of unconscious guilt. *Bull-Menninger-Clin.*, 53, pp. 115-122.
- PALLIKATHAYIL, L., FLOOD, M. (1991), Adolescent suicide. Prevention, intervention and postvention, *Nurs. Clin. North Am.*, 26, pp. 632-634.
- PIGOTT, II.E., TROTT, L. (1993). Translating research into practice: the implementation of an in-home crisis intervention triage and treatment service in the private sector. *Am. J. Med. Qual.*, 8 (3), pp. 138-144.
- PINKERTON, R.S., ROCKWELL, W.J. (1994), Very brief psychological interventions with university students. *J. Am. Coll. Health*, 42, pp. 156-162.
- PULAKOS, J. (1993), Two models of suicide treatment: evaluation and recommendations. *Am. J. Psychother*, 47 (4), pp. 603-612.
- RAPAPORT, D. (1953), *Some metapsychological considerations concerning activity and passivity*. In: Merton M. Gill (a cura di), *The Collected Papers of D. Rapaport*. New York: Basic Books, p. 530-568. Trad. it., Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e la passività. In, *Il modello concettuale della psicoanalisi*, Milano: Feltrinelli, 1977.
- RITCHOT, P., SAURIOL, P. (1992), Particulars of crisis intervention in seropositive persons or the existential crisis of HIV. *Sante Alen. Q/c*, 17, pp. 145-162.
- SEELIG, W.R., GOLDMAN-HALL, B.J., JERRELL, J.M. (1992), In-home treatment of families with seriously disturbed adolescents in crisis. *Pam. Process.*, 31, pp. 135-149.
- SZMUKLER, G.I. (1987), The place of crisis intervention in psychiatry. */1//5/ N ZJ Psychiatry*, 21 (1), pp. 24-34.

- ZEALBERG, J.J., CHRISTIE, S.D., PUCKETT, J.A., *et al.* (1992), A mobile crisis program: collaboration between emergency psychiatric Services and police. *Hosp. Community Psychiatry*, 43 (6), pp. 612-615.

SINTESI

Partendo da una rassegna della letteratura psichiatrica classica e recente, l'autrice mostra con quali modalità la teoria della crisi, originata dall'osservazione e trattamento di soggetti sani, disturbati da gravi eventi nel loro equilibrio psichico, sia stata poi applicata a tutti i tipi di patologia psichiatrica. L'autrice afferma che la teoria psicoanalitica può fornire elementi per una comprensione delle modalità d'azione, validità e limiti di questo tipo d'intervento. Questa comprensione consente di mantenere una continuità metodologica nell'intervento psicoterapeutico successivo o parallelo a quello di crisi: tale intervento psicoterapeutico deve essere breve e a termine, e favorire, tramite l'analisi del transfert nell'*hic et nunc*, l'elaborazione della suggestione, inevitabile in un intervento di crisi.

ABSTRACT

Starting from a review of classical and recent psychiatric literature, the author shows how crisis intervention, originated from the observation and treatment of normal individuals disturbed in their psychic equilibrium by stressful events, has been widely applied to the whole psychopathology. The author States that psychoanalytic theory can supply useful items for the comprehension of the crisis intervention's description and validation. This comprehension allows to keep a methodological continuity between the crisis and the psychotherapeutic interventions: the psychotherapeutic one shall be brief and short-term, in order to foster, through the transference analysis in the here-and-now, the working through of suggestion, which is inevitable in any crisis intervention.

DAL DOMINIO DELLA PAURA AL POTERE DELL'ANGOSCIA NEI PROCESSI INTEGRATIVI. ANGOSCIA COME "SENTIMENTO PRESENTE"

Anna Maria Loiacono

Nel trattamento delle cosiddette patologie emergenti, caratterizzate dalle conseguenze di ferite narcisistiche che provocano difficoltà o impossibilità di simbolizzazione e rappresentazione degli stati emotivi, spesso l'angoscia si manifesta senza affetto, attraverso il distacco, talvolta anche totale, dalle emozioni. Le persone sembrano incapaci di essere in contatto con la propria dimensione esistenziale, impegnati ostinatamente come sono ad evitare di provare l'inevitabile angoscia che molte situazioni, interne ed esterne, comportano lungo il complesso cammino della vita.

In tali casi, l'angoscia dissociata sembra "assente", appunto, ma viene provata tutta la gamma di emozioni allo stato grezzo che ad essa sono collegate, come paura, terrore, panico, distacco, apatia, anedonia, etc.

Partendo dunque dalla distinzione tra angoscia e paura, questo contributo si propone di esplorare come l'irrompere della angoscia come affetto che si può finalmente percepire senza che ci sia bisogno di un oggetto cui si riferisca, come accade nella paura, rappresenti una angoscia integrativa. In altri termini, se la paura permette di evitare il dolore (Deutsch H., 1942; Zilboorg G., 1933; Sullivan H.S., 1948, 1953, 1956; Stern D.B., 2002, 2003, 2004, 2010; Bromberg P., 2008, 2011), l'entrata in contatto col dolore presuppone la percezione dell'angoscia, segnalando l'inizio di un processo di integrazione degli affetti dissociati.

Alcune vignette cliniche chiarificheranno questi assunti.

Il contesto teorico nel quale mi muoverò riguardo al concetto di dissociazione attiene a quello della psicoanalisi interpersonale, secondo cui la mente funziona in modo dissociativo, lungo un continuum che va dalla salute mentale alla patologia. La dissociazione, in questo ambito teoretico, non rappresenta soltanto la difesa rispetto a un trauma, come per es. in Janet (1889), ma è la più importante capacità della mente umana di proteggere la propria stabilità (H.S. Sullivan, 1948,

1953; D.B. Stern, 2002 2003; P. Bromberg, 1998, 2001). La dissociazione nella teoria interpersonale è motivata dal bisogno della persona di non sapere, per evitare di entrare in contatto con il dolore e l'angoscia, dunque non rappresenta soltanto una conseguenza della sopraffazione psichica a causa di un trauma.

Paura e angoscia

Generalmente, è facile che si incorra in una certa confusione tra angoscia e paura.

Paura è un *termine psicologico*, di un fenomeno vissuto con manifestazioni somatiche, attraverso il corpo. Essa viene considerata una “emozione primaria di difesa, provocata da una situazione di pericolo che può essere reale, anticipata dalla previsione, evocata dal ricordo o prodotta dalla fantasia. La paura è spesso accompagnata da una reazione organica, di cui è responsabile il sistema nervoso autonomo, ... quando invece è protratta e riferita ad oggetti, animali o situazioni che non possono essere considerati paurosi, assume i tratti patologici della fobia che la psicoanalisi interpreta come una difesa dall'angoscia...” (U. Galimberti, 2012, pp.659).

Angoscia è invece un termine specifico, *di ordine psicoanalitico*, che riguarda sempre una percezione soggettiva, a sua volta diverso dal termine ansia.

L'angoscia, sia normale che nevrotica, una volta giunta a un livello di piena espressione, *risulta sempre intimamente connessa con, o accompagnata da, un tono affettivo di cui il soggetto è consapevole*, che si collega in qualche modo con una sensazione di *timore* – da qui la facilità di confusione – e che, chiaramente, rappresenta o, per meglio dire, è l'affetto dell'angoscia.

Da un punto di vista teorico, sappiamo che sia la filosofia che la psicoanalisi, la psichiatria e la psicologia, distinguono vari tipi di angoscia. Sembra essere questa la spiegazione per cui in italiano e in francese ci sono due diversi termini per specificare le sottili varianti di significato che possono esserci riguardo all'angoscia. I termini 'angoscia', in italiano, e '*angoisse*', in francese, per alcuni si congiungono e per altri si differenziano dai termini 'ansia' e '*anxiété*', laddove invece in tedesco troviamo il solo termine '*angst*' ed in inglese il solo termine '*anxiety*'.¹ Proverò ora ad approfondire i confini epistemologici del concetto di angoscia.

¹ Nonostante il termine 'ansia' sia generalmente usato in inglese per indicare entrambi i concetti, userò i termini

In filosofia, 'angoscia' è una parola che è stata introdotta da S. Kierkegaard (1844) per designare la condizione dell'uomo nel mondo. A differenza della paura, che è sempre paura di qualcosa che è determinato, l'angoscia non si riferisce a nulla di preciso, ma designa lo stato emotivo dell'esistenza umana. Il tema è stato in seguito ripreso da M. Heidegger (1929), per il quale l'angoscia rivela il niente, e poi da Karl Jaspers (1933), che distinse tra l'angoscia dell'esserci (*Dasein*) e quella dell'esistenza (*Existenz*).

In psicoanalisi, il concetto di angoscia è fondamentale, e Freud per primo ne ha fornito una spiegazione psicogena in contrapposizione alle teorie somatogene della precedente psichiatria che attribuiva l'angoscia al cattivo funzionamento del sistema neurovegetativo. Due date sono significative per l'elaborazione di questo concetto: il 1894, in cui Freud pone la distinzione tra nevrosi di angoscia e nevrosi di angoscia, e il 1925 in cui distingue l'angoscia di fronte a una situazione reale, l'angoscia automatica e il segnale d'angoscia (U. Galimberti, 2012, pp.59). In seguito Freud darà poi vita ai concetti di isteria di angoscia (Freud, 1888, 1892-1895, 1908), e angoscia di castrazione (1908). Sviluppi successivi della psicoanalisi hanno evidenziato altre forme di angoscia, come l'angoscia di separazione (O. Rank, 1924), l'angoscia primaria (M. Balint, 1952), l'angoscia di base (K. Horney, 1937), l'angoscia depressiva (M. Klein, 1935, 1948) e l'angoscia persecutoria (M. Klein, 1948).

In psichiatria, si distingue la nevrosi d'ansia, l'ansia d'attesa, l'ansia da situazione, l'ansia fluttuante.

Si deve alla psicologia italiana, che dispone nella sua lingua di entrambe le parole 'ansia' e 'angoscia', l'aver accentuato la differenza tra le due parole non solo in termini quantitativi, per cui l'angoscia sarebbe un'accentuazione dell'ansia, ma in termini qualitativi (U. Galimberti, 2012). In sostanza, la psicologia guarda all'ansia in modo differente rispetto al metodo: mentre la psicoanalisi la considera in una prospettiva esplicativa, la psicologia la osserva invece da un punto di vista descrittivo e la definisce in termini operativi, osservando e misurando le reazioni d'ansia, l'ampiezza e l'intensità. Alla luce di queste osservazioni, un noto psicoanalista italiano, Leonardo Ancona, scrisse che “l'angoscia si appropria a un processo psichico sostanzialmente diverso da quello dell'ansia. Infatti l'angoscia corrisponde alla situazione di trauma, cioè ad un afflusso di eccitazioni non

separatamente, come facciamo in italiano.

controllabili perché troppo grandi nell'unità di tempo [...]. L'ansia corrisponde invece a un processo di adattamento di fronte alla minaccia di un pericolo realistico; questo processo è una funzione dell'Io che se ne serve come di un segnale, dopo averla prodotta, per evitare di venire sommerso dall'afflusso traumatico delle eccitazioni. In questo caso l'Io del soggetto è attivo, in quanto produce l'affetto e se ne serve per trovare adeguati dispositivi di difesa, la carica pulsionale viene strutturalizzata e riprodotta senza base economica, cioè senza attuazione di scarica. La distinzione tra i due processi va mantenuta, interpretando la loro unificazione come l'aspetto di una cultura che presenta, di fronte a questa tematica, minore sensibilità per un probabile atteggiamento difensivo al riguardo. I processi cui ci si riferisce sono in realtà distinti dal punto di vista economico, dinamico, strutturale, nonché da quello genetico. Trascurare questa distinzione produce quindi contraddittorietà e confusione" (L. Ancona, 1972, pp.918).

In linea con le considerazioni di Ancona, che restano fondamentali a tutt'oggi nella disamina dell'uso congiunto o meno dei due termini, in questo lavoro ho scelto di utilizzare il termine '*angst*', anziché '*anxiety*', perché l'angoscia di tipo integrativo cui mi riferisco attiene ad una situazione traumatica. Infatti, si tratta dell'angoscia che accompagna il processo di integrazione di personificazioni non-me.

Dopo aver preso in considerazione il punto di vista teorico, e chiarito in quale cornice di significato ho scelto il termine '*angst*', a questo punto bisogna però dire che da un punto di vista clinico, ovvero per ciò che riguarda la percezione soggettiva del tono affettivo, è però praticamente impossibile distinguere l'angoscia dalla paura. Quando un paziente si trova sotto l'influsso dell'angoscia, afferma spesso di avere paura, o di sentirsi terrorizzato, anche se può capitare che non sia in grado di dire di che cos'è che ha paura o perché è terrorizzato, solo egli cerca di descrivere i propri sentimenti piuttosto che definire la relazione che questi hanno con qualcosa in particolare o con qualche avvenimento specifico.

Riprendendo Freud (1920), l'angoscia è una condizione spiacevole di attesa indefinita, non correlata ad alcun oggetto specifico; solo nel momento in cui può essere collegata con qualcosa, cioè nel momento in cui "acquista" un oggetto, essa si trasforma in *paura*. Sembrerebbe quindi questa la possibile distinzione tra angoscia e paura: la prima non ha oggetto, la seconda sì.

Angoscia senza affetto

Nel suo saggio *Angoscia senza affetto* – pubblicato in inglese col termine '*anxiety*' – Gregory Zilboorg (1933) tentò di comprendere il modo in cui l'angoscia si manifesta senza affetto in molti pazienti nevrotici e in molte persone cosiddette normali.

Nel suo lavoro, Zilboorg osservò che l'affetto a volte risulta essere così elusivo che, per evitare che venga allo scoperto, il paziente può arrivare a simularne la *reale espressione motoria*, nella speranza che, come peraltro avviene spesso, essa venga scambiata per il sentimento genuino – viene qui alla mente il concetto di "personalità 'come se'" di H. Deutsch (1942). L'elusione dell'affetto angosciato è una modalità particolare di scissione dell'affetto il cui scopo è quello di evitare il dolore psichico. (L'autore in questo caso parla correttamente di scissione e non di dissociazione, muovendosi in un contesto teorico differente da quello interpersonale).

Seguendo Zilboorg, se tentiamo di spiegarci il fenomeno della scomparsa dell'affetto da un punto di vista psicoanalitico, troviamo che esiste un punto – tra la proiezione della totalità della vita interiore sul mondo esterno e tale nuovo mondo esterno (interno) – in cui il soggetto percepisce questo mondo interno come se fosse esterno, e questo è il momento in cui, grazie alla libertà che il soggetto ha nei confronti dell'Io, egli risponde alle richieste di questo mondo, che adesso gli giungono dall'esterno, con un aumento di tensione.

L'affetto, in realtà, non scompare, ma viene semplicemente ritirato dall'Io, arrivando in tal modo alla scomparsa della sensazione di pericolo.

In altri termini, poiché il tono affettivo dell'angoscia è fondamentalmente la paura, che agisce come una misura difensiva dell'Io, è questo stesso timore a divenire biologicamente superfluo nel momento in cui l'Io è assente.

Ricapitolando, una reazione angosciata è formata, grossolanamente parlando, da tre componenti: *contenuto ideativo*, *tono affettivo (affetto)* e *reazione motoria*. Il contenuto ideativo può apparire anche da solo, quando il tono affettivo e l'espressione motoria vengono rimossi, come si può osservare in certe forme di ossessività. Può anche avvenire che in posizione di primo piano ci sia il tono affettivo, mentre il contenuto ideativo resta rimosso, ma in queste occasioni sarà allora presente anche l'accompagnamento motorio, come per esempio un qualunque tipo di crisi ansiosa nevrotica; nel corso di una tale crisi, il soggetto è

consapevole della propria angoscia (affetto) e lo dimostra col suo pallore, col suo tremore, con l'accelerazione del battito cardiaco e della frequenza respiratoria ecc., cioè con la componente motoria.

Da questa angolazione, la paura sarebbe quindi il segnale di un “sentimento assente”, esprimerebbe cioè una “angoscia senza affetto”, ovvero l'angoscia dissociata che si manifesta attraverso le sensazioni grezze della paura verso qualcosa. L'irrompere della angoscia come affetto che si percepisce senza che ci sia bisogno di un oggetto cui si riferisca, diventa quindi da questo punto di osservazione una angoscia integrativa, che propongo di chiamare “*sentimento presente*”, in contrapposizione con l'altro, il sentimento assente di Zilboorg, che attiene al dominio della paura. In sostanza: la paura permette di evitare il dolore. L'entrata in contatto col dolore presuppone la percezione dell'angoscia, segnalando l'integrazione del materiale dissociato.

Il materiale clinico che segue tenterà di mostrare come la comparsa della percezione del sentimento angoscioso possa essere considerata un momento di svolta nel processo terapeutico, l'inizio di una sensazione di vitalità, una sorta di risveglio.

Myriam, Irene and Julia

Myriam porta un sogno:

“Sono in analisi qui nel suo studio con lei, ma lei stava per andare con il suo compagno – ‘o marito, non so’ - a farsi un aperitivo, per cui aveva assemblato tutti i pazienti insieme in modo da essere libera prima. Io provavo allora una angoscia indicibile, stavo malissimo. Lei si accorge che io sto male, si avvicina e mi dice “la settimana prossima non ci sarò, però le prometto che recupereremo quella seduta” (da notare che io in genere non parlo mai di ‘recupero’ di una seduta, una seduta persa per me è persa, ben venga se se ne può fare un'altra, ma ‘quella’ seduta non può essere recuperata. Inoltre, la seduta seguente sarebbe stata lei a mancare per l'ennesimo viaggio che stava per fare. Myriam si assenta spesso.). “Subito io mi sento calmata e rasserenata, il dolore lancinante non c'è più perché lei si era accorta che io stavo male”.

Questo sogno, fatto dopo un anno e mezzo di terapia, mette bene in evidenza, oltre all'ingresso di tematiche edipiche, un tema che ha caratterizzato l'analisi con Myriam: il bisogno di evitare l'angoscia. Myriam può provare paura, ma ricorre a tutti gli espedienti possibili per non ‘sentire’ l'angoscia che prova.

Accenno ora ad un altro esempio tratto dalla mia pratica clinica, per evidenziare la vasta gamma di situazioni che accadono tipicamente con pazienti che utilizzano modalità dissociative.

Una paziente, *Irene*, di 35 anni, è in analisi con me per disturbi dissociativi, l'ultimo dei quali una intera settimana di sentimenti continuativi di depersonalizzazione, attraverso i quali le sembrava di vivere come distaccata, in un altro luogo da quello in cui era, cosa che la risolse a entrare in terapia. Dopo circa due anni mi porta questo sogno:

“Sono qui da lei, in seduta, ma entrano con me tante persone affettivamente significative per me, la mia famiglia, gli amici, e stanno qui e chiacchierano. La prima volta non dico niente anche se avevo delle cose da dirle e un po' mi secca, la seconda mi accorgo di lasciarmi andare sempre di più sulla poltrona, e quasi sono distesa, mentre gli altri parlano. Poi d'un tratto mi riprendo e arrabbiatissima con lei le dico di mandarli via, che rifaremo queste due sedute senza conteggiarle perché me le voglio riprendere.”

Le associazioni riguardano la seduta precedente, durante la quale aveva parlato a lungo della sorella e di come quest'ultima prenda avidamente tutto per se stessa.

Irene mi racconta di aver provato la sensazione di avere sprecato tutto il tempo della seduta e si domandava perché io glielo avessi permesso. La metto allora davanti al fatto che evidentemente aveva invece portato in seduta una sua configurazione interna, che rivelava un pattern inconscio, che occupava gran parte del suo mondo interno.

Dopo le mie parole, è come se si fosse scossa, e, scoppiando a piangere, mi dice che infatti è tornata a sentire il dolore e il senso di solitudine, proprio dopo la seduta precedente. Prima si sentiva distaccata da ciò che le accadeva, al massimo la sera prima di addormentarsi le arrivava qualche emozione, forse qualche lacrima, ma poi dormiva e si sentiva nuovamente distaccata al mattino. Ora ha bisogno di piangere, prova dolore.

Pazienti come Myriam ed Irene ben rappresentano a mio avviso la clinica contemporanea, dove incontriamo persone che ci portano il distacco, talvolta anche totale, dalle loro emozioni, dalle loro paure. Essi sembrano incapaci di essere in contatto con la propria dimensione esistenziale, impegnati ostinatamente come sono ad evitare di provare dolore, evitare di soffrire – “Non c'è peggior sofferenza che cercare di evitare la sofferenza”, nelle parole di Ronald Donald Laing.

Assistiamo in sostanza alla dissociazione del sentimento angoscioso, che quindi appare e si mostra agli occhi del clinico attraverso il distacco, oppure attraverso il mero agire, in ogni caso il sentimento che genera sia il distacco che la sua faccia opposta, come per es. la reazione ipomaniacale, risulta essere “assente”, non viene avvertito. Come accennato all'inizio di questo lavoro, l'angoscia così può essere evitata, sembra “assente”, appunto, ma viene provata tutta la gamma di emozioni allo stato grezzo che ad essa sono collegate, come paura, terrore, panico, distacco, apatia, anedonia, etc.

Una volta integrato il materiale dissociato, il lavoro consiste poi nel promuovere una elaborazione attraverso la quale il paziente può infine trasformare le personificazioni integrate, ormai non più dissociate. In genere, ciò accade gradualmente attraverso gli *enactments*, la loro elaborazione ed il loro superamento (I. Hirsch, 2008; D.B. Stern, 2003; S. Buechler, 2017). Tutto questo lavoro consente la percezione della ferita (o delle ferite) come qualcosa di collocato nel passato e non più nel presente. Così diventa infine possibile recuperare le parti buone dell'oggetto primario e riconoscere la propria identificazione con l'oggetto primario stesso.

Riporto ora il sogno di un'altra paziente, *Julia*, al suo settimo anno di analisi:

“Due donne, una più grande, l'altra un po' più giovane, sui 45 anni, e una bambina nella stanza dove la più anziana era stata segregata e picchiata. La donna più grande piangeva aggirandosi e ricordando, mentre la più giovane le dava ragione e le diceva di sfogarsi, che la comprendeva. La bimba, sui 7/9anni, gironzolava, osservando e capendo, ma era libera”.

Ho considerato questo sogno come un sogno di ristrutturazione del Sé, dove la graduale integrazione delle personificazioni persecutorie e terrifiche dissociate è evidente. L'atmosfera di violenza viene associata dalla paziente a quella della sua casa natale. L'anziana è dunque la donna di allora, disperata. La quarantacinquenne corrisponde all'età in cui la paziente si è data ragione, si è compresa e ascoltata, e comprende la anziana, in cui è presente anche la identificazione con la propria madre, che infatti la paziente da un po' di tempo sente più vicina. La bimba ha l'età del non ricordo. Ora è accolta, vede e capisce tutto, non è più senza memoria. La bambina non deve più rimuovere, è libera, fuori dal conflitto.

Questo sogno sintetizza un movimento di integrazione in accordo con il concetto secondo cui l'attaccamento favorisce l'integrazione ed è una forma di comprensione (L. Friedman, 1988).

Potremmo anche dire invece, utilizzando un linguaggio più schiettamente interpersonale, che in questo sogno si vede realizzata l'accettazione del Sé, attraverso la messa in scena di personificazioni di realtà diverse del Sé, senza perderne alcuna, facendo esprimere tutte le sottonarrative basilari della personalità della paziente, (D.B. Stern, 2015, 2018), mostrando infine quella capacità di stare tra gli spazi attraverso ponti che mettono creativamente in connessione le isole di concretezza, prima dissociate (P. Bromberg, 1998/2001; 2006).

Andando a concludere, in una società sempre più orientata al “fare” piuttosto che all'“essere”, non meraviglia il fatto che i nostri pazienti utilizzino sempre più modalità dissociative, riuscendo a provare solo paura. Questo facilita il proliferare di psicoterapie di tipo protesico, nel senso riabilitativo e psicoeducazionale, aspetti che ben si prestano ad impersonare la figura di “medici della psiche” (a proposito di “personalità ‘come se’”), pronti ad intervenire per lenire le ferite nel minor tempo possibile. Il nostro compito come psicoanalisti invece, ora più che mai, dovrebbe offrire la possibilità di rimettere in contatto le persone con la propria dimensione esistenziale.

Se il “piccolo uomo” di W. Reich, ovvero pazienti come Myriam, Irene, Julia e molti altri, potessero entrare in contatto con l'angoscia, e qui la funzione sociale imprescindibile del nostro mestiere, allora entrerebbero in contatto anche con la possibilità di elaborarla, e dal piccolo uomo comincerebbe a nascere una “persona”.

Come ha scritto Pier Francesco Galli (1992, 1995): “Se si accetta di mantenere la psicoanalisi come una pratica irriducibile ad altri discorsi, e che

continuamente trasforma se stessa e il suo oggetto, la psicoanalisi non è in crisi, ma può ancora provocare crisi”.

BIBLIOGRAFIA

- ANCONA, L. (1972). L'aspetto dinamico della motivazione, il conflitto psichico e i meccanismi di difesa [The dynamic aspect of motivation, the psychic conflict and the defensive mechanisms]. In *Nuove Questioni di Psicologia* [New issues in psychology] (Vol. I, ch. 21, pp. 887–919). Brescia; La Scuola.
- BALINT, M. (1965). *Primary love and psychoanalytic technique*. New York: Liveright. First printing 1953.
- BROMBERG, P. (1998/2001). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York: Routledge.
- BUECHLER, S. (2017). *Psychoanalytic reflections: training and practice*. New York: International Psychoanalytic Books.
- DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301–321.
- FREUD, S. (1888). *Hysteria*. SE 1: 39–58.
- (1892–1895). *Studies on hysteria*. SE 2: 1–313.
- (1894). *On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'*. SE 3: 87–116.
- (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18: 1–64.
- (1908). *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. SE 10: 1–149.
- (1925). *Inhibition, symptoms and anxiety*. SE 20: 77–175.
- FRIEDMAN, L. (1988). *The anatomy of psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- GALIMBERTI, U. (2008). *Dizionario di psicologia* [Dictionary of psychology]. Torino: UTET. First printing 1992.
- GALLI, P.F. (1995). *La persona e la tecnica* [The person and the technique]. Milano: Franco Angeli.
- HEIDEGGER, M. (1929). *An introduction to metaphysics*. New Haven, CT: Yale University Press, 1959.
- HIRSCH, I. (1998). The concept of enactment and theoretical convergence. *Psychoanalytic Quarterly*, 67, 78–101.
- (2008). *Coasting in the countertransference*. New York: Analytic Press.
- HORNEY, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: W.W. Norton, 1994.
- JANET, P. (1889). *L'automatisme psychologique* [The psychological automatism]. Paris: L'Harmattan, 2005.
- JASPERS, K. (1933). *Philosophy*. Vol. 2. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- KIERKEGAARD, S. (1844). *The concept of anxiety*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980.
- KLEIN, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.
- (1948). On the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114–123.
- RANK, O. (1924). *The trauma of birth*. New York: Harcourt, Brace, 1929.
- REICH, W. (1948). *Listen, little man!* New York: Farrar, Strauss & Giroux.
- STERN, D.B. (2002). Words and wordlessness in the psychoanalytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 221–247.
- (2003). *Unformulated experience*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2004). The eye sees itself: Dissociation, enactment, and the achievement of conflict. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197–237.
- (2009). Partners in thought: A clinical process theory of narrative. *Psychoanalytic Quarterly*, 78, 701–731.
- (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge.
- (2013). Relational freedom and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 227–255.
- (2015). *Relational freedom. Emergent properties of the interpersonal field*. New York: Routledge.

- SULLIVAN, H.S. (1948). The meaning of anxiety in psychiatry and in life. In *The fusion of psychiatry and social sciences* (pp. 229–254). New York: Norton, 1971.
- (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- ZILBOORG, G. (1933). Anxiety without affect. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 48–67.

PAROLE CHIAVE: *Paura, Ansia, Angoscia, Dissociazione, Affetti, Pratica clinica contemporanea.*

KEYWORDS: *Fear, Anxiety, Angst, Dissociation, Affect, Contemporary clinical practice.*

AUTORE

Anna Maria Loiacono è Psicoterapeuta e Psicoanalista Relazionale-Interpersonale. Vive e lavora a Firenze. Docente, Analista con funzione di Training e Supervisione nello stesso Istituto “H.S. Sullivan” di Firenze dal 1991; Presidente del Dipartimento di Formazione dell’Istituto H.S. Sullivan di Firenze; Vice President OPIFER (Organizzazione Psicoanalisti Italiani Relazionali, Federazione e Registro); Executive and Delegate Member dell’International Federation of Psychoanalytic Societies (I.F.P.S.); Past President della Società Italiana di Psicoanalisi Interpersonale (S.I.P.I.); Responsabile Scientifico della stessa (2010-2020); Chair del XX IFPS Forum tenutosi a Firenze su “I nuovi volti della paura. Le trasformazioni in atto nella società e nella pratica clinica”, Firenze, Ottobre 2018; Editorial Reader dell’International Forum of Psychoanalysis. Tra le ultime pubblicazioni: *La teoria interpersonale di H.S.Sullivan e la Clinica della Dissociazione* (“The Interpersonal Theory of H.S.Sullivan and the Clinic of Dissociation”), Genova 2016.

SINTESI

Nel trattamento delle cosiddette patologie emergenti, caratterizzate dalle conseguenze di ferite narcisistiche che provocano difficoltà o impossibilità di

simbolizzazione e rappresentazione degli stati emotivi, spesso l’angoscia si manifesta senza affetto, attraverso il distacco, talvolta anche totale, dalle emozioni. Le persone sembrano incapaci di essere in contatto con la propria dimensione esistenziale, impegnati ostinatamente come sono ad evitare di provare l’inevitabile angoscia che molte situazioni, interne ed esterne, comportano lungo il complesso cammino della vita. In tali casi, l’angoscia dissociata sembra “assente”, appunto, ma viene provata tutta la gamma di emozioni allo stato grezzo che ad essa sono collegate, come paura, terrore, panico, distacco, apatia, anedonia, etc...

Partendo dunque dalla distinzione tra angoscia e paura, questo contributo si propone di esplorare come l’irrompere della angoscia come affetto che si può finalmente percepire senza che ci sia bisogno di un oggetto cui si riferisca, come accade nella paura, rappresenti una angoscia integrativa. In altri termini, se la paura permette di evitare il dolore, l’entrata in contatto col dolore presuppone la percezione dell’angoscia, segnalando l’inizio di un processo di integrazione degli affetti dissociati. Alcune vignette cliniche chiarificheranno questi assunti.

ABSTRACT

Through a clinical vignette, the Author talks about contemporary clinical practice, where we encounter individuals who communicate their detachment, at times even total, from their feelings and fears. They seem incapable of getting in touch with their own existential dimension, wilfully committed as they are to avoid experiencing the inevitable angst that many internal and external situations engender during one’s complicated journey through life. What we are witnessing here is basically the dissociation of the angst-producing feeling, which appears and is revealed to the clinician, through either detachment or a simple action. In any case, this feeling that generates both detachment and its opposite – for instance, a hypomanic reaction – proves to be “absent”, and is not perceived by the patient. In this way, angst can be avoided and indeed seem “absent”, but what is experienced is the complete range of raw emotions connected to it, like fear, terror, panic, detachment, apathy, anhedonia, etc.

TRE CASI DI RAGAZZI SINGOLARI
(COME SINGOLARI SONO TUTTI I RAGAZZI)
Roberto Merlo

I tre casi

Vorrei iniziare illustrando brevemente tre casi emblematici della fatica del vivere l'adolescenza oggi:

X è un ragazzo di 17 anni figlio di genitori separati non conflittualmente che ha un ottimo rendimento scolastico, comportamenti socialmente più che accettabili, una ragazza di cui è innamorato che lo ricambia, una passione per il tennis e per i social... insomma un ragazzo che molti genitori vorrebbero avere. X è venuto in psicoterapia perché ha tentato più e più volte di accoltellare la madre in modo molto deciso tanto da aver ferito il padre che lo ha più volte trattenuto. Tutte queste volte dopo il tentativo che, per fortuna, a oggi non ha mai dato esito infausto X cade in una sorta di delirio in cui immagina che le persone stiano intorno a lui per ucciderlo e manifesta una angoscia e una disperazione molto profonda. X, oggi, in quelle situazioni mi chiama e sono sufficienti 20-25 minuti di ascolto della mia voce (mindfulness) per calmarlo e farlo uscire dal "delirio". X è sicuramente un narcisista ma assolutamente non un narcisista maligno (John F. Clarkin, Frank E. Yeomas, Otto F. Kernberg, (2000), non è uno psicotico né un antisociale, non è neppure un bipolare e così via. Ad un anno dall'inizio della psicoterapia ha smesso i tentativi di uccisione da sei mesi.

Y è una ragazza di 18 anni che è venuta in psicoterapia perché, a suo dire, da anni, si sentiva in un corpo estraneo al suo. Voleva affrontare un percorso di transizione. Y viene da una famiglia apparentemente unita, ha un fratello minore, va molto bene a scuola, ha una buona cerchia di amiche e amici, una passione per i social. Si presenta con il seno fasciato in modo molto stretto e con una peluria

sulle gambe faccia e a suo dire su tutto il corpo. È molto collaborativa e accetta di buon grado di prendere contatto con un centro specializzato per i percorsi di Transizione di Torino che inizia a frequentare. In psicoterapia è molto collaborativa e porta come problema principale la fatica dei suoi genitori ad accettare ciò che lei sente. Non è bipolare, né antisociale, ne presenta altri tratti di personalità che facciano pensare a una qualche forma di disturbo. Dopo circa nove mesi mi annuncia in seduta che si sta scoprendo bisessuale spariscono peli e inizia a portare un reggiseno. Dopo un altro mese mi annuncia di aver scelto di essere eterosessuale e mi dichiara (cosa verificata) che si è fidanzata con un ragazzo. Nel frattempo passa la maturità e vince una borsa di studi per una prestigiosa Università degli USA. Lo scorso mese è partita per gli States.

W è un ragazzo di 16 anni che è in pieno ritiro sociale. Non va più a scuola, sta chiuso in camera sua e, di fatto, dorme di giorno e sta al computer quasi tutte le notti. È figlio unico. I suoi genitori hanno tentato di tutto per rompere il copione che interpreta. Hanno portato W da diversi psichiatri e psicoterapeuti ma tutte le diagnosi e relative cure farmacologiche e ricoveri sono stati un totale fallimento. Hanno tentato anche con la forza senza nessun risultato. Mi portano W appunto letteralmente trascinandolo sino allo studio. W si siede per terra a gambe incrociate chiaramente deciso a non collaborare. Decido di non parlare e mi siedo davanti a lui a gambe semi incrociate (a 73 anni le articolazioni non sono più competitive) e con decisione gli prendo una mano e la tengo stretta. Dopo 40 minuti mi alzo e chiamo i suoi genitori che, questa volta, senza nessuno sforzo, lo portano via dallo studio. Mi lascia fare. Per tre sedute il copione si ripete sempre identico. Ogni seduta io sto sempre peggio. Avevo già avuto a che fare con ragazzi e ragazze in ritiro sociale ma mai con un muro così duro e persistente. Alla quarta seduta dopo circa mezz'ora dello stesso copione scoppio ben poco professionalmente a piangere di pura disperazione. Mi alzo e appoggiandomi alla scrivania faccio cadere i fazzoletti di carta che cercavo di prendere. Faccio per raccogliergli ma W si alza li raccoglie e me li porge. Credo di aver provato raramente una emozione così intensa. W si siede sulla sedia e io su quella di fronte a Lui e come se nulla fosse incomincia parlare del suo terrore. Sì, del suo terrore. W ha subito bullismo violento per circa un anno e mai nessuno aveva compreso quanto stava accadendo anche perché a domande molto accoglienti dei suoi genitori e di una insegnante aveva sempre negato in modo apparentemente sereno e i suoi amici avevano

negato di essere a conoscenza di quello che era accaduto. Questo luglio ha preso la maturità col massimo dei voti e ha deciso di iscriversi a psicologia...

Ho scelto di iniziare con questi casi perché mi pare che dicano nella loro cruda "normalità" ciò che uno dei tanti maestri a cui sono debitore dimostrava già il secolo scorso. Parlo di Ludwig Binswanger, in particolare dei suoi due libri *Il caso Ellen West* (2011) e *Tre casi di esistenza mancata* (1992). In somma sintesi ciò che ci appare nei nostri pazienti di patologico e "malato" è in realtà il senso dell'esistenza che in loro si manifesta. X, W, Y non sono malati o patologici. In prima e ultima istanza sono forme di esistenza che ci dialogano e come tali necessitano di dialogo.

Alcune considerazioni di contesto

Negli ultimi quattro anni si sono via via accentuati una serie di fenomeni nel mondo adolescenziale che, seppur presenti anche anteriormente, hanno acquisito una rilevanza quantitativa e una profondità qualitativa che mi hanno e, credo, ci hanno interrogato. Mi riferisco a:

1. Il problema di vivere ed essere in grado di elaborare il distacco in tutte le varie forme che la vita e il quotidiano presenta;
2. La questione della costruzione di un mondo di relazioni e significati e significanti in cui sempre di più il reale è tranquillamente sostituibile con il virtuale;
3. Il problema del vivere in una società palliativa in cui il dolore il lutto la sofferenza sono disfunzione da sedare senza possibilità di senso e significato.

Il problema del distacco

Sulla prima questione per me, il punto di partenza è ciò che John Bowlby ci ha insegnato nelle sue quattro opere fondamentali: *Attaccamento e perdita* (1978, 1999, 2000) e *Una base sicura* (1988). Le sue ricerche e teorie

sull'attaccamento sono a tutt'oggi una chiave di lettura indispensabile per comprendere il fenomeno umano della crescita e della costruzione dell'Io e del Sé.

Quello che a me ha colpito in questi ultimi cinque anni nella mia pratica clinica è la terza fase dei processi di separazione dalla figura di riferimento "Caregiver": il distacco appunto¹.

Bowlby sostiene, tra l'altro, che il bambino può distaccarsi in modo "sicuro" dal caregiver-madre se vi è la presenza di un fratello o di un'altra persona che lo sostituisca in modo emotivamente e affettivamente per lui adeguato e se l'ambiente in cui questo processo avviene è anch'egli percepito come adeguato.

Ora a me pare che sempre più di rado si verifichino queste condizioni e che sempre di più si manifesti una sorta di impossibilità a distaccarsi

Molti sono i fattori che concorrono, nelle nostre culture, a rendere così difficile questo passaggio inevitabile dell'esistenza di qualsivoglia persona.

Vi sono fattori sociologici come il prevale sempre più diffuso di famiglie con un solo figlio avuto generalmente dopo i 30-35 anni e di famiglie che dispongono quindi, nonostante l'innalzamento dell'età media della popolazione, sempre meno del supporto dei nonni e della famiglia allargata. I potenziali risvolti psicologici di questi due "evidenti" fenomeni possono risolversi nell'aumento dell'investimento affettivo e relazionale delle madri verso il figlio o la figlia unica (soprattutto in presenza di un abbandono da parte del partner) e nella difficoltà a distaccarsi da parte di questi ultimi visti i meccanismi di dipendenza economica che procrastinano la possibilità di autonomia ben oltre i 30 anni di vita.

Vi sono fattori antropologici. A me pare che il più rilevante sia la scomparsa nelle nostre culture di quei processi (riti iniziatici) che sancivano socialmente il distacco dall'infanzia e l'entrata della persona nella età adulta. Non si tratta soltanto, a mio parere, di un prolungamento "innaturale" dell'adolescenza quanto dell'introduzione concreta di elementi di forte incertezza e precarietà (sociale economica esistenziale) che possono mettere alla prova duramente anche le persone che hanno avuto una *base sicura* (Bowlby 1989).

Vi sono fattori educativi che intervengono a creare difficoltà nei processi di distacco. Basta consultare le statistiche sull'abbandono scolastico e sulla interruzione dei cicli di studio secondari per darsi conto di una forte difficoltà del sistema

educativo a includere, in modo pieno e efficace, nei processi di costruzione delle premesse sociali e relazionali della autonomia della persona.

A tutto ciò si aggiunge la diffusione sempre più massiccia in età adolescenziale di abuso di sostanze, di comportamenti antisociali, di autolesionismo, "di psicopatologie", di segnali insomma di una forte sofferenza dei nostri ragazzi e delle nostre ragazze

Gustavo Pietropolli Charmet (2010) nel suo bellissimo libro afferma: "ciò che colpisce nel lavoro clinico con madre e figlio... è la distanza dolorosa e intollerabile che li separa o, viceversa, la vicinanza soffocante, pericolosa e confusiva che li vede inesorabilmente rivali avvinti in un corpo a corpo pericoloso e fonte di gravi e ingiustificati dolori" (p. 113).

Il problema è molto più complesso del processo di separazione dalla madre o da chi ne fa le veci. Sono tanti i distacchi con cui l'adolescente deve misurarsi: dal corpo che cambia al contesto di vita che propone forme percepite come impossibili, dal reale al virtuale, dal presente che si priva di senso e lo priva di senso al futuro che è dominante nella sua impossibilità.

Davvero difficile distaccarsi, spiccare il volo, "l'adolescente sente che l'ecosistema in cui vive gli rivolge uno sguardo saturo di domande relative alla sua identità e valore, avverte la richiesta sociale di spicciarsi a chiarire chi veramente sia, se è capace, buono, intelligente... o se invece sia ciò che in certi momenti appare, cioè irresoluto, annoiato, violento... e tutte le altre messe in scena di cui è capace per rendersi irricognoscibile agli adulti e riuscire a tenerli a distanza" (pp. 31-32).

Penso che di fronte a questa complessità il terapeuta possa fare tesoro e reinterpretare alcune posizioni che appartengono alla storia di questa professione. Ne cito alcuni:

Essere disponibili a far a meno in prima istanza dei nostri saperi e pre-giudizi

Quando incontriamo una adolescente incontriamo un mondo che non ha bisogno di essere classificato, definito. Al contrario ha bisogno di essere scoperto compreso compatito. Questo è possibile se e solo se ci poniamo nella posizione di colui che cammina con e non di colui che cammina per raggiungere una meta. La nosografia la stessa applicazione di test e tutto ciò che definisce è secondario rispetto all'astensione dal giudizio che costruisce la possibilità di un dialogo.

¹ Le altre due fasi di cui parla Bowlby sono *protesta* e *disperazione*. Sul *distacco* si vedano in particolare nel (2011) Capitolo 2, nel (1995) pp. 30-45, nel (2000) pp. 30-32.

L'emozione di fondo che ci può accompagnare è lo stupore dell'inatteso. Lo scontato è la morte della possibilità dell'incontro e senza incontro non si dà cura.

Certo questo pone dei problemi di non poco conto. Forse il più rilevante è che assumere questa posizione è impossibile senza rischiare il relativismo e il soggettivismo. Per fortuna la filosofia della scienza ci viene in soccorso. Ogni cosa che è detta è detta da un osservatore e come tale sta nel dominio del sistema di premesse dello stesso e questo sistema di premesse è svelabile. Il "mestiere" della cura soprattutto con adolescenti non è un mestiere solitario. Il confronto continuo coi colleghi e con la famiglia e con i ragazzi è la strada maestra per svelare quel sistema di premesse e per consentirci di non farlo diventare un assoluto ma anzi per farlo diventare un generatore di conoscenza.

Dubitare di ciò che ci appare ovvio e dei giudizi, con-centrarsi e ricordarsi del *πάντα περὶ* eracleo sono le "regole" che presiedono il metodo.

Essere accanto, mai davanti o dietro

Condurre: questa tentazione è davvero pericolosa per chi si prende cura di adolescenti.

Astenersi: questa pratica è mortifera se ci si prende cura degli stessi.

Gli adolescenti cercano adulti con cui confrontarsi e anche scontrarsi non condottieri e non sopportano il continuo ricorrere a trucchi come "E tu cosa pensi?" che non mostrano mai la faccia di chi si espone.

È un equilibrio difficile ma possibile.

Vi sono alcune premesse per cercare di acquisirlo. La prima, non in ordine di importanza, è quella che dice "guarda con simpatia ma mai con compiacimento gli errori che fai nel cercare di raggiungerlo. Non nasconderti né a te stesso né altro se te li fa notare". La seconda si rifà al lavoro sul controtransfert che soprattutto in supervisione si può attivare. La terza è pensare per processi. Mi soffermo su quest'ultima perché è forse, almeno per il sottoscritto, la più difficile.

Nell'interagire con i fenomeni sociali o con la cura si incontrano sempre sistemi molto complessi che sono per loro natura dinamici e mai statici.

Per usare una metafora semplificatrice: la realtà è fatta da fiumi che si intersecano, si separano, si dividono. Ciò che fa un fiume sono il suo procedere e la sua interazione tra acqua e terra. È proprio il procedere che crea le sponde e

definisce quell'interazione che muta le stesse, così come le stesse mutano la forma dell'interazione.

Ciò non significa che non possiamo studiarne una parte osservando solo quella senza vedere il suo costante interagire con le precedenti. Allo stesso modo possiamo prevederne il futuro in base a determinate leggi (tutti i fiumi vanno al mare... o meglio una buona parte) o persino "indirizzarne il flusso" tramite ponti, dighe ecc. Ma se nel compiere queste operazioni ci dimentichiamo che è il suo procedere a costituire il fiume, andremo incontro al fallimento della nostra previsione e delle nostre manipolazioni (la storia dei fiumi italiani lo ha dimostrato ampiamente, tra l'altro).

Allo stesso modo, quando incontriamo una persona o un fenomeno incontriamo processi che interagiscono con i nostri processi. Pensare che possiamo controllarlo e prevederlo in misura determinante e infine possiamo cambiarlo secondo un nostro progetto o modello, è commettere un grave errore ermeneutico.

Non sono tanto o solo le nostre azioni o i nostri progetti a determinare il "reale" e l'altro: è innanzitutto il procedere con lui o loro, è l'interazione tra, che cambia e ci cambia. È il nostro camminare insieme a produrre il processo di cambiamento e di cura in modo solo in parte "determinabile".

"Dipende"... Ecco un avverbio che dovrebbe essere molto più utilizzato da chi si occupa di sofferenze e fragilità. Non vi è in ciò nessun relativismo e nessun rifiuto dei saperi teorici e metodologici di intervento. Ma questi vanno radicalmente ripensati se si vuole rispettare la natura dinamica del reale. In questo ripensamento, va coltivata la consapevolezza che osservare una realtà significa perturbarla: per potervi partecipare (esserne parte) è quindi necessario agire in e con essa. I saperi e i metodi, le nostre azioni e anche le nostre strategie sono quelle perturbazioni che ci consentono di partecipare alla realtà senza dominarla.

Partecipiamo e promuoviamo processi che ci servono per essere parte di ciò che solo marginalmente dipende da noi, e per il resto dipende invece da ciò che non possiamo determinare: l'atro i sintomi e il contesto.

Dice Gunther Anders: «Cambiare il mondo non basta. Lo facciamo comunque. E, in larga misura, questo cambiamento avviene persino senza la nostra collaborazione. Nostro compito è anche interpretarlo. E questo, precisamente, per cambiare il cambiamento. Affinché il mondo non continui a cambiare da solo, indipendentemente da noi. E, alla fine, non si cambi in un mondo senza di noi" (Galimberti 1994, p. 200).

Non avere paura

Se il ragazzo o la ragazza che abbiamo di fronte percepisce che noi temiamo la sua distruttività, il suo lato oscuro, la possibilità sempre presente del suicidio, dell'autolesionismo o dell'omicidio, non camminerà con noi.

So bene quanto anche questo sia difficile. Quanto sia difficile stabilire sin dove si può non ricorrere ai ricoveri in strutture psichiatriche e quando invece non si può non ricorrervi. So quanto è ambiguo ciò che sto affermando. Quanto dietro l'accettare la sfida che l'adolescente ci fa sia sempre in agguato l'onnipotenza del terapeuta e la sua codardia.

Il punto mi pare sia acquisire la capacità di esitare. Il tempo dell'esitare è un tempo molto importante. Esitare significa mettersi nella posizione di chi sa di non vedere, sa che lo spiegare impedisce la vista di ciò che ci è nascosto proprio dalle premesse inevitabili che lo spiegare implica. Sa che l'altro non è riducibile a qualsivoglia rappresentazione che inevitabilmente ci facciamo di lui.

Sa che se non accetti di perdere tempo non troverai il tempo della parola muta, quella non ancora detta e che può essere detta se non la soffochi col rumore del tuo sapere.

Ma sa anche che non si può non costruire una rappresentazione dell'altro, non si può non avere pre-giudizi, non si può prescindere dal nostro rumore e usare questa coscienza per porsi domande e non per trovare risposte.

Il conflitto tra reale e virtuale

Sulla seconda questione, parto da una premessa che fa parte del mio percorso di formazione e di ricerca. La domanda che presiede a questo approccio è: come costruiamo e individuiamo il mondo di relazioni significanti e significate in cui viviamo?

Il concetto di rete è un modo di definire la realtà di una persona, di una microcultura riconosciuta, di un contesto identificantesi in termini organizzativi e/o culturali.

Esso disegna lo spazio-tempo in cui detti soggetti si identificano e vengono identificati. Questo spazio-tempo è il frutto di un dare e ricevere significati tra i

vari punti rete. È ovvio che, quindi, detto concetto designa un punto di vista sempre e comunque soggettivo.

Ognuno di noi se prende una settimana tipo e guarda con chi instaura relazioni significative – il significato di questa parola è volutamente impreciso, poiché ognuno lo deve intendere a suo modo (altrimenti si perde il suo punto di vista soggettivo) – indicherà un certo numero di persone: 20-50, non molte di più.

L'80/90% del suo tempo-spazio si svolge quasi sempre lì. È lì nella sua rete, dove scambia identità, dove vive l'appartenenza. È a quella rete che ricorre per aiuto, per superare un disagio... per vivere. È lì dove cerca conferma, dove agisce polarizzazione o conflitto. È lì dove si genera e persiste (quando persiste) e si esprime la devianza, lo stigma, etc... concretamente. È lì dove ci si definisce, si definisce e si è definiti socialmente.

È lì dove, in ultima istanza, si controlla e si è controllati etc... La rete è anche il luogo ove ci si rappresenta e si rappresenta la "realtà". Nella rete coesistono le coppie che identificano i vincoli e le possibilità: ad es. l'autonomia-dipendenza, ciò che è inutile, etc... e le procedure che le fanno coesistere (ad es. il governo delle dipendenze che produce autonomia e viceversa, etc...).

La rete è il luogo della conformazione delle rappresentazioni collettive. Sono queste i veicoli e i sensori di riconoscimento di ciò che si "deve" pensare per essere riconosciuti in una rete. Al di là del fatto che ogni singolo nodo possa pensare in profondità il contrario di ciò che si manifesta in superficie, sono le regole di conformazione il luogo in cui si giocano i meccanismi di controllo e di definizione sociale. Sono i quadri (le rappresentazioni) che contano.

La rete ammalia, la rete cura. La rete è il luogo ove si celebrano i riti con i loro simboli che danno senso al vivere. Nell'adolescenza ci si costruisce il mondo attraverso la costruzione di questo sistema di sensi e significati che ci rappresentiamo. Si esce dal modo di relazioni che sono in gran parte definite dal mondo soggettivo dei nostri genitori e ci si fa un nostro mondo.

Ora questo processo vitale e complesso oggi si è profondamente modificato. 50 anni fa era il gruppo dei pari, le frequentazioni di gruppi e associazioni varie che costituivano il terreno di costruzione, oggi in gran parte è il virtuale.

Quello che a me nell'esperienza clinica mi capita sempre di più di osservare è che, al di là di ogni giudizio, essendo il virtuale essenzialmente "tecnica" ed essendo la tecnica, come moltissimi autori hanno sottolineato (tra i tanti U.

Galimberti, 1999), funzionante e in quanto tale non questionabile, quest'ultimo è non questionabile.

La conseguenza, di tutto ciò, è che nella costruzione del mondo tutti noi non possiamo prescindere dal virtuale e dalla tecnica che lo crea. Io posso con un clic interrompere qualsiasi relazione aprirne quante ne voglio vere o false che siano in un modo assolutamente emotivamente poco rilevante per me stesso e per il mondo che mi posso creare.

Già, perché io mi posso creare un mondo di sensi e significati così come mi aggrada e dirmi, senza che nessuno e nulla mi questioni, che quel mondo è il mio mondo.

Ma se tutto mi è possibile nulla è possibile. L'uccisione del reale – per riprendere l'argomentare di un vecchio saggio di Jean Baudrillard (1996) – è questione davvero seria in riferimento ai processi di crescita degli adolescenti.

Quando infatti faccio riflettere sulla loro rete soggettiva ciò che emerge è o una povertà assoluta (riconoscono meno di 10 relazioni significative per loro) o una ipertrofia (citano centinaia di relazioni) che rimandano appunto alla rappresentazione di un mondo interno insignificante.

Senza significanti o con significanti insignificanti non abbiamo uno sfondo su cui, col tempo, costruire una figura, una identità ma possiamo cadere nella illusione di una onnipotenza dove i significati e i significanti sono proprio ed esclusivamente quelli che vogliamo noi. Questo rischio negli adolescenti è fonte di una sofferenza profonda.

La società palliativa

Sulla terza questione mi permetto qui di fare alcune considerazioni da vecchio antropofenomenologo:

Classificare e non classificare

La prima riguarda il rischio che si corre con gli adolescenti (particolarmente quelli di questa generazione) di aderire a una nosografia che sostanzialmente è stata pensata per adulti e che, anche per questi ultimi, mi appare spesso inadeguata a comprendere la weltanschauung del paziente.

Tornando ai casi che ho molto sommariamente descritto credo sia evidente come l'utilizzo del DSM-V e successivi sia sostanzialmente ben poco utile alla comprensione dei processi che individuano le tre persone.

L'adolescenza molto spesso si presenta molto più compatibile e comprensibile con ciò che L. Binswanger dice in generale sulle psicopatologie "l'esaltazione fissata, la stramberia e il manierismo non vengono giudicati in senso medico psichiatrico, come "minorazioni" patologiche, "deviazioni" morbose o "sintomi". Vengono bensì considerati come forme di mancata riuscita dell'esistenza umana."

A me pare infatti che proprio di questo si tratti: di esistenze mancanti, di "essere nel mondo" profondamente problematici proprio nell'esserci. Mi sembra che su questo terreno ermeneutico ci svelano e si svelano come un grido che dice: per poter essere libero e me stesso lasciatemi essere, lasciatemi poter essere.

Le nostre emozioni

Secondariamente credo che ci dobbiamo dire come psicoterapeuti che spesso il problema siamo anche noi. Difronte a X vivere di seduta in seduta, come paradigma, la paura che si compia ciò che appare inevitabile (l'uccisione o il ferimento della madre) è non ascoltarlo.

Commenterò più oltre la questione della paura. Voglio però qui condividere il profondo insegnamento che ho ricevuto quando per la prima volta lessi "Il caso Ellen West"². Restai esterrefatto che L. Binswanger avesse scritto un libro così profondo relativamente a un caso di apparente totale fallimento del suo lavoro.

Che lezione per l'arrogante e presuntuoso Roberto Merlo di allora (e forse anche se un po' meno di oggi) e mi colpiscono tantissimo le ultime pagine di commento:

² Oggi Ellen West sarebbe stata diagnosticata come affetta da una grave forma di anoressia ecc. Tutto l'ultimo capitolo del libro da p.147 a p. 202 è dedicato all'analisi clinico patologica del caso e ogni analisi ha sempre come corollario un bel e grande punto interrogativo...

Tutti concordiamo nello stabilire che non si tratta di una nevrosi coatta né di una psicosi maniaco depressiva e che non è possibile nessun trattamento di sicura efficacia. Giungiamo così alla conclusione di assecondare il suo assillante desiderio di essere dimessa... il terzo giorno del suo ritorno a casa appare come trasformata... Scrive alcune lettere; l'ultima è indirizzata alla paziente con cui si era intimamente legata nella nostra casa di cura. A sera prende una dose mortale di veleno e al mattino successivo spira "apparve allora, come mai nella sua vita serena e felice e in pace con sé stessa (Binswanger 2011).

Non tocca a noi definire l'orizzonte del senso e del significato della vita dei nostri ragazzi. Non tocca a noi dissuadere persuadere decidere e così via.

Tocca a noi fare con loro i conti con le forme di esistenza che manifestano o che non manifestano ma possono manifestare. Tra queste c'è il suicidio e la morte. È quest'ultima questione centrale nella relazione di cura con gli adolescenti.

Trovo davvero illuminante ciò che Davide Comazzi scrive nel capitolo del libro *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente* (pp. 200-229) e in particolare quando afferma che "per un adolescente fragile narcisisticamente, parlare realmente della morte con l'adulto significa permettergli di interloquire con una parte di sé molto privata e intima, una parte alla quale sono stati affidati i destini di equazioni simboliche importantissime sulla vita, la crescita, il corpo, la mente, la morte stessa" (p. 215).

Rispetto ci va, molto rispetto e pudore e sguardi che non manifestino mai la pretesa superiorità del curatore.

I paradigmi della cura

In terzo luogo la necessità per me urgente di ridiscutere i paradigmi del curare.

In un bellissimo articolo Marco Cerri (2001) poneva la questione delle forme di interpretazione della categoria della cura dal punto di vista del lavoro. Vorrei riprendere il suo ragionare per ampliarlo a tutte le forme di cura alla persona e di intervento sui fenomeni di sofferenza e fragilità sociale particolarmente

degli adolescenti. Il concetto di cura è stato declinato negli ultimi due secoli secondo tre linee ermeneutiche diverse:

- la cura come distruzione dell'altro in quanto altro;
- la cura come cambiamento dell'altro;
- la cura come compassione dell'altro in quanto altro.

Per ognuna di quest'ermeneutiche il punto di partenza è lo stesso: il prendersi carico dell'altro. Ma per ognuna il processo di realizzazione di tale "prendersi" segue percorsi completamente diversi. Vediamoli:

– La cura come distruzione dell'altro in quanto altro

L'aver definito come "traiettoria" dell'adolescenza quella dell'eroe semidio forte, invincibile e immortale ci ha reso emotivamente impraticabili la malattia, il dolore, l'incertezza e l'indefinizione.

Ciò ci ha precluso la possibilità di compatire quelle esperienze relegandole alle categorie dell'errore, del deficit, della patologia. E ci ha reso viepiù disumani nel senso che, spostando la nostra prospettiva di senso verso dio o l'eroe, ci siamo progressivamente privati del senso dell'umano e del comune.

Di qui alla costruzione dell'indispensabilità di un unico modello di forma "buona"; la differenza come segno di errore; la residualità di certe virtù come ad esempio la mitezza, ecc. il passo è molto breve.

Il risultato è di questi processi è, prevalentemente, l'insopportabilità dell'altro inteso come diverso e nulla è più diverso incerto, non conforme anche nel suo conformismo, di un adolescente.

Il corpo dell'adolescente, non a caso, è, come la sua anima, il luogo. L'altro è "ridotto", disarmato, reso inoffensivo; è oggetto. È l'oggetto della cura, non ha parola. È la psicopatologia che gli viene attribuita, la sua parola. È la biochimica alterata di quella psicopatologia, la sua parola. Ed è nella mano del medico che ne dispone, nel suo linguaggio volutamente criptico, la via della sua "riduzione". Il "sapere" gli è negato perché il sapere è del "curatore" e soltanto suo. È sua soltanto la voce che dice chi è "il malato" e quale "la malattia". La sua parola è scienza nel

senso della legge, non dell'approssimazione. E quando è legge, la scienza, si fa verità inoppugnabile.

L'adolescente è quindi separato e scomposto in modo tale che in realtà, alla fine dei conti, non esiste. La diagnosi non è quindi un processo di conoscenza in cui l'altro mi svela e si svela quanto me. La diagnosi è classificazione funzionale alla scomposizione che procede quindi all'aggiustamento del "pezzo".

Il prodotto non è più un altro da me che mi interpreta e mi chiede interpretazione. Non è un'ermeneutica dell'essere nel mondo che mi interessa. Non è, punto! E come tale non dice, non svela, non sorprende, non...

– La cura come cambiamento dell'altro

In questo paradigma l'altro non è più insopportabile... è sbagliato, è non ancora, incompleto.

Più precisamente è fuori norma nel senso che è fuori del range (minimo↔massimo) che definisce la salute. Come, per analogia, nelle analisi del sangue o nella epidemiologia o nella statistica.

Il folle e il diverso sono uno scarto nel senso matematico del termine, un vicolo cieco che va riaperto, un inespresso che va liberato.

La reazione che si ha di fronte a questo "errore" è "così non va bene". La colpa è di secondaria importanza; è "il non andar bene" la questione centrale.

Quindi il paradigma diventa: cambiare e riparare.

L'altro diventa soggetto nella misura in cui si lascia trasformare, si lascia cambiare. Ha parola nella misura in cui ridonda la parola del terapeuta e gli fornisce il materiale per farlo cambiare. È anche una biografia e non solo una patologia, nella misura in cui ritorna a essere come avrebbe dovuto essere. Esiste nella misura in cui è nella competenza del curatore che lo riconduce attraverso la sua conoscenza allo stato dell'essere che avrebbe dovuto essere.

"Nella misura in cui"... L'altro, in quanto altro, è condotto, segue. Se cambia è guarito. La guarigione è l'orizzonte del curatore, non l'altro in quanto altro. E il curatore non può fallire, pena il perdere l'orizzonte di senso e, quindi, sé stesso.

La diagnosi è la costruzione dell'orizzonte di senso del curatore, è l'individuazione dell'errore, della disfunzione. È la separazione dell'errore dall'errante che diventa così non solo non colpevole ma anche oggetto della riparazione.

L'altro in questa separazione perde il senso del sintomo che, al contrario di ciò che questa parola significa, non è più ciò che tiene insieme il paziente bensì il "nemico" da estirpare. Sicché può capitare che il paziente impazzisca, perdendo ciò che lo tiene insieme, attraverso proprio la cura del curatore. Si chiamerà allora questo: fuoco amico. Ciò che comunque lo terrà insieme è la cura del curatore, anche eventualmente per sempre.

Il prodotto è un estraneo da me. Non è un'ermeneutica dell'essere nel mondo che mi interessa.

L'altro è interpretato e deve imparare a interpretare il nuovo che non è mai stato: il cambiato, il guarito, il sano. È, se... puntini! E solo come tale, è detto, è svelato. Se cambia, se guarisce.

– La cura come compassione dell'altro in quanto altro

Questa è la parte più difficile per il curatore poiché sentire l'altro in quanto altro indipendentemente da ogni qualsivoglia categoria o condizione è letteralmente impossibile. L'altro, sul sentire, è e resta un luogo oscuro per il curatore. L'altro, dicevano i nostri vecchi maestri, è irriducibile a qualsivoglia parola o sentimento venga vissuto dal curatore

Irriducibile, non incompatibile. La differenza è enorme. La conosce bene chi fa clinica autentica e non "trucco".

Compatire non significa denudare l'altro sul piano del sentire e delle emozioni, né denudarsi. Significa essere disponibile a sentire ciò che l'interazione con l'altro fa pathos in noi e accettare questo pathos, prima di interpretarlo, come un "dono".

Il segno della compassione autentica è sempre la sorpresa, l'inatteso, l'arcipelago di cui parla Eugenio Borgna³.

³ Eugenio Borgna *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria* (Feltrinelli, Milano, 2000); *Melanconia* (Feltrinelli, Milano, 2002); *Come se finisce il mondo. Il senso dell'esperienza*

L'altro, allora, non è ridotto. L'altro ci chiede ascolto e attenzione autentica. Dialogo. Egli e io siamo dialogo così come ne parla Gadamer (2001) e dialogo è anche conflitto, discussione accesa a volte lunga e incerta nella sua definizione, ma mai monologo.

L'altro ha sempre qualche cosa da dire che vale la pena ascoltare. Ascoltare è interpretare, inevitabilmente. Ogni cosa compresa da un ascoltatore è tale poiché sta nel dominio del sistema di paradigmi con il quale egli ascolta, appunto. E questo dominio non è mai tutto il possibile poiché ogni ascoltatore è un soggetto e come tale è parziale.

Il dolore dell'adolescenza allora è parola, è significato significante, va compreso.

Esse ci parlano di volta in volta dei vari sensi che l'essere nel mondo ha, e spesso non sa di avere, ci schiudono alla nostra parzialità e precarietà e al senso che questo ci dà (e al non senso che danno l'onnipotenza e i suoi simulacri): sono le sponde che fanno il fiume e quindi la storia e il processo, non l'acqua (sono i limiti che danno senso...).

Esse sono voce da interpretare, voce oscura poiché la verità non è certezza ma approssimazione. È scienza autentica e come dice Conrad H. Waddington: "Il mondo che la scienza cerca di analizzare non è il puro mondo della logica, ma il mondo grezzo e disordinato di quanto accade realmente. (...) Tutto ciò che la scienza può fare è mostrare che certe cose sono molto probabili, altre improbabili. La sua raffigurazione del mondo assomiglia molto di più a un ritratto eseguito da un pittore copiando dal vero che non a un rigoroso teorema della logica" (1977, pp. 123-124).

Abbiamo assoluto bisogno dell'altro. Non per compiacerlo, non per costruire elegie sulla sua fatica (che anch'essa ci rimanda alla nostra), per buonismi da dame di carità. Invece, per guardarlo dritto negli occhi e aprire il pugno in una mano tesa.

E in quarto ma non ultimo punto, consentitemi, un richiamo al nostro compito di amare questi ragazzi. So bene che l'utilizzo del termine amore scandalizzerà molti ma nella mia parziale esperienza è questo un elemento importante.

schizofrenica (Feltrinelli, Milano, 2002); *L'attesa e la speranza* (Feltrinelli, Milano, 2005); *Come in uno specchio oscuramente* (Feltrinelli, Milano, 2007).

Ho voluto e voglio davvero bene a X, Y, W e tutti gli altri e le altre che ho incontrato. Credo che lo abbiano sentito e credo che questo sentimento abbia concorso a far sì che il curarsi e il curarci sia diventato la possibilità unica e singolare con cui siamo usciti dal dolore negato di cui tutti siamo portatori.

Parlo di dolore negato perché è questa una questione davvero decisiva nel riflettere e nel praticare la cura.

Come argomenta Byung-chul Han nel suo bel libro *La società senza dolore*:

Oggi il dolore è reificato al punto da essere mero strazio corporeo [...] L'insensatezza del dolore suggerisce più che altro che la nostra vita ridotta a processo biologico è a propria volta svuotata di senso. La sensazione del dolore presuppone una narrazione che inserisce la vita in un orizzonte di senso. Il dolore insensato è possibile solo in una vita nuda, spogliata di senso, che non racconta più (pp. 27-28).

Per questi ragazzi la società palliativa in cui siamo immersi è fonte di una lacerazione dell'essere che li priva della possibilità di accedere alla costruzione di senso, a un sentire in cui l'essere amati è possibile al punto che vale davvero la pena diventare adulti.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREOLI A., BORGNA E., GIACONIA G.; a cura di Grasso G. (1995) *Le ragioni dell'adolescenza. Il disagio giovanile tra neuropsichiatria infantile e psichiatria*; Milano: Guerini Associati
- BAUDRILLARD J. (1995) *Le crime parfait*; Paris Galilée, trad. it. Piana G. (1996) *Il delitto perfetto. La televisione ha ucciso la realtà?*; Milano: Raffaello Cortina.
- BINSWANGER L. (1944) *Der Fall Ellen West* Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, vol. 53, 1944; trad. it. di C. Mainoldi, *Il caso Ellen West e altri saggi*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Bompiani, 1973; (2011) *Il caso Ellen West* Torino: Einaudi

- (1956) *Drei Formen Missglückten Daseins*, Tübingen, Max Niemeyer Verlag; trad. it. di E. Filippini (1964), *Tre forme di esistenza mancata. Esaltazione fissata, stramberia, manierismo*, a cura di E. Filippini, Milano, Il Saggiatore.
- BOLWBY J. (1969) *Attachment and Loss, 1, Attachment* London: Hogarth Press; trad. It. (2000): Laura Schwarz e Maria Antonietta Schepisi *Attaccamento e perdita 1 Attaccamento alla madre*; Torino: Bollati Boringhieri
- (1973) *Attachment and Loss, 2: Separation: Anxiety and Anger* London: Hogarth Press; trad. It. (1995): *Attaccamento e perdita 2: la separazione dalla madre*; Torino: Bollati Boringhieri
- (1980) *Attachment and Loss, 3 Loss: Sadness and depression* London: Hogarth Press; trad. It. (2000): Carla Sborgi *Attaccamento e perdita 3 la perdita della madre* Attaccamento alla madre; Torino: Bollati Boringhieri
- (1988) *A Secure Base* London: Routledge; trad. It. (1989): Mariella Agostinelli *Una Base sicura*; Milano: Raffaello Cortina
- CERRI M. (2001) *I paradigmi della cura e il lavoro* in Animazione Sociale, n. 11: Torino: Edizioni Gruppo Abele pp.11-22.
- CHARMET G. P., BIGNAMINI S., COMAZZI D. (2010) *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente* Milano: Franco Angeli
- DSM V (2013) American Psychiatric association; edizione it. A cura di M. Biondi (2013) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*; Milano: Raffaello Cortina
- GADAMER H.G. (1972) *Wahrheit und Methode* Tübingen: J.C.B. Mohr; trad. it. R. Dottori (2001) *Verità e Metodo* volume 1 parte terza; Milano: Bompiani
- GALIMBERTI U. (1999) *Psiche e Techne*; Milano: Feltrinelli.
- GUNTER A. citato in GALIMBERTI U. (1994) *“Parole nomadi”*, Feltrinelli, Milano, p. 200.
- WADDINGTON C.H. (1977), *Tools for Thought* (1997) USA: Palladin; ediz. It. tradotto da V. Sala (1997) *Strumenti per pensare*, pp. 123-124; Milano: Mondadori

PAROLE CHIAVE: *Senso dell'esistenza, Paura, Virtuale, Società palliativa.*

KEYWORDS: *Sense of existence, Fear, Virtual, Palliative society.*

AUTORE

Roberto Merlo è uno psicoterapeuta che ha svolto prevalentemente lavoro clinico e si è impegnato nella realizzazione di diversi progetti per conto di diverse istituzioni (UE, Caritas Tedesca, Regione Emilia Romagna, Comune di Bologna), Associazioni (Gruppo Abele, Fondazione Zancan. New Start Project in Giappone) e Università (SUPSI università di Locarno, Universidad Ibero Americana) per citare le principali. Oltre alla clinica si è impegnato nella realizzazione e progettazione di progetti di prevenzione del disagio giovanile in diversi paesi Messico, Centro America, Giappone, Costa D'Avorio, Burundi.

SINTESI

L'articolo si propone di approfondire tre aspetti della attuale condizione adolescenziale sia sul versante fenomenologico sia sul versante delle conseguenze per il trattamento clinico. Mi riferisco a: (1) Il problema di vivere ed essere in grado di elaborare il distacco in tutte le varie forme che la vita e il quotidiano presenta; (2) La questione della costruzione di un mondo di relazioni e significati e significanti in cui sempre di più il reale è tranquillamente sostituibile con il virtuale; (3) Il problema del vivere in una società palliativa in cui il dolore il lutto la sofferenza sono disfunzione da sedare senza possibilità di senso e significato.

ABSTRACT

The article aims to investigate three aspects of the current adolescent condition both on the phenomenological side and on the side of the consequences of clinical treatment. I mean: (1) The problem of living and being able to process detachment in all the various forms that life and everyday life presents; (2) The question of building a world of relationships and meanings and signifiers in which the real is increasingly easily replaceable with the virtual; (3) The problem of living in a palliative society in which pain, mourning and suffering are dysfunctions to be overcome without the possibility of meaning and meaning.

ET RITROVA CASA
VIVERE UNA CRISI IN UNA “NORMALE” STORIA DI MIGRAZIONE
Lorenza Barbieri e Laura Guerzoni

Se per crisi psicologica intendiamo lo “stato che si verifica quando una persona si trova a fronteggiare un ostacolo che le impedisce il raggiungimento di importanti obiettivi vitali” (Caplan, 1964), dal punto di vista clinico dobbiamo necessariamente collegare questa parola ai “fattori di rischio e di protezione” che riguardano la persona colpita da tale stato. L’equilibrio interno di tali fattori ha un enorme rilievo nella determinazione e nella misura dello stato di crisi. Nell’ambito dell’accoglienza di rifugiati si fa riferimento a termini quali *emersione della vulnerabilità* (D.L. 142 del 18 agosto 2015), che impiega i clinici e gli operatori coinvolti nella prima accoglienza ad avere una specifica sensibilità rispetto allo stato di malessere del singolo all’interno del gruppo.

La parola vulnerabilità, rivolta alla popolazione migrante, ha una doppia valenza: si riferisce a coloro i quali hanno uno o più fattori di rischio legati a caratteristiche proprie (come l’essere minori) o a patologie (come i disturbi mentali o gravi malattie) o ad eventi traumatici (come torture subite, conflitti), come anche a sintomatologie e manifestazioni disadattive che emergono durante l’accoglienza. Molti di loro infatti partono per migliorare le difficili condizioni di vita e poi, durante il percorso, incontrano gravi difficoltà che possono portare a disturbi di vario spettro, da quelli ansiosi fino ai post traumatici o dissociativi. Talvolta siamo erroneamente portati a pensare che un richiedente asilo, quando arriva in Europa sia salvo, tanto che si sottolinea come siano persone “beneficiarie” dell’accoglienza. Si trascura però il fatto che, proprio perché vulnerabili, potremmo essere noi, con i nostri meccanismi burocratici e occidentali ad aprire delle *vulnera* (ferite) per le quali non hanno sufficienti fattori di protezione culturali, linguistici e sociali. Questa è la cornice dentro cui si inserisce la storia di ET.

La crisi

ET, 27 anni, scende all'aeroporto di Bologna nell'estate del 2019, interrompendo il suo viaggio verso una città Toscana, presentando uno stato dissociativo, per cui le Forze dell'Ordine lo trasferiscono immediatamente al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura più vicino. Dopo un breve ricovero viene attivato il servizio territoriale e nello specifico l'équipe Start-ER che si occupava di migranti vulnerabili. In quanto medico psichiatra indago, insieme al mediatore linguistico, quali potrebbero essere stati i fattori scatenanti. ET ci racconta che nel suo percorso migratorio più recente era stato ospitato in una struttura tedesca per nove mesi, fino al momento in cui lo avevano prelevato e messo su un aereo. Dal suo racconto si evince come lui non avesse compreso le motivazioni e i tempi per lui improvvisi del trasferimento in Italia. Quindi ET si è ritrovato all'improvviso su un aereo del quale non conosceva la destinazione, dopo un vissuto di relativa stabilità in Germania che gli aveva fatto presupporre, anche a causa della barriera linguistica, che lui fosse stabilmente al sicuro. In seguito alla valutazione della nostra équipe, la Prefettura di Bologna colloca temporaneamente ET presso un Cas nel territorio di Bologna.

Trattamento a breve e medio termine: l'importanza del lavoro integrato

I disturbi più frequenti che possono insorgere nella popolazione migrante rientrano nella cornice del disturbo post traumatico da stress e il primo passo, rispetto a uno stato dissociativo è formulare una buona diagnosi differenziale. Emerge da vari studi clinici che le allucinazioni dei flashback post-traumatici insorgono in stato di coscienza chiaramente alterato, vissute spesso come esperienze molto vivide e multisensoriali specialmente uditive, altamente personalizzate, solitamente echiche realistiche di esperienze traumatiche originali, associate a reazioni emotive coerenti con il loro contenuto. Inoltre, il soggetto che le sperimenta è spesso in grado di riconoscerne la natura patologica, di fenomeno "intrusivo" proveniente dalla sua mente.

Le allucinazioni schizofreniche, invece, appaiono di solito in stato di coscienza più lucido, sono a volte bizzarre, poco strutturate, meno vivide, definibili o localizzabili che nel trauma. Possono suscitare reazioni emotive inaspettate o

incongrue. Nonostante questa maggiore "ambiguità" sul piano sensoriale, il soggetto tende a non criticare o dubitare delle sue esperienze percettive ma, in modo peculiare, ad accoglierle "passivamente" come fatti reali. Manca, cioè, una vera consapevolezza della loro natura patologica. Pertanto, le più tipiche allucinazioni PTSD e schizofreniche, quando analizzate sul piano fenomenico, possono risultare distinguibili. Infatti, la cura del nostro ET è consistita in neurolettici a bassissimo dosaggio e lavoro psicoterapeutico sul trauma.

ET è stato collocato presso il CAS, subito dopo il ricovero all'SPDC. Immediatamente la struttura ha coordinato gli sforzi con il CSM territoriale, concordando un percorso unitario. In particolare, come psicologa psicoterapeuta, stabile presso il CAS, ho promosso una relazione di fiducia, che facilitasse l'adattamento del nuovo ospite al nostro centro. ET si presentava in uno stato di *hyperarousal*, con grosse difficoltà di concentrazione, mutismo e astenico. L'osservazione clinica mi ha portato a cercare con urgenza un mediatore in lingua, poiché ET parlava solo il suo dialetto. Questo ha fatto sì che i primi giorni la persona abbia vissuto l'isolamento linguistico che ha rallentato la possibilità di intervento repentino. Ho lavorato sulla relazione "alla giusta distanza" e con brevi dialoghi fatti da immagini, attraverso cui si faceva passare il messaggio che fosse *al sicuro*. Con la mediazione ho potuto promuovere tecniche di stabilizzazione, come la creazione di un luogo tranquillo.

ET presentava una scarsa competenza emotiva e un "pensiero concreto o alestitimico", però è riuscito a raccontare come la sua preoccupazione di essere rimandato in Africa non lo facesse dormire la notte. Questo pensiero per lui era insopportabile. In questa prima fase quindi ho lavorato sulla rassicurazione e sulla rilevazione di risorse. Il progetto avrebbe previsto che ET continuasse il suo viaggio, ma si sarebbe rischiesta una *ritraumatizzazione*. Pertanto, la psichiatra del CSM, nella relazione alla prefettura, sottolinea che nella struttura che lo ospita, ET sta creandosi delle relazioni significative sulle quali fonda la propria sicurezza, fiducia e possibilità di progredire nell'integrazione, quindi possibilità di infuturarsi. ET era allora persona fragile che necessitava di essere accompagnato verso ogni cambiamento con attenzione, calore affettivo e rassicurazioni.

Si concorda di continuare il trattamento psicoterapico, promuovendo gradualmente la relazione con gli altri ospiti e con gli operatori, in un'attività psicoeducativa di normalizzazione delle regole e rapporti della casa. Intanto anche i farmaci prescritti dalla psichiatra del CSM hanno avviato il loro effetto e per ET

incominciavano a formarsi cornici relazionali stabili. Solo quando il terrore e panico si sono tramutati in paura e timore pensabili ed esprimibili a parole, il sonno si è abbastanza regolarizzato e il livello energetico si è alzato, siamo passati ad esplorare gli episodi che lo hanno portato fino a noi. Determinante per ET è stata la prospettiva di una via legale, supportata dalle relazioni di certificazione sia psicologica che psichiatrica, che gli ha permesso di tornare a sperare in un percorso possibile e salvifico. Ecco che la capacità di stare in seduta e rielaborare gli eventi di vita traumatici diventava una cosa possibile e man mano sono affiorati i ricordi come narrabili.

La storia

ET nasce e cresce in un contesto rurale molto povero. Lui è il secondo di quattro figli, tutti lontani da casa. ET rimane a vivere con la madre. Il padre è mobilitato a servire la patria nell'esercito prima e poi come muratore in un cantiere edile ed è assente sin dalla nascita dei figli. Della gravidanza e parto non sappiamo nulla, ma nella prima infanzia, ET riferisce di aver saputo dai genitori di essere stato ricoverato per parecchi mesi in ospedale per una malattia di cui non ricorda nulla. Nella seconda infanzia ha frequentato la scuola primaria fino alla classe quinta e ha poi interrotto il percorso scolastico per andare a lavorare nei campi. Nella sua Nazione, infatti, dopo 11 anni di scuola tutti gli studenti sono obbligati a partire per terminare il dodicesimo anno scolastico presso il campo militare dove fanno anche l'addestramento militare. Dopo la maturità, in base al punteggio ottenuto viene deciso il percorso futuro di ogni partecipante. Se il punteggio è alto continui gli studi, se è basso possono stabilire di mandarti a lavorare in agricoltura, edilizia, polizia, esercito o altro per un tempo indefinito, come è successo al padre. ET racconta:

Dopo la scuola, sono le autorità a decidere se farti svolgere servizi per lo Stato così come il luogo e tu non hai voce in capitolo. Se uno rifiuta di eseguire gli ordini ricevuti finisce in prigione. Poi, ho ricevuto a casa due lettere di reclutamento, inviti a recarmi e registrarmi presso il governo per fare il servizio militare. Mi avevano trovato. Da quel momento in poi potevano bussare alla porta di casa nostra in piena notte e

prelevarmi. Ho iniziato a nascondermi e dormire nei rifugi di fortuna. C'erano retate ovunque intorno a noi e si vedevano spesso militari arrivare in piena notte e prelevare i giovani dalle case. Venivano anche a casa nostra e minacciavano mia madre. Avevamo paura e stavo male: vedere mia madre soffrire mi addolorava. Molti dei ragazzi reclutati venivano mandati nei campi di addestramento. So dai racconti che si trovavano in mezzo al deserto, non c'era da mangiare, mancava l'acqua. Qualcuno non sopravviveva all'addestramento.

Racconta poi come è maturata la decisione di lasciare il suo paese e di come il viaggio sia stato pieno di eventi traumatici:

Sono rimasto nascosto per due anni. Nei giorni precedenti la mia partenza sono venuti i militari nel villaggio e hanno prelevato molti ragazzi per il servizio militare. Sono partito una notte da casa mia e dopo tre giorni sono arrivato nello stato vicino dove ho pagato un trafficante. Cercavamo di non passare nei villaggi, ma di fare la strada nel deserto. Abbiamo sofferto la fame e la sete. Arrivati in un paese al confine ci siamo riparati in una casa; lì ho passato un mese, chiuso con tanti altri ragazzi, avevamo paura di spostarci, eravamo senza documenti. È arrivata un'altra persona poi che aveva il compito di portarci in Libia, è arrivato un Lory (camioncino) e ci hanno caricato in 100. Al confine ci siamo fermati per altri undici giorni. C'era chi non aveva soldi e doveva pagare per proseguire, minacciavano chi non aveva soldi di farseli inviare perché altrimenti l'avrebbero lasciato lì. Queste persone erano picchiate. [...] Siamo arrivati in Libia, era un posto orribile. Siamo stati ammassati in più di 400 persone in un capannone. Qui ho pagato altri soldi per scappare. Sono morte delle persone nella fuga. Ci siamo rifugiati presso una famiglia nel Sahara dove è arrivato un uomo che ci ha portato in un'altra struttura. Complessivamente ho passato un anno in Libia. Un giorno siamo stati caricati su un gommone in 90 e siamo partiti. All'imbarco ho visto un ragazzo del mio villaggio che stava malissimo ed è morto lì, prima della partenza. Ho dovuto avvisare io la famiglia della sua morte. Sono stato malissimo per questo evento. Mentre

eravamo in mare ho visto tante persone stare male. Poi sono sbarcato in Sicilia e trasferito in Toscana. In questo centro eravamo in tanti africani e alcuni di loro hanno deciso di andare in Germania e io non volevo rimanere da solo, così sono partito anch'io. In Germania non conoscevo nessuno, poi un connazionale che mi ha accompagnato in un centro e sono stato inserito in un progetto di accoglienza. Mi è stato dato un primo permesso di soggiorno provvisorio, quando sono tornato in Questura tedesca a rinnovare il permesso mi è stato detto che non potevo più stare in Germania.

Le tematiche rielaborate

Le narrazioni raccolte hanno fatto emergere tutte le ferite che hanno portato alla crisi vissuta da ET. Sappiamo che esperienze continue e ripetute di privazione lasciano spesso l'individuo con una sensazione di vergogna, colpa e mancanza di sicurezza, nonché l'incapacità di esprimere i propri bisogni e/o di vivere una reale intimità. Come abbiamo visto la storia di ET è costellata di esperienze connotate come fattori di rischio che sfavoriscono uno sviluppo cognitivo ed emotivo efficace e una coerente costruzione del sé. Per compenso pochi fattori di protezione come l'amore materno e la vicinanza del fratello maggiore hanno permesso a ET di costruire internamente un senso di fiducia nel futuro. Senso di fiducia che però è stato interrotto a più riprese nel corso della sua storia a causa degli avvenimenti traumatici con il culmine nel viaggio in uscita dalla Germania, momento nel quale ad ET si è riaperto l'incubo della precarietà che aveva parzialmente sedato nel periodo di permanenza in Germania. Questo è ciò che lo ha spinto ad uscire dal suo paese: *il terrore* di essere catturato dai militari e di vivere una situazione per lui insostenibile, non sapendo ciò che gli avrebbe riservato il suo progetto di viaggio.

Il tragitto verso l'Europa è uno strumento di fuga che risponde ad un disagio emotivo e non all'intenzione ragionata di costruirsi un futuro migliore. Se non ci fosse stata la *giffa*, ET probabilmente non avrebbe mai lasciato il suo paese. Il progetto poteva essere considerato semplice e lineare. Ma in realtà la migrazione è un cambiamento così profondo che può produrre molta sofferenza sulla psiche

della persona, tanto più se la migrazione è stata forzata. La migrazione allora diventa un trauma che genera stress psichico, sentimenti di impotenza, perdita dell'autostima, emozioni intense e spesso congelate, che emergono, dissociate dalla parola, sotto forma di sensazioni somatiche e reazioni comportamentali. Questo è ciò che ha provato quando è atterrato all'aeroporto di Bologna, probabilmente ignaro persino del luogo in cui si trovava. Qui, per la prima volta ha sentito di non avere più una strada stabilita, neppure da altri.

Conclusioni

Grazie al lavoro integrato tra psichiatra e psicologa e relative e équipe dei due servizi, ET ha potuto rielaborare le parti di sé nel passato, presente e futuro, che l'evento traumatico, culmine di un percorso di vita difficile, aveva disgregato. È stato tutelato dalle nostre certificazioni che hanno permesso di non riesporlo al trauma di un ulteriore trasferimento. Oggi ET permane sul nostro territorio, includendosi nel tessuto sociale, senza più sintomi correlati alla situazione sconvolgente il proprio senso di sé. Ora finalmente sta cominciando a vivere nuove relazioni significative sulle quali fonda la propria sicurezza, fiducia e possibilità di progredire nell'integrazione come l'apprendimento della lingua, eventuali approcci lavorativi adeguati, maggior calore affettivo e senso di speranza.

BIBLIOGRAFIA

- ARIETI S., *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino 1985; 522-36.
 BAKER D., HUNTER E., LAWRENCE E. et al. Depersonalization disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiat*, 2003; 182: 428-33.
 BOWLBY J., *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, 1983.
 CAPLAN, G., *Principles of preventive Psychiatry*. Basic books, New York; 1964.
 DION K.L., Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective, *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 1996.
 FARINA B., LIOTTI G., *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, 2018.

- GALIMBERTI U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino 2000.
- GRECO, POZZI, GREMIGNI, *La dissociazione. Fenomenologia clinica, sviluppi psicopatologici e implicazioni per la psicoterapia*, Maddali e Bruni, 2016.
- HIDALGO RODRIGO MI., DIAZ GONZALEZ RJ., LANA MOLINER A., et al., Depersonalization in panic disorders. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1997; 25(3): 167-71.
- HOLMES J., *La teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, 1994.
- LUHMANN N., *La fiducia*, Il mulino, 2002.
- MARTY P., M'UZAN M., La pensée opératoire, *Revue Française de Psychanalyse*, 27(suppl), 1963.
- MCWILLIAMS L.A., COXB J., ENNS M.W., "Trauma and depersonalization during panic attacks", *Am J Psychiat* 2001; 158(4): 656-7.
- MERLEAU-PONTY M., "Fenomenologia della Percezione", Il Saggiatore, Milano 1972
- MIRISOLA C., "Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat", 2017.
- MITI G., *I disturbi dissociativi della coscienza*, Carocci, 2013.
- PASCUCCI L., Schizofrenia: due anatomie diverse per lo stesso disturbo. *Beck News*, 27 Maggio 2020.
- RESNIK S., Cotard syndrome and depersonalization; contribution on the problem of negation. *Rev Psicoanal*, 1955; 12(1): 80-101.
- SEGUI J., MARQUEZ M., GARCIA L., et al., "Depersonalization in panic disorder: a clinical study". *Compr Psychiat* 2000; 41(3): 172.
- SHAPIRO F., *Manuale EMDR*, Raffaello Cortina Editore, 2019.
- SIERRA M., BERRIOS G.E., The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new. *J Nerv Ment Dis*, 2001; 189(9): 629-36.
- STERN D.N., (1985). The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology, trad.it.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- VERCILLO E., GUERRA M., *Clinica del trauma nei rifugiati*. Mimesis Edizioni, 2019.

PAROLE CHIAVE: *Crisi, Migrazione, Lavoro integrato, Vulnerabilità.*

KEYWORDS: *Crisis, Migration, Cooperation work, Vulnerability.*

AUTORE

Lorenza Barbieri è psichiatra e psicoterapeuta presso il CSM Casalecchio e il servizio di Salute Mentale Pavullo. Si è formata secondo la concezione operativa di gruppo promossa da M. De Berardinis con supervisione di A. Bauleo; conduce gruppi all'interno del SPDC di Ferrara. Ha partecipato al gruppo dipartimentale "Vulnerabilità e migranti" e al manuale *Pratiche di cura e migrazione: tra clinica e accoglienza. Le esperienze del progetto Start-Er 2022* con il contributo "Psicopatologia di un migrante: contenere la frammentazione con la connessione tra i servizi".

Laura Guerzoni è Psicologa Clinica e di Comunità, Psicoterapeuta ad approccio integrato con l'uso dell'Ipnosi Eriksoniana. Ha una specifica formazione sul trattamento del Trauma e lavora nel campo della Psicologia delle migrazioni dal 2018. Ha partecipato al manuale *Pratiche di cura e migrazione: tra clinica e accoglienza. Le esperienze del progetto Start-Er 2022* con il contributo "Psicopatologia di un migrante: contenere la frammentazione con la connessione tra i servizi". Ha conseguito un master in Psicodiagnostica e un corso di alta formazione in Psicologia Giuridica. È membro della SII e di EMDR Italia.

SINTESI

Le autrici portano un caso clinico su cui hanno congiuntamente lavorato, in modo integrato, ciascuna per le proprie competenze e con gli strumenti delle rispettive équipe di lavoro. La persona che ha necessitato del loro intervento è migrante in stato di crisi dissociativa acuta. Ne narrano l'accoglienza, l'intervento a breve e lungo termine.

ABSTRACT

The authors present a clinical case on which they have worked together, in an integrated way, each with their own skills and with the tools of their respective work teams. The person who needed their intervention is a migrant in a state of acute dissociative crisis. They narrate the reception, the short and long term intervention.

L'ANGOSCIA TRAUMATICA: ANALISI DI UN PROCESSO PSICOTERAPICO
IN RELAZIONE ALLA SOLA VARIABILE DI ATTACCAMENTO
Paolo Tirindelli

Una premessa: il punto di vista evolutivo

È una opinione condivisa, almeno entro certi ambiti della psicoanalisi e della psicologia, che la mente umana non nasce 'bella e pronta' ma è soggetta ad un lungo processo di maturazione evolutiva che ha il suo esordio in fasi precocissime dell'infanzia ed incrocia successivamente le principali stazioni dello sviluppo ontologico dell'individuo: adolescenza, maturità, presenio, senilità. Questa convinzione è supportata sia dagli studi sulla psicoanalisi degli adulti, sia dallo sviluppo, relativamente recente, della "infant observation". L'opera di Freud è stata fondamentale per comprendere le operazioni difensive dell'Inconscio, sulla base della azione della rimozione ed altre difese verso le principali angosce dell'individuo: l'angoscia di perdita dell'oggetto, l'angoscia di perdere l'amore dell'oggetto e l'angoscia di castrazione edipica. In questo senso il lavoro di Freud risultò fondamentale nella comprensione del passaggio evolutivo dalla fase pre-edipica a quella edipica dello sviluppo pulsionale.

Tuttavia fu solo in una fase successiva e grazie al lavoro con i bambini da parte di altri psicoanalisti come: A. Freud, M. Klein, D. Winnicott; i quali compresero la reale portata, profondità e intensità delle angosce infantili. In particolare mi riferisco al gruppo inglese dei c.d. teorici delle relazioni oggettuali: M. Klein, D. Winnicott, R.D. Fairbairn, W. Bion ai quali aggiungerei il lavoro di J. Bowlby.

La Klein, in particolare, postulò l'esistenza di un mondo interno o uno spazio interno abitato da oggetti fantasmatici con i quali il bambino intrattiene relazioni strettissime. Winnicott riuscì a concepire uno spazio più allargato che comprendeva sia il bambino che la madre in reciproca interazione. La concezione di uno spazio interiore del quale il bambino cerca di definire i bordi e la varietà degli

oggetti che abitano questo spazio (oggetti buoni, oggetti cattivi, oggetti distruttivi) portò ad una vera rivoluzione del concetto di angoscia nell'ambito della teoria psicoanalitica. L'angoscia assumeva un preciso significato evolutivo non solo in relazione alle vicissitudini pulsionali, ma soprattutto in relazione agli oggetti. La Klein infatti distinse una prima fase che denominò schizo-paranoide ed una successiva fase detta posizione depressiva. Ciò che emergeva da queste indagini era la straordinaria concordanza tra le caratteristiche delle prime angosce del bambino durante la fase schizoparanoide: (angosce di persecuzione, aggressive, cannibaliche, di attacco e svuotamento del seno e del corpo materno, di smembramento del corpo materno fino al totale annullamento, mentre l'oggetto buono riesce a lenire temporaneamente queste angosce); fino al raggiungimento della posizione depressiva, tappa fondamentale nel conseguimento di una identità propria, in cui si presentano le principali angosce depressive: l'orrida visione del vuoto provocato dal divoramento del seno, l'angoscia del 'buco', la consapevolezza di aver agito nel male e per fare del male e il conseguente sentimento di colpa. Il superamento di questa fase altrettanto terribile, quando è possibile, si ottiene con un movimento contrario di riparazione dell'oggetto accompagnato da un senso di gratitudine.

Orbene, possiamo ritenere che queste stesse angosce costituiscano l'abisso ontologico su cui l'uomo si interroga da tempo? Il terrore dell'abisso è propriamente angoscia del nulla, dello smembramento totale, della perdita di senso della realtà, del peccato e della colpa senza limiti, la percezione che l'oggetto non esiste più per propria causa. Questi argomenti meriterebbero una digressione filosofica poiché costituiscono senza dubbio un fondamento ontologico (vedi ad esempio nel pensiero di Nietzsche).

Tutto questo accadrebbe nei primi 6 mesi-1 anno di vita del bambino mentre ben poco si sa sulle reazioni del feto in utero. È indubbio quindi che dopo la nascita il bambino si trovi ad affrontare questo inferno. Tuttavia è grazie a Winnicott che comprendiamo come il piccolo possa farcela:

“In un tono più tranquillo, oggi, direi che la situazione che precede la relazione oggettuale è la seguente: l'unità non è l'individuo bensì una struttura costituita dall'ambiente (la madre in prevalenza) e dall'individuo. Il centro di gravità dell'essere non parte dall'individuo ma si trova in questa globalità formata dalla coppia. Una buona tecnica di

assistenza [...] si sostituirà gradualmente all'involucro, e il nucleo (che per noi non ha cessato di apparire come un piccolo figlio dell'uomo) può incominciare a diventare un individuo” (1958).

Winnicott aggiungerà che non tutti e per varie ragioni, tra cui l'entità della sofferenza, affrontano la posizione depressiva ma non per questo l'individualità fallisce “in toto”. L'importante è che il centro di gravità si localizzi “nel centro stesso dell'individuo, nel nucleo piuttosto che nell'involucro” (*op. cit.*). Tuttavia l'Autore non nasconde il fatto che il raggiungimento della posizione depressiva può accompagnarsi a fenomeni apparentemente regressivi ma in realtà funzionali ad una certa rassicurazione, quale può essere la percezione di Archetipi nel senso attribuito da C.G. Jung. È possibile che con questa affermazione Winnicott avvii la dimensione del sacro?

Inoltre, nella sua approfondita disamina dei casi, Winnicott sembra accorgersi del fatto che la maggior parte delle comunicazioni che intercorrono tra madre e bambino verrebbero strutturate nella forma dallo “psiche-soma”. Questo concetto fu inizialmente introdotto da Ferenczi nei suoi studi sui casi di abusi traumatici ed esprimeva la interazione funzionale tra psiche e soma: se il soma falliva la psiche si assumeva l'incarico di “copiare” e riprodurre le forme del corpo che in quel momento erano necessarie alla sopravvivenza (organi adibiti al contenimento, funzioni affini come presa e attacco ecc.); viceversa se è la psiche che fallisce il soma si assumeva il compito di diventare una mente per l'organismo. Per Ferenczi dunque psiche e soma sono perfettamente intercambiabili, funzione che lui riferì ad una antica eredità filogenetica che denominò: riflesso teleplastico (1932).

Winnicott assume il concetto di psiche-soma ma lo intende in modo leggermente diverso: la psiche consisterebbe in una “elaborazione immaginativa delle parti somatiche dei sentimenti e delle funzioni, cioè della vita fisica” (Winnicott, 1958). Sussisterebbe quindi un isomorfismo tra psiche-soma ed eventi fattuali. È grazie a questa struttura che si distingue una realtà interna nel soggetto da una realtà esterna costituita dal corpo e dall'ambiente. Per Winnicott la condizione di salute del “vero Sé” si basa sulla continuità dell'esistenza e riposa sullo sviluppo dello psiche-soma. L'attività mentale, sottesa dall'attività cerebrale, è un caso particolare del funzionamento dello psiche-soma; non c'è localizzazione di un Sé nell'intelletto e non c'è una cosa che si possa chiamare intelletto. “Bisogna notare”

– aggiunge Winnicott – “che lo sviluppo dello psiche-soma è universale e che le sue complessità sono ad esso inerenti, mentre lo sviluppo mentale dipende in qualche modo da fattori variabili, come la qualità dei fattori ambientali primitivi, il “caso” nei fenomeni della nascita e delle cure che seguono immediatamente la nascita ecc.” (*op. cit.*).

Appare consequenziale per noi tentare a questo punto una descrizione di questo carattere “universale” dello psiche-soma sia dal punto di vista della sua struttura dinamica, sia dal punto di vista della espressione della sua comunicazione inconscia. Potremmo ritenere, come suggerisce Winnicott, che “nei primi mesi di vita, (i neonati) potrebbero rappresentare sé stessi con un cerchio [...] in ogni caso abbiamo delle prove evidenti che a sei mesi un bambino usa a volte il cerchio o la sfera come un diagramma del Sé”. Se parliamo di una condizione di interrelazione madre -bambino di tipo fusionale-simbiotico in cui è ‘immerso’ lo psiche-soma del bambino antecedente alla formazione della sua individualità, possiamo ipotizzare che esso assuma l’aspetto di una sferula di raggio r a cui assegniamo una dinamica; sarà allora naturale per noi rappresentarci questo spazio di interrelazione come uno spazio T euclideo in R^n e la dinamica sarà individuata mediante un campo di vettori X su T (si tratta di un modello di approssimazione della dinamica; uno schema di utile finzione geometrico-immaginativa di tipo prettamente qualitativo). Potremmo rappresentarci questo spazio T come un sistema dinamico in cui un fascio di variabili nello spazio delle “fasi” (ad es. in R^4 che prevede tre variabili x, y, z più il tempo t) sarà in grado di produrre un effetto, possibilmente determinabile, sulla variabile dipendente rappresentata dalla Relazione e , nella fattispecie, sulla Relazione di transfert-controtransfert nel caso di una psicoterapia. Il sistema dinamico in questione sarà ‘non-lineare’, in cui la stabilità apparirà fortemente correlata alle condizioni iniziali.

Non si tratta qui di ‘alienare il Sé’ ma di predisporre un assetto dinamico che consenta di studiare lo “psiche-soma” in quanto fondamento del Sé comunicativo. Da un punto di vista epistemologico non andiamo oltre una parziale oggettivazione della soggettività, come in qualsiasi altro studio nell’ambito delle scienze umane. L’unica differenza è che si tenterà uno studio più ‘sintattico’ che ‘semantico’ utilizzando una metafora linguistica.

In un tale sistema dinamico non-lineare il risultato sarà sempre conseguenza di una certa interrelazione tra le variabili. Poniamo che le variabili siano: x il sistema degli Affetti; y il sistema delle Pulsioni; z il sistema dell’Attaccamento; t il

tempo di svolgimento del processo. Per uno studio analitico tenterò di isolare ciascuna variabile nel tentativo di comprendere come si comporta all’interno del sistema. La prima variabile, ed unica per quanto riguarda questo studio, sarà: l’Attaccamento ovvero il Sistema di sicurezza dell’individuo.

La variabile Attaccamento e il suo rapporto con il Sé

Fu John Bowlby a criticare apertamente la ‘teoria energetica delle pulsioni’ di Freud basata sui principi di Inerzia (il sistema nervoso tende a mantenere il livello più basso possibile di eccitamento) e il principio di costanza (il sistema nervoso mantiene questo livello costante). Per Bowlby i processi psichici in quanto non osservabili possono essere soltanto inferiti e selezionati in base al proprio sistema di riferimento (1972). Egli riteneva che le forme più complesse di comportamento istintivo sono considerate il risultato non tanto del mantenimento di equilibri energetici, quanto della “esecuzione di piani più o meno flessibili” (*op. cit.*). L’esecuzione del piano ha luogo quando si ricevono “particolari informazioni” dagli organi di senso interni ed esterni ed è guidata e fatta cessare dalla ricezione continua di altre serie di informazioni che originano dai risultati dell’azione intrapresa con possibilità di apprendimento. I centri di coordinamento che valutano i piani di esecuzione vengono definiti ‘Modelli operativi interni’ i quali, nell’ottica di Bowlby, analizzano le informazioni in arrivo e in partenza, coordinano i comportamenti finalizzati al mantenimento della stabilità e della sicurezza dei sistemi da loro controllati, secondo i principi di omeostasi e retroazione.

In una fase successiva, come osserva la Main (2008), ai comportamenti si sostituiscono schemi e rappresentazioni di eventi che agirebbero come moduli di base in grado di organizzare l’esperienza del bambino. I Modelli operativi interni riuscendo a rappresentare gli eventi vissuti dal bambino nella sua relazione con il “care-giver” contribuiranno a mantenere una memoria di tali interazioni e dunque una possibile narrazione basata su informazioni comunicative. Quindi il Modello operativo non offre una immagine ‘oggettiva’ del genitore quanto piuttosto la storia delle sue risposte alle azioni reali o programmate del bambino nei suoi confronti. Benché i Modelli operativi siano inconsci e tendano fortemente alla stabilità, sono in grado di modificarsi e riconfigurarsi in base al grado di soddisfacimento che offre la figura di riferimento. Guidano attenzione e memoria,

limitano o permettono l'accesso a certe forme di conoscenza del Sé, della figura di attaccamento e della loro relazione: non sono dunque delle entità statiche, bensì dinamiche in continua rimodulazione, in grado di codificare e ricodificare l'informazione in entrata e in uscita, in quanto selezionata in base ai segnali provenienti dall'ambiente. Entro certi limiti questo parametro lo si potrebbe anche quantificare nel senso della misura del grado di flessibilità (o rigidità) e attenzione. Secondo la Main anche il concetto di RIG di Daniel Stern potrebbe rientrare in questo nuovo concetto di Modello operativo.

La possibilità che determinati Modelli di attaccamento siano riscontrabili nel bambino o anche nell'adulto 'in assenza' della figura di attaccamento ha consentito alla Main di riformulare il concetto di Modello operativo in un senso rappresentazionale in cui l'informazione iniziale non è andata perduta in quanto codificata all'interno della memoria.

Questa scoperta non ha annullato ma anzi ha consentito di reinterpretare i risultati ottenuti da Mary Ainsworth (1967) nei suoi studi sulla interazione madre-bambino nella "strange situation" e che ha consentito di individuare almeno tre classi di bambini: i bambini con attaccamento sicuro, quelli con attaccamento insicuro-ambivalente, quelli con attaccamento evitante. A questi si aggiunse poi una quarta categoria: l'attaccamento disorganizzato. Queste classi apparentemente didascaliche individuano in realtà quattro diversi 'stili' di comportamento organizzato che è assai facile constatare anche nel comportamento in seduta di un paziente che si orienterà in base ai segnali e alle interazioni simboliche con la figura del terapeuta.

In termini di conoscenza metacognitiva cioè delle rappresentazioni mentali, delle immagini, dei modelli mentali e delle operazioni di ricognizione cognitiva, si sono osservate tendenze molto diverse nei tre stili di attaccamento. Nel caso di attaccamento insicuro o evitante si rilevano informazioni incoerenti, poco integrate o inaccessibili; i Modelli sono contraddittori e incompatibili rispetto al Sé e alle figure di attaccamento; la comunicazione non è intesa nel suo valore semantico di trasmissione di significati e la ricognizione metacognitiva è pressoché assente. Si parla in tal caso di 'Modelli multipli' in quanto contraddittori. Occorre tenere presente che la conoscenza metacognitiva è una informazione relativamente stabile, esplicitabile, che gli esseri umani hanno dei processi cognitivi propri e altrui. Il costrutto epistemologico di un mondo 'reale' si basa sulla consapevolezza che un evento può essere rappresentato in modi diversi dalla stessa

persona e in modi diversi da diverse persone. Vedremo come queste caratteristiche possono rivelarsi di particolare interesse per l'argomento che affrontiamo qui; vedremo soprattutto come possiamo attribuire un significato ulteriore al concetto di 'Modelli multipli', tenuto conto del fatto che lo stile 'sicuro' per le doti di astrazione e di ricognizione cognitiva appare meno funzionale al trasferimento di caratteri morfologici complessi.

La comunicazione inconscia secondo Robert Langs

Robert Langs (1986) ha formulato una propria teoria a proposito della comunicazione umana. Il complesso: emittente/destinatario/messaggio costituisce una Unità comunicativa. I messaggi interattivi umani che si scambiano in una relazione sono in realtà codificati, cioè subiscono una codificazione sia conscia che inconscia per cui vanno decodificati dal ricevente per poter essere compresi. L'espressione non è quindi un fatto diretto ma subisce la mediazione costituita dalla codifica. La codificazione di un messaggio parte sempre da uno stimolo attuale; in assenza di tale stimolo la codifica non avviene. Tale processo nella comunicazione umana sembra sia sorto, secondo l'opinione dell'Autore, a fronte di una necessità di protezione del messaggio da stimoli pericolosi, angosce traumatiche, paure. La codifica principale avviene a livello inconscio. L'inconscio attraverso operazioni di rimozione, condensazione, inversione nel contrario, spostamento (ciò che Freud ha definito come processo primario) è in grado di mascherare un messaggio che altrimenti potrebbe turbare severamente la condizione psicologica dei due attanti. I messaggi quindi si trasmettono in forma mascherata o distorta e per questo motivo vanno decodificati. Essi possono assumere livelli multipli di significato e presentarsi in forma di: linguaggio verbale, linguaggio non-verbale, segni, sintomi, simboli, narrazioni, sogni ecc. Gli scambi che avvengono anche solo tra due individui a livello inconscio sono innumerevoli ma l'Io conscio ne seleziona soltanto pochi e, nella maggior parte dei casi, mascherati in relazione ad una o più situazioni-stimolo (si ricordi ad esempio il ruolo dei residui diurni come promotori del sogno). La comunicazione conscia diretta può essere perfettamente comprensibile e tuttavia può mascherare a livello inconscio intensi vissuti di angoscia. In tal caso saremo in grado di distinguere diversi 'stili comunicativi'. Questi stili possono essere: semplici o diretti (prevalentemente consci

secondo le regole del processo secondario), oppure multipli (assommano livelli multipli di significato inconscio in relazione a situazioni traumatiche e/o angoscienti); gli stili multipli si distinguono per un elevato livello di mascheramento e distorsione a livello conscio. In altre parole maggiore è il grado di 'patologia psichica', maggiore è il livello di complessità della comunicazione. I livelli multipli di comunicazione li possiamo associare ai Modelli operativi multipli di attaccamento che abbiamo visto prima. Cioè Modelli multipli di attaccamento insicuro comunicano con livelli multipli di significato e sono quindi molto più complessi da decodificare dei livelli semplici o diretti riferibili a Modelli di attaccamento sicuro. Ad esempio un Modello di attaccamento insicuro ambivalente codificherà o decodificherà un messaggio eliminando inconsciamente le parti più disturbanti attraverso operazioni di rimozione, scissione, proiezione; in altre parole cercherà di risolvere con vari mezzi una condizione di ambivalenza insostenibile. Langs prende in considerazione anche il 'modello evacuativo' in cui l'emittente evacua il messaggio in direzione del destinatario il quale lo accoglie e nella maggior parte dei casi lo subisce. L'elaborazione del messaggio avviene dunque ad opera di un apparato mentale predisposto come una funzione digestivo-intestinale ed è alla base di quella difesa che viene definita identificazione proiettiva. Di particolare interesse sono i messaggi multipli elaborati dallo stile di attaccamento evitante. Spesso questi messaggi vengono espressi in forma di immagini o fantasie protosimboliche che assumono particolari significati per la persona che li produce in funzione autoprotettiva in risposta a traumi e riflettono una scarsa intenzione comunicativa (ne vedremo un esempio nel caso clinico successivo).

In definitiva riteniamo che si possa stabilire una correlazione valida tra i Modelli operativi multipli della teoria dell'attaccamento e i livelli multipli comunicativi della teoria di Langs. L'assimilazione dei livelli multipli di significato dell'informazione secondo Langs ai Modelli operativi multipli espressi dalla teoria dell'attaccamento avrà come conseguenza il fatto che emittente e destinatario condivideranno non soltanto i messaggi codificati in relazione ad uno stimolo ma anche gli stessi apparati di codificazione. Vale a dire che un'emittente insicuro-ambivalente attiverà nel destinatario un analogo apparato per la decodificazione e così per gli altri stili comunicativi; di conseguenza il contenuto o significato di un messaggio sarà sempre associato ad una forma che lo esprime e lo contiene.

Forma e contenuto potrebbero trovarsi in condizioni di forte incoerenza su più livelli, come espresso nei livelli multipli. L'incoerenza di tali processi potrebbe

esprimersi in divergenze e biforcazioni che renderebbero il sistema fortemente instabile e la cui stabilità dipenderebbe quindi dalle condizioni iniziali: si entrerebbe così nell'ambito della c.d. Teoria dei sistemi caotici.

Ulteriore complessità dell'Informazione

Se è vero, come sostiene R. Thom (1980), che: "l'informazione è la significazione più l'intenzionalità che la fa nascere e la diffonde", allora nel nostro caso dobbiamo considerare che nella interazione umana, soprattutto madre-bambino, la 'placca sensibile' che registra e configura l'informazione trasmissibile è quella superficie di elaborazione immaginativa che abbiamo definito come 'psiche-soma' secondo Winnicott. Ed è questa stessa superficie sensibile che potrebbe costituire il nucleo del Modello operativo interno. La codificazione dell'informazione effettuata dallo psiche-soma appare legata alla trasmissione di una morfologia cioè di una forma (lo psiche-soma è costituito infatti da una rappresentazione più o meno conscia) e il problema principale diventa allora: come fare a passare da una estrema instabilità di una forma iniziale alla stabilità della medesima forma nello spazio interno del ricevente? La domanda ha un senso dal momento che l'informazione nello psiche-soma parte da una condizione di 'riflessione' di una condizione iniziale su una superficie di rappresentazione e questo le conferisce un carattere di instabilità dinamica che associamo a ciò che la rende meno probabile.

La nota formula di Shannon secondo cui per un evento di probabilità p , $0 < p < 1$ (l'informazione aumenta della quantità $I = -\log p$, dove I la possiamo chiamare neg-entropia) non ci aiuta a definire una morfologia a meno che, sostiene Thom, non se ne dia una interpretazione topologica per cui: la rarità delle condizioni iniziali espresso dal valore di p , esprime una condizione di instabilità che tende inevitabilmente verso una condizione di stabilità, tanto più complessa quanto maggiore è la condizione di rarità delle condizioni iniziali (si noti che il valore di p oscilla fra 0 e 1). Ad esempio una matita in equilibrio sulla punta esprimerà il massimo di instabilità (rarità delle condizioni iniziali) e tenderà a cadere in una posizione che si assumerà come stabile. Se un certo evento traumatico accade ed è rappresentato su una ipersuperficie T di dimensione t e tale superficie è un sottoinsieme della varietà W di dimensione w , la differenza di dimensione tra le due varietà è espressa sempre da un numero discreto, definito codimensione $w-t$,

che esprimerà il carattere di improbabilità dell'evento. Più l'evento appare 'raro' cioè improbabile, più elevata sarà la sua codimensione e quindi il suo grado di complessità. Appare evidente qui come la condizione di instabilità iniziale coincida con la massima potenzialità della forma.

Si potrebbe concludere che dato un evento traumatico, se ne potrà sempre studiare il carattere morfologico legato all'informazione proprio perché l'apparato dello psiche-soma tende a caratterizzarlo in forma topologica, valutando la codimensione delle varietà che è sempre un numero discreto che indica la rarità ovvero la improbabilità delle condizioni iniziali.

Ci troviamo nell'apparente paradosso per cui eventi traumatici potrebbero dare luogo ad informazioni estremamente complesse purché se ne consideri anche la morfologia, il che è possibile solo con un cambio di modello che assegni una topologia alla raffigurazione dell'evento in questione come abbiamo visto in precedenza. Ma se un evento appare come evento complesso non si esclude che la sua raffigurazione: a) sia ricca di significati molteplici (suscettibili di essere codificati); b) che essa sia comunicabile; c) che possa anche funzionare come 'operatore-ponte' nel passaggio ad altre varietà.

Tutto ciò non deve essere confuso con il ricordo dell'evento che può anche risultare assente. Nel racconto del caso clinico di Rinaldo cercherò di esemplificare questi aspetti.

Rinaldo (18 anni)

R., circa un anno fa, viene segnalato al CSM dal Servizio di Neuropsichiatria infantile che lo segue da alcuni anni.

I genitori sono separati da quando R. aveva circa dai 6 ai 10 anni (le notizie fornite sulla separazione dei genitori non sono molto chiare soprattutto per quanto riguarda le date). A quell'epoca R. viveva da solo con la madre. Poi la madre ha iniziato la convivenza con un altro uomo. Si sono sposati l'autunno scorso (si intende qui rispetto al momento in cui è stato visitato presso il nostro Centro di salute mentale per adulti di BO).

R. parrebbe molto attaccato alla madre ed affezionato al padre. Ha molte difficoltà ad interagire positivamente con il nuovo compagno della madre.

Il padre biologico fa il meccanico e la madre è impiegata.

R. era molto affezionato al nonno paterno che morì giovane all'età di 58 anni per un tumore. Il nonno gli era molto vicino e si occupava di lui mentre i suoi genitori lavoravano per proprio conto e si erano separati. Quando morì il nonno R. aveva circa 14 anni. Nel ... R. perse anche lo zio paterno che morì in un incidente stradale.

Quando si scoprì che la madre aveva un amante R. era piccolo, aveva circa cinque anni ma ricorda bene come la madre tardasse a pranzo mentre lui l'aspettava.

Nel passaggio dalla scuola media alle superiori R. ebbe un episodio di crisi con oppositività e aggressività nei confronti della madre e problemi alimentari di tipo anoressico. Presentava movimenti ticcosi, depressione severa con idee autolesive, disturbi ossessivi. Fu ricoverato al DH per giovani adolescenti ed iniziò un trattamento psicoterapico e farmacologico con farmaci neurolettici (zyprexa, serenase) e antidepressivi (zoloft).

Superata la crisi, alle scuole tecniche superiori venne bocciato al primo anno del corso di elettronica e si iscrisse, quindi, al corso di perito edile (il suo campo specifico sono le norme che garantiscono la sicurezza nei cantieri di lavoro). La scuola gli piace ed è interessato, anche se quest'anno probabilmente verrà rimandato in due materie. Coltiva anche un certo interesse per la musica.

A 17 anni venne ricoverato in O.C. a seguito di un episodio con: febbre, disturbo visivo tipo annebbiamento, cefalea pulsante e ptosi OD. La diagnosi è di: "Emicrania con aura, pervietà del forame ovale". In anamnesi viene segnalato che fin da bambino il paziente presentava: episodi di iperpiressia con disturbi del linguaggio, associati a volte ad emicrania con aura. Alla TC cerebrale è stata evidenziata una piccola area ipodensa paraventricolare destra ed accentuazione dell'iperintensità del segnale alla RM di dubbio significato patologico. Si dubita che l'alterazione presentata alla TC abbia il significato di una lesione ischemica.

Più recentemente ha avuto un episodio di melena ed è stata diagnosticata una forma di rettocolite ulcerosa.

Mantiene la terapia con zoloft 50mg 1cp/die. Un tentativo di sospensione della terapia poco tempo fa aveva determinato la ricomparsa di alcuni disturbi, soprattutto: idee ossessive, alterazioni del vissuto corporeo (sensazione di liquidità corporea), alterazioni della percezione della continuità temporale del proprio sé, stato di sub-eccitamento con stato alternante dell'umore tra euforia e

depressione, tendenza al controllo onnipotente, stato di angoscia. Poiché si era spaventato molto aveva deciso di continuare la terapia.

Colloquio

Rinaldo (R) si lamenta dell'aria di chiuso e chiede di aerare il locale.

R: Sono appena tornato da un giro in macchina. Ho guidato io, però tendo ad andare troppo forte. Perché mi danno fastidio quelli che mi stanno attaccati dietro, allora tendo ad andare forte. Per levarmeli diciamo.

Terapeuta (T): E quindi guida accompagnato adesso...

R: Con mia madre.

T: È in attesa di dare la prova pratica?

R: Saper guidare so guidare. È saper fare quelle cose che vogliono loro che faccio un po' fatica. Ci riesco però.

(silenzio)

T: Ci sono state novità in questi giorni?

R: Mi sono mollato con la ragazza. Sì ma... l'ho mollata io cioè... Non mi trovavo più molto bene. Durava da quasi un anno.

T: E come sta?

R: Insomma... io normale, lei insomma non proprio però si va avanti cioè...

T: La cerca?

R: Sì. Ho deciso di stare un po' tranquillo, pensare un po' a me.

T: Prima ha avuto altre relazioni?

R: Sì ma niente di serio diciamo.

T: Innamoramenti...

R: Di questa qua ero innamorato, poi è calato... inizialmente tutti e due diciamo.

Non aveva senso continuare a prendersi in giro.

(*T* chiede il permesso di chiudere la finestra).

T: Come mai secondo lei c'è stato questo calo di interesse?

R: Voglia di cambiare.

T: È successo qualcosa?

R: No. Mi sono stancato.

(silenzio)

T: Mi stavo chiedendo, in merito alle vicende che lei ha attraversato, nei momenti più difficili che ci sono stati, come è stato possibile che lei sia stato così male? Lei questo se l'è mai chiesto?

R: Sì.

T: Ha mai cercato di darsi una spiegazione?

R: La sensibilità innata che ho. Se fossi stato una persona meno sensibile e più menefreghista sicuramente stavo meglio.

T: Un dato di sensibilità e rispetto a che cosa?

R: Ai fattori esterni, a qualsiasi cosa. Fattori esterni ma anche interni. Sono sempre stato molto attento. Tipo... questa mattina avevo una bollicina qua (si tasta la pelle), ero preoccupato, chissà cosa sarà mai.

T: Sensibilità che, secondo lei, ha sempre avuto oppure ad un certo momento è diventato...

R: L'ho sempre avuta. Poi è peggiorata, è aumentata.

T: C'è stato qualcosa che è successo?

R: Quando i miei si sono separati da piccolo, non capivo bene, quando ho cominciato a capire, inconsciamente però, ho cominciato a stare male.

T: Ma c'è stato qualcosa che ha reso questa separazione particolarmente sofferta per lei?

R: Sì il fatto che litigassero, che si dessero del torto, due case diverse, non mi piace tuttora figuriamoci allora, quand'ero più piccolo. Infatti adesso non vedo l'ora di andarmene per i fatti miei. Avere un posto mio, magari anche un buco, però mio, in cui nessuno mi rompa le balle... né i miei, in casa sempre a rompere se c'è qualcosa che non va. Quando mia madre è stata via per un paio di settimane con suo marito, sono tornati che la casa era più bella di quando sono andati via. Perché ho fatto tutto: ho dato lo straccio, ho fatto la lavatrice, la lavastoviglie. È stato ad ottobre quando si sono sposati. Io me la so amministrare, non sono mongolo, ho fatto la prova. Contentissimo. Non vedo l'ora. Sono tranquillo, perché nessuno mi corre dietro, mangio quando mi pare, se ho voglia mi stendo sul divano, convivere, per me anche per queste piccolezze è un peso enorme! Enorme! Non posso per ogni minchiata ricevere un trattamento così brutto. Mi mette in agitazione.

T: Che tipo di trattamento?

R: Ah! Tutto in giro, gran casino. Poi insulti. Ma dimmi te che fastidio ti dà se il piatto sta lì dieci minuti. Io voglio stare da solo, almeno la casa me la faccio come dico io che ho gusto, a differenza di loro. Giornali dappertutto, una parete piena stipata di libri che non legge nessuno. Guarda, dico a lui, spendi più te con i tuoi giornali di quello che spendo io.

T: Quindi i rapporti con il marito di sua madre come li definirebbe?

R: Non l'ho mai chiamato patrigno, non lo considero tale... comunque i rapporti non sono buoni. Avrò avuto sette anni quando l'ho conosciuto. Non c'ho mai avuto un rapporto ottimo, diciamo così.

T: Come mai?

R: Siamo due persone completamente diverse noi. Una cosa forse in comune: non riusciamo in nessun discorso ad agganciarci. Mi sono chiesto: come fa mia madre che assomiglia a me a stare... non per essere cattivi. Sa solo polemizzare, sa solo dire che non vanno bene le cose, mai una volta che mi dica qualcosa di bello, sempre tutto male. Qualsiasi cosa che faccio io. Qualsiasi.

T: Le osservazioni sull'ordine in casa le fa sua madre?

R: No lui. Soprattutto lui. Mia madre è come me, più di tanto non mi dice. Mi mette un nervoso addosso questa cosa che proprio non la reggo.

T: Che lavoro fa?

R: È un ingegnere. (I due coniugi lavorano nella stessa ditta). Forse forse comincerò a vivere. (Discussioni sui programmi televisivi). Mi viene la depressione quando guardo la tv mentre la guardi te. Presto, presto devo fare qualcosa perché se no vado nei matti. Veramente, devo stare da solo. Il mio posticino che me lo amministro io perché se no non vado.

T: Pensa prima di trovarsi un lavoro?

R: Ah sì, perché così non dura mica molto, vado giù di testa. La situazione è sempre stata così. Da quando è venuto a vivere con me e mia madre è sempre stata così.

T: È in casa da voi da quando aveva...

R: Dieci anni. (Discussioni anche sul fumo). Le tapparelle troppo abbassate. A me piace il buio. In casa tengo sempre in penombra, sempre. Mi rilassa da matti, sto troppo bene. Cose luminose in casa devono essere: il computer, la tv e qualche luce soffusa, ha presente quelle gialle, per il resto penombra. Discussioni su tutto...

T: Su cose minime.

R: Sì.

T: Quanti anni ha?

R: Quarantotto. Mio padre è più giovane, ha quarantaquattro anni. Vorrei provare da solo e vedere come va. Il problema sono i soldi. Invece di darli a mia madre mio padre potrebbe darli direttamente a me.

T: Ne ha mai parlato?

R: Mio padre è disponibile, mia madre...

T: Sua madre...

R: Non lo so... non mi ricordo cos'ha detto.

T: Sua madre quando lui le fa tutte queste osservazioni non interviene, non dice niente...

R: Sì, sì. A volte dice oh basta! bona! (Riprende la polemica con il patrigno).

T: Lei pensa che se avesse un carattere un po' diverso le cose andrebbero meglio?

R: Se avesse un carattere più simile a mio padre, perfetto. Mio padre si è separato perché litigavano troppo, non stavano più bene.

T: Lei cosa sa di questa separazione?

R: So che litigavano, poi si sono messi in mezzo i parenti che è la cosa peggiore e da lì la decisione. Mia madre già si sentiva con lui.

T: E lei di questi litigi cosa sa...

R: Il fatto che lei arrivava a casa tardi, faceva sempre da mangiare mio padre, mia madre arrivava tardissimo. Quindi mio padre le chiedeva dove sei stata... tutte scuse. Se le cose stavano così mio padre faceva bene a incazzarsi anzi, doveva incazzarsi ancora di più secondo me. Perché se capitasse a me una cosa così... Mia madre diceva che era per lavoro ma in realtà andava fuori con lui.

T: Quindi aveva già una relazione.

R: Secondo me sì. Lei ha sempre detto di no. Io so che un giorno mio nonno l'ha seguita in macchina assieme ad un altro parente, ha sbagliato però... ha visto che è uscita da lavoro e in macchina ha raggiunto un posto per trovarsi con lui invece di venire a casa da me. Io voglio andarmene per i fatti miei.

T: Viaggi ne ha mai fatti?

R: Sono stato in Egitto. Tornerei subito. Sono stato con mio padre. Ci siamo divertiti come dei matti. A settembre 2009 forse. Una settimana intensa.

T: Cos'è che l'ha resa particolarmente simpatica come vacanza?

R: Il fatto che io e mio padre siamo uguali. Lui ha più impulso, "esalta" (?) il bambino che è in me. All'inizio non ci volevo neanche andare.

T: Suo padre è accompagnato?

R (ride): A volte sì a volte no. Stavo pensando che lì dove abita mio padre c'è un capanno arredato nel giardino. Ed è stato reso abitabile. Potrei andare lì. Un po' un casino... (lo giudica poco fattibile. Dovrebbe anche acquistare una vecchia panda del '90).

T: In chiusura per stasera le chiedo se continua a prendere terapia.

R: Una compressa di zolof. L'ho preso per un certo tempo poi avevo sospeso poi ho ri-iniziato a sentire certe cose per cui... mmmh, ho pensato ad una ricaduta, siccome peggioravo, ho pensato di prendere qualcosa. Conosco il farmaco da quando avevo 15 anni. Prendevo anche zyprexa all'inizio. È orribile. Vedevo anche i cavalli correre. Io chiudevo gli occhi e vedevo i cavalli che correvano e mi dicevo perché? Poi ho preso l'haldol, ho avuto una reazione, si è gonfiata tutta la faccia... All'inizio prendevo anche i fiori di Bach, però... acqua fresca quelli lì, l'unica cosa era che erano a base di alcool.

(silenzio)

R: Vorrei aggiungere che sa... a volte avverto una sensazione... sento il mio corpo fluido... come se scorresse dell'acqua sotto la pelle...!

(Il colloquio termina).

Commento

Naturalmente non è possibile qui prendere in considerazione tutti gli elementi che emergono dal caso. Mi limiterò quindi ad alcuni commenti. Inoltre, trattandosi di un primo colloquio ha un carattere di tipo esplorativo e si mantiene in superficie.

Consente comunque a mio parere di cogliere alcuni aspetti importanti: innanzitutto lo stile comunicativo sembra caratterizzato da un costante evitamento delle tematiche centrali inerenti al trauma e rinvierebbe ad un Modello di attaccamento tipo evitante. Risulta evidente un quadro di estrema vulnerabilità sul piano psicosomatico con espressione di un malessere generale che non ha risparmiato il corpo. Il sistema appare dunque estremamente caotico in questa fase.

Possiamo supporre che il trauma in quanto tale non pare essere stata la separazione dei genitori quanto l'inquietante doppio volto della madre che si presenta ad un tratto al bambino di cinque anni, come viene riportato dal nonno che l'ha scoperta con l'amante; e, aggiungerei, una madre che rientra tardi la sera mentre tutti l'aspettano ed è costretta a mentire. Un doppio volto della madre, dunque, nella mente di Rinaldo: la madre accidentata, la madre 'buona' da un lato, e la madre amante, oggetto sessuale, e dunque madre 'cattiva' dall'altro. Rinaldo giunge a conoscere entrambi i volti della madre e nell'orrore di questa visione, di questo cambiamento, non si riconosce più, il suo psiche-soma subisce il trauma e si dissocia.

Peter Goldberg ha scritto un articolo interessante sulla dissociazione conseguente ad un trauma (Goldberg P., 1995). Egli sostiene che la grave angoscia conseguente al trauma subisce un processo di dissociazione nella mente andando a costituire un punto di estrema vulnerabilità, il quale, se emerge, ha un elevato potere di destrutturazione sull'intera personalità. Quest'area così fragile ed isolata in quanto è bloccata la percezione degli stimoli, viene protetta e mascherata da una sorta di "involucro" che è poi il modo o l'aspetto con cui si presenta la persona. Una sorta di 'falso Sé' caratterizzato da un atteggiamento superficiale, stereotipato, che esibisce una falsa affettazione, dietro il quale si percepisce un vuoto di senso. L'elemento interessante della teoria di Goldberg consiste nel fatto che la dissociazione appare invariabilmente correlata ad una sorta di 'restituzione' come tentativo di recuperare il piano di realtà, anche se ciò avviene in forma falsata.

Ritengo che Goldberg in un certo senso abbia ragione: l'aspetto di 'falso Sé' è percepibile in questi soggetti; tuttavia non è il solo. Qui la mia posizione diverge da quella di Goldberg. Infatti è possibile che accanto agli aspetti di banalità dell'involucro si presentino elementi comunicativi 'protosimbolici' fortemente orientati al superamento della dissociazione. Questi elementi hanno origine nella struttura dello psiche-soma e per questo sono dotati di una potente forza iconica, immaginativa, in gran parte inconscia che può affiorare alla coscienza solo in parte.

Nel caso di Rinaldo l'immagine protosimbolica emerge dallo psiche-soma soltanto ad un certo punto del colloquio: "le tapparelle abbassate, a me piace *il buio*. In casa tengo sempre *in penombra*, sempre. Mi rilassa da matti, sto troppo bene. Cose luminose in casa devono essere: il computer, la tv e qualche luce soffusa, ha presente quelle gialle, per il resto *penombra*". Ed ancora sul finale della

seduta: “a volte avverto una sensazione... sento il mio *corpo fluido*... come se *scorresse dell'acqua sotto la pelle...*”.

Si potrebbe anche riformulare la questione in questi termini: lo psiche-soma di Rinaldo, orientato secondo un Modello operativo multiplo simile al carattere evitante se osservato dal punto di vista della variabile ‘Attaccamento’, sotto lo stimolo di uno stato traumatico-dissociativo, ha elaborato una comunicazione di carattere multiplo(secondo lo stile del Modello operativo in questione) la quale possiede una morfologia, una forma, la cui complessità è espressione del tentativo di superamento dello stato dissociativo.

Si può approssimativamente inferire che il transfert di Rinaldo esprima un aspetto orientato all’evitamento delle sue problematiche principali mentre il mio controtransfert ha colto gli elementi iconici, solo parzialmente verbalizzati ed ancora non-analizzati, comunicati dal suo psiche-soma ovvero dalla parte del suo Sé che ho avvertito come più sincera. Questi elementi, come accennavo prima, si percepiscono come dotati di un notevole livello di complessità ‘semantica’, all’interno di una condizione di caoticità del sistema, al punto che possono essere intesi come tentativi di superamento dello stato dissociativo. In mancanza di una analisi più approfondita del significato attribuito da Rinaldo al suo vissuto corporeo, possiamo però tentare di rappresentarci questa complessità:

a) *L'acqua come elemento protettivo*

L’acqua può essere intesa come un elemento protettivo: le onde sonore si propagano con maggiore lentezza; i raggi luminosi subiscono una rifrazione per la differenza di densità tra l’aria e l’acqua. In profondità la luce fa fatica a filtrare e domina la *penombra*.

Il corpo di Rinaldo non è immerso nell’acqua come se fosse una regressione fetale; l’acqua scorre nel suo corpo come il sangue nelle arterie e nelle vene.

b) *L'acqua come immagine generativa e terminale*

Nel suo articolo “Mare del corpo, mare della mente, Sylvia Plath e lo spazio acquatico” Diego Salvadori ci parla del rapporto dell’Autrice con il mare dei suoi primi nove anni, trascorsi presso la località di Winthrop sulla baia di Boston presso i nonni (D.Salvadori, 2017). “Nella lirica ‘Edge’ ” – spiega Salvadori – “il

rimando alla dimensione acquorea è suggerito dal verbo ‘affluisce’ in riferimento al corpo femminile privo di vita, pronto a scorrere nei ‘ volumi della sua toga ‘ come se le carni fossero fatte di acqua ormai destinate a giacere in un fluido ipogeo. La pulsione di morte porta ad una liquefazione dell’Io scrivente ormai diventato pura virtualità: venuto meno l’ancoraggio alla vita... la soggettività si disperde e... gocciola tra le pieghe del reale fino alla totale incorporazione di un mare prebiotico che è fonte e origine della vita stessa”.

Continua l’Autore citando Mircea Eliade: “Il destino delle acque è di precedere la Creazione e di riassorbirla... Ogni forma non appena si stacca dalle acque, cade sotto l’impero del tempo e della vita, nel senso che ‘riceve dei limiti’, conosce la storia, partecipa al divenire universale, si corrompe e finisce per vuotarsi della propria sostanza se non si rigenera con immersioni periodiche nelle acque...”. È il ritorno ad un ordine primigenio.

c) *La luce sottomarina*

“La luce sottomarina è ‘ctonia’. La dialettica tra luce ed ombra (avviene) nella *penombra* sottomarina.

d) *L'acqua come onda*

“Il mare come onde latrici di immagini, un corale dove la musica si traduce in visioni marmoree, glaciali... (*op. cit.*)”.

Così Concetta Bianca e Francesco Salvestrini si esprimono in un capitolo tratto dagli Atti di un convegno sulle acque alluvionali di Firenze, dal titolo: “L’acqua nell’immaginario dei Monaci tra tardoantico ed alto Medioevo (sec. IV-IX)” (Atti del convegno, 2015). Gli Autori citano Origene secondo il quale: “Così le acque superiori, sopracelesti sono le ‘spirituales aquae’ invisibili, insieme vive e luminose, quelle inferiori sono le acque materiali, tenebrose ed oscure. Il firmamento, zona di confine del mondo materiale, divide due mondi, le potenze del bene e quelle del male, gli angeli e i demoni, gli uomini spirituali e quelli carnali”.

Interessante è il saggio di Giacomo Todeschini: “Come l’acqua e il sangue” (2021), il quale sostiene che la visione economica tra XII e XVI secolo era fortemente influenzata dai temi teologici della patristica (la struttura del corpo sociale

come corpo di Cristo in cui sangue ed acqua sgorgano dalla ferita inferta dalla lancia al suo costato). Il saggio di Todeschini attiene alla organizzazione della circolazione del denaro; può tuttavia risultare interessante per l'analogia tra corpo ed economia energetica (può essere anche un riferimento all'equilibrio pulsionale?). *Circulum et Fluxus* erano considerati gli elementi su cui si fondava l'equilibrio economico: la circolazione del sangue e il flusso dell'acqua. La *Circulatio* veniva così intesa da Tommaso d'Aquino: "Nell'uscita delle creature dal Primo principio si osserva una specie di movimento circolare (*quaedam circulatio vel regiratio*) per il fatto che tutte le cose ritornano, come al loro fine, verso ciò da cui sono uscite come dal loro Principio". Dall'altro lato Ambrogio da Milano concepiva il *corpo fluido* come una metafora al tempo stesso terrena e trascendente di ciò che fluisce come l'acqua che fluendo genera e porta prosperità. Un esempio di circolazione e di flusso si evince dal disegno anatomico di un codice del XV-XVI secolo (Fig. 1):

Conclusione

Si tratta di sottolineare due cose: benché le ricerche sugli stili di attaccamento solitamente vengano effettuate su bambini dall'anno in poi, studi sulla formazione di protomodelli operativi interni avvengono già dopo la nascita per cui viene colmato un certo divario tra le ipotesi psicoanalitiche sulle prime fasi di sviluppo del neonato e i modelli dell'Attaccamento. In secondo luogo ci tengo a precisare che le fantasie sul 'modello fluido del corpo' riportate nel caso clinico di Rinaldo hanno rappresentato un terreno che non è stato possibile in quel momento esplorare ulteriormente con il paziente; ciò non ci impedisce di osservare la ricchezza di significati più o meno reconditi che tale metafora porta con sé: se da un lato è evidente il risvolto narcisistico di tali fantasie, dall'altro risulta evidente una certa tensione verso l'oggetto che promuove un tentativo di superamento del trauma e dell'angoscia depressiva. Si tratterebbe di avviare una 'giocosità' con il paziente a partire da queste metafore che miri al superamento dell'angoscia.

Come se si trattasse di utilizzare una doppia visione, il terapeuta sposta costantemente la propria attenzione dallo spazio di interazione-correlazione delle variabili alla interazione di transfert/controtransfert osservando come man mano

questa è influenzata da quelle. Credo che in tal modo venga dato un maggior rilievo alla sintassi della relazione oltreché alla sua semantica.

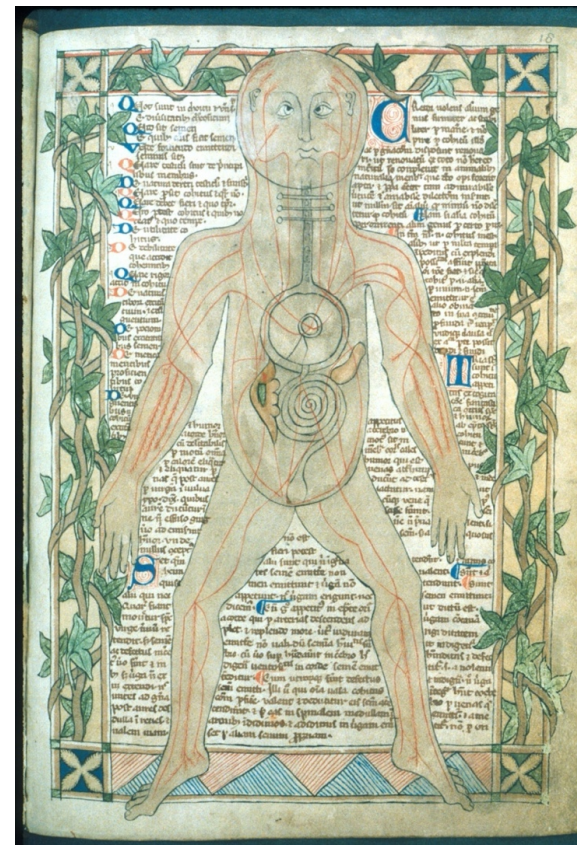


FIGURA 1

Foglio 19r del MS Ashmole 399, manoscritto composito risalente al 1250-1310 contenente trattati di medicina e aritmetica illustrati, conservato presso la Bodleian Library, Oxford University. La descrizione riporta: "Illustrazione anatomica che mostra le vene, da una miscellanea medica, prodotta alla fine del XIII secolo in Inghilterra". © Bodleian Library, Creative Commons Licence BY-NC 4.0.

BIBLIOGRAFIA

- AINSWORTH M.D.S. (1967), *Infancy in Uganda*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- BIANCA C. & SALVESTRINI F. (2015), L'acqua nell'immaginario dei monaci tardoantico e alto medioevo (sec. IV-IX), pag. 1-30, *Atti del Convegno di studio a cinquant'anni dall'alluvione di Firenze (1966-2016)*, Firenze 2015.
- BOWLBY J. (1969), *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment*. London: Hogarth Press (second edition: New York, Basic Books, 1982). Trad. it.: *Attaccamento e perdita*. Vol. 1 *L'Attaccamento alla madre*. Torino, Bollati Boringhieri, 1972 [prima ediz.], 1989 [seconda ediz.].
- (1973), *Attachment and Loss*. Vol. 2: *Separation: Anxiety and Anger*. London Hogarth Press (third edition 1988). Trad. it.: *La Separazione dalla madre*. Torino, Bollati Boringhieri (1978).
- FERENCZI S. (1932), *Journal Clinique*. 1958 Payot, Paris. Trad. it.: *Diario Clinico*. Milano: R. Cortina, 1988 [Seconda edizione 2004].
- GOLDBERG P. (1995), "Successful": dissociation, pseudovitality and inauthentic use of the Senses, *Psychoanalytic Dialogues*, 5:3, pag. 493-509.
- LANGS R. (1986), *Unconscious communication in everyday life*, Jason Aronson, Inc., New York and London. Trad.it.: *La Comunicazione Inconscia nella Vita quotidiana*. Roma: Astrolabio, 1988.
- MAIN M. (2008), *L'Attaccamento*, Milano: R. Cortina.
- SALVADORI D. (2017), *Mare del corpo, mare della mente. Sylvia Plath e lo spazio acquatico*. University Press, Firenze (pag. 311-326).
- THOM R. (1980), *Modèles mathématiques de la morphogénèse*, Christian Bourgois, Paris. Trad. it.: *Modelli matematici della morfogenesi*, Torino: Einaudi, 1985.
- TODESCHINI G. (2021), *Come l'acqua e il sangue*, Roma: Carocci.
- WINNICOTT D.W. (1958), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London, Tavistock Publications Ltd. Trad.it.: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Firenze: Giunti, 2017.

PAROLE CHIAVE: *Attaccamento, Comunicazione, Informazione, Morfogenesi, trauma, Dissociazione*.

KEYWORDS: *Attachment, Communication, Information, Morphogenesis, Trauma, Dissociation*.

AUTORE

Paolo Tirindelli – Nato a Feltre (BL) il 11/05/1956, medico specializzato in Psichiatria presso l'Istituto "P. Ottonello" dell'Università di Bologna. Ha effettuato la propria formazione nell'ambito della Psicoterapia Psicoanalitica sia con un "training" analitico personale, sia con la partecipazione a Seminari teorici e clinici. Ha scritto alcuni articoli su riviste di carattere psichiatrico come autore e co-autore. Ha lavorato come psichiatra sul territorio presso i Servizi Psichiatrici di Reggio Emilia e San Giorgio di Piano (ex- AUSL Bologna Nord). Ha lavorato presso il Centro di Salute Mentale di Casalecchio di Reno dell'AUSL di Bologna.

SINTESI

L'Autore si interroga sulla possibilità di studiare analiticamente il processo psicoterapeutico in relazione alla sola variabile dell'Attaccamento, all'interno di un sistema dinamico non-lineare. Viene studiato l'effetto dell'angoscia traumatica e della dissociazione le quali vengono registrate cioè codificate secondo gli stili multipli comunicativi con il 'care-giver', secondo l'ipotesi di Langs, e modulati dai Modelli operativi interni multipli secondo la teoria dell'Attaccamento. I Modelli operativi interni situerebbero in relazione alla funzionalità dello psiche-soma, struttura individuata da Winnicott, e che, in ragione di una configurazione morfologica dell'informazione, opererebbe topologicamente cercando di salvaguardare una forma stabile all'interno dell'area di caoticità traumatica: la rarità delle condizioni iniziali, cioè la minor probabilità che accada un evento (paragonabile ad un evento traumatico) produce strutture di complessità maggiore, in rapporto ad una esigenza di stabilizzazione della forma nel dominio del ricevente il messaggio. Ciò potrebbe suggerire che esista una possibilità di superamento della

dissociazione indotta dal trauma, utilizzando ‘giocosamente’ in terapia metafore, modelli, immagini protosimboliche prodotte dal paziente e dotate di un notevole grado di ‘potenzialità’ terapeutica.

ABSTRACT

The Author questions the possibility of analytically investigating the psychotherapeutic process in relation to the sole variable of Attachment, within a non-linear dynamic system. The study analyses the effect of traumatic anxiety and dissociation: these are registered – that is, coded, according to the multiple communication styles with the caregiver, by Langs’s hypothesis, and modulated by the multiple internal working models according to the Attachment theory. The function of the psyche-soma, a structure identified by Winnicott, is related to the center of the internal working models. Because of a morphological configuration of the information, the structure would act topologically, trying to safeguard a stable form within the area of traumatic chaos: the rarity of the initial conditions, that is the unlikeliness of an event (comparable to a traumatic event), produces structures of greater complexity in relation to the recipient’s need for a message whose form is stable. This might suggest that there is a possibility to overcome the dissociation induced by the trauma, by “playfully” using metaphors, models, and proto-symbolic images produced by the patient and having a remarkable therapeutic potential during therapy.

LA NATURA UMANA E IL SUO AMBIENTE: UN'ANTROPOLOGIA

Luigi Ferrari

1.

[1.1] Quello che chiamiamo “vita” è un particolare fenomeno chimico che, a quanto sappiamo finora, si è verificato solo sul pianeta Terra¹. Le condizioni fisico-chimiche che hanno permesso questo fenomeno le possiamo chiamare “ambiente”. Quello che noi chiamiamo oggi con questo termine, gli antichi lo chiamavano “natura”.

È solo da qualche decina di anni che l'attenzione della comunità scientifica si è focalizzata sul problema dell'inquinamento ambientale. Nonostante il dibattito sia ancora aperto e ci siano molte voci contrarie, la stragrande maggioranza degli scienziati concorda su questi punti:

- 1) le condizioni del pianeta sono decisamente degradate tanto da mettere in pericolo tutte le specie viventi, uomo compreso;
- 2) i livelli di questo degrado, in primo luogo il cambiamento climatico, sono già fuori controllo e sono molto vicini al punto di non ritorno;
- 3) è ormai acquisito che questa situazione sia da imputare al comportamento dell'uomo².

^{*} Ringrazio Bruno Molinari e Massimo Massimi, che hanno letto le bozze e mi hanno dato preziosi suggerimenti.

¹ Vita: la condizione di ciò che vive, cioè degli organismi dotati di una forma specifica, di una costituzione chimica determinata, capaci di conservare, ed eventualmente reintegrare, la propria forma e la propria costituzione e di riprodurle in altri organismi simili a sé. (Dizionario di filosofia Treccani).

² Occorre precisare che, secondo gli studiosi, ci sono state in epoche geologiche passate e prima della comparsa dell'uomo, diversi mutamenti climatici, (le più famose sono le glaciazioni), che indubbiamente devono aver avuto un ruolo sulle sorti di molte specie di esseri viventi. Ciò è stato usato, e ancora lo è, come argomento da parte di coloro che respingono la responsabilità umana su questo problema.

In questo scritto assumerò questi tre punti come premesse della discussione. Non è mia intenzione fornire un resoconto preciso delle problematiche relative alla crisi ambientale; per questo rimando all'ampia letteratura esistente, cartacea e online. Né intendo entrare nel merito degli aspetti tecnici delle proposte di soluzione a questo problema. Voglio solo analizzare e discutere quello che l'uomo è in grado di fare in proposito.

[1.2] Se, dunque, l'uomo è il responsabile del problema (ma ne sarebbe comunque anche la vittima), la ragione va trovata nella natura dell'uomo. Poiché la natura o essenza di qualcosa si esprime nella definizione, cominciamo da quella dell'uomo. Aristotele fu forse il primo a produrre rigorose definizioni. Egli usava spesso quella di "animale bipede" e quella di "animale politico". La prima definizione è largamente incompleta, in quanto potrebbe designare anche qualsiasi specie di uccello (egli la usava spesso, a titolo esemplificativo, nelle sue dimostrazioni), la seconda intende evidenziare l'intrinseca natura sociale dell'uomo. Ma non sono utili in questa sede.

Una definizione semplice, che è più adatta a questa discussione, può essere "animale razionale".

Quindi: Uomo = Animale + Razionale. Questa definizione, quindi, attribuisce all'uomo di una doppia natura, come è confermato da una vastissima letteratura in merito³. Analizziamo le due componenti:

ANIMALE: è un organismo vivente dotato di moto, atto a riprodursi. Ad essere precisi, la caratteristica fondamentale di ogni essere vivente è la riproduzione. Ogni individuo vivente, infatti, è generato da un simile e genera un simile, in un ciclo ricorsivo tendenzialmente infinito. Quando si dice che l'animale possiede *l'istinto di conservazione*, si intende proprio questo. Riprodursi è il compimento del mantenersi in vita. L'animale, si alimenta per sopravvivere e sopravvive per riprodursi, in modo che, se l'individuo scompare, la specie dura indefinitamente (in un certo senso è eterna). Alla base di questo processo c'è il *gene*, che attraverso la sua duplicazione tende ad un'esistenza indefinita. R. Dawkins dice che il gene è la parte immortale di ogni essere vivente. A tutto ciò bisogna aggiungere che la

riproduzione si realizza attraverso la competizione, che Darwin chiama "lotta per la vita".

RAZIONALE: uso questo termine per riassumere tutti gli aspetti dell'uomo che non appaiono compatibili con una natura puramente animale (linguaggio, pensiero, anima, divino, immateriale, immortale...). Questa componente dell'uomo è stata oggetto, nel corso del tempo, di spiegazioni mitiche, religiose, filosofiche e, infine, scientifiche. In questo scritto mi limiterò, ai fini del percorso che ho scelto per la mia discussione, a considerare la componente razionale dell'uomo solo dal punto di vista del *possesso della Tecnica*. Infatti, la specificità umana si è manifestata primamente nell'escogitare tecniche che migliorassero le sue probabilità di sopravvivenza. Inoltre è soprattutto con la tecnica che l'uomo incide sull'ambiente, e questo è proprio l'argomento di questo scritto. Dunque l'uomo sembra l'unico animale che usa mezzi tecnici. Chi voglia chiarimenti su quello che io intendo per "tecnica", riveda la parte iniziale di "*2001 Odissea nello spazio*", il film di Kubrick: l'osso che la scimmia usa per uccidere il suo rivale è il primo strumento tecnico. Però io non prendo in considerazione il monolite nero⁴.

[1.3] Avanzo qui una prima conclusione, cioè che la *Razionalità* è al servizio dell'*Animalità*. Questo è il risultato del ragionamento seguito finora, che schematicamente è questo: se l'uomo è animale razionale, e se l'animale persegue esclusivamente la sopravvivenza, e se la razionalità si realizza nel possesso della Tecnica, e se la Tecnica umana è il principale mezzo di sopravvivenza dell'uomo, allora la Razionalità è al servizio dell'Animalità. La conclusione sembra troppo perentoria. Molti, anzi la maggior parte, non saranno d'accordo: infatti nel corso dei secoli l'uomo si è sempre attribuito origini e finalità più elevate di quelle di un animale. In questo scritto io sosterrò due tesi contraddittorie, (i) che l'uomo è uguale agli altri animali, e (ii) che è diverso da essi. In realtà la contraddizione non c'è, perché le due affermazioni sono entrambe vere, ma su due piani diversi. Come, spero, sarà evidente fra poche righe.

³ Questa concezione compare già negli Orfici, poi nei Pitagorici e viene ripresa da Platone.

⁴ Questo monolite nero è un'intelligente metafora del perché l'uomo è a tal punto superiore agli altri animali. Esso riceve (da una civiltà aliena) un *input* che lo innalza da animale a uomo. Questa può essere considerata una versione alternativa, e laica, della creazione dell'uomo da parte di Dio.

Fin qui non c'è niente di particolarmente originale. Queste cose le hanno già dette in molti: tra di essi, Marx, Darwin, e Heidegger. Ma aggiungo anche che tutte le tecniche che l'uomo ha elaborato per soddisfare i propri bisogni non sono altro che estensioni del suo corpo al servizio dell'*istinto di conservazione*, che caratterizza tutti gli animali, anzi, tutti gli esseri viventi. Questa tesi è in linea con la mia affermazione precedente che la *Razionalità* è al servizio dell'*Animalità*. Inoltre la tecnica non è solo costruzione di strumenti che potenziano la forza muscolare, ma anche adozione di comportamenti che rendono più efficace il perseguimento della sopravvivenza (per esempio, la collaborazione in un gruppo nella caccia o il lavoro di gruppo in qualsiasi attività umana). Tutte le tecniche umane sono continuamente migliorate. Esse, inoltre, sono *conoscenze* che vengono conservate e tramandate.

2.

[2.1] Nel corso dei secoli l'uomo ha sentito il bisogno di spiegare se stesso in vari modi, ma sempre da un punto di vista inevitabilmente antropocentrico⁵: infatti ha considerato se stesso come qualcosa di superiore agli altri animali, e il possesso della tecnica era una delle prove di questa sua superiorità, assieme al pensiero, al linguaggio ecc. (In realtà nessuna di queste facoltà dell'uomo potrebbe sussistere senza le altre). Una leggenda greca racconta che Prometeo, un semidio, rubò il fuoco agli dei per donarlo agli uomini, che prima erano costretti a vivere alla stregua di animali, e per questo fu punito da Giove. Fuori di metafora, Prometeo avrebbe insegnato agli uomini ad accendere il fuoco, e questo procurò un miglioramento decisivo alla loro vita. Il fuoco è un bell'esempio di che cosa può fare la Tecnica.

⁵ Qualsiasi percezione opera da un punto di vista, e, se essa produce una conoscenza, come nel caso dell'uomo, la conoscenza non può che essere "prospettica". La percezione è sempre individuale, ma sommata alle percezioni degli altri individui genera una conoscenza collettiva, che però non può superare la specie. Quindi la conoscenza umana è appunto antropocentrica, cioè l'uomo si pone al centro del mondo in cui vive. Se ne era già accorto Senofane, uno dei primi filosofi. Vedi il fr. 13 in Diels-Kranz, *Presocratici*, a cura di Gabriele Giannantoni, I, Bari, Laterza, 2009, p. 171 e sgg.

[2.2] Il possesso della Tecnica dunque appare come una delle differenze, forse la più evidente, che distinguono l'uomo dagli altri animali. Però bisogna precisare subito che anche altre specie di animali possiedono tecniche – a volte complesse – per la propria sopravvivenza. Le api usano comportamenti articolati e differenziati per la ricerca del cibo e per la riproduzione, hanno una struttura sociale stratificata dovuta alle funzioni specializzate che hanno acquisito; un alveare possiede un'architettura al tempo stesso complessa e funzionale: è molto più che un rifugio! E così si può dire dei termitai, che sembrano cattedrali gotiche in miniatura. I castori erigono delle piccole dighe. Tutti gli uccelli si costruiscono il nido. Alcuni scimpanzé appuntiscono un bastone con i denti e lo usano come lancia per cacciare piccoli animali. Per non parlare poi delle varie tecniche di mimetizzazione per ingannare la preda o per sfuggire al predatore. Se si ammette questo, cosa che è comunque evidente, dove sta la specificità dell'uomo?

[2.3] Qui siamo a un punto importante della discussione. Tra uomo e animale non c'è una differenza *qualitativa*, ma ce n'è solo una *quantitativa*. Cioè, l'uomo è un animale come tutti gli altri e come molti degli altri animali possiede delle tecniche nel perseguire il suo scopo fondamentale di sopravvivere. Ma le sue tecniche sono più efficaci e, quantitativamente, più produttive rispetto a quelle degli altri animali. Ma questa differenza solo quantitativa ha prodotto un *gap* enorme nei confronti dei suoi simili. L'*homo sapiens* è apparso a se stesso come qualcosa di "superiore". Questa differenza ha inoltre giustificato la persistente credenza in una *doppia natura* dell'uomo: un corpo mortale, come quello degli altri animali, e un'anima immortale, non corporea. Ma questo dualismo non ha ragion d'essere⁶. Già Aristotele l'aveva ridimensionato concependo l'anima come *forma* del corpo e principio del movimento, presente non solo in tutti gli animali, ma in tutti gli esseri viventi, e, pertanto, mortale. Questa maggior efficacia della tecnica dell'uomo è confermata dal suo prevalere sulle altre specie nella competizione per la sopravvivenza. Infatti molte di queste⁷ sono state domesticate e allevate per

⁶ Dire che l'uomo è un animale come tutti gli altri non vuol dire degradarlo, ma rivalutare la condizione degli animali, che, essenzialmente, non sono inferiori all'uomo. Spesso gli uomini si sentono superiori agli animali proprio perché fanno cose o stupide o dannose o, comunque, superflue.

⁷ Alcune specie si sono estinte perché l'uomo ha sottratto loro il territorio da cui traevano il cibo, altre perché sono state facile preda dei sapiens cacciatori.

essere consumate come alimenti o sfruttate come forza lavoro. Dunque è indubbio che l'uomo è la specie dominante sul pianeta (però è altamente probabile che, in ere precedenti, altre specie siano state dominanti). Il perché dell'attuale dominio dell'*homo sapiens* richiederebbe uno studio a parte e perciò non sarà trattato in questa sede. Ma proprio questo ruolo dominante sarà messo in rapporto con il problema della crisi ambientale, nel senso in cui, secondo la comunità scientifica, ne è la causa principale.

[2.4] Gli animali, con le loro "tecniche", al massimo riescono a sopravvivere giorno per giorno e devono sempre ricominciare da capo (in realtà, ci sono molti casi di animali che accumulano cibo, ad es. per l'inverno); inoltre modificano l'ambiente in modo molto modesto e facilmente riassorbibile dalla natura (si può dire che un nido è "riciclabile"). Non così si può dire delle tecniche umane: gli uomini riescono ad accumulare risorse alimentari (e, in seguito, anche energetiche) e le loro tecniche sono molto più invasive e i loro prodotti occupano sempre più spazio e non sono facilmente riassorbibili nel ciclo della natura. Inoltre, e questo è molto importante, le tecniche umane si sono evolute e continuano ad evolversi con una rapidità progressiva, mentre quelle animali sono (in realtà, sembrano) immobili. Questa caratteristica delle tecniche è quello che l'uomo, a un certo punto della sua storia, ha chiamato "Progresso", che è considerato un virtuoso caposaldo della Civiltà (si potrebbero fare innumerevoli esempi). A questo punto della discussione, l'ammissione della superiorità della specie *sapiens* non modifica il fatto che l'uomo è, e rimane, un animale e che la tecnologia è al servizio dei bisogni animali.

Nella narrazione che l'uomo ha dato di sé nelle varie epoche della sua storia, il momento culminante, almeno nella cultura occidentale, è stata la dichiarazione della centralità dell'uomo nel mondo che gli sarebbe stato consegnato per usarlo a sua discrezione. Questa orgogliosa convinzione viene elaborata alla fine del '400 dagli intellettuali dell'Umanesimo. Essa non ha nessuna giustificazione, se non l'inevitabile antropocentrismo della nostra conoscenza.

[2.5] L'uomo, per mezzo della sua tecnica, non solo giorno per giorno appaga il suo bisogno di cibo, lo raccoglie e lo conserva per il futuro, ma amplia e diversifica le sue tecniche, impara a coltivare e a produrre oltre il suo fabbisogno, e, una volta consumato il prodotto, scambia l'eccedenza. Questa attività oggi si chiama

Economia. Inoltre la Tecnica è il Lavoro, cioè ciò che definisce il posto di ciascun uomo nella società.

[2.6] Ho già detto sopra che ogni essere vivente è mosso alla sopravvivenza da un istinto primario. Nell'animale-uomo, l'uso delle tecniche rende più facile la sopravvivenza di base, e, come la tecnica è l'efficientamento dell'istinto di conservazione, così questo istinto si raffina, si diversifica e si trasforma nella ricerca di qualcosa di più, il *benessere*, e una volta raggiunto questo non ci si ferma, la meta diventa la ricchezza, per alcuni il successo, insomma: il miglioramento continuo della propria condizione, un insieme di obiettivi che potremmo anche definire "felicità". Forse questo è alla base della perenne insoddisfazione dell'uomo che da molti è stata ritenuta come la molla del progresso? Quanto è stato detto sopra si riferisce ovviamente in prima istanza al mondo occidentale (questo ha avuto nei secoli molto più successo e ha inquinato l'ambiente molto di più. Ed è nel mondo occidentale che è nata la coscienza ecologica). Ma ormai alcuni paesi del cosiddetto Terzo Mondo sono sulla stessa strada e gli altri vi aspirano.

[2.7] Ho già detto sopra che la Tecnica, di per sé, è un insieme di conoscenze che vengono conservate e tramandate. Essa, quindi costituisce la Cultura "materiale" di ciascun popolo (nel senso adottato dall'Antropologia culturale). Grazie ad essa, il benessere si traduce nel miglioramento delle condizioni alimentari, abitative, culturali, igieniche, nel riposo. Nel "tempo libero" (*otium* dei Romani) hanno potuto prendere piede e svilupparsi tutte quelle attività non utilitarie che costituiscono la Cultura in senso alto, non materiale.⁸ Quindi l'uomo è anche "animale culturale". L'arte, la letteratura, la scienza e la filosofia ecc. sarebbero state possibili senza il successo della Tecnica? Si può forse dire che l'uomo si è incivilito a spese della natura?

[2.8] Qui devo richiamare l'attenzione su un aspetto importante dell'Economia. Nelle analisi economiche (le si può vedere spesso sui giornali e nei telegiornali)

⁸ Aristotele aveva intuito che l'attività intellettuale disinteressata presupponeva l'essere liberi da gravosi impegni lavorativi. Ciò significava innanzitutto non essere schiavi, non aver necessità di fare lavori artigianali per vivere e, questa è una novità, rinunciare all'attività politica. Aggiungo che ogni tecnica è un sistema di conoscenze applicate, e queste vanno conservate e tramandate, cioè insegnate.

quasi sempre la salute economica di una nazione è valutata in base al suo *tasso di crescita*. Se l'economia non cresce, va male, le Borse scendono ecc. Tornerò più avanti su questo aspetto. Per ora aggiungo solo che c'è una spinta dal basso che costringe tutte le attività umane a crescere. Tecnica, Progresso, Economia, devono coniugarsi con Crescita. Questo ci porta a fare la seguente considerazione: l'uomo non può evitare di progredire e progredire equivale a introdurre tecniche sempre nuove per incrementare il benessere. Sembra una condanna: l'applicazione della tecnica agli istinti animali originari sfocia in questa inarrestabile spinta alla crescita di tutto ciò che è umano. A questo proposito non posso fare a meno di osservare che non ho mai trovato neanche una riga di spiegazione, di critica o di preoccupazione, rispetto a questo aspetto dell'Economia, da parte di qualche esperto del settore. Probabilmente è colpa della mia ignoranza.

L'uomo, comunque, nonostante le sue componenti razionali, spirituali, culturali ecc., rimane fondamentalmente un animale e continua ad essere mosso dagli istinti animali basilari che gli ha fornito la natura. Anche se usa macchine sofisticatissime per soddisfare le sue esigenze, anche se lotta per conquistare diritti civili (che io trovo giustissimi!), io ritengo che, fondamentalmente, sia ancora quello che era e continua a far parte della natura, della Biosfera, che è messa in pericolo dai suoi stessi comportamenti, e quindi sono messe in pericolo, da lui stesso, oltre alla sua sopravvivenza, anche le sue stesse conquiste.

[2.9] A partire da una cinquantina d'anni è emerso sempre più chiaramente che il successo della Tecnica dell'uomo nel corso dei secoli della sua storia, è avvenuto a spese dell'ambiente. Prima il degrado era già in corso, ma nessuno se n'era accorto. L'uomo pensava che la Terra fosse a sua disposizione e fosse abbastanza grande per assorbire la violenza trasformatrice del lavoro umano. Una volta scoperto, con colpevole ritardo, l'effetto disastroso per l'ambiente di questa marcia trionfale, che cosa può fare il responsabile per rimediare?

Le premesse da cui sono partito in questo capitolo tendono alla conclusione che, se l'uomo, pur con la sua tecnologia, è pur sempre un animale, e quindi è spinto da istinti animali, non può che continuare a fare quello che ha sempre fatto e ancora sta facendo. Pertanto sembra che non ci sia rimedio al problema ambientale da lui stesso innescato.

[2.10] A meno che la specie *homo sapiens* riesca crescere senza degradare l'ambiente in cui vive (ovvero, riesca a coniugare "Crescita" con "Sostenibilità", secondo una formula che ritorna spesso nel dibattito). È la strada su cui si sono indirizzati tutti i progetti di risanamento ambientale promossi dai governi che ammettono l'esistenza del problema. Anzi, si può facilmente notare che il pensiero *green* è diventato una *tendenza*. Nessun politico si azzarda più a negare la crisi ambientale, quelli che alcuni anni fa erano contrari alle posizioni ambientaliste, ora si limitano a sollevare dei distinguo. Infatti recentemente, in molte parti del mondo, sono sorti molti progetti che puntano a realizzare questo programma⁹. L'Unione Europea, da parte sua, ha già deliberato che dal 2035 nel suo territorio non si potranno più vendere automobili a combustione interna. Si punta quindi ad una mobilità spinta da energia elettrica. Quindi, crescita sì, ma ecocompatibile: la produzione e l'economia continuano a crescere, ma si fa tutto con energia elettrica e questa viene prodotta senza combustibili fossili, ma con l'eolico, con il solare e con il nucleare (su quest'ultimo, però, il dibattito è ancora aperto). Quindi, secondo questi progetti, nel prossimo futuro non ci sarà la decrescita, come i Green più spinti o più ingenui hanno auspicato, ma una crescita "pulita".

Tutti questi numerosi progetti sono segnali positivi, che ci fanno sperare che stiamo imboccando la strada giusta¹⁰. Ma questo programma "sempre più tecnica, sempre più sviluppo, ma ecocompatibile" sarà sufficiente a risolvere il problema del degrado ambientale? Io non sono sicuro che questo basti. Ma anche questo livello minimale di cambiamento dei sistemi produttivi in senso green incontra resistenze, già adesso che non è ancora cominciato.¹¹ Comunque, anche

⁹ A questo proposito, riporto una notizia presa dalla Rete: "Gli Emirati Arabi Uniti hanno annunciato l'obiettivo di azzerare le emissioni di carbonio entro il 2050. In un tweet, lo sceicco Mohammed bin Rashid al-Maktoum, vicepresidente e sovrano di Dubai, ha annunciato che 600 miliardi di AED (circa 150 miliardi di Euro) sarebbero stati investiti nello sviluppo di fonti di energia pulite e rinnovabili nei prossimi tre decenni" (Gli Emirati Arabi Uniti puntano al 'net zero' entro il 2050 - HYDROGEN NEWS (hydrogen-news.it)).

¹⁰ C'è il sospetto che alcuni di questi progetti siano solo di facciata o servano a guadagnare tempo (se pensiamo a quelli messi in campo da paesi che da più di un secolo hanno fatto enormi profitti con gli idrocarburi e continuano a farne). Inoltre il settore automobilistico tradizionale è tutt'altro che in via di smantellamento. Ma non è costruttivo fare di un'erba un fascio, questi progetti accendono una luce di speranza e vanno incoraggiati e moltiplicati.

¹¹ Infatti, per limitarci al campo dell'industria automobilistica, il passaggio all'elettrico integrale, deciso dalla UE, incontra tre tipi di opposizione: 1) molti sono d'accordo in linea di principio, ma ritengono che il 2035

se questi progetti avessero successo, l'uomo sopravviverebbe in un pianeta del tutto "addomesticato": tutta la vegetazione rimasta si ridurrebbe o a coltivazioni utili ai fabbisogni umani, o ad abbellimento dei centri urbani, quasi senza vegetazione spontanea; le specie animali si ridurrebbero a quelle allevate per i fabbisogni dell'uomo, mentre quelle "selvagge" rimaste sono in via di estinzione, e, intanto, alimentano il turismo; e molte sono già estinte da tempo.

Date le premesse da cui sono partito, questo scritto si potrebbe considerare concluso con questo capitolo, perché, se l'uomo è un animale, non può fare scelte diverse da quelle che ho appena delineato.

Molti però sono convinti, e io sono tra questi, che il problema ambientale si debba affrontare in modo più radicale, rallentando la crescita dell'economia e quindi diminuendo i consumi (non ho intenzione di entrare nei dettagli di quella che ho chiamato "soluzione radicale", non è nelle mie competenze). Ma, per l'economia mondiale, questa opzione è una cosa enorme, superiore alle forze e alla volontà della specie umana. Latouche l'ha chiamata "decrecita felice" ed ha ricevuto critiche feroci. Ma io voglio tentare ugualmente di verificarne la percorribilità; però devo trovare nella natura dell'uomo uno spazio per una scelta che non sia condizionata dagli istinti.

3.

[3.1] È il momento giusto per affrontare una possibile obiezione: che ne è della libertà umana? Infatti nelle pagine precedenti non ne ho fatto menzione. È difficile parlare di libertà all'interno di una prospettiva biologica. In natura non esiste la libertà. Solo nel mondo umano questo termine ha un senso. E in esso la libertà assume un senso a livello sociale e etico.

sia troppo vicino; si richiede più tempo per prepararsi al cambiamento, anche se il punto di non ritorno della crisi ambientale fissato dagli scienziati è ancor più perentorio, il 2030; 2) l'auto elettrica penalizzerebbe i ceti meno abbienti, in quanto per molto tempo sarebbe più costosa; 3) per vari motivi, le modalità degli spostamenti privati cambierebbero notevolmente (i rifornimenti sarebbero più lunghi, l'autonomia sarebbe ridotta...) e l'uso del mezzo di trasporto privato quasi dovunque viene sentito come un diritto.

[3.2] Ma nel regno della natura c'è spazio solo per la Necessità, cioè per lo stretto determinismo delle leggi della natura? A questo proposito, si potrebbe riflettere sull'ipotesi formulata più di 50 anni fa dal biologo J. Monod, che la vita sia nata dal *Caso* e dalla *Necessità*¹². Ma introdurre il Caso in questa discussione quale significato può avere? Per aiutare la comprensione aggiungo il seguente passo di un altro testo importante:

«Burgess non solo rovescia le nostre idee generali sull'origine del modello [evoluzionistico darwiniano], ma ci colma di una nuova sorta di meraviglia [...] per il fatto che l'evoluzione sia arrivata in generale sino all'uomo. Noi siamo stati migliaia e migliaia di volte così vicini a essere cancellati in conseguenza dell'avviarsi della storia lungo una direzione diversa non meno ragionevole di quella che ha scelto. Se ripetiamo un milione di volte il film della vita a cominciare da Burgess, dubito che tornerà mai a svilupparsi qualcosa di simile all'*Homo Sapiens*. È davvero una vita meravigliosa».

Questo è un passo dal libro del biologo S. J. Gould, *La vita meravigliosa*. Burgess è una valle situata nelle Montagne Rocciose canadesi dove più di un secolo fa sono stati recuperati migliaia di fossili del Cambriano (è un periodo geologico che iniziò 590 milioni di anni fa e durò 80 milioni di anni), per la maggior parte resti di specie estinte. Da questa straordinaria scoperta Gould ha elaborato una sua teoria secondo la quale alla fine del Cambriano ci fu un'estinzione di massa di un gran numero di specie, tutte marine, che fino ad allora avevano dominato la Biosfera. In questo passo egli vuole farci sapere che l'uomo è arrivato per caso, non è il fine ultimo di una creazione o di una evoluzione.

¹² «[Le alterazioni nel DNA] sono accidentali, avvengono a caso. E poiché esse rappresentano la sola fonte possibile di modificazione del testo genetico, a sua volta unico depositario delle strutture ereditarie dell'organismo, ne consegue necessariamente che *soltanto il caso è all'origine di ogni novità, di ogni creazione nella biosfera*. Il caso puro, il solo caso, libertà assoluta ma cieca, alla radice stessa del prodigioso edificio dell'evoluzione: oggi questa nozione centrale della Biologia non è più un'ipotesi fra le molte possibili o perlomeno concepibili, ma è la sola concepibile in quanto è l'unica compatibile con la realtà quale ce la mostrano l'osservazione e l'esperienza. Nulla lascia supporre (o sperare) che si dovranno, o anche solo potranno, rivedere le nostre idee in proposito»; *Il Caso e la Necessità*, 1971, Milano, p. 113.

Che uso farne? Il caso dei fossili di Burgess e l'estinzione dei Dinosauri¹³, dovuta, secondo la teoria più accreditata, alla caduta sulla Terra di un enorme meteorite, sono eventi molto diversi ma hanno in comune il fatto che entrambi sono stati determinati dalla *casualità*. (cioè, da mutamenti casuali delle condizioni ambientali). Ed entrambi nel loro disastroso effetto hanno aperto la possibilità di sviluppo ad altre specie che prima erano marginali (per esempio, i mammiferi dopo la scomparsa dei dinosauri hanno avuto la *chance* di svilupparsi ampiamente occupando lo spazio lasciato aperto dai loro ingombranti predecessori). Questa teoria di Gould corregge in modo importante lo stretto determinismo dell'evoluzionismo di Darwin. Quindi il Caso rompe la ferrea uniformità del Determinismo, nel senso che: a) la vita stessa è nata da una casuale e imprevedibile combinazione chimica su migliaia, milioni, miliardi che si venivano a formare sulla Terra primordiale; b) a questo è seguita una serie di sviluppi strettamente deterministici, p. es. organismi viventi monocellulari ecc. finché una nuova combinazione casuale permetteva la comparsa di nuove forme di vita più complesse (organismi pluricellulari) che si sviluppavano fino a che una nuova casualità (cambiamenti climatici, eventi catastrofici, che mutavano le condizioni di vita in qualche zona del pianeta) ne faceva comparire altre. Senza il Caso non ci sarebbe stata la vita e non ci sarebbero state tante forme di vita diverse e così complesse. Forse non ci sarebbe stato neanche il Big bang. Il Caso è la pura possibilità, imprevedibile, e induce il cambiamento. Ma basta a introdurre nella Natura la libertà? Forse no, forse sì. Ma questo aspetto sarà ripreso più avanti.

[3.3] Noi uomini, però, sperimentiamo quotidianamente l'esercizio della libertà: cioè tutte le volte che siamo chiamati a fare una scelta. Questa parola ha una grande importanza nell'ambito umano. Ed ha una storia. Quando ha fatto la sua prima comparsa, l'aggettivo "libero" era riferito a chi non era schiavo, quindi designava la condizione sociale di una persona. Essere libero era un valore importante. Poi esso è stato usato per indicare la condizione di non soggezione di un popolo o di una comunità, es. la *polis*. E anche questo era un valore. Molti uomini

hanno combattuto e molti sono morti per la libertà¹⁴. Molti di più hanno rinunciato a battersi e sono diventati schiavi¹⁵. In seguito, attraverso la riflessione filosofica, la nozione di libertà è stata sottoposta ad un processo di idealizzazione e interiorizzazione ed è diventata una *libertà assoluta*, uno di quegli attributi che hanno giustificato la superiorità dell'uomo. In effetti, ci sono dei casi in cui scegliamo di fare qualcosa che non è legato a un desiderio o a una pulsione, ma che è ritenuto un bene in sé e non un vantaggio individuale. Questa è una scelta *morale* e presuppone, appunto, un ambito di *libertà*.

[3.4] Se l'uomo fosse libero a tutti gli effetti, non sarebbe più totalmente determinato dalle leggi della natura, come è stato affermato alla fine del capitolo 2. E allora l'uomo potrebbe fare delle scelte indipendenti dai propri istinti e potrebbe quindi trovare soluzioni molto più radicali per eliminare gli effetti del suo stile di vita, disastrosi per l'ambiente.

Osservo a questo proposito che la maggioranza delle persone chiamate a questa scelta morale, di cui ho parlato poche righe sopra, opterebbe per la soddisfazione del desiderio. Qui si aprirebbe un'altra questione: quanto è radicata la coscienza morale tra noi uomini? Un uomo che trova un portafoglio pieno di soldi e lo restituisce fa notizia, perché è un gesto raro. L'azione morale è certamente possibile e ci sono molti esempi, ma (in questa concezione della morale così elevata) non può che essere elitaria: solo pochi possono essere i *virtuosi*. È utopistico pensare che la forza di un imperativo morale possa indurre milioni e milioni di persone a rinunciare ad uno stile di vita acquisito a fatica o sperato con tenacia. Inoltre, attribuire all'uomo questa facoltà di scelta assolutamente libera (che solo un soggetto *spirituale* potrebbe avere), significherebbe ritornare almeno in parte a quel dualismo (corpo e anima, mortale e immortale ecc.) che abbiamo già respinto nel Cap. 1.

In effetti, il risanamento dell'ambiente è più un problema di sopravvivenza (che appartiene alla vita, e quindi alla biologia) che un problema morale (che è la

¹³ I primi Dinosauri sono apparsi sulla Terra circa 230 milioni di anni fa, e hanno dominato il pianeta per circa 165 milioni di anni. Non tutti i Dinosauri vissero nello stesso periodo. Il loro apogeo fu nel Triassico.

¹⁴ Nell'orazione funebre per i caduti nella guerra del Peloponneso, riferita, anzi ricostruita da Tucidide nelle sue *Storie*, Pericle esalta la libertà di cui godono i cittadini ateniesi, in modo più ampio rispetto a tutti gli altri Greci.

¹⁵ Sto facendo riferimento alla celebre trattazione che ne ha fatto Hegel nella *Fenomenologia dello Spirito*.

realizzazione di un Bene in sé, e quindi si colloca ad un livello che potremmo definire metafisico). Quindi questo tipo di libertà che abbiamo trattato finora non sembra utile all'argomentazione che stiamo conducendo. Dobbiamo trovare un percorso diverso, che assicuri all'animale-uomo, se non la libertà, almeno la possibilità di non essere totalmente determinato.

4.

[4.1] Dunque, è nella Natura che dobbiamo cercare la possibilità che un essere naturale possa adottare comportamenti alternativi. Il Caso non corrisponde alla libertà teorizzata dai filosofi, ma esso svolge un ruolo importante non solo sul destino delle specie viventi, come abbiamo già detto, ma anche su quello di ciascun individuo che ne fa parte. L'animale non è una macchina (che esegue un solo programma), come è stato sostenuto da Cartesio e dai materialisti del '700, esso è dotato dalla Natura di un istinto di sopravvivenza (quindi, innato), ma i *modi* con cui lo realizza non sono innati. Essi dipendono da un insieme di fattori quasi sempre imprevedibili. Un animale nella sua vita quotidiana, nella ricerca del cibo o nello sfuggire a un predatore, non compie sempre gli stessi gesti, per esempio può andare a destra o a sinistra, su questo o quell'albero, sopra o sotto, a seconda della situazione che il suo habitat gli offre, e l'esito di questa scelta (ho detto "scelta" volutamente) spesso è la vita o la morte. Se sopravvive ad una scelta sbagliata, esso eviterà questo errore in futuro (e se la scelta avrà avuto successo, la ripeterà), e questa consapevolezza (anche questo termine è usato volutamente) entrerà a far parte del suo bagaglio di esperienze (che, poi, sono conoscenze preziose), che saranno trasmesse ai suoi figli (cioè, faranno parte della sua Cultura¹⁶). Questo processo si chiama *imprinting*, ed è questo che procura ad un animale le conoscenze necessarie alla sopravvivenza. Senza usare un termine impegnativo come

"libertà", si può riconoscere all'animale una sorta di "spazio di manovra", ovvero la possibilità che esso si adatti ad un ambiente mutevole e cerchi di cogliere l'occasione. Infatti molti animali si sono adattati ai mutamenti indotti dalla presenza preponderante dell'uomo sul pianeta, altri hanno cambiato habitat, altri o si sono estinti o si stanno estinguendo per lo stesso motivo. Ci sono gabbiani che percorrono giornalmente centinaia di chilometri per andare a sfamarsi nelle discariche di grandi città lontane dal mare, altri per lo stesso motivo seguono le flotte dei pescherecci, altri continuano a pescare il pesce dal mare.

[4.2] Il Caso, quindi, apre o chiude tutta una serie di possibilità e provoca il cambiamento: costringe gli animali a variare i loro modi di soddisfare l'istinto di sopravvivenza predisposto dalla natura e l'insieme di questi modi (se hanno avuto successo e sono conservati e trasmessi) costituisce la "cultura" che molti (o tutti) gli animali possiedono. Dunque, l'apprendimento è la risposta alle sfide del Caso. Dato che l'apprendimento produce "cultura" (in senso originario), il Caso, quindi, è all'origine della cultura. E lo possiedono sia l'uomo che molti altri animali. L'unica differenza è la maggior complessità della cultura dell'uomo. Anche da questo punto di vista quindi viene ribadita la sostanziale uguaglianza di uomo e di animale.

Le soluzioni adottate dagli animali, di fronte alle difficoltà che il caso presenta, non sono rigide, ma devono essere innovative se devono risolvere situazioni non previste. Insomma, c'è uno "spazio di manovra" nel processo biologico, che sembrava prima del tutto determinato. Questo spazio di manovra può essere considerato uno "spazio di libertà" aperto a tutte (o almeno a molte) le forme viventi? Sembra un'affermazione azzardata. Ma se rinunciamo ad una concezione "alta" della libertà, che è una rielaborazione operata dalla filosofia, forse sì. Di conseguenza, quell'insieme di conoscenze, apprese tramite l'esperienza, che guida ogni animale nelle lotte per la vita, diventa patrimonio della *comunità* a cui l'animale appartiene (quasi tutti gli animali, infatti, sono eminentemente *sociali*). Esse diventano regole che, se ben gestite, proteggono la vita dei membri di questa comunità. Questo aspetto è stato osservato, per esempio, nella vita quotidiana degli scimpanzé, dove ogni gruppo sociale ha le sue regole. Esse, quindi diventano *usanze, abitudini*. Queste, con molta cautela, possono essere considerate delle lontane antenate delle regole che hanno costituito le norme di vita delle comunità

¹⁶ "Alcune megattere nate sui versanti opposti del Pacifico... affrontano un lungo viaggio dirette verso i medesimi territori di alimentazione al largo delle Aleutine, in Alaska, seguendo le rotte *apprese* dalle proprie madri, nel corso delle generazioni. Le destinazioni ... apprese dalle rispettive madri costituiscono un aspetto chiave della loro *cultura*" (C. Safina, *Animali non umani*, Milano, 2022, p.67). "I geni determinano quello che *può* essere appreso, quello che *potremmo* fare. La cultura definisce invece quello che *viene* appreso, il modo in cui facciamo le cose ... Quelle risposte, così modulate, sono la *cultura*" (Id. p. 82).

umane. Non bisogna dimenticare che i nostri termini “Etica” e “Morale” derivano dai termini antichi *ethos*, in greco, e *mos*, in latino (ed entrambi hanno lo stesso significato: “usanze”, “abitudini”, “costumi”). Se quanto detto avesse qualche fondamento, anche gli animali avrebbero una loro “morale” (ma perfettamente integrata nella Natura e funzionale alla sopravvivenza), e questo avvicinebbe ancora di più l’animale all’uomo.

[4.3] Qui devo inserire una precisazione che allontanerà un poco il mio discorso dal tema che mi sono proposto. A qualcuno potrebbe sembrare che io abbia contrapposto due “Morali”, una “alta”, che è stata messa da parte perché non utile a questa indagine, e una “terra-terra”, più adatta allo scopo, e, in un certo senso condivisa anche dagli animali, almeno i mammiferi superiori. Non era mia intenzione farlo, quindi la precisazione è necessaria. Quella alta è una elaborazione filosofica dell’altra. Questa Etica (ne troviamo esempi, diversi ma della stessa elevatezza, in Platone e in Kant) rifiuta l’utilitarismo e ha come obiettivo il raggiungimento del bene assoluto. Quella “bassa”, del tutto utilitaristica, è nata all’interno della natura ed ha svolto egregiamente la funzione di preservare la vita degli individui dai pericoli esterni ed interni alle comunità a cui essi appartenevano. Non vergogniamoci di questa *etica bassa*, che ancora funziona per la maggioranza degli uomini nella maggioranza delle situazioni, e coltiviamo quella alta, perché ci aiuta a migliorare. Per esempio, entrambe vietano di rubare, la prima perché è un male in sé, la seconda perché danneggia la comunità.

[4.4] Aggiungo ancora una cosa importante. Queste regole delle comunità per funzionare esigono che tutti i membri vi si conformino, perché, se tutti facessero di testa loro, la comunità cesserebbe di esistere. Quindi nei gruppi sociali si istituisce un *conformismo* che tende a impedire il cambiamento¹⁷. Questa dialettica

¹⁷ “I giovani scimpanzé apprendono facilmente. Come gli esseri umani, però, tendono ad assestarsi sui comportamenti che hanno appreso e, a quel punto, desiderano conformarsi. La scommessa sul sicuro è questa: fare quello che sta funzionando per tutti” (C. Safina, cit., p. 399). “L’apprendimento sociale sembrerebbe consentire agli individui di aumentare enormemente quello che apprenderebbero da soli. Crea però anche delle limitazioni (Id. p. 403). “Il mondo in cui ci troviamo però si muove velocemente ed è in continuo cambiamento. Quello che occorre oggi – agli scimpanzé e a noi umani – è la presenza di qualche non conformista in più, in grado di inventare adattamenti alle trasformazioni che noi stessi stiamo causando” (Id. p. 404).

Conformismo/Innovazione caratterizza tutte le comunità, animali e umane, e le può distruggere come le può salvare. Questo equilibrio instabile tra conformismo e innovazione segue, in genere, questo andamento: in tempi “normali” prevale il conformismo, perché fin tanto che le regole funzionano nel preservare la tenuta del gruppo sociale e la vita dei suoi membri l’eccezione mina la compattezza del gruppo, e quindi viene scoraggiata. Cioè, chi si comporta in modo anti-conformistico viene emarginato.

In tempi di crisi, quando l’habitat ha subito mutamenti, tanto che le regole (ovvero le conoscenze, ovvero la cultura) tradizionali non sono più efficaci, solo un’innovazione può salvare il gruppo, e il conservatorismo diviene negativo. Se l’innovazione ha successo e la crisi viene superata, si stabilirà un nuovo ordine ad un livello diverso (magari integrando le innovazioni con una parte delle vecchie regole, magari con nuovi leaders) e il gruppo sopravviverà. Nei gruppi umani questo meccanismo opera in misura molto maggiore¹⁸.

[4.5] Alla fine, forse, sono riuscito a trovare un po’ di spazio per la scelta, e, quindi, per la libertà, per questo animale che, per me, è l’uomo. E quindi a salvare la possibilità che l’uomo possa adottare comportamenti alternativi per cercare di salvare l’ambiente senza negare l’istinto fondamentale di sopravvivenza, ma lo realizzi in modo diverso. E questo modo diverso mantiene come obiettivo la conservazione della specie, moderando, indirizzando e, qualche volta, reprimendo i desideri degli individui (almeno quelli che possono essere considerati eccessivi, superflui e/o dannosi). Sembra quindi che sia stata aperta la possibilità teorica che, in materia ambientale, vengano fatte scelte più radicali. Quanto alla loro applicazione effettiva e al loro successo, rimangono ostacoli formidabili e resistenze accanite. Forse si potrebbe dire meglio che il problema è quello di passare da abitudini consolidate, che fanno resistenza, a comportamenti nuovi, che devono vincere questa resistenza. Quindi la prognosi rimane ancora molto problematica, tanto più che il tempo a disposizione è limitato, come ho già detto sopra.

¹⁸ Ciò assomiglia molto allo schema usato da Kuhn in *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Mi sembra una bella conferma di alcune tesi che ho sostenuto in questo scritto.

5.

[5.1] La soluzione che ho definito “radicale” (che è stata sinteticamente presentata alla fine del cap. 2), anche se realizzata per gradi, avrebbe conseguenze dirompenti sul sistema economico che si è affermato e consolidato nei secoli (è il Capitalismo) ed è ormai globalizzato. Si profila una situazione paradossale: il sistema economico che, apparentemente, l’uomo ha creato, sembra ora impedire all’uomo di fare scelte innovative e vitali. È la seconda volta che affermiamo che l’uomo è prigioniero di ciò che ha creato (v. la sez. 2.8, sulla Crescita). Gli ostacoli sono molti e corrispondono a questi tre tipologie: (i) i livelli di *presa di coscienza* del degrado ambientale sono diversi tra individui e soprattutto tra gruppi sociali; (ii) gli *interessi economici* sono diversi tra le varie zone del mondo (nel mondo ci sono 2 miliardi e mezzo di persone che non hanno nulla. La Nigeria, p. es., fra 30 anni sarà grande una volta e mezzo dell’Europa. Diminuire i consumi? Non ne vorranno sapere. E credo che sarà così in India, che si è affacciata solo di recente tra le potenze industriali. In Europa forse, in America forse, ma non è detto); (iii) ci sono inoltre gruppi di potere economico e politico che sono contrari al cambiamento e che possono influenzare pesantemente l’opinione pubblica e i governi, se si intende per cambiamento un’azione radicale di recupero ambientale.

[5.2] Quando interi settori produttivi si oppongono a blandi provvedimenti in difesa dell’ambiente¹⁹ (che si tradurrebbero in un danno economico non solo per gli imprenditori, ma anche per i lavoratori), in loro parla a gran voce la paura del fallimento economico e della povertà; e, dunque, è l’istinto di conservazione che fa sentire la sua voce, un impulso antichissimo, anteriore e più forte di qualsiasi ragionamento (questo atteggiamento si può spiegare anche in un altro modo, diverso ma complementare²⁰). Questo è l’ostacolo più forte al cambiamento del

¹⁹ L’11 luglio scorso gli agricoltori tedeschi hanno protestato contro la Delibera UE sulla “conservazione delle specie vegetali originarie”. Quel giorno era dedicato al dibattito sulla legge che riguarda il “ripristino della natura”, che mira a invertire il drastico declino degli ecosistemi europei.

²⁰ Si potrebbe spiegare altrettanto bene facendo ricorso al peso del conformismo che in ogni gruppo sociale, animale o umano, ha molto potere, come ho già detto poco sopra. In realtà, le due spiegazioni si integrano perfettamente, perché i gruppi, regolati dalla tensione tra conformismo e innovazione hanno come obiettivo primario la sopravvivenza, e l’innovazione, comunque, appare sempre, ai più, come un rischio. La prima spiegazione, quella riportata nel testo, è da ricondurre a meccanismi innati, come l’istinto di conservazione, la

modello economico e dello stile di vita. Essi non si rendono conto che è l’Economia così come è strutturata che è incompatibile con l’ambiente. O hanno paura di rendersene conto. La paura è più forte della ragione. Quando la ragione aiuta a soddisfare i propri bisogni, tutto va bene, ma, quando vi si oppone, la parte biologica dell’uomo è spesso più forte. Rinunciare ad un tenore di vita che si è conquistato con fatica e che si ritiene un diritto, oppure che non si possiede ancora ma si spera di conquistare attraversando un braccio di mare, è un sacrificio che pochi sono in grado di fare spontaneamente. È molto difficile far accettare la rinuncia con ragionamenti, perché si può sempre trovare una ragione che giustifichi quello che si desidera.

[5.3] Un problema come questo coinvolge gli aspetti più importanti della vita umana. Proprio per questo, i primi ad essere ascoltati dovrebbero essere gli scienziati. La scienza lavora per ipotesi e verifiche sperimentali, attraverso il cosiddetto metodo scientifico elaborato nel corso dei secoli. Le verità della scienza, pertanto, non sono dogmi e possono essere discusse; sono però le conoscenze più obiettive a cui l’uomo può aspirare. Nel caso del problema ambientale le verità della scienza sono molto amare e spetterebbe alla politica mediare tra l’ambito scientifico e la vita quotidiana dei cittadini. Ma di tutte le tecniche umane, la politica è quella più debole. L’esperienza della pandemia ha evidenziato che, quando si toccano interessi economici o abitudini radicate, tutto diventa enormemente complicato. E i demagoghi, o chiunque sappia accarezzare gli egoismi, hanno più audience. Insomma, far diventare una evidenza scientifica una convinzione condivisa dall’opinione pubblica, in modo che possa regolare i comportamenti e faccia accettare anche delle rinunce a qualcosa che sia considerato irrinunciabile, è una fatica di Sisifo. Come San Tommaso, se non si tocca con mano non si è convinti. Ma su questo problema che cos’è “toccare con mano”? Non basta la sparizione dei ghiacciai sulle Alpi, o ai poli? E tutto quello che è successo a causa dei

seconda, inserita in questa nota, è dovuta a meccanismi culturali, che comunque portano avanti il programma di quelli innati. Questo spiegherebbe le resistenze a qualsiasi progetto pro-ambiente, sia quelli soft, sia quelli radicali. Si può aggiungere che: i) la paura di diventare più poveri viene sentita come più vicina e più concreta rispetto alla paura che può suscitare il progressivo degrado dell’ambiente; ii) ci vuole molto coraggio ad abbandonare la strada vecchia per una nuova e piena di incognite; iii) il sistema economico, in cui le comunità umane vivono, quando è consolidato incarna il conformismo e quindi è restrittivo.

cambiamenti climatici quest'estate? Ma se, a detta dei più, il tempo per rimediare è poco e la via della persuasione è lunga, siamo in una situazione di stallo. Quindi, anche se la *natura* dell'uomo di per sé non frappone ostacoli al cambiamento epocale richiesto, la soluzione non è a portata di mano.

[5.4] I tre punti posti all'inizio di questo testo sono le conclusioni a cui è arrivata la comunità scientifica; li ripeto: (i) le condizioni del pianeta sono decisamente degradate tanto da mettere in pericolo tutte le specie viventi, uomo compreso; (ii) i livelli di questo degrado, in primo luogo il cambiamento climatico, sono già fuori controllo e sono molto vicini al punto di non ritorno; (iii) è ormai acquisito che questa situazione sia da imputare al comportamento dell'uomo. Essi dovrebbero produrre un consenso generale a una serie di interventi per la riduzione dello sfruttamento del pianeta che comporti una diminuzione dei consumi (è quella che ho chiamato sopra "soluzione radicale" il che, in parole povere, equivale a dire: essere tutti più poveri). Questa è non solo la scelta etica più corretta, ma anche la messa in atto di un "egoismo lungimirante" (frenare i vantaggi individuali in cambio della preservazione della specie). Ma abbiamo già esposto nelle righe immediatamente precedenti quali formidabili resistenze siano scese in campo contro questa prospettiva.

[5.5] Passando in rassegna la storia dell'uomo, è possibile notare che il potere più forte è quello della Persuasione, più forte anche della Forza stessa. È possibile anche notare che certe idee si diffondono in ampiezza e in profondità quando riescono a suscitare sentimenti molto forti, come è avvenuto con la diffusione del Cristianesimo nell'Impero Romano o l'espansione dell'Islam e in molti altri casi. Quindi, per poter meglio persuadere quante più persone nel minor tempo possibile, la coscienza ambientale dovrebbe diventare un'ideologia forte, anzi una nuova religione, che coinvolga non solo la mente (che quasi mai comanda al corpo) ma anche la parte più profonda dell'uomo, in modo da trasformarsi in sentimento, passione, che spinga all'azione e faccia accettare dolorose rinunce. È per questo che la religione primitiva vieta, cioè impedisce il soddisfacimento di una pulsione tramite una pulsione più forte: la paura della punizione divina (non rubare, non uccidere... dice la legge), quindi non fa appello a una comprensione intellettuale. E questo per proteggere il funzionamento delle comunità.

[5.6] Se l'uomo riuscisse ad accogliere dentro di sé la persuasione che la degradazione del suo habitat mette a rischio la sua sopravvivenza, non nel senso di una comprensione intellettuale generale, come se fosse qualcosa che tocca ad altri, ma come una credenza in qualcosa (le condizioni ambientali e climatiche) che invece tocca a ciascuno di noi (e che solleciti il lato egoistico dell'uomo, cioè coinvolga il suo istinto di conservazione), in modo che essa agisca come un forte sentimento di paura, ne deriverebbe un potente impulso a rinunciare ai vantaggi individuali immediati a favore di un vantaggio comune futuro. Rinuncia che realizzerebbe, in modo dilazionato, il suo istinto primario a sopravvivere. Non sarebbe un ragionamento astratto, ma qualcosa che sarebbe avvertito in modo più immediato, come immediata è la paura (per esempio, la paura spinge all'azione, l'angoscia no, essa spinge alla disperazione). E sarebbe un sentimento talmente forte da spazzar via le resistenze (l'attaccamento alle comodità e ai vantaggi del benessere in cambio del puro ed essenziale vivere). La difficoltà è riuscire a produrre questo effetto e quanto tempo ci vuole a produrlo. Aggiungo che, se la rinuncia a vantaggi immediati in cambio della salvezza meno immediata si affermasse e si consolidasse nella maggior parte delle comunità umane, essa diventerebbe un comportamento accettato e stabile. Diventerebbe una *consuetudine*, un'*usanza*, cioè un *ethos* acquisito. Non so dire quanto questa ipotesi possa essere fondata. La maggior parte di coloro che sono coinvolti, a quanto posso vedere, sembra più occupata su altri problemi.

6.

Per parlare di queste cose, bisognerebbe assumere un punto di vista obiettivo, cioè esterno, ma è impossibile, perché chi ne parla è inevitabilmente parte in causa. Sarebbe possibile solo per un alieno che osservasse la Terra dalla sua astronave. Se potessimo conquistare questo punto di vista, la specie *sapiens*, quando dispiega il suo apparato tecnologico distruttivo-costruttivo, apparirebbe come una parte della natura "fuori controllo", quasi che egli stesso fosse una malattia del pianeta (un virus sia in senso biologico che in senso informatico, qualcosa che infetta il sistema e lo fa ammalare. È stato detto infatti, durante la recente

pandemia, che il virus del Covid-19 uccidendo la persona che lo nutre uccide anche se stesso).

Però, vista da altezze ancor più stratosferiche (p. es. dal punto di vista del tempo geologico della Terra), l'anomalia dell'uomo si ridimensiona. È un evento che, da questa altezza, perde la sua drammaticità. Il dramma dell'uomo, non del sistema in cui l'uomo è contenuto e di cui occupa uno spazio men che minimo (La Terra non finirà per l'inquinamento causato dall'uomo, ma quando il sole imploderà). Quando l'uomo sarà estinto, il suo passaggio sarà come un'increspatura sulla superficie dell'acqua. (Ma la vita tornerà a riprendersi la Terra? O questa sarà ridotta come Marte?)

La terra dunque ha 4,5 miliardi di anni. L'*homo sapiens* è comparso 200 mila anni fa. I primi resti fossili attribuiti al genere *Homo*, provenienti dall' Africa orientale, risalgono ad almeno 2,2 milioni di anni fa, ma potrebbero avere fino a 2,5 milioni di anni. Il Paleolitico, il primo periodo dell'età dell'uomo, nel quale la tecnica umana aveva prodotto solo rozzi strumenti di pietra non lavorata, è stato lunghissimo e con una bassissima velocità di cambiamento (rispetto ai ritmi odierni)²¹. Poi c'è stato il Neolitico, in cui il ritmo del cambiamento tecnologico ha accelerato. Fin qui siamo ancora nella Preistoria. Poi comincia la Storia (il tempo delle vicende umane documentate). Se partiamo dagli Egiziani, la Storia è cominciata 6000 anni fa (rapportata alla storia della Terra, 6000 anni che cosa sono? In fondo sono soltanto 300 generazioni!). Un nulla. La presenza del genere *homo* dura da due milioni di anni, quella della specie *sapiens*, la nostra, da duecentomila anni. I dinosauri sono durati molto, molto di più (come ho detto sopra, 165 milioni di anni). Inoltre, continua ad aumentare la rapidità del cambiamento tecnologico, accompagnata dal peggioramento ambientale). L'uomo non c'era prima e non ci sarà dopo. Anzi, la specie comparsa per ultima se ne sarà andata per prima. E dopo la sua scomparsa la terra ci sarà ancora per qualche miliardo di anni (per non parlare della durata del Cosmo). Da questa altezza il problema che qui stiamo trattando è una tempesta in un bicchier d'acqua – anzi, in una goccia d'acqua.

²¹ Fasi dell'età della pietra: in base alle tecniche di lavorazione della pietra, possiamo parlare di tre fasi della preistoria: l'età paleolitica (2 milioni di anni fa – 10.000 a.C.), la fase mesolitica (10.000 anni fa – 8000 a.C.) e quella neolitica (dall'8000 al 4000 a.C.).

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- DAWKINS R., *Il gene egoista*, 2017, Milano.
 DIELS-KRANZ, *Presocratici*, a cura di Gabriele Giannantoni, I, Bari, Laterza, 2009.
 GOULD S.J., *La vita meravigliosa*, 2018, Milano.
 KANT I., *Critica della ragion pratica*, 2000, Milano.
 MONOD J., *Il Caso e la Necessità*, 1971, Milano.
 SAFINA C., *Animali non umani*, 2022, Milano.

PAROLE CHIAVE: *Animale, Uomo, Tecnica, Ambiente, Necessità, Caso.*

KEYWORDS: *Animal, Man, Technique, Environment, Necessity, Chance.*

SINTESI

La comunità scientifica, pressoché all'unanimità, concorda su questi punti: 1) le condizioni del pianeta sono decisamente degradate tanto da mettere in pericolo tutte le specie viventi, uomo compreso; 2) i livelli di questo degrado, in primo luogo il cambiamento climatico, sono già fuori controllo e sono molto vicini al punto di non ritorno; 3) è ormai acquisito che questa situazione sia da imputare al comportamento dell'uomo. Questo scritto si interroga su che cosa l'uomo può fare in questa circostanza, tenendo presente la sua condizione di animale, la sua razionalità, la sua possibilità di scelta.

ABSTRACT

The scientific community, almost unanimously, agrees on these points: 1) the conditions of the planet are decidedly degraded to the point of endangering all living species, including mankind; 2) the degrees of this degradation, primarily climate change, are already out of control and are very close to the point of no return; and 3) it is now accepted that this situation is imputable to human behavior. This paper questions what man can do in this circumstance, keeping in mind his condition as an animal, his rationality, and the possibility of choice.