

Sintomatologia nevrotica
“vetero-adolescenziale”
e sviluppo della persona

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Tesi di Dottorato di ricerca in

“Neuroscienze e riabilitazione motoria

e scienze del comportamento”

XVI ciclo

dott. Cristiano Maria Gaston – <http://cgaston.me/>

Pubblicata nel 2004

Rilasciata il 28 febbraio 2013 con licenza CC 3.0-by-sa (v1.0)

Copyright

Questo lavoro è rilasciato sotto licenza

Creative Commons 3.0-by-sa

(<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.it>)

Siete liberi di:

- riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare quest'opera;
- modificare quest'opera;
- usare quest'opera per fini commerciali.

Alle seguenti condizioni:

Attribuzione

Devi attribuire la paternità dell'opera nei modi indicati dall'autore o da chi ti ha dato l'opera in licenza e in modo tale da non suggerire che essi avallino te o il modo in cui tu usi l'opera.

Condividi allo stesso modo

Se alteri o trasformi quest'opera, o se la usi per crearne un'altra, puoi distribuire l'opera risultante solo con una licenza identica o equivalente a questa.

Indice

| | |
|--|-----------|
| Presupposti epistemologici e ambito della ricerca..... | 6 |
| Il 6.575° giorno..... | 6 |
| Zone di interstizione..... | 8 |
| Oggetto, strumento, contesto..... | 12 |
| L'osservazione clinica..... | 12 |
| La metodologia..... | 13 |
| Quale nosografia?..... | 14 |
| Fenomenologia clinica..... | 19 |
| Sintomatologia d'esordio..... | 19 |
| <i>Esordio fobico-ansioso.....</i> | <i>19</i> |
| <i>Esordio ossessivo.....</i> | <i>19</i> |
| <i>Esordio depressivo.....</i> | <i>20</i> |
| <i>Diagnosi.....</i> | <i>20</i> |
| <i>Caratteri comuni all'esordio.....</i> | <i>21</i> |
| La presenza di una "retrostruttura" costante..... | 22 |
| La personalità "vetero-adolescenziale" di Castellana..... | 25 |
| Descrizione della struttura "vetero-adolescenziale"..... | 25 |
| <i>Neutralità.....</i> | <i>25</i> |
| <i>Responsabilità.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Concretismo.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Temporalità.....</i> | <i>27</i> |

| | |
|--|-----------|
| La temporalità | 28 |
| Il Tempo come prima chiave di lettura..... | 28 |
| Temporalità come "prima" e "dopo" | 29 |
| <i>Prima.</i> | 29 |
| <i>Dopo.</i> | 30 |
| Il lavoro psicoterapeutico sul tempo..... | 30 |
| Temporalità come tempo fluido e tempo fermo..... | 33 |
| L'esordio: cesura o rito di passaggio? | 33 |
| Adolescente, adulto, aduatomorfo..... | 35 |
| Il corpo..... | 35 |
| Oppositività e individuazione | 36 |
| Identità e temporalità | 38 |
| Non adolescente né adulto | 39 |
| Psicopatologia e diagnosi | 41 |
| Elementi isterici | 41 |
| Elementi ossessivi..... | 42 |
| Identità fra isteria e ossessività | 43 |
| Identità, identità sessuale, identità di genere..... | 45 |
| Coscienza e coscienza dell'Io | 46 |
| La diagnosi..... | 47 |
| La persona come soggetto dell'esistenza | 49 |
| All'origine del problema..... | 49 |
| La persona | 50 |
| Dal caso al contesto | 55 |
| Incatenati dalla libertà?..... | 55 |
| Oltre la sindrome..... | 56 |
| <i>La centralità dell'individuo.</i> | 57 |
| <i>Il relativismo.</i> | 57 |

| | |
|---|-----------|
| La libertà del corpo | 58 |
| L'espulsione della violenza | 59 |
| Colpa, vergogna, responsabilità..... | 60 |
| Colpa, vergogna, struttura sociale | 60 |
| La famiglia | 65 |
| Civiltà di vergogna, civiltà di colpa | 66 |
| La malattia della responsabilità | 68 |
| Conclusioni | 71 |
| Epidemiologia | 71 |
| Terapia e prevenzione..... | 72 |
| Bibliografia..... | 74 |

Capitolo I

Presupposti epistemologici e ambito della ricerca

Il 6.575° giorno

6.574 giorni: è il periodo massimo durante il quale un individuo può di diritto ricevere le cure della neuropsichiatria infantile. Al compimento del 6.575° giorno di età, egli viene trasferito – sarebbe forse meglio dire trapiantato – nelle mani dei servizi di psichiatria adulti. Nel passaggio da un ambito all'altro cambiano i terapeuti, gli operatori, le strutture territoriali, i centri di assistenza. Cambiano le procedure e le linee guida psicofarmacologiche. Cambia in modo determinante il rapporto fra operatori e familiari e cambiano le denominazioni, con la scomparsa di termini quali "evolutivo", "sviluppo" o "adolescenza" da qualsivoglia determinazione. Quel seimilacinquecentosettantacinquesimo giorno segna il confine tra due mondi, due mondi che il più delle volte non comunicano.

La progressiva specializzazione delle discipline porta talvolta con sé alcune aberrazioni; ad uno spaccamento verticale fra scienze psichiatriche e neurologiche ha corrisposto un'analogia frattura orizzontale fra età adulta e dello sviluppo. Ciò che nell'adulto è separato, rimane insieme nel bambino; ciò che appartiene al bambino e all'adolescente è dal canto suo *sostanzialmente altro* rispetto alla vita adulta, per la quale ogni evoluzione è *accidens*. Non si tratta solo di differenze nei processi operativi e nella prassi medica (differenze oggettive ed imprescindibili, pensiamo solo alle implicazioni legali diverse fra maggiore e minore età), bensì di veri e propri diversi paradigmi, di differenti percorsi formativi, di atteggiamenti fra loro

incommensurabili. Nella formazione, all'interno delle scuole di neuropsichiatria infantile la psichiatria adulti è piuttosto trascurata e, cosa ancor più grave, la neuroinfantile è pericolosamente sacrificata in quelle di psichiatria; l'approfondimento nell'una o nell'altra disciplina, i cui confini diventano quasi quelli di un *τέμενος*, è lasciata per lo più all'iniziativa del singolo.

Al di là degli effetti pratici di questa condizione, inquieta ciò che implicitamente vi si trasmette: il *puer* è una cosa, l'adulto un'altra, e fra esse non bisogna fare *confusione*, nel senso che i confini fra le due devono essere ben definiti e non è opportuno attraversarli. Il paradosso è che la neuropsichiatria infantile lavora con ciò che *per ipotesi* sarà un uomo, e la psichiatria adulti cerca *proprio* laddove fu il bambino: sempre con l'anamnesi, spesso nella pratica psicoterapeutica analitica. Scrive Levi Della Torre¹:

Nella creazione di Adamo, che Michelangelo affrescò sulla volta della Cappella Sistina, l'indice di Dio quasi tocca quello di Adamo, e tra quelle due dita c'è un piccolo spazio vuoto, in cui si mescolano le energie asimmetriche del Creatore e della creatura, come scocassero tra due elettrodi. È un intervallo minimo, indeterminato e insieme di intensità estrema. È la più potente rappresentazione del sacro, in quanto evento e in quanto spazio di confine, spazio extraterritoriale. È una questione appunto di extraterritorialità. Nel mito della fondazione di Roma, Romolo è dedito a istituire un ordine territoriale, quello del dentro e del fuori. Lo sancisce con il tracciato delle mura (...). Ma Remo attraversa d'un balzo la traccia del recinto, negando quel confine e l'ordine che esso istituisce; e in quel momento non è più dentro né fuori, è *homo sacer*, sacrificabile (...). Più che colpevole, si è posto in un interregno, in un luogo caotico che disfa le distinzioni. Come tale viene sacrificato, e non per odio: e Romolo pianse il fratello ucciso, ci dice Ovidio nei *Fasti*.

¹ Levi Della Torre, 2003, p. 20.

Il *dentro* ed il *fuori*, scaturiti dal solco dell'aratro, catturano tutta la nostra attenzione (nonché quella del malcapitato Remo), celando però agli occhi il mistero dell'estensione del solco stesso, spazio interstiziale e turbolento. Tranne che in geometria², ogni linea – vista sufficientemente da vicino – alla fine non fa che rivelarsi un nastro.

Il nastro che separa l'età dello sviluppo da quella adulta sta via via diventando più ampio e frastagliato. I diciotto anni sono un riferimento sempre più "medio" e sempre meno reale: la scuola dell'obbligo sale a sedici anni, la leva ed il voto rimangono a diciotto, ma a quattordici si può essere già alla guida di un veicolo; peraltro, i matrimoni e i primi figli tardano ad arrivare e i tempi degli studi superiori si allungano. Le *competenze* vengono consegnate all'individuo in uno snocciolamento progressivo e continuo attraverso una dilatazione di questi spazi interstiziali che consentono a loro volta la formazione di ampie, anomiche zone grigie extraterritoriali. "Adulto" corrisponde sempre più ad uno *status* ottenuto per una definizione del contesto e sempre meno ad un intrinseco sviluppo della persona.

Zone di interstizione

Che questi spazi di "imprecisione" non siano solo un fenomeno locale può essere desunto anche dalla nuova impostazione di alcune ricerche, come quella descritta in *Diventare adulti – Gli adolescenti e l'ingresso nel mondo del lavoro*³:

La transizione dalla giovinezza alla vita adulta produttiva è modellata da due fattori causali distinti. Il primo contempla le forze sociali che da un lato forniscono l'opportunità e che dall'altro limitano le potenzialità dei singoli (...). L'impegno personale è l'altra variabile che influenza la scelta della carriera professionale (...).

I recenti studi condotti sulla fase di transizione dei giovani dalla scuola al mondo del lavoro erano basati su due assunti fondamentali che un tempo

² In realtà anche nella fisica subatomica.

³ Csikszentmihalyi, Schneider, 2000, p. 207 e sgg.

sembravano assodati, ma ora appaiono alquanto discutibili: primo, il fatto che esistono carriere professionali chiaramente strutturate e differenziate che corrispondono a caratteristiche e abilità particolari dei giovani e, secondo, che i giovani sono generalmente motivati e preparati a intraprendere un'attività professionale. Con queste premesse, la funzione delle scuole era quella di avviare i giovani verso una carriera che corrispondesse ai loro interessi e alle loro abilità. La scuola superiore forniva un'assistenza per l'orientamento professionale e la sua responsabilità principale consisteva nell'individuare l'attività più adatta ai singoli in base alle caratteristiche proprie dei ragazzi (...). Negli ultimi decenni, invece, le premesse su cui si era basata fino a quel momento la politica della transizione dalla scuola al lavoro sono cambiate radicalmente. Le carriere professionali hanno perso gradualmente i loro tratti di stabilità e sono sempre meno chiaramente delineate (...). È sempre più difficile fare affidamento su attività che avranno una domanda di personale stabile e prevedibile e, di conseguenza, è diventato sempre più complesso associare le caratteristiche individuali con il lavoro.

Inoltre, il bisogno che un tempo spingeva i ragazzi a iniziare la propria attività produttiva subito dopo il diploma della scuola superiore sembra decisamente meno impellente ora rispetto alle generazioni precedenti. Invece di chiari obiettivi occupazionali, la maggior parte degli adolescenti pianifica di proseguire gli studi nella speranza di chiarire con il tempo le proprie ambizioni per il futuro. Proseguire gli studi al college anche senza una meta professionale definita è diventato comune specialmente tra i ragazzi di famiglie benestanti. Le aspettative esagerate per quanto riguarda la carriera professionale e il guadagno, oltre alla scarsa conoscenza delle varie opzioni disponibili, sono altri aspetti della crescente frattura tra i giovani e le reali condizioni del mondo del lavoro.

La ricerca citata propone un approccio più complesso alla transizione all'età adulta (limitatamente all'ingresso nel mondo del lavoro), che prende in considerazione non più i due sistemi "popolazione adolescente" e "mondo del lavoro", isolati fra loro, ma un maggior numero di variabili quali: l'accuratezza delle informazioni che la scuola è in grado di offrire, le esperienze in campo lavorativo, le attività scolastiche extracurricolari, l'ottimismo e l'autostima, la curiosità e gli

interessi, la capacità di apprezzare le sfide, sesso, classe sociale e gruppo etnico, l'ambiente familiare, la comunità locale, la rete dei coetanei, il curriculum scolastico, il ruolo del *counseling*. Da quanto citato si desume che il rapporto fra le due entità adolescenti-lavoro (e per estensione – o almeno cercherò di dimostrarlo qui – adolescenti-mondo adulto) si stia fluidificando per trasformazioni che avvengono su entrambi i versanti: maggiore flessibilità del lavoro (e delle regole di relazione e di comportamento nella dimensione adulta) e di pari passo un fenomeno di adattamento dei giovani, delle loro aspettative, della loro capacità o volontà di programmazione, della loro disponibilità ad ricoprire ruoli rigidi.

Questa situazione presenta un elevato grado di complessità ed è lo spazio su cui cerca in parte di far luce il presente lavoro. Bisogna qui resistere alla formulazione di giudizi di valore, giacché in essa si presentano aspetti di segno opposto. Appare subito un aumento della libertà dell'individuo e della espressione delle sue potenzialità. D'altronde, la potenzialità è di per sé l'esclusione dell'atto, nonché caratteristica intrinseca della dimensione adolescente. Questa nuova condizione socio-culturale, dunque, trascina nell'età *presunta adulta* alcuni tratti costitutivamente adolescenziali con la possibile produzione di fenomeni mostruosi, *in primis* una pericolosa confusione fra ciò che è adulto e ciò che è adultomorfo.

Per meglio precisare l'ambito della ricerca, è mia intenzione soffermarmi sugli aspetti psicopatologici prodotti da questa situazione, altrettanto complessi da determinare e definire.

Innanzitutto – per esclusione – essi non appartengono direttamente all'adolescenza perché si manifestano nel paziente adulto.

In secondo luogo (e niente affatto in contraddizione con quanto appena affermato) essi sono *direttamente legati* all'adolescenza, non rappresentando semplici fissazioni di sviluppo, come abbondantemente descritto ad esempio dalle varie teorie analitiche. Al contrario, sono il segno della *persistenza attuale* di tratti *costituzionalmente* adolescenziali in una personalità che non dovrebbe contenerne (o almeno non precipuamente) e che d'altronde rientra con difficoltà nelle esistenti categorie diagnostiche.

Infine, discende da queste premesse che si va delineando un *peculiare* quadro psicopatologico, dotato di autonoma dignità nosologica (da determinare se anche nosografica), caratterizzato da frequenza allarmante e crescente nonché da un impatto sociale elevato, considerabile per definizione un *disturbo dello sviluppo* e soprattutto – per le particolarità della sua fenomenica rispetto all'osservatore – ad alto rischio di misconoscimento.

Capitolo II

Oggetto, strumento, contesto

L'osservazione clinica

Lo spunto della ricerca prende le mosse da una serie di osservazioni cliniche condotte sulla popolazione ambulatoriale del S. S. di Igiene Mentale, nel Dipartimento di Neurologia e Psichiatria dell'Età Evolutiva dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". L'utenza afferente al suddetto Servizio Speciale non rappresenta un campione statisticamente accettabile della popolazione generale né di quella usualmente afferente ai servizi territoriali per via di alcune caratteristiche intrinseche delle strutture universitarie. L'extraterritorialità e l'assenza di personale non medico fra gli operatori, ad esempio, implicano necessariamente un ricorso volontario del paziente alla struttura, operando già una prima selezione; in secondo luogo, i risultati di una ricerca interna condotta nel 2000 hanno evidenziato modalità di afferenza molto eterogenee, che sembrano generare due sotto-popolazioni distinte: una è al primo contatto, la seconda proviene invece da una lunga peregrinazione e da ripetuti insuccessi terapeutici. In sintesi, è possibile distinguere due gruppi significativi di utenti (pazienti *naïf* e casi particolarmente complessi), che si dispongono lungo una curva bifasica.

La popolazione dell'Ambulatorio, giusto per riferire alcuni dati, è stata già oggetto di attenzioni⁴:

⁴ Gaston C. M., 2001.

Nell'anno 2000, l'ambulatorio di Igiene Mentale del Dipartimento di Neurologia e Psichiatria dell'Età Evolutiva (che si occupa di pazienti maggiorenni), ha aperto 143 nuove cartelle. In larghissima maggioranza è presente una diagnosi di ansia e depressione. Ottantanove di questi casi (cioè i due terzi) riguardano persone di età inferiore a trentacinque anni, e quarantanove di questi ultimi (dunque oltre un terzo del totale) si riferiscono a pazienti di sesso femminile.

Emerge una frequenza particolarmente elevata di disturbi ansioso-depressivi in pazienti con meno di trentacinque anni, con prevalenza del sesso femminile. Nella maggior parte dei casi, vi è stata indicazione al duplice trattamento psicofarmacologico e psicoterapeutico.

La metodologia

È stata selezionata una popolazione iniziale di pazienti di età inferiore a 35 anni, da cui sono stati esclusi tutti i disturbi psicotici, i disturbi di personalità già diagnosticati, i pazienti con anamnesi di ricovero in SPDC o clinica psichiatrica, i pazienti già seguiti altrove in psicoterapia per almeno tre mesi, i pazienti affetti da malattie organiche croniche. Al fine di mantenere più ordinata possibile la casistica, sono stati esclusi anche i pazienti candidabili ma affetti da eiaculazione precoce, che godono di modalità di invio specifiche da parte di un'altra struttura⁵. Nella rimanente popolazione, che annovera i rimanenti 37 pazienti, è stato ulteriormente selezionato un gruppo di partenza di sei pazienti per i quali esistevano le possibilità (in base alla disponibilità tecnica dell'ambulatorio e alla motivazione del candidato) di portare a termine una psicoterapia. Non avendo finalità statistiche (per via, come detto, della non rappresentatività della popolazione generale), il campione ha subito variazioni nel corso dei tre anni 2001-2003, con la selezione di volta in volta dei pazienti più

⁵ Il reparto di Andrologia dell'Ospedale "S. Giovanni-Addolorata" di Roma.

idonei, per le loro caratteristiche anagrafiche e psicopatologiche, ad entrare nella ricerca.

I casi esaminati, in conclusione, sono dieci (sette donne e tre uomini), di età compresa fra i 22 e i 32 anni, seguiti in psicoterapia analitica (un'ora alla settimana) per un periodo minimo di un anno fra il 2000 ed il 2003.

Quale nosografia?

I pazienti osservati non godono di stringenti analogie sul piano della fenomenica immediata. Essi rientrano tutti nella sfera nevrotica e manifestano una sindrome ansioso-depressiva sullo sfondo di una sintomatologia eterogenea, che spazia dal fobico all'ossessivo, talora venata di tratti blandamente isterici. Nosograficamente – secondo gli attuali criteri del DSM-IV-TR – le diagnosi sono quindi differenti; per la descrizione del singolo paziente, inoltre, è necessario in più casi ricorrere a diagnosi multiple, desumendone una elevata comorbidità.

Si pone dunque un determinante problema metodologico: accettare la nosografia corrente come unico punto di partenza possibile o prescindere da essa? E in questo secondo caso, come procedere?

La mia scelta è stata evidentemente la seconda, per i motivi qui esposti⁶:

Galileo, fondando ogni indagine su un metodo caratterizzato dalla ripetibilità e quindi dalla sperimentabilità, consentirà all'uomo moderno di rinunciare a tutti gli spazi che nel mondo antico, in quanto inaccessibili, venivano trasferiti su un piano metafisico (il dio), o comunque su un piano alieno dalla possibilità di ogni

⁶ Gaston A., Gaston C. M., 1998, p. 121 e sgg.

intervento umano (il caso)⁷. Il rapporto con l'ignoto viene fortemente rielaborato: all'"inconoscibile" si sostituisce il "non ancora conosciuto". Il campo della ricerca vede mutata non solo la propria estensione e qualità (riportata ad un piano ontologicamente affine a quello dell'indagatore) ma anche il proprio contenuto (che da ente imprecisato si trasforma in oggetto di ricerca).

La sua indistruttibilità, conseguente al fondamento della propria validità sui principi che esso stesso ha stabilito, permette al metodo scientifico-sperimentale una lunga sopravvivenza; vengono inoltre marginalizzati tutti gli atteggiamenti concorrenti: magia e filosofia assumono dignità molto diverse fra loro, ma hanno in comune la squalificante caratteristica di essere "distanti" dal reale oggettivo. "Metafisica" diventa la peggior accusa che si possa muovere ad uno scienziato.

Oltre a modificare in senso più rassicurante il rapporto con l'ignoto (creando una scissione tra l'oggetto della scienza, ignoto perché non esiste ancora lo strumento adatto – ma per questo potenzialmente conoscibile – e l'oggetto della filosofia, ignoto perché avulso dal reale), l'atteggiamento sperimentale modifica anche il rapporto con ciò che, invece, è noto: l'esercizio della conoscenza si esercita su "oggetti" di conoscenza. La posizione preminente dell'osservatore schiaccia su uno sfondo comune l'oggetto della propria indagine, anche quando tale oggetto è costituito dall'uomo stesso. Non interessa la natura soggettiva dell'oggetto, ma le sue relazioni causali con gli altri oggetti.

(...)

Proprio mentre la fisica abbandona il concetto di verificabilità assoluta con la formulazione del principio di Heisenberg, e si approfondisce in un ambito prossimo alla metafisica disintegrando i concetti di spazio e tempo assoluti, le scienze umane – e fra esse per prima la medicina – prendono una direzione opposta. Il mezzo con cui le due vie consolidano le loro rispettive posizioni e

⁷ Si fa riferimento al passo di Platone ove è scritto (Leggi, IV, 709B): "Sembra però essere nel vero anche chi estende questa stessa legge all'arte della navigazione, (...) della medicina, della strategia militare, sicché non si sbaglierebbe chi in questi casi andasse proclamando la seguente norma (...) che le vicende umane nel loro complesso le guidano, oltre che un dio, anche il caso e l'occasione. Per essere meno drastici, però, si potrebbe dire che come terza segua l'umana abilità".

amplificano l'ampiezza dell'angolo che le divide è – e ciò aumenta l'aspetto paradossale – l'uso della statistica.

Per la fisica la statistica diventa lo strumento essenziale a coprire l'inconoscibile: non potrò mai sapere dove esattamente è una particella elementare, ma non posso ignorare che essa esista e abbia degli effetti. Per quantificare questi effetti devo immaginare quali sarebbero se la particella fosse in ogni posto possibile, e quali probabilità ci siano che la particella sia in ognuno di quei posti. Quindi l'uso della statistica in fisica è diventato sostitutivo della realtà, dal momento che l'"oggetto", in questo caso, finisce con lo sparire. La realtà "vera" si trasforma in una realtà fatta di "se".

Opposto è il cammino percorso dalle scienze umane, ma, fra tutte, più che mai della medicina. Trascinata dall'infalibile senso pratico anglosassone, in quest'ultima si è via via irrigidito l'aspetto autarchico della verifica sperimentale. La statistica è servita a raccogliere i fenomeni in classi, a generalizzarli, a prevederne gli sviluppi proprio in base al principio della ripetibilità. L'impressionante capacità predittiva dello strumento statistico, quando applicato ai grandi numeri, ha ben risposto alla necessità di soluzioni macroscopicamente tangibili che gli elevati costi sociali della medicina richiedono, narcotizzando subdolamente il valore dell'individualità: la realtà dei "se" è quindi diventata la realtà "vera".

È stato così procurato al medico un "catalogo" di leggi e di parametri fissi di giudizio, in base ai quali collocare ciò che egli osserva in una nosografia che sostanzialmente precede il confronto con il malato. Alla scelta diagnostica corrispondono necessariamente moduli operativi che sono predeterminati in base al successo ottenuto in condizioni omogenee precedentemente sperimentate e statisticamente convalidate.

(...)

Nel confronto tra medico e malato il centro dell'atto terapeutico è quindi la "domanda" di quest'ultimo: a domanda uguale corrisponde uguale risposta. L'alterità dell'Altro, il suo proprio "essere soggetto", viene in questo meccanismo scotomizzato; l'Altro – e ricordiamo come questa operazione sia rassicurante

quando l'alterità dell'"Altro" è quella particolarmente disturbante della psicopatologia – viene schiacciato sullo sfondo degli oggetti.

I molti anni di uso ed abuso hanno reso il DSM lo stato dell'arte per la nosografia moderna; in alcune circostanze però lo strumento scricchiola e si rivela totalmente privo di reali capacità euristiche. Un recente articolo del BMJ ha evidenziato come nei servizi di *primary care* l'uso del DSM si sia rivelato inaspettatamente fallimentare per la difficoltà che ha il medico di base ad applicare alla lettera uno strumento che non tollera sfumature e che offre quindi raramente categorie diagnostiche immediatamente riconducibili a quanto osservato⁸:

Although dichotomous labels may be useful for denoting boundaries between taxa or categories, difficulties arise when continuous dimensions, such as symptoms of mental health, are represented as either present or absent. Screening and treatment based on fitting "round" dimensions into "square" categories may lead to undertreatment, overtreatment, or inappropriate treatment.

(...)

Mood and anxiety disorder classifications based on the DSM had strikingly weak associations with the severity of each syndrome's symptoms, in a large sample of patients in primary care. Categorical representations of important clinical phenomena can misrepresent dimensional quantities.

Al presente lavoro si vuole dunque accompagnare una riflessione non solo nosografica, bensì anche nosologica, alla ricerca di ciò che giace *dietro* il sintomo e nella speranza di produrre strumenti diagnostici, terapeutici e prognostici più accurati ed aggiornati.

Nella fattispecie, dietro la fenomenica così eterogenea di questi pazienti è stata identificata una impressionante ricorrenza su piani diversi da quelli del sintomo, ben

⁸ Nease, Aikens, 2003.

coglibili attraverso l'esame psicopatologico-fenomenologico, un'anamnesi minuziosa, un approfondimento analitico.

I risultati di queste osservazioni sono, a mio avviso, interessanti.

Capitolo III

Fenomenologia clinica

Sintomatologia d'esordio

Come detto, la fenomenologia clinica dei pazienti si presenta sulle prime piuttosto eterogenea: l'esordio è usualmente fobico-ansioso, ma può essere indifferentemente ossessivo o depressivo.

Esordio fobico-ansioso.

In questo caso – il più comune – il paziente riferisce già al primo colloquio di aver avuto uno o più "attacchi di panico"; in tale denominazione, di cui sembra avere un'idea precisa, vien fatta rientrare una gamma di sintomi ansiosi gravi che comprendono l'attacco di panico propriamente detto, l'ansia acuta, vari fenomeni d'angoscia isteriformi. La componente propriamente fobica, se presente, è di tipo agorafobico (non è mai una fobia d'oggetto, anche se possono essere marginalmente presenti piccole fobie specifiche) e genera imponenti condotte di evitamento, soprattutto nella forma di una dipendenza protettiva da figure di riferimento.

Esordio ossessivo.

In una percentuale minore di casi, l'esordio ha caratteri recisamente ossessivi, nei quali l'aspetto ossessivo predomina nettamente su quello compulsivo (che anzi può addirittura mancare); il paziente è bloccato dall'angoscia e da una potentissima ideazione di contrasto. Anche in questo caso si sviluppa una forma di dipendenza

dalle figure di riferimento, più grave ancora della situazione precedente per l'incapacità di portare a termine le normali attività della vita quotidiana.

Esordio depressivo.

Altra possibilità è lo sviluppo velocemente ingravescente di una depressione insidiosa, sostanzialmente priva di elementi psicotici, caratterizzata da progressivo "raffreddamento" degli investimenti libidici, autosvalutazione, crisi di pianto, alterazioni vegetative (sonno, alimentazione *etc.*). Il paziente giunge all'osservazione medica quando ritenga di essere divenuto incompetente nelle proprie minime funzioni quotidiane.

Diagnosi.

Un'esame convenzionale eseguito alla luce delle indicazioni del DSM-IV-TR darà luogo ad una eterogeneità di diagnosi quali ad esempio:

- Episodio depressivo maggiore
- Attacco di panico
- Disturbo di panico
- Fobia sociale
- Disturbo ossessivo-compulsivo
- Disturbo d'ansia generalizzato
- I disturbi di personalità del gruppo C

Ad essi possono aggiungersi dopo ulteriori approfondimenti (non ne ho ancora dato ragione, ma risulterà evidente in seguito):

- Disturbo di depersonalizzazione
- I disturbi del desiderio sessuale

● I disturbi dell'eccitazione sessuale

Il *sintomo-chiave*⁹ guiderà il medico pigro¹⁰ alla ricerca della opportuna casella diagnostica e farà automaticamente scaturire le scelte terapeutiche ispirate dalle rispettive linee-guida.

Caratteri comuni all'esordio.

Nonostante differisca il sintomo-chiave, ogni situazione presenta invece caratteri misti. In tutti i casi l'ideazione è tipicamente ossessiva con contenuti di autosvalutazione, l'umore è basso, l'ansia è elevata, le relazioni sono disturbate. La manifestazione prevalente copre le altre, cosicché un paziente in cui spicchino gli elementi ansiosi o ossessivi verbalizzerà meno la preoccupazione per l'umore depresso, che anzi riterrà congruo al proprio stato e così via. I pazienti peraltro sono spesso dotati di *insight* scarso o parziale, incapaci dunque di definire i propri stati interni a sé e tantomeno al terapeuta. Identificano dunque il sintomo così come si manifesta anche all'osservatore esterno, rispetto al quale – almeno in queste condizioni – non hanno migliori strumenti interpretativi.

Dunque già ad un primo esame psicopatologico è possibile evidenziare la presenza di *tutti* gli aspetti sopraelencati. Anziché descrivere quadri profusamente comorbidi, cerchiamo di definire la struttura comune cui i diversi sintomi "puntano".

⁹ Definirò d'ora in poi *sintomo-chiave* il sintomo maggiormente evidente, che è poi quello che spinge il paziente a ricorrere allo psichiatra e rispetto al quale chiede *cura*, nonché quello che lo psichiatra ritiene – un po' frettolosamente – patognomonico.

¹⁰ Questa "pigrizia" è altrove descritta (Gaston A., Gaston C. M., *ibid.*): "Il medico può cedere alla tentazione della «ragione che persuade all'inerzia», l'*ignava ratio* degli antichi, che, per usare le parole di Kant, è «ogni principio il quale faccia che si consideri come assolutamente compiuta la propria ricerca naturale, dove che sia, e la ragione quindi si dia pace, come se essa abbia assolto pienamente l'ufficio suo»".

La presenza di una "retrostruttura" costante

Un primo elemento comune, apparentemente marginale ma in realtà di sostanza, è la *sorpresa*: il paziente è incapace di dare una interpretazione a ciò che gli è capitato, non comprendendone le dinamiche etiopatogenetiche. È sorpreso, attonito: si considerava fino a quel momento *normale* e scopre con terrore che potrebbe non esserlo. In più di una circostanza non vien chiesto se tale o tal'altra situazione siano sane o malate, ma se siano – appunto – *normali*: il paziente infatti, più che al benessere – concetto che si manifesta ai suoi occhi inaspettatamente ignoto – tende ed aspira alla *normalità*. Del resto, fino all'immotivata ed "esplosiva" manifestazione del sintomo, tutto contribuisce ad un placido galleggiamento nei mari calmi della norma: piccole nevrosi, traumi invisibili, personalità lievemente disturbate, un certo conformismo di fondo *etc.*; l'esordio è invece improvviso e gravemente invalidante.

Il grande spavento può produrre due effetti: in taluni casi (quelli dalla sintomatologia di drammatica intensità), il terrore è tale che ci si rivolge immediatamente ad uno specialista; più spesso viene invece messa in moto una ricerca compulsiva di soluzioni, che iniziano il più delle volte dall'omeopata o dal medico di base e passano per neurologi o psicoterapeuti dal facile *maternage*. Il sintomo, in questi casi, inevitabilmente rimane e anzi peggiora: solo a questo punto il paziente giunge – piuttosto malvolentieri – dallo psichiatra con un carico accumulato di sfiducia ed una sintomatologia aggravata.

Piccoli tratti nevrotici più o meno sintomatici sono già presenti in anamnesi, ma il paziente li liquida come fissazioni o caratterialità, non già come prodromi. Al contrario, egli spesso li incorpora in un'immagine di sé che ritiene stabile e consolidata; anziché segnale di allarme, essi diventano aspetti peculiari fornitori di un maggiore senso di identità. Il paziente *si identifica* in relazione al proprio essere "attivo" (e non ansioso), "mediatore" (piuttosto che fobico o dipendente), "accurato" (anziché ossessivo), "riflessivo" (invece che depresso).

Il sintomo-chiave non viene quindi interpretato come in naturale continuità con i propri tratti, giacché questi ultimi sono considerati sani (laddove una situazione

deficitaria è stata reinterpretata come un valore) e strutturali (non passibili quindi di regresso né – d'altro canto – di esacerbazione).

La gravità del sintomo-chiave non è dunque da mettere in relazione alla sua intensità. Beninteso, il sintomo è obiettivamente grave: i fobici rimangono chiusi in casa, gli ossessivi sono dominati da un'ideazione angosciosa continua e pervasiva, le situazioni ansioso-depressive sono realmente invalidanti *etc.*; cionondimeno, la vera gravità del sintomo è nel suo senso ultimo e nella sua collocazione esistenziale.

Nel nostro caso sembra verificarsi – poste le ovvie distinzioni – qualcosa di analogo al processo jaspersiano:

“Quando, nel corso di una vita che si è sviluppata naturalmente sino a quel momento, insorge qualche cosa di completamente *nuovo* per una alterazione della vita psichica, ciò può essere una fase. Se invece si tratta di una alterazione *permanente* della vita psichica, parliamo di processo”.¹¹

Di fatto, con l'esordio qualcosa “accade” e genera uno *iato* fra un “prima” ed un “dopo”. Il “dopo”, pre-sentito essenzialmente all'insegna della perdita, genera un'angoscia progressiva ed ingravescente tale da non far desiderare al paziente null'altro che il ritorno allo stato precedente. È questo presumibilmente il motivo per cui l'arrivo dallo psichiatra è solo l'ultimo di una serie di contatti infruttuosi con figure meno medicalizzate o che comunque non sollecitino l'uso dell'*insight*.

Per comprendere la natura di questa inaspettata cesura, ecco una ulteriore analogia (socioantropologica): i pazienti sono tutti – a prescindere dalla sintomatologia – *in ritardo*. Ad un buon funzionamento psichico corrisponde inaspettatamente una *performance* sociale piuttosto mediocre: essi non sono entrati nel mondo del lavoro o ne restano ai margini, falliscono nelle relazioni affettive, si attardano in occupazioni infruttuose o studi interminabili, gravano più del previsto sulla famiglia. Nella migliore delle ipotesi, seguono un percorso di vita convenzionale

¹¹ Jaspers, 1959, 1964, p. 741.

così come se lo vedono tracciato davanti, vivendo anedonicamente i successi e sperimentando una sorda ansia da prestazione circa i possibili fallimenti.

Un evento, scopriamo proseguendo l'anamnesi (e siamo qui all'ultima determinante analogia), precede di alcuni mesi l'esordio: laurea, matrimonio, gravidanza. Quale che sia la causa, essa suona come una "ultima chiamata", una prova finale e senza appello. Purtroppo – è qui il punto – il paziente si "ammala" *proprio perché la supera.*

Capitolo IV

La personalità "vetero-adolescenziale" di Castellana

Descrizione della struttura "vetero-adolescenziale"

Prima di procedere, è necessario segnalare che il quadro che ho iniziato a tratteggiare trova larga risonanza con quanto già descritto da Castellana in ambito psicologico analitico, ovvero con il

consolidamento di una struttura di personalità che voglio definire, in mancanza di altri referenti, vetero-adolescenziale.¹²

Riporto dunque di seguito le caratteristiche di questo quadro così calzante ai nostri propositi così come espresse dall'autore¹³, rimandando ogni mia ulteriore interpretazione alle pagine successive.

Neutralità.

Prima caratteristica segnalata è la difficoltà a centrare la propria struttura di personalità con assestamento su una posizione «neutra»:

¹² Castellana, 1997, p. 134.

¹³ Molto sinteticamente e solo nella misura in cui esse contribuiscono alla presente discussione; per il senso completo di quanto affermato da Castellana rinvio alla lettura integrale dell'articolo. In particolare, tralascio per motivi di spazio e di tema le considerazioni strettamente analitiche.

Uso il termine «neutro» per indicare un processo di individuazione bloccato su una figura che non è né figlio né genitore ma... adolescente. Per evitare fraintendimenti, il neutro-adolescente è un assetto in cui si è, allo stesso tempo, e figlio e genitore e, insieme, né figlio né genitore. La dinamica di gruppo, all'interno della quale è previsto un continuo e più o meno fluido spostamento di ruoli, sembra essere la struttura vincente rispetto ai consolidati e rigidi ruoli familiari.¹⁴

Responsabilità.

Seconda caratteristica è la "difficoltà ad assumere un ruolo «responsabile»", che a sua volta

sembrerebbe ostacolare una valida presa sulla propria identità di genere, derivandone una massiccia e preoccupante incapacità a simbolizzare adeguatamente il proprio fallo o il proprio utero.¹⁵

Ciò conduce a rapporti "parziali" ed estremamente genitalizzati, nonché al consolidamento di una sessualità con modalità masturbatorie (frequentemente anali), oltre che all'esercizio reciprocamente masturbatorio della sessualità nella coppia.¹⁶

Concretismo.

Appare inoltre un

¹⁴ Castellana, *ibid.*, p. 134.

¹⁵ Castellana, *ibid.*, p. 135.

¹⁶ Riguardo la componente masturbatoria anale, in questa sede non ho osservato elementi sufficienti per trarre conclusioni analoghe a quelle di Castellana, in particolar modo riguardo l'aggressività o la distruttività. Va detto che il *setting* psicoterapeutico ambulatoriale – anche laddove si privilegi un approccio analitico – ha limiti ben più ristretti di quelli analitici (e finalità diverse) e difficilmente consente l'emergere di simili tematiche. Questo aspetto non verrà dunque qui approfondito.

massiccio spostamento verso il proprio esterno, con una sorta di disconoscimento o incomprensione del proprio «interno a sé», vissuto come «concreto» (psicoticamente) piuttosto che simbolizzato e portatore di simbolizzazione, e con un'accentuazione della patologia somatica e ipocondriaca.¹⁷

Temporalità.

Infine,

Una patologia del tempo che, nella sua accelerazione tende sempre più al «tempo fermo».¹⁸

¹⁷ Castellana, *ibid.*, p. 136.

¹⁸ Castellana, *ibid.*, p. 136.

Capitolo V

La temporalità

Il Tempo come prima chiave di lettura

Si delineano a questo punto alcuni elementi particolarmente significativi:

- un quadro sintomatologico eterogeneo gravato da apparente comorbidità nell'ambito nevrotico, ma caratterizzato da stringenti analogie sul piano diacronico e psicopatologico;
- un'evoluzione che riconosce un *prima* (apparentemente "normale"), un *sintomo-chiave* (a segnare una cesura), un *dopo* (che corrisponde ad una angosciosa fase di stato);
- una struttura di personalità caratterizzata da elementi quali "neutralità", difficoltà ad assumere un ruolo responsabile, "concretismo", identità labile, relazioni disturbate, nonché un vissuto temporale caratterizzabile come "tempo fermo".

Ognuno dei punti suddetti ha a che fare con la *temporalità*, che si pone dunque come chiave di lettura privilegiata.

Temporalità come "prima" e "dopo"

Nella dialettica fra "prima", "dopo" e sintomo-chiave, la *forma* che assume quest'ultimo, il suo contenuto manifesto, la sua intensità, hanno valore relativo, giacché *il suo senso è precipuamente nell'essere lì in mezzo*. L'emersione della sintomatologia non è dunque altro che effetto di un improvviso scollamento fra le due esperienze, quella del "prima" e quella del "dopo".

Prima.

Il "prima" è tutta l'esperienza del paziente, è il mondo così come lo conosce, è ciò che sa di se stesso; nel "prima" egli prova ciò che dovrebbe provare, pensa ciò che dovrebbe pensare e si comporta più o meno come crede che dovrebbe comportarsi. In questa dimensione tutto è ugualmente dato, evidente, acclarato. La *norma* (o presunta tale) è il sottobosco in cui nascondersi e proteggere un senso di identità labile e approssimativo. Nella definizione di sé, il paziente ricorre a modelli conformisti¹⁹ o ad auto-attribuzioni di senso e di valore (come nella tramutazione di un tratto nevrotico in un elemento caratterizzante *di per sé* e portatore di valore), che rimangono però sempre operazioni "mediate" (cioè "non im-mediate") e che si affidano ad una validazione esterna. È dunque lo sguardo dell'altro, sia esso inteso come il prossimo o come un ideale più o meno realistico di collettività, a dare forma e senso alla personalità del paziente, che non "è" mai, se non quando "è-in-riferimento-a".

¹⁹ Si prenda questa affermazione in senso lato: mi riferisco qui non tanto e non solo al conformismo rispetto a norme generali di comportamento così come la società sembra prescrivere (essere un buon cittadino, formare una famiglia, riuscire nel lavoro o negli studi *etc.*), ma in particolar modo al modello suggerito sempre più esplicitamente dalla cultura popolare e dai media; quest'ultimo anzi confligge col precedente, richiamando l'individuo ad una identità (apparentemente) forte, pena una decisa squalifica. Questo aspetto verrà meglio precisato più avanti.

Dopo.

Se il "prima" è un tempo indefinito, il dopo è un tempo fermo e congelato; se il prima è disabitato, il dopo è inabitabile. La *situazione* del paziente è quella dell'angoscia e la reazione a questa angoscia contribuisce a determinare la qualità del sintomo-chiave: se predomina il *Verluststil*, si deprime; se predomina la necessità di ripristinare l'equilibrio originale, "impelle" (fobico-ansiosamente) il bisogno di tornare nel passato nell'evitamento di un presente di ansia; se prevalgono lo *spaesamento* di fronte al nuovo panorama e lo sconcerto per ciò che viene visto processualmente come una insanabile frattura, si paralizza ossessivizzandosi in un continuo riesame di nessi causali introvabili.

Il lavoro psicoterapeutico sul tempo

Nel corso della psicoterapia, il "prima-normale" si trasforma progressivamente in un panorama desertificato e mai autenticamente "abitato". L'analisi di questo passato insieme prossimo (giacché realmente recente) e remotissimo (perché divenuto alieno) è una delle fasi cruciali della terapia. L'*insight* del paziente, che sopra ho definito scarso o parziale, non è assente *di per sé*, bensì coartato da una sistematica "astensione dall'uso"; la potenzialità euristica dell'introspezione è anzi vissuta come terrificata per via dell'angoscia che deriverebbe di fronte ad un vuoto che risucchia e annichilisce, vuoto che non viene percepito nella sua potenzialità abitativa, ma solo all'insegna della perdita, del mai più riconquistabile.

Il concretismo segnalato da Castellana nella propria descrizione sembra corrispondere nel nostro caso ad una radicale incapacità di utilizzare la *fantasia*²⁰ nella normale vita psichica e di relazione come elemento di conoscenza di sé e di integrazione e meta-analisi delle proprie funzioni e dei propri stati emotivi. I pazienti sognano poco e verbalizzano malvolentieri i contenuti della loro vita onirica; né sognano "ad occhi aperti", salvo che in particolari circostanze (attraverso un

²⁰ Nel senso di capacità di fantasticare.

fantasticare ripetitivo ed automatico che ha la qualità della *réverie*); in sostanza *non sono capaci di immaginare se stessi*.

A ciò, nel corso della psicoterapia, si aggiunge la inevitabile constatazione che il paziente non è capace di *raccontare se stesso*. Questa scoperta – prevedibile da parte del terapeuta – è una ulteriore brutta sorpresa per il paziente, che scopre di *non essere in grado di raccontare se stesso nemmeno a se stesso*, ovvero di mettere in continuità e in relazione i singoli fatti della propria vita in un unico *continuum*, sì da costruire una autentica memoria di sé.²¹

Le lacune mnesiche che compaiono nella ricostruzione del passato sono sì spesso riconducibili – laddove esista un trauma – a massicce rimozioni; a volte però si tratta di veri e propri crateri di non registrazione, di complessi ideo-affettivi ad “affettività scolorita”, isole galleggianti che possono fluttuare alla deriva fino a sparire inavvertitamente dietro l’orizzonte. Il *senso stesso* della memoria è di per sé minaccioso.

La partecipazione del paziente alla psicoterapia è quindi molto particolare. Da un lato, è motivato a contribuire attivamente al lavoro terapeutico per sfuggire l’angoscia del presente.

Su un piano inconscio, eleva invece una solidissima resistenza all’elaborazione del passato, intuito come un vuoto divorante e distruttivo. Nella pratica questa condizione si manifesta come una particolare difficoltà a ricostruire il proprio passato remoto (abbondantemente dimenticato) e ad interpretare il proprio presente (ritenuto fin troppo noto e dunque non differentemente spiegabile).

Su un piano conscio, manca di un ideale alternativo a quello che si è costruito nel tempo (la presunta normalità rivelatasi poi inadeguata), il che lo pone in una paradossale condizione di speranza nella guarigione, cui corrisponde però la convinzione che il cambiamento sia impossibile. Questa “fiducia originaria” nel cambiamento passa quindi all’inizio esclusivamente attraverso il rapporto transferale: non è *fiducia* nella possibilità di cambiare, ma *fede* che il terapeuta trovi magicamente il

²¹ Ciò spiega la possibilità della derealizzazione, quale manifestazione di un disturbo della coscienza dell’Io che, come si evince, è sempre stata fragile.

modo di trasformare la situazione (la situazione, *non* lui stesso) attraverso il ritorno alla condizione precedente – e questo indirizzo rimane radicato nonostante il progressivo acquisto di consapevolezza di tutti i vizi di forma e di sostanza che essa ha prodotto. Il paziente del resto desidera “non stare male” senza avere però la minima idea di cosa voglia dire per lui “stare bene”. Potremmo quindi dire: *tornare indietro per poi restare lì*, tornare al *prima* – ad un prima che non solo non prometta evoluzione, ma che soprattutto non la consenta.

Durante una seduta con una paziente, raccontai un aneddoto riferito da Hillman²²:

C'è una storiella ebraica, una delle solite barzellette degli ebrei sugli ebrei, che dice: Un padre, volendo insegnare al figlio a essere meno pauroso, ad avere più coraggio, lo fa saltare dai gradini di una scala. Lo mette in piedi sul secondo gradino e gli dice: «Salta, che ti prendo». Il bambino salta. Poi lo piazza sul terzo gradino, dicendo: «Salta, che ti prendo». Il bambino ha paura, ma, poiché si fida del padre, fa come questo gli dice e salta tra le sue braccia. Quindi il padre lo sistema sul quarto gradino, e poi sul quinto, dicendo ogni volta: «Salta, che ti prendo», e ogni volta il bambino salta e il padre lo afferra prontamente. Continuano così per un po'. A un certo punto il bambino è su un gradino molto in alto, ma salta ugualmente, come in precedenza; questa volta però il padre si tira indietro, e il bambino cade lungo e disteso. Mentre tutto sanguinante e piangente si rimette in piedi, il padre gli dice: «Così impari: mai fidarti di un ebreo, neanche se è tuo padre».

L'aneddoto venne utilizzato per introdurre il tema del tradimento da parte delle figure di riferimento e della “perdita dell'innocenza” da parte di chi subisca tale tradimento. Chiesi alla paziente come avrebbe gestito da quel momento in poi il

²² Hillman, 1999, p. 13.

proprio rapporto con il padre se si fosse trovata in quella situazione²³. Ella mi rispose candidamente:

Risalirei sulla scala immaginando che il fatto non fosse mai avvenuto.

Temporalità come tempo fluido e tempo fermo

"Prima" e "dopo" sono entrambi dominati da un tempo fermo. Non c'è divenire fra l'uno e l'altro, separati dalla cesura dell'esordio. Non c'è divenire nel "dopo", tempo arrestato da uno sconcerto impotente. Ma manca un divenire anche nel "prima", durante il quale ogni trasformazione fu *adeguamento* più che *evoluzione*, sempre eterodiretto, mai autenticamente sperimentato come proprio, nell'illusione della possibile conservazione dell'unità originaria della fanciullezza e di un trasferimento indolore alla dimensione adulta che non implicasse alcun rapporto con la perdita.

Il tempo fermo del "prima" è dunque il tempo dell'Eden, della dimensione acronica dell'infanzia.

L'esordio: cesura o rito di passaggio?

La cesura avviene attraverso il sintomo ma non è il sintomo: essa rappresenta semplicemente l'ingresso non più posticipabile del paziente *nella propria storia*, ovvero nella propria dimensione adulta. Il traumatismo di questo passaggio è tanto più doloroso quanto più lontano nel passato appare il bivio che doveva riconoscere e che lo avrebbe portato ad un processo evolutivo traumatico sì, ma naturale e trasformativo.

Il paragone con il processo di Jaspers è suggestivo, ma va meglio precisato. Di fatto, nella vita del paziente, l'esordio segna una frattura insanabile, un passaggio fra

²³ Situazione che peraltro, fuor di metafora, si verificava quotidianamente nella sua infanzia.

una dimensione esistenziale ed un'altra, ma il senso di questo iato è diametralmente opposto all'ingresso nella psicosi: al contrario, esso è l'ingresso nella storia e nella vita, è un trauma da passaggio, è la presa di coscienza della possibilità della trasformazione e della perdita.

Ricondurre quindi la drammaticità di questo passaggio alla obiettiva gravità del sintomo è un pericoloso riduzionismo: il dramma è *nell'essenza stessa del cambiamento* – a prescindere dalle sue manifestazioni psicopatologiche.

Volendo semplificare, in sintesi il paziente prova angoscia perché vive il naturale trauma del diventare adulti; perché in aggiunta si rende conto di non esserlo mai stato e di trovarsi dunque in drammatico ritardo; per le implicazioni che questa scoperta produce retrospettivamente nell'interpretazione della vita sin qui vissuta; per la conseguente sensazione di non poter più/mai evolvere.

Capitolo VI

Adolescente, adulto, adultomorfo

Il corpo

Le caratteristiche fin qui descritte pongono il paziente in una condizione assolutamente peculiare. Benché, come già anticipato e ulteriormente precisato sotto, egli mantenga alcune caratteristiche tipicamente adolescenziali, il paziente non è adolescente – e non solo per sopraggiunti limiti di età.

Per quanto apparentemente banale, manca innanzitutto quel correlato biologico che segna in modo inequivocabile la trasformazione: la maturazione sessuale somatica. Il cambiamento incontrovertibile del corpo è, prima che specchio, motore stesso del cambiamento, suo riscontro, suo indelebile *segno*.

Nel nostro caso, invece, il corpo è uno spazio senza tempo, un luogo immobile, disabitato, non simbolizzato. Percepito *per contiguità anziché in continuità*, esso è uno spazio fobico in cui si agitano pulsioni ignote e non decodificabili, colto prevalentemente nelle sue potenzialità morbose e vissuto come oggetto: a volte come proprietà, altre volte, per via dell'influenza che esercita sulla vita quando si ammala, come tirannico proprietario. Nelle manifestazioni somatoformi caratteristiche dei pazienti con il panico come sintomo-chiave, il corpo da oggetto diventa addirittura solo *luogo*, ove il sintomo incomprensibile emerge all'improvviso e tende i propri agguati.

Sempre, comunque, è estraneo e spaventa *già come corpo*, ben prima di essere dunque *corpo sessuato*.

La cura che il paziente esercita sul corpo è cura del funzionamento, più che dell'aspetto: il corpo è bello se sano, se in armonia con l'ambiente, se non genera disturbi²⁴. Nella gestione del corpo, il paziente rivela decisi tratti fobico-anancastici: diffida dei farmaci o di quanto lo espropri del controllo su di esso, controllo che esercita, ad esempio, anche nella selezione del cibo.

Oppositività e individuazione

Sorprendentemente, nella ricostruzione della storia scopriamo che un numero elevato di pazienti ha manifestato una elevata oppositività durante il periodo dell'adolescenza propriamente detta, il che apparentemente contrasta con l'atteggiamento conformista di cui si è parlato.

La funzione della dialettica conflittuale con le figure di riferimento dovrebbe essere quella di specchio e limite:

La funzione di "specchio" che l'adulto inizia ad assumere nei confronti del pre-adolescente rispetto ai cambiamenti somatici, si integra quindi progressivamente con quella di "limite". Lo specchio restituisce la definizione della nuova immagine nei suoi aspetti considerati accettabili e inaccettabili e al tempo stesso il mantenimento di quella vecchia al fine di non provocare o comunque di limitare l'esperienza di frattura dolorosa con se stesso e con gli altri significativi. Il limite rappresenta sia il senso spaziale del confine alla dimensione esplorativa e del mantenimento all'appartenenza sia il senso psicologico di un confronto con le istanze dell'altro e di una differenziazione da esse.

Queste nuove qualità della funzione genitoriale emergono in un modo coerente con i bisogni di costruzione di un'identità centrata sull'autoconsapevolezza e sulla percezione di un sé trasformato. Uno degli aspetti centrali del processo di definizione dell'identità è infatti individuabile nel bisogno di articolare una narrazione di sé che risponda alla necessità di fornire una coerenza, un'unitarietà e

²⁴ Tutto ciò sembra calzare con quanto descritto da Castellana quando parla della "accentuazione della patologia somatica e ipocondriaca" (Castellana, *ibid.*).

una continuità alla costitutiva molteplicità dei frammenti di esperienza e alla conseguente molteplicità delle rappresentazioni di sé e degli altri che si formano a partire da quelle esperienze.²⁵

I genitori integrano dunque le funzioni di specchio e limite, favorendo il passaggio dal modello da imitare all'autoriflessività e trasformandosi da modello ideale in modello incarnato, personificato. L'adolescente, durante il proprio sviluppo, entra in contatto con le loro parti reali per rimodellare ed integrare le proprie, in un vissuto esperienziale estremamente fluido:

La dimensione molteplice dell'esperienza, non riducibile ad un senso univoco e coerente, diventa così la dimensione fondamentale dell'adolescenza. Si tratta di una molteplicità "sospesa", rispetto alla quale i tentativi di attribuzione di senso sono continuamente in atto e al tempo stesso contraddetti non appena definiti.²⁶

Nel caso dei nostri pazienti, l'oppositività perde di significato, perché manca ormai una figura di riferimento con le funzioni di modello-specchio-limite come quella che per l'adolescente è il genitore; il rapporto con il genitore reale è ormai cristallizzato in dinamiche sterili e ripetitive, i cui esiti sono previsti; le figure di riferimento sono tornate ad essere dunque quelle ideali ed interiorizzate (in particolar modo conta una imprecisata aspettativa sociale), verso le quali il confronto si annuncerebbe perdente sia sul piano pratico che simbolico, quindi inutile e dannoso.

Per interpretare correttamente l'oppositività presentata dal paziente nell'età dello sviluppo, occorre però approfondire il ruolo che *effettivamente* hanno avuto le figure genitoriali rispetto alla loro funzione di modello-specchio-limite.

Le dinamiche familiari che si rivelano in anamnesi sono improntate infatti a massicce triangolazioni e spostano sempre l'attenzione sul bisogno del genitore. La relazione con il paziente bambino oscilla continuamente fra fusionalità e diniego,

²⁵ Canavelli, 2001, p. 106 e sgg.

²⁶ Canavelli, *ibid.*

attaccando ogni tentativo di quest'ultimo di identificarsi sin dalla tenera età (manovra ridefinita dal genitore – che fa largo uso di identificazioni proiettive, soprattutto sadiche – come un abbandono).

Giunto all'adolescenza, il paziente coglie – proprio nella sua non-psicoticità – l'esistenza del limite e intuisce i confini della propria identità pervicacemente negata. Non riuscendo a ricondurre il rapporto all'unità d'amore originaria e ad essere come il genitore lo immagina (il retaggio di questo tentativo resterà evidente attraverso il rapporto transferale), il paziente manifesta un'oppositività che si qualifica più come ricerca di un limite contenitivo che identificativo, finalizzato non tanto a definire i confini propri quanto piuttosto quelli del genitore. Il paziente sembra chiedersi fino a che punto sia possibile tirare la corda prima di *indurre un cambiamento* nella reazione del genitore, che nella sua impermeabilità non esercita la funzione di modello né di specchio, semmai piuttosto quella di muro. Il contrasto con l'autorità non lo aiuta quindi a definirsi, perché essa è lettera morta e non viene ricompresa in un rapporto di reciproco riconoscimento e quindi di senso. Al contrario, essa ribadisce l'indifferenza del genitore di fronte a qualsivoglia bisogno e la fantasia che il ritorno alla fusionalità sia l'unica strada per il ripristino dell'amore perduto.

La fine dell'adolescenza coincide con la presa di coscienza che nessuna separazione è possibile e che dunque l'identità del paziente sarà sempre perdente di fronte a quella – reale o interiorizzata – del genitore. Con essa termina anche l'oppositività, che lascia dunque il posto ad un circospetto conformismo.

Identità e temporalità

A fronte di tante differenze, sono invece tipicamente adolescenziali alcuni altri aspetti del vissuto temporale. Perché si costituisca un'identità occorre che il soggetto esperisca se stesso sempre uguale a se stesso nel tempo e medesimo soggetto di esperienza. Questa condizione è però inaccettabile per alcune implicazioni consecutive:

- la percezione del tempo nella sua tripartizione di passato-presente-futuro;
- la coscienza della nascita e della morte;
- la *storicizzazione* della propria esperienza.

Il "tempo fermo" precedentemente rappresentato implica una modalità esistenziale caratterizzata invece da un tempo eterno, assoluto, ed istantaneo, in cui il problema della morte non si pone ed in cui l'esperienza non è storicizzata. Questo non-tempo è il tempo dell'Eden originario in cui non è possibile evolvere ed identificarsi, dunque essere, dunque abbandonare, dunque essere abbandonati e distrutti dalle istanze superegoiche onnipotenti.

Non adolescente né adulto

In conclusione, privo di alcune dimensioni caratteristiche dell'adolescenza, il paziente non può dirsi tale; appare altresì chiaro che esse non sono state sostituite dalle rispettive modalità esistenziali adulte, lasciandolo in una *situazione* che non è nemmeno più *di mezzo*, bensì ha dignità di dimensione *altra*.

Caratteristica dell'adolescenza è – ad esempio – la *totipotenza*, ovvero la possibilità di essere qualsiasi cosa fintantoché non si sia nulla di definitivo. Il futuro, pur non *pre-visto*, né vissuto nel senso della programmazione, è però naturalmente dispiegato davanti al soggetto nella sua illimitata accessibilità. La totipotenza permane solo *in assenza* di atti concreti, ognuno dei quali comporta delle scelte e dunque la perdita irreversibile di possibili specifiche dimensioni future.

Il passaggio all'età adulta e tutti i fenomeni correlati di individuazione, di maturazione delle separazioni, di definizione di sé, della propria identità e dei ruoli, di determinazione dei propri orientamenti, in una parola della capacità/necessità di operare delle *scelte responsabili*, comporta l'inevitabile perdita di questa totipotenza trasformandola però progressivamente nel *potere di eseguire atti*.

Posto in una *situazione* adulta, ma privo delle suddette capacità, il paziente si rende conto all'esordio di non essere più totipotente, bensì *impotente*, quindi non più adolescente, *ma non ancora adulto*.

Capitolo VII

Psicopatologia e diagnosi

Elementi isterici

La psicopatologia di questi pazienti – come detto – è piuttosto eterogenea, essendo contemporaneamente presenti sia tratti isterici (sia nel senso dell'isteria propriamente detta che sotto forma di isteria d'angoscia) che ossessivi.

Caratteristicamente isterico è il rapporto fortemente impressionistico con il passato, con la memoria e con la ricostruzione degli eventi, nonché il fatto che il paziente focalizzi la relazione in base all'evitamento delle possibilità di abbandono e alla risposta alle aspettative.

La sessualità è in tutti i casi coartata, l'identità sessuale è labile; non è presente desiderio per l'atto in sé, vissuto in via subordinata ad altri aspetti della vita psichica (gratificazione, identificazione, mantenimento del legame, adesione al ruolo *etc.*).

Il sintomo – *al di là della sua manifestazione* – si accresce di un elevato valore simbolico e relazionale, tanto da apparire l'effetto di una sorta di *conversione psichica*. Potremmo chiederci dunque se non ci si trovi di fronte ad una nuova presentazione dell'isteria, in cui la conversione somatica si trasferisca in ambito psichico adattandosi al contesto socioculturale contemporaneo²⁷. La risposta richiederebbe uno spazio interamente dedicato e dipenderebbe innanzitutto da cosa si voglia intendere oggi per "isteria".

²⁷ Siamo pur sempre ad oltre un secolo dalla nascita dell'analisi, che dell'isteria prima di ogni altra cosa ha svelato i "trucchi".

L'aggettivo "isterico" può difatti riferirsi ad una personalità e quindi indicare tratti; oppure ad una nevrosi e indicare sintomi; o infine alla psicosi ed indicare così un grave fenomeno dissociativo a carico preminentemente della coscienza. Può essere identificata a partire da un disturbo relazionale se ne vengano sottolineati tratti di dipendenza, o come un disturbo dell'identità sessuale (Freud ne fece un criterio quasi patognomonico), o ancora in base alla presenza della suggestionabilità (che invece era patognomonica per Babinski²⁸), tutti elementi fra loro eterogenei ed appartenenti ad ambiti distinti (relazionale, dinamico, cognitivo-personologico, *etc.*). Il DSM ci toglie d'impaccio, eliminandone quasi del tutto la denominazione dalle proprie pagine.

Nel nostro caso, per quanto esistano elementi strettamente riconducibili alla sfera isterica, ne mancano però alcuni altri indispensabili per formulare una diagnosi univoca. La presenza di sfumature di altro segno (innanzitutto ossessive, come spiegato sotto) trascende ad esempio la semplice comorbidità e rende il quadro più complesso. Inoltre, i pazienti sono capaci di sviluppare relazioni più mature rispetto a quanto accadrebbe con personalità semplicemente isteriche o istrioniche.

Elementi ossessivi

L'ossessività dei pazienti si esprime invece nella relazione con il futuro, nella programmazione, nel rapporto con le cose e con l'ordine, nel perfezionismo, nel ricorso all'ideazione e al pensiero per sedare l'ansia cosciente.

È presente un ipertrofico senso di responsabilità, effetto delle proprie rigide istanze superegoiche. In tutti i casi è precipuo il problema del "controllo" (del corpo, delle relazioni, dello spazio *etc.*). La comparsa stessa del sintomo viene vissuta come terrificata proprio perché procura inaspettatamente e per la prima volta l'esperienza della perdita di controllo nei confronti della propria mente e del proprio corpo.

²⁸ Babinski, 1901.

Il pensiero è lo strumento onnipotente di comprensione del mondo e di sé; il paziente nega di sé ciò che non possa essere "pensato" ed attraverso il "pensiero di sé" conosce e organizza se stesso. La stessa vita emotiva viene esperita attraverso la mediazione della razionalità. L'evenienza dei propri sentimenti viene analizzata, ne viene valutata l'opportunità e censurata, se necessario, l'espressione.

Del disturbo ossessivo-compulsivo propriamente detto mancano invece la componente compulsiva, l'ambivalenza e tutti gli aspetti direttamente legati alla sessualità che, come detto, ha sfumature più isteriche.

Identità fra isteria e ossessività

La commistione fra tratti isterici ed ossessivi non sembra nel nostro caso riducibile ad un semplice fenomeno di comorbidità, apparendo bensì giustificata su un piano più profondo.

Eppure, le due entità morbose hanno sempre seguito percorsi contrapposti. Il loro destino nosografico sembra addirittura segnato da una sorta di nemesi: i disturbi ossessivi – male della precisione e del perfezionismo, della separazione e della nitidezza – hanno occupato un ruolo stabile e ben delineato nella nosografia di tutto il Novecento. L'isteria – mutevole, sfuggente, mimetica come i suoi sintomi – è stata invece sottoposta a innumerevoli scomposizioni e ricollocazioni nosografiche; affrontata negli ultimi vent'anni solo sul piano della fenomenica, essa è stata smembrata in tutte le sue possibili "forme", procedendo di scomposizione in scomposizione fino a lasciarci a mani vuote. Ciò non toglie che sulla relazione tra isteria (qualunque cosa sia) e ossessività ci sia sempre stato un consenso piuttosto largo, che trova nelle parole di G. O. Gabbard una sintesi eloquente²⁹:

²⁹ Gabbard, 1992, p. 435.

In contrasto con lo stile cognitivo del paziente isterico³⁰, quello del paziente ossessivo-compulsivo implica una estrema attenzione al dettaglio ma una quasi completa mancanza di spontaneità o di flessibilità, mentre le vaghezze impressionistiche vengono liquidate automaticamente come "illogiche".

Ecco sancita l'incommensurabilità fra i due "stili": differenti le origini nella dinamica, differente la fenomenica (a dispetto di una mutevolezza isterica che tutto potrebbe mimare), differente il paziente nel suo funzionamento cognitivo.

Due facce della stessa medaglia.

Da quanto detto finora risulta invece evidente come gli stili cognitivi si mescolino fra loro assumendo modalità impressionistiche su alcuni piani e ossessive su altri. Proprio l'ordinata disposizione su piani distinti lascia pensare che le due modalità siano, anziché contraddittorie, addirittura collaborative; in particolare, esse sembrano difendere l'Io in base ad un comune presupposto.

Assumiamo come ipotesi di lavoro che l'Io possieda due differenti modalità esistentive (passibili, a loro volta, di essere aggredite e di organizzarsi in una difesa ugualmente duplice):

- Quella di sapere di esistere e di sentirsi reale;
- Quella di non avere vergogna di sé e di sentirsi valido e degno soggetto di relazione.

Al primo piano attiene il rapporto dell'Io con la realtà materiale, quella delle cose e dell'ambiente fisico. Nell'estroversione, l'Io regola attraverso la razionalità il rapporto con le cose e – dalla stabilità e costanza di questo rapporto – desume le proprie caratteristiche e si identifica. Nel rapporto con le cose l'Io conosce *formalmente* se stesso e, conoscendosi, ha la conferma di essere reale.

³⁰ Precedentemente definito "impressionistico".

Nell'introversione, questo piano operativo sfrutta come strumento il pensiero. L'Io si ancora alla realtà con il pensiero razionale, al fine di evitare la derealizzazione. Questo livello si occupa in sintesi dello spazio (soprattutto dello spazio geometrico), del futuro (e della programmazione), degli oggetti (anche della loro forma e posizione). Un insulto a questo livello verrà bilanciato da un'ipertrofia del pensiero e da una sintomatologia ossessiva.

L'altro è il piano della relazione: l'ambiente non è quello fisico ma è quello dello spazio antropologico e del tempo vissuto; in questo ambito predomina l'atteggiamento emotivo-affettivo e l'Io non si intenziona alla realtà *ma ai significati*. La relazione intersoggettiva, colta nell'estroversione, permette all'Io di desumere la propria validità. Nel fallimento di queste operazioni si ottiene lo svuotamento di senso, la depressione anaclitica, la vergogna, e ad essi si risponde con modalità isteriformi che mantengano la validità nella relazione. Questo livello ha a che fare quindi col tempo (e lo spazio vissuto), col passato (e la memoria), con l'alterità (e l'orizzonte di senso).

Secondo questa interpretazione, i due sistemi tenderanno quindi a cooperare più che ad ostacolarsi. Nel nostro caso il comparto razionale ossessivo viene dirottato a compensare il meno solido sistema emotivo-validativo. Lo stile ossessivo produce un "buon funzionamento" che, vantaggioso ed efficace, viene esteso agli altri ambiti ed utilizzato anche nel controllo emotivo e nella relazione interpersonale, in un continuo tentativo di "messa a punto" per essere all'altezza.

Identità, identità sessuale, identità di genere

Non approfondirò qui ulteriormente il problema dell'identità, concetto la cui sola definizione non può darsi per scontata. La componente "isterica" del disturbo lascia intravedere possibili interpretazioni sessuali: esse sono ad un tempo esatte e fuorvianti. Non v'è dubbio che la sessualità costituisca un *problema* (di cui darò ragione più avanti); un labile senso di identità *tout court*, un rapporto conflittuale con il corpo proprio e dell'altro, una espressività sessuale ridotta e a tratti sfuggente

smebrano puntare ciascuno ad un diverso livello del *continuum* identità-identità sessuale-identità di genere. Credo di poter ragionevolmente sostenere che *ubi major minor cessat*, ovvero che il terzo livello possa essere ricondotto al secondo (e ciò appare abbastanza verosimile), così come il secondo possa conseguire ad un disturbo del primo; questa seconda affermazione è in realtà meno scontata.

Coscienza e coscienza dell'Io

Una seconda precisazione riguarda il problema della coscienza. Ho scritto sopra: perché si costituisca un'identità occorre che il soggetto esperisca se stesso sempre uguale a se stesso nel tempo e medesimo soggetto di esperienza. In ciò e in altre parti, ho implicitamente attribuito al senso di identità alcune caratteristiche costitutive della coscienza dell'Io; benché esse non coincidano, effettivamente l'una non è possibile senza l'altra.

Nei nostri pazienti, possiamo ravvisare un turbamento della coscienza dell'Io a due livelli.

- Durante l'esordio sono frequenti esperienze di *derealizzazione* (indifferentemente auto-, allo- o somatopsichiche), di intensità anche piuttosto elevata. Tali gravi manifestazioni tendono a scomparire con la remissione, rimanendo nelle forme consuete solo nei pazienti con attacchi di panico.
- Le caratteristiche intrinseche della coscienza dell'Io, ovvero l'*Unità*, l'*Attività*, l'*Identità* e la *Contrapposizione al mondo esterno*, sono permanentemente labili pur non producendo nei fatti una franca sintomatologia: la loro labilità si manifesta invece in modo indiretto ovvero nell'incapacità del paziente di eseguire queste operazioni in una sintesi complessiva di sé, trascendendo quindi l'attività "istantanea" della stessa coscienza dell'Io (ad esempio, nel non riconoscere continuità fra le diverse

parti della propria storia o nel non riconoscersi effettivamente padrone della propria vita).

Posso inoltre sinteticamente aggiungere che nel nostro caso non si manifestano disturbi *evidenti* della coscienza (salvo quelli – transitori – concomitanti ai disturbi della coscienza dell'Io). Questa affermazione, in realtà, esclude semplicemente gravi stati dissociativi e alterazioni della vigilanza, senza dire null'altro. Un'indagine più accurata sullo stato di coscienza di questi pazienti sarebbe invece di grande interesse, ma esula dalle capacità di questa indagine al momento presente.

La diagnosi

In conclusione, escludiamo quindi per ovvie ragioni che si tratti di pazienti adolescenti; escludiamo altresì che siano, per quanto appena detto, isterici "puri" o ossessivi "puri", cionondimeno la semplice comorbidità non risulta sufficientemente credibile. Non possiamo nemmeno ritenere adeguata la diagnosi di disturbo di personalità *tout court* – pur apparentemente congelato nella stessa ricorrente dinamica e per quanto radicati nella sua personalità siano i tratti sopra descritti, sono presenti due elementi, loro sì, costitutivamente evolutivi:

- l'esordio e la trasformazione che esso produce nei fatti;
- la "situazione di blocco", ovvero l'esser congelati in una determinata condizione che perturba una dinamica evolutiva sino a congelarla in uno "stato altro" e si configura dunque non come *conseguenza a posteriori* di una evoluzione fallita, ma *come disturbo essenziale della evoluzione*.

Tutto ciò, in base anche a quanto detto nelle prime pagine, qualifica questo disturbo come un paradossale *disturbo dello sviluppo in età adulta*, anche in virtù della sua continuità cronologica ed etiopatogenetica con le fasi dello sviluppo.

Capitolo VIII

La persona come soggetto dell'esistenza

All'origine del problema

La *presenza* del corpo, la percezione di un tempo in divenire, la relazione con l'alterità sono tre elementi che consideriamo *fenomenologicamente dati* e anzi costitutivi dell'esistenza stessa. Nel nostro caso – come fin qui dimostrato – questi elementi non si *danno* nella loro "naturalzza", ma appaiono in qualche misura defettuali; abituati al confronto lacerante con la psicosi, con la sua evidenza, con l'angoscia che l'accompagna e la sostiene, rischiamo di non accorgerci *di quanto possano essere "defettuali"* esistenze congelate nell'incompiutezza, esistenze che sfuggono all'analisi, si nascondono all'evidenza, sono tormentate da un'angoscia sorda ed invisibile.

Siamo dunque giunti a ciò che c'è *dietro e prima* della fenomenologia clinica, ovvero a ciò che ci interessa non tanto per porre diagnosi o per stabilire una terapia (basta a questo quanto fin qui detto), quanto per comprendere un senso ed immaginare una prevenzione.

Dalla frammentazione iniziale della sintomatologia siamo giunti ad un più sintetico assortimento psicopatologico; esso sembra offendere i *presupposti stessi dell'esistenza*: il corpo, il tempo, la relazione. Voglio riconoscere come punto di reperi essenziale all'interno di questo trittico, più specifico interprete dell'esistenza, nonché vera vittima del nostro problema, il concetto di *persona*. Questa scelta rappresenta *una precisa presa di posizione*.

La persona

Uso qui il termine "persona" preferendolo ad altre declinazioni dell'esperienza della soggettività umana che avrei potuto lecitamente utilizzare: identità, coscienza, soggetto, Io, individuo.

Va innanzitutto precisato per chiarezza che non mi riferisco alla persona come maschera, in senso junghiano, ovvero a

l'aspetto che l'individuo assume nelle relazioni sociali e nel rapporto col mondo.³¹

Parto piuttosto dalle parole di Husserl³²:

Chi vede ovunque soltanto la natura, natura nel senso e con gli occhi delle scienze naturali, è cieco per la sfera dello spirito, per il peculiare dominio delle scienze dello spirito. Non vede gli oggetti che attingono il loro senso a operazioni personali – non vede, dunque, gli oggetti della "cultura", non vede, propriamente, le persone, per quanto si accinga a operare nell'atteggiamento dello psicologo naturalista.

Siamo in presenza di un concetto piuttosto articolato, definibile fra l'altro come

sostanza primaria e indivisibile fondamento dell'individualità dai tratti eccezionali ed irripetibili, capace di agire secondo libertà, con conseguente responsabilità delle proprie azioni.³³

³¹ Galimberti, 1992, p. 677.

³² Husserl, 1965.

³³ Galimberti, *ibid.*

La *persona* non è *cosa*, né è in alcun modo reificabile: essa è *irriducibile* alla condizione di oggetto. La persona non è individualità: ne è bensì fondamento; essa si qualifica inoltre per la propria intrinseca *libertà*, che è libertà di compiere *atti*. Definita tradizionalmente *a priori* e come *fonte* degli atti che ne derivano, la *persona* va più intimamente colta in altro modo, come spiega Wojtiła esprimendo la relazione indissolubile fra persona e atto:

l'analisi fenomenologica che Wojtiła segue, *non parte dalla persona, ma giunge ad essa*: studia l'azione umana e fa vedere come proprio nell'azione e mediante l'azione si riveli la persona.³⁴

La *persona* è sì fonte di atti (intesi in senso aristotelico-tomista all'interno di una dialettica fra *actus* e *potentia*), ma non di atti indifferenti – i quali non solo ne discendono, ma la qualificano:

Chiamiamo atto esclusivamente *l'azione cosciente* dell'uomo. Nessun'altra azione merita tale nome.

(...)

L'atto in sé, come *actus humanus*, deve contribuire all'attualizzazione conoscitiva della potenzialità, che esso presuppone e che è alla sua radice. È la potenzialità dell'essere personale, mentre l'atto stesso non si spiega soltanto come *actus humanus*, ma anche come *actus personæ*.

(...)

I termini «atto» e «azione» (...) sembrano definire la stessa realtà dinamica, ma, in un certo modo, più come fenomeno o manifestazione che come struttura ontica.

(...)

³⁴ Reale, 2001, p. 19.

Al contrario, sia l'espressione «atto» sia l'espressione «azione cosciente» ci indicano il dinamismo proprio dell'uomo in quanto persona.³⁵

Il concetto viene precisato ulteriormente da Buttiglione³⁶:

Facendo esperienza del proprio essere causa efficiente dell'azione, l'uomo scopre al tempo stesso di essere totalmente immanente in essa e di trascenderla. Il soggetto è totalmente immanente all'azione perché essa è la sua azione, con i fini della quale si identifica e della quale assume la responsabilità. Tuttavia l'uomo è anche trascendente rispetto all'azione. Egli la pone in essere, la sceglie e in tal modo si identifica come soggetto agente dell'azione stessa e non come uno qualunque degli elementi dell'azione, trascinato dal dinamismo intrinseco dell'azione stessa.

(...)

L'atto umano sarà dunque quell'atto attraverso il quale l'uomo attualizza le potenzialità che gli sono proprie in quanto persona e costituisce in tal modo la sua personalità. Attraverso i suoi atti, infatti, in un certo qual modo l'uomo crea se stesso, la propria interiorità e personalità morale.

Ciò la distingue nettamente dal concetto di *individuo*, inteso nella cultura attuale come *oggetto di studio* e non come *soggetto di relazione*, e come soggetto di *diritto*, e non di *valore*.

L'approccio naturalista, come scritto da Husserl sopra, esclude dal proprio campo d'azione parte del panorama. L'Io cartesiano d'altronde non è sufficiente fondamento dell'identità, giacché, nelle parole di Ricœur³⁷,

³⁵ Wojtīła, 2001, p. 83 sgg.

³⁶ Buttiglione, 1998, p. 167 sgg.

³⁷ Ricœur, 1993, p. 78.

l'ipseità del se stesso implica l'alterità a un grado così intimo che l'una non si lascia pensare senza l'altra.

La *persona* è dunque soggetto di relazione dotato di un Io fenomenologicamente dato di fronte ad un Mondo (o ai contenuti immediati della coscienza riconducibili all'esperienza del Mondo) fenomenologicamente dato anch'esso, soggetto di valore, fonte di atti a partire da una *potentia*, che sono liberi e quindi riconducibili alla propria *responsabilità*. Di più, possiamo dire che la persona "è" *in quanto* agisce liberamente (e responsabilmente) ed "è" *in quanto* è in relazione.

Voglio inoltre intendere – forse un po' forzatamente – in questo medesimo senso il corpo-*Leib* come corpo *personale*:

L'uomo è "una" parte della natura e può essere studiato come "un" corpo fra gli "altri" corpi. L'uomo, cioè, *ha* un corpo-*Körper* (un corpo-oggetto) ma egli è anche (un) corpo-*Leib* (un corpo vissuto o vivente). Questo significa che l'uomo non si progetta solo nella fatticità (nella naturalità) del suo corpo-*Körper* ma anche nella libertà del suo corpo-*Leib*. Se questo avviene, se la coscienza intenzionale immerge il corpo in un movimento di radicale donazione di senso (*Sinngebung*), il corpo si destituisce per la sua fatticità e si trasforma in soggetto di esperienza; fondato nella costituzione storica e intersoggettiva degli orizzonti di senso.³⁸

Infine, a proposito della temporalità ricorro alle parole di Paoletti che scrive:

Il nostro parere è che l'eccezione che – di fatto e, generalmente, anche in teoria – si fa per l'uomo, rispetto a tutti gli altri prodotti della natura (suscitando la reazione, peraltro immotivata, degli "animalistici") è dovuta al fatto che l'uomo come persona congiunge realmente in sé (e non soltanto idealmente con il pensiero) precisamente quel livello *assiologico* e quel livello *fattuale* che devono essere uniti perché si possa parlare concretamente di valore.

³⁸ Borgna, 1983, p. 305.

(...)

Nel caso dell'uomo, al contrario – e non dell'uomo come semplice organismo vivente, ma appunto come persona irripetibile – la necessità di adeguare il fatto a un valore comunque inteso, e poi di intendere il valore in un senso che possa dirsi "divino", diviene esplicita.

(...)

In questo stadio, l'uomo non si pone ancora il problema del valore come problema filosofico: ma, prima o poi, comincia già a *viverlo* come problema esistenziale. Quale che sia la risposta, egli si domanda cosa *debba* fare, e perché.

Attraverso questo processo l'individuo diviene persona.

(...)

Ontologicamente, perciò, l'uomo, nella misura in cui tende a farsi persona nel senso che si è detto, fa coesistere un livello assiologico con un livello fattuale. E questa coesistenza determina precisamente la specifica *temporalità* del suo modo d'essere.

(...)

Il problema di adeguare ciò che si fa e ciò che si è a ciò che si vuole, o si vorrebbe essere – quando anche si tratti di un'esistenza puramente edonistica o utilitaria – è appunto quello che ci fa indugiare (...) anche se non fa dell'attesa un problema cosciente.³⁹

L'uomo è persona quindi nella misura in cui esperisce la dimensione dell'*attesa*, del tempo apparentemente vuoto ma che al contrario lo qualifica perché

senza questa "assenza di cosalità" l'uomo non diventa titolare della propria azione.⁴⁰

³⁹ Paoletti, 1999, p. 189 sgg.

⁴⁰ Paoletti, *ibid.*

Capitolo IX

Dal caso al contesto

Incatenati dalla libertà?

La *titorialità dell'azione* è quindi la vittima predestinata di questa sequenza di crimini. Il paziente rimane soggetto solo in quanto "soggetto passivo di esperienza" perdendo la propria capacità di eseguire atti consapevoli (*l'actus humanus*) e responsabili. In una parola, perde la propria *libertà*.

Egli resta confinato in un limbo, dotato di un Io continuamente *sub iudice*, nell'attesa di un indefinito ed indefinibile compimento. L'attesa è però piatta e vana, non abita il tempo nel suo *ad-tendere*, è bensì un non-tempo vuoto di *avvenimenti*.

Egli scarta ogni ipotesi di sé (e del mondo che lo circonda) che non rispetti un ideale preconstituito e perfetto, un ipotetico e generico appagamento del proprio desiderio; quest'ultimo peraltro viene definito solo in negativo, come *manca di difetto*. È un ideale vuoto anch'esso, perché *non incarnato*: è non-esistenza, non-scelta, non è nulla in particolare, è l'abbandono di nessuna via. Il tempo trascorso è tempo perso perché imperfetto, segnato dalla ferita dell'*e-sistenza*; e, del resto, *verso* l'ideale non ci si incammina per non restare vittima del *frattempo*.

È paradossalmente la non-libertà della totipotenza, frutto di un drammatico fraintendimento: che la libertà sia rappresentata dall'assenza della perdita, mentre essa è essenzialmente *la* perdita⁴¹.

In ciò, occorre liberare le spalle del paziente di una buona parte di responsabilità – qualcosa ci invita tutti ad essere così: nel nostro tempo *non si può non essere liberi*.

Oltre la sindrome

Quanto scrivo da qui in poi è infatti valido per il paziente nello specifico, ma è applicabile in una certa misura a grandi aree della società civile che rappresenta ai suoi occhi (e troppo spesso anche ai nostri) la *norma* di riferimento. Mi sembra del resto utile soffermarmi sul contesto culturale che sostiene questa (nuova?) psicopatologia per diverse finalità: la migliore comprensione del singolo caso, innanzitutto; ma anche la riflessione sulle dinamiche sempre più morbose che si insinuano in una società che diventa gradualmente sempre più "patogena".

Nuova?, mi chiedo. Torno brevemente alle parole di Castellana⁴²:

«Emergente» non significa «nuovo», si riferisce invece a qualcosa che non è nuovo, anzi è sempre esistito, ma va acquistando un'importanza crescente in relazione alla sua maggiore visibilità, dovuta ad una mutata condizione, per lo più ambientale (o socio-culturale), che ne permette il fenomeno della proliferazione. In ciò, a mio avviso, il «nuovo».

⁴¹ Se la libertà è frutto di un *actus humanus* responsabile e consapevole, esso è tale nella misura in cui opera una scelta; quest'ultima, a sua volta, implica due possibilità, una delle quali viene persa. La libertà è dunque *la rinuncia a tutto ciò che non si è scelto*, in favore di ciò che si è responsabilmente scelto.

⁴² Castellana, *ibid.*, p. 133.

Ciò che ho avuto modo di osservare – e che maggiormente dovrebbe destare allarme – è dunque non solo la crescente frequenza della particolare configurazione psicopatologica sin qui descritta, quanto piuttosto la presenza di un "brodo di coltura" che tiene in incubazione una moltitudine di casi analoghi dall'espressività più varia e che minaccia di spingere una intera generazione nella medesima direzione. In sintesi, se *questi* pazienti sono congelati in una vetero-adolescenza patologica e dolorosa, il modello sociale invita *tutti* ad identificarsi in un irraggiungibile modello adolescente senza età, senza conflitto, senza dolore, senza perdita.

Ne sono presupposti alcuni *assiomi* culturali, molti dei quali non sottoponibili a critica, giacché dubitarne produce una moderna accusa di *empietà*.

La centralità dell'individuo.

Il primo di questi assiomi è la centralità dell'*individuo*, *reifificazione* della persona, individuo fra gli individui, cosa fra le cose, indegno di valore *per se*. Il valore della persona è nell'esistenza stessa, il valore dell'individuo giunge invece attraverso un'*attribuzione*. Alla persona soggetto di valore si sostituisce – come detto – l'individuo soggetto di diritto, il cui valore discende dalla *situazione*, dalle connotazioni, non dall'essere ma dal "come" si è. In assenza di un valore intrinseco, si fa largo l'imperfezione come segno di insufficienza. Il valore (l'imperfezione *come segno dell'esistenza*), lungi dal diventare semplicemente indifferente, si trasforma quindi in vero e proprio disvalore. Questo metro è applicabile a sé come al Mondo, in un progressivo e reciproco svuotamento di senso.

Ne scaturisce una rincorsa verso il *self*, una fuga verso l'interno che produce di volta in volta stucchevole intimismo, comoda misantropia, goffo giustificazionismo nei confronti delle condotte "egoistiche".

Il relativismo.

Secondo assioma è il relativismo. La teoria della relatività è origine della più grande mistificazione culturale del Novecento: essa viene citata per ricordare che

tutto è relativo, ma si dimentica che la Relatività Generale sostiene al contrario che tutto è *relativo* "a"⁴³. La seconda parte della proposizione è dimenticata in favore di un relativismo che ritiene ogni asserzione ugualmente vera, ogni principio ugualmente valido. È questa la "notte in cui tutte le vacche sono nere", in cui tutte le norme sono formali, in cui ogni limitazione alla *libertà dell'individuo*⁴⁴ è innaturale: ma, in questo percorso, si cerca la libertà e si trova piuttosto l'anomia. Metro unico dell'Universo è dunque di nuovo l'individuo, lasciato nella sua solitudine.

La libertà del corpo

Il problema del corpo si riveste a questo punto di nuova luce. Il corpo-luogo, non vissuto, non abitato, è un corpo *non scelto*. Esso è giunto alla propria inevitabile maturazione e da *corpo sessuale* si è trasformato in *corpo sessuato*; al crocevia di questa trasformazione giace persa l'adolescenza.

In principio era la natura. Sfondo nel quale e contro il quale si è formata la nostra idea di Dio, la natura resta il problema morale supremo. Non possiamo sperare di comprendere il sesso e la differenza sessuale finché non avremo chiarito il nostro atteggiamento verso la natura. Il sesso è una categoria della natura, è il naturale nell'uomo.⁴⁵

La radicale presa di posizione di Camille Paglia apre la questione del corpo in tutta la sua ineluttabilità: *nel* corpo – corpo *sempre* sessuato – si combatte il conflitto *contro* la natura e *contro* l'identità dell'Altro (l'Altro che per principio è innanzitutto l'alterità sessuale) la violenza dell'Essere per cui *omnis determinatio est negatio*.

⁴³ Nella fattispecie, alla velocità della luce ("c", ovvero la costante universale).

⁴⁴ Non spiego nuovamente quanto siano pregnanti nella discussione questi due termini.

⁴⁵ Paglia, 1993, p. 3.

L'espulsione della violenza

La violenza cionondimeno è stata dializzata fino a diventare puro concetto, espulsa dallo spazio antropologico nella quale non ritrova diritto di cittadinanza. Ma essa fa parte della natura e dell'esistenza, anzi:

All'essere è così connaturata, da rappresentarne l'epifania più certa.⁴⁶

La violenza non si lascia dunque espellere da altro che dallo spazio conscio del soggetto e dalla rappresentazione collettiva esplicita, torna in mille modi e dietro mille maschere, lasciando il soggetto impreparato alle sue manifestazioni, stupefatto, soverchiato.

Incapaci di decodificare la violenza subita, i nostri pazienti si trovano al centro di un perverso *processo vittimario*, ove il loro soccombere salva tutti (primi i genitori e quindi loro stessi) e ripristina idealmente la condizione originale di innocenza annullando la possibilità stessa del male.

⁴⁶ Givone, 2000, p. 3.

Capitolo X

Colpa, vergogna, responsabilità

Colpa, vergogna, struttura sociale

Nelle storie dei nostri pazienti esistono altri due aspetti che non ho ancora nominato, ma che appaiono fortemente problematici: la colpa e la vergogna. Questi due vissuti vengono fortemente *negati* ed *evitati*, e di rado appaiono esplicitamente nel colloquio psicoterapeutico nonostante se ne percepiscano di continuo gli echi.

Non approfondirò in questa sede le interpretazioni analitiche, che richiederebbero uno spazio congruo. Mi sembra invece interessante riflettere sulle risonanze sociali e culturali che attraversano lo spazio antropologico in cui compare la psicopatologia qui descritta. In ciò, ovviamente, sposto l'attenzione dalla dinamica intrapsichica a quella collettiva, cui attribuisco un ruolo maggiore a quello di semplice spettatore.

Per affrontare questo argomento, possiamo partire da molto lontano, anzi, quasi dall'inizio:

O Padre Zeus, come sono grandi le *àtai* che tu assegni agli uomini. Altrimenti non avrebbe mai l'Atride commosso fino in fondo il *thumòs* nel mio petto, e non avrebbe menato via, inflessibile, la fanciulla a mio dispetto.⁴⁷

E altrove:

⁴⁷ Iliade, XIX, 270 e sgg.

Ebbene, giacché fui accecato dall'*ate* e Zeus mi tolse il senno, voglio ora rifare la pace e offrire doni immensi.⁴⁸

L'*Ate*, insufflata da Zeus nel θυμός di Agamennone, lo conduce ad azioni scellerate; ma è *ate* anche l'avventatezza di Agàstrofo⁴⁹ – sorpreso in battaglia lontano dai propri cavalli – o la dissennata decisione di Automèdonte⁵⁰ di agitare la lancia contro il nemico mentre conduce da solo il carro da guerra. Tutte queste azioni sono sconsiderate e prodotte εἰς ἄταν.

Dodds definisce il complesso concetto di *Ate* come un errore inesplicabile, originato da Zeus, dalle Erinni o dalla moira (non personificata), talora dall'alcool, contrapposta in una certa misura al μένος (che spinge invece ad imprese eroiche) con cui però condivide l'origine extrasichica e, quindi, divina. Agamennone non se ne sente direttamente responsabile ("fui accecato dall'*ate* e Zeus mi tolse il senno"), ma decide comunque di "offrire doni immensi": l'*ate* non implica la responsabilità morale né giunge come punizione per una colpa pregressa, cionondimeno chi ne è colto se ne vergogna e accetta la pena conseguente. Benché l'idea di una pena che così naturalmente consegua ad un'azione rovinosa ma senza colpa, sembri stravagante all'osservatore moderno, essa riflette in modo esemplare la mentalità dell'uomo omerico e la sua concezione della vita psichica. Ciò che qui ci interessa è la trasformazione (e le sue implicazioni) del significato di *ate* dal periodo omerico a quello arcaico.

Dobbiamo innanzitutto tener presente che la personificazione divina delle componenti extracoscienti della psiche (*ate*, μένος, etc., ma anche semplicemente ciò che "viene in mente" al di fuori del pensiero logico concatenato) è ben più di un semplice espediente letterario. Nel mondo omerico,

⁴⁸ Iliade, XIX, 137 e sgg.

⁴⁹ *Ibid.*, XI, 340 e sgg.

⁵⁰ *Ibid.*, XVII, 469 e sgg.

quando un uomo agisce in modo contrario a quel sistema di disposizioni coscienti che, si dice, egli conosce⁵¹ il suo atto non è propriamente suo, gli è stato imposto.

(...)

Evidentemente, è più probabile che questo avvenga, quando le azioni sono fonte di acuta vergogna per chi le compie.⁵²

L'*ate* dà dunque ragione di un comportamento di cui l'individuo non è colpevole, perché esso ha origine extracosciente (irrilevante a questo punto se divina o inconscia, visto che per l'uomo omerico non v'è distinzione), ma che lo espone ad una profonda ed altrimenti insostenibile vergogna. Le mancanze morali frutto di *ate* sono quindi sullo stesso piano di altre azioni erranee ed inspiegabili che non implicano una colpa (l'imprudenza di Agàstrofo, ad esempio) e producono la medesima perdita di pubblica stima (τιμή), ciò che è ad esempio nella società giapponese contemporanea il "perdere la faccia"; del resto, questa giustificazione non lo sottrae alla pena perché la giustizia omerica non si preoccupa dell'intenzione, ma solo dell'azione.

L'uomo omerico è infatti un insieme situazionale di funzioni: è di volta in volta un piede veloce, uno sguardo profondo, membra agili e articolate (γυῖα) o potenti e muscolose (μέλεα); la sua anima è una ψυχή che spira dal corpo morente, un θυμός che spinge all'azione e si commuove, un νόος che ospita l'intelletto. I suoi complessi – diremmo oggi – ideoaffectivi si animano in una girandola di divinità e personificazioni che gli appaiono e lo ispirano; il più delle volte, a conferma del loro carattere privato ed intimo, queste manifestazioni sono invisibili a terzi.

Pur mancandogli una rappresentazione unitaria del corpo o della mente, l'uomo omerico reperisce i confini di sé in una concezione "intellettualistica" dell'esperienza secondo la quale si è ciò che si sa (come dimostra l'uso di οἶδα) e, di

⁵¹ Nel senso di οἶδα.

⁵² Dodds, 1978, p. 29.

conseguenza, non si è ciò che non si sa (lo avrebbe ripreso più tardi Socrate, sostenendo che "la virtù è conoscenza"). Ecco dunque inevitabile la proiezione dei contenuti psichici extracoscienti in una personificazione divina. Scrive Snell:

È ignoto a Omero il vero e proprio atto della decisione umana

(...)

La credenza in quest'azione del divino è dunque un complemento necessario alle rappresentazioni omeriche dello spirito e dell'anima umana.⁵³

Nel passaggio alla lirica le cose cambiano radicalmente. Si domanda a questo proposito sempre Snell⁵⁴:

Esiste una relazione fra il cinico piacere di distruggere ogni illusione proprio in Archiloco, l'arguzia di Anacreonte e l'interiorità di Saffo?

Ebbene, esiste e consiste innanzitutto nel fatto che di tutti loro conosciamo l'identità. Per il gusto di un confronto immediatamente esemplare, si pensi già solo all'ineffabile e controversa identità di Omero. Ancora Snell spiega in un altro passo:

La differenza più notevole fra l'antica epica greca e la lirica che da essa deriva sta (...) nel fatto che nella lirica i poeti ci fanno conoscere per la prima volta la loro individualità.⁵⁵

Essa infatti traspare e diventa tema stesso dell'opera, ribadendo così l'esistenza e l'identità storica dell'autore. Archiloco e Saffo, individui ed individualisti

⁵³ Snell, 1963, p. 44.

⁵⁴ Snell, *ibid.*, p. 96.

⁵⁵ Snell, *ibid.*, p. 89.

(ed "individuati", aggiungerei), esprimono il loro personale parere in contrasto con la norma vigente e senza nemmeno bisogno di appellarsi al diritto o alla morale

"La cosa più bella è quella che mi piace".⁵⁶

Questo processo è molto graduale e si accompagna ad altri determinanti mutamenti. Man mano che si struttura il concetto di colpa, l'*ate* diventa sempre più un "castigo": Zeus, che già nell'Odissea viene associato alla giustizia, ne diventa durante il periodo arcaico personificazione più o meno diretta: le Erinni sono i suoi magistrati e l'*ate* è la punizione per chi si sia macchiato del *kòros* (il compiacimento per il proprio successo) e della relativa *ὑβρις*, il "primo dei mali" (πρῶτον κακῶν). L'uomo greco, indifferente e addirittura beffardo di fronte ai dardi del fato durante il periodo omerico, si dispera invece in quello arcaico per la propria ἀμηχανία (impotenza) nei confronti di divinità gelose (φθονερόν) e vendicative, che sovradeterminano la storia e ne regolano gli avvenimenti a dispetto degli umani propositi. Si tratta di una implicazione dell'incipiente interiorizzazione della coscienza, che comporta una graduale e drammatica ristrutturazione dei rapporti fra psiche, individuo, Io e morale. L'uomo diventa responsabile dei propri atti e l'intervento divino ripara la colpa con un'opportuna punizione: quest'ultima, quando non colpisce il soggetto in vita, lo raggiungerà in una dimensione ultraterrena o più probabilmente nella sua "innocente" discendenza (gli ἀνάιτιοι) per μίαισμα (contaminazione). Ecco un altro elemento che agli occhi del contemporaneo può sembrare profondamente ingiusto e che invece è naturale nel mondo greco, in cui è proprio il tenacissimo radicamento nella famiglia a contrapporsi allo sviluppo del principio di responsabilità personale.

⁵⁶ Snell, *ibid.*, p. 96.

La famiglia

Proprio il ruolo della famiglia, per Dodds, è la chiave di volta di questa trasformazione. La solidarietà familiare è infatti la base della coesione sociale: il padre è οἶκος ἄναξ e gode di autorità illimitata, mentre i figli hanno nei suoi confronti solo doveri e nessun diritto. Questo principio resta valido in linea di massima ben oltre il periodo epico, tanto che Platone in più opere ne sottolinea l'intangibilità

E infatti la maledizione dei padri sui figli è la più terribile di ogni altra su ogni altro, ed è giustissimo.⁵⁷

e anche:

Chiunque mai oserà levar la mano sul padre, la madre, o anche sui progenitori che li precedono, chi userà contro di loro violenza e maltrattamenti, senza temer l'ira degli dèi del cielo (...), costui ha bisogno di qualche mezzo estremo che lo distolga dal delitto.⁵⁸

Il primigenio confronto cruento fra Crono e Zeus (frutto secondo Dodds di una misteriosa contaminazione ittita, trapiantata pressoché intatta nella cultura greca) non è un racconto per tutte le orecchie:

Quanto poi a quello che fece Crono e a quello che patì da parte del figlio, secondo me non sono cose da raccontare così alla leggera a persone senza giudizio e giovani, neppure se sono vere. Si deve invece gelosamente tacerle.⁵⁹

⁵⁷ Platone, Leggi, XI, 931C.

⁵⁸ Platone Leggi, IX, 880E.

⁵⁹ Platone, Repubblica, II, 338A.

Ma la gravità del precetto è tale da far pensare che l'inattaccabile autorità del *pater familias* già dal periodo arcaico non sia più così intangibile; l'imposizione etica coattiva e reazionaria, tale da prevedere addirittura punizioni esemplari, si rafforza in compenso al concomitante scemare della direttiva morale.

È l'esito di un processo complesso e articolato, cui partecipano la nascita della responsabilità personale, lo sviluppo del concetto di colpa e la sua sostituzione al principio della vergogna nell'orizzonte morale, l'interiorizzazione della coscienza, l'emersione e l'affermazione dell'identità individuale.

Dapprima, la direttiva morale è un inappellabile rispetto per l'autorità paterna ("farai questo perché lo dico io"): per restare nell'ambito della giustizia basta obbedire e preservarsi da comportamenti volontari o involontari che facciano perdere la pubblica stima. In un secondo momento, il riferimento è ad un'istanza superiore ("farai questo perché è giusto") e ad un complesso di norme universali cui ogni individuo (anche il padre) è sottoposto e di cui ciascuno è il primo giudice. A questo punto, la direttiva paterna (o divina) – nel caso non corrisponda ad un ideale di giustizia – diventa drammaticamente opinabile. La ὑβρις è quindi innanzitutto una metafora dell'insolenza nei confronti dell'autorità paterna, anche laddove (e, aggiungiamo, proprio perché) essa sia semplice espressione di identità.

Con il movimento sofisticato, scrive Dodds,

il conflitto, in molte famiglie, divenne completamente cosciente: i giovani cominciarono a difendere il proprio «diritto naturale» di disobbedire ai padri.⁶⁰

Civiltà di vergogna, civiltà di colpa

Nella propria analisi delle trasformazioni sociali e culturali tra il periodo omerico e quello arcaico, Dodds fa riferimento ad una coppia di concetti già nota agli antropologi:

⁶⁰ Dodds, *ibid.*, p. 68 sgg.

Dico vergogna, non colpa, perché alcuni antropologi americani ci hanno recentemente insegnato a distinguere le «civiltà di vergogna» dalle «civiltà di colpa», e la società descritta da Omero è sicuramente una civiltà di vergogna.⁶¹

Il riferimento è al classico testo di Ruth Benedict "Il crisantemo e la spada", pubblicato nel 1946 per descrivere la società giapponese⁶². La seconda guerra mondiale aveva portato alla luce in maniera drammatica l'incapacità occidentale (statunitense, nella fattispecie) di conoscere e capire un avversario tanto diverso dai propri modelli culturali e comportamentali.

In sintesi, gli antropologi, ricorda Eva Cantarella⁶³,

definiscono shame culture, o «cultura di vergogna», quella in cui l'adeguamento alle regole non è ottenuto attraverso l'imposizione di divieti, ma attraverso la proposizione di modelli positivi di comportamento: e nella quale coloro che non si adeguano ai modelli incorrono nel biasimo sociale, e in una conseguente sensazione di «vergogna». Per guilt culture, o «cultura di colpa», invece, intendono una società in cui i comportamenti vengono determinati attraverso l'imposizione di divieti, e in cui chi tiene un comportamento vietato si sente oppresso da un senso misto di angoscia, di colpa e di rimorso.

Il doppio paradigma (vergogna-colpa) è stato successivamente applicato in modo piuttosto rigido in diversi ambiti, attribuendo allo stesso Dodds una radicalità che non aveva; egli, al contrario, scrive chiaramente che non è possibile separare le due modalità in modo netto, sì da contrapporre due schemi sociali distinti ed alternativi. Ciò è tanto più vero quanto più si ha a che fare con una cultura complessa, e senza dubbio possiamo riconoscere questa complessità nella cultura

⁶¹ Dodds, *ibid.*, p. 29.

⁶² Benedict, 1993.

⁶³ Cantarella, 2002, p. 32.

greca omerica ed arcaica, in quella giapponese contemporanea e nella nostra cultura attuale.

Nel determinare se la nostra cultura sia di colpa o di vergogna, le interpretazioni sono meno univoche di come si potrebbe immaginare:

Per taluni autori, se l'Occidente è l'erede di una civiltà della colpevolezza un tempo potente, questa stessa civiltà sarebbe ormai in declino e si appresterebbe a far posto ad una civiltà della vergogna.⁶⁴

C'è da domandarsi se non stiamo assistendo ad un passaggio altrettanto drammatico di quello descritto da Dodds: vi corrispondono del resto trasformazioni radicali proprio nell'elemento che Dodds ritiene cardinale in questo passaggio: la famiglia.

La domanda, a questo punto dovrebbe piuttosto essere – nel superamento del troppo rigido paradigma antinomico vergogna-colpa – stiamo assistendo alla strutturazione di una *società di responsabilità*?

La malattia della responsabilità

Ben spiega tutto ciò Ehrenberg⁶⁵:

È proprio il sisma dell'emancipazione ad aver sconvolto, a livello collettivo, l'intimità di ciascuno di noi: la modernità democratica – e questa è anche la sua grandezza – ha fatto progressivamente di noi degli uomini senza guida, ci ha posti a poco a poco nella condizione di dover giudicare da soli e di dover fondare da soli i nostri punti di riferimento. Siamo divenuti puri individui, nel senso che non vi è più alcuna legge morale né alcuna tradizione a indicarci dall'esterno chi dobbiamo essere e come dobbiamo comportarci. Da questo punto di vista, la

⁶⁴ Goldberg, 1988, p. 177.

⁶⁵ Ehrenberg, 1999, p. 8 sgg.

contrapposizione permesso/vietato, che regolava l'individualità fino a tutti gli anni '50 e '60, ha perduto ogni efficacia.

(...)

La depressione ci illumina sulla nostra attuale esperienza della persona, poiché essa è la patologia di una società in cui la norma non è più fondata sulla colpa e la disciplina, bensì sulla responsabilità e l'iniziativa. In passato, le regole sociali imponevano il conformismo e, con esso, l'automatismo dei comportamenti; oggi, esse reclamano lo spirito d'iniziativa e l'intraprendenza mentale. L'individuo è messo a confronto più con una patologia dell'insufficienza che con una malattia della colpa, più con l'universo della disfunzione che con quello della legge: il depresso è l'uomo in panne.

(...)

Spossati e svuotati, agitati e violenti, in una parola, malati di nervi, scontiamo dentro i nostri stessi corpi il peso della sovranità individuale.

Ehrenberg interpreta la depressione come "malattia della responsabilità", ovvero come crollo su se stessi in seguito a questo processo di individualizzazione estrema. Come ho scritto altrove:

L'uomo descritto da Ehrenberg non ha che la depressione per sottrarsi allo scacco di una società che premia la piena realizzazione dell'individuo, destinando ogni alternativa ad una condanna di insufficienza.

(...)

Essa si trasforma nel corso di un secolo – il secolo, non a caso, della psicoanalisi – da malattia endogena ad espressione indifferenziata del disagio psichico. L'uomo del ventesimo secolo (e quello del ventunesimo sembra dividerne il destino) è "l'individuo sovrano, l'individuo eguale soltanto a se stesso" (F. Nietzsche), l'individuo posto liberamente di fronte alla molteplicità delle proprie prospettive esistenziali; questa possibilità, dapprima "kierkegaardiana", diventa però sempre più "sartriana" fino a tramutarsi

nell'imprescindibile – e angosciante – esigenza di realizzare pienamente e responsabilmente se stessi.

Ehrenberg approfondisce le motivazioni che rendono la fenomenica depressiva trionfante sulle altre manifestazioni cliniche, circoscrivendo – senza mai violare – il campo ambiguo dell'identità. Sembra infatti essere proprio l'identità il discreto regista nascosto dietro questi movimenti, che si perde e si cerca nella rincorsa all'espressione di sé.

Se la realizzazione di sé (e del Sé) è l'obiettivo fallito, la depressione rappresenta la maschera di uno spaesamento che si produce a partire da un fallito presupposto: l'assenza di un soggetto.

A questa evenienza corrisponde paradossalmente un progressivo nichilismo nosografico, in base al quale sintomo e malattia tendono sempre più ad identificarsi, affiancando alla sparizione del soggetto – che è soggetto di malattia – quella dell'ente nosologico in sé, rappresentato oggi solo dalla sua forma. Ne consegue uno svuotamento del senso clinico del sintomo, che, proprio alla luce di un secolo di psicoanalisi, dovrebbe essere invece affrontato in tutta la sua complessità.⁶⁶

Potremmo considerare la nostra sindrome vetero-adolescenziale – anziché come crollo – come mancato sviluppo, in relazione alle stesse dinamiche.

⁶⁶ Gaston C. M., 2001, *ibid.*

Capitolo XI

Conclusioni

Epidemiologia

I costi sociali di questa condizione sono considerevoli. Lo è tanto il peso indotto (sono persone che non producono) quanto quello indiretto (pesano sulla famiglia), ma dall'esordio in poi diventano enormi anche le spese vive: il più delle volte questi pazienti seguono una lunga psicoterapia (minimo due anni) e trattamenti psicofarmacologici costanti (non meno di un anno, usualmente a base di generose dosi di serotoninergici e benzodiazepine). Il disturbo, per quanto clinicamente lieve o compensato, grava per migliaia di euro l'anno sulle spalle del paziente o dello Stato; cionondimeno, comparirà difficilmente in statistiche o in voci di bilancio ufficiali perché è di difficilissima quantificazione: dapprima, perché è inquantificabile una mancata risorsa; dopo l'esordio, perché questi pazienti più raramente degli altri ricorrono al servizio pubblico non trovandovi il *setting* adatto. La involontaria capacità del paziente di sfuggire alle statistiche è peraltro un altro fatto non contingente: si tratta spesso di persone relativamente benestanti o comunque poco inclini a rivolgersi ad ambulatori pubblici (dove, comunque, la capacità di offrire psicoterapie analitiche a lungo termine è obiettivamente insufficiente) e capaci se necessario di affrontare le spese farmacologiche senza la puntuale prescrizione dello specialista pubblico. La prognosi del disturbo non trattato o rientrato in una fase di compenso, infine, è (almeno ipoteticamente) severa *quoad functionem*, visto che è prevedibile una ricaduta al successivo *life-event*. Parliamo quindi – mi si passi la

metafora – di una massa oscura che nessuno vede al telescopio, ma dagli imponenti effetti gravitazionali.

Terapia e prevenzione

Alla fine di tutto, la terapia d'elezione è la psicoterapia o meglio ancora – laddove la clinica lo consenta o dopo la prima remissione della sintomatologia – la psicoanalisi. Il lavoro terapeutico è terribilmente complesso e richiede tempi piuttosto lunghi: al consueto lavoro analitico sui traumi, sui conflitti *etc.*, occorre aggiungere un riesame dell'intero sviluppo per reintegrarlo nella continuità storica della biografia del paziente. Le resistenze sono rigide e stabili: va considerato che per il paziente la minaccia non è nel *contenuto* dell'inconscio, ma nelle implicazioni di una revisione della propria interpretazione di sé che condurrebbe ad uno svuotamento immediatamente autodistruttivo. Il punto all'ora non è "cosa" e "come", ma "se", in un meccanismo di "tutto o nulla" che porta ad estenuanti giri ripetitivi intorno a medesimi argomenti.

Cionondimeno, questi pazienti sono dotati tutti di una certa intelligenza e – come detto – le loro capacità introspettive sono inutilizzate ma non assenti di per sé. Dopo un lungo periodo di preparazione e di sostegno, la psicoterapia diventa in alcuni casi rapidamente fruttuosa producendo effetti in tempi relativamente brevi.

La terapia è dispendiosa in termini di risorse per la struttura o in termini economici per il paziente che non trovasse spazio nel servizio pubblico. Vista la crescente domanda, *urge* domandarsi se sia ipotizzabile una prevenzione.

Essa potrebbe esercitarsi su diversi livelli.

Rispetto al singolo caso, una più stretta collaborazione fra neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti potrebbe identificare fattori di rischio specifici nel bambino, nell'adolescente, nel nucleo familiare. Va inoltre sottolineato che *questi pazienti tendono a ripetere i modelli patogeni subiti nell'infanzia nei confronti dei figli piccoli*, quando ce ne sono.

Il coinvolgimento delle discipline formative e pedagogiche potrebbe porre in essere una fruttuosa riflessione complessiva sul problema dello sviluppo della persona nella società contemporanea e potrebbe fornire alla scuola strumenti quanto meno di compenso alle carenze sempre più strutturali della famiglia nucleare.

Infine, il mondo della psichiatria potrebbe intrattenere un più responsabile rapporto con le altre aree della società civile, ricoprendo il ruolo intellettuale che ha il *dovere etico* di ricoprire, smettendo di lanciare facili anatemi e snocciolare direttive di comportamento, stimolando piuttosto il confronto laddove ritenga si annidino potenzialità patogene travestite da normalità. Ciò richiederebbe forse la rinuncia alla spettacolarizzazione della propria disciplina, divenuta nell'immaginario collettivo una specie di oracolo televisivo fornitore di filosofie di vita pronte all'uso e di sagaci interpretazioni dei misteri del comportamento, sapido alimento invece di questi processi morbosi.

Capitolo XII

Bibliografia

- AA. VV., "Identità e relazione", a cura di E. Visani e D. Solfaroli Camillocci, Milano, 2001.
- AA. VV., "La persona: apparenza e realtà", a cura di R. De Monticelli, Milano, 2000.
- AA. VV., "Le discontinuità della coscienza", a cura di G. Liotti, Milano, 1993.
- AA. VV., "Le figure dell'altro", a cura di A. Ales Bello, Torino, 2001.
- Babinski, J., "Définition de l'hystérie", in "Revue neurologique", 1901.
- Benedict, R., "Il crisantemo e la spada. Modelli di cultura giapponese", Bari, 1993.
- Bergson, H., "Saggio sui contenuti immediati della coscienza", Milano, 2002.
- Borgna, E., "Saggio di psicopatologia e psichiatria clinica", in Galimberti, U., "Il corpo", Milano, 1983.
- Buttiglione, R., "Il pensiero dell'uomo che divenne Giovanni Paolo II", Milano, 1998.
- Canavelli, F., "Adolescenza, identità, relazioni familiari: riflessioni critiche sul "limite" e l'oppositività", in AA. VV., "Identità e relazione", a cura di E. Visani e D. Solfaroli Camillocci, pagg. 106-112, Milano, 2001.
- Cantarella, E., "Itaca", Milano, 2002.
- Castellana, F., "Verso una sistematizzazione della personalità vetero-adolescenziale", in "Rivista di Psicologia Analitica", Astrolabio 55/97, nuova serie n. 3, pagg. 131-139.
- Csikszentmihalyi, M., Schneider, B., "Diventare adulti - Gli adolescenti e l'ingresso nel mondo del lavoro", Milano, 2002.

- Dodds, E. R., "I Greci e l'irrazionale", Firenze, 1978.
- Ehrenberg, A., "La fatica di essere se stessi", Torino, 1999.
- Farina, B., "Il déjà vu e la coscienza", Milano, 1999.
- Gabbard, G. O., "Psichiatria Psicodinamica", Milano, 1992.
- Galimberti, U., "Il corpo", Milano, 1983.
- Galimberti, U., "Dizionario di Psicologia", Torino, 1992.
- Galimberti, U., "Psiche e techne", Milano, 1999.
- Gaston, A., Gaston, C. M., "Il tempo dell'incontro", in "Ciò che non so dire a parole. Fenomenologia dell'incontro", a cura di B. Callieri e M. Maldonato, A. Guida Ed., 1998, 121-133.
- Gaston, A., "Considerazioni su identità e relazione", in AA. VV., "Identità e relazione", a cura di E. Visani e D. Solfaroli Camillocci, pagg. 23-28, Milano, 2001.
- Gaston, C. M., "Identità, sviluppo, depressione: l'origine infantile di un disturbo post-adolescenziale", in "Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza", nn. 5-6, vol. 68, set-dic 2001, pagg. 705-715.
- Girard, R., "Delle cose nascoste sin dalla fondazione del mondo", Milano, 1983.
- Girard, R., "Il capro espiatorio", Milano, 1987.
- Girard, R., "Il risentimento", Milano, 1999.
- Givone, S., "Eros/ethos", Torino, 2000.
- Goldberg, J., "La colpa", Milano, 1988.
- Hillman, J., "Puer Aeternus", Milano, 1999.
- Husserl, E., "Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica", Torino, 1965.
- Iannotta, D., "Identità e alterità nell'esperienza del sé, Paul Ricœur", in AA. VV., "Le figure dell'altro", a cura di A. Ales Bello, Torino, 2001.
- Jaspers, K., "Psicopatologia Generale", Roma, 1964.
- Jervis, G., "La conquista dell'identità", Milano, 1997.

- Levi Della Torre, S., "Zone di turbolenza", Milano, 2003.
- Nease D. E. Jr, Aikens J. E. "DSM depression and anxiety criteria and severity of symptoms in primary care: cross sectional study", *BMJ* 2003;327:1030-1031.
- Neumann, E., "Storia delle origini della coscienza", Roma, 1978.
- Omero, "Iliade", Torino, 1963.
- Paglia, C., "Sexual personae", Torino, 1993.
- Paoletti, L., "Uomo e tempo, saggio di antropologia filosofica", Roma, 1999.
- Platone, "Opere Complete", Bari, 1971.
- Reale, G., "Fondamenti e concetti base di «Persona e Atto»", in Wojtīla, K., "Persona e Atto", Milano, 2001.
- Ricœur, P., "Sé come un altro", Milano, 1993.
- Snell, B., "La cultura greca", Torino, 1963.
- Stein, E., "Il problema dell'empatia", Roma, 1985.
- Stein, E., "Psicologia e scienze dello spirito", Roma, 1996.
- Visani, E., "Identità e Relazione", in AA. VV., "Identità e relazione", a cura di E. Visani e D. Solfaroli Camillocci, pagg. 23-28, Milano, 2001.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., "Change", Roma, 1974.
- Wojtīla, K., "Persona e Atto", Milano, 2001.