

La misura dell'uomo

Esistere umanamente in una società degradata
di Roberto Mancini

L'enactment in psicoterapia:

ciò che si perde nell'interpretazione
di Hermes Piacentini, Claudio Ruggieri

[Death.Nity]:

riflessioni sulla morte nella postmodernità
di Pierluigi Ciritella

Crisi dell'educazione o crisi dell'adulità?

di Fabrizio Botto

Le rubriche

Ieri, oggi, domani

Il progetto della rotta e l'andar per mare...
di Sergio Erba

Per coltivare pensieri

Terapeuti in formazione

Una domanda impossibile: non essere
di Irene Francesconi



**il RUOLO[®]
TERAPEUTICO**

i QUADERNI

**Antologia semestrale
di clinica e formazione psicoanalitica**

N°

giugno 2024

16

il **QUADERNI** del
RUOLO TERAPEUTICO

N° **16** giugno 2024

DIREZIONE

Flavia Tomarelli, Raffaella Bricchetti, Carmelo Di Prima

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

Antonietta Falcone

Filippo Gibiino

Roberta Giampietri

Massimiliano Mariani

Franco Merlini

Simona Montali

Cecilia Smeraldi

Lucia Susanna

Vallj Vecchiato

COORDINAMENTO EDITORIALE

Ennio Mazzei

PROGETTO GRAFICO

Sergio Agazzi

Sommario

EDITORIALE

Roberta Giampietri 5

La misura dell'uomo. Esistere umanamente in una società degradata,
Roberto Mancini 10

Borderline: una sindrome etnica dell'ultimo occidentale,
Gilberto Di Petta 30

Qualche riflessione sulla speranza, *Cecilia Smeraldi* 62

Crisi dell'educazione o crisi dell'adulità? *Fabrizio Botto* 66

L'enactment in psicoterapia: ciò che si perde nell'interpretazione,
Hermes Piacentini, Claudio Ruggieri 82

Essere relazionali restando pulsionali, *Franco Merlini* 102

Intervista a Fabio Vanni, *Roberta Giampietri* 116

[death.nity]: riflessioni sulla morte nella postmodernità,
Pierluigi Ciritella 134

IERI, OGGI, DOMANI

Il progetto della rotta e l'andar per mare..., *Sergio Erba* 152

PER COLTIVARE PENSIERI

A che punto siamo con la Russia, *Erika Klein* 173

Femminilità minacciata e violenza al giorno d'oggi,
Simonetta Molaschi 176

TERAPEUTI IN FORMAZIONE

Una domanda impossibile: non essere, *Irene Francesconi* 180

NOTA PER I COLLABORATORI

Gli autori che desiderano proporci i loro contributi possono farlo inviandoli all'indirizzo mail sotto indicato, mettendo in oggetto: per redazione.

I lavori saranno sottoposti alla valutazione della direzione che comunicherà all'interessato modalità e tempi di pubblicazione. In caso contrario, l'interessato verrà informato, senza che la direzione sia tenuta a fornire motivazioni. I lavori, qualora accettati, verranno pubblicati integralmente ed eventuali modifiche che la direzione ritenesse opportune saranno preventivamente discusse e concordate con gli autori.

Ricordiamo che sono molto apprezzati anche scritti di medici, infermieri, educatori, operatori delle relazioni d'aiuto a vario titolo e che il nostro dibattito è sempre aperto al mondo degli insegnanti e, non per ultimo, al mondo dei pazienti.

La direzione è a disposizione per eventuali chiarimenti.

Il Ruolo Terapeutico srl • via Giovanni Milani 12, 20133 Milano
Tel 02 706 36 457 • E mail: ilruoloterapeutico@fastwebnet.it
www.ilruoloterapeutico.it • facebook.com/ilRuolo

Editoriale

Sono felice di condividere con i lettori della nostra rivista e con tutti i colleghi del Ruolo, appartenenti ai vari gruppi locali, che nei mesi scorsi si è formalmente costituita l'associazione Rete per la Psicoterapia Sociale (RPS).

Parto da lontano per dirvi da dove nasce la mia felicità per questo evento.

Ho conosciuto il Ruolo Terapeutico molto tempo fa a un seminario a Spetzes, intitolato *La psicoanalisi come etica*. Il relatore era un teologo e noto psicanalista lacaniano, il dott. Ettore Perrella.

Tra le tantissime sollecitazioni che mi hanno colpito in quell'occasione e che hanno costituito una svolta importante nella mia vita professionale e personale, ricordo in particolare la discussione sul concetto, tratto dal diritto canonico, di *munus*, che io per formazione, cultura e convinzione laica non avevo mai avuto l'occasione di approfondire. *Munus*, da cui derivano *communis* e *communitas*, da intendere come incarico che si assume e si riceve e che, una volta assunto, comporta degli obblighi, un'assunzione di responsabilità sia verso i soggetti di cui ci prendiamo cura sia verso la comunità che ci riconosce in questo ruolo.

Per me sono stati una grande sorpresa e un grandissimo piacere trovarmi in un gruppo di psicoterapeuti in cui fosse finalmente possibile, anzi auspicabile, anzi necessario, interrogarsi non soltanto sugli aspetti teorici e tecnici attinenti la nostra professione, ma piuttosto ragionare insieme soprattutto sull'etica vista come presupposto e conseguenza dell'assunzione del nostro ruolo professionale; etica che impone il porsi domande su cosa intendiamo per salute e per "salute mentale", se intendiamo il disagio psichico una malattia, cosa pensiamo della diagnosi e cosa crediamo di dover diagnosticare, se pensiamo al nostro intervento in termini di "cura". Riflessioni, queste, che coinvolgono in toto la persona del terapeuta, la sua visione del mondo e il suo essere cittadino all'interno di una comunità, di una *polis*.

Il terreno fertile che ho incontrato in quell'occasione mi ha fatto sentire per la prima volta "a casa mia" in ambito professionale e da quel momento è stato il filo conduttore del mio sentirmi appartenente al Ruolo, tanto da potermi assumere la responsabilità di creare, insieme ad altri, un gruppo del Ruolo nella mia città.

Occuparsi dell'analista come persona, "mettere l'etica prima della tecnica", è stato un cardine del pensiero del gruppo di Parma fin dal suo momento costitutivo. Infatti, l'ambito delle nostre proposte non si è mai limitato alla formazione permanente in ambito clinico e teorico, tuttora attiva, ma ha ritenuto irrinunciabile "allargare l'ambito della riflessione anche a momenti di formazione civile, in cui fosse possibile un confronto tra colleghi e cittadini sensibili ai problemi della società in cui viviamo, desiderosi di consapevolezza e di partecipazione, motivati a migliorare almeno quella parte di mondo che siamo noi stessi".

Dall'etica alla valenza politica dell'intervento terapeutico e alla sua ricaduta sul sociale e, viceversa, dai mutamenti sociali che chiedono un costante ripensamento sulla psicoterapia, dal cambiamento della tipologia sociale della domanda di aiuto. In termini concreti, è in questo contesto che è nata l'esigenza di pensare e progettare modelli di intervento che rendessero praticabile da parte del nostro gruppo un'offerta di psicoterapia accessibile, equa, dal punto di vista economi-

co, per i pazienti e nel contempo sostenibile per i terapeuti.

Il progetto si è potuto concretizzare solo nel 2012, momento in cui ci siamo sentiti numericamente e professionalmente adeguati, in grado di garantire una qualità dell'intervento basata su criteri di continuità, stabilità, formazione permanente degli operatori coinvolti, condivisione e continuo confronto sugli aspetti etici, sociali e politici del nostro lavoro. Da quel momento ad oggi siamo riusciti a soddisfare numerose richieste. Ma tanto c'è ancora da fare.

Anche il gruppo di Milano ha sempre continuato a lavorare per realizzare nella propria sede percorsi di psicoterapia con caratteristiche di accessibilità, sostenibilità e qualità trovando proprie e particolari modalità. Altri gruppi locali del Ruolo si sono mossi in questo ambito diversificando i loro interventi, per esempio nella formazione degli "operatori delle relazioni di aiuto" (Trento) o nella creazione e gestione di cooperative sociali a carattere sanitario o assistenziale a fini terapeutici (Verbania). Su questi temi, tra tutti i gruppi del Ruolo ci sono sempre stati una condivisione e un confronto appassionati e convinti.

Proprio per tutto questo, sono stata molto felice quando nel novembre 2022 alcuni colleghi di Parma ci hanno invitato a un incontro per presentarci il loro progetto di costituire una Rete per la Psicoterapia Sociale. Credo sia molto positivo che il confronto si allarghi e ci aiuti a uscire sia dall'autoreferenzialità sia dalla sensazione di isolamento e conseguente maggiore impotenza.

In quella prima occasione abbiamo potuto renderci conto di non essere soli, di quanto fossero numerosi i gruppi e le associazioni di psicoterapeuti che, pur facendo riferimento a impostazioni teoriche e di pensiero diverse, come noi si stavano interrogando sulla complessità del mondo in cui ci troviamo, sulla rapidità delle trasformazioni in corso, su quanto il nostro sistema sociale attuale potesse essere produttore di un malessere sempre più diffuso. Del pericolo che questo malessere stesse investendo anche i bambini e le giovani generazioni.

Abbiamo toccato con mano quanto bisogno c'è di confrontarci sulle nostre comunità sempre più costituite da individui isolati e meno capaci di offrire condivisione e sostegno, sulle

conseguenze prodotte dall'allargamento della forbice rispetto alle diseguaglianze economiche e sociali che caratterizzano il nostro modello di sviluppo, a fronte del quale vediamo invece una politica sanitaria che sempre più si sposta verso la privatizzazione e che ha reso quasi totalmente privatistico l'accesso all'aiuto psicologico e soprattutto psicoterapeutico nonostante la sempre maggiore necessità e richiesta di aiuto. Ci siamo chiesti cosa attiene, quali compiti, quale *munus* compete al nostro essere terapeuti oggi. Quale ruolo potrebbe/dovrebbe avere la psicoterapia in questo contesto, quale ricaduta sul sociale.

Abbiamo soprattutto condiviso l'importanza e la necessità di rendere la psicoterapia accessibile a tutti da un punto di vista economico, una psicoterapia che fosse in grado di offrire risposte di qualità ponendo contemporaneamente attenzione anche alla sostenibilità degli interventi per chi li realizza. Molti dei gruppi presenti, come il nostro, stavano già mettendo in atto, pur se in modi molto diversificati tra loro, proposte di "psicoterapia sociale" pensate con tali criteri.

Da allora sono stati promossi vari momenti di incontro fino alla costituzione ufficiale della Rete, che si propone quindi come luogo di scambio e di confronto, di ricerca, di elaborazione e di produzione culturale e intende costituirsi come rappresentanza politica della "terza via" della cura psicologica fra pubblico e privato profit. La Rete si è subito messa al lavoro ed è stata elaborata una prima interessante indagine sulle forme di accessibilità/sostenibilità realizzate da parte delle associazioni associate.

Si sono costituiti gruppi di lavoro che si stanno confrontando su tre temi: il primo sugli aspetti etici alla base dell'agire di RPS per arrivare a una Carta Etica condivisa; il secondo sulle forme di sostenibilità per confrontarsi sulle modalità di definizione dei contributi per accedere ai nostri servizi e per avviare forme di progettazione condivisa nei territori. Il terzo sarà dedicato a una ricerca sul monitoraggio/feedback degli interventi di psicoterapia in collaborazione con l'Università di Palermo.

Nel momento in cui scrivo, marzo 2024, le organizzazioni socie sono 18 con sedi in 8 regioni, tra cui il Ruolo Terapeutico di Parma, di Verbania e Proximae (l'associazione no profit del Ruolo di Milano).

Sul sito retepsicoterapiasociale.it è possibile leggere il manifesto che contiene le considerazioni su cui si è svolto il dibattito iniziale, lo statuto dell'Associazione e le modalità per chi volesse aderire.

In questo numero troverete anche l'intervista al collega Fabio Vanni, che fa parte del gruppo dei promotori e fondatori della RPS e che ne è stato nominato presidente.

Tengo viva la speranza che nonostante il momento così difficile che il mondo sta attraversando sia possibile testimoniare capacità di condivisione, solidarietà, progettualità condivise, fautrici di positivi cambiamenti.

Roberta Giampietri

Il testo che segue è la trascrizione dell'intervento che Roberto Mancini ha effettuato durante la decima edizione di *Sentieri dell'Anima*, seminario di psicoanalisi e filosofia organizzato da Il Ruolo Terapeutico di Trento nel settembre dello scorso anno.

La misura dell'uomo.

**Esistere umanamente
in una società degradata**

VEDERE L'UMANITÀ

L'impegno a interrogarsi sul tema dei sentieri dell'anima umana tra sofferenza individuale e inquietudini del nostro tempo può essere interpretato in prospettiva filosofica, tentando di delineare quella che Karl Jaspers chiama la lettura della situazione spirituale del nostro tempo. Proverò, da parte mia, a proporre alcune riflessioni in merito, mantenendomi entro un discorso ancora molto programmatico, nell'intento non di argomentare adeguatamente ogni passaggio, bensì di delineare una mappa per orientarsi¹.

I dati sulle tendenze principali in atto nel mondo globalizzato non mancano, basta leggere i rapporti dell'Onu e di molti osservatori e studi internazionali. Ma poi la comprensione di questi dati richiede una sintesi che ne colga il senso, il che comporta comunque l'esercizio della responsabilità dell'interpretazione filosofica.

Tale compito è tanto più ineludibile in quanto è chiaro che l'umanità contemporanea non vede se stessa: non si riconosce come comunità unica e indivisibile, né percepisce la direzione

¹ Per l'approfondimento della riflessione proposta in queste pagine rimando al mio volume *Il senso nella vita. Ragioni e prospettive per una conversione di civiltà*.

verso cui è trascinata in forza del modello di società vigente e della sua logica dominante.

È come se si provasse a tracciare una mappa del presente e questo impone anzitutto di orientarla assumendo un punto di riferimento preciso. Nella mia riflessione seguirò il filo conduttore dato dall'idea della *misura dell'umano*, perché sono il suo smarrimento e la sua negazione a provocare quel "disagio della civiltà", storicamente riscontrabile nella forma attuale di società, che potrebbe anche essere qualificato come *l'infelicità organizzata*.

Chiarisco che parlando di "misura dell'umano" mi riferisco all'unione di due elementi fondamentali: da un lato intendo la condizione di autenticità del nostro essere, che consiste nella congruenza con la nostra dignità di persone; dall'altro lato penso anche alla relazione fondante che suscita e alimenta la possibilità di questa autenticità nelle nostre esistenze. Si tratta della relazione con la vita universale, una realtà che normalmente viene ignorata perché si è soliti concepire la vita stessa come se coincidesse con l'esistenza del singolo essere vivente e finisse con la sua morte, per riproporsi in altri esseri viventi.

In effetti vige da molto tempo una sorta di nominalismo per cui i viventi appaiono concreti e reali, mentre la vita sarebbe solo un'astrazione o, appunto, la proprietà temporanea di ogni essere fintantoché esiste. Non mancano d'altra parte coloro che, per motivi ideologici dettati dal moralismo e dal fondamentalismo religioso, evocano "la vita" come principio, ma questo non favorisce affatto la cognizione della sua realtà universale e in divenire. Anzi, la riduzione della vita a principio concettuale e a valore astratto continua a determinare la sua rimozione dalla visuale della cultura corrente. Così viene meno lo spazio culturale per pensare il rapporto tra la persona e la vita stessa. Invece, come ho premesso, proprio la considerazione di questo rapporto, insieme al riconoscimento della dignità di ciascuno, è indispensabile per ritrovare o scoprire la misura dell'umano.

Il riferimento a questa misura - insieme metafisica, antropologica ed etica - suggerisce già che non vorrei limitarmi all'analisi del malessere di molti nell'attuale modello di società, perché desidero soprattutto prefigurare una via, un orizzonte,

un criterio di alternativa e di liberazione. Chi svolge un ruolo educativo, maieutico o terapeutico è al servizio della liberazione delle persone, non del loro mero adattamento a un sistema economico-sociale e a una forma di civiltà che ci sono ostili.

Sottolineo il fatto che risalire alla misura dell'umano è qualcosa di molto diverso da un'opera di fredda concettualizzazione. In realtà si tratta di vedere l'umanità contemporanea, lì dove questo verbo significa al tempo stesso sentire, empatizzare, accogliere, riconoscere. Questa disponibilità a vedere la situazione della famiglia umana e delle persone ci consente di andare al di là delle costruzioni ideologiche o delle formulazioni di indicazioni puramente tecniche.

LA SOCIETÀ TRAUMATICA E LA SUA LEGITTIMAZIONE

Il modello della società globalizzata determina un contesto traumatico permanente, che è ostile sia all'umanità sia alla natura. È traumatico perché il funzionamento della società finanziarizzata, tecnocratica, competitiva, burocratizzata, mediatizzata, per funzionare deve disarticolare e sottomettere l'umanità delle persone, oltre che infliggere in modo sistematico colpi alla natura.

In particolare, sono colpiti non solo i diritti delle persone, ma anche le relazioni, i sentimenti, la capacità di comunione, la capacità di pensare, la libertà di essere se stessi, la creatività. Si afferma un tipo di compagine sociale nella quale i poteri sistemicamente organizzati non si limitano a controllare, per così dire dall'esterno, gli individui, ma in un certo senso si producono plasmandone precocemente le posture esistenziali, i sentimenti, le logiche, i comportamenti. È una sorta di adattamento preventivo che tramuta le persone in risorse umane. Naturalmente ogni forzatura inferta all'umanità delle persone è un trauma, per lo più silenzioso e normalizzato, che ognuno deve subire.

Non a caso l'ideologia del neoliberismo e del regime di mercato chiede a tutti di essere "resilienti". La resilienza è la capacità di resistere agli effetti di un trauma; dunque, ci è chiesto di restare operativi, performativi, efficienti, utili. Mai si prospetta quello che sarebbe logico e giusto cercare, ossia non la resilienza per adattarsi a un sistema ostile, bensì la prassi

trasformatrice per liberarcene. Al contrario, lo spazio dell'attenzione sociale e le risorse economiche sono destinati alla cosiddetta "innovazione" intesa come incessante sviluppo della tecnologia, che mentre consente alcune prestazioni vincola gli esseri umani alle sue procedure e alla sua logica di interazione. Colpisce il fatto che l'enfasi sull'innovazione venga da un'ideologia che presenta il modello attuale di società come privo di alternative. È evidente che l'innovazione senza alternativa è una mistificazione.

A ben vedere, tutte le parole d'ordine dell'ideologia globale oggi dominante spingono individui e istituzioni democratiche all'adattamento, all'obbedienza, alla normalizzazione dell'inaccettabile. Il che vale non solo per termini come "resilienza" e "innovazione", ma anche per le altre parole ufficiali più diffuse. Dire "crisi", invece di riconoscere che questo modo di essere società ci mette in trappola, serve a convincere le popolazioni a restare buone aspettando che la turbolenza passi. Dire "inclusione", invece di cercare la libera reciprocità tra persone e tra popoli, serve a "portare dentro" questo sistema dando per scontato che sia cosa buona e giusta. Dire "sostenibilità", senza precisare chi sostiene che cosa, serve a promuovere la docilità verso quella gerarchia rovesciata per cui noi e la natura dobbiamo sostenere le follie dell'economia della crescita, anziché trasformare l'economia in modo che sostenga la vita umana e tuteli gli equilibri del mondo naturale.

Se si considera complessivamente la tendenza alla legittimazione di questa forma di società fondata sulla disgregazione delle relazioni vitali, si coglie come - per perpetuare questo ordine del mondo - si metta in atto una vera e propria *inversione ideologica* che induce sentimenti, logiche, decisioni, comportamenti che sono il contrario esatto di quello che sarebbe giusto e necessario. La conseguenza è che, invece di interrompere l'adattamento acritico e autolesionista al sistema della società di mercato, si potenzia e si accelera ancora di più la spinta a portare sino in fondo i suoi processi dissipativi, entropici e traumatici a danno di tutti gli esseri viventi e del pianeta.

La situazione spirituale del nostro tempo è segnata da una progressiva disintegrazione della coscienza nella sua capacità di orientarsi alla verità, al senso, al bene, alla bellezza, alla

giustizia. Un tempo, dal XIX secolo sino alla metà del XX secolo, si poteva sostenere criticamente che la modernità occidentale avesse sostituito alla religione tradizionale il culto del capitale. Da Karl Marx a Walter Benjamin questa lettura sembrava appropriata per dare l'idea sia della rottura tra Medioevo ed epoca moderna, sia dell'attaccamento ideologico delle popolazioni ai nuovi valori del mercato e della crescita materiale, sia della mistificazione insita nell'economia politica².

Ma almeno dal tempo dell'instaurazione della nuova versione del capitalismo - quello globalizzato, finanziarizzato e tecnocratico affermatosi dalla fine degli anni Settanta del Novecento - paradossalmente non c'è più lo spazio di esperienza necessario al "culto" o alla "religione" del capitale. Infatti, il tecnocapitalismo globalizzato non ne ha più bisogno. Esso, per così dire, immette tutti i soggetti (individuali, collettivi o istituzionali) su binari di comportamento automatici, secondo logiche prepensate e coattive. Mentre in qualsiasi tipo di religione, anche in quelle apertamente posticce e deliranti, è richiesto di credere, di aderire, di prendere posizione e di scegliere di obbedire a una certa divinità, nel sistema attuale questo spazio di adesione è annullato.

L'obbedienza è pre-coscienziale, è subito esecutiva. Questo significa che siamo passati da una *religione* dell'economia a un vero e proprio *nichilismo*. Esso consiste non tanto nella consapevole negazione della vita o dei valori o della verità e del senso delle cose, quanto nell'adattamento normale a logiche e comportamenti automatici che sono mortificanti verso la vita e i viventi. Così gli esseri umani, propriamente, non vivono, funzionano. Si sono adattati alla condizione di risorse, di strumenti, e lo fanno preferendo funzionare piuttosto che cadere nello *status* dei fuori-casta, che oggi ovunque sono gli scarti, gli esuberanti del sistema.

Il perdurare di questo regime di alterazione della condizione umana non resta senza effetti ulteriori. Quello riassuntivo potrebbe essere qualificato come l'instaurarsi di un'*amnesia dissociativa di massa*, nel senso che le persone spesso sopravvi-

² La tesi del capitalismo come culto religioso è stata ripresa anche da Giorgio Agamben: cfr. *Creazione e anarchia. L'opera nell'età della religione capitalistica*, Neri Pozza, Milano 2017.

vono immerse nell'oblio della loro umanità, della libertà a essa inerente e di ciò che sarebbe giusto riconoscere come diritto a chiunque. La sequenza entropica è pertanto data nell'involutione dalla religione idolatrica del capitale al nichilismo sino all'amnesia collettiva. A fronte di un simile degrado antropologico, esistenziale e cognitivo, suona lucida e lungimirante questa osservazione di Thomas Merton, espressa già nel 1961: "È una necessità vitale formare la nostra coscienza riguardo alla nostra partecipazione a un vortice che minaccia di spingerci alla distruzione universale" (Merton, 1961, p. 54).

Si tratta allora di mettersi in cerca dell'umano, di risalire sino al recupero di tutti i tratti costitutivi della nostra dignità per tutelarli, "ripararli", riportarli alla luce. Il che evidentemente non è solo un lavoro teorico, perché tale compito investe la quotidiana responsabilità di chiunque abbia un ruolo educativo, maieutico, terapeutico e anche politico nell'accezione democratica dell'aggettivo, riferita alla cura del bene comune e non alla passione per il potere.

UNA MISURA PARADOSSALE

Se sta andando smarrita la misura dell'umano, occorre riasumerla nella consapevolezza che essa ci dà un criterio fondativo e irrinunciabile per vivere umanamente. È una misura complessa e paradossale perché la persona è, da un lato, un essere determinato dai suoi fattori di individuazione (dotazione genetica e nascita, corpo sessuato e linguaggio, famiglia e cultura, classe sociale ed epoca storica) e, dall'altro, è capace di libertà perché è un essere unico e relazionale, tendenzialmente autocosciente, capace di scegliere e di amare, aperto all'ulteriore. È quindi una misura-dismisura.

Ognuno vive nella forma della "esistenza", termine che viene da *ek-sisto*, che significa "sporgere", "tendere oltre". Ciò indica simultaneamente che per noi essere è divenire; suggerisce che siamo una domanda vivente sul senso dell'essere al mondo e in vista di un possibile compimento che sia non già la morte ma l'approdo alla vita vera. Inoltre, questo nostro "sporgere oltre" dice che per certi versi incarniamo anche la risposta di cui siamo capaci man mano che prendiamo un certo orientamento nella nostra vita. E dice che la libertà deve

poter maturare non tanto come astratto libero arbitrio, quanto come modo d'essere originale e creativo. Certo, c'è preclusa una libertà assoluta, idea che ha tutta l'aria di provenire da una proiezione di potenza. L'essere umano ha sempre dei limiti, la sua libertà è sempre situata e radicata nel tessuto delle relazioni vitali, ma questo non la mortifica giacché la vocazione della libertà stessa è quella di essere intera, integra, autentica, non assoluta. In ogni caso mai una persona può legittimamente essere identificata con i propri limiti, per esempio con il male e con la morte, come hanno fatto la dottrina religiosa del peccato originale o la dottrina laicizzata della natura umana malvagia.

Se stiamo all'esperienza vissuta, bisogna dire che l'adesione a una misura umana cambia la vita: toglie le persone sia dal subumano, dato nell'adattarsi a sopravvivere al di sotto della soglia di dignità, che dal postumano, dato nell'assecondare l'illusione dell'illimitato e dell'onnipotenza. Esistere secondo la misura dell'umano promuove la libertà, la capacità di trascendenza, la creatività, la capacità di rinascita interiore ed esistenziale. Perciò si tratta di una misura che fa luce sul cammino educativo, maieutico, terapeutico e politico dei singoli, come pure delle comunità sociali.

LE DEFORMAZIONI INDOTTE DAL SISTEMA VIGENTE

La misura dell'umano è data anzitutto dalla dignità, ma il riferimento a essa si perde facilmente perché viene affermato in sede morale e giuridica, o anche politica, trascurandone il radicamento metafisico. Così si delinea l'idea di una dignità riferita a un soggetto senza mondo, storia, appartenenza. Eppure, *l'Io-appartengo* è costitutivo dell'esistenza. Il nostro sporgere-oltre presuppone un radicamento, che consiste non solo nella famiglia, nella lingua madre, nella comunità, nella tradizione in cui si nasce, ma rinvia anche al *rappporto con la vita*.

Forse le piante e gli animali vivono, gli esseri umani hanno un rapporto con la vita. Lo elaborano, lo modellano, lo orientano, naturalmente senza poterlo determinare completamente o padroneggiare. Anzi, più pretendono di dominarlo e di *usare la vita*, più si perdono e falliscono, provocando con le loro stesse mani quella che Jaspers chiama "il naufragio dell'e-

sistenza”³. È inerente alla dignità umana il compito di assumere e interpretare questo rapporto fondante, permanente e universale. Perciò non si arriva a comprendere il senso della dignità stessa senza considerarlo legato al riconoscimento del senso della vita. Se voglio cogliere il valore unico di una persona, devo considerare contemporaneamente l’orientamento della sua esistenza nella relazione con la vita universale.

Non per niente, per contro, il modello della società traumatica aggredisce contemporaneamente entrambi, i viventi e la vita. E ciò accade non tanto e non solo a causa del “biopotere” (Foucault, 1978) stabilito dal primato capillare del capitale sugli esseri viventi, ma più in profondità perché viene calpestato l’ordinamento della vita stessa, che si fonda sull’elemento della relazione e sul fatto che la relazionalità, in ultima istanza, tende all’armonia.

Freud nel 1929 parlò del “disagio” della civiltà, che oggi può essere inteso come l’infelicità organizzata provocata dal dissidio radicale non solo tra il singolo e la società, ma soprattutto tra l’umanità e la vita. Il vero disagio della civiltà deriva dal fatto che essa ha preso la vita seguendo una direzione contraria, come quando un’automobile imbocca l’autostrada contromano. Si capisce che, di conseguenza, i processi di modernizzazione tipici della società traumatica abbiano innescato dinamiche sistemiche di disgregazione. La vita è un divenire in relazione, ma se questa relazionalità viene sistematicamente disarticolata e negata allora si instaura un regime di mortificazione: fisica, economica, sociale, politica, culturale.

Capita il contrario di quello che si evoca di solito ai funerali, quando non sapendo che cosa dire, ci limitiamo ad affermare che “la morte fa parte della vita”. Ecco, invece la forma attuale di società è costruita secondo una logica per cui la vita fa parte della morte, nel senso che si vogliono lucrare spazi e occasioni di sopravvivenza, magari anche di opulenza, sulla base della mortificazione della natura e della gran parte dell’umanità.

Come si adattano i singoli entro un clima sociale ed esistenziale così ostile? Mi limito a evidenziare alcune tenden-

³ In merito ricordo l’illuminante studio di Fabiola Falappa: *Sul confine della verità. La metafisica di Karl Jaspers e il futuro della coscienza europea*, Franco Angeli, Milano 2016.

ze antropologicamente disgregative principali, riscontrabili anzitutto nella spinta all'autoconservazione mediante adattamento coattivo e alla chiusura degli individui nella privatizzazione dell'esistenza, con la crescente mancanza di spazi e di appartenenze comunitarie aperte, non settarie e aggressive.

Nel contempo è forte la spinta alla dipendenza come surrogato di un radicamento comunitario che non c'è, in un assetto esistenziale dove la scissione e la dipendenza stessa sussistono a incastro. Non va poi dimenticata l'inibizione del pensiero critico e di quello che Edgar Morin chiama "lo stato poetico" (Morin, 2021, p. 36), dato in noi dalla capacità creativa e di sintonia con la vita. A tutto questo si aggiungono l'induzione della freddezza emotiva nei confronti degli altri, con l'inibizione della facoltà di immedesimazione empatica, e l'inversione della coscienza morale, per cui si esprime aggressività verso i più esposti anziché l'aiuto e la solidarietà.

E ancora, va considerato l'impatto disgregativo della contrazione dell'esperienza vissuta a causa dell'accelerazione sistematica dei ritmi dell'esistenza, con la perdita della capacità di presenza e di futuro. Ricordo infine il fatto che siamo esposti a quel processo di saturazione del Sé, che in effetti è non tanto e solo un essere colmati da stimoli che occupano lo spazio mentale e affettivo delle persone, quanto un essere pressati oltremisura dalle richieste del contesto sociale in cui siamo immersi. Tali fenomeni di degrado antropologico determinano un diffuso stato di disintegrazione umana che va a danno dei sentimenti, delle azioni, del pensiero, delle relazioni, della nostra capacità di presenza alla realtà in tutti i suoi versanti relazionali.

Quella che chiamo "disintegrazione" è, in effetti, una riconfigurazione della soggettività: il sistema ci produce come *adulti seriali*. Poiché, però, per vivere abbiamo bisogno di fare sintesi - sintesi di senso e di comportamento - mentre siamo presi dentro un circuito di disgregazione, allora questa "sintesi" viene operata per noi dall'*individualismo* sul piano dell'atteggiamento esistenziale e dalla *tecnocrazia* sul piano delle interazioni quotidiane necessarie a organizzare la vita di ciascuno e della collettività. Il denaro resta il mediatore universale, in quanto elemento avvolgente globale, dei bisogni, del-

le aspirazioni, dei diritti, dei meriti o demeriti, delle relazioni ridotte a scambi più o meno competitivi.

QUANDO SEI IN UNA TRAPPOLA, RICORDATI DI EVADERE

A questo punto, per aprirsi una via - sia sul piano conoscitivo sia su quello del cammino delle persone - è inopportuno passare subito a immaginare una prospettiva di risposta, con il rischio di rimanere con il pensiero entro lo stesso ambiente mentale delle logiche che dovremmo superare. Prima bisogna acquisire una distanza per riconsiderare tutto, per liberare l'orizzonte, per riuscire a vedere possibilità ulteriori e alternative di vita. In un sistema sociale e in un regime ideologico costruiti come una trappola, la libertà si sperimenta anzitutto come evasione. I globalizzati del nostro tempo, gli adulti seriali, dovrebbero essere sollecitati a ricordarsi di evadere, a scoprire il desiderio di liberazione seppellito sotto una grande quantità di docilità, adattamento, resilienza nevrotica.

Senza evadere, stabilendo una distanza per guardare tutto da altrove, non si può pensare con lucidità e libertà (Levinas, 1982). L'evasione qui non è un vano tentativo di fuga, destinato a farci ricadere nell'angustia precedente, ma è la via per la scoperta dell'inedito, è un viaggio di liberazione, tanto più necessaria in una società asfittica. L'arte di evadere può contare sulla forza del desiderio memore della meta più profonda che lo emoziona, sul pensiero critico-euristico, sui sentimenti più congruenti con la natura relazionale della vita, quali la fiducia, la gratitudine, la compassione, la speranza.

Il tipo di evasione che propongo consiste nel disporsi a pensare la condizione umana e del mondo secondo la metafora concreta del sogno. Per riaprire la strada della vita bisogna disseppellire o scoprire il sogno che ci riguarda. Solo così si possono ritrovare la misura dell'umano e il senso, dunque la direzione e il valore, della storia comune. Perché il "sogno" è "sogno vissuto" in quanto costituisce una gestazione del senso di noi stessi ed è la partecipazione alla relazione con il futuro che ci chiama all'inveramento, a una vita vera e degna.

Freud ha avuto l'intuizione di cogliere nel sogno una via di accesso. Ma si tratta di una soglia che conduce non solo all'inconscio. Conduce alla vita, a noi stessi, alla realtà. Infatti, il so-

gno non va ridotto a un episodio durante il sonno, ma è una tensione integrale dell'essere umano perché noi e l'esistenza stessa tendiamo oltre, verso un compimento non ancora dato. Si riflette forse poco sul fatto che non abbiamo mai un controllo totale e una lucidità pura sulla realtà. Il dato dice, più che un limite del sapere umano, una costituzione ontologica: siamo radicati in un divenire che proviene da una fonte sconosciuta, non identificabile semplicemente con i genitori e gli antenati, e che ci chiama a desiderare una meta di felicità non meno ignota. Proprio come sperimentiamo nel sogno notturno.

Perciò l'elemento onirico può essere inteso come tipico del nostro modo di esistere: è il dinamismo che ci coinvolge e rispetto a cui dobbiamo orientarci. "Sogno" è una metafora concreta, in quanto espressione della condizione reale della vita umana, che dice insieme la relazione con un'origine misteriosa, la tensione del desiderio, lo scenario simbolico in cui la nostra comprensione delle cose deve muoversi. La meta del sogno non è l'appagamento erotico, è la nascita alla vita vera.

Per giustificare questo tipo di lettura della condizione onirica degli esseri umani richiamo le prospettive, rispettivamente, di Ernst Bloch e di María Zambrano.

Il filosofo tedesco fa valere la differenza tra sogno notturno e sogno diurno, perché vuole porre in primo piano la "coscienza anticipante" (Bloch, 1994, p. 53), ossia la facoltà di cogliere le possibilità migliori della vita personale e collettiva benché restino latenti e persino contrastate nel presente. Per Bloch il sogno diventa così un modo di esistere, che sprigiona la libertà di trascendere tutto ciò che ci inchioda al passato, al presente ripetitivo, all'infelicità. È tendenza al futuro, che apre all'"incontro con sé" (Bloch, 1980, p. 11). Il sogno a occhi aperti motiva ad aprirsi al futuro e a coltivarlo con fedeltà e passione, preservando la capacità di attesa senza la quale diventiamo come interiormente morti; per questo il sogno è un agente di trasformazione. Lo è non come progetto arbitrario, ma come esperienza di *risposta* all'invito di una vita vera.

Per Zambrano, invece, il nostro essere sogno è anzitutto un essere sognati. Questo è lo stato nascente dell'esistenza. E poi iniziare a esistere con libertà significa svolgere il sogno, cosicché svegliarsi non è dimenticarlo ma attuarne il senso. Siamo

il sogno di Dio, di chi ci ha generato, della vita. La filosofa spagnola sottolinea che gli esseri umani non hanno una visione diretta: vedono se stessi e la realtà o attraverso un incubo o attraverso il sogno. Dopodiché essi si comportano sulla base di quello che hanno visto. Il sogno nella sua intenzionalità non è mai fine a se stesso, è per l'incontro, per la comunione. Il sogno ci chiede di nascere umanamente, non solo fisicamente. E nascere fino in fondo è aderire liberamente alla vita.

| SOGNI DANNO DA VIVERE

Freud, Bloch e Zambrano hanno mostrato, da diverse angolature, che il sogno - come vissuto notturno oppure diurno, fatto di immagini o incarnato giorno per giorno - è costitutivo della condizione umana. Si può dire che i sogni danno da vivere. Non solo per la coscienza anticipante, ma per l'esistenza anticipante. L'attenzione all'essere sognati e al sognare, in tutte le valenze pertinenti, va sviluppata perché intensifica la profondità simbolica dell'esperienza.

Tale profondità ci consente di riconoscere significati e valori, di riparare le ferite, di conseguire una presenza spirituale nei confronti della vita e dei viventi. Inoltre, nel sogno si discioglie lo spazio del dialogo profondo con se stessi. Ha scritto Thomas Ogden:

La conversazione interna conosciuta con il nome di sogno non è un evento limitato alle ore del sonno più di quanto l'esistenza delle stelle sia limitata alle ore di buio. Le stelle sono visibili di notte, quando la loro luminosità non è più eclissata dal bagliore del sole. Parimenti, quella conversazione con noi stessi che durante il sonno sperimentiamo come attività onirica permane con la stessa intensità anche nelle ore di veglia. (Ogden, 2003, p. 8)

Per la sua memoria dell'"ulteriorità" della vita rispetto a ogni negazione attuale, il sogno motiva e salvaguarda lo spirito della critica all'esistente, giacché senza la profondità del sogno la critica degenera in risentimento, sconforto, cinismo, settarismo. Il sogno è via d'accesso per l'adesione alla vita perché seguirlo ci toglie dall'arbitrarietà e allontana dalla seduzione del potere aprendoci alla scoperta di noi stessi e al futuro come interlocutore essenziale per vivere secondo la misura

umana. Se hanno questa natura, allora non è sbagliato dire che i sogni danno da vivere.

Il filo conduttore del sogno sollecita una comprensione non solo sul piano psicoanalitico, ma anche su quello di un'antropologia del profondo. Se ci è familiare la vita quotidiana per così dire di superficie, dovremmo d'altra parte imparare a riconoscere che c'è per ciascuno quella che vorrei chiamare un'*esistenza profonda*, la quale include la sorgente, l'unicità, il dialogo latente, gli eventi decisivi, le cadute, i fallimenti, le benedizioni, gli incontri veri, la destinazione e il senso di ogni vita. Al di là del fluire visibile delle vicende di una persona, c'è una storia più essenziale della sua identità e del suo viaggio nel mondo. La destinazione è comunque quella dell'adempimento dell'unicità e del compimento del bene di quella persona, nonostante la misteriosa interruzione della morte.

Interpretando questa condizione metafisica in cui tutti siamo costituiti, scopriamo che l'esperienza del tempo si scandisce sì in passato, presente e avvenire e che, tuttavia, il *futuro* non va confuso con l'avvenire, ossia con una quantità di tempo ulteriore che prolunga il presente. Il futuro è la vita vera. Per tale ragione i viventi, e massimamente gli esseri umani, aspirano, in modo più o meno consapevole, al futuro. Il che vale almeno nella misura in cui riescono a farlo malgrado il contesto ostile di una società necrofila che teme in esso la propria fine⁴. Dev'essere per tale ragione che i richiami a una svolta ecologica e pacifica, che minacciano un esito catastrofico di morte del mondo, scivolano via senza problemi dalla mente dei potenti e degli adattati al sistema. Non per ottusa insensibilità o per miope egoismo. Questa plateale dissonanza cognitiva si spiega piuttosto per il fatto che i potenti e gli adattati restano sotto la suggestione magnetica che fa percepire la liberazione come se fosse la fine. Sono così identificati nel sistema che vivono la sua eventuale morte storica come la propria morte.

Se il futuro non è mero avvenire, si tratta non tanto di costruirlo, come se tutto si risolvesse in una questione tecnica di "innovazione", quanto di accoglierne il seme, di coltivarlo, di rispondere al suo invito. Esso ci viene dalle presenze che incontriamo; dagli insegnamenti che riceviamo; dalle occasioni

⁴ "La società capitalistica si sente negata dal futuro" (Bloch, *Il principio speranza*, cit., vol. I, p. 161).

di bene e di bellezza che ci sono date; dagli spazi di comunione; dalla sofferenza nella misura in cui sollecita una risposta di altro genere; dalla stessa barriera della morte e della mortalità, che se intesa bene spinge a spostarsi da una sopravvivenza autocentrata a un'esistenza transitiva, aperta a ogni occasione di comunione. Ci viene anche dal mistero della nostra storia, che noi stessi incarniamo e che pure è più grande di noi. Da questo punto di vista, si può dire che la relazione educativa, maieutica o terapeutica sia un percorso di riabilitazione alla relazione con il futuro.

La metafora concreta del sogno insegna a mio avviso che, ancor prima di pensare al senso *della* vita come se fosse un'aggiunta che mettiamo a un complesso caotico e assurdo di fatti e di eventi, dovremmo riconoscere il senso *nella* vita. Questa è già sensata, preziosa, abitata da una verità irriducibile al nostro potere. A questo punto saremo anche in grado di comprendere che alla sua speciale costituzione ontologica ineriscono alcune "leggi" fondamentali. Possono essere trasgredite, ignorate, ma non realmente eluse, perché vivere contromano comporta conseguenze di disgregazione e di malessere che non tardano a imporsi. Accenno molto rapidamente solo a quelle che mi sembrano le "leggi" fondamentali, assimilabili a direzioni, a correnti benigne da seguire per nuotare bene nel mare della vita stessa. Si intuisce subito che esse non possono non rappresentare un riferimento rilevante anche nel percorso terapeutico, giacché paziente e terapeuta si inoltrano insieme in un cammino per scoprire come nuotare meglio in questo mare.

Una legge evidente è quella della *relazione*: tutto ciò che vive è immerso nella relazionalità. Una legge che specifica la qualità di tale costituzione ontologica relazionale è quella del *dono*. Per ogni vivente la vita è ricevuta, non prodotta, inventata, fabbricata. Nessuno è prodotto come se fosse un oggetto. Quindi, qui "dono" non significa "regalo", l'oggetto donato, ma designa la relazione con una fonte generativa. È una forma di relazione, che poi si svolge nel suo senso più congruente come dinamica di condivisione. Perciò i valori più alti non rispondono mai ai criteri calcolabili dell'uso o dello scambio, del merito o della prestazione, dell'interesse o dell'arbitrio,

bensì appartengono all'ordine della gratuità: sono fini in se stessi, valori intrinseci. Una persona, un animale, un albero, una forma di bellezza sono presenze gratuite, il cui valore supera la misura di quei criteri.

Innegabile è poi la legge della *fragilità* e della *lotta*. Tutti i viventi sono privi di immunità alla sofferenza, al male, alla morte. Una delle espressioni ricorrenti di tale fragilità, quasi sempre fraintesa e assunta ideologicamente per perpetuare politicamente la logica dell'*homo homini lupus*, è l'impulso alla lotta: lottare per sopravvivere, per prevalere, per dominare. Invece di essere compresa, contenuta, trasformata, questa tendenza è stata artificialmente radicalizzata e rovesciata nel suo significato, come se fosse il segno di una grande forza, tradizionalmente attribuita alla gloria del genere maschile. L'ideologia della competizione, del potere e della violenza non vede che, in verità, la forza autentica sta nel sostenere la lotta interiore per scioglierla aderendo alla creatività anziché alla distruttività, alla comunione anziché alla rottura delle relazioni.

La vita in ogni caso procede altrimenti. Non mediante la lotta in sé, ma attraverso la legge del *rinnovamento*. Essa, infatti, si rinnova sempre e questo implica sia le perdite, le morti, la fine di alcune forme di esistenza, sia la nascita, la fioritura, l'emersione dell'inedito. Una legge simile affida all'umanità, invece che un primato di valore, un primato di responsabilità: sta a noi custodire il mondo affinché il rinnovamento vada verso l'armonia piuttosto che verso il degrado.

Ricordo infine la legge del *paradosso*. La vita è paradossale, non univoca e lineare. Ci invita a tenere insieme tendenze divergenti: saper abitare l'esistenza ma anche imparare a partire sul confine misterioso della morte; accettare quel divenire che è trascorrere ma anche aprirsi alla validità eterna di ciò che sinceramente amiamo e ci illumina l'esistenza, essere noi stessi ma anche uscire da noi per partecipare alla realtà della comunione con gli altri.

Queste "leggi" si possono scoprire non tanto intellettualmente, ma maturando la nostra integrità di persone. Man mano che vado avanti in questo cammino di maturazione e ne interiorizzo il senso, scopro che tali "leggi" sono le direzioni della vita buona. La risposta al futuro possono darla persone

tendenti all'integrità. Quest'ultima non è solo armonia tra i nuclei del nostro essere persone, è assunzione della misura dell'umano: la dignità e la libertà di amare come forza biofila fondamentale, alternativa a quella necrofila del potere. In fondo, le "leggi" della vita sono inviti a scoprire modi di diventare veramente umani.

INDICAZIONI PER LE RELAZIONI EDUCATIVE, MAIEUTICHE, TERAPEUTICHE

Credo che da questa riflessione si possano trarre alcune indicazioni in ottica educativa, maieutica, terapeutica.

La prima: è bene accompagnare le persone nella discesa agli inferi della sofferenza e dell'infelicità, muovendosi dai frammenti irriducibili di umanità presenti in ciascuno verso l'integrità della libertà, della libertà per la comunione, senza costringere nell'angustia dell'individualismo il senso dell'autonomia e dell'autodeterminazione.

La seconda: è bene accompagnare le persone nella tendenza alla sintonia con le leggi della vita, una per una, dismettendo la tendenza a negarle o ignorarle.

La terza: è bene aiutare le persone a rafforzare la loro capacità di dare risposta a tutto ciò che minaccia o spezza il nostro rapporto con le sorgenti del vivere umanamente e con il futuro.

La quarta: è bene scoprire e rendersi disponibili a svolgere fino in fondo il sogno che ci riguarda in prima persona, sapendo che solo come sognatori o sognatrici consapevoli potremo svolgere un ruolo terapeutico con le persone troppo ferite, troppo prese in un incubo, per ricordarsi del loro sogno.

A conclusione di questa riflessione molto approssimativa, che voleva solo dare l'idea di una prospettiva d'insieme senza poter approfondire in questa sede i singoli temi, desidero ricordare una giornata di sessant'anni fa, nella quale il valore maieutico e persino storico del sogno fu chiaro a molti. Mentre teneva il suo discorso a Washington, il 28 agosto 1963, Martin Luther King fu richiamato da un'attivista del movimento per i diritti civili che era vicina a lui, sotto il palco. Era la celebre cantante gospel Mahalia Jackson, che invitava King a ricordarsi del sogno. Allora lui smise di leggere, iniziando a parlare a braccio. E disse con solennità: *"I have a dream"*.

Con questa sola affermazione egli giunse al cuore del senso che riuniva lì tutte quelle persone: intendo non solo il senso dell'impegno per i diritti civili delle persone afroamericane, ma anche il senso del futuro umano universale. Era l'espressione della speranza di tutti gli oppressi nella possibilità di una vita nuova e giusta. E, nel contempo, era la formulazione di quella speranza secondo una misura di verità data dalla grandezza della vita stessa. A ispirarlo non era un'ideologia, era quella grandezza immensa, la sola che fosse all'altezza della speranza umana.

La metafora concreta del sogno indica che la vita è illuminata dalla speranza di vita vera e che la speranza - che è pur sempre un modo di vivere, non una previsione ottimistica - a sua volta si incarna grazie a ogni accessibile esperienza di comunione. Avendo il senso di questa correlazione si può arrivare a sostenere, senza cadere in alcun misticismo biologista, che, in qualche modo, prima o poi, la vita cura sempre la vita. Scoprire come possiamo dare un apporto consapevole a quest'opera di riparazione e di rigenerazione rispetto a tratti di strada dell'esistenza delle persone, affinché il loro futuro resti accessibile, è un passaggio ineludibile per chi svolge un ruolo terapeutico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agamben, G. (2017). *Creazione e anarchia. L'opera nell'età della religione capitalistica*. Milano: Neri Pozza.
- Alexander, B. (2010). *The Globalization of Addiction. A Study on the Poverty of the Spirit*.
- Bloch, E. (1980). *Spirito dell'utopia*. Firenze: La Nuova Italia.
- Bloch, E. (1994). *Il principio speranza*. Milano: Garzanti.
- Falappa, F. (2016). *Sul confine della verità. La metafisica di Karl Jaspers e il futuro della coscienza europea*. Milano: Franco Angeli.
- Foucault, M. (1978). *Nascita della biopolitica*. Milano: Feltrinelli, 2015.
- Gergen, K. (2000). *The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books.
- Hansen, D. (2003). *The Dream: Martin Luther King jr. and the Speech that Inspired a Nation*. New York: Harper & Collins.
- Jaspers, K. (1982). *La situazione spirituale del tempo*. Roma: Jouvence.
- Levinas, E. (1982). *De l'évasion*. Montpellier: Fata Morgana.
- Merton, T. (1961). *La mia passione per la pace*. Milano: Garzanti, 2019.

-
- Morin, E. (2021). *Lezioni da un secolo di vita*. Milano: Mimesis.
- Ogden, T. H. (2003). *Conversazioni al confine del sogno*. Roma: Astrolabio.
- Rosa, H. (2012) *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*. Berlin: Suhrkamp.
- Zambrano, M. (1960). *I sogni e il tempo*. Bologna: Pendragon, 2004.
- Zambrano, M. (2002). *Il sogno creatore*. Milano: Mondadori.

Il testo che segue è la trascrizione dell'intervento che Gilberto di Petta ha effettuato durante la decima edizione di *Sentieri dell'Anima*, seminario di psicoanalisi e filosofia organizzato da Il Ruolo Terapeutico di Trento nel settembre dello scorso anno.

Borderline: una sindrome etnica dell'ultimo occidente

*A Maria,
"come vento tra gli alberi"*

Amo quelli che non sanno vivere se non come gente che perisce, perché sono di coloro che passano al di là. (Nietzsche)

INTRODUZIONE

Questa presentazione verrà articolata attraverso la messa in evidenza e la discussione critica di tre questioni cruciali relative alla comprensione e alla cura del Disturbo Borderline di Personalità (DBP).

La *prima questione* concerne *l'inquadramento clinico-nosografico del DBP*. Verranno messe in evidenza le concezioni nosologiche che, storicamente, si sono succedute sul DBP e si mostrerà come questo Disturbo, una volta diventato una sindrome clinica a se stante nell'incasellamento categoriale del sistema DSM (1980), cioè caratterizzato da distinti e propri criteri descrittivi, si sia trasformato, a sua volta, in un vero e proprio "spazio entropico" o "disorganizzatore nosografico" (Rossi Monti), capace, cioè, di mettere in crisi, per le sue costitutive indeterminazione, elusività e inafferrabilità, l'intero impianto del sistema categoriale statistico-nosografico del DSM. Il DBP è diventato, così, il "tallone d'Achille", ovvero il punto di vulnerabilità dell'edificio diagnostico ufficialmente accreditato e impostosi negli anni a livello globale per affidabilità e validità.

La *seconda questione* sarà affrontata attraverso una *disamina psicopatologico-strutturale* del DBP. La psicopatologia fenomenologica, differentemente dalla semeiotica psichiatrica che procede per descrizione accumulativa di segni e di sintomi, cerca di articolare questi stessi segni e sintomi con gli elementi essenziali (*apriorici*) che li sottendono, in una struttura coerente e dotata di senso, anche se indipendente dalla - o, almeno, non immediatamente correlata alla - nosografia stessa. Si cercherà dunque di comprendere quali sono, se esistono, gli elementi psicopatologici nucleari e fondanti del DBP, ad esempio, come viene vissuta l'esperienza del tempo nel DBP e quale dimensione umorale o patica caratterizza l'instabilità del DBP.

La *terza questione* si focalizzerà nel tentativo di connettere il DBP allo spirito del nostro tempo, alla cosiddetta post-modernità o ipermodernità, così come viene definita l'epoca che stiamo vivendo. Verrà avanzata l'ipotesi che il DBP potrebbe rappresentare, meglio che altri disturbi, il tentativo di adattamento iperbolico e insieme la ricaduta clinica della cosiddetta "società liquida" attuale, cristallizzata sull'istantaneità.

Il metodo utilizzato sarà quello fenomenologico, ovvero si procederà attraverso:

- la messa in dubbio (*epochè*) delle acquisizioni date per scontate concernenti il DBP, cercando di smantellare i pregiudizi accumulati o le ovvietà del pensiero *mainstream*;
- l'esercizio eidetico (*variazione eidetica*), ovvero la visualizzazione delle strutture formali di fondo che rappresentano le condizioni di possibilità dell'esperienza e del mondo-della-vita (*Lebenswelt*) del DBP;
- il rinvenimento di connessioni, correlazioni, collegamenti e rimandi tra la sfera della clinica e la sfera culturale e sociale dello stile di esistenza contemporaneo.

IL LIVELLO CLINICO-NOSOGRAFICO: IL BORDERLINE COME "DIAGNOSI DI TRANSITO"

Il costrutto *borderline* si è andato affermando, come categoria nosografica a sé stante, nel corso della seconda metà del Novecento, grazie soprattutto ad acquisizioni di matrice psi-

coanalitica (Kernberg)¹. La riflessione attorno alle forme psicopatologiche cosiddette *marginali* partiva, infatti, dall'alto numero di sindromi *paranevrotiche*, *parapsicotiche* o *parapsicopatiche* che erano state individuate in clinica e dalla letteratura di quegli anni, grazie al diffondersi della pratica psicoterapeutica e della psichiatria ambulatoriale o di consultazione, che consentivano un ascolto e un reclutamento più capillare di pazienti meno gravi rispetto ai pazienti istituzionalizzati (*in-patients*). Questi *out-patients*, ovvero pazienti "in carico" fuori dalle istituzioni manicomiali, cionondimeno sofferenti, nel corso dei trattamenti terapeutici mostravano inusitate reazioni che, a volte, trascinavano oltre lo standard dei pazienti ordinari, fino alla transitoria perdita dell'esame di realtà, pur non essendo essi etichettabili come psicotici franchi. Il discorso sul disturbo borderline, altrimenti detto *stato* o *caso limite* (*etat limit*), o *sindrome marginale*, perché, in realtà, coglibile, nella sua *Gestalt* clinica, agli sfumati confini tra le nevrosi classiche, le psicosi schizofreniche e le psicopatie, è stato sollecitato, dunque, proprio dal rinvenimento di queste forme cliniche *a ponte*, che venivano definite come *schizofrenia ambulatoriale* (Zilboorg, 1941), *schizofrenia latente* (Rorschach, 1921), *schizofrenia occulta* (Stern, 1938), *schizofrenia pseudonevrotica* (Hoch e Polatin, 1949) e così via. Quindi, riassumendo:

- in una prima parte della storia del termine *borderline*, il confine, stigmatizzato nel termine stesso, sembrava, appunto, quello tra le nevrosi e le psicosi, e veniva usato, quindi, per una serie di casi presi in cura che, pur essendo adattati, presentavano brevi scompensi psicotici, o che, comunque, pur avendo un funzionamento pseudonormale, mostravano una struttura di personalità non ordinaria. Qui, tuttavia, le Scuole si dividevano. Si trattava, cioè, di casi di psicotici o schizofrenici marginali, a bassa intensità, cosiddetti pseudo-nevrotici, ma sostanzialmente schizofrenici? O si tratta-

¹ Kernberg fonda la sua concettualizzazione dell'organizzazione *borderline* di personalità soprattutto sul livello di aggressività, sulla dispersione dell'identità (*identity diffusion*), e si avvia a una sorta di *grading* del disturbo *borderline*, vale a dire concepisce un livello alto di disturbo, al confine con le nevrosi isterica e ossessiva, un livello intermedio, che si confonde con il narcisismo, e un livello basso, che comprende le personalità schizoidi, paranoidi, antisociali. Il livello di gravità è valutato a seconda del tipo prevalente di operazioni difensive utilizzate dal paziente.

va piuttosto di nevrotici che si spingevano fino al limite della psicosi, pur rimanendo nevrotici?

- Nel tempo, per una strana osmosi della riflessione psicodinamica nel pensiero psichiatrico, il costrutto *borderline*, dal 1980 in avanti, viene assorbito *categorializzato* (catalogato) nell'inventario nosografico del DSM III, diventando un *disorder* a parte, completamente staccato sia dalle psicosi sia dalle nevrosi. Ovviamente, nel passaggio dalla concettualizzazione psicoanalitica all'incasellamento nosografico, si perdono quei dettagli fini, come la scissione in rappresentazioni buone o cattive non integrate, la diffusione dell'identità, l'utilizzo di difese primitive, tutti elementi sottili che potevano essere colti solo da un clinico psicodinamicamente formato, e si privilegiano i tratti descrittivi più superficiali, come l'impulsività, l'instabilità, l'altalenanza nelle relazioni affettive, la rabbia auto-etero distruttiva.

Il DBP, alla fine, tale ufficialmente rimane, cioè un disturbo autonomo, in tutte le edizioni seriali, dal DSM I al DSM-5TR, ben distinto da altri disturbi di personalità, come quello paranoide, istrionico, narcisistico, schizoide, eccetera. Anche se, nella pratica, se non altro per frequenza diagnostica, il DBP li supera tutti, divenendo, nella vulgata clinica, quasi il disturbo di personalità per eccellenza. Anche perché, a ben vedere, è difficile non scorgere, nella sindrome *borderline*, anche tratti paranoidei, narcisistici, istrionici, eccetera. A questo proposito gioca ancora di più la confusione tra il concetto di *organizzazione borderline* o *funzionamento borderline* e il concetto di *disturbo borderline* propriamente detto. L'organizzazione o il funzionamento *borderline*, infatti, graduato a varie intensità, nella concettualizzazione di Kernberg, varia in un continuum dall'espressività isterico-istrionica alle manifestazioni narcisistiche o antisociali. Questo "cursore" *borderline*, incompatibile con la definizione di un DBP a sé stante come categoria nosografica, sopravvive, di fatto, nell'attitudine clinica quotidiana, finendo per minare continuamente l'ingessamento nosografico della sindrome, oltre che a invadere il campo degli altri disturbi di personalità. Inevitabilmente questa flessibilità intrinseca al concetto di organizzazione o di funzionamento coincide di più con la prima definizione della sindrome: *limi-*

te o *marginale*, appunto. Una sorta di sopravvivenza fluida e dinamica alla solidificazione fatta dalla psichiatria nosografica, che sacrifica, in questo modo, alla necessità dell'inquadramento la liquidità della clinica *real world*.

Da notare, a questo punto del discorso, una serie di incongruenze:

- nelle fasi iniziali del suo sviluppo concettuale il DBP è stato accostato più alle forme schizofreniche inapparenti, o latenti, o marginali, dunque esso è stato considerato, di fatto, una periferia della schizofrenia, una sorta di schizofrenia attenuata;
- poi, in una seconda fase, esso ha avuto il suo distacco e la sua dignità nosografica autonoma, solidamente collocato nell'asse II dei disturbi della personalità; asse poi scomparso nel DSM-5, che tuttavia conserva al DPB un'autonomia nosografica;
- poi ancora, in un terzo momento, è stato fatto il tentativo importante (Akiskal) di riannetterlo all'asse I come una psicosi, non più schizofrenica però, ma questa volta affettiva (il DPB secondo molti autori sarebbe nient'altro che una delle cangianti espressioni dello spettro bipolare, poiché nella sua instabilità viene rinvenuta una ciclicità e le manifestazioni comportamentali vengono ricondotte a un umore altalenante).

Questa oscillazione a 180 gradi, che fa transitare il DBP dai confini della schizofrenia a quelli del disturbo bipolare, è molto interessante per capire come la questione della collocazione nosografica del DBP sia, di fatto, completamente sfuggita di mano, e come il DBP si presti a comparire, a seconda delle fasi, con prospettive diametralmente contrastanti tra di loro, nell'una o nell'altra delle due grandi e opposte psicosi binarie.

Chi sono, in definitiva, i pazienti *borderline* propriamente detti:

- quasi schizofrenici secondo la prima ipotesi?
- Una categoria a sé stante seguendo la seconda ipotesi?
- Null'altro che espressioni dello spettro bipolare secondo la terza ipotesi?

E, soprattutto: un sistema nosografico che consente questa potente *migrazione* di una sindrome attraverso l'intero spettro dimensionale dei disturbi mentali è ancora un sistema attendibile?

Se un sistema nosografico prima tenta, ma poi non riesce, a intrappolare al suo interno una "sindrome jolly", quanto esso risulta ancora affidabile anche nella determinazione descritti-

va delle altre sindromi? In questo modo il DBP porta a segno la propria “vendetta” anarchica sul sistema che vuole intrappolarlo, evidenziandone i due difetti fondamentali:

- *l'assenza di gerarchie di valore tra i sintomi*, ovvero i sintomi nel sistema DSM hanno tutti la stessa importanza, essi sono “orizzontali” e vale solo il criterio quantitativo (la somma: uno o più dei seguenti sintomi) nella definizione della sindrome. Ci si rende facilmente conto come una sindrome, come quella borderline, per definizione polimorfa, cangiante e mimetica, finisca per creare confusione e sfuggire a questo tipo di definizione;
- *il sistema DSM non coglie la struttura di fondo* (che è “verticale”), ovvero non dice nulla sulla soggettività che esprime i sintomi, limitandosi a un’archiviazione sommaria degli stessi. Dal punto di vista psicopatologico, infatti, un sintomo è sempre il compromesso tra la *noxa* patogena di fondo e la reazione del soggetto. L’incapacità del sistema di leggere l’organizzazione strutturale che innerva il fenomeno sintomatico rende fragile e generico il mosaico sintomatologico di superficie, soprattutto quando, come nel DBP, questo si presenta fluido.

In un certo senso è il caso di dire che dietro la collocazione nosografica del DBP si giochi lo scontro tra la vecchia idea della *psicosi unica* contro l’idea della *psicosi binaria*. Se la psicosi è unica, e la differenza tra le sindromi è quantitativa, allora tutti i disturbi sono espressioni di un’unica malattia posti lungo un continuum, che potrebbe essere *nevrosi-borderline-psicosi*, a seconda solo dell’intensità mostrata; se le psicosi sono diverse e la differenza tra di loro è qualitativa, allora il DBP non è ridicibile ad alcun altro tipo di disturbo e non è l’espressione attenuata o prodromica o residuale di nessun altro disturbo. Ma, a quanto pare, data la sua “liquidità” ed “evanescenza”, proprio così non è. Si può dire, allora, riassumendo, che la neonata psichiatria ufficiale aveva fatto appena in tempo, con la *botanizzazione* kraepeliniana, a impartire una discreta forma alla confusione dei *residui* umani inintegrabili che la società industriale aveva accorpato nei grandi asili psichiatrici, che nuove manifestazioni di patologia si offrivano all’orizzonte della clinica, e per giunta non immediatamente riducibili alle griglie già collaudate. Il DBP si è dimostrato, tuttavia, al netto della

sua inafferrabilità, nel tempo, un costrutto vincente, poiché intanto ha nettamente soverchiato sia gli altri disturbi di personalità, sia il tentativo di intrappolarlo e reintrappolarlo in una sindrome definita. In una sorta di meiorpragia è diventato proprio il borderline il sinonimo o la metafora del disturbo di personalità per eccellenza, il sinonimo di un cattivo carattere, o di un pessimo soggetto. Il borderline, come diceva Mario Rossi Monti, è uno di quei pazienti che i clinici si augurano più di perdere che di mantenere in trattamento. Accorciato anche per facilità di comunicazione, tra gli operatori, con la dicitura: "È un *border...*", seguita da puntini sospensivi che alludono alla pesantezza del caso, con il suo corredo di rabbia, di impulsività, di ambivalenza, di manipolatività, associate a una certa lucidità raziocinante, e quindi con un conseguente livello di pretese e di bisogni, che, a ben vedere, non è proprio tipico dei pazienti psicotici, il cui unico bisogno, come diceva Carlo Zapparoli, è quello di non avere bisogni. A proposito di "è una *border...*": vista la prevalenza del disturbo nel genere femminile (70-75%), sarebbe appropriato dire che il disturbo borderline ha assorbito e aggiornato un'altra grande patologia apparentemente scomparsa dalla storia, che è l'isteria, soprattutto nella forma di angoscia e di struttura di personalità, piuttosto che nella forma di conversione. Già conosciuta come patologia femminile per eccellenza, sessualizzata e corporealizzata, caduta in rovina con la progressiva perdita di presa della psicoanalisi sulla psichiatria e con l'evoluzione dei tempi e il ribaltamento della condizione femminile subalterna, l'isteria sembrerebbe essere confluita nel borderline che, a conti fatti, rappresenta, come l'isteria aveva rappresentato il primo, l'ultimo tentativo da parte della psicodinamica di parlare alla psichiatria, oltre che il modo "femminile" di esprimere la propria inquietudine rispetto ai ruoli sociali e al raggiungimento di una identità stabile e soddisfacente.

Fatto questo breve excursus, in prima conclusione possiamo dire che l'inserimento della sindrome borderline dentro il sistema statistico-nosografico attualmente in vigore ha avuto lo stesso significato che ha l'introduzione di un virus in un sistema informatico: *un effetto disorganizzante*. Secondo Luciano del Pistoia, il borderline si configura come un *boomerang*, ovvero

come un vero e proprio “*paradigma*” di ritorno. Ovvero come una carica entropica che destabilizza e rende inefficace il sistema categoriale. Infatti, il voler dare al borderline una descrizione e una definizione criteriologica è come se avesse tentato di strapparla al suo ruolo di cerniera, ovvero al significato originario di sindrome a *cotè* di altre sindromi, di sindrome tra le sindromi, di sindrome di passaggio, di sindrome di transito, di sindrome di confine. Sullo scontro linguistico tra le diverse Scuole, invece, va detto che il termine anglofono “borderline”, di fatto, ha avuto la meglio su quello francofono di “stato limite” o di “sindrome marginale”. In effetti, essi significherebbero la stessa cosa, sebbene con sfumature diverse. Probabilmente la fortuna del termine anglofono “borderline” sta nell’aver chiuso in una sola parola due parole: linea e confine. Ma confine di cosa? Linea di confine di cosa? Questo paradosso si è evidenziato anche a proposito dell’allargamento semantico del borderline, infatti si è pensato, a un certo punto, visto lo spettro di disturbi che essa includeva, di ridefinirla come *borderzone*, cioè zona di frontiera, rappresentandosela così almeno come una fascia piuttosto che come una mera linea, oppure, più recentemente, come “area borderline” (Correale). Oppure, la stessa definizione di stato al limite rimanda all’idea di qualcosa di molto più articolato e complesso, anche se disperso lungo una frontiera. Se una linea di confine diventa uno stato, in termini geografici, se una linea di confine si dilata in uno stato, essa perde la sua scivolabilità, il suo essere in ogni dove, poiché una linea immaginaria di confine si trova tra tutti gli stati, è desituata, o comunque non è situabile. Ogni stato del mondo ha i suoi confini. Il confine prende nome solo tra gli stati che separa e che unisce. Non esiste un unico stato di confine. Ogni stato è di confine a qualche altro stato. La definizione di mondo-limite è essa stessa un paradosso. Il mondo, infatti, è una sfera multidimensionale e plurale, laddove il limite viene, in genere, configurato come una linea, per giunta virtuale.

In conclusione, della disamina di questa prima questione si può dire:

- che gli stessi criteri che definiscono il DBP nel sistema DSM sono vaghi, molto più vaghi dei criteri che definiscono le altre sindromi. Il risultato è che il DPB può essere overdia-

gnosticato, può rappresentare una sindrome precursore o residuale ad altre sindromi, può rappresentare tutto e nulla, può inglobare o essere inglobato dentro altre sindromi.

- Il DPB, in questo senso, proprio perché di fatto nella pratica rimane fluido a scapito di ogni tentativo di definizione criteriologica, rappresenta una messa in crisi del paradigma categoriale accreditato dalla psichiatria *mainstream*, riproponendo, oltre all'ombra della psicosi unica, come già si è detto, se stesso il cestino dei rifiuti, la *no man's land* dell'inclassificabile altrove, il disturbo NAS per eccellenza, il contenitore di tutto ciò che torna strano o poco chiaro, ma, soprattutto, si copre di un significato insieme offensivo ma che rimanda anche a un'impotenza, a una sopportazione, a un'alzata di spalle.
- La persistenza della categoria nosografica borderline rappresenta uno scacco del sistema nosografico. Uno dei modi correnti per appellare la follia in una società, come quella attuale, che non ha più netta la distinzione tra chi è dentro e chi è fuori la società stessa (Schmideberg). Il DBP si presta così a divenire un incredibile *passepartout* nosografico. Una sconfitta disarmante della *ratio* calcolante e divisoria che ha informato di sé la nosografia psichiatrica a partire della metà del 1800 in avanti.

II LIVELLO PSICOPATOLOGICO E FENOMENOLOGICO: LA "DISPERATA VITALITÀ"

La riflessione psicopatologica di impianto fenomenologico prova a cogliere alcuni determinanti strutturali dell'esperienza soggettiva del DBP, che possono aiutarci nella comprensione e nella cura, al di là della cangiante sintomatologia esibita dai pazienti. Jaspers filosofo aveva descritto la "Grenz Situation", ovvero la *situazione limite* in cui può venirsi a trovare l'esistenza umana, il suo fondo, il suo *cul de sac*, i momenti di confine tra controllo e assenza di controllo, tra uno stadio e l'altro dell'essere. La morte, la malattia, l'essere soggetti al caso, la colpa, l'essere costretti a lottare, in cui l'io, il soggetto o la coscienza sono scossi da brividi atavici, l'ago della bussola esistenziale impazzisce, smarrisce il nord della certezza. Sbatiamo contro il muro del limite e facciamo naufragio. Sono

situazioni caratterizzate da una incomprendibilità di fondo, e il limite vissuto rimanda alla trascendenza, a un altrove non concettualizzabile. Queste sue intuizioni non hanno avuto poi alcuna risonanza per la clinica. A parte il grande interesse di Schneider per le personalità psicopatiche, dobbiamo effettuare una lettura preterintenzionale delle opere di Binswanger per dire che egli sia stato il primo fenomenologo a occuparsi di patologia borderline (stramberia, manierismo, esaltazione fissata). E comunque anch'egli ha letto queste forme-limite in una filigrana schizofrenica. La più fenomenologica delle definizioni che viene fuori, stranamente, dal fronte psicoanalitico, ed è quella che individua nel soggetto borderline la figura di *uomo tragico*, in opposizione all'essere nevrotico (di una volta) come *uomo colpevole*, definizione coniata da Heinz Kohut, proprio per rappresentare quest'essere umano divorato dalle proprie smisurate istanze, dominato da un Sé grandioso, arcaico, profondamente e irrimediabilmente ferito nella propria relazione empatica con il mondo, esposto alla frustrazione narcisistica del proprio continuo fallimento di fronte allo squallore della realtà quotidiana, indifferente alla sua musica, sorda al suo strenuo e impossibile richiamo di incontro. Bruno Callieri, il mio maestro, è stato, tra i suoi coevi della seconda generazione della psicopatologia fenomenologica italiana, l'unico che, intorno agli anni Ottanta del secolo scorso, ha pubblicato una serie di articoli sul DBP, descrivendo come proprie del DBP le seguenti caratteristiche. Da *L'ultima lezione*:

- è sempre presente nel B un'intensa affettività, in genere depressiva od ostile, che in inglese si chiama *Anger*, e che non è solo ansia, ma una collera disforica, una facile "incazzosità", nel senso che il soggetto facilmente e rapidamente si "disforizza", si infiamma;
- una storia di comportamento impulsivo, nel B è molto importante che ci sia e può essere di molti tipi;
- una discreta adattabilità sociale, contrariamente allo schizofrenico, che è uno dei punti centrali del discorso diagnostico. Perché il B si adatta bene socialmente, si adatta male, invece, nei rapporti interpersonali più profondi, anzi, è proprio qui che crolla. I rapporti superficiali sono mantenuti, poi, come inizia un rapporto profondo con una persona, il B non riesce a strutturare una relazione interpersonale stabile;

- brevi esperienze psicotiche, quelle che una volta venivano chiamate “le schizofrenie dei tre giorni”. Ne sono state viste molte, soprattutto nei militari durante e dopo le due guerre mondiali; in un primo tempo sono state impostate in un senso esclusivamente psicogenetico, cioè scatenate, determinate da uno stress psichico più o meno prolungato, più o meno intenso, che portava a dissociare e ad allucinare: le famose “psicosi psicogene” dei vecchi autori. Nel B tutti gli autori prestano molta attenzione a queste brevi esperienze psicotiche;
- pensiero scucito in situazioni scarsamente strutturate. Laddove la situazione è ben precisa, organizzata, stabilita dal di fuori in orari e compiti, il pensiero funziona; questo lo vediamo anche nei ragazzi che quando hanno orari e compiti tutti stabiliti, fino al liceo funzionano, ma quando poi si trovano nel marasma, all’Università, al primo, al secondo anno, non riescono a darsi una regola autonoma, il loro pensiero si destruttura;
- le relazioni interpersonali oscillano sempre, in un modo stabilmente instabile, fra una disinvolta superficialità e un’intensa dipendenza. Da un lato c’è una superficialità di relazioni gestite brillantemente ma sempre a livello superficiale, dall’altra c’è questa ambiguità di bisogno e di ribellione, di intensa dipendenza, perché la dipendenza viene vissuta sì come un bisogno, ma anche sentita in modo fastidioso.

Diversamente dai maestri della seconda generazione, la terza generazione italiana della psicopatologia fenomenologica ha tematizzato approfonditamente alcune esperienze della condizione borderline. Rossi Monti ha approfondito il “dramma” della disforia, riconoscendo in essa un *marker* psicopatologico, ovvero esperibile sul piano della soggettività, analogo al *marker* psicodinamico della “dispersione dell’identità” di Kernberg. Stanghellini ha isolato la dimensione dell’informe (*aneidos*) come cifra vissuta della corporeità borderline. Di Petta ha esplorato il versante dell’utilizzo di sostanze (coscienza crepuscolare, psicoma, psicosi sintetica). Correale, da una matrice psicoanalitica, ma con un linguaggio molto fenomenologico, ha esplorato il versante del trauma, della depersonalizzazione, della sensorialità. Di seguito si caratterizzano alcuni di questi *topics*:

- il tempo vissuto del paziente borderline è, secondo Kimura Bin (1995), quello dell’immediatezza e dell’istantaneità, ovvero dell’*intrafestum*. Per *intrafestum* Kimura intende il tem-

po acuto che dilata ed esplose l'evento. Il *festum* per gli antichi romani era la festa. Il tempo vissuto del melanconico, di contro, è quello del *post-festum*, ovvero della festa finita, della tavola sparecchiata, del tutto irreparabilmente già accaduto; mentre il tempo vissuto dello schizofrenico è quello dell'*ante-festum*, ovvero il sentimento dell'apocalissi o dell'apofania, il sentimento utopico del mondo che verrà. Il paziente borderline vive il proprio tempo come una successione ripetitiva e dilatata di istanti discontinui, tratteggiati, connotati dalla ricerca spasmodica e intensa della "festa", dell'evento, ovvero della situazione esistenziale carica del massimo significato possibile. Questa serie infinita, discontinua e intermittente, di istanti ripetitivi non collegati, priva il paziente di uno sfondo storico e di una prospettiva futura. Si tratta di istanti non ricomprendibili in una narrazione. Questa dimensione temporale assoluta, che rimanda a una scarsa coesione del Sé, una sorta di isola del tempo galleggiante e vagante nel mare di nulla, è quella che ci consentirà, nella trattazione dell'ultima questione, di agganciare la dimensione borderline al tempo della tarda modernità o postmodernità o della contemporaneità, che è proprio l'istantaneità. Al vitalismo estremo del borderline, altro elemento che ci consente di considerare questa dimensione *in nuce* presente in tutte le avanguardie tardo ottocentesche e primo novecentesche, non è consentita la speranza, poiché la speranza è una figura temporale del futuro o dell'avvenire, e non avendo il borderline la dimensione del futuro, egli rimane privo di speranza. L'annullamento del futuro ottiene l'annullamento della morte, che è collocata per tutti noi nel futuro. La morte è il prezzo che paghiamo per la speranza, entrambe sono collocate nel futuro. Senza il futuro non c'è la morte e non c'è la speranza; la morte del borderline è adesso. La successione degli istanti senza memoria e senza progetto, infatti, istanti che muoiono quando nascono, presentificano continuamente la morte, al margine della quale, paradossalmente, il borderline sente la vita alla sua massima intensità. È l'attualità della morte sentita, la morte del tempo, che dà alla vita il suo ultimo slancio, uno slancio ogni volta ultimo, e per tanto disperato, agonico, intenso, singultante.

- La dimensione vitale-istintuale del paziente borderline è caratterizzata da una elevatissima e deragliante, secondo la terminologia di Janzarich, *instabilità dinamica*, che sul piano umorale si traduce nella *disforia*, concettualizzata da Stanghellini con un verso di Pasolini come “disperata vitalità”. La disforia, su cui Rossi Monti ha lavorato più di tutti, diventa un asse terzo dell’umore (Scuola di Vienna), privo di direzione o di intenzionalità, cioè privo di oggetti su cui investire lo slancio, che mette il borderline in una condizione di stato misto permanente, ovvero in una condizione di rabbia, irrequietezza e depressività. L’irritabilità disforica spinge il borderline all’azione o all’agito, o all’uso di sostanze, o dentro relazioni promiscue, al fine di ottenere una riduzione del rumore di fondo, che poi inevitabilmente riprende come la tempesta dopo la quiete. L’inquietudine disforica diventa così la vera cifra emotiva del borderline, una dimensione correlata alla sua propensione all’informe, piuttosto che alla forma nella quale si cristallizza l’ossessivo.
- Il corpo, o la corporeità del borderline, è stata tematizzata da Stanghellini come “*dissipans*” ovvero continuamente dilatata e ameboide secondo le evaginazioni o le invaginazioni informi. Come se il corpo del borderline fosse un corpo senza organi, una carne indistinta con il mondo e con gli altri, una sorta di orgia. Informe o *aneidos*, è questa dimensione del Leib, ovvero il corpo vivente del borderline, il corpo che egli è, come soggetto incarnato. Siccome il corpo vivente, il corpo vivo è carne del mondo (Merleau-Ponty, Fuchs), è comprensibile come la corporeità informe del borderline esiti in un *embodiment* brulicante e fibrillante del mondo circostante, sempre al crinale tra l’intensità della vita e l’incombere imminente della morte. E come è informe il corpo vivente, informe e fluido è il mondo che si incarna nella corporeità. Il bisogno di dipendenza, da sostanze o affettiva, si iscrive in questo tentativo impossibile di stabilizzazione o di messa in salvo o di ancoraggio dall’informe. È intuitivo come questi tratti (instabilità, disforia, istantaneità, scivolamento continuo sul magma fluido dell’informe) spingano la condizione borderline a sovrapporsi, in apparenza, ad aspetti di altre condizioni patologiche, come l’ADHD o il disturbo bipolare, la ciclotimia.

- Un aspetto psicopatologico che è dirimente rispetto alle condizioni più genuinamente psicotiche è caratterizzato dalla cosiddetta manipolatività. Non è un criterio, stranamente, da DSM 5-TR, ma è un'esperienza riportata da chiunque abbia confidenza con il soggetto borderline. La manipolatività attiene alla presenza di una quota psicopatica alla Schneider e alla Haefner. Per manipolare l'altro bisogna rendersi conto della sua alterità, cosa non scontata nelle condizioni psicotiche. A questa alterità riconosciuta, tuttavia, non segue il rispetto dovuto. È come se anche l'empatia, a tratti enfatizzata dall'ambivalenza idealizzante, venisse utilizzata dal paziente borderline per agganciare l'altro e manovrarlo attraverso il suo tallone di Achille. È il "prendere-qualcuno-per-qualcosa" di cui parla Binswanger nelle sue *Grundformen* (1942). Si tratta di un aspetto che è stato definito "sintonia affabile" da Haefner, una sorta di immediato, superficiale e facile *attunement* che rivela la sua inautenticità quando poi si direziona a "prendere - l'altro" per un parte, per i fondelli, per la gola, per la tasca, per il suo lato debole, per la sua carica narcisistica. Nei confronti del clinico è il tipico: "Solo lei mi ha capito. Finora tutti gli altri non hanno capito niente", che fa il paio con il successivo: "Neanche lei mi ha capito. Sono deluso. Lei è come tutti gli altri, anzi è peggio degli altri, perché almeno gli altri sono stati più onesti da subito." Questo gioco tragico e ambivalente di seduttività idealizzante e di rigetto svalutante viene applicato pari pari nelle relazioni affettive, di amicizia o di amore, che finiscono per condannare il borderline alla solitudine.
- La maschera, o facciata, esibita transitoriamente nelle evoluzioni delle varie incarnazioni del Sé o dell'identità borderline, richiama il "come se" (personalità "as if", "als ob" della Deutsch) ed è l'altra faccia della disperante ricerca di autenticità a tutti i costi e di giustizia del borderline. Di fronte a queste persone si percepisce qualcosa di "impalpabile", una sorta di mancanza di genuinità e di autenticità, nel loro adattamento alla normalità, associato a una incapacità di leggere i propri vissuti. È strano perché nelle esplosioni di rabbia borderline, il paziente rinfaccia agli altri e al mondo proprio la mancanza di autenticità che invece lo caratterizza. Per cer-

ti aspetti, invece, la sindrome borderline si costituisce per opposizione al “*typus premelancholicus*” di Tellenbach e Kraus, che ha costituito la personalità angolare della società borghese e industriale tra la fine dell’Ottocento e la prima metà del Novecento, votata alla nazione, incardinata nel ruolo, nel lavoro e nella famiglia, predisposta alla depressione melanconica con il pensionamento o con l’allontanamento dei figli dal nido familiare. Secondo Szilasi, il melanconico combatte da una parte contro la forza delle tenebre e da un’altra parte contro l’indolenza del proprio cuore, rimanendo sempre insoddisfatto per ciò che è rimasto indietro, rispetto a ciò che è riuscito a portare alla luce. Nello schema che segue, alle caratteristiche cardinali del *Typus premelancholicus* (costellazione premelanconica) fanno eco caratteristiche contropolari che bene disegnano i contorni del DBP. In questo senso potremmo dire che le prime sono le caratteristiche tipiche degli “uomini della colpa”, come li avrebbe definiti Kohut, le seconde le caratteristiche degli “uomini della tragedia”:

ORDINATEZZA versus CAOTICITÀ

SCRUPOLOSITÀ versus SCIATTERIA

ETERONOMIA versus EGONOMIA

IPERNOMIA versus ANOMIA

INCLUDENZA versus ROTTURA DEI LIMITI

RIMANENZA versus TENSIONE AFINALISTICA

COLPA versus VERGOGNA

DISPONIBILITÀ versus INAFFIDABILITÀ

SOLLECITUDINE versus STRAFOTTENZA

NON VOLER PESARE SUGLI ALTRI versus RIVENDICATIVITÀ RABBIOSA

RUOLO versus DISINVOLTURA E DISINVESTIMENTO

DOVERE versus VOLERE/PIACERE

- Il trauma, o area traumatica (Correale). Tra gli psicopatologi classici va ricordato il contributo di Kretschmer del 1918, sul “delirio di rapporto dei sensitivi” (*Der sensitive Beziehungswahn*), nel quale egli per primo pone l’attenzione sul confine tra la personalità e la sua intrinseca potenzialità deliroide/ante, al di là, dunque, dell’idea di psicosi come processo. L’individuazione del dispositivo trauma/personalità/evento chiave da una parte, la vergogna/rabbia dall’altra, con la

possibilità di agiti aggressivi e combattivi, avvicina molto il costruito kretschmeriano al DPB, nella misura in cui lo avvicina al Sé grandioso-arcaico di Kohut, ferito nella sua relazione gemellare, rispecchiante e idealizzante con il mondo. Il disturbo borderline fa giustizia, a poco a poco, come una carta assorbente, anche del delirio sensitivo di rapporto di Kretschmer (in cui il circolo trauma-sensività-vergogna-rabbia-distruittività e iperinvestimento nell'autoriferimento e nella relazione con l'altro sembra ricalcare alcune orme del DBP), nonché delle personalità psicopatiche di Schneider (psicopatico nel lessico anglosassone sta per sociopatico, invece per Schneider aveva solo il senso di variante abnorme di personalità, "che soffre e che fa soffrire"). In anni precedenti il DSM, Schneider distingueva, con una capacità descrittiva degna dei caratteri di Teofrasto, gli ipertimici, i depressi, gli insicuri, gli instabili, gli abulici, i fanatici, i freddi, i bisognosi di considerazione. La personalità borderline sussume in sé molte di queste caratteristiche, in modo trasversale. Schneider insiste sul fatto che non si tratta di vere e proprie malattie, ma di varianti abnormi, ovvero di soggetti che assommano determinate caratteristiche in una quantità superiore agli altri; dunque, il criterio schneideriano per le personalità psicopatiche è solo quantitativo, non qualitativo.

- La blanda depersonalizzazione è descritta da Correale come costitutiva della coscienza dell'Io borderline. Blanda depersonalizzazione o dissociazione connessa al trauma e alla discontinuità del senso di Sé, ma anche alla disforia, in una sorta di gioco dialettico che fonda l'instabilità borderline. La depersonalizzazione o la dissociazione borderline trova gioco facile nello "sballo" da stupefacenti, descritto da Di Petta come una sorta di "crepuscolo bianco" della coscienza, ovvero come una condizione di spegnimento lucido del mondo, in cui il soggetto, tra l'immerso, il sommerso e l'emerso, tollera la linea di galleggiamento tra la forma e l'informe, il mondo esterno e il mondo interno. Da questi ripetuti stati di coscienza prendono poi piede sviluppi psicotici descritti da Di Petta come *sintetici*, poiché caratterizzati da fiammate psicotiche che poi si estinguono lasciando tuttavia strascichi

permanenti come cicatrici che mineralizzano alcune zone coscienza e l'esserci, senza provocare quella destrutturazione permanente della coscienza di Sé che caratterizza la schizofrenia. Sono possibili, nelle crisi, situazioni di collasso del Dasein, ovvero dell'esserci o *essere-nel-mondo* del soggetto su di Sé, intervallati a riprese lucide non tipiche delle condizioni psicotiche caratterizzate da processualità e progressività. Il bisogno di sostanze del borderline, in altri termini, sembrerebbe auto terapeutico nella misura in cui gli consente di imbalsamare la coscienza dissociativa senza avvertirne gli effetti angoscianti. Gli stupefacenti farebbero del borderline un prigioniero del viaggio, un passeggero di atmosfere "oniroidi" dove l'attenuazione della realtà insopportabile è a vantaggio del raggiungimento di questo "crepuscolo bianco", una sorta di zona franca, di limbo della vita.

- La nozione di immaturità affettiva, cara alla psicopatologia di lingua francese e spesso accostata a quella di disarmonia evolutiva², "rinvia a un insieme di condotte segnate in particolare dalla difficoltà di controllare le emozioni, la loro intensità e la loro labilità, la difficoltà a tollerare la frustrazione, la dipendenza affettiva, il bisogno di sicurezza, la suggestionabilità" (de Ajuriaguerra e Marcelli, 1982); è progressivamente svanita dalla terminologia clinica, soppiantata da quella di struttura borderline di personalità o dai generici disturbi dell'adattamento che tutto inglobano e nulla fanno comprendere se ci si limita alle definizioni del "DSM, questo libretto delle contravvenzioni... che a me, me pare più un manuale de botanica" (Callieri)³. Il soggetto immaturo è sfuggente e vaporoso nel contatto: spesso questo si accompagna a un eloquio che lascia trasparire una grande ingenuità *naïf*. Le caratteristiche di impalpabilità ci inducono a seguire le tracce della persona immatura in un'atmosfera di rarefazione, come quella che ritroviamo nel testo di Musil, *L'uomo senza qualità*. In questo testo ambientato in una

² Porot e Parma (1996) ne individuano come elemento centrale "una discordanza tra uno sviluppo intellettuale soddisfacente e uno sviluppo affettivo non raggiunto" a cui consegue "una debolezza, una insicurezza, una manipolabilità e una dipendenza eccessive che prendono spesso la forma di una fissazione emotiva eccessiva alle figure di riferimento".

³ Relazione presentata al Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica, Figgline Valdarno, 2008.

Vienna dall'atmosfera *fin de siècle* (nonostante ci si trovi nel 1913), il protagonista Ulrich è un coagulo di qualità o, meglio ancora, di "proprietà" secondo la traduzione letterale del termine tedesco *eigenschaften*, senza soggetto: Ulrich è un uomo che se "avesse dovuto dire chi fosse realmente, si sarebbe trovato in imbarazzo perché (...) fino ad allora non aveva mai esaminato se stesso se non nello svolgimento di un compito e in relazione ad esso" (Musil, 1942). Come sottolinea bene Tatossian (1988), Ulrich è un "uomo del possibile" che alla fattualità e alla attualità della realtà predilige una realtà iper-aperta, indefinita e perennemente in fieri del possibile. "L'immaturo non ha acquisito la ruolità (*roléité*) che permette di tratteggiare i compiti (*cahier de charges*) di ogni ruolo. Non essendo stati acquisiti come ruolo, il soggetto in modo ingenuo o saggiamente non fa nulla per abitarli" (Charbonneau, 2010). Nell'immaturo la disperazione non si traduce in lamento con la connotazione di "appello all'altro e al suo aiuto", quanto assume la coloritura di un'espressione furiosa e frustrata "contro l'altro, contro il destino" (Tatossian, 1989): è proprio in questo frangente, in questa veeemenza rabbiosa che possiamo cogliere i vissuti più genuini dell'immaturo. Se non si valorizza la genuinità della rabbia provata dall'immaturo, si rischia di indurlo a essere ancor più disinvolto⁴ nel senso non soltanto di non-coinvolto, ma di un'attitudine di recepimento passivo di ciò che accade, con un impatto affettivo impalpabile, una "disinvoltata superficialità" (Callieri, 2006): parafrasando un'espressione calzante di Tatossian (1984), abbiamo l'impressione che l'immaturo accolga "l'esperienza vissuta in mancanza di meglio".

In conclusione, da questa disamina della questione psicopatologica, emergono una serie di punti di reperi relazionali. Essi vanno intesi come un mosaico fluido in grado di aiutare il clinico a galleggiare con il paziente borderline. Essi si strutturano e si danno come esperienze intersoggettive nell'incontro tra il clinico e il paziente e possono aiutarli a prendere atto di quanto stanno vivendo, ben al di là della costruzione nosografica.

⁴ Sulla nozione di "disinvoltura" rinviamo all'eccellente Tesi di Dottorato di Carla Tagliatela: *Conscience de rôle et personnalités pathologiques. Analyse de la désinvolture*, presentata il 9 febbraio 2017 presso l'aula magna della Université Paris 7 Denis-Diderot

Da un punto di vista pratico, la padronanza con il lessico psicopatologico borderline oggi può aiutare nel discriminare, con gli adolescenti, rispetto agli esordi psicotici. Negli ultimi anni l'enfasi sulla *Ultra Hi Risk Syndrome*, sui Sintomi di Base, sugli *Early Symptoms* corre il rischio concreto di una "over diagnosi" di "schizofrenie debuttanti". Nella nostra osservazione clinica in SPDC, molti di questi "esordi" o "debutti" sono in realtà scompensi pseudo psicotici di strutture borderline già precocemente organizzate. La caratteristica distintiva sta negli aspetti dissociativi e nella rabbia disforica, ovvero senza oggetto intenzionale, che le accompagna. Oltre che nella mancanza di elementi propriamente allucinatori e deliranti, e di elementi disgregativi della personalità e di perdita dell'evidenza naturale, che caratterizzano invece le autentiche esperienze psicotiche. Ci si rende conto che la padronanza di questo lessico psicopatologico, anche se originariamente volto più alla comprensione che alla diagnosi, può tornare molto utile nel discriminare il destino del paziente.

III LIVELLO ETNO-ANTROPOLOGICO ED ESISTENZIALE: "ESSERCI NEL NAUFRAGIO"

Il costrutto concettuale borderline, unico contributo del pensiero americano alla nosografia psichiatrica, potrebbe, al di là della sua cristallizzazione clinica, aver individuato una "costellazione di transizione" dall'uomo storico al post-umano dell'avvenire. Da questo punto di vista il DBP potrebbe rappresentare la "sindrome etnica" dell'ultimo Occidente, alla Devereaux. Ovvero il modo preferenziale di ammalarsi o di tentare di adattarsi ai profondi mutamenti strutturali della società ipertecnologica, virtuale-informatizzata, globale, giunta alla parabola conclusiva del suo nichilismo valoriale. Del resto, modalità borderline sono sempre più rintracciabili in persone anche efficienti e generalmente considerate normali, quanto si può sperare di esserlo in questo tipo di società. Mentre per le patologie psicotiche il senso comune è concorde nel considerarle malate, al di là della classificazione nosografica, per i disturbi di personalità e soprattutto di area borderline non è scontata questa concordanza di giudizio. Questo elemento, unitamente all'epidemia borderline degli ultimi anni, deporrebbe per il significato "adattivo" e di sopravvivenza

del DBP, tipico del passaggio tra modernità e post-modernità, oltre l'abisso psicotico e la nevrosi ormai remota. Si tratta, in definitiva, di una "malattia" che, al di là delle categorie nosografiche, è in fondo a ciascuno di noi, uomini della contemporaneità e, dal fondo, radicalmente ci interroga. Per la sindrome borderline potrebbe valere quello che Kretschmer scrisse per le psicopatie in generale: "Gli psicopatici sono dentro ognuno di noi. Ad acque calme noi li contempliamo, in tempi caldi essi ci gestiscono". L'antichità è cresciuta con la nostalgia del paradiso perduto e degli avi, e la malinconia, che è cristallizzata sul tempo perduto, è stata l'unica patologia dell'antichità. Il tempo della modernità, o tempo della macchina, si è caratterizzato per un'accelerazione verso il futuro. La schizofrenia, non a caso concettualizzata al culmine del positivismo, è stata la patologia iperbolica della modernità che rincorre il domani, con le sue apofanie infernali o paradisiache. Il tempo della postmodernità, invece, è l'istantaneità (*life is now*). La rete consente la simultaneità degli spazi e dei tempi, la multi-locazione in contemporanea, l'essere qui e altrove. L'adesso. A una considerazione storico antropologica, a posteriori, l'avanguardia del costruito borderline potrebbe essere il comune denominatore di quegli esseri umani ipersensibili e non omologati, descritti da un'espressione di Zweig (anch'egli suicida con la moglie in Sud America nel 1942), nell'istante eterno della loro lotta con il demone. Kleist, Nietzsche ed Hoelderlin sarebbero stati i precursori di quegli spiriti più sensibili che cominciarono, all'alba della modernità, a non riconoscere più il mondo come loro patria e ad avvertire una sorta di dolore cosmico (*Weltschmerz*) proveniente dai labbrini di questa insanabile frattura tra il proprio Io e il mondo, tra l'Io e se stesso, tra l'Io e gli altri.

Nessuno ha né moglie né figli, nessuno ha casa né averi, nessuno una professione costante, né un impiego sicuro. Sono nature nomadi, anime vagabonde, dei solitari, uomini strani, disprezzati, e vivono una vita puramente anonima. Non posseggono nulla su questa terra, non hanno mai avuto un letto proprio, nulla è proprietà loro, siedono su una seggiola d'affitto, scrivono a un tavolino d'affitto, passano dall'una all'altra stanza d'affitto. Non hanno radici in nessun luogo. Le loro amicizie si rompono, l'opera loro non dà rendimento: stanno

sempre nel vuoto e creano nel vuoto. Tutti sono spinti fuori dal loro proprio Io da una forza più forte di loro, sono spinti in un ciclone di passione che li annienta e finiscono innanzi tempo in un pauroso turbamento dello spirito, una mortale ebrietà dei sensi, pazzi o suicidi (Zweig).

La nostalgia per la terra come *Heimat* perduta per sempre si sublimava, allora, in una sorta di desiderio desiderante (*Sehnsucht*), che apriva al mondo come frontiera continuamente da violare, all'infinito e all'assoluto come moventi ultimi, e alla figura del viandante, il *Wanderer* (cfr. Collini, 1996) come unica possibilità ancora umana di declinarsi eroicamente nel mondo pur nei limiti della storia. Kierkegaard e Nietzsche, Baudelaire e Proust, Rilke, Dostoevskij e Mann, Ibsen e Strindberg figurano tra i principali artefici di questa rottura della ripristinata sintonia rinascimentale tra uomo e mondo, uomo e altri uomini, uomo e se stesso. Un filo invisibile cuce insieme, al limitare del nulla, questi esseri e questi mondi vissuti. La noia (*Boredom*, *Langweiligkeit*, *Ennui*, *Spleen*), il vuoto (*Emptiness*), l'angoscia (*Angst*) e la rabbia pervasiva e intensa (*Verstimmung*, *Anger*, *Hybris*) sono, non a caso, le cifre costitutive sia della psicopatologia del borderline sia della modernità filosofica (Heidegger, Sartre, Camus) e letteraria (Baudelaire, Musil, Joyce, Kafka). Eroi mitici delle generazioni del secondo Novecento, stelle luminescenti e bruciate come James Dean, Jim Morrison, Kurt Cobain hanno sigillato la loro esistenza in una fiammata intensa e irriducibile alla routine quotidiana della vita intesa come intersoggettività e senso comune. Tutto il filone sviluppatosi alla cerniera tra Ottocento e Novecento, noto come filosofia della vita (*Lebensphilosophie*), potrebbe aver incoccato la freccia vitalistica che nell'esasperazione borderline trova il suo irrisolto compimento. Le considerazioni fatte da Heidegger sulla cosiddetta civiltà della tecnica, da Junger sul mondo attuale come mondo della mobilitazione totale caratterizzato dalla figura-forma del lavoratore e sull'ambiente come smarginato paesaggio delle fabbriche, sulle nostre città come cantieri in continuo rifacimento metamorfico; le riflessioni sociologiche di Max Weber sulla gabbia d'acciaio che caratterizzerebbe le nostre società industriali, oggi post-industriali; la approfondita riflessione critica por-

tata avanti dagli autori della Scuola di Francoforte (Marcuse, Horkheimer, Adorno) sulla costituzione della società moderna, in quanto società incentrata sull'ipertrofia della ragione calcolante o strumentale che poi evoca la controreazione rabbiosa e violenta degli istinti primordiali; il lavoro critico portato avanti da Foucault sulle strutture del potere; gli studi di Fromm sulla *personalità di mercato*, ovvero sui pesanti condizionamenti che verrebbero all'individuo in crescita non più dal rapporto duale con il suo curatore ma dal *milieu* sociale e mass-mediologico; le catastrofi politico-ideologiche che hanno attraversato il Novecento, con l'abbattimento sull'Occidente della pesante cappa del nichilismo (cfr. Volpi, 1996) post-ideologico e post-metafisico, sono tutti elementi sui quali, certo, allo psichiatra e allo psicologo clinico non è chiesto di prendere posizione, ma rispetto ai quali sarebbe un grave errore se lo psichiatra e lo psicologo clinico rimanessero estranei, perché significherebbe, per loro, approcciare un fenomeno complesso e dilagante, come quello della patologia borderline, privi dei necessari ed essenziali strumenti interpretativi.

Sulla base di queste considerazioni il mondo della post-modernità può essere rappresentato, nel suo complesso, dalla definizione di *mondo-limite*. Ulteriori elementi che non dovrebbero sfuggire per una più realistica inquadratura della patologia borderline sono gli spazi metropolitani e le subculture giovanili.⁵ Ogni *atopos* dell'area metropolitana è *marginale* ed *ec-centrico*, dal momento che le città hanno perduto il loro ambiti centrici, o baricentrici, i loro ombelichi storici e si sono *meta-staticamente* dilatati, inglobando le zone periferiche, per cui da qualsiasi punto si è periferici rispetto a un altro punto qualsiasi della città, perché l'idea stessa di centro è stata spazzata via, perché gli spazi sono intersecati da raccordi e viadotti, abbruttiti dalle speculazioni edilizie, con pochissimi parchi verdi e, in era post-industriale, appaiono anche costellati e disseminati di cantieri e di impianti industriali smantellati, quelli che componevano il desolante paesaggio di fabbriche (*Werkstaeten*) de-

⁵ Al di là delle tecniche manipolative e di sfruttamento di queste tendenze ai fini del mercato da parte di gruppi economicamente forti, il grido maledetto di "*no future*" sembra levarsi all'unisono dal "cuore di tenebra" di ognuno di questi giovani che è, necessariamente, dopo il mutamento catastrofico della modernità.

scritto da Junger nel primo Novecento. La fascinazione della malattia contro l'integrazione omologata borghese è un altro aspetto caratteristico di questa protesta romantica. Per definizione il soggetto borderline trae la sua identità dal mantenersi *al margine* di un'altra area patologica. Questo gli consente di mantenere l'esame di realtà e di adattarsi (o addirittura "iperadattarsi") socialmente, ma, al tempo stesso, di attingere continuamente a un universo fantasmatico proprio di altri stati della mente. Nella composizione istrionica e narcisistica l'elemento patologico viene vissuto nella sua chiave di unicità e di distinzione, nonché nella chiave onnipotente di dominio sulla malattia stessa, o di rifugio e di rapporto simbiotico-intimistico con la malattia. La nevrosi, la tisi, l'anemia, la sindrome da fatica cronica, la maniacalità, la melancolia, lo stesso cancro, oggi la sindrome da immunodeficienza acquisita, spogliate dei loro significati medico-sanitari, diventano cifre simboliche di un universo di elezione e di differenza, di un gioco tragico ma pur sempre estetico con la morte e con il dissolvimento nel Nulla. L'evanescenza, come anomalia dello spazio e del tempo, il limite che è sempre mobile, sfuggente e imprevedibile, la vertigine come instabilità dell'Io di fronte al continuo mutare dello specchio del mondo (cfr. Rella, *Negli occhi di Vincent*, 1998). Questa costitutiva instabilità, che Callieri riprende e sviluppa da Zutt, è quello della *Standverlust*, ovvero della perdita dello stare, che si può cogliere nella libertà come vertigine (Kierkegaard); il concetto stesso di soglia (*limen*) o di confine, inteso nella sua duplicità di limite e di transito, è stato ben sviluppato da Callieri rispetto al panico, come sporgenza sulla soglia del Nulla, e alla perplessità, come borderline dell'autismo e come sentimento fondante della *Wahnstimmung*.

Come ha a che vedere tutto questo immenso campo di osservazione, certo difficilmente formalizzabile, con quelle evenienze cliniche che la psichiatria contemporanea denomina borderline? Quali sono i meccanismi di adattamento in atto, quali sono gli irrigidimenti patologici, come sono coinvolti gli elementi neurobiologici, temperamentali e quelli personologico-culturali in tutto questo discorso? È realmente pensabile, all'orizzonte di una civiltà discordata che può esperirsi solo al limite delle varie e irriducibili esperienze, e non più in un'idea

integrativa coesa e coerente di esperienza, che un individuo umano che non sia borderline possa realmente sopravvivere?

È oltremodo provocante, al termine di questo precipitoso itinerario, l'idea che, per alcuni aspetti, il soggetto borderline possa essere (o possa indicare la via per) quell'uomo della grande *transizione*, l'*ultimogenito* dell'Occidente di cui ha detto lucidamente Nietzsche, quella *corda tesa* sull'abisso tra la scimmia, come residuo dell'obsoleta immagine storica dell'uomo, e l'*uomo dell'oltre*, cioè colui che sarà all'altezza di tenere viva e lucida la propria esperienza vissuta, come un palpito continuamente vitale nel deserto ghiacciato del nulla. L'*essere-in-bilico* su di una pericolosa soglia lega, anche se da lontano e con l'effetto deformante della riproducibilità della massa, le esistenze borderline dai destini tragici dei vari Keats, Shelley, Byron, fino ai vari Werther e Ortis, a Michaelstaedter, ai *bohémien* e agli scapigliati che vivevano la stanchezza *fin de siècle* oltre cento anni fa, come i nostri Corazzini, Campana, Gozzano, figure, tutte, che ci hanno lasciato, negli scritti, nella vita brevissima e con la morte *ante diem*, al confine tra giovinezza ed età adulta, il senso tragico della loro impossibilità di declinarsi in un mondo come quello moderno. Per non dimenticare le poetesse Antonia Pozzi (26 anni, 3 dicembre 1938), Sylvia Plath (30 anni, 11 febbraio 1963), Virginia Woolf (59 anni, 28 marzo 1941), Anne Sexton (45 anni, 4 ottobre 1974), Alfonsina Storni (46 anni, 25 ottobre 1938), Sara Kane (28 anni, 20 febbraio 1999), Amelia Rosselli (36 anni, 11 febbraio 1996), Marina Cvetaeva (49 anni, 31 agosto 1941), che portano a termine, tutte, al culmine di una parabola intensa e sofferta, la propria vita nella morte volontaria.

Se la parabola dell'Occidente culmina nel naufragio, il borderline ne è l'eroe che questo naufragio cavalca, che di questo naufragio è la voce più rotta, e insieme il tentativo di sopravvivenza.

Colpisce, concludendo e tornando alla psicopatologia, il dato che è stato segnalato da analisti americani del calibro di Kernberg, di Kohut e di Searles (dato che concorda con l'intuizione di Callieri), i quali hanno riscontrato gli estremi di un'organizzazione borderline della personalità nella maggioranza degli specializzandi in psichiatria, dei giovani psichiatri e degli psicologi che si sono rivolti a loro per un trattamento analitico personale. Ci viene da pensare, allora, provocatoria-

mente, a come si modificherà, poi, la diagnosi delle condizioni borderline quando il *potere nosografizzante*, tuttora detenuto dagli attuali (anziani) psichiatri *della colpa*, nel senso di Kohut e di Tellenbach, cioè ancora sanamente e normalmente isterici e ossessivi, passerà nelle mani di questi (giovani) psichiatri *della tragedia*, narcisisti e *borderline*.

QUALE CURA?

In Italia si sono accreditate due principali linee di trattamento:

- cognitivo-comportamentale, ispirato al modello della psicologa Marsha Linehan (DBT = dialectical behavior therapy). Questo è l'approccio seguito da Cesare Maffei al San Raffaele di Milano;
- psicoanalitico, ispirato al modello di Kernberg. I lavori più recenti della psicologa e psicoterapeuta Clara Mucci vanno in questa direzione.

I due modelli sovraesposti richiedono un adeguato training e sono attualmente praticati in centri specializzati su una monopatologia: il DBP. Il mio discorso qui va invece allo psichiatra o allo psicologo ordinario, che lavorano in un servizio pubblico di salute mentale o per le dipendenze, in una comunità terapeutica, o nel proprio studio, e non hanno la possibilità di formarsi in modo specifico, anche perché esercitano una pratica generalista, dove questi pazienti non sono gli unici che vedono. Sulla base della mia esperienza personale, maturata come psichiatra a contatto con tossicomani, situazioni psichiatriche acute e mondo carcerario, possiamo dividere l'approccio terapeutico ai pazienti borderline in farmacologico e non farmacologico, fermo restando la necessaria integrazione tra i due approcci e la presenza di una microéquipe, visto il livello di intensità di questa tipologia di pazienti, che tende, per definizione, a "bruciare" il singolo clinico che ha ambizione di fronteggiarli.

- Approccio farmacologico: stabilizzare la disforia e la disregolazione emotiva con farmaci stabilizzatori dell'umore. Possibilmente non utilizzare antidepressivi, che rischiano di essere disforizzanti. I farmaci vanno utilizzati a dosaggio adeguato, se necessario raddoppiare lo stabilizzatore. Le fasi psicotiche, i disturbi formali del pensiero, le idee intrusi-

ve, le convinzioni deliroidee o deliranti vanno trattate con antipsicotici. Evitare, nei limiti del possibile, benzodiazepine e sostanze gratificanti o dipendentigene. Contrastare decisamente l'abuso alcolico e di sostanze stupefacenti, anche con terapie avversative o sostitutive.

- Approccio non farmacologico: diversamente dai pazienti psicotici, nei confronti dei quali il clinico si spoglia del proprio ruolo per ridurre la distanza e mettersi "alla pari", con i borderline questo atteggiamento empatico rischia di essere controproducente. Mentre il paziente psicotico, vivendo nel suo mondo, tende ad accettare l'ingresso e l'uscita del clinico-terapeuta, poiché ingessato in una asimmetria costitutiva, di base, il paziente borderline non legge il "come se" dell'avvicinamento. Lo prende per autentico, nel senso di un vero essere sullo stesso piano, di un essere amici ("Tu sei come me") pertanto poi non fa passi indietro, ed è pronto a rivendicare i diritti o la confidenza perduta, a volte in maniera violenta. Pertanto, occorre far sentire a questi pazienti la distanza di ruolo, dare regole chiare, essere pronti anche a dichiarare la propria impotenza di fronte a loro, quando necessario occorre anche essere simmetrici. I pazienti borderline tendono a far uscire il clinico "fuori dai gangheri". In alcuni casi paradossalmente il rapporto può cominciare dopo uno scontro. È come se nello scontro o nella rabbia questi pazienti sentissero che il terapeuta "ci tiene" a loro, li pesa come persone. La neutralità del clinico diventa uno specchio che essi debbono rompere. È molto pericoloso instaurare relazioni di tipo amicale, o vedersi fuori dai contesti terapeutici, oppure nelle situazioni riabilitative comportarsi da "compagni di strada". La difficoltà sta nel mostrare accoglienza mantenendo la differenza di ruolo e l'autorità legata al ruolo. Se questi pazienti distruggono l'autorità del terapeuta non ci sono più speranze di ingaggiarsi con loro. Lavorare con i pazienti borderline significa fare i conti con le proprie quote di rabbia, con la propria dotazione o vulnerabilità narcisistica, con la propria onnipotenza, con il proprio senso del limite. Con questi pazienti la linea di confine tra la tolleranza e l'odio viene attraversata molte volte, come fa l'ago di una macchina da cucire.

- Il lavoro di gruppo: dal 1999 porto avanti con pazienti borderline, tossicomani, prima nei SerT e nel Centro Diurno "Giano" a doppia diagnosi, poi, da dieci anni, con le donne detenute nel carcere femminile di Pozzuoli, un gruppo a cadenza settimanale, della durata di un'ora circa, di impostazione fenomenologica. Al gruppo, che si chiama Dasein-analitico, e che vuole estendere à *plusieurs* la Dasein-analisi duale di Binswanger, sono invitati tutti i presenti. Ci sono stati fino a trenta partecipanti. Non tutti prendono parola. Ma tutti vengono "toccati". Le sessioni non hanno un legame tra di loro. Il tempo del gruppo è quello di "un'ora nella vita" (Zweig), ovvero "l'adesso". Sono invitati anche altri operatori presenti al momento. Il metodo prevede tre fasi. Nella prima il conduttore apre dischiudendo il proprio vissuto emotivo di quel momento, poi invita uno a uno i presenti a fare lo stesso. Nella seconda fase è prevista una serie di incontri a due, al centro del gruppo; nella terza fase il terapeuta invita tutti i presenti a dare una restituzione dell'accaduto. L'atmosfera è molto patica, ovvero carica emotivamente, non sono incoraggiati discorsi monopolizzanti l'attenzione e fatti di "testa". Le comunicazioni sono brevi e sentite da parte di tutti. Il clinico fa delle considerazioni come "voce fuori campo" in alcuni momenti, che facilitano l'apprensione dell'esperienza collettiva. Il momento trasformativo sta nel contatto intersoggettivo e intercorporeo che si stabilisce spontaneamente tra i partecipanti e che ripristina il senso del proprio Sé rispetto a un altro Sé. La partecipazione a questo tipo di lavoro, caratterizzato da espressioni emozionali dirette e intense, anche attraverso lacrime, silenzi, abbracci, mani nelle mani, spostamenti corporei nello spazio vissuto del gruppo, si è associata a una riduzione del consumo di sostanze, a una maggiore *compliance* alle terapie, alla riduzione di agiti auto-etero conservativi. La vita emozionale, benché dolorosa o rabbiosa, che sorgiva viene fuori nello spazio comune, conferisce al singolo e agli altri partecipanti uno spessore umano che preme per un riconoscimento soggettivo dell'altro e del Sé, in quanto compagni di destino. Il gruppo si fonda sull'idea che lo strato basale o germinativo della persona, congelato dalle vicende cliniche ed esistenziali, conservi delle potenzialità primigenie rigene-

native ed esprimibili solo se sollecitate in un ambiente caldo da altri esseri umani.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bagozzi, P. (1996). *Generazione in Ecstasy*. Torino: Gruppo Abele.
- Benasayag, M. & Schmit, G. (2003). *Les passions tristes. Souffrance psychique et crises sociales*. Paris: Editions La Découverte.
- Bergeret, J. (1984). *La personalità normale e patologica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bergeret, J. (1989). *Depressione e stati-limite*. Roma: Pensiero Scientifico.
- Binswanger, L. (1956). *Trois formes manquées de la présence humaine*. Paris: Collection Phéno.
- Bordoni, C. (2023). *Furore, quando la violenza sconfigge la ragione*. Roma: Luiss University Press.
- Callieri, B. (1980). Psicopatologia e nosologia del paziente borderline. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 104: 10351-10360.
- Callieri, B. (1990). Il paziente borderline sulla linea di confine tra mondo isterico e mondo narcisista. In P. Sardeschi & C. Maggini (Eds.), *Personalità e Psicopatologia* (pp. 223-230). Pisa: ETS.
- Callieri, B. (1993). L'esperienza del Leib sessuale nei tossicodipendenti. *Attualità in Psicologia*, 8: 5-9.
- Callieri, B. (1997). L'esperienza del panico: ai confini del Nulla. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 11: 5-13.
- Camus, A. (1990). *L'uomo in rivolta*. Milano: Bompiani.
- Cassano, F. (1997). Sapere di confine. La frontiera come luogo epistemologicamente più alto. *Pluriverso*, 1: 22-30.
- Ceruti, M. (1994). *La danza che crea. Evoluzione e cognizione nell'epistemologia genetica*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Ceruti, M. (1995). *Evoluzione senza fondamenti*. Bari: Laterza.
- Ceruti, M. (1996). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Charbonneau, G. (2010). Immaturité adulte et conscience de rôle. De la notion d'immaturité à son concept. *Comprendre. Archive Internationale pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologie*, 21: 46-65.
- Clarkin, J. & Lenzenweger, M. F. (1997). *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Collini, P. (1996). *Wanderung. Il viaggio dei romantici*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Correale, A. et al. (2001). *Borderline, lo sfondo psichico naturale*. Roma: Borla.
- Desideri, P. & Ilardi, M. (1997). *Attraversamenti. I nuovi territori dello spazio pubblico*. Milano: Costa e Nolan.
- Del Pistoia, L. (2016). *Saggi fenomenologici*. Roma: Fioriti.

- De Quincey, T. (1987). *Confessioni di un oppiomane*. Milano: Garzanti.
- D'Ippolito, B. M. (1997). Esperienza vissuta e pensiero tragico. *Adulità*, 6: 85-91.
- Di Petta, G. & Scurti, P. (2001). *Merci Madame: eroiniche vite*. Napoli: Dante e Descartes.
- Di Petta, G. (2004). *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*. Milano: Franco Angeli.
- Di Petta, G. (2006). *Gruppoanalisi dell'esserci, l'incontro l'amore la cura tra tossici psicotici e lucidi*. Milano: Franco Angeli.
- Di Piazza, G. & Dainelli, D. (2018). Evanescenza dell'apparire nell'immatùrità affettiva. *Comprendre*, XXVI-XXX, 184-203.
- Elster, J. (1991). *L'io multiplo*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Elster, J. (2001). *Sensazioni forti*. Bologna: Il Mulino.
- Fusilli, A. (2016). *Effetto borderline*. Milano: Franco Angeli.
- Gatti, C. R. (1998). Ecstasy e nuove droghe. Milano: Franco Angeli.
- Geberovich, F. (1996). *Un dolore irresistibile: tossicodipendenza e pulsione di morte*. Milano: Franco Angeli.
- Gebattel, V. E. (1954). Zur Psychopathologie der Sucht. In *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie* (pp. 220-227). Berlin: Springer.
- Geertz, C. (1998). *Interpretazione di culture*. Bologna: Il Mulino.
- Green, A. (1991). *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Green, A. (1992). *La psicosi bianca*. Roma: Borla.
- Gori, E. (2001). *Il tripode delle nuove droghe*. Milano: Comunità Edizioni.
- Grinker, R. R., Werble, B. & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of Ego-functions*. New York: Basic Books.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Heidegger, M. (1927). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi, 1976.
- Husserl, E. (1913-1928). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi, 1965.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag, 1973.
- Jaspers, K. (1970). *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Astrolabio.
- Jaspers, K. (1972). *Metafisica*. Milano: Mursia.
- Junger, E. & Heidegger, M. (1980). *Oltre la linea*. Milano: Adelphi.
- Junger, E. (1990). *Trattato del ribelle*. Milano: Adelphi.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs: Vol. 2*. New York: Norton.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15: 641-685.

- Kernberg, O. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. (1990). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O. (1993). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kernberg, O. (1996). *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*. Roma: Edizioni Univ. Romane.
- Kohut, H. (1987). *La guarigione del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kohut, H. (1988). *Narcisismo e analisi del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kretschmer, E. (1918). *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Liotti, G. (1994). *La discontinuità della coscienza*. Milano: Franco Angeli.
- Lytard, F. (1979). *La condizione postmoderna*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Maffei, C. (2008). *Borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Maggini, C. (2023). *Psicopatologia e psichiatria clinica*. Milano: Mimesis.
- Margaron, H. (2001). *Le stagioni degli dei. Storia medica e sociale delle droghe*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Masullo, A. (2003). *Paticità e indifferenza*. Genova: Il Melangolo.
- Messas, G. (2014). *Psicose e embriaguez. Psicopatologia fenomenologica da temporalidade*. São Paulo: Intermeios Casa de Artes e Libros.
- Modeo, S. (1999). Nirvana: l'urlo degli Anni Novanta. *Corriere della Sera* (31-10-1999).
- Mucci, C. (2020). *Corpi borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Musil, R. (1942) *L'uomo senza qualità*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1998.
- Nathan, T. (1997). *Dieu-dope*. Torino: Gruppo Abele.
- Nathan, T. (2003). *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Olievenstein, C. (1980). *Il destino del tossicomane*. Roma: Borla.
- Olievenstein, C. (2001). *Droga*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pistolini, S. (1997). *Gli sprecati. I turbamenti della nuova gioventù*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Rella, F. (1981). *Miti e figure del moderno*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Rossi Monti, M. (2012). *Psicopatologia del presente*. Milano: Franco Angeli.
- Santacroce, I. (1999). *Destroy*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Sartre, J. P. (1943). *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore, 1991.
- Schmideberg, I. (1969). I casi limite. In S. Arieti (Ed.) *Manuale di psichiatria* (pp. 537-557). Torino: Bollati Boringhieri.
- Schneider, K. (1950). *Le personalità psicopatiche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2008.

-
- Sissa, G. (1999). *Il piacere e il male*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Stanghellini, G. (2018). *L'amore che cura*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Sullwold, L. (1991). FBF, *Questionario dei sintomi-base, Manuale, a cura di Stanghellini G. et al.* Firenze: Organizzazioni Speciali OS.
- Tagliatela, C. (2017). *Conscience de rôle et personnalités pathologiques. Analyse de la désinvolture*. Tesi di Dottorato 9 febbraio 2017, Université Paris 7 Denis-Diderot.
- Thom, R. (1980). *Parabole e catastrofi*. Milano: Il Saggiatore.
- Torti, M. T. (1997). *Abitare la notte. Attori e processi nei mondi delle discoteche*. Milano: Costa e Nolan.
- Volpi, F. (1996). *Il nichilismo*. Bari: Laterza.
- Welsh, I. (1996). *Ecstasy*. Parma: Guanda.
- Welsh, I. (1999). *Acid House*. Parma: Guanda.
- Zoja, L. (2003). *Nascere non basta: iniziazione e tossicodipendenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Zolla, E. (1998). *Il dio dell'ebbrezza*. Torino: Einaudi.
- Zutt, J. (1963). Zur Anthropologie der Sucht. In *Auf dem Wege zu einer Anthropologischen Psychiatrie* (pp. 423-430). Berlin: Springer.
- Zweig, S. (1992). *La lotta col demone*. Milano: Sperling & Kupfer.

Qualche riflessione sulla **speranza**

L'oscillazione tra il "limite" e la "speranza" pare allora ben rappresentare la fatale dialettica del vivere. (Corsa e Monterosa, 2015)

I vaso di Pandora è tra i miti greci più noti.

Zeus decide di punire Prometeo, che aveva rubato il fuoco dell'Olimpo per donarlo agli uomini, incatenandolo a una roccia e facendogli divorare il fegato, giorno dopo giorno, da un'aquila. Non contento, il padre degli dèi rivolge la propria ira anche agli uomini; viene creata così Pandora ("colei che dona tutto"), perché come sempre la sventura doveva essere portata da una donna, una fanciulla bellissima a cui gli dèi forniscono ogni pregio e abilità. La fanciulla viene poi inviata tra gli uomini, recando con sé un vaso, dono di Zeus, con la proibizione assoluta di aprirlo. Naturalmente il vaso viene aperto e ne escono tutte le sventure e le fragilità che ancora oggi caratterizzano l'essere umano; emozioni negative, malattie, vecchiaia, morte, follia irrompono nel mondo, ma sul fondo del vaso rimane la Speranza, che esce per ultima per alleviare tutte queste sofferenze.

Come terapeuti, incontriamo sofferenze anche molto profonde, talvolta in noi stessi, talvolta nei pazienti. Come è possibile dunque mantenere la speranza, incarnare davvero quell'ottimismo che deve accompagnare il nostro ruolo? Come è possibile coltivare una speranza sana, che non si culli in aspettative salvifiche da parte del paziente o del narcisismo del terapeuta?

Come è possibile cogliere, nel lavoro terapeutico, sia l'aspetto illusivo e difensivo che la speranza spesso assume, sottolineato già nel pensiero di Freud, che quello vitale e trasformativo ripreso da autori più recenti? Bloch, ad esempio, la pone tra gli affetti di base dell'uomo, al pari di emozioni come la paura, la rabbia o la gioia; l'autore evidenzia come il momento in cui sperimentiamo mancanza, dolore o sconforto sia anche quello in cui nasce spontaneamente una speranza. Bloch ne sottolinea inoltre il potere generativo, capace di sostenere la conoscenza e il progresso, perché la speranza è un ponte verso il cambiamento, l'agire concreto, il pensiero capace di impattare sulla realtà.

Credo che la frase di Corsa e Monterosa dica tutto. La speranza deve essere coltivata, non razionalmente, ma nella vita quotidiana, fino a diventare davvero un punto saldo dentro di noi. Se non ci fosse perché un paziente dovrebbe bussare alla nostra porta o dovremmo pensare di aprirgli? La speranza deve muoversi all'interno dei saldi limiti del nostro ruolo, del setting e della persona, perché è parte integrante della costruzione di una domanda sana, vera, non illusoria; è ciò che permette di immaginare o desiderare un cambiamento, quando la condizione presente è dolorosa o semplicemente non rispecchia più i bisogni e i desideri di ciascuno.

Nell'interrogarmi sulla speranza sono andata a recuperare un testo fondamentale, seppur complesso, di Mitchell: *Speranza e timore in psicoanalisi*. L'autore sottolinea come la terapia oggi sia centrata sulla speranza di sentire la propria realtà interna come autentica e arricchente, in connessione reciproca e profonda con le persone con cui siamo in relazione e con la società in cui viviamo. Mitchell sottolinea come la speranza sia sostenuta dalle costruzioni di significati unici e personali, irripetibili e non su certezze universali, apparentemente "scientifiche", come il vero benessere sia inscindibile da una sintonizzazione con la propria esperienza soggettiva, qualunque essa sia, in un mondo che ci richiede di essere sempre più connessi e adattati.

Lo scritto che segue è tratto da un intervento al seminario *La Crisi dell'Educazione*, organizzato da Il Ruolo Terapeutico di Trento nel febbraio 2024.

Crisi dell'educazione o crisi dell'adulità?

Parlare oggi di crisi dell'educazione nel mondo occidentale significa addentrarsi in un paesaggio complesso, caratterizzato da diversi livelli che sarebbero tutti meritevoli di attenta esplorazione e discussione.

Non è stato facile per me raccogliere i pensieri in modo coerente e sensato intorno a questo tema che sento così vivo e di cui vedo il riflesso in molteplici aree. Ho pensato che avrei potuto parlare della crisi delle istituzioni educative e della corsa verso l'insegnamento delle competenze richieste dal mercato del lavoro in rapida evoluzione, quindi della standardizzazione e della commercializzazione dell'istruzione che va all'unisono con le logiche economiche e positiviste della società in cui viviamo, tendendo ad allontanare gli educandi da un processo educativo più ampiamente inteso, ponendo invece l'accento sulla costante ricerca del successo e dell'affermazione. È un contesto, questo, in cui l'educazione, quella scolastica, viene spesso ridotta a una preparazione per test standardizzati, trascurando l'importanza di guidare nella formazione di posture esistenziali orientate da logiche altre rispetto a quelle del successo individuale, fondamentali per formare individui liberi e socialmente responsabili.

Seguendo questa scia avrei potuto parlare delle sfide uniche della digitalizzazione e dell'accesso istantaneo a immense quantità di informazioni, delle nuove tecnologie a servizio delle persone come l'intelligenza artificiale, e di come ciò da un lato crei nuove opportunità di apprendimento e di azione sul mondo, ma dall'altro sollevi interrogativi importanti sull'ultra complessità e su come guidare le nuove generazioni nell'attribuzione di senso, nella capacità critica di distinguere il vero dal falso, il giusto dallo sbagliato.

C'è poi la tensione, che è economica e politica, tra la conservazione di valori e conoscenze tradizionali e l'apertura a nuovi approcci, visioni e tecnologie. L'attuale dibattito, anche italiano, sull'insegnamento delle scienze umane e sociali rispetto alle discipline STEM (scienza, tecnologia, ingegneria e matematica) credo possa essere un esempio di questa dicotomia, dove l'enfasi sulle STEM per la loro rilevanza economica rischia di oscurare l'importanza della filosofia, della letteratura e di tutte le scienze umane e il loro ruolo nell'educare i giovani verso la propria umanità, verso comprensione critica, consapevolezza culturale e formazione etica.

In questo mio breve contributo cercherò però di affrontare il tema lasciando sullo sfondo l'istituzione scolastica e vedendone il riflesso nel cuore dell'agire educativo inteso come un processo relazionale, trans-generazionale, accrescitivo, che avviene quotidianamente negli scambi tra chi nella società chiamiamo adulto e chi chiamiamo giovane.

Per chiarezza espositiva e di pensiero ho provato a individuare tre componenti, profondamente interconnesse e in parte sovrapponibili, che fondano quest'idea di educazione:

- la prima è l'educazione come **processo di trasmissione di codici di senso** con i quali interpretare e vivere l'esistenza e il mondo. Così la cultura, i sistemi morali e valoriali e tutta una serie di dispositivi cognitivi, emotivi e affettivi sono guide per "pensare il mondo e pensare la vita";
- la seconda è l'educazione come **accompagnamento nei processi di individuazione** che richiedono a chi ancora non è adulto di definire e scoprire la propria identità. Questo, la psicoanalisi e la filosofia insegnano, avviene attraverso la risoluzione della tensione tra i processi di identificazione con

le figure primarie e il conflitto con le stesse. In questo senso, semplificando al massimo, potremmo dire che accompagnare all'individuazione significa "crescere per lasciare andare", "dotare di radici e ali", "trasmettere un modo significativo di stare al mondo lasciando la libertà che questo venga modificato e reso personale";

- infine, **l'educazione come lascito ed eredità** dei genitori verso i figli e della società adulta verso le nuove generazioni. Quindi la capacità di mettersi da parte. Mettersi da parte per lasciare che ciò che di buono si è raccolto dal mondo e dalla vita possa essere goduto da coloro che alla vita si affacciano. Ma mettersi da parte anche come forma di "lasciar essere" e quindi di riconoscimento dell'individualità dell'altro e dell'altra. Questo, soprattutto oggi, ha inevitabilmente a che fare con la perdita della pretesa del controllo (non solo di quello ingabbiante e asfissiante, che tutti riconosciamo avere un alto grado di tossicità nelle relazioni, ma anche di quello protettivo e tutelante, rispetto al quale, come poi approfondirò, appare più difficile un'osservazione critica).

Se provo quindi a considerare questi elementi fondanti la relazione educativa, mi appare subito come la crisi della stessa sembri manifestarsi nel fallimento, a diversi livelli e per ragioni molteplici, di tutti e tre.

La trasmissione di codici di senso sembra compromessa. I giovani trovano sempre più difficile interpretare e vivere l'esistenza in un mondo in cui i valori e i riferimenti non hanno stabilità ma si dissolvono rapidamente. Sicuramente faticano sempre di più a riconoscersi nei modi di "pensare il mondo e la vita" che i genitori, e gli adulti in generale, propongono loro. Questo probabilmente è sempre avvenuto, generazione dopo generazione i giovani si sono ritrovati a confliggere con la visione dell'esistenza di cui la generazione precedente era portatrice e, attraverso gli attriti, la trasgressione e le forme di coesione sociale giovanile, sono giunti a risoluzioni che ristrutturavano i codici di senso. Per chi è genitore di adulti e giovani adulti oggi, questo potrebbe essere successo intorno a tematiche potenti che hanno ridato forma alla società, come le contestazioni del '68 e del '77, che con la critica all'autoritarismo e il rifiuto delle norme sociali conservative hanno porta-

to sicuramente a un mondo più libero, a un'Italia con la legge sul divorzio e quella sull'aborto.

La prima associazione che faccio, quando penso a questo, riguarda la crisi climatica. Sono passati sei anni da quando Greta Thunberg ha iniziato i suoi venerdì di sciopero per il clima di fronte al parlamento svedese e, malgrado il movimento dei *Fridays for Future* abbia avuto un'eco globale, nel 2024 non sembriamo aver cambiato direzione. Sultan Al Jaber è il presidente della conferenza sul clima COP28. Quest'uomo è il capo di una compagnia petrolifera, ha sfruttato i colloqui internazionali per concludere accordi su petrolio e gas per gli Emirati Arabi Uniti, e proprio in quella sede ha minimizzato la necessità di un'urgente eliminazione dei combustibili fossili per il contrasto del riscaldamento del pianeta. I *media*, solo alcuni, gridano allo scandalo, ma è tutto sensazionalismo e questa notizia è in poche ore sostituita dalla successiva - che avrà lo stesso destino - nel carosello di un eterno presente dove tutto è accelerato, istantaneo, al contempo onnipresente e mai veramente tangibile e manipolabile.

Ne parlano tanti ragazzi e ragazze che incontro; sono intelligenti, brillanti, interessati al mondo e alla vita, ma sentono di lottare per qualcosa che è già destinato o forse già morto. Sognano - in modo certamente idealistico come in adolescenza si è sempre fatto - un futuro di giustizia per se stessi, per le società e per il pianeta, ma si dichiarano disarmati di fronte al mondo. Il mondo della liquidità di Bauman, dell'iper-competitività, del professionalismo e dell'autorealizzazione individualistica. Ma anche il mondo del politicamente corretto, del *greenwashing*, del rispetto di tutte le minoranze e dell'atteggiamento positivo a ogni costo. Il mondo dei buoni a tutti i costi. Mi viene in mente il colloquio avuto con una maestra della scuola elementare. Parlavamo dell'inclusione in classe in situazioni molto difficili con alunni fortemente sofferenti e disturbati che in qualche modo seminavano il terrore tra i compagni. Mi riferisce di aver paura di aver cresciuto una generazione di vittime, di aver accompagnato i bambini verso la strada che porta a essere persone che in nome dell'essere buoni e accoglienti si faranno prevaricare. Il mondo dei buoni a tutti i costi è anche il mondo dei felici a tutti i costi, dove basta

sapere ciò che si desidera e andare a prenderselo; dove però il confronto è costante e viene da tutte le direzioni e il messaggio sottile sembra essere quello che non c'è spazio per l'indugio, per il compromesso, per il ripensamento e l'indecisione e per quell'insieme di emozioni e sentimenti disturbanti - ma umani - come la gelosia, l'invidia, la rabbia, la frustrazione. La vita va spremuta e se non stai vivendo il tuo sogno con il sorriso sulle labbra, allora hai fallito. Hai fallito anche se stai vivendo quel sogno, ma senti che comunque rimani in parte abitato da emozioni negative.

In un quadro quasi schizofrenico, questo, ricordiamo che il mondo dei buoni e dei felici è anche il mondo martoriato dalle grandi crisi dell'antropocene: quella climatica, quella migratoria, i conflitti armati, la degradazione ambientale, le crisi sanitarie globali e altro ancora. In questo stesso mondo sembra che gli adulti possano continuare a vivere con i codici di senso e significato che hanno sempre adottato e faticino a concepire uno stravolgimento degli stessi per i propri figli. *"You'll die of age, we'll all die of climate change - voi morirete di vecchiaia e noi moriremo di cambiamento climatico"*, c'era scritto su certi striscioni durante le proteste dei *Fridays for Future*. Credo che questa dinamica di baratro generazionale rispetto a come si pensano il mondo e la vita, possa essere osservata in interazioni relazionali comuni e quotidiane. In una discussione come tante, tutte simili, in una famiglia come tante, un figlio prova a dire: "Sono abitato da timori e sofferenze che non riesco a rendere pensabili e a trasformare", e il genitore sembra rispondere: "Com'è possibile? Non capisco, non essere triste, non ti manca nulla".

Vedo per un paio di mesi un ragazzo che ha appena compiuto 19 anni. Mi contatta la madre al posto suo, spiegando che il problema è legato alla scuola. Il figlio ha ripetuto diversi anni e ora è lì "parcheggiato". I genitori dicono che deve decidere se andare avanti e ultimare gli studi oppure se cercarsi un lavoro e che questo è l'unico problema che c'è. La madre me lo descrive come un ragazzo buono, sensibile, tranquillo ma è immaturo e pigro, dice, sta sempre al cellulare o al computer e va fermato e rieducato. Lui, forse alla terza seduta, mi mostra un video TikTok che, mi dice, spiega bene come si sente.

Mi racconta di averlo mandato anche alla madre, da camera da letto a camera da letto, un paio di sere prima. Mi legge la risposta, che è arrivata la sera stessa. Traspare sicuramente la presenza affettiva della madre, che però non sembra parlare la stessa lingua del figlio. Lei dice che le dispiace ma che non c'è nulla per cui essere tristi e poi aggiunge, pensando di spronare il figlio: "Il video alla fine dice resisti, devi resistere. Pensa a tuo padre che quando aveva la tua età ha perso la madre". Lui mi dirà: "Mi sono sentito sbagliato e lasciato solo, costretto a mascherare quello che sento". Sarebbe forse bastato legittimare quel modo di sentirsi, chiedergli se ne voleva parlare? La risposta della madre sembra lasciarlo invisibile provando solo ad appellarsi alla "felicità per forza", oltre a instillare inconsciamente un senso di inadeguatezza e colpa. Ciò che forse mi stupisce di più non è tanto questa modalità quanto l'invisibilità per la madre del malessere del figlio. Così invisibile che non me ne ha parlato nel nostro colloquio e che non ha fatto seguire un dialogo con il ragazzo a quello scambio di messaggi. Per lei tutto chiama una risoluzione nella tensione molto concreta tra scuola e lavoro. Studia o trova un lavoro, non essere pigro e godi di ciò che hai, che è molto, e di ciò che è possibile. Questi sono i codici di senso che sembrano essere trasmessi dai genitori in risposta a una richiesta, confusa e spaventata, che però è ben più radicale, ma sembra rimanere incomprensibile, inascoltata e negata.

Anche la guida nel processo di individuazione è indebolita. Padri evaporati e madri virtuali, nella famiglia affettiva i figli rischiano di essere appendici narcisistiche di adulti fragili, convinti di sintonizzarsi emotivamente con i figli, ma che finiscono per sovrascrivere e sovradeterminare le loro menti con proiezioni scambiate per empatia. Come Narciso, il figlio oggi è il figlio dello specchio, figlio del comfort e, suo malgrado, testimone della perdita della dimensione simbolica della differenza generazionale. Non gli hanno insegnato il conflitto, il fallimento e la frustrazione. I suoi genitori si comportano come lui (a volte vestono allo stesso modo, parlano allo stesso modo, sono adolescenti allo stesso modo) e hanno un figlio a cui hanno promesso la felicità come condizione base della vita ma che forse invece si perderà in un'apatia frivola, in un vuoto

identitario. Dovrà faticare per accettare che questa promessa era una promessa malata, una bugia. Dovrà faticare per non pensare di essere lui stesso o lei stessa il problema, il motivo per il quale questa felicità eterna non è arrivata. E potrà essere costretto a sviluppare dei sintomi per tentare di individuarsi. Questo credo rappresenta un aspetto centrale di come questa relazione transgenerazionale accrescitiva si sia ammalata. In ultima istanza, si tratta dell'incapacità o della mancanza di disposizione nel vedere i figli e nell'identificarsi autenticamente con loro. Troviamo tracce di questo in diverse dinamiche che caratterizzano la postura adulta che fallisce nell'accompagnare i giovani verso la propria sana individuazione:

- assistiamo all'iperstimolazione e all'adultizzazione precoce dell'infanzia alla quale seguirà un'infantilizzazione dell'adolescenza. I bambini sono invitati a dire sempre la propria, viene chiesto loro cosa desiderano per cena, quali attività desiderano fare e di dirigersi là dove si sentono emotivamente chiamati. Vengono festeggiati per il raggiungimento delle autonomie, continuamente fotografati offline e online come piccole star, subiscono un iperinvestimento ideale. C'è una generale anticipazione delle esperienze e una "precocizzazione" dell'adolescenza. Ci sono i *baby influencers*, quelli veri, e poi un po' tutti lo sono all'interno del cerchio familiare. Poi però arrivano le forche caudine della seconda nascita, quella adolescenziale, che vedranno il peggioramento estetico del corpo che muterà, il confronto più serrato nelle prestazioni con i pari e l'acquario dei coetanei che condividono la quotidianità farsi più affollato e minaccioso con il passaggio dall'indulgente tribunale della famiglia a quello spietato del gruppo dei pari. Crollano rapidamente quella popolarità e desiderabilità sociale sperimentate in modo così automatico, scontato e intenso nell'età infantile.
- Le richieste di autonomia sono paradossalmente accompagnate da un serrato controllo, fisico ed emotivo. Tutto il tempo libero è pattugliato, fisicamente e virtualmente, dagli adulti. Il gioco libero nei cortili e nei parchi è stato totalmente sostituito dalle attività sportive e ricreative programmate. Nemmeno il tragitto casa, scuola e ritorno, per molti, è più libero. I bambini agli ultimi anni della primaria e i ragaz-

zini alle medie vengono a scuola per mano con i genitori, ma sono in realtà loro ad accompagnare gli adulti e non il contrario. Quegli adulti che dicono loro di non sudare e che li controllano con gli smartphone. Sono loro che tengono a bada l'angoscia del genitore che teme quegli spazi-tempi che sarebbero di vera autonomia e sperimentazione di sé per i figli, che però richiederebbero agli adulti di saper stare nell'attesa, nel timore e nella paura. Contemporaneamente ai giovani è chiesto di maturare, di occuparsi delle proprie cose in modo autonomo e soprattutto rispondere sempre al "fallo se ti piace", "lo fai per te e non per me". Il registro elettronico alla scuola superiore rappresenta secondo me il fatto scelto di questa ambivalenza. Mentre dichiaratamente si vuole rendere responsabili gli studenti rispetto al proprio percorso di apprendimenti, rispetto alla crescita, invitandoli alla responsabilità di sé, contemporaneamente non si lascia loro alcuna possibilità di muoversi davvero in autonomia in questo spazio. Un ragazzo di 17 anni che seguo ha paura dell'università perché non è sicuro che in assenza della madre che gli dice che dopo il 5 di chimica si sta a casa a studiare invece che uscire con gli amici, riuscirà a regolarsi da solo. Ci addentriamo nel terreno più emotivo e affettivo e constatiamo che di fronte alle anomalie si ricercano le cause del comportamento e non ci si preoccupa del senso. Ci sono genitori che mi chiedono ostinatamente e ripetutamente cosa il figlio o la figlia abbia, quale sia la causa, di chi sia la colpa. Forse è successo qualcosa a scuola, forse a calcio? Faticano enormemente a seguire la strada dell'attribuzione di un senso al comportamento disturbante e alla sofferenza manifestata e tendono a oscillare tra il giustificare incolpando la "malattia", quando c'è (ansia, depressione), e il negare, diluendo con le solite formule ("È colpa degli smartphone e di Internet, i ragazzi di oggi sono pigri, hanno tutto a portata di mano").

- "Paranoicizzazione" del mondo. Sospettosità, timore e chiusura all'alterità tipica degli individualismi si mischiano alla risonanza mediatica di terribili notizie di cronaca che fanno da sottofondo al momento della cena. Un ragazzo di quasi 18 anni mi dice che il padre vuole che lui condivida

la posizione in tempo reale dallo smartphone quando esce con gli amici il sabato sera, “perché non si sa mai cosa può succedere”. Mi vengono in mente anche due bambinetti a scuola, in quarta elementare, migliori amici. Uno dei due è un leader carismatico, l'altro è più remissivo e gregario. Vivono un momento di conflitto a scuola e il primo mette le mani addosso al secondo. Il risultato è esplosivo, le famiglie confliggono in modo aggressivo e paranoico, fra di loro e con la scuola. Ci sono la paura “che mio figlio non sia al sicuro a scuola”, quella che “mio figlio sia un violento”. I due, per disposizioni shakespeariane delle famiglie, non possono più frequentarsi e viene chiesto alle maestre di tenerli separati di banco e nelle attività. Per fortuna, mi riferiranno le insegnanti, alla ricreazione i bambini si cercano e pian piano riallacciano, risolvendo in autonomia il conflitto. Ma non potranno dirlo a casa dove da entrambe le parti è perpetuata una scissione, senza che questo sia un tradimento. Ancora, penso ad alcuni genitori dei ragazzini di quinta elementare con i quali faccio, insieme alle maestre, un percorso di educazione all'affettività e alla sessualità. Quando spiego loro che gli alunni raccoglieranno in forma anonima le loro domande in modo che lo psicologo possa rispondere a tutte, mi chiedono se sono preventivamente disponibile a incontrarli per fornire loro le risposte che darò ai figli, in modo che possano valutarne l'adeguatezza.

- In generale sembra che gli adulti neghino la sofferenza, la frustrazione e il limite per proteggere la propria fragilità. Le regole non si chiede che siano accettate, ma capite. Sicuramente gli adulti non le possono imporre perché rifiutano la possibilità di essere pensati come limitanti e frustranti dai propri figli. Questi imparano a non fare le cose per non deludere, per non ferire emotivamente l'adulto, e così scompare la sfida del limite caratteristica dei processi di individuazione, che è una sfida relazionale, e spesso ciò che accade è che quella tensione si risolve nel sintomo, nell'attacco al Sé e al limite nel proprio corpo. Una ragazza autolesionista mi parla di una discussione con i genitori e dice: “Perché avete dovuto tirare fuori tutto questo solo per dirmi un no? Mi hanno parlato per mezz'ora, per nulla, spiegando e spiegando-

do. Ho dovuto chiedere io alla fine: quindi è un no?!". Un altro mi racconta di come non possa esprimere la propria sofferenza in casa perché per lui vedere la madre in crisi a causa del proprio malessere è solo ulteriore dolore e senso di colpa. A volte però, mi dice, "Vorrei solo poter sbattere la porta di camera mia senza che mia mamma si metta a piangere". C'è una sparizione dei bisogni dell'altro da cui deriva la richiesta alle nuove generazioni di crescere sentendo di essere se stessi, mentre assecondano l'adulto. I bisogni dei genitori (quelli emotivi e affettivi) rischiano di sovrastare e sovradeterminare le esigenze, i bisogni reali del bambino e dell'adolescente.

Infine, due parole sulla crisi **dell'eredità e del lascito**. Il "vecchio che muore" per permettere al "giovane di nascere" perde di significato su un duplice livello. Da un lato il vecchio non muore: il paese invecchia, la vecchia generazione continua a tenere le redini del mondo, delle istituzioni e del potere economico, sempre di più. Dall'altro sembra non essere più una guida affidabile o necessaria, e allora la sua morte non lascia nulla in eredità. Se la pensiamo con Recalcati possiamo percorrere questa trasformazione dei figli dalla figura di Edipo, che vede nel padre un ostacolo, a Narciso, simbolo di un'epoca focalizzata sull'io e priva di conflitti generazionali, fino a Telemaco, che attende un padre che possa dare un senso al suo desiderio senza contrastarlo. C'è quindi il passaggio da una figura paterna antagonista, a una assente, e poi c'è Telemaco, che anela a un rapporto paterno che non soffochi, ma piuttosto valorizzi il desiderio e l'individuazione del figlio. Recalcati potrebbe essere forse d'accordo nel leggere la nostra come l'attualità di un Telemaco che non vede il ritorno del padre, perché Ulisse si è fermato su un'altra isola e lì, su quell'altra isola, è uno dei proci. Gozzoviglia e incarna quello che sarà il suo insegnamento: la fretta di battere la vita sul tempo, di spremerla rincorrendola affannosamente e godendo di ogni cosa senza fermarsi e farsi da parte.

C'è un potente ritratto caricaturale cinematografico che dovrebbe farci riflettere in *Siccità* di Virzì. Il film strizza l'occhio alla pandemia immaginando una crisi idrica. In una Roma che non vede la pioggia da due anni, con il Tevere prosciugato

e l'acqua razionata, si intrecciano diverse storie. C'è una famiglia borghese in cui la madre, una donna sensibile e delicata, è persa in un flirt adolescenziale idealizzato: messaggia quotidianamente di nascosto con una vecchia fiamma del liceo. Il padre è un attore di teatro in declino, che nella crisi ha trovato il proprio ruolo come influencer e divulgatore di positività e buone pratiche sui social. Il figlio adolescente è confuso e solo, si ritrova a vivere situazioni a rischio.

Nel tentare di mettere in ordine questi pensieri ho l'impressione di rendermi conto di qualcosa di così ovvio che mi chiedo come possa sembrarmi strano. Forse il titolo di questo seminario è fuorviante, forse non c'è nessuna crisi dell'educazione ma c'è solo una crisi degli educatori. Una crisi dell'adulthood. Se gli adulti avessero in qualche modo inconsciamente abdicato al loro compito educativo? Sembrerebbe assurdo pensarlo in un mondo in cui a tutti i livelli, genitori, insegnanti, educatori, allenatori e animatori sembrano alla ricerca di strategie, strumenti formativi e informativi. Nel corso della mia, breve ma non brevissima, esperienza professionale ho visto decine di adulti, preoccupati per i giovani, cercare di attrezzarsi con ogni tipo di strategia e strumento educativo. In tredici anni a scuola, ho sentito parlare di didattica laboratoriale, di *cooperative learning*, di alfabetizzazione emotiva, di *circle time*, di educazione alla cittadinanza, di bulli box, di *netiquette* e molto altro ancora. Ho visto genitori leggere libri e andare a corsi di formazione e partecipare a seminari e incontri sull'educazione. Il primo aggettivo che però ho accostato alla parola adulti è *preoccupati*, e credo che questo sia significativo. Questo accento illumina gli strumenti educativi, e lo sforzo stesso dell'adulto che si sporge verso il giovane, di una luce differente: sono anche strumenti difensivi. In quale misura lo stanno diventando? Mi chiedo. Quanto hanno bisogno gli adulti di proteggersi dalla propria angoscia?

Nel mio studio incontro ragazzi e ragazze che nel corso della terapia dimostrano di avere un'ottima idea del funzionamento psichico, relazionale e affettivo dei propri genitori. Sanno cosa li delude, li ferisce, sanno come mai danno un certo tipo di risposte o tengono certi atteggiamenti. Fanno ipotesi e interpretazioni calzanti e sensate. Contemporaneamente in-

contro i genitori che sembrano invece capire meno dei propri figli. Sono alla ricerca della causa all'anomalia, della risoluzione al malfunzionamento e sono altamente angosciati dalla possibilità di "avere colpe, aver fatto qualcosa di sbagliato" (infatti i figli la prima cosa che faranno quando chiederò loro di descrivermi i genitori sarà difenderli, rassicurarmi e rassicurarsi sul fatto che mamma e papà hanno fatto tutto per loro, che non li si può rimproverare in alcun modo).

Assistiamo quindi a un generale clima adulto di esasperazione del proprio sentire che ha come ovvia conseguenza la difficoltà ad avvicinarsi e incontrare gli altri. Il contesto affettivo familiare attuale, rispetto a quello della famiglia normativa, è sicuramente permeato dall'attenzione per le emozioni e il rispetto della volontà e della libertà personale dell'altro, ma contemporaneamente fatica moltissimo a identificarsi in modo significativo con lui. È un mondo, quello adulto, che ha gli occhi puntati e sempre presenti, ma rischia di non vedere. Paradossalmente sotto i tentativi di avvicinamento si cela una perversione dell'intento degli stessi: si crede di vederli ma inconsciamente si finisce per entrare nella mente dei figli spiegando loro come sono fatti e come devono sentirsi. L'adulto fragile agisce quindi cieco, agisce per agire, ed è confortato dalla conferma della bontà del proprio operato che finisce per perdersi l'alterità dei propri figli, finisce per proiettare e imporre inconsciamente forme di iperadattamento (come il *non essere triste*). Queste richieste di adattamento, quello che Lancini definisce "Sii te stesso a modo mio", non sono di tipo sociale e quindi super egoico, ma affettivo, che appartiene all'Ideale dell'Io. Non rimane quindi nemmeno un nemico da attaccare, un dittatore contro il quale ribellarsi. Ce la si può prendere solo con se stessi.

Come sappiamo, nel regno dell'ideale tutto è prestazione. Per questo ogni comportamento, ogni outfit, ogni parola detta sono sempre passibili di giudizio. Ecco quindi ansia, ritiro, agiti parasuicidari e autolesivi quali sintomi elettivi per raggiungere una risoluzione. Il precipitato di questa postura finisce per essere un sottile messaggio di inadeguatezza e di negazione dell'individualità e del significato del conflitto: "Sei sbagliato se provi sensazioni diverse da quelle in cui sei

stato incasellato". Ribadisco: non sei sbagliato socialmente, lo sei affettivamente.

Il mondo adulto è permeato poi dalla tendenza a trasformare la suscettibilità di ognuno in un'ideologia che deve essere rispettata. In questo senso forse è più radicale e adolescenziale degli adolescenti stessi. Vige la sovranità del proprio sentire che fa gridare al bullo, al prevaricatore e all'ingiustizia. Così ogni frustrazione, fallimento e inciampo della vita diventano oggetto di recriminazione e vengono pensati e insegnati come eventi mortificanti e inaccettabili, piuttosto che come componenti inevitabili, seppur spiacevoli, fondanti la vita stessa. Così la voce adulta che guida i giovani non rischia solo di farli sparire, ma di sovradeterminarne la mente. Gli adulti non riescono a identificarsi con le ragioni affettive ed evolutive profonde dei propri interlocutori, per primi figli e studenti. Il rischio, in uno scenario che Lancini definisce di post-narcisismo, è che, assodato il crollo del Super Io e della colpa, scricchiolino anche l'ideale e la vergogna, lasciando poi spazio solo al vuoto identitario. Manca il Sé. Chi sono io senza quel serrato programma fisico, cognitivo ed emotivo che mi hanno messo addosso?

E quindi cosa fare? Superfluo dire che non ci sono ricette e che, in modo quasi omeopatico, la soluzione è contenuta nel problema stesso, e ha a che fare con l'accettazione della frustrazione, la perdita della pretesa del controllo e l'accoglienza - non solo l'accettazione - di quel diverso e incomprensibile che è incarnato nelle nuove generazioni. Insomma, bisognerebbe muoversi proprio nella direzione dalla quale le posture qui descritte, che ormai possiamo definire pseudo-adulte, ci allontanano e difendono. Rimanere aperti all'imprevisto, diceva la Arendt.

Bisognerebbe smetterla di individuare in Internet il nemico, smetterla con i totem vuoti dei detox dallo smartphone, smettere di etichettare tutto quel mondo (quello virtuale, dei videogiochi, delle relazioni online) come "finto, dannoso, infantile", quello stesso mondo, Internet, che è il teatro elettivo di politica, cultura e informazione per la società adulta, e che se a 18 anni non hai imparato a conoscere e navigare non ti sarà consentito iscriverti all'università, partecipare al bando del servizio civile o fare richiesta per la borsa di studio. Bi-

sognerebbe smetterla di trattare le challenge su TikTok come qualcosa di alieno e incomprensibile quando sono solo l'imitazione di come la politica e la cultura affollano i *media* con sensazionalismo, in cerca della zuffa e della contestazione, e, proprio come su TikTok, dei *like*, della condivisione, di visibilità e popolarità.

Bisognerebbe chiedere ai ragazzi e alle ragazze cosa fanno in Internet, com'è la vita lì; bisognerebbe chiedere loro se pensano mai al suicidio, dice Lancini. Bisognerebbe ascoltare la loro visione sul mondo e sulla vita e bisognerebbe sforzarsi di dare senso al comportamento adolescenziale più che ricercarne la causa. Comprendere e non capire. Quindi contenere, abbracciare, includere, afferrare.

Bisognerebbe restituire loro veri spazi di autonomia e di azione su se stessi e sul mondo, "affidarli al deserto" per dirla come Recalcati. Lasciare che camminino sul ciglio, o perlomeno sul marciapiede, da soli, nel tragitto casa-scuola.

Bisognerebbe interrogarsi e interrogare i giovani su questa onnipotenza umana che racconta tutto di sé, che si fotografa, che dice la propria opinione su qualsiasi argomento - spesso fuori dalle proprie competenze - e che allo stesso tempo non riesce a tollerare che nella diversità della vita ci siano persone che non apprezzano o non sono d'accordo. E quando le incontra grida all'ingiustizia, alla prevaricazione e rimane schiacciata nella sensibilità ferita.

E poi bisognerebbe testimoniare, incarnandolo, un modo di stare al mondo capace di chiamare a essere se stessi nella relazione in dialogo, nel gioco dell'altalena tra autodeterminazione e desiderio di sporgersi verso gli altri. C'è chi sono io, e c'è il mio riflesso negli occhi di chi è in relazione con me. Questo suscita domande, su di me e sul mondo, domande che mi portano a un nuovo raccoglimento, a un nuovo senso di individualità arricchita, che mi farà ancora oscillare in avanti, scandendo il dondolio della vita. Essere se stessi a modo proprio, capaci di vivere nella tensione tra sé e gli altri.

Credo quindi, per concludere, che l'essenza di questo discorso sia una chiamata agli adulti a riprendersi la propria adultità. A lavorare su se stessi come prima cosa - e non sui giovani o sugli strumenti educativi o su Internet - per spo-

gliarsi delle proprie fragilità prima di mettersi in ascolto. Altrimenti si finirà per non sentire nulla. La direzione auspicabile è quella di adulti che non rimangono schiacciati dal peso delle fragilità narcisistiche individuali, delle aspettative grandiose e del terrore per il fallimento e dalla paura per la diversità e per la sofferenza incomprensibile. Solo così io credo che si possa ricucire quello strappo generazionale e che si possa davvero rispondere al bisogno di essere guidati di bambini, ragazzi e adolescenti.

L'enactment in psicoterapia

**Ciò che si perde
nell'interpretazione**

Perché una riflessione sull'*enactment* nel contesto del Ruolo Terapeutico?

Un concetto che può sembrare, a primo impatto, stridente, nella casa di chi ha criticato duramente alcune delle sovrastrutture teoriche della psicoanalisi; strutture teoriche considerate come un rifugio (se non una trincea) per proteggersi dagli aspetti più scomodi della relazione terapeutica. Abbiamo deciso, per diverse ragioni, di assumerci l'impegno di dimostrare il valore euristico del concetto di enactment, in particolare all'interno dei paradigmi relazionali.

L'enactment tenta di descrivere un'interazione che tutti noi terapeuti usiamo quotidianamente, anche se in modo poco consapevole, evidenziando i limiti di una pratica analitica intesa come una serie di interpretazioni intellettualizzanti (senza dimenticare che siamo capaci anche di interpretazioni emotive, empatiche, trasformative). Philip Bromberg, ne *L'Ombra dello Tsunami* (2012), cita il poeta Robert Frost (1942), che afferma: "La poesia è ciò che si perde nella traduzione ma" - aggiunge (e rivela) - "soprattutto ciò che si perde nell'interpretazione!".

Il parallelismo è sin troppo semplice. L'enactment descrive sicuramente *ciò che si perde nella traduzione*, intendendo la messa in atto reale di fenomeni preverbal e dissociati del Sé, quindi non "tradotti" e non simbolizzati. Ma è, soprattutto, *ciò che si perde nell'interpretazione*, cioè il processo relazionale che ha bisogno di realizzarsi prima che sia pensabile. Questo processo presuppone due atti esistenziali ed etici che radicano la relazione d'aiuto: la disponibilità e il coraggio del paziente di portare una domanda su di sé; la disponibilità e il coraggio del terapeuta di mettere a disposizione tutte le parti del Sé, e successivamente di lavorarci e riconoscerle.

La sola interpretazione basata sul linguaggio, certo fondamentale, risulta però sempre "incompleta" rispetto alla realtà; il linguaggio simbolico è per definizione un elemento che non satura la realtà relazionale, lasciando uno spazio sacro di *irrapresentabilità* che muove il desiderio e l'esplorazione di sé. È il nostro atteggiamento interpretante a rendere trasformative le relazioni d'aiuto; il linguaggio e l'insight da soli non sono sufficienti senza l'esperienza relazionale condivisa (Bromberg, 2007).

Appunto, il processo: termine a noi caro, ma spesso poco considerato, rispetto alla mole di lavoro che i nostri maestri hanno prodotto sugli aspetti strutturali della terapia. Intendiamoci, quando Sergio Erba presenta il suo modello in *Domanda e Risposta* (1995), *struttura* e *processo* sono concetti pensabili come distinti solo in una dimensione teorica, nella pratica empirica sono inesorabilmente intrecciati. È evidente quanto la teorizzazione del setting abbia colmato un grosso vuoto teorico, sia stata necessaria a rendere identitario il nostro modello e sia imprescindibile per spiegare i cosiddetti fattori "aspecifici" della relazione d'aiuto. Crediamo che la possibilità di riflettere sugli aspetti profondi del processo terapeutico sia possibile grazie al lavoro di costruzione e tenuta del setting: è un elemento centrale, perché ci consente di avventurarci nell'esplorazione del campo relazionale che co-costruiamo, consapevoli che rimane una "maniglia" salda alla quale restare aggrappati. Ma crediamo che l'enactment sia un costrutto che completa il quadro e può aiutarci a leggere ciò che avviene nel processo: ci permette di comprenderci e, soprattutto, di non spaventarci di fronte alla complessità delle parti dissocia-

te del nostro Sé (presto dovremmo definirle “non - me”) che ci attraversano nell’incontro terapeutico con l’Altro. L’enactment descrive quindi la disponibilità del terapeuta a essere *persona* dentro alla relazione clinica: se non al Ruolo Terapeutico, in quale altro contesto dovremmo parlarne?

ALCUNE RIFLESSIONI SULL’ENACTMENT

Il concetto di enactment è stato introdotto nella letteratura psicoanalitica negli anni ‘80, precisamente con il termine “enactment controtrasferale”, a opera di Theodore Jacobs (1986). Jacobs definisce l’enactment come

l’effetto inevitabile dell’unicità e della personalità del terapeuta sul paziente. Per l’autore il lavoro terapeutico è primariamente legato alla personalità del terapeuta, piuttosto che alla sua tecnica, e ogni atto tecnico ha una valenza emotiva che può non essere percepita consciamente dai partecipanti. La chiave del cambiamento è situata nell’incontro spontaneo tra paziente e analista. (Albasi, 2006)

Questo termine ha suscitato subito un considerevole interesse nella comunità psicoanalitica e ha contribuito a creare uno spartiacque tra una concezione monopersonale e una bipersonale dell’analisi, rafforzando la revisione del concetto di controtrasfert. Per comprendere meglio questo argomento è necessaria una, seppur sintetica, digressione relativa al concetto di controtrasfert.

Come è noto per Freud e per molti post-freudiani, il controtrasfert è stato concepito come un ostacolo. Per il padre della psicoanalisi la *controtraslazione*, nome allora dato al controtrasfert, era raffigurata come una forza interna che “insorge nel medico per influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci, e non siamo lungi dal pretendere che il medico debba riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla” (Freud, 1910). Freud offrì prima l’idea di una autoanalisi e in un secondo momento di una “analisi di addestramento” condotta da un’altra persona per occuparsi di questo “ostacolo”. La controtraslazione è intesa dunque come una resistenza inconscia dell’analista che impedisce di comprendere l’inconscio del paziente.

Freud era apparentemente preoccupato che il controtransfert esponesse la psicoanalisi a severe critiche di scarsa scientificità. Egli considerava questo fenomeno come un inconveniente spiacevole, seppur inevitabile, come panni sporchi da lavare in famiglia (Freud, 1911). Per questo motivo il padre della psicoanalisi indicò ai colleghi di avere una attenzione fluttuante nell'ascolto del paziente e di mantenere una rigida neutralità analitica. Si ricordi, a tal proposito, la famosa frase di Freud, secondo il quale lo psicoanalista deve essere come "il chirurgo, il quale mette da parte tutti i suoi affetti e persino la sua umana pietà nell'imporre alle proprie forze intellettuali un'unica meta: eseguire l'operazione nel modo più corretto possibile" (Freud, 1912).

L'inevitabilità del fenomeno di controtransfert, e l'opinione in merito a esso, portò Freud a suggerire che il medico avrebbe dovuto sottoporsi a una "purificazione psicoanalitica", inizialmente individuata attraverso l'autoanalisi e successivamente proponendo l'analisi individuale del futuro analista. Analisi che, come ben si può ricordare, inizialmente poteva non superare nemmeno i tre mesi al cospetto di Freud. Per molti anni la psicoanalisi è stata concepita come un processo per rendere conscio l'inconscio, all'interno del quale il controtransfert era considerato un ostacolo.

Sandor Ferenczi (1932) inizialmente fu un forte, ma isolato, oppositore al paradigma del controtransfert come ostacolo all'analisi, riconoscendone invece il valore terapeutico e criticando il modello della neutralità. Ci vollero molti anni prima che il controtransfert assumesse il ruolo che gli spetta; prima cioè che fosse concepito come utile, se non indispensabile, strumento per la comprensione del paziente in quanto soggetto inserito nella matrice transfert-controtransfert.

La moderna letteratura psicoanalitica ci suggerisce che l'analista, in quanto persona, è sempre coinvolto emotivamente e perciò interagisce con il paziente influenzandolo con la sua specifica personalità. Il campo analitico è dunque influenzato dalla soggettività del terapeuta. Questa osservazione modifica i termini di transfert e controtransfert in quanto, come afferma Irwin Hirsch (1996), non è più chiaro a cosa si riferisca il "contro". Il "terapeuta persona", in carne e ossa, diventa

parte fondamentale della cura con la sua soggettività e autenticità, perno influente e necessario alla trasformazione emotivo-cognitiva del paziente.

Ciò che, in questa impostazione, viene dato per scontato è che il paziente non potrà non trarre beneficio da un rapporto che unisce lo sviluppo dell'autoconsapevolezza, legata al delicato lavoro analitico, a una forte esperienza emozionale con un Altro significativo. Questo riferimento al Sé dell'analista viene a determinare il concetto di enactment in quanto espressione della persona concreta dell'analista. (Hirsch, 1996)

Da Theodore Jacobs in poi il termine enactment è stato oggetto di molteplici riflessioni e, come spesso accade, non esiste attualmente una definizione unica e precisa. Si potrebbe dire che ogni autore che si occupa di questo vi attribuisca un significato personale, una propria sfumatura.

Letteralmente enactment significa messa in atto, messa in scena. È evidente come il concetto principale riguardi l'agire.

Theodore Jacobs (1986) utilizza questo termine per descrivere quello che può capitare al terapeuta durante l'analisi e lo usa per distinguerlo dal termine *acting out*, che egli considera troppo legato con aspetti di tipo patologico ad azioni impulsive, incontrollate e a volte gravi. Secondo Jacobs le diverse sfumature dell'agire e del non agire dell'analista possono esprimersi in un enactment controtransferale. In quest'ottica, ogni momento della terapia può essere un'occasione perché si verifichi un enactment: l'uso del silenzio, l'uso della neutralità, la decisione di concludere il trattamento e molto altro.

Il terapeuta si osserva agire, anche quando fa delle interpretazioni e considera, apertamente, le sue azioni e le sue osservazioni come possibile oggetto di discussione per alimentare un'eventuale ulteriore comprensione dell'interazione attraverso la negoziazione con il paziente. (Albasi, 2006, p. 215)

Esistono diverse definizioni di enactment; tuttavia, crediamo sia possibile identificare due dimensioni distinte: alcuni autori sostengono che si tratti di un passo falso dell'analista nel controllo del proprio controtransfer, mentre altri lo considerano un fenomeno inevitabile, dato che la soggettività del terapeuta

viene sempre espressa nel comportamento. È facilmente intuibile che le due dimensioni afferiscano a due modi diversi di intendere l'analisi: il primo di matrice classica, e il secondo più in linea con le moderne teorie relazionali e intersoggettive.

Siamo più affini al secondo filone di psicoanalisti, intendendo l'enactment come un modo di interagire tra paziente e analista, che coinvolge il linguaggio verbale e non verbale.

Secondo la definizione di Lingiardi e Del Corno, che riprendono e sintetizzano il pensiero di Craparo, l'enactment è “una messa in atto, da parte del paziente, di memorie somatiche di stati emotivi traumatici esclusi dal circolo della simbolizzazione” che nell'esteriorizzazione della relazione paziente-analista acquista una “caratura relazionale” e diventa “parte del più ampio campo psichico”. “In risposta alla disaggregazione emotiva del paziente”, infatti, “l'analista fa esperienza in sé di una dissociazione psicologica da cui, perché si possa parlare di enactment, deve riprendersi consapevolmente, attraverso un lavoro di mentalizzazione dell'esperienza personale e di quella interpersonale”, che gli permette di leggere ciò che sta avvenendo in lui “ponendolo in rapporto con ciò che sta accadendo nel mondo presente della sua relazione con il paziente” (Craparo, 2017).

L'enactment è un fenomeno strettamente legato alla memoria implicita, che esprime *pattern* impliciti, protopsichici, che si sono generati prima che la memoria si fosse pienamente sviluppata e *pattern* successivi che si sono dissociati difensivamente, conseguenza di emozioni intollerabili provocate da esperienze traumatiche di vario genere. La memoria implicita, sede di ricordi preverbali e preedipici, è un complesso di circuiti cerebrali dell'emisfero destro che struttura ricordi soprattutto di tipo sensomotorio e affettivo non direttamente accessibili alla memoria esplicita.

Abbiamo a che fare, quindi, con l'inconscio non rimosso il cui sviluppo è

in rapporto alla memoria delle relazioni primarie del bambino. Si tratta nello specifico dei primi due anni di vita dell'infante, un periodo in cui il vissuto emotivo ha a che fare con le proto-emozioni, ovvero con le emozioni grezze, non rappresentabili, che richiedono un ambiente capace di lavorarle o di vali-

darle perché l'infante possa acquisire nel tempo le competenze psichiche per poterle nominare (trasformando così le emozioni in sentimenti) e regolare. Il grado di strutturazione dell'inconscio non rimosso risulterà quindi dal grado di validazione dell'esperienza emotiva dell'infante da parte delle figure di accudimento. (Craparo, 2017)

L'inconscio non rimosso è un inconscio evolutivamente più primitivo di quello rimosso di matrice freudiana. L'attenzione a questo tipo di inconscio ha permesso alla psicoanalisi di occuparsi dei pazienti cosiddetti difficili, ovvero di quei pazienti che presentano gravi deficit di mentalizzazione, incapaci di una simbolizzazione efficace, in grande difficoltà quindi nel riconoscere e significare i propri stati emotivi. Pazienti che hanno avuto molto probabilmente un caregiver deficitario nella "funzione alfa" intesa in senso bioniano, in un periodo, quello preverbale, fondamentale per una sana strutturazione del Sé.

L'enactment tra analista e paziente comunica perciò a livello implicito, non verbale, strettamente legato al fenomeno della dissociazione, anziché a quello della rimozione. Una dissociazione che investe l'intero campo analitico, il quale assume, citando Bromberg (1991), le caratteristiche di un bozzolo dissociativo.

Alan Shore sostiene che nonostante Freud abbia attribuito alla rimozione il ruolo di meccanismo centrale della psicopatogenesi (Freud, 1920, 1925), nella psicoanalisi classica vi sia una lunga tradizione

sugli effetti traumatici di un afflusso improvviso e inatteso di massicce stimolazioni dell'ambiente esterno (iper eccitazione simpatica), che rompono la barriera agli stimoli del bambino precludendo la possibilità di un'autoregolazione efficace. Ciò ha portato a sottolineare il ruolo dell'iperstimolazione e delle ansie di annichilimento nei classici modelli del trauma proposti dalla teoria delle relazioni oggettuali e dalla psicologia del Sé. (Shore, 2008).

Trauma e dissociazione in psicopatologia sono concetti strettamente associati. Il trauma attiva arcaici meccanismi di difesa dalle minacce ambientali (immobilità tonica o *freezing* prima, immobilità cataplettica dopo le reazioni di attacco-fuga) che provocano il distacco dall'usuale esperienza di sé e del mondo esterno e conseguenti sintomi dissociativi (dere-

alizzazione e depersonalizzazione). Tale distacco implica un arresto delle normali capacità di riflessione e mentalizzazione, e quindi un deficit nell'integrare l'evento traumatico nella continuità della vita psichica.

La presenza di un analista benevolo e soccorrevole, che funge da testimone, un analista preparato a lavorare con l'emisfero destro, un analista competente nel lavorare con gli enactment, punto focale della psicoanalisi con i pazienti traumatizzati, è una condizione necessaria per la terapia con le memorie implicite di eventi traumatizzanti, che sono state sepolte nel corpo e che guidano i comportamenti al di là della consapevolezza.

Gli enactment che avvengono in analisi rivelano aspetti inconsci del paziente e dell'analista e svelano i *pattern* relazionali ed emotivi impliciti dei partecipanti. Gli enactment gettano le basi per un accesso diretto e non verbale al mondo rappresentazionale del paziente e, come afferma Ginot, "possono essere descritti come sistemi del Sé riattivati reciprocamente, o come un intreccio di schemi relazionali impliciti sia del paziente sia del terapeuta: in quanto tali, essi rappresentano uno strumento per accedere al sistema relazionale inconscio del paziente" (Ginot, 2017).

Gli enactment creano un collasso delle capacità autoriflessive e oniriche della diade analitica. Occorre comprendere in che modo la riacquisizione della consapevolezza del terapeuta su quanto accaduto a sé all'interno del setting possa contribuire alla presa di consapevolezza del paziente e di conseguenza alla sua cura. Il recupero della funzione mentalizzante all'interno del setting permette al terapeuta di bonificare *pattern* relazionali traumatizzati perché "è proprio grazie al sentire dell'analista, che rimette in circolo le emozioni, che il paziente è in grado di ricollegare le emozioni con gli eventi passati: perché il grave traumatizzato è soprattutto un Io frammentato, un Io dissociato..." (Mucci, 2018).

Sandor Ferenczi, il 18 giugno 1932, scrive:

i pazienti che ormai hanno acquisito la fiducia in noi possono venir liberati dallo sforzo di controllare (intellettualmente ed emotivamente) la situazione traumatica, e può essere posto il termine al conseguente necessario processo di scissione dell'Io, riportando così i pazienti a quella unitarietà dell'esperienza anteriore al trauma.

L'analista deve promuovere un canale empatico e profondo per creare una "forte" risonanza emotiva. Per farlo, deve essere in grado e avere il coraggio di accedere alle proprie sofferenze, e disponibile a farsi coinvolgere controtransferalmente, utilizzando così l'enactment dopo averlo vissuto e compreso. La conseguente partecipazione affettiva dell'analista "benevolo e soccorrevole" permetterà al paziente di venire a contatto con le sue parti scisse e con la realtà del corpo, con quel corpo che è stato "testimone e portatore della verità di quanto è successo".

VANESSA

Vanessa è una giovane, simpatica, studentessa universitaria di ventiquattro anni che ricevo da tre mesi. Il motivo manifesto della richiesta di psicoterapia riguarda lo scarso rendimento universitario.

Vanessa è una ragazza sportiva, si allena a *crossfit* (disciplina sportiva basata su circuiti di ginnastica e pesistica ad alta intensità) diverse volte alla settimana e mette in mostra il suo fisico, indossando abiti che evidenziano le sue forme. Durante il primo incontro mi colpisce subito la sua spigliatezza, il sorriso e la luce dei suoi occhi. Vanessa si comporta in modo disinvolto, apparentemente racconta di sé, ma in realtà non dice autenticamente nulla di sé.

I suoi genitori si sono separati quando aveva cinque anni: suo padre viene descritto come un uomo con marcati tratti narcisistici, molto critico, non capace di slanci affettivi e con scarse capacità empatiche. Vanessa inconsapevolmente ha un atteggiamento ambivalente nei suoi confronti: da una parte lo cerca in quanto irraggiungibile, dall'altra lo rifiuta, talvolta provocandolo. Sua madre viene descritta come una donna solitaria, affettuosa, che ascolta solo se Vanessa si manifesta in modo palese, altrimenti rimane invisibile ai suoi occhi. La ragazza ha spesso molti scontri con sua madre, come se fosse l'unico modo per avere la sua attenzione.

Durante una seduta mi accorgo di aver sforato l'orario di poco meno di dieci minuti. Anche Vanessa se ne accorge e sorridendo me lo fa notare. Rimango perplesso perché non è mia usanza sforare l'orario e mi interrogo. Mentre sto riflettendo mi accorgo

di essermi nuovamente soffermato sul suo sguardo sorridente e in quel momento comprendo. Capisco di essermi sentito sedotto da quel particolare sorriso e da quegli occhi luminosi.

Il mio processo di mentalizzazione mi permette di fare un intervento decisivo per la terapia. Mi disvelo, comunicando a Vanessa ciò che mi è successo e aggiungo che probabilmente lei utilizza quel sorriso, quell'atteggiamento sbarazzino per sedurre, attrarre a sé l'altro e allo stesso tempo non dire nulla di sé, distanziandosi. Si tratta di un modo per tenere sotto controllo l'altro e la situazione. Vanessa rimane molto colpita dall'intervento e annuisce, riconoscendosi nella verbalizzazione.

Nelle sedute successive, questa lettura del comportamento di Vanessa, creata a partire dalla problematizzazione dell'enactment, ha permesso alla paziente di notare che tale atteggiamento si ripeteva coattivamente in molte circostanze della sua vita, in particolar modo con le figure maschili. Questa riflessione ha concesso a Vanessa di aprire una porta sulla relazione ambivalente con suo padre e di iniziare a dare un senso alla sua sofferenza.

DISSOCIAZIONE ED ENACTMENT

Il caso di Vanessa evidenzia come alcune parti della paziente e del terapeuta abbiano giocato un ruolo nella dinamica di alcuni punti fondamentali dell'incontro, cioè nei temi della autenticità relazionale e della separazione. Potremmo affermare che tali parti fossero state preliminarmente "dissociate", per poi essere agite nel comportamento e nella comunicazione non verbale. Si noti come la dissociazione non significhi necessariamente disconoscere e denegare completamente alcune parti del Sé; molto più spesso è un meccanismo che agisce in sottofondo, attraverso degli automatismi che il terapeuta deve cogliere, sentire ed esplicitare affinché diventino pensabili e portatori di significato soggettivo nel qui e ora della relazione.

Per comprendere infatti l'enactment secondo il modello di Philip Bromberg (2012), sono utili alcune precisazioni sul termine "dissociazione", intesa come meccanismo di difesa normale della nostra mente rispetto alle "rottture della relazionalità umana", in qualche misura necessarie e inevitabili: le rottture sono causate da mancati riconoscimenti da parte delle

figure primarie, che disconfermano l'esperienza di parti del Sé, che vengono conseguentemente dissociate. Quando gestibile in intensità e qualità, il trauma evolutivo (sano) è contenibile, disponibile al conflitto interiore e all'autoriflessione, nonché potenzialmente salutare nelle dinamiche relazionali tra persone diverse che cercano di impegnarsi per stare bene insieme. La dissociazione diventa patologica quando il trauma evolutivo legato al mancato riconoscimento è cumulativamente o episodicamente soverchiante, negando il "diritto a esistere come soggetto nella mente dell'Altro". Bromberg (2012) definisce come *tsunami* il trauma relazionale; l'immagine de *L'ombra dello tsunami* descrive la sensazione costante di allarme legata al ripetersi del trauma che attiva la struttura dissociativa, cioè l'insieme delle difese che impediscono di vivere con autenticità, sicurezza e gioia la relazione con l'Altro. I pazienti traumatizzati vivono nell'ombra del contesto affettivo originario, convivendo con un sistema di allarme perennemente attivo, che impedisce di simbolizzare e regolare i propri stati affettivi. La struttura dissociativa impedisce la possibilità di vivere una dimensione esistenziale, che al Ruolo reputiamo così fondamentale: la responsabilità nell'operare le proprie scelte. È come se la vita fosse vissuta in un perenne stato di allerta, che esclude dall'esperienza cosciente delle parti di Sé nucleari non riconosciute come proprie, che diventano appunto parti "non-me" e si esprimono attraverso il corpo, gli agiti e altri fenomeni psicopatologici.

L'enactment è

un evento dissociativo condiviso. È un processo di comunicazione inconscia che riflette quelle aree delle esperienze di sé in cui il trauma ha compromesso in una certa misura la capacità di regolare gli affetti in un contesto relazionale, e quindi lo sviluppo del Sé a livello dell'elaborazione simbolica attraverso il pensiero e il linguaggio. Quindi, una dimensione centrale nell'utilizzo terapeutico dell'enactment è l'aumento della competenza nella regolazione degli stati affettivi. (Bromberg, 2012)

La terapia si svolge essenzialmente per enactment, quindi la possibilità di sperimentare insieme ed esplorare eventi dissociativi condivisi, che possano essere svelati e pensati imparandone a modulare l'attivazione emotiva. Nelle relazioni

quotidiane la disregolazione emotiva non permette a questi stati del Sé di essere contenuti, pensati ed elaborati, per poi essere integrati.

La mente e il cuore del terapeuta vengono coinvolti in un campo relazionale che è “nostro”, campo in cui la permeabilità dei confini Sé-Altro viene gradualmente sfumata per permettere l’esperienza di Sé nella mente dell’Altro, senza che questa diventi minacciosa o soverchiante. Proprio qui incontriamo un tema a noi caro: paziente e terapeuta condividono un percorso umano molto simile, assimilabile; è solo la posizione relazionale, il loro ruolo che li differenzia (Erba, 1995).

La dissociazione, secondo Bromberg, ci riguarda: “Il trauma evolutivo è un fenomeno relazionale centrale, che forma invariabilmente la personalità di ogni essere umano” (2015). Tutti siamo vulnerabili, ma ciò che trasforma il trauma in psicopatologia è anche una questione quantitativa, troppi mancati riconoscimenti creano un’esperienza non solo spiacevole, ma mentalmente insostenibile e non elaborabile, né emotivamente, né cognitivamente. Come operatori nelle relazioni d’aiuto offriamo anche le nostre parti “non-me” alla relazione, “testimoniamo” (termine caro a Sergio Erba) che ci siamo e che assumerci il rischio dell’incontro relazionale è possibile; è evidente la ricaduta di questo processo, così rappresentato, sui nostri processi formativi e di “manutenzione permanente”.

La presenza degli enactment nella terapia e in tutti i lavori di relazione d’aiuto sembra inevitabile. Riprendendo l’opera di Freud e Breuer del 1895, *Studi sull’Isteria*, Yalom (1980) evidenzia quanto Freud, a discapito delle sue successive considerazioni sul controtransfert come “ostacolo” all’analisi, fosse immerso in un clima profondamente relazionale con le sue pazienti, già agendo una serie di enactment, alcuni dei quali potenzialmente terapeutici!

Un *caveat*: non bisogna cadere nel rischio che la relazione d’aiuto si riduca a un certo vissutismo empirico, che conceda qualsiasi forma di agito “perché è enactment e poi tanto si interpreta”. Il setting, il ruolo, asimmetria e responsabilità sono i nostri elementi strutturali che permettono di “falsificare” ciò che accade nella relazione terapeutica, di interrogarci come operatori, e di osservarci mentre siamo vicini all’Altro: riman-

do agli approfondimenti clinici per cogliere l'importanza di strutturare un setting interno per l'operatore per legittimare in seconda battuta un approccio basato sugli intensi scambi relazionali legati all'enactment: conosciamo bene le conseguenze del *burn-out* sugli operatori e le fatiche di tanti pazienti!

Questa opzione terapeutica non è però una forma di generosità filantropica, ma contiene una precisa strategia clinica che deriva dall'inevitabilità che l'incontro si sviluppi anche su un secondo "canale", quello della comunicazione tra persone: la nostra soggettività è, infatti, l'unico strumento che possiamo utilizzare per rendere reali e vitali le parti dissociate del Sé, dando vita e voce al "bozzolo dissociativo" (Bromberg, 2012) non pensabile e non ancora dicibile che mantiene al sicuro il paziente dal suo dolore, ma al tempo stesso ammala la sua esistenza e contrabbanda buona parte del suo Sé o, per dirla a nostro modo, del suo "essere persona". Da qui deriva la successiva considerazione: siamo sicuri che la costruzione di un ambiente sicuro, spesso citata come elemento terapeutico della relazione di cura, sia sufficiente a renderla efficace?

ROBERTO

Roberto è un giovane uomo di ventotto anni alla seconda *trance* di analisi. Precedentemente aveva affrontato una terapia con me, per circa otto anni e con buoni risultati, ma interrotta perché aveva deciso di fare un'esperienza di vita all'estero. Roberto torna in terapia perché sente di dover affrontare ancora alcune zone d'ombra. Riporterò di seguito uno stralcio di una seduta in cui è avvenuto un enactment.

R.: Spesso metto delle maschere perché temo di non piacere.

A.: Approfondiamo meglio questo tema. Cosa intendi per non piacere? (Ci diamo del Tu perché lo conosco da quando era adolescente).

R.: Ho paura di essere visto e trattato come un bambino.

Roberto racconta di essere andato a cena da una sua amica, dove erano invitati anche altri suoi amici. Prima di entrare a casa della ragazza era agitato perché doveva decidere quale maschera mettere e quali parole e atteggiamenti formali usare per quella circostanza.

A.: Vorrei capire meglio cosa significa essere un bambino per te.
R.: I miei genitori hanno sempre voluto un bambino adulto, che si comportasse in modo serio.

A.: Quindi per te essere adulto significa essere grigio e serio, come il bambino che hanno voluto che fossi. Hai qualche ricordo? Ti viene in mente qualcosa?.

R.: Ricordo di quando avevo circa nove anni, ero in camera, piangevo perché ero triste, ma non conoscevo il motivo della mia tristezza. Mio padre si avvicina al letto e mi domanda più volte il motivo per il quale sto piangendo e io continuo a piangere e rispondo a singhiozzi che non so il perché. A quel punto mio padre si arrabbia e mi tira uno schiaffo... non ero sorpreso, me lo aspettavo da lui. Dopo poco arriva anche mia mamma e giustifica lo schiaffo del papà... anche questo me lo aspettavo.

A.: Come ti senti in questo momento? (Domando con tono empatico).

R.: Mi sento rassegnato, come se non si potesse cambiare.

Percepisco appieno la tristezza e la rassegnazione. Il suo corpo è ricurvo, si chiude e si ritrae.

Prima di descrivere l'enactment vorrei illustrare il mio controtransfert: sono triste e molto arrabbiato. Come era mio padre con me? Risuona un eco genitoriale. Sarò in grado di essere benevolo e soccorrevole come lo è stato il mio analista con me?

Mi ritrovo a parlare con un tono molto caldo e accalorato; le parole mi escono senza pensarci e così anche i gesti. Senza quasi accorgermene mi alzo dalla poltrona e lo abbraccio stringendolo con forza e mentre lo abbraccio gli dico: "Se sei tornato qui dalla Nuova Zelanda e se, nonostante tutte le ore di lavoro che fai (Roberto studia come cuoco e nel frattempo fa uno *stage* in un ristorante), ti svegli il sabato mattina a Milano per essere qui a Seveso alle 9.00, pur di esserci, forse non sei così rassegnato... e io spero di essere un buon aiuto per te". Roberto sorride e dice: "È vero... ci credo molto!".

Ormai mancano pochi minuti al termine della seduta. Penso all'enactment appena avvenuto e capisco da cosa è stato mosso, in che modo le nostre due parti dissociate hanno comunicato: il suo desiderio di un padre-genitore-analista comprensivo e rassicurante e il mio controtransfert sopra citato. Decido di non disvelare, sento che questa azione parlata ha avuto una funzione terapeutica e, questa volta consapevol-

mente, gli faccio una carezza sulla nuca e mi metto a sedere nell'attesa degli ultimi due minuti.

Roberto, visibilmente rasserenato, dice: "Tu sei un padre-adulto-bambino: figo!". Queste parole mi fanno capire che Roberto ha intuito che l'adulto può vivere conservando il suo Sé bambino.

IL CLIMA AFFETTIVO DELLA RELAZIONE D'AIUTO

La relazione d'aiuto si delinea quindi come un luogo dove dobbiamo riconoscere il dispiegarsi di esperienze che vanno ben oltre il semplice materiale portato con le parole, che spesso ci illudiamo sia il cuore della *talking cure*. Per inciso, parlare e ascoltare sono due funzioni importanti, perché la parola dà forma e contiene gli stati mentali, convalida l'esistenza dell'Altro, comunica che ci interessiamo a lui e che proviamo a tenerlo nella nostra mente; a volte ci accorgiamo che esistere nella mente dell'Altro sia, perlomeno all'inizio della terapia, un'esperienza troppo dolorosa e faticosa per chi ha vissuto intensi traumi relazionali.

Ciò che vorremmo però evidenziare è come, affinché la relazione d'aiuto possa essere un processo che promuove salute esistenziale, debba contenere due elementi apparentemente dissonanti: rischio e sicurezza. La dissociazione, e conseguentemente l'enactment, sono operazioni di sicurezza: garantiscono una modalità di sopravvivenza, garantendo continuità al Sé, al prezzo di espellere e confinare nei sintomi psicopatologici e negli agiti i mancati riconoscimenti traumatici. "Queste cose non fanno parte di me, mi ammalano e io le combatto!".

Lavoriamo perché la ripetizione dei nostri vissuti traumatici non sia una cieca riedizione, una coazione a ripetere: offriamo uno spazio sicuro che possa gradualmente aumentare la possibilità di guardare, pensare e raccontare ciò che abbiamo dissociato e che la vergogna del trauma ha cacciato nell'ombra. Come afferma Bromberg (2012), la crescita in terapia è possibile solamente nella compresenza di rischio e sicurezza.

Ci sembra importante evidenziare almeno due conseguenze di questa argomentazione. Primo, la sola sicurezza è un elemento necessario ma non sufficiente per la salute. Sicurezza significa, come abbiamo appreso dagli studi sull'attaccamento, che la relazione con l'alterità è prevedibile: anche un attacca-

mento disorganizzato è, nella misura in cui rende un campo minato qualsiasi contatto umano, una misura di sicurezza, garantisce infatti una caotica prevedibilità nel caos. L'enactment stesso è il propagarsi di una coltre di sicurezza. Essere persona nel proprio ruolo di autorità è l'elemento decisivo che inserisce il rischio come elemento trasformativo nella relazione d'aiuto. L'incontro con l'Altro è di per sé un rischio, sempre, nella misura in cui l'alterità ci pone di fronte alle questioni esistenziali di base: il limite, la responsabilità, l'amore, la solitudine. Esistere nella mente dell'Altro comporta sempre una perdita del controllo di una parte del Sé, che non è più gestibile.

In secondo luogo, occorre precisare che l'enactment non rappresenta una ri-edizione del trauma, in cui l'obiettivo del terapeuta consisterebbe nell'offrire un'esperienza emozionale correttiva, agendo di fatto una riparazione o una supplenza rispetto a figure abusanti o carenti. Questa posizione rischierebbe di generare una rigidità buonista con il paziente e un atteggiamento costantemente giudicante con i suoi oggetti interni. Dobbiamo ricordare, infatti, che la relazione rievocata dall'enactment è legata alle esperienze relazionali interiorizzate dal paziente, che vanno incontrate, accolte e ascoltate prima di poter pensare di trasformarle. L'enactment è un processo che diventa terapeutico se il terapeuta può "sporcarsi" e accettare ciò che il paziente ha dissociato e che offre nella relazione (Bromberg lo definisce esplicitamente "il dono"). Lo scopo del lavoro con l'enactment è, infatti, la possibilità di integrazione delle parti dissociate che non riescono ad abitare i confini del Sé traumatizzato, non una mera ripetizione abbreviata di un'esperienza in cui il terapeuta corregga le ferite del passato. È ovvio (e auspicabile) che il terapeuta non agisca, senza alcuna consapevolezza, le proprie parti dissociate sollecitate dal paziente: deve poterle piuttosto accogliere, sentire, accettare con il proprio carico di dolore, e finalmente pensare; questo è il cuore del lavoro clinico. Accettare le proprie emozioni e le proprie parti dissociate che si esprimono attraverso l'enactment con il paziente, comunica la fiducia che solo avendo cura di sé si può stare bene con l'Altro; trovare una posizione relazionalmente sana e mantenerla è terapia. Testimoniare, insomma, che si può accogliere e integrare il dolore

senza che questo generi uno *tsunami* (la disregolazione affettiva), facendo compagnia al paziente e comunicando sicurezza mentre si esplorano insieme le parti più complicate del Sé. Laing nel 1967 scrive: “La psicoterapia è l’ostinato sforzo di due persone di recuperare l’integrità dell’essere uomini tramite un rapporto che c’è tra di loro.”

Abbiamo proposto, in questo scritto, alcune nostre considerazioni sul tema dell’enactment dopo averne discusso in diverse occasioni durante le supervisioni del venerdì dedicate ai terapeuti del Ruolo. Abbiamo pensato che tali concettualizzazioni ci abbiano aiutato a leggere, all’interno del nostro lavoro di formazione permanente, alcune dinamiche molto importanti rispetto a pazienti con i quali ci siamo trovati in difficoltà; per questo motivo l’idea di provare a scrivere un breve lavoro sull’enactment nel contesto del nostro modello teorico di riferimento. Provare a descrivere “ciò che si perde nell’interpretazione” non è stato facile, proprio perché ciò che si perde va smarrito, perché incontenibile dal linguaggio; lavoriamo perché si possa tornare a raccontare e a raccontarsi, spesso crediamo che il linguaggio sia la base del nostro lavoro, probabilmente ne è invece l’orizzonte. Ci piace pensare di poter aiutare, in primis noi stessi, ad abitare più consapevolmente una delle nostre parole sacre, “il processo”, che è in fondo il cuore dell’incontro con l’Altro. Forse perdendoci qualche “pezzo”, smarrendo sicuramente qualcosa nell’interpretazione, ma consapevoli che la terapia ci richiede di vivere una vicinanza sostenibile solo alla condizione di potersi accettare, con coraggio e curiosità, come *persone*, ciascuno dentro ai nostri ruoli di cura.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti Traumatici*. Novara: UTET.
- Bromberg, P. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione: standing in the spaces*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bromberg, P. M. (2012). *L’ombra dello tsunami: la crescita della mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Craparo, G. (2017). *Lenactment nella relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

-
- Ferenczi, S. (1932). *Diario Clinico, 1932*. Milano: Raffaello Cortina, 1988.
- Freud, S. (1910). Le prospettive future della psicoanalisi. In C. L. Musatti (Ed.) *OSF, vol VI*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.
- Freud, S. (1911). *Lettera a Jung*, 31 dicembre 1911.
- Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. In C. L. Musatti (Ed.) *OSF, vol. VI* (p. 536). Torino: Bollati Boringhieri, 2004.
- Frost, R. (1928). La figura che una poesia crea. In M. Bacigalupo (Ed.) *Conoscenza della notte e altre poesie*. Milano: Mondadori, 1999.
- Genot, E. (2017). *Neuropsicologia dell'inconscio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hirsch, I. (1996). Observing-participation mutual enactment and the new classical model. In *Contemporary Psychoanalysis*, n. 3.
- Laing, R. D. (1962). *L'io e gli altri: psicopatologia dei processi interattivi*. Firenze: Sansoni Editore.
- Mucci, C. (2018). La partecipazione affettiva dell'analista nella clinica del trauma: da Ferenczi alle neuroscienze. *The Wisebaby, Vol. 1 n. 02/2018*.
- Shore, A. N. (2008). *La dissociazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Roma: Astrolabio.
- Yalom, I. D. (1980). *Psicoterapia esistenziale*. Vicenza: Neri Pozza.

Il testo che segue è la trascrizione dell'intervento che Franco Merlini ha effettuato durante il Convegno Internazionale OPIFER, *A-venire in Psicoanalisi tra modelli pulsionali e orientamenti relazionali*, tenutosi sabato 9 aprile 2022.

Essere relazionali restando pulsionali

Ringrazio OPIFER e Luciana La Stella¹ per avermi invitato a questo convegno. Ho accettato ben volentieri di parteciparvi perché il tema è importante e riflette secondo me quel “certo disagio” che la psicoanalisi contemporanea sta vivendo. Se da un lato l’evoluzione o la rivisitazione della metapsicologia freudiana ha comportato lo sviluppo di nuove epistemologie e di nuovi modelli di *teoria della mente*, dall’altro ha prodotto una frettolosa eliminazione di imprescindibili presupposti concettuali, utili alla clinica e alla teoria della tecnica. Questi modelli, talvolta accreditati presso gli istituti di psicoanalisi e insegnati nelle scuole di psicoterapia e talvolta respinti come discordanti dalla teoria classica, hanno prodotto dialoghi stimolanti ma anche conflitti, sollevando nella comunità degli psicoanalisti il bisogno di prendere una posizione e in un certo qual modo di scegliere da che parte stare.

Il titolo stesso del convegno - *A-venire in Psicoanalisi tra modelli pulsionali e orientamenti relazionali* - sembra suggerire un’opposizione, una sorta di contrapposizione teorica in seno alla psicoanalisi. Ma le cose stanno davvero così? La questione si porrebbe (cerco di essere un po’ ironico) nei termini di *pulsione*,

¹ Dr.ssa Luciana La Stella, psicoanalista e presidente OPIFER.

ingorgo libidico, conflitto Vs relazione, attaccamento, deficit? Intanto provo a chiedermi: “Come analista, nella mia pratica quotidiana, qual è la mia posizione tra il modello pulsionale e gli altri cosiddetti modelli relazionali?”. Il mio lavoro con i pazienti, dentro alla stanza d’analisi, mi suggerisce, in un qualche modo, di schierarmi? Cercherò di dire qualcosa su questo punto.

Innanzitutto, credo che tutti noi si lavori con più teorie ma che sono silenti e tali devono restare in seduta. Sono cioè presenti nella nostra mente ma non sono presenti alla nostra coscienza. Queste teorie sono interiorizzate (come può essere interiorizzata una certa visione del mondo), ma nella pratica non le usiamo consapevolmente. Sono lì, pronte come una buona madre, a sostenerci, a orientarci quando serve. Se siamo in difficoltà “ricorriamo alla strega”, diceva Freud riferendosi alla metapsicologia.

Credo che ognuno di noi, durante il nostro percorso formativo o in un determinato momento della propria vita professionale, si sia innamorato di una certa teoria... e poi magari di un’altra ancora. E se siamo onesti, non possiamo negare che questo innamoramento ci abbia indotto ad ascoltare i nostri pazienti in un certo modo, a interpretare il loro mondo (e anche il nostro) secondo il punto di vista di un autore piuttosto che di un altro. Quindi, non ce n’è, non siamo monogami e, anzi, spesso tradiamo.

Detto ciò, a fronte di tanta pluralità di teorie e di autori, è naturale (e auspicabile) che si abbia anche il bisogno di riconoscersi in un modello unico di riferimento. Un modello però sufficientemente ampio da contenere concettualizzazioni diverse, ma con confini abbastanza precisi che ci permettano di individuarci. Anche se la tendenza moderna è quella di azzerare le differenze e sembra prevalere un certo conformismo teorico e un pensiero clinico omologato, non è vero che “al buio tutti i gatti sono bigi”, e poi ricordiamoci che la nostra teoria siamo noi! Oggi, ad esempio, il termine “psicodinamico” si è esteso a così tante posizioni teoriche (ma anche a tante discrasie personali) che non distingue proprio più nulla e non afferma nessun raggruppamento di modelli psicoanalitici in particolare; così come in modo troppo generico si parla di “formazione psicodinamica”, così come si definiscono psi-

coanalitiche certe teorizzazioni psicodinamiche che, a mio avviso, non lo sono per nulla.

Quindi, in definitiva, respingo l'ipotesi di modelli psicoanalitici contrapposti ma nello stesso tempo non ne condivido la generalizzazione sotto un unico ombrello, dato per scontato, psicoanalitico. Ad esempio, non capisco perché non si possa condividere taluni costrutti metapsicologici freudiani e nel contempo essere aperti a certi sviluppi teorici successivi di ottimi psicoanalisti venuti dopo Freud. Non mi ritrovo però neanche con quella ideologia rassicurante (in verità derivante da una impostazione medicocentrica) di individuare, come si dice oggi, "i punti di forza o le criticità" di un modello rispetto a un altro, in funzione di una diagnosi. Da qui all'idea "laica" (ovvero antipsicoanalitica) di individuare per ogni patologia il modello più efficace, o la migliore *expertise* disponibile, o il percorso terapeutico maggiormente validato (DBT, CBT, GET, TBS...), il passo è breve! Cioè il pericolo che la psicoterapia si riduca a pratica medica è forte. Restando nell'alveo della psicoanalisi, credo che conti la coerenza clinica con cui ci destreggiamo fra i diversi modelli teorici e la responsabilità con cui ce ne appropriamo. Ovvero non ne faccio una questione di tecnica ma di postura etica professionale, non al servizio delle nostre difese ma per il bene del paziente.

A parer mio, quindi, non siamo di fronte a uno scisma teorico (pulsione/relazione), quanto forse a uno *scibboleth* (per gli Ebrei era un modo di riconoscersi) che sottolinea non tanto l'adesione a una teoria o a un modello, quanto a un incarnarsi di una concezione dell'uomo che trova in una certa psicoanalisi un'ipotesi di spiegazione circa il suo funzionamento mentale. Personalmente, questa "certa psicoanalisi", più si interroga sull'esistenza e sull'uomo e più mi convince; in fondo è incontestabile che "ogni sintomo contiene una domanda sul senso dell'esistenza" (Perrella). Uno scibboleth, dunque, che deriva non dalla applicazione di un cosiddetto "metodo scientifico" ma da uno statuto di certezza soggettiva faticosamente conseguita nel nostro percorso formativo di analisti, nonché dalla nostra formazione di persone.

Tornando al tema del convegno, non penso che si possa immaginare "una psicoanalisi" in cui si contrappongano ipotesi

psicobiologiche e ipotesi relazionali o in cui se ne debba escludere una a favore dell'altra. Purtroppo molti autori dichiarano che la metapsicologia non è interessante o è addirittura inutile rispetto alla clinica. Autori del calibro di Pontalis, Bollas, Spence sostengono che nel campo variegato della psicoanalisi, accanto a buone teorie, si trovano modeste "narrazioni" di tipo teorico poco rigorose da un punto di vista metodologico. Io, più modestamente, osservo che nel panorama attuale delle psicoterapie, con l'avanzare dei modelli cognitivisti e comportamentisti, la presunta mancanza di "relazionale" sembra calare sulla psicoanalisi come un'ombra minacciosa. Oggi, solo a nominare la parola pulsione si è guardati con sospetto e la psichiatria psicodinamica, un certo intersoggettivismo radicale e altri approcci a metà strada tra psicoanalisi e cognitivismo non hanno aiutato a far chiarezza. Indubbiamente non si può non tenere conto degli importanti sviluppi concettuali che la cosiddetta "svolta relazionale" ha portato in psicoanalisi, purtroppo non credo sia onesto affermare che la psicoanalisi manchi di relazionalità. Lo stesso Freud ha mostrato, quasi sfacciatamente, nei suoi affascinanti casi, che il "relazionale" è onnipresente e ineludibile nella prassi psicoanalitica:

Sento ancora io stesso un'impressione curiosa per il fatto che le storie cliniche che scrivo si leggono come novelle e che esse sono, per così dire, prive dell'impronta rigorosa della scientificità. Devo consolarmi pensando che di questo risultato si deve evidentemente rendere responsabile più la natura dell'oggetto che le mie preferenze. (Freud, 1895)

Cioè, diversamente da come qualcuno sostiene, è ancora una volta la clinica a unire "pulsionale" e "relazionale", che secondo me costituiscono la *trama* e l'*ordito* della comune pratica analitica. Infatti, pur semplificando di molto le cose, possiamo chiederci: "Può esistere una teoria della mente che non scaturisca da un elemento energetico di natura somatopsichica? E può esistere una teoria della mente che non si appoggi (il termine non è usato a caso) a un vettore che seppur in maniera embrionale possa definirsi relazione?". La pulsione, diversamente dall'istinto (comportamento animale prefissato e caratteristico di una specie), si può rappresentare come una sorta di

“trascrizione psichica” di un processo somatico, che produce nell’organismo uno stato di eccitazione che spinge all’attività. La *fonte* è il luogo del corpo (o un suo organo) dove si attiva il processo somatico; la *spinta* è la forza (o l’elemento motorio) della pulsione; la *meta* riguarda il soddisfacimento della pulsione (che può essere raggiunto soltanto sopprimendo lo stato di eccitazione); l’*oggetto* è ciò in relazione a cui (o attraverso cui) la pulsione può raggiungere la meta. Faccio dunque fatica a concepire una ipotesi teorica che non comprenda le due facce della questione. Certo, i “relazionalisti” diranno che la pulsione non va a *meta* ma va all’*oggetto*, ma io penso che se guardiamo le cose dal punto di vista di una inevitabile “origine” e di una supposta “urgenza” è ovvio che l’*oggetto* sia uno strumento e non uno scopo. Scrive Freud a questo proposito:

[l’oggetto] è l’elemento più variabile della pulsione, non è originariamente collegato ad essa, ma le è assegnato soltanto in forza della sua proprietà di rendere possibile il soddisfacimento. Non è necessariamente un oggetto estraneo, ma può essere altresì una parte del corpo del soggetto. Può venir mutato infinite volte durante le vicissitudini che la pulsione subisce nel corso della sua esistenza. (Freud, 1915)

Alcune precisazioni su questo punto mi sembrano necessarie. Certamente dobbiamo prendere atto che Freud, da “naturalista” del suo tempo, affermasse che ci “rivolgiamo con riluttanza agli oggetti per soddisfare in modo immediato il piacere”; purtuttavia in *Introduzione al Narcisismo* non esita a sottolineare che “bisogna amare per non ammalarsi” (Freud, 1914). È fuori discussione che la nostra capacità di investire emotivamente gli oggetti rimane quindi fondamentale per la nostra stessa sopravvivenza. Non vi può essere integrità psichica senza lo strutturarsi di legami cognitivi ed emotivi con gli oggetti reali del mondo e l’integrità psichica si fonda sia sul riconoscere l’oggetto sia sull’essere riconosciuti da esso, anche se così ci si apre al rischio di ferite narcisistiche.

Questa dinamica ha però aperto talvolta delle conflittualità tra gli psicoanalisti ed è stata fonte di denegazioni del valore e del significato dell’*oggetto* nella metapsicologia freudiana, stante che già nel *Progetto di una Psicologia* Freud stesso

smentisse la possibilità di una qualsivoglia forma di “autosufficienza del soggetto” (Freud, 1895). Come dire che del *reale* e dell’*oggetto* non se ne può fare a meno. Il *fantasma* (od *oggetto interno*) secondo Freud è ciò che rimane a livello psichico della situazione somatica, derivante dal primitivo soddisfacimento reale. Ciò che

in un primo tempo è somatico e reale viene poi relegato in un luogo psichico, l’“oggetto naturale” si trasforma in oggetto libidico, l’amore si disgiunge dalla fame [...] c’è un tempo specifico per l’origine del fantasma, come transito dall’oggetto naturale all’oggetto libidico, che causa la perdita dell’oggetto reale. (Freud, 1895)

Jean Laplanche si chiede, però, se l’apparato psichico precoce operi cercando automaticamente di ristabilire le precedenti condizioni di soddisfacimento; perché quando insorge la fame, il neonato non allucina l’esperienza di pienezza o di sazietà? Evidentemente fin dall’inizio il bambino desidera l’oggetto e non solo il soddisfacimento, ma desiderare il seno o perfino allucinare il seno (creazione del fantasma) quando si ha fame significa essere in grado, sebbene a livello primitivo, di pensare e desiderare un oggetto, e forse di rappresentarlo. Sembrerebbe esserci dunque una incoerenza tra la descrizione freudiana della pulsione come “priva di oggetto” e il concetto di “fantasma”?

Una prospettiva relativamente nuova mi sembra quella proposta da Christopher Bollas quando introduce il concetto di “oggetto trasformativo” per descrivere il primitivo rapporto con la madre: “La madre è più significativa e identificabile con un processo che non con un oggetto” (Bollas, 2018). Il significato e la funzione dell’oggetto sembrano a mio avviso poter soddisfare contemporaneamente sia l’aspetto pulsionale sia relazionale, ovvero l’appercezione dell’oggetto né come rappresentazione, né come uso: “Il primo oggetto è conosciuto non tanto prendendone cognizione attraverso una rappresentazione oggettuale, ma come una ricorrente esperienza dell’essere”. Il presupposto è di immaginare winnicottianamente una madre-ambiente che fornisce tutte le cure del caso e che permette tutte le trasformazioni necessarie allo sviluppo

del bambino e da lui richieste. Man mano che il rapporto progredisce, l'oggetto si definisce sempre di più: "La madre all'inizio non è ancora identificata come altro ma è vissuta come un processo di trasformazione [del Sé]". Ripeto, trovo conveniente teorizzare un "oggetto-non oggetto", a metà strada fra il reale e il fantasmatico, ma con precise funzioni evolutive. Questo oggetto svolge anche quella "funzione di ricordo" nella vita adulta con cui non smettiamo mai di confrontarci. In fondo non è su questa "promessa di trasformazione" che si fonda la ricerca di un oggetto d'amore (una persona, un evento, una ideologia)?

Ovviamente siamo lontani dal pensare di aver trovato quel concetto-ponte che possa unificare mondo fisiologico e mondo psicologico e, in ambito psicoanalitico, gli studi successivi. Non mi sembra che l'anello di congiunzione sia stato scoperto sostituendo, ad esempio, le pulsioni con gli affetti - "Sono gli affetti (e non le pulsioni) che guidano i desideri, i quali a loro volta guidano le azioni" (Sandler, 1989) - o le pulsioni con le relazioni: "Le pulsioni devono essere considerate fin dall'inizio come fenomeni relazionali e non come forze autoctone che premono per la scarica" (Loewald, 1972). In questo ginepraio dove gli autori si interpretano fra di loro e dove in fondo si auspica l'abbandono della teoria classica ma senza riuscire a soppiantarla, mi sembra puntuale l'osservazione di Donald Spence quando afferma:

La maggior parte di queste nuove scuole psicoanalitiche [Psicologia del Sé, Teoria delle Relazioni Oggettuali, Psicoanalisi relazionale], più strettamente legate alla situazione pratica e necessariamente di portata più limitata, ha sostanzialmente rinunciato all'obiettivo di Freud di sviluppare una teoria generale della mente. (Spence, 2023)

Il mondo scientifico in cui era cresciuto Freud era naturalmente quello della fisica newtoniana; si sa che venne ad esempio influenzato dal grande fisico Hermann Helmholtz e dal fisiologo Ernst Brucke, a proposito dei loro studi sulla fisiologia del dolore e del piacere, sul concetto di entropia e sul principio di costanza, purtuttavia non tentò mai di spiegare o di giustificare i processi psicologici primari in termini di pro-

cessi neurofisiologici. Oggi la Teoria delle Pulsioni viene vista come una “metapsicologia” obsoleta e ritenuta ormai superata; e certamente l’orientamento attuale della psicoanalisi va nella direzione di “depulsionalizzare” la nostra disciplina, desessualizzandola e riaccreditando il trauma reale anziché il conflitto intrapsichico. Ovviamente non si può non riconoscere che questa “rivoluzione silenziosa” (Ogden, 1992) abbia avuto un impatto estremamente importante sul paradigma psicoanalitico odierno. Come ben sappiamo, con la rinuncia a certe pretese di “verità” sull’inconscio del paziente, con il superamento del mito dell’“analista-specchio”, con la revisione di talune “idrauliche”, si è di fatto introdotto nella pratica clinica un nuovo e più coerente paradigma etico-deontologico. I concetti di transfert, controtransfert, interpretazione, resistenza, regressione cambiano considerevolmente se vengono intesi in un’ottica che concepisce l’analisi come un’interazione continua e reciproca tra analista e paziente, e analizzabile in una logica in cui osservatore e osservato si influenzano reciprocamente, piuttosto che in una logica terapeutica di tipo monopersonale dove è l’analista che analizza, interpreta, scava nell’inconscio, eccetera. Per dirla con Mauro Mancia: “La psicoanalisi di Freud resta un castello solido e straordinario, ma la sua lettura non deve essere coranica” (Mancia, 2008). Abbandonando cioè una epistemologia oggettivante/oggettivista cambia realmente la conduzione di un’analisi; ciò è sostenuto anche dalla pratica clinica nei contesti istituzionali e con pazienti gravi, dove il modello prevalente di cura mette al centro della “scena analitica” la figura dell’*analista-persona* e di *campo bipersonale*.

Il Freud scienziato aveva immaginato una psicoanalisi “priva di tendenze”, ma il Freud terapeuta si era reso ben presto conto che si dovevano legare assieme “bronzo e oro”. È interessante osservare che la celebre citazione venne fatta da Freud nella sua conferenza al V Congresso Internazionale di Psicoanalisi di Budapest nel 1918, a proposito della “quantità di frustrazione” necessaria al trattamento analitico. L’argomento era influenzato certamente dalla polemica con Ferenczi a proposito dell’*analisi attiva* ma anche dal fatto che in alcuni Paesi, come ad esempio in Ungheria, si incominciava a sentire il problema dell’estensione della terapia analitica alle

fasce di popolazione meno abbienti.

È possibile prevedere che un giorno o l'altro la coscienza della società si desti e rammenti che il povero ha diritto all'assistenza psicologica né più né meno come ha diritto già ora all'intervento chirurgico che gli salverà la vita [...] saranno allora create delle case di cura o degli ambulatori [...] dove questi trattamenti saranno gratuiti [...] dovremo allora affrontare il compito di adattare la nostra tecnica alle nuove condizioni che si saranno create [...] e l'applicazione su vasta scala della nostra terapia ci obbligherà a legare in larga misura l'oro puro dell'analisi con il bronzo della suggestione diretta. (Freud, 1918)

L'attualità di questo discorso è stupefacente! Ma come si traduce tutto ciò, oggi, nella pratica clinica? È evidente che ogni analisi è anche una psicoterapia e, anche se a fare una psicoterapia è un'analista, il paziente fa comunque un'esperienza analitica. Ma in un tempo così fortemente caratterizzato dal prevalere del sapere (supposto) scientifico, dalle necessità di evidenze oggettive e dal mito dell'efficacia e dall'efficienza della psicoterapia, una certa attenzione a ciò che ancora può dirsi analitico piuttosto che non è, secondo me, necessaria. E mi affretto a dirlo, non ne faccio una questione di numero di sedute, di lettini o poltrone, o se si analizza il transfert o se si fa sostegno. Non credo che sia, in buona sostanza, una questione di "aplomb psicoanalitico" ma in fondo neanche di setting esterno; forse possiamo trovare la sostanza psicoanalitica nella postura etica del terapeuta, nel suo setting interno e nel suo particolare *desiderio* di "essere un analista". Questi criteri però rischiano di non dire nulla o dire qualcosa solo agli adepti e solo a quelli di una particolare "confessione". Si è cercato di individuare in qualcosa di più scientifico un terreno comune che potesse essere accettato e riconosciuto da tutti gli analisti, e l'ipotesi che potesse essere la centralità del *transfert* è stata proposta con grande impegno da Wallerstein:

I nostri interventi clinici (a parte le differenze di stile e di linguaggio impregnati di teoria) riflettono un metodo condiviso, poggiano su una teoria clinica della difesa e dell'angoscia, del conflitto e del compromesso, del transfert e del controtransfert, e rimandano a dati osservativi comparabili, nonostante le nostre ampie differenze teoriche dichiarate. (Wallerstein, 1990)

Argomentativamente, però, me ne rendo conto, sono terreni scivolosi. C'è innanzitutto la questione dell'enorme soggettività del nostro mestiere, che non può essere ridotto a mera pratica professionale; c'è in gioco la formazione dello psicoanalista che non può basarsi solo su conoscenze teoriche o su tecniche apprese ma anche (e soprattutto) su capacità personali di contatto e di ascolto, di introspezione e consapevolezza; senza parlare di ciò che effettivamente si possa intendere per transfert o difesa, tale per cui occorrerebbe trovare un consenso unanime su questi concetti. Sul piano personale, ovvero spostando il terreno comune sulle caratteristiche dello psicoanalista, le cose non vanno meglio: possiamo solo dire che gli psicoanalisti sono dei *guaritori feriti*, le cui ferite sono state ben attenzionate, curate e sono sempre oggetto di continua manutenzione. Ma anche il "*Medice cura te ipsum!*" non sempre garantisce.

Concludo questa mia relazione, osservando che questa "babele delle lingue" (Spence, 2023) rischia anche di frammentare il sapere psicoanalitico e di disperderlo in tanti rivoli e rivoletti teorici, mettendo in questione anche l'identità degli analisti. L'*establishment* psicoanalitico, d'altra parte, ha la sua responsabilità rispetto a come ha presentato e accolto questo pluralismo: "Gli echi del carisma e dell'autorità di Freud sono stati trasmessi alle successive generazioni di analisti e continuano a farsi sentire. La situazione psicoanalitica rimane essenzialmente quella che le autorità costituite dicono che sia" (Greenberg, 2012). È ovvio che gli studi di Freud dovessero evolvere ed è naturale che ogni nuova scienza che nasce non è mai completa ma, anziché accogliere i nuovi contributi teorici, talvolta li si sono considerati "non conformi" (perché in contraddizione con i principi assiomatici della psicoanalisi) e si sono dichiarati "dissidenti" i loro autori. Costoro, forse anche per reazione all'autoritarismo del sistema, hanno fondato a loro volta delle scuole, portando al rango di nuove teorie della mente contributi certamente importanti e innovativi, ma fatalmente riferiti solo ad alcuni ambiti della psicoanalisi. Si è in tal modo perpetuato con quella pretesa di esaustività, tanto criticata in Freud, un modo di teorizzare dogmatico e riduzionista.

Il *mainstream* psicoanalitico internazionale sembra abbia preferito andare verso la scissione, piuttosto che verso l'inte-

grazione, radicalizzando concetti ed estremizzandone la reale portata clinica. Basti pensare alla ben nota regola classica che raccomanda allo psicoanalista l'assoluta *astinenza, anonimato e neutralità* o, al contrario, a concetti più recenti che invece suggeriscono con una certa disinvoltura l'impiego dell'*enactment* o della *self-disclosure*, per rendersi conto di trovarsi su scivolosi crinali teorici contrapposti, a metà strada, talvolta, fra l'umoristico e il drammatico. Ne è testimonianza il fatto che oggi si parla in modo semplicistico di "due psicoanalisi", una pulsionale e una relazionale, piuttosto che di analisi *classica* e analisi *romantica*, la prima che incarna l'orientamento di Freud e l'altra che incomincia a svilupparsi con le idee di Ferenczi (Spence, 2023).

L'assurdità di questo risultato è però rappresentata perfettamente da Pier Francesco Galli quando dice che:

Si è confusa l'ortodossia con l'adesione al dogma, e qualsiasi cambiamento nella dottrina è apparsa come una minaccia alla impalcatura di sostegno del sistema di sicurezza professionale, [infine] non sono mai esistite due tecniche psicoanalitiche ma due tipi di psicoanalisti. (Galli, 2020)

Ciò vale soprattutto oggi, mi sembra, dove la psicoanalisi si deve confrontare con una domanda per certi aspetti più complicata di un tempo. Quella (come appunto auspicava Freud) che viene portata ai Servizi, o quella che si rivolge al web, che non chiede certamente un'analisi anche se molto spesso però si rivolge a un'analista. È una domanda portata spesso da pazienti giovani-adulti che, dopo avere tentato con dei meccanismi di "auto-terapia fai da te", si decidono a chiedere un aiuto. Ma un aiuto particolare che non parte da sintomi (che tradizionalmente potevano portare il soggetto a produrre una domanda trattabile) ma da bisogni narcisistici che hanno nascosto situazioni depressive o di angoscia abbandonica. Si avvicinano alla terapia col desiderio di riguadagnare qualcosa, senza perdere nulla; la domanda di terapia è spesso basata su una fantasia captativa di un ennesimo oggetto da possedere per non correre il rischio di dipenderne.

E allora come non mischiare "oro e bronzo" se si vuole tentare di curare questo tipo di paziente? Sembra dunque che ci

si debba inventare una “clinica della modernità” se la psicoanalisi vuole accettare la sfida di questa inquietante *new age* del soggetto, dall’inconscio intrattabile.

Credo che il senso del mio discorso a questo punto si sia chiarito un po’, e spero che il titolo della mia relazione appaia, come è nella natura della relazione analitica, “in divenire”.

Il dott. Fabio Vanni è nato nel 1960, vive e lavora a Parma. È psicologo psicoterapeuta, direttore scientifico di Progetto Sum, è presidente della Rete per la Psicoterapia Sociale e professore a contratto di Psicologia Clinica dell'Infanzia e dell'Adolescenza all'UNIPR; è direttore di Ricerca Psicoanalitica, socio SIPRe e referente dell'Area Adolescenza di IFPS. È stato responsabile del Programma Adolescenti e Giovani dell'ASL di Parma dove ha lavorato per più di trent'anni.

Intervista a **Fabio Vanni**

Roberta Giampietri: Iniziamo con la nostra intervista. Queste interviste ci consentono di realizzare una sorta di ricerca, o quantomeno di confronto tra terapeuti che provengono da formazioni teoriche diverse. Capire quanto accomuna, quanto distanza. Quanto c'è che in qualche modo costituisce un substrato del nostro lavoro indipendentemente dalla teoria di riferimento e, a volte, dalla nostra stessa consapevolezza in merito. Per questo, le domande che proponiamo sono sostanzialmente le stesse a tutti, non domande chiuse ma aperte a tutti gli arricchimenti e gli ampliamenti del caso. Dunque, come sei arrivato alla scelta di questo mestiere?

Fabio Vanni: Grazie Roberta dell'opportunità di dialogo. È una bella domanda per partire. Ci sono arrivato con molta titubanza direi... perché mi domandavo, alla fine della mia adolescenza, se come io stavo, come ero stato, mi avrebbe consentito di fare questo mestiere, mi interrogavo sulla mia salute mentale, diciamo. Questo ha anche determinato la mia curiosità e l'interesse per la psicologia, la mente, eccetera; è quindi significativo che abbia mandato la raccomandata di iscrizione al corso di laurea in psicologia l'ultimo giorno utile... Quindi la titubanza era tanta, titubanza che per certi versi è svanita presto rispetto ai temi di studio, ma rispetto alla

pratica professionale mi ha accompagnato per un po' di anni, sicuramente per del tempo, magari da un certo punto in poi non più nella forma di idoneità/inidoneità ma come dubbio sulla qualità che riuscivo a mettere in campo o che sarei riuscito a esprimere magari in futuro. Fra l'altro c'è una cosa che credo valga la pena dire: siccome ho fatto un'analisi con un'analista didatta della scuola di psicoterapia che stavo frequentando, che era anche una mia docente, questa cosa è stata un vincolo per me, è stato un elemento di difesa, rispetto al portare certe cose nell'ambito dell'analisi, compresa quindi questa questione del "ma sarò in grado?".

Capisco, è plausibile porsi la domanda se l'analisi con un analista della propria scuola possa costituire un freno alla libertà di esprimersi.

Da una parte c'è il vantaggio che il tuo analista abbia un'impostazione simile a quella della tua scuola, però dall'altra il sovrapporsi di piani che riguardano anche il giudizio di te come studente e futuro analista si presta a chiusure difensive, a mantenere aree segrete. Diciamo che ci è voluto del tempo per considerare che anche le questioni che mi avevano disturbato, le sofferenze e le difficoltà, in qualche modo potevano diventare anche un aiuto a comprendere meglio alcune situazioni con i pazienti, perché sentivo che alcune cose non le avrei sentite così se non le avessi anche vissute sulla mia pelle. Poi indubbiamente il fatto di sentire che stavo meglio e che effettivamente il percorso che stavo facendo mi aiutava a stare in una condizione differente, pur se questo ha richiesto del tempo affinché si realizzasse davvero, è stato importante. Si andava costituendo dentro di me una credibilità, un'etica della possibilità che altrimenti non avrei sentito. Questo ha richiesto davvero tempo e lavoro su di sé, che è un elemento caratterizzante il nostro modo di operare, nel senso che non c'è una formazione e poi finisci di formarti, ma la formazione riguarda proprio, direi forse soprattutto, il tuo lavoro personale e anche relazionale di scambio con altri. Quindi sicuramente è stata una vocazione che ha radici fortemente personali. Poi certo sono stati importanti alcuni incontri, ho per esempio il ricordo di uno psicologo scolastico che ho incontrato una volta, o forse due, nella mia adolescenza, una roba minima, che

però mi ha fatto intravedere una strada interessante. Ricordo anche un docente, anzi un supplente, di materie letterarie che un giorno aveva fatto una lezione su Erich Fromm e mi era sembrato che toccasse temi molto interessanti per me. Come uno sguardo su un mondo nuovo.

Quindi hai sentito il tuo lavoro a livello vocazionale in relazione a te stesso prima di viverlo come una professione...

Sì ma le due cose non sono affatto in contraddizione; c'è questo aspetto personale, vocazionale, nel senso che nasce da un'esigenza profonda, ma c'è anche un modo di intendere il ruolo sociale del proprio essere cittadini che diventa una declinazione professionale della propria sensibilità, di un proprio modo di essere. Cioè, puoi essere persona nel mondo utilizzando quello che hai come sensibilità. Chiaramente poi impari, studi, aggiungi tutta una serie di altre cose a questo.

A questo proposito, io prima di conoscere il Ruolo avevo fatto un'altra scuola con una formazione freudiana più classica, non relazionale. Al Ruolo, Erba diceva che i nostri pazienti sono più bravi di noi perché scelgono direttamente di fare una terapia, mentre noi scegliamo prima di fare i terapeuti. Questa affermazione mi aveva colpito perché al momento ero ancora dentro questa sorta di negazione, allora a un certo punto ho alzato la mano e ho detto: "Ma allora se si guarisce, si smette?". Anche per me ci è voluto del tempo per capire quanto la nostra condizione iniziale di difficoltà, di sofferenza, possa diventare una risorsa nella relazione col paziente, anche perché il nostro lavoro ci obbliga alla formazione personale continua.

Molto bello, hai fatto quella domanda apparentemente così ingenua! Mi vengono in mente due persone: una, Michele Minnoli, che è stato un personaggio importate per me e l'altra, Silvano Rosani, un collega di Parma che mi è stato molto caro. Silvano ha fatto una battuta analoga alla tua - "fare gli psicoterapeuti è la nostra difesa" - che mi aveva molto colpito anni fa. Invece Michele, in una situazione in cui io avevo espresso delle difficoltà personali mi suggerì questa cosa: "Ma guarda che in fondo si può anche provare a fare delle proprie questioni un elemento di sensibilità". Mi ricordo di avergli portato un mio senso di colpa (lavoravo già, ero all'inizio della pro-

fessione), gli avevo detto qualcosa in supervisione sul fatto che sentivo che un paziente mi era “personalmente utile”, e lui mi aveva detto: “E dov’è il problema?”.

C’è mai stato nella tua carriera un momento in cui hai pensato di cambiare mestiere?

Ecco questo francamente no, posso aver pensato: “Faccio fatica, sarò in grado?”, ma non mi è mai capitato di desiderare un altro mestiere e non seriamente di prenderlo in considerazione, poi certo il mestiere cambia nel tempo. Da un po’ di anni ho cominciato a investire anche sugli aspetti organizzativi e anche questa parte è diventata per me interessante. Ho cominciato a gestire gruppi di lavoro, eccetera. Io le vedo come cose abbastanza connesse anche se non sono strettamente cliniche, anzi tengo molto al fatto che ci sia anche quella parte ma no, non credo di aver mai pensato di cambiare mestiere, solo constatato e accompagnato un suo evolversi.

Nel tempo si sono modificati il tuo modo di lavorare nella stanza d’analisi e il modo di concepire il tuo lavoro? Se sì, come?

Sì, certo. Io avevo fatto una scuola di psicoterapia individuale sull’adulto e mi son trovato a lavorare a Parma con bambini e adolescenti. Ho cercato di evitare di lavorare con bambini perché li sentivo davvero distantissimi dalla mia competenza e ci sono riuscito solo in parte, però poi il lavoro con gli adolescenti ha fatto nascere un grande interesse in me per l’adolescenza. Con i miei primi pazienti all’inizio io però impostavo il lavoro come se fossero adulti e la cosa buffa è che un giorno (eravamo in un Centro dell’ASL a Parma, il Centro di Psicoterapia, che era fatto di due appartamenti, quindi tu potevi entrare da due porte) noi eravamo in un ufficio e un paziente, fai conto al secondo colloquio, andò nell’altro appartamento e non ci incontrammo. Allora la mia responsabile mi disse: “Pensiamoci un attimo a questa cosa, tu non l’hai incontrato!”. Ovviamente alludeva a un non incontro anche simbolico fra una certa psicoanalisi “adultocentrica” e l’adolescenza. Forse questo è stato un punto di partenza, nel senso che in seguito quello che è cambiato molto nel mio lavoro è stato il “mettersi in gioco”, l’imparare dall’esperienza degli incontri che si fan-

no, confrontarsi, studiare. Il fatto di poter, sì certo, utilizzare le cose che uno sa, però anche di essere molto più sciolti sul piano interpersonale e di arrivare a volte anche a divertirsi con cose un po' complicate. La clinica dell'adolescenza, come forse quella infantile, ti insegna molto anche questo ed è certamente una cosa che io vent'anni fa avrei trovato molto difficile assecondare. Sicuramente, quindi, c'è stato l'allargamento dell'interesse dal duale al sovra-duale, perché mi è sembrato sempre più importante approfondire il lavoro con gli adolescenti e allargarlo alle relazioni familiari. Questo è diventato un tema di riflessione teorica molto importante per me. Negli ultimi anni poi ho sentito il desiderio di occuparmi di contesti organizzativi, di gruppi, di organizzazioni. Lavorare in organizzazioni "altre" come consulente, su come viene pensato il proprio lavoro... questa è una cosa molto interessante per me. Ecco, oggi sento questo aspetto sfidante ma possibile e interessante. Mi sembra anche di poter portare qualche contributo alle persone che me lo chiedono, ed è una cosa che anche solo dieci anni fa avrei sentito difficile, quindi l'evoluzione è stata molto significativa anche rispetto alla tipologia dei miei interessi. Tornando al discorso sui bambini, per esempio, che io sentivo all'inizio come "troppo", mi è capitato invece anche in questo ambito di sperimentare esperienze interessanti. Oggi vedo anche adolescenti "piccoli", cioè di undici/dodici anni e per me questo è diventato particolarmente importante.

Libri che hanno contribuito in qualche modo di più alla tua formazione?

Io sono stato un pessimo studente di scuola secondaria di secondo grado, poi sono stato un ottimo studente universitario nel senso che mi è piaciuto, ho studiato, ho avuto ottimi risultati. Così anche quando sono entrato nella specializzazione in psicoterapia. Poi nei primi tempi del lavoro ho avuto molto bisogno di "fare", magari anche di riflettere sul fare, ma pochissimo di leggere, che invece è un desiderio che avevo durante l'università e che poi è ripreso dopo: da a un certo punto in poi ho avuto bisogno di approfondire e non leggevo tanto libri ma piuttosto articoli, cercavo cose più circoscritte, più specifiche insomma. Poi ho ripreso a leggere anche libri e

tutt'ora leggo moltissimo un po' entrambe le cose, moltissimo di area inerente alla nostra attività, non leggo narrativa, leggo soltanto saggistica, di vari ambiti disciplinari anche contigui alla psicologia. Se devo indicare due libri significativi che mi vengono in mente, uno è *I nuovi adolescenti* di Charmet e l'altro è *Essere e divenire* di Minolli. Sono libri che ho letto durante e dopo rispetto alla conoscenza personale dei due autori e con questi libri ho sistematizzato, approfondito, cose che coglievo nell'esperienza diretta con loro.

Questo risponde già alla prossima domanda: quali sono i colleghi in carne e ossa che hanno caratterizzato la tua esperienza formativa?

Ho conosciuto Minolli a 23 anni, è morto tre anni fa e ci siamo sempre frequentati. È stato mio supervisore, docente, insomma tante cose all'interno della SIPRe. Il libro *Essere e divenire*, del 2015, è come se fosse il compimento di un percorso che veniva da lontano. Minolli per me è stato un personaggio molto importante. Lo è diventato anche Charmet, quando ho deciso di approfondire di più il tema dell'adolescenza. La scuola che avevo fatto (SIPRe) mi aveva dato tanto sulla parte storico-critica della psicoanalisi, tanto circa l'approfondire criticamente il pensiero freudiano e mi aveva anche fatto capire molto bene il valore della conoscenza, dell'approfondimento, dell'analisi dettagliata. Nella scuola ci sono stati docenti che trattavano la teoria e la tecnica in un modo che mi aveva fatto riprendere l'interesse per un certo livello di riflessione e mi hanno dato un inquadramento teorico molto utile, che tutt'ora sento come mio per tantissimi aspetti. Però laddove andavi sul lavoro specifico in alcuni ambiti - per esempio la famiglia, l'adolescente stesso, il bambino, il gruppo - è come se questo lavoro fosse ancora molto da fare in quegli anni, quindi io a un certo punto, quando mi sono occupato di adolescenti, ho avuto bisogno di conoscere cosa si sapeva altrove su questo e mi è sembrato molto evidente che il gruppo di Charmet, il Minotauro, aveva chiavi di lettura molto più moderne e interessanti. Quindi ho avuto una frequentazione con questo gruppo, che poi è diventata un'amicizia con molti di loro. Quindi metterei queste due persone tra quelle più interessanti per me. Un'altra persona interessante, per certi aspetti anche un

maestro, è stato Sergio Manghi (un sociologo qui di Parma), con cui ho potuto confrontarmi su prospettive che non conoscevo, che mi hanno dato un'apertura su altri temi.

C'è qualcosa che riconosci come tuo contributo personale alla psicoterapia, qualcosa di originale tuo?

Direi due cose. Una è un tentativo, che non è stato personale ma frutto di un lavoro collettivo, che certamente io però ho perseguito in prima persona, di messa a fuoco di una clinica dell'adolescenza all'interno di un pensiero psicoanalitico-relazionale. In particolare, l'approfondimento del tema della consultazione. Su questo effettivamente ho pensato e scritto. È un mio contributo personale che ritengo di qualche originalità perché è sicuramente una sintesi/evoluzione del pensiero di Charmet, Novelletto e altri autori, ma con miei contributi e reinquadramenti. L'altra cosa, che è in divenire, a cui sento di dare un mio contributo personale, è quest'idea della psicoterapia sociale, di una declinazione fraterna della cura che ha a che fare con l'interumano. Questa parte è in via di sviluppo ed è un po' un mio interesse di questi ultimi anni; questo più che un contributo è una direzione di ricerca e sviluppo.

Puoi dirci qualcosa di più su questo argomento che è di particolare interesse anche per noi?

Volentieri. Direi che questa prospettiva, che sento come una terza via, nasce dalla constatazione, da una parte, di un'insufficienza culturale, molto più che economica, del Servizio Sanitario, e dall'altra, di una fallacia etica del professionalismo profit. Provo a spiegarmi meglio: il mondo della cura sanitaria ha come oggetto di lavoro che storicamente lo definisce il "biocorpo". Certo, ci sono prospettive, in particolare nella salute mentale ma anche nel mondo consultoriale e in altri ambiti, che provano a introdurre altre logiche e mi auguro naturalmente che abbiano sempre più successo - mi riferisco a prospettive teoriche e d'intervento che mettono al centro i soggetti, o le persone, come si dice nel settore, e le loro relazioni - ma credo che non sia semplice che l'oggetto formale sul quale si costituisce l'identità di un'istituzione cambi. Di fatto la forza attrattiva dell'oggetto "storico" della salute trascina

con sé anche una gran parte di queste lodevoli varianti. Credo che a volte ci sia bisogno di rotture, di introdurre discontinuità, per poi magari dopo trovare nuove forme coordinate e continue. È quello che abbiamo fatto, e che ho fatto anche personalmente dimettendomi dal SSN. Il polo professionale profit mi è sempre sembrato che fosse posto/si ponesse fuori dal sistema di salute, come se fosse possibile “fare salute” senza essere attori sociali, senza una responsabilità sociale. Questo è ovviamente frutto di una visione capitalistica e di un’organizzazione sociale coerente con essa che mi pare venga data acriticamente per scontata e che abbia costituito un mito professionale per molti. Un mito che da un po’ di tempo sta cambiando, anche per la psicoterapia, ma non solo. Ho letto recentemente di iniziative ispirate all’accessibilità da parte degli odontoiatri, e fuori dal mondo della cura vi sono categorie, pensiamo agli avvocati o ai commercialisti, che da tempo praticano forme accessibili/sostenibili di pratica professionale, magari aggregata. Da tempo molti giovani psicologi preferiscono lavorare in forme aggregate e spesso anche colleghi più anziani sono attenti a fornire prestazioni anche a chi non può permetterselo. Di fatto questa realtà ha portato a una situazione di vuoto al centro. Il SSN tende sempre più a fornire forme di cura coerenti con i suoi presupposti storici e quindi a trattare la psicoterapia, gli interventi sul contesto, la promozione della salute, come optional che si fanno se e quando si riesce, cioè quasi mai. Dall’altra, l’offerta profit è ingente ma pressoché inaccessibile per ragioni economiche, ma non solo - anche per una distanza culturale che permane fra certi tipi di domanda di cura e le risposte che vengono praticate nel privato profit. In mezzo il nulla, ovvero se non stai né di qua né di là cadi giù nel burrone della non cura. Allora questo mi pareva - qualche anno fa, quando ho preso atto di questo scenario anche dall’interno del SSN - che potesse produrre una terza via, che è quello che ho cercato di sviluppare da quattro anni a questa parte, devo dire non certo da solo ma in ottima e crescente compagnia. Si tratta di una forma della cura psicologica che metta al centro i soggetti relazionali, che sia tendenzialmente universalistica, sostenibile sia per i destinatari che per gli operatori, molto connessa con i territori ove si svolge. Ab-

biamo quindi fondato Progetto Sum (www.progettosum.org) che è un ente del terzo settore perché questa logica è del tutto coerente con lo spirito e la normativa sul TS. Progetto Sum è nato subito a Parma con una piccola appendice a Reggio Emilia, ma presto si sono sviluppate altre sedi come Torino, Cuneo, Pavia, Fidenza-Salsomaggiore che sono quasi tutte oggi soggetti sociali locali di un certo rilievo. Oltre alla clinica così impostata, abbiamo poi sviluppato progetti sia formativi sia culturali in linea con i presupposti etici e culturali che ci hanno ispirato. Mi sono accorto presto però che non eravamo soli. Sapevo già di un paio di esperienze che mi avevano anzi ispirato, ma ho scoperto che ne esistevano decine di altre che si rifacevano a presupposti simili. Abbiamo quindi costruito in questi ultimi due anni una rete che è poi diventata un'organizzazione di associazioni, Rete per la Psicoterapia Sociale (www.retepsicoterapiasociale.it) della quale anche Il Ruolo Terapeutico di Parma fa parte, come sai.

Grazie per queste informazioni importanti. Procedendo con le mie domande: secondo te vale ancora la distinzione tra psicoanalisi e psicoterapia?

Su questo ho da tempo un'idea abbastanza precisa. Per me la psicoanalisi è fondamentalmente un insieme di modelli, un'impostazione, un filone teorico, un taglio interpretativo sull'essere umano e questo secondo me è stato il suo grande, vero, contributo culturale che è stato digerito, elaborato, fatto proprio dalla cultura del '900 in tanti modi e assimilato anche dalla cultura psicoterapeutica, ovviamente, e per fortuna... no? Alcuni concetti sono diventati di dominio comune anche fuori dal nostro mondo, ed è stato molto importante. Naturalmente da questo taglio teorico deriva un versante applicativo che per molto tempo ha costituito l'identità della psicoanalisi al posto della teoria. La psicoanalisi, si diceva, è quella cosa che si fa con il lettino, le quattro sedute settimanali, eccetera. Il resto, che pure deriva da quel pensiero, è "solo" psicoterapia psicoanalitica. Ho sempre sentito questa distinzione come un qualcosa che la psicoanalisi faceva più per ragioni di marketing e di elitarietà che non di fondamento scientifico, mi è sembrato che non avesse molto senso e che chi lo asseriva in

realtà lo faceva per altre ragioni. Ridurre un approccio alla sua declinazione tecnica è come ridurre la chirurgia all'uso del bisturi. Tra l'altro su questa cosa alcuni scritti di Paolo Mignonone mi paiono da intendersi come definitivi. Anche lui ritiene, e ne ha scritto in modo molto chiaro, che le ragioni di questa distinzione non siano fondate su basi scientifiche. Quindi io non penso proprio che sia utile fare questa distinzione, nel senso che la psicoanalisi per me è un pensiero, un insieme di pensieri, un contenitore che tra l'altro più si mischia e più si contamina col resto meglio è! Ne segue una declinazione operativa psicoterapeutica che ovviamente non è uguale alle altre, ha le sue specificità, ma non vedo la necessità di farne un empireo. Io mi definisco psicoterapeuta ma anche psicoanalista se questo aiuta a rompere questo snobismo.

Secondo te qual è il fattore essenziale di efficacia della psicoterapia?

Anche su questo ormai ci sono tantissime ricerche che dicono cose interessanti, direi decisive. È sicuramente qualcosa che ha a che fare con lo stare insieme a qualcun altro e condividere con qualcun altro le proprie parti. Il fatto che questo diventi un elemento processuale, non occasionale ma un metodo, un approccio che tu acquisisci rispetto a come tratti il tuo mondo, mi pare un obiettivo condiviso della psicoterapia. Un concetto che io uso e che ho proposto tempo fa è il concetto di "apprendimento di sé", cioè l'idea che *imparo di me*, non tanto dell'oggetto. E questo è un taglio che deriva dall'idea di essere umano, di soggetto che ognuno di noi ha. Se ne hai un'altra pensi più importanti altre cose. Un contributo importante di Minollì è stato quello di *Presenza a se stessi* come obiettivo terapeutico e devo dire che man mano mi sono trovato a essere sempre più d'accordo con questa impostazione che va oltre il contenuto e riguarda il come stare con sé. Qui vedo ampie connessioni con la mindfulness, con la meditazione, eccetera. Questo mi sembra un po' quello che mi guida, anche pensandolo in termini sovraindividuali, pensando a un incontro di due sistemi, un sistema clinico e un sistema familiare, di solito: l'idea, in situazioni di una certa complessità, è di favorire questo tipo di obiettivo di presenza e apprendimento di sé nel processo,

quindi, non solo nel lavoro duale ma anche dei tanti che sono implicati nel percorso. Mi sembra una cosa che quando si riesce a fare davvero, a tenere, quando funziona, produce una qualità molto importante. Questi concetti li ho ritrovati anche in quello che ho letto del Ruolo.

Già, condivido. Ritieni che esista uno scarto tra prassi e teoria in psicoanalisi?

Se parliamo di psicoanalisi nel senso che dicevo prima, elitario, allora sì, certamente, ma questo è un problema di chi è portatore di quella visione. A me sembra che quel tipo di psicoanalisi sia destinata a testimonianza storica, mentre credo che il mondo psicoanalitico in senso più generale abbia fatto un grosso lavoro di riduzione di questo scarto. Per esempio, tutto il tentativo di lavorare con persone e con problemi che non sono certo quelli di cui la psicoanalisi si occupava in origine, mi pare che abbia prodotto molto, sia in termini teorici che clinici. Per molto tempo sappiamo anche che questi tentativi nella storia della psicoanalisi sono stati considerati di serie B, cioè la psicoterapia rispetto all'oro puro. A me oggi pare il contrario, mi sembra di leggere importanti contributi rispetto a forme abbastanza lontane dal duale analitico. Ma c'è un elemento che mi colpisce sempre molto, quando si legge di psicoterapia c'è un implicito che fa sempre riferimento al duale, hai voglia di dire: "Guarda che la psicoterapia si fa in mille modi!". A me sembra, ipotizzo, che derivi da un implicito duale dello sviluppo, come se lo sviluppo del bambino fosse fundamentalmente duale, poi si inserisce il terzo, eccetera. Questa è un'idea molto discutibile, secondo me, e lo è sia sul piano dello sviluppo psicologico sia sul piano terapeutico, perché il duale non è che uno dei modi di lavorare, con sue specificità, ma non è che la serie A e il resto è di serie B. Anche sul piano psicoevolutivo si può pensare, più proficuamente, che il soggetto nasca e si sviluppi in una relazionalità ben più ampia del duale classico madre-bambino, ma non voglio dilungarmi... però se la si vede così allora le forme dell'intervento psicologico sono logicamente e più facilmente ispirate a questa differente configurazione relazionale.

Che rapporto c'è, se c'è secondo te, tra la tua concezione della terapia e la tua concezione esistenziale?

Questo è molto interessante. Io penso sempre di più che un'idea dell'essere umano tu la puoi declinare, certo, nel lavoro di cura, ma si declina anche nell'ambito educativo, nelle forme di presenza sociale, eccetera. Non vedo perché debba riguardare solo l'ambito terapeutico. In realtà io la esprimo anche nelle mie relazioni familiari, nelle mie relazioni amicali... penso che queste cose siano completamente integrate. Se rifletto su com'è stato il lavoro di accompagnamento della crescita dei miei figli, non tanto forse per una teorizzazione che poi è diventata pratica, ma proprio per quello che in fondo mi veniva di fare nel rapporto con loro man mano che c'erano questioni e criticità, mi sembra che sia del tutto coerente con quello che faccio in altri ambiti, con quello che dico quando parlo con gli insegnanti o quando parlo in ambiti educativi e ovviamente nella pratica terapeutica. Questo fra l'altro per me è abbastanza interessante, è come se io potessi attingere anche dalla mia esperienza diretta in altri ambiti, poi per carità io ho tre figli e ho una casistica molto ristretta per fare una generalizzazione, però indubbiamente alcune cose me le hanno insegnate loro, i loro amici, le ho viste e vissute in un contesto personale che ha fatto da spunto per riflessioni più ampie. Tieni conto che la visione dell'adolescenza come un periodo drammatico fa parte quasi dell'ovvietà. Io devo dire che ho avuto tre figli con adolescenze molto tranquille, dove l'aspetto di scoperta, di crescita di capacità, di ambiti, di orizzonti è stata una cosa molto bella e questo mi dà modo di dire una cosa di cui sono convinto teoricamente ma anche per averlo sperimentato con loro e con altre persone: che si può vivere l'adolescenza come una situazione che è tutt'altro che guerra e conflitto. Per esempio, sul tema delle regole, io e mia moglie abbiamo condiviso l'idea che non ci fosse il bisogno, la necessità di mettere dei limiti preventivamente, non abbiamo mai avuto una visione preventivamente preoccupata; per lo meno quando c'era ce la siamo abbastanza tenuta per noi, piuttosto abbiamo dato credito e la cosa ha funzionato.

Ed è tanto perché la fiducia di fondo sulle possibilità dell'altro sostiene e accompagna la nostra vita professionale; è molto difficile ac-

compagnare se non dai credito o non hai fiducia nelle possibilità di chi incontri. Questo si collega molto secondo me - o almeno è una mia convinzione, è qualcosa su cui ho riflettuto molto nel corso del mio lavoro - alla questione della diagnosi, a cui credo sia necessario stare molto attenti, perché la diagnosi credo che tenda a chiudere anziché aprire alle possibilità, e non ci aiuta a fare un accompagnamento in fiducia, a mantenere viva l'idea che se una persona si mette in gioco, nel modo in cui può e riesce a farlo, qualcosa si può fare sempre.

Questo è molto interessante anche per me, anche se io trovo che la diagnosi sia inevitabile, farti un'idea di chi hai davanti è una cosa un po' inevitabile.

Io sono partita da una formazione fortemente diagnostica, il titolo che rilasciava la mia prima scuola di psicoterapia era specificamente di "psicoterapeuta psicodiagnosta", e ai tempi ho lavorato molto sulle diagnosi differenziali. A un certo punto ho cominciato a chiedermi cosa in realtà ne facessi e mi sono resa conto che in me la diagnosi funzionava più come una difesa di distanziamento dal paziente, che non come una possibilità di avvicinarmi in maniera più fiduciosa e curiosa alla sua persona. Secondo me categorizzare ci rassicura, serve al terapeuta, mentre occorre assumere il rischio di stare nel "non sapere".

Sono d'accordo. Per questo dicevo che da una parte quando mi trovo davanti qualcuno - che sia una singola persona o che sia una coppia o una famiglia - è inevitabile farsi un'idea, però coglievo questo dal tuo ragionamento: che la diagnosi ti indirizza. Fra l'altro spesso rischia di sottolineare soprattutto gli aspetti critici anziché dare credito alle possibilità... e poi scopri che le persone fanno cose che non ti saresti mai aspettato. È necessario un elemento di insaturità dell'approccio, il pensare che ho una prospettiva sulle cose ma la mia prospettiva non è la verità, è una possibilità. Avere l'idea della nostra professione come proposta, non affermativa... dobbiamo tenerlo ben presente perché si fa presto a essere talmente tanto convinti delle cose da darle come certe.

A questo proposito Erba diceva che la sola cosa che si può diagnosticare, a cui si dovrebbe prestare molta attenzione, è diagnosticare se stessi, anche in relazione a quello che ci porta l'altro, per cogliere come ci fa sentire, come ci fa stare, a che tipo di relazione ci invita.

Questo mi porta alla prossima domanda: qual è secondo te, se c'è, un rapporto tra l'etica e la psicoanalisi?

Assolutamente sì! Guarda, una parola che io fino a non molti anni fa non usavo mai e che adesso uso moltissimo è la parola *rispetto*. Ho imparato a sentirla come una parola molto rilevante: mi aiuta a mantenere una forma di cautela, di poca enfasi e poca assolutizzazione delle questioni che vengono poste. Per me è chiaro che nel nostro lavoro occorre tenere presente che tutto ciò che è umano merita prima di tutto rispetto, tutto, qualsiasi pensiero, azione, può essere visto e trattato come un elemento degno di esistere. E questo riguarda qualsiasi contenuto, anche quello psicotico, che non è da ridurre o eliminare come invece accade da parte di molti approcci terapeutici, e in particolare da parte di quelli biomedici che hanno poco approfondito il soggetto come costruito teorico centrale. Tornando al rispetto, quindi, io non ho l'obiettivo di cambiarti ma ho l'obiettivo di farti entrare in contatto con quello che tu sei. Questo è un taglio etico anche perché non c'è una parte che non va bene, che buttiamo via e cerchiamo di sviluppare quella che va bene... no? Esisterà anche una psicoterapia che fa questo ma non è quello che io ho in mente. Questo per me significa dare una dignità tutt'altro che narcisistica, anzi molto concreta, molto posata mi viene da dire, all'essere umano, che ispira sia il discorso terapeutico ma anche il discorso educativo, ispira il discorso della cittadinanza e dello stare insieme. È un elemento molto rilevante, anche questa è una cosa che per esempio io ho capito abbastanza avanti nel mio percorso... Alcune cose nel tempo si precisano e si chiariscono di più.

E quanto questo sia, per tornare alla domanda di prima, legato all'idea di persona che si ha, ma anche all'idea di persona che si pensa di essere o che si vorrebbe essere, quindi alla propria etica personale.

E in che modo mi metto in relazione con te. Sì, condivido.

Qual è per te il futuro della psicoanalisi, se c'è?

Intanto da una parte io vedo un interesse, un piacere del confronto, della contaminazione dei pensieri, dall'altra non vuol dire che tutti i gatti sono grigi. Credo che allora sareb-

be importante arrivare a mettere a fuoco alcuni elementi di qualità come quelli che ci stiamo dicendo. A me non interessa definirli come psicoanalisi o altro, ma che facciano parte di un mondo, di un modo di lavorare con le persone, di qualità. Elementi che in parte vengono, ma non del tutto, dal mondo psicoanalitico. Penso che la psicoanalisi abbia avuto un ruolo, abbia contaminato, tutt'ora penso che abbia delle cose da dire ma ben venga se si contamina a sua volta.

Quando dici che non tutti i gatti sono grigi riesci a entrare un po' di più nel significato di questo? Cosa vedi tu intorno a noi?

Beh... anche nel mondo psicoanalitico ci possono essere dei modi di pensare l'essere umano non molto rispettosi, e questo mi sembra un elemento critico, diciamo così. Penso ad esempio a un'idea di sviluppo molto normativo, che la scuola utilizza a piene mani, ma non solo la scuola, anche il nostro mondo clinico e questa è un'idea pericolosa secondo me. In fondo i modelli psicoanalitici classici erano stadiali e normativi. Non è detto che la psicoanalisi sia un'avanguardia in questo, anzi ci sono alcuni pensieri psicoanalitici che vanno proprio in questa direzione, magari altri filoni invece sono più avanti.

A questo proposito, ti sembra che la concezione che si ha rispetto al sintomo sia un elemento discriminante in questo senso? Rispetto ai gatti grigi e non grigi.

Purtroppo non sono così sicuro che tutto il mondo psicoanalitico abbia una posizione univoca, anche se probabilmente gran parte forse sì. Credo anche io che sia uno degli elementi, non l'unico, ma sicuramente uno degli elementi che potrebbe indicare una differenza di prospettiva perché alla fine è una cosa che deriva da un'idea di soggetto. Credo che si possa trattare il sintomo rispettosamente, onorandolo, come scrive Gabriella Ripa di Meana in un suo libro, ovvero come espressivo di un compromesso che il soggetto riesce a produrre, piuttosto che un elemento di disturbo che va eliminato. La psicoanalisi ha prodotto molti pensieri importanti in questa direzione fin dalle sue origini: il concetto di inconscio, ma anche ciò che molti hanno scritto sulla dissociazione, anche di recente, eccetera. Pensare che un soggetto possa produrre atti

o esperienze che non sono coerenti fra loro e/o con l'idea che egli ha di sé e che questo può costituire un linguaggio che ci sollecita al contatto con noi stessi è uno dei portati più importanti della cultura psicoanalitica. Su questo aggiungerei che qualche anno fa la rivista *Ricerca psicoanalitica*, che dirigo, ha pubblicato un numero in cui abbiamo chiesto a esponenti di diversi orientamenti teorici la loro visione sul sintomo e sono rimasto positivamente colpito perché due autrici di area comportamentista hanno proposto un'idea di lavoro con il sintomo non così distante da quella psicodinamica. Questo è secondo me un evento positivo perché a volte noi abbiamo una rappresentazione delle aree culturali che non frequentiamo come se fossero ferme nel tempo, invece non è così per fortuna; ecco in questo senso dico che la psicoanalisi e altri pensieri hanno un po' contaminato tutti, perché alcune cose che queste persone hanno scritto non sarebbero state possibili senza una contaminazione anche con teorie di area sistemica o psicodinamica. Questa cosa che stiamo dicendo secondo me introduce un approccio alle persone, alla cura delle persone, che è veramente molto diverso da quello prevalente in area medico-psichiatrica; quindi anche in quel senso dico "non tutti i gatti sono grigi", cioè dobbiamo fare delle distinzioni quando queste distinzioni ci sono, ad esempio noi siamo portatori di una visione culturalmente differente per aspetti importanti. M'interessa molto meno invece la distinzione fra le parrocchie. Nel mondo sanitario la cultura prevalente non è quella che stiamo perseguendo, può essere più o meno tollerata, però attenzione perché la logica che viene seguita non è quella, come dicevo poc'anzi.

A questo proposito, la tua concezione del lavoro terapeutico prevede che si facciano entrare nella stanza gli aspetti filosofico esistenziali dell'uomo? Cosa ne pensi? E cosa suggeriresti ai colleghi che si apprestano a iniziare questo mestiere?

Per quanto riguarda la prima parte della tua domanda mi pare di aver già detto molto sull'esigenza di considerare i molti saperi che ci illuminano sull'essere umano, non per farne una giustapposizione ma per cercare di farne un pensiero coerente ed efficace nella sua traduzione operativa. Per i gio-

vani colleghi, non ne abbiamo molto parlato ma questa parte di trasmissione - reciproca - di saperi e di scambio di esperienze con colleghi più giovani è stata ed è per me molto importante negli ultimi venticinque anni. Forse il suggerimento che darei è di tener conto di sé, di ascoltarsi, ma anche di sviluppare dialoghi, di stare in gruppi dove si trovano stimoli interessanti. Fare, pensare, confrontarsi, sono parte di una circolarità feconda che pian piano dà risultati.

Ti ringrazio della disponibilità, è stato interessante. Ci possiamo fermare qui.

**[death.nity]:
riflessioni sulla
morte nella
postmodernità**

Hic mors gaudet succurrere vitae

Spinoza (1632-1677), esponente del Razionalismo che nel Seicento si andava affermando come precursore dell'Illuminismo, pensiero filosofico egemone nel secolo successivo, si sofferma sulla necessità di riflettere e meditare sulla vita, sul suo fluire e sulla consapevolezza dell'essere dell'Uomo: "L'uomo libero non pensa a niente meno che alla morte e la sua saggezza è meditazione, non della morte, ma della vita" (Spinoza, 1677).

Quasi tre secoli dopo, Gadamer (1900-2002), allievo di Heidegger, si muove sul terreno dell'ermeneutica e affronta il tema della morte con gli strumenti della fenomenologia nella consapevolezza della sua ineludibilità: "È comprensibile che chi vive non accetti la morte, tuttavia non deve eluderla ma affrontarla: noi siamo viandanti sul confine tra l'aldilà e l'aldilà" (Gadamer, 1994).

Entrambe le posizioni esprimono una condizione irriducibile legata alla condizione umana: da una parte la sua scotomizzazione epicurea, dall'altra la necessità di tenerla dentro un processo che, tutto insieme, dal suo inizio al suo compimento si chiama vita. Sia la vita - la sua nascita, la sua apparizione sulla Terra - sia la morte costituiscono dilemmi misteriosi indagati di volta in volta con gli strumenti positivi

della scienza, o con le profonde e molteplici possibilità delle congetture filosofiche. E, sia che si parta da Spinoza sia che si parta da Gadamer, trattare il tema del morire appare sempre sconveniente, e parlarne può arrecare non poco fastidio a molti e magari sollecitare gesti scaramantici e apotropai in molti altri.

Ma il territorio di confine tra vita e morte è ricco di contraddizioni. Per esempio, la scotomizzazione della morte fa sì che da un lato nelle nostre città le case ubicate nei pressi dei cimiteri, anche in zone centrali, come ad esempio il Verano a Roma, valgano la metà, a parità di caratteristiche, rispetto a quelle ubicate in altri quartieri; da un altro lato la morte è ben presente nei *social media* visto che molti profili appartengono a persone che ormai non esistono più. Si stima che muoiano circa 33.000 utenti di Facebook al giorno, lasciando i loro profili attivi e, fra qualche decennio, Facebook sarà il più grande cimitero del mondo con, si calcola, 50 milioni di profili appartenuti a persone che non ci saranno più. Non solo, ma la piattaforma invia annunci automatici che ricordano il compleanno o qualche altra ricorrenza di un utente morto, invitando a fargli gli auguri o a congratularsi per l'anniversario di un evento. Per cui Meta, società proprietaria di Facebook, ha previsto una sorta di testamento chiedendo agli utenti che lo vogliono di indicare un gestore del proprio profilo dopo la loro morte. Ma c'è un momento giusto che non turbi gli animi, non impaurisca le coscienze, non disturbi lo scorrere frenetico delle nostre esistenze per riflettere non solo sulla morte ma anche sui cambiamenti che da oltre mezzo secolo, lentamente e inesorabilmente, interessano il tempo ultimo della nostra vita? E se non ci soffermassimo sulla riflessione non sarebbe proprio ciò che facciamo sempre: evitare di pensarci e di parlarne, rimuovendo costantemente l'accadimento del morire, come se la cosa non ci riguardasse?

Freud nel 1915, nel pieno del primo conflitto mondiale, scriveva una riflessione che è sempre vera in qualunque epoca storica, allora come ora attuale in tempi di guerre (dall'Ucraina alla Palestina, dalla Siria alle guerre ormai dimenticate dai *media* come l'Afghanistan, l'Etiopia, quella tra Pakistan e India):

A sentir noi, eravamo naturalmente pronti a sostenere che la morte costituisce l'esito necessario di ogni forma di vita, che ognuno di noi ha verso la natura questo debito e deve essere preparato a saldarlo, e che dunque la morte è un fatto naturale, incontestabile, inevitabile. In realtà però eravamo abituati a comportarci in tutt'altro modo. C'era in noi l'inequivocabile tendenza a scartare la morte, a eliminarla dalla vita. Abbiamo cercato di mettere a tacere il pensiero della morte. (Freud, 1915, p. 137)

Certamente le riflessioni freudiane descrivono molto bene il divario che c'è tra il nostro pensare - fugacemente, direi - alla morte e il desiderio di "scartarla, eliminarla dalla vita", come afferma il padre della psicoanalisi.

Forse ci siamo allontanati troppo dalla nostra originaria natura di organismi che fanno parte dei cicli consueti del pianeta sul quale viviamo *pro tempore*. Il susseguirsi delle stagioni, l'alternanza del giorno e della notte, il brillare delle stelle nel cielo notturno, il comparire e lo scomparire della Luna, e tutto quello che chiamiamo "natura", ci comprende completamente e irriducibilmente. "Nulla si crea e nulla si distrugge, tutto si trasforma", questa la legge fondamentale enunciata dal grande scienziato Antoine Laurent de Lavoisier (1743 - 1794). Con l'avvento delle civiltà e il prevalere degli elementi più costruiti, e quindi meno naturali, dell'esistenza umana, l'originario Homo Sapiens è diventato lentamente un prodotto culturale. Oggi si fa fatica a scorgere le antiche radici che, in 3,2 milioni di anni, dalla culla africana della regione dell'Afar (oggi in Etiopia) ci hanno portato fin qui, nel corso dell'evoluzione, a lasciarci alle spalle le nostre origini di australopiteco e di numerosi altri parenti ominidi che non hanno avuto la fortuna di sopravvivere alla selezione naturale. Ma quando è possibile riconoscere un comportamento "umano" inequivocabile, all'alba della nostra specie? I paleoantropologi sono orientati a riconoscere l'inizio delle caratteristiche umane proprio in concomitanza con la capacità di seppellire i membri morti della propria comunità e rendere loro omaggio, se è vero che in alcune antichissime inumazioni sono stati rinvenuti pollini molto probabilmente di fiori posti accanto alla sepoltura, allora come ora.

Rapporto con la morte, dunque, strettissimo, ma a cui difficilmente si riesce a dare senso. I dibattiti sul suicidio, sul

suicidio assistito in persone che versano in condizioni estremamente dolorose, sul cercare di congelare letteralmente la morte, attraverso la conservazione dei corpi in *tanks* ripieni di azoto liquido, come propongono società a cui si rivolgono ricchi personaggi in attesa che un giorno la scienza sia in grado di riportarli in vita una volta scongelati, sono solo alcuni dei temi che irrompono nella riflessione e nei dibattiti anche politici. Per non parlare delle religioni che, tutte, promettono una vita oltre la morte, ma propugnano anche il massimo rispetto della morte che, nella sua dignità, racchiude la dignità dell'essere umano.

La frase che riportiamo in esergo, "*Hic mors gaudet succurrere vitae*" ("Qui la morte è felice nell'aiutare la vita"), è scritta all'ingresso della sala settoria - la sala attrezzata per eseguire autopsie nella quale gli studenti di medicina sono ammessi sia per osservarle sia per esercitarsi nello studio dell'anatomia - dell'Istituto di Anatomia Umana dell'Università di Napoli, nella storica e magnifica sede di via Luciano Armani nel cuore della Napoli greco-romana, ed evoca la continuità della vita e della morte, rappresentabile più che da una linea retta, che ha un inizio e una fine tra un punto A e un punto B, da un cerchio. Il simbolo del cerchio presente in tutte le culture del mondo, nella sua semplicità, rappresenta la perfezione, la compiutezza, l'unione e ciò che non ha né frattura né interruzione.

Oggi, più che in altri momenti della storia umana, si osservano "nuove forme del morire" e la morte si incontra anche partendo da altre prospettive come quella osservabile in ambito medico tecnico-scientifico che fino a qualche decennio fa era impensabile. Un luogo dove questa osservazione è possibile si trova negli ospedali, nei reparti di degenza, ma soprattutto nelle sale operatorie (dove avvengono per esempio i prelievi degli organi da cadavere a cuore battente a scopo di trapianto) e nelle rianimazioni. Ambienti misteriosi e chiusi, per lo più inaccessibili, inviolabili, circoscritti da divieti di accesso al pubblico, dove i malati sono prigionieri necessariamente dei loro stessi trattamenti, spesso incoscienti, totalmente dipendenti dalle macchine, dagli infermieri e dai medici che se ne prendono cura. Luoghi dove la tecnologia è al servizio della sopravvivenza, non sempre della vita, dove

i rapporti umani nascono in situazioni tragiche e dove l'urgenza rende stringate, essenziali, scarse, qualche volta brutali, le comunicazioni con i familiari. I parenti, gli amici intimi del paziente in rianimazione sono spesso increduli, disperati, sbigottiti, terrorizzati, invadenti, arroganti, aggressivi. Relazioni umane che nascono in quei contesti e che durano lo spazio di poche ore, qualche giorno o qualche settimana, raramente oltre. Le rianimazioni sono posti dove il paziente vive e tante volte supera condizioni cliniche drammatiche, ma sono anche luoghi dove si muore collegati ai *monitor* i cui allarmi implacabili annunciano sempre puntuali, come in una sorta di tragico *game over*, il momento in cui *Átropo*, la più spaventosa delle tre Moire, viene a recidere con le sue lucide cesoie il filo della vita. In rianimazione si muore da soli, i pazienti sono morti sempre da soli (non soltanto durante le tragiche settimane della pandemia da Covid-19), senza il conforto di una carezza, ma questo nessuno lo dice mai, questo nessuno lo sa.

Nell'immaginario della gente comune, drogato da notizie strabilianti a portata di... *mouse*, d'altro canto, la medicina ha superato barriere e limiti per cui tutto è possibile, in un racconto molto spesso avulso dalla realtà, che viene propinato al pubblico rapito in un pericoloso pensiero magico, con un lieto fine scontato, per cui si rimane increduli e ferocemente indignati per l'infausta conclusione di una malattia. Dimenticando che non si muore perché ci si ammala, ma ci si ammala perché si deve morire, come affermato saggiamente dal medico francese Claude Bernard (1813 - 1878).

Una immensa operazione che coinvolge a più livelli tutti: dagli ospedali ai medici, agli infermieri, ai *media* di tutti i tipi che rimandano fragorosamente ogni giorno notizie di strabilianti scoperte, dandole per acquisite, senza specificare - per impreparazione o superficialità o entrambe le cose - che tra una scoperta in laboratorio e la sua realizzazione possono passare anche molti anni, sempre ammesso che quella scoperta risulterà essere utile e vantaggiosa. L'intento di tutto ciò è quello di mantenere l'evento morte il più lontano possibile, di lasciarlo al di fuori della scena quotidiana (oscena: *ob-scæna* in latino, appunto fuori dalla scena), come se non fosse una tap-

pa obbligata, se non addirittura necessaria, della vita giunta al suo termine al pari della nascita che ne segna l'inizio.

L'antropologo inglese Geoffrey Gorer già nel 1955 parla di "pornografia della morte" e afferma che la morte ha sostituito il sesso (che non lo è più) come grande tabù della nostra epoca. Nel XIX secolo, egli afferma che "il cimitero costituiva il luogo principale di ogni villaggio antico, ed era un elemento di primo piano in quasi tutte le città". Interessante la posizione dei cimiteri dei paesini del Sud-Tirolo dove le sepolture si distendono intorno alla chiesa madre in modo che i fedeli possano incontrarle quotidianamente, o almeno settimanalmente la domenica quando ci si reca in chiesa per il rito della Messa, come presenze familiari, come in vita. I morti continuano in questo modo a essere presenti nella comunità.

Viceversa, nel XX secolo, la morte, in quanto processo naturale, è diventata sempre più "innominabile" (Gorer, 1955, pp. 49-52). Questa trasformazione secondo Gorer è scaturita da tre elementi principali che hanno determinato un significativo mutamento culturale nell'Occidente. Il primo elemento individuato è la secolarizzazione della società diventata sempre più materialista, che ha portato a un progressivo disinteresse per le fedi religiose e la spiritualità; di conseguenza qualsiasi discorso sulla morte diventa poco appassionante se non chiaramente disturbante. Un secondo importantissimo elemento responsabile del drastico cambio di paradigma di cui stiamo parlando è costituito dal susseguirsi dei progressi della medicina, della biologia, della genetica e delle scienze in generale, del miglioramento della qualità della vita che ha portato a un aumento dell'aspettativa di vita alla nascita, e delle migliori condizioni di sanità e igiene pubblica. Tutto questo ha finito col rendere inconsueta la morte naturale. Un ultimo e probabilmente non influente elemento di distorsione segnalato da Gorer è l'esposizione della morte violenta, ostentata nelle serie televisive o nei film, nei libri, ma anche nei rotocalchi di informazione e nei telegiornali, che favorisce la fantasia, la curiosità e la morbosità intorno all'evento morte violenta osservato spesso nei minimi dettagli, in un esagerato eccesso di rappresentazione. Rimanendo nella metafora della pornografia, Gorer afferma che la morte naturale può essere paragona-

ta alla serena e appagante attività sessuale in una coppia stabile, e che viceversa, la morte violenta, proprio come il sesso mercenario o violento nelle sue diverse forme di perversione, evoca fantasie e, appunto, pornografia. Viceversa, la morte naturale diventa invisibile, la si nasconde.

La civiltà occidentale ha una ridotta familiarità con la morte, si rassegna malvolentieri all'angoscia determinata dalla sua attesa, ne paventa l'irruzione nelle attività dei viventi. L'interferenza della morte nello scorrere incessante e preordinato della vita frenetica dell'uomo occidentale destabilizza la comune aspirazione al successo, la tendenza al benessere sempre più duraturo ed esteso a ogni aspetto della vita e il desiderio, che diventa pretesa, della salute. Gadamer, afferma che non si può differenziare la salute dalla malattia, perché "è la malattia e non la salute a manifestarsi come ciò che si oggettiva da sé e che ci viene incontro, in breve ciò che ci invade" (Gadamer, 1994, p. 117).

La nostra consapevolezza della morte, accantonata nell'assenza del pensiero di essa, spalanca drammaticamente e con violenza a eventi inattesi che ci pongono di fronte alla nostra ontologica vulnerabilità. Nell'antica Roma, quando si celebrava il trionfo di un generale vittorioso che al rientro da una fortunata campagna militare sfilava sul carro tra la folla osannante e gli venivano tributati gli onori, a evitare che la superbia, la presunzione, l'orgoglio, la vanità prendessero il sopravvento sulla moderazione, l'equilibrio e la prudenza, uno schiavo sul carro alle sue spalle gli pronunciava la frase: "*Respice post te. Hominem te memento*" ("Guarda dietro di te. Ricordati che sei un uomo"). Questa espressione venne poi trasformata nel XVII secolo nel "*Memento mori*" ("Ricordati che devi morire") dai monaci cistercensi della stretta osservanza, i cosiddetti monaci trappisti (dal nome dell'Abbazia di Notre Dame de la Trappe), ai quali però dobbiamo anche la produzione di ottime birre. Dello stesso genere di ammonimento il "*Sic transit gloria mundi*" ("Così passa la gloria del mondo"). La frase fu usata nel rituale delle cerimonie di incoronazione papale tra il 1409 (all'incoronazione di Alessandro V) e il 1963 (incoronazione di Paolo VI, che poi ne abolì l'uso insieme a quello della sedia gestatoria). Il cardinale protodiacono ripeteva la frase tre volte davanti al pontefice neoeletto portato in

processione sulla sedia gestatoria, mentre faceva bruciare un batuffolo di stoppa o di lino sopra una canna d'argento o di ottone, a simboleggiare la durata fatua ed effimera della vita così come della fiammella sostenuta dal tessuto che brucia.

L'antropologo Andrea G. Drusini afferma che, quando l'avere prevale sull'essere, non c'è più posto per la morte: perché la morte si oppone al profitto, perché la morte è qualcosa di assurdo e di sconveniente in una società basata sull'accumulo dei beni e sul progresso. Ogni ideologia legata alla produzione non può che negare la morte e la non-reversibilità tra morte e vita. Quello che la nostra attuale società sogna è di vivere in un eterno presente, ma l'improvvisa irruzione del lutto distrugge di fatto questa antica utopia: la morte si configura così come il solo vero potere che esiste al mondo, e l'uomo è potente proprio nella misura in cui può dare o dominare la morte. D'altra parte, sostituire una natura "data" con una natura "fabbricata" è la ragion d'essere della Tecnica: così, il *death control* si accompagna al *birth control*, dove l'uno e l'altro rappresentano fedelmente la negazione della morte. Quella che Thomas (2006) chiama la "tecnocrazia medica" si consuma anche mediante la medicalizzazione di fatti sociali o sociopolitici: nell'epoca della crescente "malatizzazione" della società, la medicina invade ogni momento della nostra vita, sin dalla nascita. Da qui il culto per il salutismo, le tecniche *anti-age* e l'esplosione della chirurgia estetica. Per ogni cosa sembrano esserci un rimedio, una cura, un farmaco o almeno un integratore. Il malato sa che grazie alle tecnologie più sofisticate gli sarà salvata la vita, ma la tecnica ispira sempre più un misto di sicurezza e di paura: e se non funzionasse? Non si sa mai fin dove potrà arrivare la ricerca tecnologica, in quale direzione verrà orientata, al servizio di chi o di che cosa verrà messa: si sa però che essa alimenta contemporaneamente fallaci speranze di non mortalità e nello stesso tempo moltiplica le angosce e le ossessioni, come le psicosi nucleari e le guerre batteriologiche, l'ingegneria genetica e l'eugenetica (Millard, 1992; Lock, 2003). E, non ultime, le angosce e le diffidenze verso le pratiche vaccinali riunite nei vari movimenti *no-vax*. Non è nemmeno tanto recente la notizia che negli Stati Uniti la medicina è diventata la terza causa di morte nella società (Illich, 2005). Pertanto, l'unica arma a di-

sposizione dell'uomo è la rimozione, e quindi il destino della morte è quello di venire costantemente nascosta.

Ma, come osserva Zygmunt Bauman, se la morte non può essere di fatto negata, tuttavia può essere esclusa o elusa, partendo dal presupposto che è sempre una morte *particolare* e che questa particolarità può essere respinta, differita o addirittura evitata del tutto. La morte come tale è inevitabile, ma ogni esempio concreto di morte è contingente. La morte è onnipotente e invincibile, ma nessuno dei suoi casi specifici lo è. Tutte le morti hanno delle cause, ciascuna morte ha una causa, ciascuna morte particolare ha la sua causa particolare. “Non sentiamo di gente che muore di mortalità. Le persone muoiono solo di cause individuali, perché c'è stata una causa specifica” (Bauman, 1992). Il prevalere della morte tecnica sul morire trova la sua spiegazione puntuale nella convinzione acquisita che mai nessuno “muore di mortalità”. Quando ha luogo il decesso di una persona, la prima domanda che nasce spontanea è: “Di che cos'è morta?”. E, di cosa si muore? Forse l'unica risposta possibile è: “Si muore di vita”. Ognuno di noi comincia il suo cammino verso la morte il giorno in cui nasce; insomma, l'unica malattia davvero mortale è proprio la vita. Ma è importante vivere totalmente la vita affinché quando la morte arriva ci trovi vivi.

DAL “MEMENTO MORI” ALLA DEATH PORNOGRAPHY: RIFLESSIONI SULLA MORTE NELLA POST-MODERNITÀ - IL CONVEGNO ORGANIZZATO DA IL RUOLO TERAPEUTICO

Mossi da queste riflessioni e da un confronto costante fra noi, abbiamo organizzato il 18 febbraio 2023, a tre anni dall'inizio dell'emergenza pandemica del Covid-19, un convegno, invitando i più importanti studiosi della morte che potessero offrirci prospettive nuove di lettura trattando la morte da vari punti di vista.

Con queste ambiziose premesse, il 18 febbraio del 2023, presso la sede del Ruolo Terapeutico di Milano, abbiamo organizzato il convegno: *Dal “memento mori” alla death pornography: riflessioni sulla morte nella post-modernità*. Per l'occasione è stato creato il neologismo “Deathnity”, formato dalla crasi di due parole inglesi, *death* e *dignity*, per esprimere in

maniera sintetica il senso del nostro riflettere, spaziando dalla storia della definizione di morte agli aspetti più prettamente di taglio filosofico e umanistico, attraversando gli ambiti culturali e antropologici del fenomeno morte. Abbiamo voluto dare spazio alla riflessione sulla morte nella nostra era digitale e virtuale e non abbiamo voluto tralasciare i fenomeni detti NDE (*Near Death Experience*), meglio noti come esperienze di premorte, per concludere con il punto di vista di un medico, un anestesista-rianimatore che è quasi quotidianamente in contatto con l'evento morte. Il convegno si è concluso con la testimonianza di chi vede il morire come un diritto e la negazione dell'eutanasia come la negazione di quel diritto e si batte per il suo riconoscimento e la sua affermazione.

La prima sessione del Convegno - *La morte nel mondo occidentale tra storia, filosofia, antropologia* - è stata moderata da Simonetta Verdecchia e si è aperta con la lettura magistrale della professoressa Ines Testoni, dal titolo *Studiare la morte, educare alla morte*. La professoressa Testoni - ordinaria del Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA) dell'Università di Padova - è presidente dell'ASES (Associazione di Studi Emanuele Severino) ed è direttrice del master in *Death Studies the End of Life*. La professoressa Testoni ha presentato il suo pensiero sottolineando nella *lectio magistralis* la necessità di una *Death Education*. Costante il richiamo a Emanuele Severino (1929-2020), considerato come uno dei più grandi filosofi del '900. Buona parte del lavoro speculativo di Severino è incentrato sull'essere. Nel suo lavoro, *La strada*, egli utilizza la metafora della legna che arde e afferma:

La cenere non è la sorte toccata alla legna, essa non grida ma tace la sorte della legna [bruciata]... La legna non diventa cenere, così come gli uomini non diventano polvere. La cenere è il successore della legna, la polvere dell'uomo. Ma l'annientamento di ciò che muore non appare. (Severino, 1983)

Testoni nella sua *lectio* continua: "La morte è inevitabile, eppure vi arriviamo sempre impreparati e morire è il compito più difficile che spetta a ognuno di noi, perché la società ha trasformato la morte in un fantasma, in un fantasma indicibile". Testoni chiama in causa la crisi delle religioni, che non domi-

nano più lo scenario simbolico occupato dal sapere scientifico. L'investimento sulla qualità della vita fa sì che il fatto concreto che comunque si debba morire abbia perso qualsiasi riferimento simbolico ed esistenziale e ciò produce un'angoscia intensa. La strategia più efficace per vivere bene diventa allora nascondere chi muore e istituzionalizzare i malati affidandoli alla medicina. Per questo, i *Death Studies* permettono di dar forma all'angoscia estrema; se il terrore acquisisce profili ben definiti può essere descritto, riconosciuto, fronteggiato. Necessaria, dunque, oggi più che mai, una *Death Education*. L'abstract dell'intervento della professoressa Testoni è il seguente:

In Italia, come in Europa, stiamo fronteggiando un periodo molto stressante dovuto al ritorno massiccio della minaccia di morte nella vita reale delle persone a causa della pandemia da Covid-19, del ritorno della guerra in suolo europeo e del dissesto climatico. Grazie alla pace e al benessere, avevamo raggiunto la quinta generazione di famiglie *death free*, caratterizzate da esternalizzazione della malattia e della morte e dalla rimozione sistematica di questo argomento nelle relazioni intime e sociali quotidiane. In questo periodo cominciamo a renderci conto della necessità di ripristinare una formazione intorno ai temi della morte e del morire a livello trasversale (*death education*), che coinvolga dunque tanto gli ambiti professionali quanto quelli che raggiungono la gente comune. I nodi fondamentali da affrontare nei percorsi di *death education* sono: rendersi conto dell'effetto psicologico della salienza della morte; prendere coscienza di ciò che crediamo significhi morire e perché abbiamo paura della morte; come relazionarsi al morire. Questo primo livello di consapevolezza richiede una riflessione competente, su cui sarà poi possibile impostare ulteriori operazioni formative.

La seconda relazione tenuta dal professor Francesco Paolo De Ceglia, ordinario di Storia della Scienza del Dipartimento di Ricerca e Innovazione Umanistica dell'Università di Bari, è stata incentrata sullo sviluppo del concetto e della definizione di morte nel corso dei secoli, come delineato già dal titolo: *Per una storia di longue durée della definizione di morte*. De Ceglia ha provveduto a tracciare, in maniera interdisciplinare, una storia della definizione della morte dal tardo Medioevo ai giorni nostri, mostrando come il dibattito sui protocolli di Harvard

non sia che una delle ultime manifestazioni di un dubbio che l'essere umano si è sempre posto: esiste una linea netta tra vita e morte?

A seguire il professor Mario Vergani, professore ordinario di Filosofia Teoretica e vicedirettore del Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa" dell'Università di Milano Bicocca, ha proposto una riflessione attenta su *La morte dell'altro. Uno sguardo fenomenologico esistenziale*. Afferma Vergani nel suo abstract:

La *death pornography* è l'esposizione della morte dell'altro e degli altri. Nella tradizione antica e contemporanea, la filosofia è esercizio di morte, ovvero interrogazione di senso circa l'esistenza a partire dalla mia morte, la morte che mi assegna a me stesso. La riflessione fenomenologica ed esistenzialista ha altresì sviluppato un'indagine sui modi e le forme in cui facciamo esperienza della morte dell'altro. A partire da tali analisi è possibile gettare una luce sul fenomeno della *death pornography*, cioè su cosa accade quando l'esposizione della morte e alla morte diviene pervasiva, violenta e anonimizzante.

Sulla scia del pensiero di Mario Vergani, la scrittrice e antropologa Laura Liberale ha presentato una interessante relazione dal titolo: *Dimensioni postmoderne e postumane di Eros e Thanatos. Da Platone alla Pandroginia: fenomeni artistici di riscrittura ed eternalizzazione dell'identità*. Nell'abstract sintetizza quello che ha poi espresso in maniera ben più ampia e articolata nella presentazione:

A partire dagli scenari finzionali propri dell'attività narrativa, viene proposta la controversa figura di Gunther von Hagens, col suo metodo di conservazione-esposizione dei cadaveri noto come "plastinazione", nel contesto di un discorso più ampio circa la trasformazione dei resti fisici in entità simboliche significative, estendendo poi l'indagine ai concetti di autodefinizione e dignità. La reificazione del corpo attuata dalla comunità medica, l'angoscia della postmodernità e la riflessione sulla *vanitas* vengono fatte dialogare con i provocatori, sfidanti dispositivi artistici di ridefinizione identitaria, in primis col lavoro di un'altra controversa figura contemporanea, quella di Neil Andrew Megson, meglio noto con lo pseudonimo di Genesis P-Orridge, artista multimediale e *performer* estremo. *Pandroginia* è il nome del progetto attuato da P-Orridge insie-

me alla compagna, Jacqueline Breyer, alias Lady Jaye Breyer, progetto in cui il *cut-up* burroughsiano viene esteso alla dimensione corporea, per la creazione di un nuovo essere di genere neutro che, sulla scia di antiche suggestioni platoniche e in un bizzarro *pastiche* teorico, vuole proporsi, almeno negli intenti, quale simbolo ermafrodita di unità e possibilità di disattivazione dei meccanismi sociali divisivi e repressivi che condizionano l'individuo.

Dopo la pausa, il convegno è continuato con la seconda sessione - *Morire nel XXI secolo* - moderata da Pierluigi Ciritella. In questa seconda parte sono stati affrontati temi di grande spessore e ricadute sociali come la morte nell'era digitale, le esperienze di premorte, la morte e le nuove tecnologie biomediche e infine la delicata questione dell'eutanasia, oggi di stretta attualità.

La prima relazione del pomeriggio - *Sopravvivere a se stessi. La morte all'epoca del metaverso* - è stata tenuta dal professor Giulio Sisto, docente del Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università di Torino. Nell'abstract traccia le linee lungo le quali condurrà le sue riflessioni:

Il mio intervento intende analizzare il modo in cui le attuali tecnologie digitali stanno modificando il nostro rapporto con la morte, la memoria, il lutto e l'immortalità. In particolare, la non coincidenza tra la durata della vita digitale e quella della vita biologica fa sì che, una volta sopraggiunta la morte, gli utenti della Rete continuino a rimanere presenti online come se nulla fosse successo o quasi. Ciò determina una serie di problemi relativi all'eredità digitale e al modo di affrontare quella dialettica tra la presenza e l'assenza che da sempre definisce la natura del defunto. Addirittura, l'intelligenza artificiale permette alle nostre vite digitali di continuare a interagire anche dopo l'evento della morte. Il mio intervento nel mettere in luce le prerogative di questi fenomeni mostrerà le opportunità e le criticità di un'epoca storica in cui l'integrazione tra online e offline modificano, almeno in parte, le caratteristiche del fine vita.

Enrico Facco - specializzato in Neurologia e in Anestesiologia e Rianimazione, *senior professor* dell'Università degli Studi di Padova, esperto in terapia del dolore, agopuntura e ipnosi clinica - ha effettuato numerose ricerche sulla fisiopatologia e

sulla terapia del dolore cronico, dell'ansia, delle cefalee, delle espressioni non ordinarie della mente, delle alterazioni della coscienza, del coma e della morte cerebrale. Propone un interessante excursus su un argomento certamente molto delicato e discusso: *Esperienze di premorte: aspetti scientifici e implicazioni filosofiche*. Queste, in sintesi le sue argomentazioni:

Le esperienze ai confini della vita sono un argomento intrigante e di crescente interesse con profonde implicazioni epistemologiche. Esse possono essere divise in due grandi categorie, le esperienze di premorte (o *Near Death Experiences*, NDE) e le esperienze sul letto di morte: le prime si verificano in condizioni critiche (quali ad esempio incidenti, gravi politraumi con perdita di coscienza o arresto cardiaco), mentre le seconde avvengono nei pazienti in condizioni terminali a seguito di malattie croniche. Il complesso di queste esperienze, simili ma con caratteristiche in parte diverse, sono un fatto clinico certo e relativamente frequente e ripropongono con grande concretezza il problema fondamentale della condizione umana, ovvero quello del significato della vita e della morte e della possibilità di una dimensione ultraterrena della vita. Gli elementi essenziali delle NDE sono la netta percezione di essere in una dimensione diversa da quella ordinaria, di avere abbandonato il corpo fisico, di avere oltrepassato i limiti del proprio Io e della dimensione spazio-temporale del mondo fisico ordinario; tra gli altri elementi sono da menzionare l'incontro con persone defunte, la comunicazione con entità superiori spesso indefinite, una profonda serenità, una rapida revisione della propria vita e il senso di un limite che non deve ancora essere superato, sensazione che è seguita dal rientro nel proprio corpo. L'aspetto trascendente di queste esperienze, nella cultura dominante di matrice meccanicistica e positivista, le rende imbarazzanti, portando a priori a considerarle come un fenomeno di natura allucinatoria, mera espressione di un disordine cerebrale organico; in questo clima culturale si è creata così una sorta di *conventio ad escludendum*, in cui i medici non hanno alcun interesse per queste esperienze e i pazienti si guardano bene dal riferirle per paura di essere psichiatrizzati. Tuttavia, le attuali conoscenze scientifiche, se possono spiegare alcuni elementi delle NDE, consentono spesso di fare solo ipotesi tutt'altro che dimostrate, forse non dimostrabili, mentre il significato e il positivo impatto che queste esperienze hanno nella vita di chi le subisce non si presta affatto a considerarle come un mero epi-

fenomeno di un disordine cerebrale senza alcun valore. Esiste un *trait d'union* tra NDE, esperienze mistiche, spiritualità, profezie, ispirazioni e visioni artistiche, riti sciamanici e delle religioni native, disturbi neurologici e psichiatrici ed elementi enteogeni ed empatogeni delle esperienze da allucinogeni. Gli elementi comuni di queste manifestazioni di natura così diversa rendono necessario riconsiderare dalle fondamenta le facoltà della mente a esse connesse in una prospettiva più ampia rispetto a quella strettamente riduzionistica e patologizzante: se la disfunzione di alcune strutture cerebrali, come ad esempio il lobo temporale, possono creare complessi fenomeni allucinatori, il loro ruolo fisiologico e il significato delle attività non ordinarie della coscienza rimangono ancora sfuggenti, come rimane ancora misteriosa la relazione mente-cervello-realtà; una loro aprioristica definizione in termini patologici o parapsicologici secondo il paradigma dominante riflette la loro incompatibilità con uno *spirito del tempo* essenzialmente materialistico, rivelando le profonde implicazioni epistemologiche della loro sconcertante apparenza.

Con la terza e ultima sessione - *L'umanità della morte*, moderatore Antonio Santoro - il convegno si è concluso con le due relazioni che hanno affrontato in maniera attenta due aspetti della vita e della morte: la sofferenza e il diritto a morire.

Giuseppe Naretto - con la relazione *Morire: la ricerca della via smarrita* - descrive i percorsi della sofferenza e del morire, con un'attenzione particolare all'umano che molto probabilmente è offuscato dalla prevalenza scienziata della moderna tecnologia biomedica:

La morte, come evento finale della vita, si è trasformata nel tempo da fatto puntuale, inevitabile, imprevedibile e inatteso, a "processo". Lo sviluppo delle tecnologie biomediche e il supporto farmacologico e strumentale alla cronicità interferiscono pesantemente sia nella definizione stessa di morte che nella sua accettazione finale. Il rifiuto della morte, da naturale compulsione alla vita di un essere vivente, è stato sostituito da una irragionevole negazione dell'impermanenza, con aspettative miracolistiche su una biologia che alla fine è destinata comunque a soccombere. E questo smarrimento, dei pazienti, delle famiglie e degli operatori sanitari, porta spesso alla paralisi dei percorsi di assistenza e cura. Bisogna ritrovare la via del corpo malato, al fine di portare consapevolezza al viaggio restituen-

dogli l'umanità perduta.

Il convegno si conclude con la toccante testimonianza dell'avvocata Francesca Re, dottore di ricerca in Diritto Pubblico. L'avvocata Re, membro dell'Associazione Luca Coscioni - con la sua relazione *Morire: il diritto negato* - focalizza l'attenzione sullo stato dell'arte, dal punto di vista sociale e legislativo, sull'eutanasia nel nostro Paese.

Se dovessimo fare il punto sui diritti oggi vigenti nel nostro Paese in tema di fine vita, dovremmo necessariamente partire dalle storie delle persone che, avendo reso pubbliche le loro scelte, hanno segnato delle pietre miliari nella conquista di nuove libertà e nuovi diritti alla fine della vita. L'art. 32 della Costituzione prevede che nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario contro la sua volontà, affermando dunque un principio di autodeterminazione rispetto alla propria salute, e in generale rispetto alla propria vita. Tale principio è stato applicato per la prima volta nel 2006 grazie a Piergiorgio Welby e al dott. Mario Riccio, medico anestesista che, dopo aver interrotto i trattamenti sanitari a cui Welby non voleva più sottoporsi, somministrò una sedazione profonda che accompagnò Welby alla morte, come da lui richiesto. Questo intervento medico fu considerato lecito dai tribunali in quanto la morte di Welby non era stata direttamente provocata dal farmaco iniettato bensì dalla sospensione di un trattamento sanitario. Da quel momento si apre un percorso che conduce nel 2017 alla legge sul consenso informato e il testamento biologico, nel 2019 alla depenalizzazione dell'aiuto al suicidio a certe condizioni e nel 2022 al primo caso di suicidio medicalmente assistito avvenuto in Italia tramite il SSN. Nonostante l'attivazione di centinaia di volontari e un milione e trecento mila firme raccolte, la Corte Costituzionale ha deciso di arrestare il referendum per l'eutanasia legale che aveva raccolto un consenso enorme e sul quale i cittadini e le cittadine italiane attendevano di potersi esprimere. Nello stesso tempo, purtroppo il Parlamento, nonostante diverse proposte di legge depositate, non è mai riuscito a emanare una legge organica sul tema e questo ha comportato che i diritti via via conquistati siano frutto dell'intervento dei tribunali, anche tramite lo strumento delle disobbedienze civili, e dunque di interventi mirati e specifici che di volta in volta hanno affermato un diritto ma inevitabilmente hanno lasciato fuori condizioni diverse che ancora non hanno trovato una

giusta regolamentazione. Pensiamo alle persone che non sono tenute in vita da trattamenti di sostegno vitale come i pazienti oncologici in fase terminale o persone affette da malattie neurodegenerative che, non rientrando nelle condizioni previste dalla Corte Costituzionale, non hanno oggi il diritto ad accedere al suicidio assistito in Italia. Per questo motivo, le ultime disobbedienze civili messe in atto da Marco Cappato e altre persone che si sono unite a questa battaglia hanno proprio l'obiettivo di superare il requisito del trattamento di sostegno vitale per abbattere le discriminazioni oggi in atto in materia di fine vita. L'auspicio è sempre quello che si arrivi a una disciplina organica e non discriminatoria in materia, soprattutto a livello parlamentare. Nel frattempo, occorre attivare tutti gli altri strumenti a disposizione per consentire alle persone affette da malattie irreversibili, fonti di gravi sofferenze di accedere a una libertà umana fondamentale che consiste appunto nell'autodeterminazione nelle scelte di fine vita.

È nostra intenzione pubblicare, nel corso dei prossimi mesi, la trascrizione integrale delle relazioni presentate al Convegno, che ha visto un'ampia e interessata partecipazione, oltre che una feconda interazione con le relatrici e i relatori che hanno dato ampia disponibilità e che qui, ancora una volta, vogliamo ringraziare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bauman, Z. (1992). *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Cambridge: Polity Press.
- Drusini, A. G. (2014). Antropologia della morte. In I. Testoni, D. Di Lucia Spósito & F. Martini (Eds.) *Il Morire tra Ragione e Fede*. Padova: University of Padua.
- Freud, S. (1915). Considerazioni attuali sulla guerra e la morte. In C. L. Musatti (Ed.) *OSF vol. VIII* (p. 137). Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Gadamer, H. G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gorer, G. (1955). The Pornography of death. *Encounter*, 10: 49-52.
- Severino, E. (1983). *La strada*. Milano: Rizzoli, 2010.
- Spinoza, B. (1677). *Etica, IV*. Milano: Bompiani, 2007.

L'articolo che segue fu pubblicato nel 1998, nel numero 77 della Rivista del Ruolo Terapeutico.

Il progetto della rotta e l'andar per mare...

**Struttura e processo
delle relazioni d'aiuto**

Mi propongo, con questo scritto, di delineare, sia pure in forma sintetica e necessariamente lacunosa, il modello che sta alla base della terapia e della formazione proposte da Il Ruolo Terapeutico. Questo modello si rifà alla concezione psicoanalitica del funzionamento intrapsichico e relazionale dell'uomo, è stato sperimentato e verificato dal nostro gruppo nel corso di oltre due decenni di ricerca e di attività, e ha trovato recentemente in un libro (*Domanda e risposta*, ed. Il Ruolo Terapeutico) una prima sistematizzazione.

Presenterò alcune situazioni cliniche analizzate e trattate appunto secondo questo modello. Mi auguro che l'inevitabile lacunosità e frammentazione della teoria siano almeno in parte compensate dall'efficacia illustrativa degli esempi pratici. Le tre situazioni cliniche sulle quali mi soffermerò sono tratte da tre diversi gruppi di formazione della nostra Scuola, nei quali, avvicinandomi con altri colleghi, svolgo la funzione del formatore. Uno di questi gruppi si svolge nell'ambito del corso quadriennale di formazione alle relazioni terapeutiche (di Milano), gli altri sono due dei nostri gruppi locali permanenti, uno in una città del Piemonte, l'altro in una città del Trentino.

“NON POSSO, PENSO AI BAMBINI!”

Primo esempio. Un'assistente sociale racconta, tra le lacrime, una storia molto dura e pesante per lei. Un tipo di sessant'anni, abbandonato dalla giovane moglie, e coi due piccoli figli affidati alla madre, si reca all'ufficio del Servizio Sociale accompagnato da un funzionario del Comune suo amico, e le chiede di andare a prelevare i due bambini per consegnarli a lui. I due uomini si esprimono con prepotenza, maltrattano la nostra collega: "Voi siete qui solo a perder tempo, a chiacchiere e a fumare, ecc.". L'operatrice si carica di rabbia, prende tempo, e per il successivo colloquio decide di chiedere l'aiuto e l'assistenza del giovane nuovo sindaco, così come era solita fare con il sindaco precedente, per situazioni di particolare difficoltà. Cade dalla padella alla brace! Anche in questa seconda circostanza l'energumeno si abbandona alle invettive e al turpiloquio, mima gli incontri sessuali che la moglie, a suo dire, avrebbe con tanti uomini, esprime platealmente disprezzo per tutto il genere femminile, e in particolare per l'assistente sociale e tutte le sue colleghe. Il tutto alla presenza del sindaco che, anziché aiutarla e stare dalla sua parte, come lei si attendeva, sembra divertirsi e parteggiare per il suo interlocutore.

Nel frattempo, ci sono interventi, interlocutori ed esplorativi del tribunale dei minori. Viene disposto, ad esempio, che gli incontri tra il padre e i figli avvengano in ambiente protetto, e in presenza di testimoni. L'assistente sociale, che si dichiara preoccupata per la sorte dei due bambini, fa progetti che si rivelano di corto respiro per la totale mancanza di collaborazione da parte di tutti i protagonisti della vicenda, e si ritrova sempre più arrabbiata e umiliata. Prova risentimento soprattutto verso il sindaco e l'assessore, figure dalle quali riceve solo disconferme, anziché l'aiuto auspicato e, a suo dire, dovute.

Accertatomi che nell'ufficio dove lei lavora ci sono altre assistenti sociali, le chiedo: "Perché non molla tutto e non passa il caso a una collega?". "Ci ho già pensato, ma non posso, mi preoccupa per i bambini! E poi, se mollo, il caso passerebbe proprio alla collega che non mi piace, che non lavora come lavoro io!".

Devo premettere qualche considerazione di carattere generale, per spiegare la logica sottostante al mio intervento. Una distinzione che ritengo fondamentale, nel campo delle rela-

zioni di aiuto, è quella tra la parte strutturale e la parte processuale della relazione stessa.

Quella processuale è la sostanza stessa della relazione, la sua realtà viva, dinamica, originale. Ad essa gli interlocutori partecipano e contribuiscono in condizioni di reciprocità, mettendo in campo la loro soggettività, la loro affettività, la loro caratterialità, i bisogni, le attese, le intenzioni, eccetera. Processuale perché nel suo svolgimento c'è un incessante alternarsi di scambi, ciascuno dei quali è in qualche modo, e almeno parzialmente, determinato da quello precedente e determinante a sua volta quello successivo. Quella strutturale è invece la parte fissa, predeterminata, definibile e oggettivabile della relazione, e riguarda sostanzialmente i ruoli, o le posizioni, ricoperti dai due interlocutori, ruoli che sono in rapporto di asimmetria e di non intercambiabilità. In altri termini: il ruolo terapeutico si identifica con una posizione di autorità, di adultità, di competenza, di responsabilità, mentre il ruolo ricoperto da coloro che si rivolgono a noi con una qualsiasi aspettativa o richiesta di aiuto per problemi e difficoltà di ordine intrapsichico e relazionale si identifica con una posizione di bisogno, di dipendenza, di mancanza.

È risaputo che le relazioni terapeutiche, ma più in generale tutte le relazioni di aiuto, quindi anche quelle educative e assistenziali, si configurano secondo lo schema del rapporto parentale (genitore-figlio, adulto-bambino). Non nel senso che la funzione terapeutica sia sovrapponibile alla funzione genitoriale, ma piuttosto per la ragione che, in entrambe le situazioni, la struttura della relazione è impostata su un'asimmetria e uno slivellamento di posizioni. Ci rivolgiamo a qualcuno "più grande e più capace" di noi quando ci sentiamo incapaci di affrontare e risolvere, da soli, quella condizione o quella difficoltà che ci impediscono un soddisfacimento adeguato dei nostri bisogni, una realizzazione ottimale dei nostri desideri. Quel "più grande e più capace" di noi va naturalmente riferito al ruolo, non necessariamente alle facultà e alle capacità della persona in carne e ossa che lo ricopre. L'idea che un altro sappia, di noi, ciò che a noi sembra di non sapere... che un altro possa, su di noi, ciò che a noi sembra di non potere... questo è ciò che ci tiene intrappolati in una visione distorta della nostra

realtà e di quella circostante, e che ci induce a proiettare su altri, nel bene e nel male, qualcosa che ci appartiene e di cui siamo responsabili. Se coloro cui ci rivolgiamo con queste aspettative sono consapevoli della loro posizione e sanno occuparla con la relativa competenza funzionale, essi ci aiuteranno a capire proprio l'illusorietà della nostra concezione e a cercare, se vogliamo, un possesso e un controllo più adeguati di noi, delle nostre potenzialità e dei nostri limiti.

Nel frammento clinico che ho esposto, una processualità impetuosa e selvaggia si svolge caoticamente, senza alcun contenimento né alcuna possibilità di incanalamento, perché è mancata, fin dall'inizio, quella condizione strutturale rappresentata dalla consapevolezza, da parte dell'operatore, che senza un preventivo riconoscimento del suo ruolo da parte dell'altro non è possibile dar vita a una relazione gestibile, che produca qualcosa di buono e di utile. È il ruolo da noi occupato a possedere intrinsecamente potenzialità terapeutiche. Le nostre capacità e attitudini personali, le nostre energie, la nostra oblatività possono esplicarsi e realizzarsi al meglio solo da quella particolare, specifica posizione. Può accadere, come nel caso citato, che chi ci interpella non possa o non voglia mettersi nel posto, complementare al nostro, di chi, essendo bisognoso, riconosce l'altrui posizione di competenza e di autorità e vi si sottomette. In questa eventualità, ci è preclusa la nostra funzione, cosa che può essere impossibile da riconoscere e da ammettere, in condizione di forte coinvolgimento affettivo.

L'assistente sociale di cui stiamo parlando ha raccontato questa vicenda clinica in un gruppo di formazione, al quale partecipa per un atto di libera e autonoma scelta. Questo significa che essa presuppone l'esistenza di una capacità ottimale di risposta alle domande di aiuto che riceve nel suo lavoro, che si riconosce carente rispetto ad essa, che intuisce proprie potenzialità terapeutiche, che è desiderosa di coltivarle, di realizzarle, e che affida a chi copre il ruolo del formatore il compito di aiutarla e accompagnarla in questo processo.

La struttura della relazione formativa, analogamente alla struttura della relazione terapeutica, è caratterizzata dall'interdipendenza di due ruoli complementari, asimmetrici, slivellati: quello di chi è competente, capace, e quello di chi è

incompetente, incapace. È proprio questa struttura, consensualmente riconosciuta e accettata, a mettere in moto il processo formativo e a indirizzarlo nella direzione auspicata.

Come accennavo a proposito delle aspettative terapeutiche, anche le aspettative di chi intraprende un processo formativo possono essere illusorie, nel senso di immaginare colui al quale ci affidiamo per la nostra formazione come un detentore ed erogatore di sapere, di capacità, di tecnica. La concezione della terapia e della formazione che sta dietro al modello che vi sto presentando non prevede che qualcuno possa sostituirsi a qualcun altro, che qualcuno possa “guarire” qualcun altro, che qualcuno possa trasmettere a qualcun altro il proprio modo di sentire, di reagire, di rispondere. Più semplicemente, ma con più verità, questa concezione, e questo modello, prevedono che chi è più avanti nel percorso e ne ha già sperimentato le fatiche e raccolto i frutti si proponga come accompagnatore partecipe e interessato, per consentire ad altri di compiere percorsi simili, e similmente di arricchirsi in capacità e competenza.

Il mio chiedere all'assistente sociale perché non molla tutto e non passa il caso a una collega è in sé un intervento banale, scontato. Il suo valore, la sua eventuale efficacia non risiedono nel suo contenuto, che, tra l'altro, è già in possesso dell'interessata, ma nel fatto che esso viene offerto da quella particolare posizione, di autorità e di competenze, che ricopro in quanto responsabile del gruppo di formazione. Arrivandole da me anziché dall'interno della sua mente, quello stesso interrogativo assume ai suoi occhi un potere, un'autorevolezza, una forza che esso non aveva originariamente, proprio per la diversa collocazione di chi lo propone. Rispondendo come risponde (“Non posso, penso ai bambini! E poi, il caso passerebbe proprio alla collega che non mi piace, che lavora diversamente da me!”), l'assistente sociale evidenzia con grande efficacia la parte caratteriale, affettiva, emotiva di sé, quella che entra in immediato contatto con gli stimoli esterni, e che a questi reagisce secondo sue peculiari modalità e istanze.

È questa parte, presumibilmente, molto più che considerazioni e finalità di natura razionale, a sostenere e motivare la nostra scelta professionale, a far nascere e ad alimentare il de-

siderio di curare. È il desiderio di proteggere gli aspetti deboli, di riparare i danni subiti, di guarire sofferenze e disfunzioni. È malato quando sposta su altri, cioè fuori di noi, quel male che neghiamo o non riconosciamo in noi stessi, che poi è il solo sul quale possiamo avere realisticamente possibilità di intervento. È curando questo male dentro di noi, attraverso anche un'esperienza terapeutica o formativa, che possiamo trasformare il nostro desiderio malato in una capacità effettiva, messa al servizio di altri desiderosi a loro volta di affrontare col nostro aiuto il loro male.

Il desiderio di proteggere quei bambini, e l'idea che altri non avrebbero saputo fare bene quanto lei, non sono qualcosa di intrinsecamente sbagliato o malato. Senza queste istanze protettive e riparative, senza questa idea di sé grande e ambiziosa, probabilmente quell'assistente sociale non disporrebbe delle risorse e delle energie necessarie per svolgere la sua funzione. La malattia, chiamiamola pure così, sta nell'assolutezza di esse, nella loro imperiosità, nel fatto che per assecondarle la nostra collega trascura altre istanze che pure le appartengono, calpestando le quali si espone all'insuccesso, alla frustrazione, all'impotenza.

In ogni momento le nostre istanze soggettive si incontrano o si possono scontrare con la cosiddetta realtà esterna, espressione sotto la quale comprendiamo tutto quanto, dentro e fuori di noi, si costituisce come dato oggettivo, ed è posto al di fuori del nostro possesso e del nostro controllo. Il problema sta nel rendere compatibili realtà soggettiva e dato oggettivo, o quanto meno nel riconoscere e collocare entrambi nel posto dovuto, e trarne le conseguenze, che possono essere anche di dolorosa rinuncia, di impossibilità.

Il dato strutturale in questione, cioè che per svolgere la nostra funzione dobbiamo preliminarmente essere riconosciuti nel nostro ruolo, ha una sua validità generale, è un dato oggettivabile, trasmissibile, condivisibile, che ognuno può, se vuole, mettere in pratica subito, in quanto attiene alla sfera della intenzionalità, della volontà, mentre un inevitabile lavoro di analisi e di elaborazione dei nostri conflitti e delle nostre proiezioni richiede tempi e percorsi non dominabili e gestibili esclusivamente con le nostre facoltà razionali. Se per

assurdo non potessimo contare sulle prerogative del ruolo, che in quanto intrinseche ad esso entrano in funzione da subito, se per "entrare in ruolo" dovessimo attendere di raggiungere una preventiva condizione di sufficienti capacità e competenze personali, in quel ruolo non entreremmo mai, visto che solo facendo il terapeuta si può "imparare" a farlo. La responsabilità di chi entra nel ruolo è di conseguenza quella di riconoscere questa sua condizione, e di porsi quindi il problema della propria formazione. Non gli si chiede una capacità che non può avere, una capacità di natura funzionale, ma la capacità di riconoscere la propria incapacità, quindi una capacità di natura etica.

"NON SO COME FARMI RISPETTARE!"

Secondo esempio. Uno psicologo presenta il caso di un ragazzo omosessuale con cui si incontra due volte alla settimana. Lo psichiatra caposervizio glielo ha affidato più per toglierselo dai piedi che per una fondata ipotesi terapeutica. Lo psicologo usa proprio queste parole: "Me lo ha scaricato". Il nostro giovane collega si è accinto al lavoro con grande fervore. Lo animano non solo il comprensibile desiderio di cogliere una preziosa occasione per fare esperienza, ma anche sentimenti di riparazione, tipo "gli altri ti scaricano, io no". Per andare incontro alle esigenze del paziente, alle prese con un problema di turni di lavoro, lo psicologo ha collocato una delle due sedute settimanali in un orario per lui molto scomodo, che lo costringe a trascorrere inattivo buona parte del pomeriggio in attesa di una seduta alla quale il ragazzo talvolta arriva in ritardo e talaltra addirittura non viene, senza preavviso.

Il paziente ha modalità provocatorie, esibizioniste, si sofferma spesso con dovizia di particolari sulle sue prestazioni sessuali, e quando il terapeuta gli pone questioni, lo interroga sull'*hic et nunc*, ecc., non raccoglie, o protesta, o fa finta di niente e continua imperterrito per la sua strada. Dopo una seduta saltata, una di quelle "scomode" per lo psicologo, si giustificherà dicendo: "Non sono venuto perché dormivo". Lo psicologo si carica di rabbia e di frustrazione, è colpito dalle provocazioni, prova disagio per l'esibizione sessuale, e non sa più come intervenire, si sente esautorato, neutralizzato. Dice

proprio così: “Non so come farmi rispettare, come farmi riconoscere nel mio ruolo!”.

I membri del gruppo sono attratti, comprensibilmente, dagli aspetti processuali di questa vicenda, e si accende un intreccio molto fitto e molto vivo di scambi: il comportamento del ragazzo, le difficoltà e i disagi del terapeuta stimolano domande, emozioni, ipotesi, suggerimenti. Ma questa vivacità rimane intrappolata, non produce sbocchi. Il terapeuta si dichiara confortato dalla partecipazione dei compagni, ma non intravede, al momento almeno, una via di uscita alle sue difficoltà.

Propongo di passare a una seduta settimanale, di eliminare la seduta scomoda. Questa cosa solleva obiezioni e perplessità di ogni genere, anche perché non viene compresa nel suo significato. Lo psicologo dice: “Non posso, mi sembrerebbe di punirlo, di togliergli qualcosa”.

Confrontato con un elemento di natura strutturale (la variazione di setting), lo psicologo si trova immediatamente alle prese con tutto quanto fa parte della sua processualità, cioè con il complesso dei suoi sentimenti, delle sue emozioni, delle sue attitudini caratterologiche. In quanto essere umano non sarebbe immaginabile altrimenti. In quanto terapeuta, deve porsi il problema di conoscere, valorizzare, armonizzare il proprio modo di funzionare con se stesso e con gli altri, per utilizzarlo ai fini terapeutici. Operazione facile da concettualizzare, lunga (praticamente interminabile) da realizzare. Questa operazione è resa possibile dall'esistenza di riferimenti fissi, oggettivabili, sostenibili e dimostrabili sul piano logico, razionale, come sono appunto tutti i riferimenti che appartengono al setting, alla struttura. Sono questi elementi fissi a rendere possibile il riconoscimento e l'analisi degli elementi processuali.

Il modo di procedere ideale per tenere sempre aperto questo confronto dovrebbe basarsi su questo interrogativo: che cosa mi tiene qua, dato che vorrei-dovrei essere là? Laddove per qua si intende tutto ciò che fa parte di un esistente che non si accetta, che fa male, dentro il quale ci si sente soggettivamente impediti, e là il punto dove pensiamo possa realizzarsi il nostro desiderio. Ho usato contestualmente i termini *vorrei* e *dovrei* proprio per rappresentare l'intreccio di processualità e di strutturalità insito nei nostri modi di sentire, di reagire,

di agire: quanto più il nostro desiderio (“vorrei”) si muove nella direzione del “dovrei”, tanto più è immaginabile che esso trovi modalità efficaci di realizzazione. Quanto più esso si muove in direzione contraria, tanto più esso è destinato a soffrire, o condannato a una soddisfazione solo illusoria. Naturalmente quel “dovrei” non si riferisce a norme, vincoli o prescrizioni imposti autoritariamente da qualche entità esterna, ma a quel complesso di dati di realtà che vanno riconosciuti e rispettati come tali, perché solo dentro di essi è possibile appunto realizzare tutto quanto sentiamo necessario al nostro personale benessere.

Per questo, nel nostro mestiere, è importante che la parte strutturale, intesa come ruolo, come teoria, come teorizzazione della tecnica, sia concettualizzabile e oggettivabile in termini coerenti, convincenti, logici. Solo un’adesione razionale, e quindi una condivisione di una certa strutturalità consente un buon lavoro di analisi della soggettività, alla ricerca delle ragioni che la rendono sofferente. Ho parlato di una certa strutturalità, e non della strutturalità tout court, perché, nel nostro campo, anche ciò che definiamo oggettivo è relativo, può essere opinabile, può non essere dimostrabile scientificamente. Si tratta perlopiù di un’opzione etica, non di una verità scientifica. Per questo può essere fatta valere solo con coloro che la condividono, per questo si parla di una consensualità di partenza necessaria per dar vita al processo terapeutico (o a quello formativo), che sono fondati sul riconoscimento e sulla valorizzazione della diversità in tutte le sue manifestazioni.

Proponendo allo psicologo quella variazione del setting, era appunto mia intenzione aiutarlo a confrontarsi con tutto quanto, di suo, gli toglieva libertà, gli impediva di avere una posizione sua, non immediatamente attaccabile dalle provocazioni del paziente.

Il senso, la funzione del setting sono appunto quelli di rendere possibile un lavoro di analisi della processualità relazionale, e una delle prime esigenze cui un setting deve corrispondere è quella di dare al terapeuta una collocazione dentro la quale egli possa sentirsi a suo agio e garantito. Questa collocazione è un concetto complesso, perché riguarda sia elementi fisici, esterni, oggettivi, come quelli rappresentati dallo spazio

e dal tempo, sia elementi soggettivi (ad esempio, il rapporto che il terapeuta ha col proprio ruolo, il grado della sua identificazione col ruolo, il livello della sua conflittualità col ruolo, ecc.). Questi secondi appartengono all'area processuale, quindi la loro trattabilità può non essere immediata. I primi invece sono affrontabili e decidibili subito, per convincimento razionale, per un atto di volontà. Se sono convinto che una certa decisione è utile o necessaria ai fini di un'iniziativa che intendo perseguire, posso prendere questa decisione, che sarà efficace, anche in presenza di un'emoività che mi spingerebbe in un'altra direzione.

Dicevo che la mia proposta di passare a una seduta settimanale è stata accolta, di primo acchito, con movimenti di protesta, di contrarietà, di perplessità, non solo da parte del diretto interessato, ma anche da parte degli altri membri del gruppo. Non posso qui nemmeno lontanamente dar conto dell'appassionante intreccio di emozioni, di reazioni, di pensieri, di fantasie, di suggerimenti e indicazioni attivato dal caso, delle risonanze che esso suscitava in ciascuno, e delle risonanze suscitate dal mio intervento. La relazionalità umana è vita, movimento, energia. Le relazioni terapeutiche e quelle formative, per ragioni intrinseche alla loro natura e alla loro funzione, sono necessariamente contrassegnate, all'origine, da una vitalità mortificata, da un movimento impedito, da energie soffocate.

Nel momento in cui si dà loro spazio, valore e riconoscimento, la processualità relazionale può diventare caotica, impetuosa. Nella situazione clinica di cui ci stiamo occupando questo è ben rappresentato dai comportamenti del paziente, che il terapeuta fa fatica a fronteggiare e a trattare terapeuticamente. Analogamente, nella situazione formativa di gruppo, la difficoltà dello psicologo, il bisogno impaziente dei suoi compagni di aiutarlo, la mobilitazione ansiosa di tutti nel cercare una soluzione che soddisfacesse le tante esigenze in gioco non trovano, in una prima fase, alcuno sbocco. Non lo trovano, aggiungo, perché non possono trovarlo. In parte perché non è trovabile, almeno nella forma e nella misura in cui il bisogno o il desiderio vorrebbero. In parte perché senza un riferimento strutturale, che faccia da sponda, da paletto, la processualità non può essere incanalata, e quindi affrontata e analizzata.

La mia proposta di modifica del setting non vale per il suo contenuto, ma per la sua funzione. Essendo proposta da me, che occupo in quel gruppo il ruolo del formatore, questa proposta assume una connotazione particolare. I miei interlocutori devono presumere che sia buona, che sia efficace, che vada nella direzione dell'aiuto da essi atteso e richiesto. Devono presumere che sia buona per il posto che occupo, e che essi mi riconoscono implicitamente, per il solo fatto di trovarsi lì, dato che si trovano lì per una loro libera scelta. La proposta, dicevo, vale più perché presentata come dato strutturale, da una posizione strutturalmente autorizzata e legittimata a farlo, che per il contenuto. Il contenuto in quanto tale è opinabile, è solo uno dei tanti possibili. Già nel fatto che mi sia venuta in mente quella proposta e non un'altra consimile si coglie l'aspetto processuale della mia funzione di formatore, che analogamente alla funzione terapeutica è una funzione indistricabilmente legata alla soggettività del singolo. La proposta però, pur essendo discrezionale, cioè scaturita dall'inventiva del formatore, che è un elemento soggettivo e quindi processuale, non è arbitraria, perché discende da un principio strutturale, che si può porre in termini oggettivi, generali, vincolanti, quello cioè che il terapeuta, per potersi adoperare efficacemente per il benessere del paziente, non può non preoccuparsi preliminarmente, o contestualmente, del proprio personale benessere, quello almeno derivante dal riconoscimento e dall'appropriazione delle prerogative del suo ruolo. La mia proposta indica appunto allo psicologo una modalità realizzabile nell'immediato per appropriarsi, di fronte al paziente, delle prerogative del suo ruolo, solo occupando il quale è possibile aiutare il paziente. Appropriarsi, o riappropriarsi, del proprio ruolo è un modo di parlare coi fatti, quando la situazione non è ancora matura per parlare con le parole. È anche un modo per saggiare la motivazione, la disponibilità del paziente a occupare a sua volta il proprio posto, l'unico dal quale egli può attendersi realisticamente di essere aiutato.

"CON LUI NON SI PUÒ PARLARE!"

Terzo esempio clinico. Un'assistente sociale di un servizio per le tossicodipendenze presenta il caso di un ragazzo che

sta scontando in carcere una pena di due anni, per un reato connesso con l'uso e lo spaccio di droga. Il ragazzo, usufruendo di una facoltà prevista dalla legge, ha chiesto un colloquio con lei: la prospettiva, tipica in questi casi, è quella che la detenzione carceraria sia commutabile in un soggiorno in una comunità terapeutica. Nel corso del colloquio il ragazzo si mostra incerto, indeciso, non sa cosa chiedere. In un colloquio successivo egli fa degli apprezzamenti nei confronti dell'assistente sociale, le dice che è carina, si abbandona a confidenze personali. In un altro incontro ancora, il ragazzo le dice: "Lei rimarrà delusa, ma ho deciso di non andare in comunità".

Già questi pochi elementi sono sufficienti ad attivare il gruppo, che manifesta curiosità e interesse, e commenta in vario modo la vicenda. Ma che cosa voleva il ragazzo? E, prima ancora, qual è il problema che l'assistente sociale porta al gruppo? Una prima fase di lavoro, centrata sulla relazione tra i due, non porta da nessuna parte.

Ripropongo a più riprese questo interrogativo: quale bisogno, che tipo di sofferenza hanno spinto la nostra collega a parlarci di quella situazione? Finalmente essa apre uno squarcio, dicendo che l'andare in carcere, dopo un primo momento di entusiasmo legato alla convinzione che avrebbe potuto fare qualcosa di buono, è diventato motivo di disagio, ed è un'incombenza che svolge con riluttanza, senza voglia. Non sa mai se i suoi interlocutori sono sinceri, motivati nel chiedere aiuto, o se si muovono solo con l'intenzione di ottenere uno sconto di pena, un ritorno a casa, eccetera.

Faccio la banale considerazione che funzione fiscale e funzione terapeutica sono difficilmente compatibili, e che il tipo di collaborazione che dobbiamo aspettarci dal nostro interlocutore è diverso nei due casi. Una eventuale funzione di natura terapeutica è possibile solo dopo aver risolto in un modo o nell'altro le altre pendenze. L'assistente sociale si anima: "Queste cose le so, ma è il mio capo che fa confusione... che pretende l'impossibile, e che se la prende con me se poi qualcosa non va nel verso giusto!".

Avanzo l'impressione che la relazione sofferente sia quella col capo, e che senza un chiarimento con lui... La collega mi interrompe: "È inutile, con lui non si può parlare! Al momen-

to può anche ascoltarti, magari ti dà anche ragione, ma se un giorno si alza con la luna storta...". Qui l'assistente sociale mostra finalmente tutta la rabbia, la frustrazione che covavano dentro di lei, ma anche una pregiudiziale rassegnazione, un senso di impotenza, un atteggiamento di scetticismo che le impediscono, non dico di cercare, ma nemmeno di concepire una possibile soluzione. Ma se non ci credi, come fai a cercare?

Il lavoro in gruppo, in quella circostanza, si è quindi spostato dalla relazione col ragazzo in carcere alla relazione col capo, per toccare poi più da vicino un aspetto processuale interno alla personalità stessa dell'assistente sociale, il suo scetticismo appunto, la sua impotenza. La collega ha riconosciuto l'esistenza di questo dato, e ha capito che al di là di tante circostanze esterne sfavorevoli (il contesto di lavoro, il caposervizio) che si opponevano e frustravano la sua voglia di fare, aveva un oppositore dentro di sé. Un interlocutore probabilmente più difficile degli altri, ma col quale, volendo, avrebbe potuto cominciare a incontrarsi con più soddisfazione e con migliori prospettive.

Al termine di quella seduta tutto il gruppo ha potuto constatare il frutto del lavoro svolto, rappresentato da un visibile cambiamento intervenuto nell'atteggiamento e nello stato d'animo della presentatrice del caso. Questa è stata la sua considerazione conclusiva: "Venendo, oggi, mi chiedevo se continuare o meno la mia partecipazione a questo gruppo. Il lavoro che si fa qui mi piaceva, ma ero incerta sul fatto che potesse dare qualcosa anche a me. Adesso so che continuerò".

Anche in questo terzo esempio clinico si può vedere l'importanza decisiva del dato strutturale ai fini della ricerca e dell'evidenziazione di quell'aspetto processuale suscettibile di essere affrontato al momento, tra i tanti presenti sulla scena. Mi spiego meglio. Già la prima relazione presentata come problematica dall'assistente sociale, quella col ragazzo in carcere, conteneva elementi processuali teoricamente interessanti, quali le *avances* del ragazzo, il suo rifiuto della comunità, eccetera. I primi scambi verificatisi nel gruppo vertevano per l'appunto su questi aspetti. Ma dove stava la "sofferenza" dell'assistente sociale? Qual era la spinta che l'aveva indotta a parlare? Chi riceve domande di aiuto, sia

in contesto terapeutico che in contesto formativo, si accosta con la propria soggettività alla soggettività altrui. La processualità messa in moto è fin da subito pressoché sconfinata. Come orientarsi?

Un elemento strutturale decisivo, uno tra i tanti, è rappresentato appunto da quegli interrogativi. Le parole usate, i problemi presentati, le vicende raccontate possono essere fuorvianti, possono portare anche molto lontano rispetto al “punto dolente”, che è trattabile solo se chi lo presenta non si limita ad affidarlo all’altro, ma è disposto ad assumersi la sua responsabilità di interlocutore. Nelle prime battute di quella seduta di gruppo le parole, la vicenda raccontata dall’assistente, prese alla lettera, contenevano molti punti capaci di suscitare curiosità e interesse negli ascoltatori, ma dove stava, che cosa voleva, l’assistente sociale? Questo tipo di interrogativi, prima ancora di trovare un’adeguata rappresentazione nelle parole, deve far parte dello strumentario mentale del terapeuta o del formatore, e devono rimanere sempre aperti dentro di lui, a dispetto delle apparenze più sfavorevoli.

Ricevere una domanda di aiuto, qualsiasi sia il problema presentato, da parte di qualcuno intrappolato in un vissuto di impotenza, e di conseguenza convinto che “tanto non c’è niente da fare” non è esaltante, non è esattamente il tipo di domanda che vorremmo ricevere. Può essere inevitabile, sul piano processuale, farsi prendere dallo sconforto, ritrovarsi con le stesse sensazioni del nostro interlocutore. Per questo è preliminarmente decisivo il dato strutturale, che ci dice che se quella persona si trova, per libera scelta, davanti a noi, una speranza, un’energia, un’intuizione di potenzialità devono trovarsi dentro di lei. Nel peggiore dei casi, grazie a questo lavoro, si arriverà a constatare la mancanza delle condizioni necessarie, e questo sarà comunque un risultato positivo, se confrontato a tante vicende processuali condotte stancamente nell’ambiguità, nell’illusorietà e nella frustrazione.

I TRE LIVELLI

Concludo proponendo una rappresentazione schematica che ritengo utile a fini didattici, e anche un prezioso riferimento per il terapeuta in carne e ossa.

Possiamo distinguere in astratto, e convenzionalmente, tre diversi livelli, sui quali distribuire tutto quanto si riferisce al terapeuta e al suo lavoro col paziente: il livello di ruolo, il livello funzionale teorico, e il livello funzionale reale, il modo cioè di funzionare di quello che ho definito il terapeuta in carne e ossa. I primi due livelli appartengono all'area della strutturaltà, il terzo all'area della processualità.

Il ruolo, nelle relazioni di aiuto, ha caratteristiche che rimangono invariate qualsiasi sia la concezione teorica seguita dal terapeuta. Gli attributi dell'adulità, della responsabilità, della capacità, della competenza, dell'autorità sono intrinseci al ruolo stesso del terapeuta: chi occupa quella posizione non può che prenderne atto, e adoperarsi affinché il suo personale modo di essere e di porsi di fronte all'altro siano il più possibile corrispondenti a quelle caratteristiche. L'ingresso nel ruolo non consente margini di discrezionalità, segue la legge del tutto o nulla (o del dentro o fuori). Chi per assurdo non fosse d'accordo con questa impostazione avrebbe solo la libertà di non entrare nel ruolo (non è obbligatorio fare i terapeuti), non quella di modificarne i connotati, pena gravi e nocive conseguenze sul piano della funzione. È lo stesso problema che, nella vita, hanno i genitori: l'essere genitore, il ruolo di genitore, una volta che uno ha messo al mondo un figlio, è una condizione automaticamente conseguente, con tutte le incombenze che ne derivano.

Anche il dato strutturale dell'asimmetria è un dato invariabile, nel senso che non dipende dalla discrezionalità del terapeuta il fatto che la sua posizione è strutturalmente slivellata e non intercambiabile con la posizione del paziente. Quegli operatori, quei servizi che accettano o propongono programmaticamente il "tu" con i loro utenti avrebbero molto da riflettere su questo punto, se si ponessero il problema.

È mia impressione che finora la teorizzazione psicoanalitica abbia sottovalutato, o abbia dato per scontate, il che è lo stesso, le implicazioni relative al ruolo. Nella vita, un buon rapporto col proprio ruolo è decisivo ai fini del benessere, dell'equilibrio e della funzionalità. Tutto il processo di individuazione, maturazione e di evoluzione dell'individuo si possono vedere anche come un incessante processo di appropriazione del

proprio ruolo. Così è nel nostro mestiere di terapeuti. Il ruolo ci mette a disposizione risorse, poteri e facoltà che spesso non possiamo adeguatamente impiegare perché non lo sappiamo o non ci pensiamo, e perché non siamo abituati a considerarlo un amico. Il processo di appropriazione del ruolo passa inevitabilmente attraverso le nostre personali vicissitudini con coloro che, nella vita, si sono proposti, a noi piccoli, da una posizione di autorità e adultità. Se queste vicissitudini sono state contrassegnate da traumi, carenze e conflitti in misura maggiore del tollerabile allora il contenzioso con quelle figure in posizione di autorità ci ostacolerà in questo processo. Ma se abbiamo scelto questo nostro mestiere non è solo per perpetuare all'infinito la nostra conflittualità con quelli che non ci hanno amato nel modo che avremmo voluto, ma anche per poter a nostra volta amare in modo meno malato. Per questo è necessario tener presente, o che qualcuno ci aiuti a tener presente, che le ragioni per cercare un buon rapporto col ruolo sono più forti e più valide di tutte le ragioni che ci spingerebbero a contestarlo o a rifiutarlo.

Per spiegare quelli che ho definito il livello funzionale teorico e il livello funzionale reale ricorro a questi stupendi versi di Alceo, un lirico greco del settimo secolo avanti Cristo:

Da terra conviene progettare la rotta se si riesce a farlo destralmente ma quando si è per mare bisogna correre col vento che c'è.

Progettare la rotta. La rotta si progetta a tavolino. Per farlo occorre possedere un complesso di nozioni teoriche e strumenti tecnici di alta specificità. Lo stesso vale per il terapeuta. Con la dizione "livello funzionale teorico" intendo indicare quel complesso di principi, conoscenze e convinzioni che si posseggono riguardo al proprio mestiere. In altre parole, la nostra concezione della terapia. E siccome "andar per mare" significa per noi l'aver a che fare con persone che ci chiedono interventi decisivi ai fini della loro vita e del loro benessere, la nostra concezione della terapia sarà strettamente legata alla nostra concezione della persona, della sua libertà, della sua responsabilità.

In che posizione mettiamo coloro che ci chiedono aiuto? Li consideriamo oggetti o soggetti del nostro intervento? Pensiamo di poter-dover intervenire sui sintomi della sofferenza, o

riteniamo di dover incontrarci e dialogare col sofferente? Ci riteniamo responsabili dell'altro, della sua vita, delle sue scelte, dei suoi comportamenti, o limitiamo la nostra responsabilità all'espletamento il più possibile corretto della nostra funzione?

Come si può vedere, dalla risposta che diamo a questi interrogativi di fondo discendono due diverse modalità di svolgere la nostra funzione, due diverse teorie della terapia, due diverse teorie della tecnica. Dico due, e non cento o mille o più come forse sarebbe più giusto, perché la sconfinata varietà delle teorie e delle tecniche di cui si avvalgono la psichiatria, la psicoterapia, la psicoanalisi sono tutte riconducibili a una delle due concezioni in materia di rapporto tra terapeuta e paziente in fatto di libertà e responsabilità.

La concezione di gran lunga maggioritaria, nella nostra cultura, almeno nei fatti e nei comportamenti, è quella che prevede l'asimmetria tra terapeuta e paziente estesa anche alla funzione. Ne consegue una funzione terapeutica fondata su un'attività di guida, indirizzo e indottrinamento dell'altro, condotta secondo propri criteri e proprie valutazioni. Che questi criteri o queste valutazioni si facciano discendere da una determinata dottrina e da un conseguente apparato diagnostico "scientificamente" fondati non cambia la natura del problema.

L'altra concezione limita l'asimmetria del rapporto al ruolo, mentre pone terapeuta e paziente su un piano di reciprocità funzionale: in questo caso la funzione terapeutica può essere concepita come un accompagnamento del paziente nella ricerca della propria autorealizzazione. In questa seconda eventualità, il terapeuta non dovrà affannarsi, per il "bene dell'altro", a convincerlo, a dirigerlo, a correggerlo, a modificarlo, a interpretarlo, a imporgli, perché egli è consapevole che nessuno può sostituirsi all'interessato nella ricerca di questo bene. Piuttosto, a coloro che gli chiedono aiuto, fin da subito proporrà interrogativi su quei modi di sentire, di reagire e di comportarsi che il paziente mette in atto nel rapporto con lui. Il paziente è prigioniero di quei modi, sono gli unici di cui dispone. Tra l'altro, in una visione retrospettiva della sua storia, questi modi hanno una loro legittimità e una loro ragione d'essere. Anche per questo il paziente vi è attaccato. Ma sono modi malati nel momento in cui vengono trasferiti pari pari

nell'attualità, senza mediazioni, senza consapevolezza. Accogliendolo e presentandogli interrogativi, il terapeuta aiuta il paziente a porsi problemi che neppure sospettava, lo abitua a guardarsi dentro, lo induce a cogliere la distanza tra dove lo spingono le sue emozioni e dove dovrebbero essere indirizzate per una buona realizzazione. Gli interrogativi che pone il terapeuta non producono risposte immediate, ma indicano la possibilità di una ricerca.

Il livello funzionale teorico appartiene anch'esso all'ambito della strutturalità. Voglio dire che tutto quanto attiene alla progettazione della rotta preesiste all'"andar per mare" vero e proprio, ed è ponibile in termini oggettivi, definiti e vincolanti. Sono proprio queste caratteristiche di preesistenza, fissità e stabilità a far da riferimento e da guida nella "procellosità" della navigazione. Nella processualità delle nostre relazioni cliniche quel "pacchetto" di dati strutturali che abbiamo scelto e fatto nostro diventa la nostra bussola, stimola la nostra creatività, garantisce la nostra discrezionalità, ci evita di trascendere nell'arbitrarietà.

Il livello funzionale reale, infine: è quello che è, nel senso che è quello compatibile con le circostanze esterne, sempre diverse e mutevoli, e quello relativo al livello di capacità e di maturazione umana e professionale da noi raggiunto al momento.

Nella mia esposizione vi ho mostrato tre esempi di funzionamento reale (di processualità) e relativo ricorso ai dati del "pacchetto" (strutturali).

Nel primo, la proposta-possibilità-eventualità (mi esprimo così per evitare che il mio intervento venga inteso come una prescrizione) di mollare tutto scaturisce da un dato strutturale elementare, che dice che se non siamo riconosciuti e rispettati nel nostro ruolo, non abbiamo nessuna possibilità di agire terapeutamente. Essendo un dato appartenente al livello di ruolo, non consente spazio alla discrezionalità del singolo. Non vedo cos'altro si poteva dire all'assistente sociale, in quella circostanza.

Nel secondo, mi avvalgo del principio strutturale secondo il quale per lavorare per l'altrui benessere dobbiamo preliminarmente preoccuparci del nostro. Un elemento del setting come quello della frequenza e della regolarità delle sedute deve ovviamente tener conto delle esigenze e delle possibilità

del paziente (il che vale anche per il denaro, nell'attività privata), ma contestualmente alle esigenze e alle possibilità del terapeuta. Se il setting va stretto al terapeuta, questa condizione da sola è sufficiente a compromettere un buon svolgimento della sua funzione. In questo secondo esempio si coglie, tra l'altro, il margine di discrezionalità riservato al terapeuta. Il principio strutturale è vincolante, vale sempre in ogni caso, mentre la sua rappresentazione pratica, cioè la sua immissione nella processualità della relazione terapeutica passa attraverso la creatività e la soggettività del singolo. Voglio dire che il passaggio da due a una seduta settimanali era uno dei tanti modi possibili per mettere in pratica il principio. A me è venuto in mente quello.

Nel terzo esempio si apprezza il valore e l'efficacia del dato strutturale rappresentato da questo interrogativo: che cosa spinge colui che si trova davanti a me in un contesto terapeutico o formativo a dirmi le cose che mi dice? Si tratta, come ho già fatto presente nell'illustrazione di quella situazione, di non farsi fuorviare o confondere dalle parole, dai racconti, dai problemi, dai sintomi. Che cosa c'era di più logico, in quell'esempio, che prendere in considerazione la relazione dell'assistente sociale col ragazzo carcerato? Eppure...

Vi sarete accorti che, soprattutto in queste considerazioni conclusive, ho mescolato terapeuta e formatore, situazione terapeutica e situazione formativa. L'ho fatto in parte per comodità espositiva, in parte per ribadire che la logica sottostante alle due situazioni è identica. Cambiano i ruoli, ma la natura dell'esperienza, il tipo di processualità, il pacchetto dei dati strutturali sono gli stessi in entrambi i casi.

A che punto siamo con la Russia

di Erika Klein

Femminilità minacciata e violenza al giorno d'oggi

Quanto un padre patriarcale o, al contrario, assente, giochi un ruolo determinante nelle donne vittime di violenza

di **Simonetta Molaschi**

A CHE PUNTO SIAMO CON LA RUSSIA

La Russia è il Paese del “come se”, vorrebbe tanto essere un Paese normale ma non può e allora fa tutto come se lo fosse. Organizza elezioni grandiose e fa finta che siano vere, cita di continuo la Costituzione che effettivamente c'è ed è ben scritta, ma tutti sanno che è per la vetrina, di fatto non conta nulla, sono le regole non scritte che contano. La Russia continua a rimandare il momento di entrare nella civiltà dei diritti; ogni volta che si avvicina alla libertà ne ha paura, torna indietro alla non libertà, dove non c'è spaesamento e tutto è più comprensibile, la verità stabilizzata. Il Grande Paese è rimasto arcaico, con una visione feudale dei rapporti da cui, per ora, non si esce. La tentazione della democrazia e della politica, con tutto il suo carico di contraddittorio, è vissuta come un affronto allo Zar, al suo ruolo di padre della patria. Centosei anni di regime totalitario, salvo brevi parentesi, hanno forgiato una mente legata, chiusa su sé stessa, ancorata a un racconto immaginifico della propria insuperabile potenza che l'Occidente si ostina a non riconoscere. Il fatto è che la Russia, anche quando parla male di noi, ci insulta, ci rifiuta - “Non vogliamo più essere Europa” - non ci perde mai di vista, anzi, si definisce proprio nell'astio che prova verso di noi. Ci chiama tutti nazisti, per meglio rimarcare il nostro status di nemici. In realtà siamo la parte centrale delle sue ossessioni. La Russia vuole il nostro riconoscimento, ma lo vuole in maniera così dissennata da renderlo inammissibile.

Le conquiste territoriali per esibire prestigio sono da un pezzo uscite di scena nel mondo moderno e rivendicarle in nome di passate appartenenze imperiali è primitivo e paradossale. Ci dice però qualcosa sull'impossibilità di affermarsi in altro modo, con mezzi più qualificanti. La Russia oggi è penosamente sprovvista di qualsiasi eccellenza da proporre al mondo. All'infuori dell'industria bellica non produce nulla che serva al vivere civile e che possa mostrarsi competitivo. Delle figure culturali ha dichiarato di farne volentieri a meno e così gli artisti, gli scrittori, i registi più interessanti hanno dovuto lasciare la Russia, minacciati dalle rappresaglie che toccano agli "agenti stranieri". Rimane il messianismo come convinzione di possedere una facoltà speciale che altri popoli non hanno, quello di far cambiare rotta all'umanità. Ha funzionato per tutto il lungo periodo del comunismo, ma oggi appare un mito scaduto. Oggi c'è lo "stalinismo di ritorno", un regime di orwelliana memoria che sembra una provocazione della storia e ci rimanda piuttosto a una verità psicoanalitica ben nota: la vita ti presenta sempre gli stessi problemi, finché non li prendi in mano e non provi a risolverli. La Russia non ha mai fatto i conti col proprio passato, col sistema di impunità criminale durato troppo a lungo.

Occorre dire che anche noi, Occidente, non abbiamo fatto i conti con il terribile passato della Russia, con gli ideali utopistici che abbiamo proiettato sulla Russia, quando era Unione Sovietica e ora tutto ci viene addosso e cerca spiegazioni. In Europa è tornata la guerra ed è portata non dai nazisti tedeschi ma da quei russi a fianco dei quali avevamo combattuto e che ora ci chiamano nazisti. Un guazzabuglio di non facile comprensione tutto da sbrogliare. Perché i russi vogliono la guerra? In realtà non sappiamo se la vogliano, di sicuro la vuole Putin. Il popolo non è né a favore né contro la guerra, il popolo è a favore di quello che vuole Putin, il quale pensa per loro, al quale hanno delegato tutto. Qui sta infatti il punto. Putin è un uomo del sottosuolo che incarna una combinazione infiammabile di insicurezza, rancore, rivalsa. Il problema è che non c'è nessuna distanza fra le emozioni di Putin, le sue ambizioni personali e la realtà che mette in campo, non ci sono istituzioni, filtri, passaggi intermedi, figure di contra-

sto che siano al riparo dal rischio “punizione”. Si è tornati al puro arbitrio di un gran principe del ‘500, come racconta lo scrittore Sorokin nel suo inquietante romanzo *La giornata di un Opričnik*, dove *Opričnik* era la guardia personale di Ivan il Terribile, addetto all’attuazione delle follie raccapriccianti del capo. Si è tornati alla grande paura russa dove però bisogna far finta che tutto sia normale.

C’è uno solo che non ha avuto paura; l’hanno fatto fuori, ma non è servito a molto, la sua incredibile personalità decisa, sfrontata, ironica, allegra ha aperto una falla nella cappa di omertà e terrore. È diventata contagiosa, un modello di comportamento finora inconcepibile nella Russia che conosciamo. Navalnij si era chiesto perché mai la Russia dovesse restare un Paese disgraziato, cupo, represso, rassegnato, condannato a portare il peso di un destino messianico ormai fuori contesto. La Russia poteva diventare altro, un Paese moderno, libero e felice, occorreva solo che in tanti avessero voglia di smettere di aver paura. Lui davvero non l’aveva, fiducioso, in fondo, che ce l’avrebbe fatta anche dall’oltre Circolo Polare dove l’avevano mandato. Non è stato così, ma con lui qualcosa è successo alla società. Si è smossa quella forza micidiale che è l’inerzia. Ogni occasione è diventata buona per mettersi in fila e provarci. Due candidati che Putin riteneva innocui hanno osato presentarsi e chiedere alla popolazione le firme necessarie per la registrazione. Non ci si aspettava niente, la solita indifferenza. Decine di migliaia di persone hanno invece risposto da tutte le città della Russia e sono uscite, sfidando l’occhio minaccioso delle telecamere. Dietro avevano Navalnij, in quei giorni ancora in vita, il suo sostegno, la speranza, non di cambiare i numeri, quelli erano implacabili, ma il clima, qualcosa di cordiale da contrapporre all’eterna cultura dell’isolamento e del sospetto. L’autorità si è innervosita e i due candidati Duncova e Nadeždin sono stati prontamente estromessi. Ma la prova di coraggio è piaciuta ai russi, ci hanno preso gusto. La coda è diventata simbolo di resistenza al regime. Infinita quella ai funerali di Navalnij, non per caso eliminato, una coda che non riusciva a smettere di sfilare ed è durata parecchi giorni di seguito. E poi di nuovo il 17 marzo con il “voto a mezzogiorno”, ideato come segnale di dissenso

dall'opposizione in esilio; tutti in fila ai seggi in tutte le parti della Russia e ai consolati, fuori dalla Russia. Una coda lunga e festosa, la gioia di ritrovarsi, di sperimentare un'intimità fra persone che non si conoscevano ma sentivano di essere lì a testimoniare la realtà di una nuova Russia possibile.

Erika Klein

FEMMINILITÀ MINACCIATA E VIOLENZA AL GIORNO D'OGGI

Quanto un padre patriarcale o, al contrario, assente, giochi un ruolo determinante nelle donne vittime di violenza

Nello spazio intimo della nostra seduta, noi psicoterapeuti accogliamo ciò che da fuori viene portato dentro e, simultaneamente, ciò che già da dentro si mescola con ciò che è già fuori, all'esterno della seduta.

Al di là degli inquadramenti e delle categorizzazioni necessarie, e di tutti gli aspetti che il dibattito sociale, filosofico e politico ci presenta, noi accogliamo aspetti che vanno più nel profondo di come vengono affrontati dai *mass-media*, e sono aspetti tanto simbolici quanto reali. Reali quanto basta, in quanto fluttuano nel "qui e ora" della seduta, aspetti profondi e individuali e in quanto individuali sociali, e in quanto sociali allo stesso tempo individuali, considerando l'ipotesi, per citare Freud, che "le relazioni d'amore, ovvero i legami emotivi, costituiscano del pari l'essenza della psiche collettiva" (Freud, 1921, p. 36).

"Ci sono donne molto maschiliste", affermava il giornalista Michele Serra in una recente trasmissione di attualità. Le sue parole riecheggiano quelle di un mio paziente, un uomo imprenditore di successo, alle porte dei suoi sessant'anni. Il paziente, primo figlio di quattro fratelli e sorelle, dichiara che pur essendo vissuto soltanto con la madre, in quanto il padre era morto quando lui aveva soltanto sette anni, la sua famiglia fosse fortemente "patriarcale": ai maschi veniva dato sempre il primo posto, e il privilegio; ma ne conseguiva che la donna dovesse essere sempre e faticosamente conquistata e soddisfatta.

Il caso di Giulia Cecchettin, la ragazza torturata e poi uccisa dall'ex fidanzato nel novembre del 2023, ha portato tristemen-

te alla ribalta la patologia sempre più diffusa in questa epoca storica e generazionale.

È proprio in questo contesto che Sara, una giovanissima paziente che seguo da soltanto alcune sedute, sospinta dalla madre preoccupata, mi vuole parlare della relazione “tossica” in cui si trova, nonostante i tentativi di porvi fine. Racconta Sara:

Già da bambino Leo (n.d.r. il fidanzato della paziente) era prepotente e si comportava da bullo. Eravamo amici dai tempi della scuola materna, nonostante ciò, mi sentivo a disagio con lui. A un certo punto della nostra relazione, quando ero in procinto di partire con lui per Parigi - una breve vacanza che mi stava regalando - rifiutai, volendo chiudere la nostra frequentazione. Dopo sette mesi, però, Leo è ritornato per ricominciare la relazione, ma non mi sentivo di farlo e al tempo stesso mi dispiacevo per lui, e per il suo cane che stava male. Lui mi ha insultata, si è arrabbiato e così sono tornata. Da allora nel nostro quotidiano si è scatenato un inferno all'interno del quale io dovevo restare sempre reperibile e rispondergli anche durante le lezioni universitarie. Nella nostra diade era sempre presente sua madre, invischiata e giudicante nei miei confronti, la quale pretendeva che aiutassi il figlio assiduamente e che dichiarava: “Fa così perché ti vuole bene”, “Fa così anche con me e dunque questa è l'espressione dell'amore”.

Ogniqualevolta la paziente Sara si decide a mettere distanza, Leo incombe, la insulta, la svaluta, la minaccia. Si presenta sotto casa e suona al citofono per ore, anche nel cuore della notte. Attira, con l'aiuto degli amici della compagnia condivisa, la ragazza a un appuntamento, nel quale platealmente chiede scusa e si dichiara, con tanto di cartellone con scritto a grossi caratteri “ti voglio sposare”. E ancora, successivamente, in un'altalena di “vicino-lontano”, per riconquistarla scrive pagine di lettere di scuse e di adulazione, portando fiori alla paziente e a sua madre.

Orpello narcisistico della propria mamma - che la vive come la rivincita sulla sua stessa madre - un padre assente, un fratello maggiore gravemente psicotico e violento in cura psichiatrica del quale prendersi cura, e un fratellino minore, Sara è l'inconsapevole vittima ideale di un altrettanto inconsapevole ma pericoloso carnefice. “I numeri primi sono divisibili soltanto per uno e per se stessi. Se ne stanno al loro posto

nell'infinita serie dei numeri naturali, schiacciati come tutti fra due, ma un passo in là rispetto agli altri" (Giordano, 2008).

Sara: per lui sono sbagliata e la peggiore, però sono anche la migliore, e poi devo dimostrare a lui che sono una bella persona, una percezione di me stessa che non ho, ma da quando mi tratta così allora mi chiedo se sono innamorata... E da lì la vita va in frantumi, e inizio ad avere problemi con l'università.

Quando Sara si riavvicina, Leo ritorna a essere isterico e aggressivo "come un padre da temere, che ti sgrida e rappresenta l'autorità", dice Sara. La appella senza mezzi termini come una "puttana" e le augura di morire, tanto più feroce quanto successivamente più dolce per farsi perdonare, dichiarando che la vive come "la madre dei loro figli", in una relazione che sarebbe durata per tutta la vita.

Un Leo sempre iroso e negativo, un comportamento che porta a spegnere la pulsione vitale di Sara. La vittima viene manipolata e pian piano assoggettata, le si toglie il senso critico, eliminando così la possibilità di ribellione. All'inizio la sottomissione come bisogno di riconoscenza è preferibile all'abbandono (Hirigoyen, 2015).

"La mia essenza è incline alla manipolazione", dice Sara. E continua: "Cosa devo fare? Perdonarlo?". Siamo solo all'inizio, e in conclusione di seduta mi sento soltanto di restituire quanto mi arriva come ossessione. Per adesso, le consegno solo due parole chiave: "Proteggiti. Non diventare vittima".

Simonetta Molaschi

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Hirigoyen, M. F. (2015). *Molestie Morali*. Torino: Einaudi.

Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Torino: Einaudi, 2013.

Giordano, P. (2008). *La solitudine dei numeri primi*. Milano: Mondadori.

Una domanda impossibile: non essere

Sono le 10.14 del 20 aprile 2023. Poco meno di quattro anni dall'inizio di questo percorso e poco più di un mese dalla fine. Sono in ritardo, manca poco tempo alla scadenza per consegnare le pagine che confido riuscirò a scrivere di seguito, e non mi stupisce per niente essermi trovata anche questa volta, anche quest'anno, all'ultimo momento. Odio gli addii, fanno di me una procrastinatrice seriale. Sempre la stessa storia, piena di buoni propositi iniziali, piena di buona volontà per allontanarmi dal pensiero, per poi finire nel sentirmi bloccata ogni volta che provo precocemente ad avviarmi al lavoro di scrittura.

Mi rimprovero. Mi perdono.

Una volta ero solita mettere spesso per iscritto i pensieri, le emozioni, i sentimenti, ma ora ogni volta che mi accingo a farlo non ho alcuna fiducia nel fatto che riuscirò a portare a termine il mio lavoro. Certo non devo scrivere di seguito una lettera di diario, ma è come se in qualche modo volessi non fallire nel trasmettere a chi leggerà cosa sono stati per me questi quattro anni.

Anni di fatica, la sveglia alle 4.00 del sabato, le colazioni in stazione, i treni presi e persi, i ritardi, i caffè per stare sveglia, i pianti durante le supervisioni, la paura di non valere nulla e di raccontare un errore. Poi la gioia, la speranza, la dedizione,

gli abbracci con i colleghi, la curiosità e l'attesa di questo momento, l'ultimo.

Felicità e nostalgia, la sensazione di dover abbandonare una grande barca per continuare su una scialuppa senza motore, con i remi che con fatica dovrò muovere da sola.

Mi spavento. Mi sento sola.

Prima d'ora, prima di iniziare veramente a scrivere queste pagine, mille idee confuse, mutevoli in ogni loro forma, prima pensate e scritte, poi ripensate e cancellate. Di cosa parlo? Che paziente porto?

Non disinteresse, non fatica, ma paura. Paura di non essere all'altezza, paura di salutare quello che è stato e accogliere quello che sarà. Sono anche un po' eccitata, di quell'eccitazione che cerco sempre e trovo nell'ebbrezza dell'ultimo, ultimo anno, ultimo mese, ultimi giorni, ultime ore. Quella fretta che mi fa scrivere tutto d'un fiato, espormi senza pentirmi, rileggere e accettare anche ciò che non mi piace, scrivere di me, dell'altro, di noi in quella stanza, del nostro incontro e del nostro "amore".

Se un po' mi conosco so per certo che non sarò soddisfatta del risultato. Sempre critica, sempre meno colta degli altri, meno ordinata e troppo caotica. Sempre così fuori luogo, mai la frase articolata come si deve, mai la citazione pronta, mai il ricordo lucido del riferimento teorico che sarebbe opportuno inserire.

Mi sento sempre un po' come Giulio, ne parlerò poi, la mosca bianca di un mondo che mi sembra sempre più adeguato di quanto lo sia io.

A proposito di adeguatezza, ricordo ancora le mie prime settimane da aspirante terapeuta. Avrei dovuto sentirmi già tale, ma l'autorizzazione a esserlo era ancora molto distante, e di certo era distante la probabilità fossi io a darmela. Ricordo la scelta d'abito del primo giorno in studio, tentativo ostentato di donna colta ed elegante di mezza età. Sorrido, mi faccio tenerezza ora seduta sulla scrivania del mio studio in jeans e t-shirt, comoda e finalmente autorizzata a essere una terapeuta, in carne e ossa. Senza diamanti, senza fronzoli, in tutta la spontaneità e l'autenticità della mia inadeguatezza. Volendomi bene. Lo stesso bene che vorrei imparasse a volersi Giulio.

Giulio ha ventuno anni e si odia, odia il suo corpo, odia il suo carattere, la sua personalità, la sua mente e la sua anima.

Niente di lui va bene per lui. Lo stesso senso di inadeguatezza che conosco molto bene. Quella sensazione di essere sbagliati in un mondo giusto.

Giulio è un ragazzo nato e cresciuto a Bolzano, città che dista poco meno di un'ora da Trento. Figlio unico di buona famiglia. Figlio modello, di buona presenza e invidiabile pacatezza. Studente modello, di libri e di musica. Fagotto, pianoforte e sax soprano. Modello anche nelle relazioni con i figli degli amici, "sempre così sorridente e ben disposto", dicono i genitori.

Fino a qualche anno fa.

Ora ribelle e pungiglioso, ingombrante e richiestivo. Ritartrato seriale alle lezioni in università di fisica, voti mediocri, pochi interessi circoscritti perlopiù ad attività casalinghe al *pc*, pochi amici con cui intrattiene relazioni online. Introverso e taciturno. Rumoroso.

La lista dei genitori sul "cattivo figlio" o sulle "delusioni educative" prosegue con l'insoddisfazione per il poco tempo passato a suonare il fagotto, l'unico strumento residuo, o a fare sport. Per la forma fisica non abbastanza curata o per l'alimentazione non troppo salutare. Abbastanza simpatico, però "sembra che si sforzi".

Queste le parole dette dai genitori durante un recente colloquio da loro richiesto; l'elenco potrebbe continuare per una pagina, ma mi fermo. Mi fermo per tornare forzatamente a quel senso di fastidio provato in quell'occasione, la sensazione di essere sbagliati nella misura in cui si è diversi da quello che dovremmo essere o che ci si aspetterebbe che fossimo. La distruttività del "non vai bene così".

Ecco come ti senti Giulio. Ecco perché ti senti sbagliato, perché mi racconti delle litigate con i tuoi. Perché mi dici che non va loro bene niente. Mi chiedo come potresti andarti bene tu.

Ecco perché ti odi così tanto. Perché hai iniziato a farti male, ad attaccare un corpo che urla qualcosa che non comprendi, perché chissà se le emozioni hai mai potuto provarle. Forse le più adeguate, le più accettate.

Ecco perché sei venuto da me chiedendomi di cambiare, di abbandonare questo corpo e regalartene uno nuovo.

Giulio a me vai bene così.

Ho incontrato Giulio per la prima volta a ottobre 2021. Fredda giornata nuvolosa autunnale, lui in maniche corte, sudato come un maratoneta alla linea del traguardo di una 60 km. Entra guardando in basso, evitando il mio sguardo come un'allergia, va dritto alla poltroncina rossa davanti a me.

Lo guardai. Contratto e teso con le braccia strette a morsa lungo il corpo e con le unghie, i solchi sulla pelle. Un silenzio così ingombrante, un silenzio con cui ancora non avevo imparato a stare. Parole non dette con un corpo che urla.

È spaventato e io, non so perché, lo sono con lui.

Era lì per chiedermi di cambiare il suo corpo, un corpo fonte di così tanta angoscia, rumoroso e incontrollabile. Un corpo che non avrebbe voluto né femminile né maschile. Un corpo che non esiste se non per scappare e rifugiarsi nel *Non Essere*. Era lì con una domanda impossibile.

Lì era la stanza dell'associazione con la quale collaboro a Bolzano per i percorsi di valutazione psicologica con persone transgender intenzionate ad avviare un percorso di affermazione di genere. Quel giorno riuscì a fatica a raccontarmi di lui. Ogni frase era rotta da un pianto disperato. Riuscì a dirmi che era lì per cambiare il proprio corpo e che se non lo avesse fatto avrebbe potuto perdere il controllo e fare qualcosa di "riprovevole". Si sentiva una persona "cattiva" e "schifosa", a tratti pericolosa.

Lo interrogai. Il suo corpo si stava facendo sentire troppo e troppo forte, lo stava portando a fare "brutti pensieri" sugli altri. Lo interrogai nuovamente. Finalmente capii. Non riusciva ad accettare un corpo eccitato, sessuato, sessuale. Un corpo relazionale, attratto e per questo vissuto nella sua devastazione pulsionale. Un corpo bambino che stava crescendo, sentendo e cambiando nelle sensazioni e nella forma. Cambiamenti sconosciuti e per questo inaccettabili. Più avanti Giulio mi dirà aver per questo pensato di amputarsi il pene, per non sentire più il sangue affluire lì. La castrazione di un corpo assente al simbolico nel tentativo illusorio di placare il caos emotivo.

Non puoi chiedermi di fare questo Giulio.

Finì il tempo di quel primo incontro. Non avrei potuto fare quello che mi stava chiedendo, non prima di esserci fermati assieme e prenderci il tempo per capire, rendere la domanda

possibile e trovarne il desiderio profondo. Così, sinceramente, gli dissi che quello non era il luogo adatto per prenderci cura di tutto quello, che serviva un tempo e uno spazio altro, fatto di ascolto, delicatezza, pazienza e comprensione. Senza la pretesa che il mio studio privato, inaugurato solo un mese prima, potesse già essere tutto questo, lo invitai comunque.

Ne avrebbe parlato con i genitori.

Accettò.

La settimana successiva eccolo lì davanti a me. Altro luogo, altra città, altro orario, altro profumo. Anche lui sembrava altro. Il ragazzo introverso e silenzioso non c'era più, o almeno non in quel momento. Giulio entrò spavaldo a gamba dritta. Capello riccio nero scosceso, t-shirt del gruppo musicale preferito, jeans nero attillato e scarpe sneakers rosse fuoco. Proprio un bel ragazzo, sorridente, energico, piacente.

Mi disse che stava molto meglio rispetto al nostro primo incontro. Dopo quel momento aveva passato dei giorni molto brutti ma poi sperimentato un forte senso di libertà, di svuotamento. Non aveva mai parlato dei suoi problemi a qualcuno e ora che aveva deciso di fare qualcosa per sé, era molto contento.

Capii solo in seguito l'importanza di quell'invito, ma soprattutto l'importanza che fosse stato pensato, accolto e confermato. Giulio e io alleati in questo percorso, ognuno con il proprio "cinquanta" e ognuno con le proprie speranze.

Non lo ritrovai più il Giulio del nostro primo incontro, o almeno raramente. Quel Giulio autenticamente esposto, emotivo, spaventato perché capace di sentire, ascoltarsi, viverci. Ben presto si alzarono le difese, difese rigide e soffocanti.

Chiuso (evitato) il discorso della sessualità, entrò quello dell'aggressività. Fare del male agli altri, paura che gli altri ne facciano a lui, fare del male a se stesso. Un gioco di proiezioni degno di un incantatore. Comprò un coltellino, per difendersi dagli altri o per fare male a se stesso. Iniziò a tagliarsi, non con quel coltellino ma con ogni altra cosa a disposizione. Tagli frequenti ma delicati, quasi invisibili, mostrati con orgoglio a ogni seduta.

Si tagliava per sentirsi vivo, diceva, per non annoiarsi. Quando iniziammo ad avere un po' più di confidenza, mi disse invece che lo faceva per spostare il sangue dal pene e non pensare a masturbarci. Fu quella volta che mi disse di aver

pensato di amputarsi il pene. “Perché Giulio?”, lui: “Per smetterla di sentire strane cose”. Castrazione silenziatrice per mettere a tacere la potenza pulsionale.

In quel momento mi ricordai il motivo per il quale io e Giulio ci eravamo conosciuti. Lui voleva intraprendere un percorso di affermazione di genere. Transitare dal maschile al femminile, anzi a un corpo ermafrodita, era il suo desiderio. Essere meno uomo ma nemmeno donna. Trasformare, annullare un corpo fonte di sensazioni angosciati nell’illusoria speranza di *Non Essere*.

Pensieri magici e rigide difese si susseguirono per un lungo periodo. Tutti tentativi, per fortuna solo pensati, di agire per riorganizzare il suo caotico e conflittuale mondo interno. I colloqui si ridussero piano piano a uno “svuotatoio” simil psicotico nel quale ben presto mi annoiai fino a perdermi. A tratti incantata da una così fervida immaginazione, a tratti spaventata ma poi nuovamente ipnotizzata da questa danza relazionale in cui in realtà mi sentivo la grande assente. Non c’ero, non ero quello che Giulio avrebbe voluto per sé. Mi interrogai. Mi chiesi dove mi ero persa. Cosa stava succedendo tra di noi? Giulio mi aveva esclusa da ogni suo discorso, dalla nostra relazione. Mi sentivo inutile, persa, mero contenitore di angosce e imprigionanti difese. Ero arrabbiata. Privata di qualsiasi mia funzione, relazionale, terapeutica, qualsiasi. Senza speranza e senza bussola. Galleggiavo come su un materassino al sole d’estate. Agonizzante di noia e delusione. Sicuramente avevo sbagliato e stavo sbagliando, ma dove esattamente?

Capii solo dopo che andava bene anche così, che avevo una funzione terapeutica anche così. Quella funzione metabolica, trasformativa del caos emotivo del paziente. L’aiuto a simbolizzare le sensazioni, le emozioni, le angosce, i vissuti fino a quel momento indicibili. Quella *rêverie* che forse era a lui sempre mancata, accusato solo di deviare dalla norma, di non essere abbastanza, troppo o troppo poco in tutto. Una relazione altra dal conosciuto, una nuova via.

Luglio 2022: l’agito. Mi aveva parlato spesso del pensiero di suicidarsi, ma senza attivare in me quella preoccupazione allarmante che mi era invece capitata con altri pazienti. Quelli erano

giorni in cui ogni pretesto era buono per tagliarsi e il giorno prima mi ero intimidita ascoltandolo dirmi che questa volta non ce la faceva proprio più, che i motivi per vivere erano nulli. Disse: "Non penso al futuro perché tanto non ci sarò". Lo rividi piangere nuovamente per la seconda volta. "Allora vuoi vivere", pensai. Mi scrisse un messaggio alle 3.31 di notte: "Possiamo anticipare il nostro prossimo colloquio?". Al mattino acconsentii e lo rividi il giorno successivo. Mi raccontò di aver pensato di uccidersi, aver per questo comprato del gin e una corda per impiccarsi.

Mi spaventai. Molto.

Terapeuta alle prime armi e già alle prese con la morte, questa morte. Quel tipo di morte che contemporaneamente mi fa provare ansia, paura e impotenza. Una sberla in faccia a quell'illusione salvifica in cui ci si rischia di incartare all'inizio nel nostro lavoro.

Che paura. Che palle. Ricordo ancora di aver pensato: "Perché proprio a me e perché proprio ora, di già?". Non riuscii a stare da sola in questa paura e inviai Giulio in psichiatria. Antidepressivo e antipsicotico.

Un po' mi sentii in colpa, un po' mi sentii debole, un po' però anche più al sicuro. Forse disconobbi a Giulio il suo "cinquanta", forse me ne assunsi troppo poco io.

Avevo bisogno di aiuto, avevo bisogno di non sentirmi sola. Portai per la prima volta il caso in supervisione, lo spazio di ascolto e condivisione che più di tutti in questi anni mi ha fatta crescere e perdonarmi. Quell'abbraccio collettivo così spesso sperimentato troppo stretto ma contenitivo e liberatorio allo stesso tempo. Luogo di schiaffi e carezze psichiche. Difficile da spiegare quella spinta vitale e allo stesso tempo bloccante. Dover tuffarsi da un trampolino sapendo che quando ci si immergerà nell'acqua sarà una sensazione stupenda, ma aver paura di farsi del male prima di farlo.

Il lavoro di gruppo fu come sempre rigenerante e tornai nei colloqui con Giulio con tutto l'entusiasmo che avevo perduto.

I mesi passarono. Giulio cominciò a stare meglio, riprendere in mano la sua vita. Non più montagne russe da un umore all'altro e non più tagli. Uscii dalla trappola di quella ninna nanna soporifera e annullante in cui ero finita. Ora presente nella relazione con lui, la nostra relazione, finalmente in un

“noi” pur sempre caotico ma in cui i piedi erano finalmente tornati a toccare terra. Giulio iniziò a parlarmi di lui nel mondo, le relazioni, le ragazze dalle quali era attratto, qualche rara uscita con gli amici, i concerti *metal*, la patente, il trasferimento a Trento, un miglior rapporto con i genitori.

Tutto molto bello ma in questa ostentata adeguatezza stavamo adesso perdendo lui. Nessuna emozione. Glielo feci presente. Ne parlammo. Ci lavorammo.

Passò ancora qualche mese. Poi, un giorno, Giulio entrò in studio e mi disse: “Stavo pensando che alla fine le mie emozioni non sono poi così male. È bello sentirle”. Sorrisi. Incredula. Finalmente. Le emozioni iniziarono ad attraversare la relazione. Da qualcuna mi sentii investita anch’io. Emozioni belle e a volte brutte. Nessuna esclusa, nessuna paura. Finalmente responsabile della propria esistenza, in contatto con un mondo interno finalmente pensabile.

E arriviamo a un tempo recente. Un tempo in cui riemerge il discorso del corpo. Un corpo che Giulio odia ancora come la prima volta. La forma, le dimensioni, l’odore, la peluria. Un corpo contenitore di emozioni adesso accettabili ma un corpo senza Sé, non psichizzato. Vuole intervenire (agire) medicalmente per annullarne le forme e le caratteristiche, ecco ancora il desiderio di *Non Essere*.

Lo dice ai genitori. Senza avviso, senza pensiero. Coming out come persona transgender. Non la prendono per niente bene, saprò dopo. Il padre in lacrime si colpevolizza, la madre anch’essa in lacrime si chiede come non essersene accorta prima.

Me lo comunica scrivendomi un messaggio notturno durante le mie ferie: “La disturbo?” - dormo - “Ho fatto coming out con i miei, è successo un casino”. Lo vedo qualche giorno dopo: “Perché Giulio così, tutto d’un tratto?”; lui: “Mi ero rotto il cazzo”. Chiedo dei genitori e in realtà mi dice che è andata abbastanza bene.

Non so perché la sensazionalità di quell’agito mi innervosisce. Mi innervosisce anche il messaggio delle 2.00 di notte, in ferie, senza che in realtà fosse successo un casino.

Qualche giorno dopo vedo i genitori, adeguati ed espansivi. La madre si emoziona, il padre è molto arrabbiato. Non con me, non con Giulio, con se stesso. Per aver cresciuto un figlio

“sbagliato” e “fuori di testa”. Capisco ancora meglio come si è sempre sentito Giulio. Provo di nuovo quella sensazione di fastidio ma subito dopo la contentezza di esser stata per lui una specie di genitore altro, senza mai giudicarlo o demonizzarlo. Certo a volte spaventata, ma più dal suo dolore interno che da quella componente di pazzia che tanto ho sempre trovato anche in me. E ripenso subito agli attacchi al corpo, quelli dell’adolescente confusa e impaurita che ero. Un corpo - anche il mio - usato, punito, odiato e finalmente poi accettato e amato. Quello che mi piacerebbe accadesse anche per Giulio. E provo per questo quella funzione intrinsecamente ottimistica, quella speranza terapeutica che mi guida e che illumina il futuro della nostra relazione.

Senso di colpa. Mi sento anche in colpa, per non credergli, per non credere che la sua questione riguardi l’identità di genere, per non credere alla sua verità.

Non credo al paziente e non so come muovermi. Ho anche un po’ paura che Giulio lo capisca e che si arrabbi con me, la stessa rabbia che ha verso i suoi genitori. È un transfert che non sopporterei facilmente, non ora. Non me la passo ancora benissimo con la rabbia del paziente, mi ferisce, mi preoccupa, mi spaventa. Che poi il problema non è la rabbia, è il giudizio. Me la passo così male con il giudizio. Mi ricorda un padre buono ma severo, per il quale non ero mai abbastanza forte, mai abbastanza in grado o all’altezza.

Lo stesso timore che ha attraversato tutte queste pagine, di non essere abbastanza brava. Poi mi consolo pensando alla tranquillità con cui attendo i colloqui con Giulio, al suo sorriso quando entra in studio, agli appuntamenti mai saltati, al suo e al mio umorismo, i discorsi sui gruppi musicali e le serie, e quel *krapfen* che vuole tanto portarmi da quella volta che mi ha fatto molto ridere quando mi ha parlato della “casa del krapfen” a Bolzano.

Penso a tutto questo e torno alla nostra relazione. Mi conforta.

Porto il caso in supervisione e come sospettavo ne esco rinvigorita. E poi sento anche quella sensazione di eccitamento che provo sempre quando porto i casi, quella sensazione di rinnovamento relazionale, quel punto di nuovo inizio necessario per ripartire. Difficile da spiegare.

Ritrovo la mia funzione, non quella interpretante, che con Giulio non porterebbe da nessuna parte, ma quella di “reale”. Un po’ mi consola non dovermi arrovellare nell’interpretare il colorato mondo di Giulio, e un po’ vedo assolutamente possibile fare con lui una “clinica dell’oggetto” e non della parola. Interpretare inoltre il desiderio di *Non Essere*, né uomo né donna.

Torno a stare comoda con Giulio. Ho ritrovato la strada. Possiamo continuare.

Sono le 20.34 del 10 maggio 2023. Eccomi qui al termine di queste pagine. Anche adesso non mi sento all’altezza di una degna conclusione. Mi chiedo come si riesca a salutare un percorso così visceralmente vissuto. Mi chiedo se sono veramente pronta a superare questo traguardo. Sento qualcosa che mi trattiene e poi qualcosa che invece mi spinge. Mi sento in bilico e il dopo mi spaventa.

Ho tanto atteso questo momento, desiderato al punto tale da pensarlo un’utopia. Provo gioia, soltanto gioia. Tirata e strattonata da chissà quali forze interne, mi sento confusa ma felice. Ripenso agli anni passati e alle cose che posso essermi persa, magari non ero attenta o magari disinteressata. Penso subito di non essere stata abbastanza brava. Poi mi immagino nel mio studio, tutti i giorni, con l’entusiasmo e la curiosità autentica per la storia di ogni paziente. La relazione unica e irripetibile con ognuno di loro. La libertà che spero sperimentino in uno spazio che ho fatto così tanto mio da sentirlo casa, una casa in cui la porta è aperta ai sorrisi, ai pianti, alle gioie e alle angosce.

E quando penso a tutto questo, non posso far altro che vivere questa fine come un nuovo inizio. Lascio con dolore e nostalgia questa barca rassicurante e stabile per buttarmi in mare aperto, tra le onde e il vento, ma finalmente psicoterapeuta.

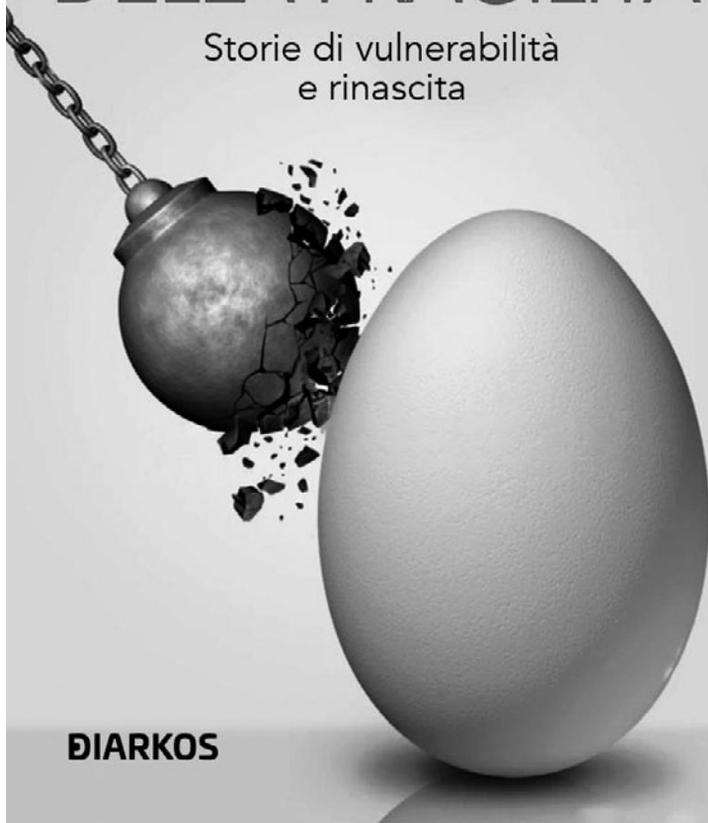
Grazie, a chi mi ha fatto gioire e chi invece soffrire. Grazie a chi amo.

Cecilia Smeraldi

Società

LA POTENZA DELLA FRAGILITÀ

Storie di vulnerabilità
e rinascita



DIARKOS

La potenza della fragilità

Storie di vulnerabilità e rinascita

di **Cecilia Smeraldi**

Grazie Cecilia Smeraldi, per questo libro scorrevole e avvincente, nonostante la complessità delle tematiche trattate. In cui emergono competenza tecnico-scientifica unita a un'indubbia capacità narrativa. Dalla sua penna nascono storie cliniche o lettere, come preferisce chiamarle lei. In cui si intuisce che approccia la disabilità cognitiva e mentale in punta di piedi. Con il garbo, il rispetto, la curiosità e la pazienza necessari. Allontanando il pregiudizio, subdolo cantico delle sirene, che suggerirebbe di gettare la spugna in molte situazioni. E soprattutto grazie, perché mantiene viva la speranza. Che le fa dire che ogni persona, seppur fragile, se è messa nelle condizioni opportune, può dispiegare il proprio potenziale creativo. Può compiere il proprio percorso evolutivo, piccolo o grande che sia. Purché libero dal carico delle aspettative altrui. Quella speranza molto contagiosa, che si propaga a macchia d'olio e illumina come una fiaccola il cammino buio di troppe vite. Tutto questo si evince dalla generosità con cui si racconta e racconta di Lulù, Camilla, Filippo e di tanti altri ragazzi e ragazze incontrati nella sua attività clinica ed educativa. Con sincerità, senza ipocrisia. E con la consapevolezza che anche i pazienti possono essere ottimi maestri. Ha tante qualità, Cecilia, che meritano di essere coltivate.

Fulvia Ceccarelli

I QUADERNI DEL RUOLO TERAPEUTICO

© Copyright 2024 IL RUOLO TERAPEUTICO

RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE:

Il Ruolo Terapeutico

Stampato in Italia
presso Olivares Srl
Robecco sul Naviglio (MI)

 il RUOLO[®]
TERAPEUTICO